
P r i n o s i

Sveučilište u Splitu
Medicinski fakultet
e-mail: zr@mefst.hr

UDK: 174
614.253 : 378.14
Primljen 7/2013.

O NASTAVI MEDICINSKE ETIKE NA MEDICINSKIM FAKULTETIMA

Zvonko Rumboldt, Split

Sažetak

U ovom se osvrtu razmatraju problemi nastave medicinske etike na hrvatskim medicinskim fakultetima. Ukazuje se na kasno uspostavljanje tog kurikulumuma (prvi početci tek sredinom osamdesetih godina prošlog stoljeća), na kampanjsko organiziranje nastave umjesto "vertikaliziranja" (provlačenje kroz cijeli dodiplomski studij), na pogriješke u etičkom prosuđivanju, kako studenata medicine, tako i liječnika, te na najčešća moralna pitanja koja zaokupljaju dodiplomce, a razlikuju se od onih koja nauješćuju sredstva javnog priopćavanja.

Ključne riječi: medicinska etika, obrazovni standardi, dodiplomska nastava.

Nekoliko poticajnih priloga časopisa Crkve u svijetu (CUS), primjerice o duhovnosti u socijalnom radu,¹ o zamkama novog, pseudoznanstvenog ateizma,² o bioetici personalizma³ ili o nastavnim

¹ Z. Leutar, I. Leutar, *Religioznost i duhovnost u socijalnom radu*, CUS 45 (2010), 78-103.

² T. Matulić, *Pojava i značenje novog ateizma*, CUS 45 (2010), 438-66.

³ L. Tomašević, *Ontološko i funkcionalističko shvaćanje osobe: bioetička rasprava*, CUS 46 (2011), 143-70.

perspektivama vjeronauka,⁴ potaknulo me je na ova razmatranja o zadacima i sadržaju nastave medicinske etike tijekom studija medicine. Humanistički pristup je naime od temeljne važnosti za liječničku praksu i jednakovrijedan prirodnoznanstvenom (sl. 1). Riječ je o dva kamena temeljca medicinske prakse: metaforički bi se moglo reći da izmicanjem prvoga medicina ostaje bez srca, a odstranjenjem drugoga gubi glavu.⁵



Slika 1. *Grafički prikaz polarnog sinergizma humanističkog i znanstvenog pristupa medicini.*

Kako glede ustrojavanja i provođenja nastave medicinske etike imam stanovito osobno iskustvo, ovim bih ga prikazom želio podijeliti s čitateljima CUS-a radi poticanja rasprave i unaprjeđenja toga važnog dijela pripreme budućih liječnika.

Na medicinskim fakultetima u našoj zemlji nakon II. svjetskog rata nije bilo sustavne nastave medicinske etike, koja se nazirala tek kroz natuknice u kolegijima uvoda u medicinu na I. i sudske medicine na VI. godini studija. Isto je dakako bilo i na splitskom fakultetu (osnovan kao područni studij Medicinskog fakulteta u Zagrebu 1974., a osamostaljen 1997. godine). Nastavu medicinske etike pokrenuo sam u akad. god. 1985./86., spočetka u sklopu kolegija interne medicine. Od akad. god. 1987./88. u taj nastavni proces su pored niza liječnika (npr. Antun Bačić, Goran Dodig, Josip Gotovac, Borben Uglešić) postupno uključivani brojni pravnici (npr. Ante Carić, Vinko Cuzzi, Darko Mardešić, Vesna Barić-Punda) i teolozi (npr. Živan Bezić, Ante Kusić, Ivan Kešina,

⁴ J. Garmaz, *NOK i vjeronauk: religiozna kompetencija u školskom vjeronauku*, CUS 47 (2012), 427-51.

⁵ Z. Rumboldt, *Klinička znanost u nas*, Med Vjesnik, 1990., 22, 41-51.

Petar Šolić). Sudjelovanju ovih potonjih, koje su zdušno podržavali tadašnji nadbiskupi Frane Franić, do 1988., a poslije Ante Jurić, pružani su određeni otpori iz tada razumljivih razloga. Spočitavalo nam se, između ostaloga, da tako nastojimo "klerikalizirati" buduće liječnike. Stoga smo u više navrata morali raspravljati o provedbenim pojedinostima, čak i o sitnicama; primjerice, je li bolje da svećenici drže predavanja u kleričkom ili u građanskom odijelu (to je konačno prepušteno osobnoj procjeni svakog pojedinca). Razmjena mišljenja s ovim i drugim intelektualcima različite provenijencije i svjetonazora omogućila su mi dotjerivanje vlastitog mišljenja i zauzimanje jasnijih stavova.

Dakako, puno su mi pomogla i presječna istraživanja među medicinarima ("deskriptivna etika"). Radi ilustracije takvih provjera navodim rezultate jedne anonimne ankete među liječnicima (n= 36) i studentima medicine (n= 42), provedene u proljeće 2003. godine u Splitu. Ispitivana je ocjena etičnosti četiri primjera potencijalnog sukoba interesa u interakciji s farmaceutskom industrijom.

Tablica 1. *Stavovi liječnika i studenata medicine o sukobu interesa s farmaceutskom industrijom (Split, 2003.).*

Primjer	Ocjena etičnosti (% odgovora)					
	Dobro		Nesigurno		Loše	
	Stud.*	Dr.**	Stud.	Dr.	Stud.	Dr.
Plaćeni vikend izlet u Atenu uz prikaz novog lijeka	50	10	37,5	40	12,5	50
Večera na brodu uz prikaz novog lijeka	37,5	40	43,5	30	19	30
Poklon s nastavnim primjenom (npr. projektor)	68,5	100	19	0	12,5	0
Propagiranje proizvoda na stručnom sastanku	33	60	33,5	30	33,5	10

Legenda: *studenti medicine; **doktori medicine; podatci za dvije podskupine su iscrpni po redovima (100 %) i zaokruženi na najbližih 0,5 %.

Oko 1/3 liječnika i 2/3 studenata dalo je etički neprihvatljive odgovore (Tablica 1)! Opažene razlike u dobivenim odgovorima bile su statistički značajno nepovoljnije za studente ($\chi^2 = 225,7$; df 15; $P < 0,0001$), a izrazito neprihvatljive odgovore, koji su u tablici otisnuti masno, pružilo je opet značajno više studenata nego liječnika ($\chi^2 = 6,30$; df 1; $P = 0,012$). Studenti možda nisu

bili dovoljno upoznati s osobitostima farmaceutskog marketinga, ali ukupni podatci pokazuju da su moralni sudovi medicinara o mogućem sukobu interesa u najmanju ruku dvojbeni.

Budući da je svrha nastave iz medicinske etike više *odgojna* nego obrazovna, držim da se ne bi trebala provoditi zgusnuto, samo u jednom semestru, nerijetko kroz svega tjedan dana, što je donedavno bilo gotovo pravilo: ili na početku (obično I. ili II. semestar) ili na kraju studija (obično XI. ili XII. semestar), već da je mnogo bolje ako se studentima u prvim semestrima iznesu osnovne zásade, a potom se, tijekom studija, pojedine etičke dileme razmatraju u sklopu pripadnih predmeta, tj. da se taj kolegij proteže *vertikalno*, od prve do posljednje godine studija. Znanja i vještine (kognitivne i psihomotorne kompetencije) tu su, čini mi se, daleko manje važni od *stavova*. Ipak, poznavanje etičkih počela i važnijih pristupa (npr. teleološki, deontološki), kao i nekih činjenica (npr. Hipokratova zakletva, Helsinška deklaracija) predstavlja korisno polazište i dobro ih je razraditi pa i provjeriti na pisanom dijelu sumativnog ispita. Pritom valja, tehnikom višestrukog izbora (MCQ, od engl. *multiple choice questions*), unaprijediti i ocijeniti sposobnost etičkog prosuđivanja u zahtjevnim okolnostima, no glavnina prosudbe etičke kompetencije kandidata otpada na formativno praćenje i verbalno provjeravanje kroz cijeli nastavni postupak. *Cilj nastave* je stjecanje osnovnih znanja o moralnim načelima, razumijevanje bioetičkih postulata i ljudskih prava (poimanje međuodnosa unutar ljudske zajednice te s drugim živim bićima i s neživom prirodom kao sa subjektima prava i obveza, a ne objektima) te prosuđivanje valjanosti moralnih argumenata u odnosu na specifične medicinske probleme. Zadatak nastave je ukazivanje na vrijednosne sudove i moralne stavove, navlastito u kritičnim životnim situacijama (npr. rađanje, umiranje, sukob interesa, agresija, pravednost) te u odnosu liječnik – bolesnik. Treba poticati aktivan odnos studenata prema nastavnoj građi, što se posebno postiže *interaktivnim*, seminarskim pristupom, kao i raznim oblicima “domaćih zadaća”.

Sadržaj takve nastave mogao bi se podijeliti u pet cjelina:

1. Uvod i definicije – filozofski, teološki, povijesni te sociološki aspekti etike i moralnog rasuđivanja.
2. Medicinske intervencije – indikacije, njega terminalnog bolesnika, ustezanje liječenja, reanimacija, redovite i izvanredne mjere, prisilno liječenje; kliničko istraživanje, placebo, etička povjerenstva.

3. Stavovi bolesnika – ljudska prava, odnos beneficijencije i autonomije (paternalizam); komuniciranje, iznošenje istine, donošenje odluka, zamjensko odlučivanje, informirani pristanak, suradljivost/nesuradljivost, odbijanje liječenja, “alternativna” medicina.

4. Kvaliteta življenja – objektivni i subjektivni kriteriji; “medikalizirano društvo”, medicinski rizici (npr. nuspojave); samoubojstvo, eutanazija; pobačaj, kontracepcija, fetus (reprodukcijaska etika), genetika, transplantacija.

5. Kontekstualni problemi – sukob interesa, povjerenje, liječnička tajna; pravednost, raspodjela ograničenih sredstava (npr. farmakoeconomika); kulturni i religijski problemi; dvostruki učinak; zakonski okviri u nas i u svijetu; etika podučavanja, publiciranja, autorstva i nastupa u medijima.⁶

Spočetka sam predlagao da se ovakav ili sličan program organizira kao *uvodni dio u II. semestru*, s otprilike 15 sati predavanja i 15 sati vježbi, što bi se moglo izvesti u svega jednom tjednu. Potom bi se, u dogovoru s pojedinim katedrama i vijećima godina uz svaki predmet moglo uključiti po 2-3 sata, pretežno seminarskog rada o pojedinim specifičnim problemima *tijekom cijelog studija* (daljnjih 20-30 sati, u sklopu pojedinih predmeta, npr. u sklopu hematologije: dobivanje, uzgoj, istraživanje i presađivanje matičnih stanica ili odbijanje transfuzije iz religijskih razloga). Kasnije sam shvatio da je bolje ako se ove nastavne aktivnosti objedine u jednoj katedri, sa širim (npr. “medicinska humanistika”) ili užim (npr. “medicinska etika”) spektrom znanstveno-nastavnog djelovanja te da se provode kroz sve godine studija na temelju čvrstog programa, dakle *vertikalno*. Provedbeni prijedlog jednog takvog nastavnog programa predočio sam akad. god. 2007./2008. (Tablica 2). Ovakav se program danas provodi na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Mostaru od akad. god. 2009./2010. godine, a dobrim dijelom i na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Splitu.

⁶ A. R. Jones, M. Siegler, W. J. Winslade, *Clinical ethics*, 5. izd., New York, McGraw-Hill, 2002., 1-198.

Tablica 2. *Prijedlog nastave etike na splitskom medicinskom fakultetu (26. 3. 2008.).*

Godina	Sati	Tema
I.	2	Uvodne napomene: liječnička profesija; razvoj etičke misli.
	2	Filozofski temelji etike: povijesni i konceptualni presjek.
	2	Teološki i sociološki temelji etike. Savjest, priziv savjesti.
	2	Kulturne i socioekonomske osobitosti etičkog prosuđivanja.
	2	Otuđenje (depersonaliziranje, administracija, osiguranje, tehnologija).
II.	2	Osnove bioetike.
	2	Etička pitanja organizacije zdravstvenog sustava.
	2	Odnosi (liječnik - bolesnik, liječnik - drugi zdravstveni djelatnici).
	2	Etika komuniciranja.
	2	Pitanja pravednosti i ljudskih prava.
III.	2	Povjerenje – dobra klinička praksa.
	2	Liječnička tajna (istinoljubivost, svjedočenje, vještačenje, kršenje tajne).
	2	Hipokratova prisega i novije inačice.
	2	Egzistencijska autonomija i informirani pristanak.
	2	Pitanja medicinskih istraživanja (ljudi, životinje, preparati, modeli ...).
IV.	2	Pokusi s ljudima / na ljudima.
	2	Uloga etičkih povjerenstava.
	2	Psihopatologija morala. Prisilno liječenje.
	2	Pravni okviri medicinske etike (zakonske odredbe; etika - legislativa).
	2	Položaj liječnika u našem pravnom sustavu.
V.	2	Nova genetika (eugenika, genska terapija, kloniranje).
	2	Pitanja prokreacije (embrij, fetus, pobačaj, sterilizacija, umjetna oplodnja).
	2	Odluke na kraju života (izvanredne mjere, hospicij, eutanazija).
	2	Liječnici i javnost.
	2	Etika autorstva i znanstvenog objavljivanja.

VI.	2	Vulnerabilne skupine: mentalno bolesni, djeca, invalidi.
	2	Vulnerabilne skupine: trudnice, starci, zatvorenici, zarobljenici, prognanici.
	2	Odnos prema alternativnom i komplementarnom pristupu medicini.
	2	Raspoređivanje ograničenih sredstava (pravednost, ekonomika).
	2	Medicinska profesija između zaštite javnog i osobnog interesa.
<i>Longitudinalno, tijekom cijelog studija 60 h, tj. 6 x 10 h; ukupno 4 ECTS boda.</i>		

Danas se nastava medicinske etike provodi na svim hrvatskim sveučilištima, ali još uvijek dosta neujednačeno. Prema dostupnim podacima pokušao sam to prikazati na Tablici 3. Vidljivo je da neki fakulteti nemaju odgovarajuće katedre, da se opseg nastave prilično razlikuje te da se samo na dva fakulteta medicinska etika predaje tijekom cijelog studija.

Tablica 3. *Nastava medicinske etike na našim medicinskim fakultetima.*

Fakultet	Naziv katedre	Sati nastave	Godina studija
Mostar	Medicinska etika i bioetika	60	I. - VI.
Osijek	-	30	VI.
Rijeka	Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini	45	VI.
Split	Medicinska humanistika	60-100*	I. - VI.
Zagreb	-	45	VI.

* Točnu je satnicu teško odrediti jer se isprepleće s drugim sadržajima medicinske humanistike.

Smatram da bi nastavne programe medicinske etike na hrvatskim sveučilištima trebalo što prije homogenizirati. U tim sam nastojanjima svojedobno (2008. godine) predlagao pripremu za izdavanje zajedničkog udžbenika, uz sudjelovanje svih fakulteta.

To se još uvijek nije ostvarilo pa je Medicinski fakultet u Osijeku u međuvremenu izdao vlastiti udžbenik.⁷ Treba se nadati da će se ove razlike što prije uskladiti, kako bismo dobili što podudarnije kolegije, kako bi se unaprijedila prepoznatljivost našeg visokoškolskog sustava i olakšala mobilnost studenata.

Jesmo li u međuvremenu napredovali? Odgovor na ovo pitanje mogao bi se dobiti uvidom u rezultate jedne ankete koju sam proveo 2010. godine među studentima Medicinskog fakulteta u Mostaru. Na 15 pitanja koja donosi Tablica 4 anonimno su odgovarali studenti I. godine (n=45, na početku kolegija *Medicinska etika*) i studenti V. godine (n=28, koji su taj predmet djelomično već odslušali).

Tablica 4. Pitanja radi provjere vrijednosnih sudova.

<p>Na iznesene tvrdnje/postavljena pitanja pokušajte odgovoriti "školskim" ocjenama 1 - 5, gdje 1 označava "uopće se ne slažem s tvrdnjom", 2 "ne slažem se", 3 "nesiguran odgovor", 4 "slažem se", 5 "jako se slažem".</p>

1. Bolesnici imaju pravo na život i na smrt. __
2. Bolesnik ima pravo odbiti liječenje, čak ako se na taj način izlaže smrtnoj opasnosti. __
3. Bolesnicima se uvijek mora reći istina. __
4. Ljudi imaju pravo sudjelovanja u svim odlukama vezanim uz njihovo zdravlje. __
5. Štrajkanje zdravstvenih radnika je neetično. __
6. Aktivno ubrzavanje umiranja terminalnog bolesnika etički je neprihvatljivo. __
7. Držim da ću nakon smrti donirati svoje organe. __
8. Volja primjereno informiranog bolesnika glede vlastite sudbine presudna je za postupke liječnika. __
9. Teško oštećenom novorođenčetu infaustne prognoze treba dopustiti da mirno umre. __
10. Djeci već od 7. godine treba postupno omogućavati suodlučivanje o liječenju. __
11. Terapijsku upotrebu marihuane radi analgezije treba legalizirati. __
12. Svaki bolesnik ima pravo na zdravstvenu njegu. __

⁷ S. Fatović-Ferenčić, A. Tucak (ur.), *Medicinska etika*, Zagreb, Medicinska naklada, 2011., 3-282.

13. Kvaliteta življenja glavni je kriterij pri odluci o prekidu liječenja. __

14. Pacijenti ili njihovi zastupnici imaju pravo na uvid u vlastitu medicinsku dokumentaciju. __

15. Liječnik je pretežno a) znanstvenik __, b) humanist __, c) profesionalac __.

Obradu dobivenih odgovora u skraćenom obliku donosi Tablica 5. (radi preglednosti izostavljen je čitav niz podataka deskriptivne statistike, a prikazani su samo prosjeci ocjena).

Tablica 5. *Rezultati obrade anketnih upitnika (Mostar, 2010.).*

Pitanje br.	I. godina		V. godina	
	Mod	X±SD	Mod	X±SD
1	4	4,21±0,86	4	4,05±0,78
2	4	4,24±1,35	4	4,04±0,82
3	3	3,65±1,02	4	3,96±0,89
4	4	4,22±1,00	4	4,09±0,84
5	3	2,70±1,06	3	2,27±0,87
6	3	3,55±1,11	4	3,59±1,15
7	3	3,40±1,37	3	3,48±0,98
8	3	3,64±0,98	4	3,80±0,98
9	3	2,96±0,98	3	3,41±0,89
10	2	2,62±1,17	2	2,12±0,86
11	2	2,64±1,21	3	3,15±1,14
12	5	4,91±0,36	5	4,75±0,67
13	2	3,36±1,10	2	3,77±1,15
14	4	4,20±0,84	4	3,39±0,90
15	5	4,77±0,43	5	4,46±0,65

Proizlazi da su dobiveni prilično raznorodni odgovori, što i ne iznenađuje s obzirom na dvosmislenost pitanja (npr. br. 1), ali da su ocjene usmjerene prema poželjnim odgovorima. Primjerice, u 15. pitanju velika je većina najviše ocijenila odgovor da je liječnik pretežno humanist (samo su ti odgovori prikazani na tbl. 4; prosječna ocjena 4,64±0,42), manje da je profesionalac (4,31±0,61), odnosno znanstvenik (4,14±0,57). Neočekivano, razlike između mlađih i starijih studenata pokazale su se gotovo zanemarivima ($P > 0,33$ za sve odgovore), što potkrepljuje ranije navedeno mišljenje da "kondenzirani" oblik nastave etike daje slabije rezultate i podupire stanovište u prilog *vertikaliziranju* ovog kurikuluma.

Najčešća pitanja. Tijekom gotovo tridesetogodišnjeg nastavnog iskustva u medicinskoj etici i deontologiji zamijetio sam da pitanja i komentari studenata medicine prilično odudaraju od očekivanih tema, na koje obično upućuju mediji (npr. eutanazija, pobačaj, prisilno liječenje). Stoga ću ih pokušati susljedno prikazati i razmotriti, kako bi im se u nastavnom procesu posvetila veća pozornost.

- *Kako definirati medicinsku etiku?* U pitanju su moralna vrednovanja na području zdravstvene zaštite. To je dakle primjena općeg etičkog rasuđivanja na razmjerno usko područje medicine. Međutim, kao primijenjeni dio antropocentrične etike, ona sve više širi svoje granice. U ne tako davnoj prošlosti držali smo da se moralno rasuđivanje odnosi samo na pripadnike naše skupine – obitelji, plemena, države, rase, religije, klase ili barem ljudske vrste. Bioetika danas razmiče moralni obzor na sva osjećajna i bezosjećajna bića, na čitav okoliš, na naš planet pa i na svemirske prostore, što je ne samo dobro već i neophodno.⁸ S druge strane, stječe se dojam da liječnička deontologija nameće medicinarima sve veće obveze i odgovornosti, dok im se prava i društveni ugled sužavaju ili relativiziraju.

- *Kako razgraničiti “etiku” od “morala”?* Jasnog razgraničenja između izraza “moral” i “etika” nema jer su to sinonimi, koji potječu iz dva klasična jezika (lat. *mos* = običaj, ćud; grč. *eθoc* = običaj, narav). Etika bi se uvjetno mogla definirati kao nauk o ćudoređu (moralu) na osnovi načela zdravog razuma, kao filozofiju morala. Moral bi se radi razlikovanja mogao opisati kao zbir društvenih načela koja se nameću stanovitoj zajednici i pojedincu na osnovi općih kriterija dobra i zla, kao sveukupnost važećih normi odlučivanja i ponašanja. Liječnička deontologija bavi se profesionalnim obvezama u užem smislu, dok zakonski okviri određuju medicinske postupke koji su društveno neprihvatljivi.⁹ Područja tih pojmova pokušao sam i grafički prikazati na sl. 2.

⁸ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431.

⁹ A. R. Jones, M. Siegler, W. J. Winslade, *Clinical ethics*, 5. izd., New York, McGraw-Hill, 2002., 1-198; S. Fatović-Ferenčić, A. Tucak, ur., *Medicinska etika*, Zagreb, Medicinska naklada, 2011., 3-282; T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431; N. Zurak, ur., *Medicinska etika*, Zagreb, Merkur, 2007., predgovor, 3-357.



Slika 2. Slikovni prikaz odnosa pojedinih pojmova u medicinskoj etici.

• *Postoje li načela medicinske etike koja međusobno kolidiraju?*
Osnove razlikovanja dobrih od loših namjera i postupaka općenito su jasne na prvi pogled (*prima facie*). Ipak, ovisno o pristupu (npr. objektivizam ili relativizam, egoizam ili altruizam, emocije ili razum, deontologija ili utilitarnost i sl.) ne dovode uvijek do potpuno istih zaključaka. To vrijedi i za medicinsku etiku. Primjerice, četiri etička principa (činiti dobro, ne činiti zlo, poštovati autonomiju i dostojanstvo osobe, biti pravedan; lat. *beneficentia, nonmaleficentia, autonomia, justitia*), koje su sedamdesetih godina prošlog stoljeća promovirali američki etičari Tom L. Beauchamp i James F. Childress,¹⁰ u dnevnoj se liječničkoj praksi nerijetko sukobljavaju, od banalnog primjera koristi od davanja lijeka putem injekcije i bolnosti samog uboda, do složenih međudnosa pravednosti, ljudskih prava i dostojanstva osobe na početku (npr. abortus) ili na kraju života (npr. eutanazija). Pri etičkoj dvojbi poželjno je dakle uzeti u obzir sve pristupe i prema konkretnim okolnostima opredijeliti se za onaj koji je najmanje loš.¹¹

¹⁰ T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431.

¹¹ A. R. Jones, M. Siegler, W. J. Winslade, *Clinical ethics*, 5. izd., New York, McGraw-Hill, 2002., 1-198; S. Fatović-Ferenčić, A. Tucak (ur.), *Medicinska etika*, Zagreb, Medicinska naklada, 2011., 3-282; T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431; N. Zurak (ur.), *Medicinska etika*, Zagreb, Merkur, 2007., predgovor, 3-357.

• *Kako su društvene promjene u nas utjecale na etičko rasuđivanje?* Etičke dileme u medicinskoj su praksi česte, a medicinari su mahom nedovoljno pripremljeni za suočavanje s takvim problemima. Premda se nastava medicinske etike postupno ušuljala u kurikulum naših fakulteta već osamdesetih godina prošlog stoljeća (u Splitu već od 1985., kao što je prije spomenuto), širi je poticaj primila tek nakon društvenih promjena devedesetih godina (npr. skripta *Medicinska etika. Priručno štivo* pojavila su se 1995. godine u Zagrebu u redakciji A. Švajgera¹²). Danas je većina medicinskih fakulteta diljem svijeta u svoje nastavne planove uključila medicinsku humanistiku, čija je okosnica upravo etika i bioetika. Radi utvrđivanja eventualne uzročno-posljedične veze između društvenih, političkih i socioekonomskih promjena te ratnih okolnosti i pridavanja veće važnosti etičkim pitanjima, potrebna bi bila složena sociološka analiza. Bez takvih podataka moguće je samo nagađati, posebno u svjetlu bujanja hedonizma, konzumerizma i nemoralnih čina na svim razinama, osobito u političkoj eliti. Možda je ovo probuđeno zanimanje za etiku odraz tog "grijeha struktura" ili je tek riječ o pomodnom stavu, kao što je izrazito, bar deklarativno, podržavanje ljudskih prava i "političke korektnosti" prema manjinskim skupinama (koje nerijetko, umjesto tolerancije, zahtijevaju privilegije uz agresivno nametanje vlastitog svjetonazora šutljivoj većini¹³)?

• *Kakva je danas etika medicinskih istraživanja?* Tehnologija je u medicini, kao i u drugim djelatnostima, dobar sluga, ali loš gospodar. Upravo je stoga neobično važno pomno etičko odvagivanje prednosti i nedostataka svakog novog postupka, bio on dijagnostičke ili terapijske prirode.¹⁴ Medicinska istraživanja u tom su smislu dosta dobro obrađena, barem deklarativno. Postoji niz dokumenata, deklaracija, konvencija i propisa, koji su pokrenuti nakon nürnberškog procesa liječnicima ratnim zločincima, a poznatiji su Nürnberški kodeks (1947.), Helsinška deklaracija (prva verzija iz 1964., potom 8 dopuna, zadnja iz Seoula 2008., najnovija je u fazi javne rasprave i dostupna na mreži¹⁵)

¹² T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431.

¹³ G. Kuby, *Svjetska seksualna revolucija*, Zagreb, Benedikta, 2013., 407-33.

¹⁴ Z. Rumboldt, *Etička pitanja u kliničkim istraživanjima*, Vrhbosnensia, 2005., 9, 333-41.

¹⁵ WMA. *Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. Dostupno na www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.

te propisi o dobroj kliničkoj praksi (GCP, od engl. Good Clinical Practice; od 1995. naovamo, u Republici Hrvatskoj npr. Pravilnik o kliničkim ispitivanjima i dobroj kliničkoj praksi, Narodne novine 175/2003. i 121/2007.). Takvi dokumenti određuju odgovornost pojedinaca i tijela u provođenju kliničkih istraživanja (istraživači, sponzori, etička povjerenstva, ustanove, organi uprave), kako bi se zaštitili integritet i ljudska prava ispitanika te unaprijedila djelotvornost i podnošljivost medicinskih zahvata. Poštivanje deontoloških normi posebno je istaknuto, a sama istraživanja moraju biti pod društvenim nadzorom, a ne pod isključivom kontrolom zdravstvenih radnika. Zato se u etička povjerenstva pored zdravstvenih djelatnika moraju uključivati osobe različitih profila, npr. filozofi, teolozi, pravnici, novinari i drugi predstavnici građanstva, uz poštivanje spolne i svjetonazorske ravnopravnosti. Osobito valja paziti na znanstvenu vjerodostojnost planiranih istraživanja (npr. jasna hipoteza). Ipak, nerijetko se pod krinkom znanstvenog istraživanja krije goli komercijalni interes. Propusti se nažalost i dalje javljaju, podliježu osudi javnosti pa i zakonskim sankcijama, ali takve pojave postaju sve rjeđe.

- *Koliko je tu važan interes proizvođača lijekova i medicinske opreme?* Farmaceutska industrija suštinski je zainteresirana za klinička istraživanja, kako bi kvaliteta, podnošljivost i djelotvornost njihovih proizvoda bila dobro provjerena i dobila znanstvenu potvrdu. Stoga ona često potiče i sponzorira kliničke pokuse. Tu se zna javiti *sukob interesa*: proizvođači žele što bolje plasirati svoj proizvod, a liječnici nastoje što bolje liječiti svoje pacijente; prvima je do što povoljnijeg, a drugima do znanstveno što prihvatljivijeg ishoda. Zato je na tom polju otkriven niz nepravilnosti, etički neprihvatljivih odluka pa i očito kriminalnih postupaka (neprimjerene poredbene skupine, neadekvatna primjena placeba, subdoziranje kontrolnog pripravka, selektivno analiziranje podskupina ispitanika, objavljivanje samo marketinški povoljnih, a zataškavanje nepovoljnih rezultata, iskrivljavanje pa i izmišljanje podataka).¹⁶ Ova su istraživanja stoga izvrgnuta rastućoj pozornosti javnosti, što je dobro, ali nosi i dodatne opasnosti birokratiziranja postupaka i nesagledivog povećanja troškova kliničkih istraživanja. S druge strane, u cijelom lancu zdravstvene zaštite jedino je liječnička profesija prisegnula da će pred vlastitima dati prednost interesima bolesnika i društva, bez primjerene protuteže!

¹⁶ F. Hawthorne, *Inside the FDA*, Hoboken, NJ, John Wiley&Sons, 2005., 1-308.

• *Koje su danas opasnosti za odnos liječnik - pacijent?*

Današnje vrijeme donosi neminovne promjene u odnos između liječnika i bolesnika, u smislu rastućih prava pacijenata (što je dobro), koja nisu praćena primjerenom odgovornošću (što nije dobro). Neprimjeren životni stil se individualizira (pravo na izbor), dok se zdravstveno nepovoljne posljedice socijaliziraju (solidarnost). Suvremeno društvo, u konzumerističkom i tehnološki usmjerenom okruženju, zdravstvenu zaštitu sve više doživljava kao robu, a sve manje kao humanu interakciju, čime se i tradicionalni prostor odnosa liječnik-pacijent postupno sužava. Prevladava dijagnostičko-terapijski entuzijazam (što više pretraga i nalaza, što više lijekova i zahvata – to bolje zdravlje i dugovječnost), a svako skeptičnije razmišljanje smatra se nazadnjaštvom. Društvo se progresivno medikalizira¹⁷ i depersonalizira, a granice između zdravstvenih potreba i osobnih želja zamagljuju. I pored jasnih temeljnih načela, etičko se prosuđivanje, uz imperativ tolerancije, dobrim dijelom zasniva na osobnom svjetonazoru, čime se otvaraju dileme oko niza osjetljivih pitanja. Primjerice, gdje postaviti granice i kako utemeljiti etičke stavove glede klitoridektomije, himenoplastike ili cirkumcizije, kako se postaviti prema asistiranom samoubojstvu, prema različitim metodama kontracepcije ili prema medicinskom potpomaganju osobnih probitaka, poput davanja tvari za poticanje intelektualnih funkcija studentima, sredstava za povećanje mišićne mase bodibilderima, dopinga sportašima ili spojeva za poboljšanje erekcije zabrinutim muškarcima? Primjerice, nedoumicama oko cirkumcizije, nakon uvodnika¹⁸ posvećen je gotovo čitav lipanjski broj (7 članaka) poznatog časopisa *Journal of Medical Ethics*.

Stremljenjima proizvođača ka širenju tržišta, plasmanu proizvoda i što većem profitu niču nova zdravstvena stanja (dijagnoze) koja bi trebalo liječiti, poput predijabetesa, osteopenije ili prehipertenzije, a granice mogućnosti umjetne prokreacije (reprodukcije, oplodnje) gotovo se svakodnevno pomiču, sa sve maglovitijim razlučivanjem onoga što je tehnički izvedivo od onoga što je etički prihvatljivo. Dok je ranije u odnosu liječnik - pacijent prevladavao tzv. paternalistički stav (doktor zna najbolje što je dobro za pacijenta, koji se treba samo točno držati dobivenih uputa), danas prevladava dogovorni ili *partnerski odnos*, gdje liječnik i pacijent zajedno procjenjuju terapijske i prognostičke

¹⁷ I. Illich, *Medical nemesis. The expropriation of health*, New York, Pantheon Books, 1976., 211-75.

¹⁸ B. Foddy, *Medical, religious and social reasons for and against an ancient rite*, *J. Med Ethics*, 2013., 39, 415.

opcije, a konačnu odluku ne donosi liječnik, već pacijent (npr. informirani pristanak za određeni zahvat). Odnosi se dakle nesumnjivo mijenjaju, a budućnost će pokazati koliko su se uspješno pojedini akteri prilagodili izmijenjenim okolnostima i kakvi se daljnji pomoci mogu očekivati.

- *Koje su moralne implikacije medicinskog vještačenja?* Istinoljubivost je uz stručnost temeljni postulat medicinske prakse. Treba se držati provjerljivih činjenica i kloniti se konstrukcija ili ekstrapolacija. Nije međutim lako odvojiti ispravne od pogrešnih postupaka; često je teško povući crtu razgraničenja između bolesti, agravacije i disimulacije, između komplikacije i stručne pogreške ili na osnovi oskudnih anamnestičkih zabilješki procijeniti svojedobni psihički profil pacijenta koji je možda već i umro. Liječnici se i tu nerijetko mogu naći u sukobu interesa - u nedoumici dvostruke lojalnosti (npr. prema pacijentu u odnosu na zdravstveno / mirovinsko osiguranje, na sud, na policiju i sl.). Premda je liječnička tajna prisegom i zakonom zajamčena, ipak je ponekad valja otkriti radi zaštite javnog interesa. Postavlja se međutim praktično pitanje: koliko velik / značajan treba biti taj javni interes da bi se prekršio individualni, o čemu se vode brojne rasprave i postoje razlike čak i među vrhunskim ekspertima.¹⁹ Ipak, etičke dvojbe tu se većinom lako rješavaju trijeznim promišljanjem, a prekršitelji među vještacima (npr. krivotvoritelji, agravatori, klevetnici) podliježu deontološkim, građansko-pravnim i krivičnim sankcijama.

- *Kako se postaviti prema "teškim" pacijentima?* I "uobraženi" ili "umišljeni" bolesnik je osoba koja traži medicinsku pomoć. Pravilan pristup takvom i nizu drugih, tzv. "teških" pacijenata (npr. zahtjevne, anksiozne, nasilne ili kverulantne osobe) temelji se na liječničkom umijeću i na svrsishodnom verbalnom i neverbalnom komuniciranju. Upućivanjem na brojne pretrage i konzultacije problem se ne rješava, već dodatno komplicira. Postupanje s takvim osobama se tijekom studija medicine usavršava na svim kolegijima, navlastito na medicinskoj humanistici (etika, komunikologija) i na obiteljskoj medicini. Kod privatnih liječnika u tom se slučaju javlja dodatna opasnost sukoba interesa (pomoći pacijentu na najbolji način ili povećati prihod ordinacije?), no u samom pitanju krije se i odgovor. Nalaze drugih kolega ili laboratorija svaki liječnik treba uvažavati. Ako ipak ima dokaza ili bar indicija da su ti podatci

¹⁹ B. S. Elger, *Violations of medical confidentiality: opinions of primary care physicians*, Br. J. Gen Pract. 2009., 59, e344-52.

nepouzdana, mora ih provjeriti, imajući uvijek u vidu zdravstvene pa i financijske interese konkretnog pacijenta. Dobro je istaknuti da široka dijagnostička obrada takvih pacijenata, s velikim brojem pretraga, uz potencijalnu štetu za pacijenta i rasipanje ograničenih sredstava ukazuje na *defenzivnu medicinu* (posebno česta pojava u SAD; potiče je strah od psihički i financijski iscrpljujućih sudskih sporova tzv. *malpractice*), nedovoljnu stručnost, lažni humanizam i neodgovorno ponašanje onih pojedinaca koji ju provode ili zagovaraju.²⁰

Mnoge odgovore na ova i slična pitanja može se dokučiti iščitavanjem temeljnih etičkih spisa, od kojih su neki²¹ citirani u popisu referencija uz ovaj tekst. Ipak, temeljnu edukativnu ulogu na tom području igra djelotvorna, interaktivna, gotovo peripatetička nastava.

TEACHING MEDICAL ETHICS AT THE FACULTIES OF MEDICINE

Summary

This article is discussing the current problems of teaching medical ethics at Croatian faculties of medicine. It is emphasized that the curriculum was established quite late (first beginnings in the mid eighties). The author points out the campaign-style organization of the teaching process instead of its „verticalization“ (extension throughout the undergraduate study). The inappropriate ethical reasoning among the medical students and doctors alike is presented and some relevant ethical questions intriguing the students, which diverge from those considered in the media, are exposed.

Key words: medical ethics, educational standards, undergraduate teaching.

²⁰ M. Rumboldt, D. Petric, ur., *Obiteljska medicina*, Split, Redak, 2011., 37-63.

²¹ A. R. Jones, M. Siegler, W. J. Winslade, *Clinical ethics*, 5. izd., New York, McGraw-Hill, 2002., 1-198; S. Fatović-Ferenčić, A. Tucak, ur., *Medicinska etika*, Zagreb, Medicinska naklada, 2011., 3-282; T. L. Beauchamp, J. F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1977., 1-431; N. Zurak, ur., *Medicinska etika*, Zagreb, Merkur, 2007., predgovor, 3-357.