

## BIOETIČKA EDUKACIJA U KLINIČKOJ MEDICINI

Aleksandra Frković

Rijeka

Primljeno, 01. 03. 2007.

*Bez obzira na razne definicije bioetičke edukacije u kliničkoj medicini važno je da je ona usmjerena prema studentu, liječniku i ostalom zdravstvenom osoblju, kojima treba pomoći da razumiju kako je pacijent središte svih interesa. Pri bioetičkoj edukaciji u kliničkoj medicini, osim praktičnog znanja o pitanjima koja se najčešće javljaju pri skrbi za pacijente, važno je poticati studente na stalno dograđivanje znanja o kliničkoj bioetici. Iako se bioetika u kliničkoj praksi kod nekih osnovnih poduka može učiti putem tečaja, načelno treba biti integrirana u trajnu edukaciju. Bioetiku u kliničkoj medicini na prvom mjestu trebaju poučavati iskusni kliničari, s jasnim kliničkim načelima i po mogućnosti s bioetičkom edukacijom. Medicinska profesionalnost potiče liječnike da postavljaju interese pacijenata iznad svojih interesa. Za dobro odvijanje biomedicinske etike u praktičnom radu potrebne su osobne karakteristike i profesionalne vještine zdravstvenih djelatnika. Ako mladi liječnici, zahvaljujući bioetičkoj edukaciji, posjeduju potrebne vještine pri donošenju etičkih odluka, to će pridonijeti autonomiji i zaštiti dostojanstva pacijenata. Formalno uključivanje edukacije medicinske etike u medicinski kurikulum izazvalo je rast broja etičkih kurikuluma s različitim ciljevima i metodama primjene. Kada se uvidjelo da nijedan model nije znatno bolji za edukaciju medicinske etike, konsenzusom su stvarana etička kurikuluma. Pri razmatranju smjernica za bioetičku edukaciju u kliničkoj medicini potrebno je najprije obratiti pozornost na pitanja koja su zajednička u svim granama kliničke medicine, a zatim razmotriti smjernice za bioetička pitanja koja su karakteristična za određenu specijalnost.*

**Ključne riječi:** edukacija, bioetika, klinička medicina.

### Uvod

Na svome relativno kratkom znanstvenom putu riječ bioetika poprimila je različita značenja, od shvaćanja bioetike kao profesionalne

etike u medicini, bioetike i ekologije, bioetike kao ljubavi prema životu do globalne bioetike. U posljednje vrijeme sve se više u bioetička događanja uvodi pojam integrativne bioetike koja objedinjuje različite pristupe i perspektive u jedinstveni duhovni horizont, što znači da pluralizam perspektiva, odnosno pluriperspektivizam predstavlja njezino metodološko polazište (Čović, 2006). Integrativna bioetika podrazumijeva uvid o isprepletenosti problema koji se tiču života u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima, a onda i uvid o potrebi okupljanja i umrežavanja različitih pristupa tim problemima (Jurić, 2005).

Na osnovi pregleda literature o učenju medicinske etike na medicinskim fakultetima u Sjevernoj Americi navode se dvije kategorije definicija »medicinska etička edukacija« (Musick, 1999). Češće citiranu, širu definiciju medicinske etičke edukacije zastupaju medicinski nastavnici koji žele osigurati da se tijekom studija na medicinskom fakultetu razvije »savjest, dobar karakter i integritet« budućeg liječnika. Uz humanost, liberalne vještine, socijalne znanosti, filozofiju, kao i moralne i zakonske osnove medicine, pri edukaciji pozornost se usmjerava na temeljne teorije i načela u područjima klasične etike, teologije, zdravstvene skrbi, prava, politike i povijesti medicine. Nasuprot tih širih pogleda su definicije koje se usmjeravaju isključivo na praksu kliničke medicine pa je stanje pacijenta u središtu medicinske etičke edukacije. Prema Musicku (1999) točna definicija medicinske etičke edukacije je iluzorna. Razlika između šire i uže definicije medicinske etike često je samo naglašavanje neke značajke sadržaja.

Nije dovoljno da poučavanje medicinske etike bude usmjereno prema studentu, već mu treba pomoći da razumije zašto je prijeko potrebno stajalište da je u kliničkoj medicini pacijent središte svih interesa. Studente treba poučiti da sami izvode vještine. Ashcroft (2000) smatra da je performativna koncepcija etičkog poučavanja najprikladniji model za primjenu u teoriji i praksi etičke pedagogije.

Ukoliko su u obrazovnoj proceduri autoriteti najvažniji, onda će studenti morati prihvaćati one zaključke koje im autoritet nameće i onda kad po naravi stvari takvi zaključci nisu opravdani (Žitinski, 2005). Zato kliničar, koji je na utjecajnom položaju, a ne poštuje pacijenta, nanosi štetu pri edukaciji studenata i specijalizanata, koju ne može umanjiti niti jedan program etičke edukacije (Singer i sur., 2001).

## Bioetika u kliničkoj medicini

Klinička bioetika zauzima se za etiku u kliničkom radu, te je primarno usmjerena na etičke probleme u svezi sa skrbi o pacijentima, teoretskim raspravama o modelima etičkog pristupa, na učenje i istraživanje. Prema Callahanu (1995) odnosi se na moralno odlučivanje tijekom svakodnevne brige za pacijenta i nastoji odrediti što treba za njega učiniti u određenom momentu. Usko je povezana s narativnim prikazima kliničara i pacijenata, a svi koji sudjeluju u kliničkom radu dio su njezina širokog interdisciplinarnog djelovanja. Illhardt (2001) smatra da su bitni elementi medicinske etike u kliničkom kontekstu sljedeći: komunikacija kao temeljna jezgra medicine, osnova u slučajevima, multi/interdisciplinarnost, usmjerenost na ustroj terapije, poštovanje pacijenta, obveza istine.

Miles i sur. (1989) među prvima su upozorili koji su ciljevi medicinske etičke edukacije: 1. poučiti liječnike da prepoznaju humanističke i etičke aspekte medicinske struke, 2. omogućiti liječnicima da razmotre i potvrde vlastite osobne i profesionalno moralne obveze, 3. omogućiti liječnicima osnovne filozofske, društvene i zakonske spoznaje, 4. omogućiti liječnicima da primijene ta znanja pri stvaranju kliničkih zaključaka, 5. izučiti ih u vještinama potrebnim da mogu primijeniti pronicavost, znanje i rezoniranje u kliničkoj skrbi.

Mnoge rasprave o metodologiji u bioetici te u medicinskoj etici usmjerene su na odnos između kazuistike i načela. Kazuistika je bliža praktičnom – nasuprot teorijskog područja – i može biti nosilac veće pravomoćnosti i relevantnosti za kliničku bioetiku. Međutim, bez koncepcijske okosnice, npr. kao što su načela, neće biti od pomoći u praksi. Na osnovi takvih razmišljanja Stella Reiter-Theil (2004) razlikuje tri ponešto različite funkcionalne razine: 1. teorijsku medicinsku etiku, 2. medicinsku etiku usmjerenu prema problemu, 3. medicinsku etiku interesom povezanih skupina. Teorijska medicinska etika bavi se pitanjima koja su kontroverzna i zbog toga intelektualno stimulirajuća. Druga, funkcionalna razina, odnosi se na medicinsku etiku koja je usmjerena prema problemu u vrlo praktičnom kontekstu, npr. pri stvaranju odluka, što se može odnositi na sudsku odluku ili pri donošenju odluka etičkih komiteta; ili je od važnosti pri donošenju odluke liječnik-pacijent za neki eksperimentalni tretman s nepoznatim rizicima. Medicinska etika interesom povezanih skupina usmjerena je prema skupinama koje imaju određene potrebe i interese. U prijašnjem razvoju medicinska etika

tumačena je suviše kruto kao »liječnička etika« ili »etika za liječnike«, »etika sestринства« itd. Medicinska etika interesom povezanih skupina stvorila je područja od etičke važnosti kao npr. »skrb pri kraju života« ili »humano eksperimentiranje«.

### ***Od nekadašnjih zapažanja do današnjih iskušanja***

Početakom devedesetih godina prošlog stoljeća Pellegrino, Siegler i Singer (1990) pod pojmom klinička etika podrazumijevaju etičku edukaciju studenata medicine, stažista, specijalizanata, kliničara i profesora uz bolesnički krevet u cilju poboljšanja kvalitete medicinske skrbi. Poučavanjem su željeli obuhvatiti utvrđivanje, analizu i mogućnosti rješavanja etičkih problema, koji se javljaju ili bi mogli nastati u kliničkoj praksi. Osim liječnika koji su imali određeno etičko obrazovanje, u poučavanje kliničke etike uključili su se filozofi, teolozi, bioetičari i predstavnici drugih humanističkih znanosti. Jedno desetljeće poslije, preispitujući svoja gledišta o kliničkoj etici Singer, Pellegrino i Siegler (2001) upozoravaju da i dalje postoje određeni problemi. Prijeko je potrebna stalna evaluacija etičkog educiranja. Kliničku bioetiku treba poučavati putem modula na Internetu te u njih unositi sve više i više znanja da bi se postigla učinkovita trajna edukacija. I nadalje ističu da se klinička etika najbolje uči uz bolesnički krevet, što izaziva različita reagiranja. Tako Virginia Sharpe (2001) smatra da to stajalište može zavratiti i da je potencijalno kontraproduktivno jer potiče suženje pogleda smještanjem moralne odgovornosti i moralnih problema u zdravstvenoj skrbi samo uz bolesnički krevet. Smatra da učenje kliničke etike ima svoje mjesto u politici, menadžmentu i u svim službama koje podupiru zdravstvenu skrb.

U svome radu o etičkoj edukaciji Stirrat (2003) upozorava da među osnovnim značajkama etika: 1. mora biti primjenjiva u moralnom djelovanju, 2. to je prije odraz općeg sistema nego pojedinačne aktivnosti i neki čin ne može biti moralan bez obaziranja na druge osobe, 3. temeljni etički principi koji podupiru medicinsku etiku su općedruštveni. Namjere etičke edukacije između ostalog su stvaranje dosljednih, kritičkih i reflektivnih stajališta pri donošenju etičke odluke; rast svjesnosti etičkih dilema u vlastitom radu i kod drugih osoba, te povećanje najbolje prakse u kliničkom i istraživačkom djelovanju.

Osim akademskih učenja kliničke etike, od 1982. godine u SAD-u sve se više povećavao broj dvogodišnjih studija iz toga područja, jer se javljala sve veća potreba za kliničkim etičarima u bolnicama, hospicijima, ali i u kućnoj zdravstvenoj skrbi. Osim kliničara, pristupnici za te studije bili su i drugi stručnjaci koji sudjeluju u zdravstvenoj skrbi (pravnici, svećenici, socijalni radnici). Nakon završetka studija aktivno su se uključivali u rješavanje različitih etičkih problema koji nastaju u svakodnevnom kliničkom radu, ali i pri donošenju odluka radi nekih znanstvenih istraživanja. Međutim, neki autori poput Pellegrina i sur. (1990) smatrali su da liječnici imaju prednost pred ostalim stručnjacima u poučavanju kliničke etike, jer pri tome koriste vlastite slučajeve, kod studenata i drugih medicinskih djelatnika uživaju autoritet, te studenti, osim onoga što im liječnik formalno tumači, mogu učiti i njegov model profesionalnog ponašanja.

Polazeći sa stajališta da liječnici trebaju biti i etički educirani, Siegler (2002) također naglašava kako su liječnici na prvom mjestu pozvani da poučavaju kliničku bioetiku i to iz sljedećih razloga: a) liječnici mogu poučavati etiku u kliničkim prostorima s aktualnim slučajevima, b) liječnici su odgovorni za rješavanje – rjeđe za analizu – kliničkih etičkih problema u namjeri da se postignu dobre odluke za njihove pacijente, c) liječnici također pokazuju studentima etički odgovarajuća profesionalna stajališta i vrijednosti, tako studenti stječu znanje od formalnog učenja kliničke etike, ali i od nastavnika kao uzora etičkog ponašanja i profesionalnog držanja, d) liječnici-nastavnici unose klinička-etička razmatranja u rutinsku praksu i učenje medicine.

Da bi se liječnici što bolje educirali u svome profesionalnom radu, prijeko je potrebno stalno poučavanje iz kliničke medicinske etike. Medicinska profesionalnost potiče liječnike da postavljaju interese pacijenata iznad svojih interesa. Naglašavajući profesionalizam, pristaše tih inicijativa očekuju da medicina i liječnici mogu povratiti profesionalnu autonomiju, smanjiti kritike koje javnost upućuje liječnicima i pomoći im da ponovno zadobiju čvrstu moralnu poziciju (Siegler, 2002). Pred medicinske nastavnike postavlja se presudno pitanje – mogu li poučiti studente medicine i specijalizante konceptima profesionalnosti.

U sklopu poučavanja liječnika profesionalnosti, Siegler (2002) daje neke primjere za učenje kliničke medicinske etike. Upozorava da, iako se medicinska etika uči na većini američkih medicinskih fakulteta od sedamdesetih godina prošlog stoljeća, malo je podataka koji potvrđuju da je takvo poučavanje etike uspješno, te da poboljšava pacijentovu

skrb ili ishod te odnos liječnik-pacijent, kao i proces donošenja medicinske odluke. Na osnovi dugogodišnjeg iskustva u poučavanju medicinske etike autor predlaže da novi program odgovori na pet pitanja:

1. Zašto učiti kliničku medicinsku etiku? Tri su važna razloga, da bi studenti dobili važno i praktično znanje o pitanjima koja se najčešće javljaju pri skrbi za pacijente; da se studente potiče da tijekom svog budućeg rada dograđuju kliničku medicinsku etiku; te da se upoznaju s važnošću odnosa liječnik-pacijent, kroz komunikaciju i donošenje odluka.
2. Kada treba učiti kliničku medicinsku etiku? Ako je klinička medicinska etika važna za medicinsku edukaciju i praksu, onda se ne treba učiti samo tijekom tečaja, izuzevši kod nekih osnovnih poduka, već treba biti kontinuirano integrirana u edukaciju mladog liječnika.
3. Što treba učiti? Idealno učenje kliničke medicinske etike uključuje tri dimenzije: spoznajne vještine (informacija i činjenica); vještine ponašanja; razvoj karaktera i vrlina.
4. Kako se treba poučavati klinička medicinska etika? Na sveučilištu u Chicagu naglašava se sljedećih šest načela učenja kliničke medicinske etike: da je klinički utemeljena, na stvarnim slučajevima, neprekidnoj koordinaciji (integraciji), jasna (ne suviše kompleksna), te da su kliničari nastavnici.
5. Tko treba poučavati kliničku medicinsku etiku? To bi trebali biti stručnjaci koji su dobri predavači i koji imaju sposobnost potaknuti studente i specijalizante da poboljšaju kvalitetu odnosa liječnik-pacijent i ishod pacijenta, barem jedan od dvojice nastavnika trebao bi biti educiran u etici ili bioetici te imati kliničko iskustvo.

Na pitanje može li svaki kliničar učiti studente medicinskoj etici, Željka Znidarčić (2006) drži da kad bi bilo tako, onda ne bi bilo potrebe za učenjem medicinske etike. Postoje liječnici s neadekvatnim etičkim normama i oni djeluju kao negativni modeli. Prema autorici, medicinsku etiku mogu poučavati kliničari s jasnim kliničkim načelima, s kliničkim iskustvom i, ako je moguće, s etičkom edukacijom.

### ***Odnos liječnik-pacijent***

Stoljećima su se obveze i vrline zdravstvenih djelatnika, koje se spominju u kodeksima i znanstvenim zapisima o etici, promatrale po-

najprije kroz profesionalnu predanost zaštite pacijenta od bolesti, ozljeda i pružanju medicinske njege, što spada u obvezu neškodljivosti i dobročinstva (*Primum non nocere*). Međutim, neka načela upozoravaju na važne dijelove moralnosti, koji su se u profesionalnoj etici tradicionalno zanemarivali – na načelo autonomnosti i pravednost. Tako u kliničkom radu sve važniju ulogu zauzima skrb za pacijenta, što se temelji na autonomiji.

U medicini i medicinskoj praksi kao eminentnoj humanoj djelatnosti u segmentu kliničke prakse događaju se profesionalni, društveni, svjetonazorski, vrijednosni, religiozni, vjerski, psihološki, jednom riječju ljudski odnosi između liječnika i pacijenta (Matulić, 2001).

Odnos liječnik-pacijent jedno je od ključnih pitanja kliničke bioetičke edukacije. Bioetičku analizu toga odnosa podupiru načela. Prema Beauchampu (1996) specifična pravila za etiku zdravlja i istraživanja mogu se svrstati unutar četiri grupe načela. Međutim, ni pravila ni sudovi (zaključci) ne mogu se izravno izvoditi iz tih načela. Okvir tih načela ima korijene u zdravstvu, a ona su sljedeća: 1. poštovanje autonomnosti (načelo koje zahtijeva poštovanje sposobnosti donošenja odluka samostojnih osoba), 2. neškodljivost (načelo koje zahtijeva da se drugima ne nanosi zlo), 3. dobročinstvo (skup načela koja zahtijevaju da spriječimo štetu, omogućimo dobrobit i odmjerimo dobrobit u odnosu prema opasnosti i cijeni) i 4. pravednost (skup načela koja zahtijevaju ravnomjernu i poštenu raspodjelu dobrobiti, opasnosti i cijene). Razlog da je Beauchamp (1996) izabrao te četiri temeljne kategorije moralnih okosnica kao okvir djelomice proizlazi iz profesionalnih uloga i tradicije. U svojim daljnjim razmatranjima najvažnijih temeljnih načela koja se koriste u mnogim prikazima biomedicinske etike Beauchamp i Childress (2001), uz četiri prethodno navedena načela, naveli su peto načelo – očuvanje profesionalnog odnosa. To načelo obuhvaća poštenje, privatnost, vjernost i povjerljivost.

Za dobru primjenu biomedicinske etike u praktičnom radu potrebne su osobne karakteristike i profesionalne vještine zdravstvenih djelatnika. Beauchamp i Childress (2001) smatraju da se može ostvariti bolja etičnost u praktičnom radu pomoću vrlina kao što su samilost, sposobnost prosuđivanja, pronicavost, mjerodavnost, savjesnost i integritet. Bez takvih osobina zdravstveni djelatnik nema moralno usmjerenje za stvaranje etičkih odluka, odnosno za etičko ponašanje. Takve sposobnosti teško je naučiti, tako da se često ne navode direktno kao predmet u profesionalnom obrazovanju.

Poput Beauchampa (1996), i Plambeck (2002) navodi klasična načela koja su važna u odnosu liječnik-pacijent: autonomija, dobrotvornost, neškodljivost i pravednost, dok Ruth Purtilo (1995) navodi još poštovanje osobe i istinoljubivost. Načelo poštovanja osobe pretpostavlja da osobe imaju prirodenu ili bitnu vrijednost zato što su ljudska bića. Različita filozofska, religijska i znanstvena razmatranja o prirodi humanosti stvorila su široku osnovicu na kojoj zdravstveni djelatnici temelje taj ideal. Međutim, to je načelo i određeni izazov za liječnike, kada se postavlja pitanje razlikovanja vrste bića, npr. glede statusa fetusa, odnosno koliko se može praktično djelovati na osnovi takvog općenitog ideala. Kako odnos liječnik-pacijent liječnik gradi na povjerljivom priopćenju pacijenta i povjerenju, mora s pacijentom podijeliti sve spoznaje o njegovu zdravstvenom stanju. U odnosu liječnik-pacijent obično se primjenjuje model opunomoćenika, koji se osniva na povjerenju. Neki se znanstvenici ne slažu s time, jer prema tome modelu »jedna strana je ovisna o drugoj«. U tome odnosu, kada pacijent opunomoćuje liječnika, presudno se držati obveze povjerljivosti.

Iako u odnosu liječnik-pacijent liječnik ima ulogu opunomoćenika, nema većih posljedica za njega ako prekrši povjerljivost pacijenta (Frković, 2005). Prilično je neizvjesno hoće li sudskim postupkom pacijent uspjeti dobiti spor protiv liječnika radi kršenja povjerljivosti, ako nije u pitanju i nesavjesnost u medicinskim postupcima. Međutim, tada pacijent ne može ili ne želi sudskim putem ostvariti svoja prava, odnosno ako je liječnik oslobođen sumnje za nezakonito ponašanje, tada se pacijent može obratiti etičkom povjerenstvu zdravstvene ustanove i etičkom povjerenstvu liječničke udruge. Sudska odluka da je liječnik oslobođen sumnje kršenja povjerljivosti ne znači nužno da je njegov postupak bio etičan.

Posljednjih godina mnogi autori upozoravaju da pacijenti očekuju empatiju od svojih liječnika. Pri bioetičkoj edukaciji treba voditi brigu i o toj profesionalnoj vještini jer liječnikovo emocionalno ugađanje uvelike doprinosi razumijevanju emocija pacijenta (Halpern, 2003). Smatra se da empatija direktno povećava terapijsku učinkovitost, te je angažirana komunikacija povezana sa smanjenjem pacijentove uznemirenosti. Kod raznih bolesti smanjenje anksioznosti povezuje se s fiziološkim učincima na poboljšanje ishoda bolesti.

## **Bioetički kurikulum u medicinskoj edukaciji**

Povijest medicinske etike u medicinskoj edukaciji stara je 2500 godina, ali tek u drugoj polovici prošlog stoljeća medicinska etika počeo



la se formalno uključivati u medicinske kurikulumne. U ustanovama za zdravstvenu skrb, osobito u bolnicama u SAD-u i Kanadi, svakodnevna klinička praksa počela se obavljati na osnovi smjernica etičkih programa. Vodila se briga o edukaciji osoblja, ali i zajednice, uz retrospektivne i prospektivne prikaze pojedinih slučajeva i savjetovanja. Uobičajeno je da se u literaturi taj način edukacije naziva američko-kanadskim modelom i više govori o vještinama koje se stječu učenjem kliničke etike. Za razliku od toga modela, britanski model predstavlja detaljno razrađene tematske jedinice. Nada Gosić (2005) razradila je model etičke edukacije za kliničare, na tematskim jedinicama poput britanskog modela. Osnovu modela čine dva programa od kojih je jedan zajednički za sve kliničke grane, a drugi je ciljano namijenjen etičkom odlučivanju pri svakodnevnom kliničkom radu (analiza slučajeva).

Od 1990. godine medicinska etika postala je sastavni dio srži kurikuluma na većini američkih medicinskih fakulteta (Pellegrino i sur., 1990). Formalno uključivanje edukacije medicinske etike u medicinski kurikulum izazvalo je rast broja etičkih kurikuluma s različitim ciljevima i metodama primjene. Kada se shvatilo da nijedan model nije znatno bolji za edukaciju medicinske etike, konsenzusom su stvarana etička kurikuluma.

Na osnovi preporuka koje su dali američki etičari za edukaciju medicinske etike, Gillon (1996) je predložio sljedeće smjernice za kurikulum edukacije medicinske etike u Engleskoj: 1. vještina identificiranja moralnih aspekata medicinske prakse, 2. sposobnost postizanja pravovaljanog pristanka ili odbijanja tretmana, 3. znanje kako postupati ako je pacijent djelomično kompetentan ili potpuno inkompetentan, 4. znanje kako postupati ako pacijent odbije postupak, 5. sposobnost da se ocijeni kada je moralno opravdano ne reći informaciju pacijentu, 6. sposobnost procjene kada je moralno opravdano prekršiti povjerljivost, 7. znanje moralnih aspekata skrbi za pacijenta kada je prognoza loša.

U prikazu etičkih kurikuluma u studentskoj medicinskoj edukaciji Goldie (2000) između ostalih navodi preporuke britanskoga državnog konsenzusa koji sadržava 12 razrađenih tema: 1. informirani pristanak i odbijanje tretmana, 2. klinički odnos govorenja istine, povjerenja i dobre komunikacije, 3. povjerljivost i dobra klinička praksa, 4. medicinska znanstvena istraživanja, 5. humana reprodukcija, 6. »nova genetika«, 7. djeca, 8. mentalni poremećaji i nesposobnosti, 9. život, smrt, umiranje i ubijanje, 10. ranjivost nastala radi dužnosti liječnika i studenata medicine, 11. dobivanje sredstava, 12. prava.

Sve veće primjećivanje štetnih aspekata tradicionalne medicinske edukacije potaknulo je mnoge nastavnike medicinske etike da spriječe ili nastoje spriječiti štetne učinke tajnog kurikulumu, promicanjem humanističkih kvaliteta i ponašanja, te poticanjem etičkog razvoja. Predlažu se razni pristupi za rješavanje pitanja tajnog kurikulumu i promicanja etičkog razvoja studenata. Tako Haferty i Franks (1994) između ostalog predlažu da nastavnik treba uvidjeti opažanja studenata u početku nastave prije nego što na njih utječe medicinska edukacija. Osim toga, studentima bi trebalo dati »stvarne životne« prilike da procijene važnost etike u medicini, npr. pozornost bi trebali obratiti na makroetička pitanja, kao što je etička edukacija koja ne može biti dobro koncipirana ako je izolirana od šireg socijalnog konteksta.

U svojoj studiji Hariharan i sur. (2006) željeli su procijeniti znanje, stajališta i praksu zdravstvenih profesionalaca po pitanju etike zdravstvene skrbi i prava u nastojanju da se pomogne njihovu profesionalnom vladanju i stvaranju kurikulumu. U radu je analizirano 159 odgovora liječnika (mlađih i savjetnika) i medicinskih sestara. 52% starijega medicinskog osoblja i 20% starijih sestara znalo je malo o zakonu koji se odnosi na njihov rad. 11% liječnika nije znalo Hipokratovu zakletvu, a četvrtina sestara nije znala sestrinski kodeks. Nürnberški kodeks i Helsinšku deklaraciju znalo je samo nekoliko osoba. K tomu, 29% liječnika i 37% sestara nije znalo da postoje bolnički etički komiteti. Liječnici su imali bolje utvrđeno mišljenje nego sestre po pitanju etičke prakse radi ustrajanja na pacijentovim željama, povjerljivosti, paternalizmu, pristanku za postupke i u pogledu tretiranja nasilnih/nepopustljivih pacijenata.

### **Bioetička razmatranja o smjernicama za bioetičku edukaciju u kliničkom radu**

Kliničko poučavanje dio je liječnikova profesionalnog života, a odvija se pri operativnim zahvatima, tijekom rada u klinikama ili bolnicama, sa studentima, specijalizantima ili kolegama. Učinkovito kliničko poučavanje je multidimenzionalno. Klinički nastavnici moraju imati širok domet znanja, vještina i osobnih sposobnosti. Osim toga, njihovo organizacijsko znanje i strategija u poučavanju može pomoći da se osigura što bolja skrb pacijentima, a da to ne umanju kvalitetu edukacije. Uza sve stručne i znanstvene sposobnosti te osobne karakteristike, da bi mogao bioetički educirati studente i kompetentno rješavati sve etičke

dileme koje nastaju pri skrbi za pacijente, kliničar treba imati i dostatno bioetičko znanje.

Već prije desetak godina Metcalfe i Matharu (1995) na osnovi svoga ispitivanja upozorili su što studenti očekuju od kliničkog učenja. Na prvome mjestu navode povećanje odgovornosti, točno promatranje njihova rada, povoljne prilike za vježbanje tehničkog znanja, ali i vještina u rješavanju problema, jasne i spremne odgovore na probleme, da najprije pregledaju pacijenta, da nastavnici imaju entuzijazam, te da budu etični i moralni. Usatine i sur. (1997) kliničko poučavanje opisuju kao proces u tri faze: 1. prethodno planiranje i priprema, 2. poučavanje u nazočnosti pacijenta, 3. bilježenje dobivenih spoznaja, povratnu informaciju i refleksiju. Klinički nastavnici identificirali su četiri strategije koje čine osnovu za uspješno kliničko poučavanje. Prvo, treba uzeti u obzir postojeće znanje studenta i njihove sposobnosti. Drugo, trebaju biti dvije sobe za preglede, jedna za pacijenta, a druga za povratnu informaciju studenta. Treće, studentima treba dati sve veću ulogu u skrbi za pacijente, dopuštajući im da samostalno razgovaraju i pregledavaju pacijenta. Četvrto, studentima treba pomoći pri stvaranju bilježaka.

Prema Parsellu i Blighu (2001), posljednjih godina klinički istraživači prihvatili su da pitanje kliničkog poučavanja razmatraju kroz pet ključnih pitanja: 1. što trebam znati da bih bio uspješan klinički nastavnik?, 2. koju ću ulogu trebati prihvatiti?, 3. koje sposobnosti trebam posjedovati?, 4. koju strategiju poučavanja trebam primijeniti i u kojim okolnostima?, 5. kako znam da je moje kliničko poučavanje uspješno? Prideaux i sur. (2000) smatraju da okosnicu medicinske edukacije čini dobro kliničko poučavanje uz dobru kliničku praksu. Rad kliničkog nastavnika autori su analizirali kroz sedam njegovih uloga i to kao medicinskog stručnjaka, komunikatora, suradnika, menadžera, branitelja, znanstvenika i profesionalca. Spoznaje o tome trebale bi biti temelj za daljnji razvoj kliničara da bi postao što bolji klinički nastavnik.

U kliničkom je radu osim stručnih pitanja, prijeko potrebno rješavati i bioetičke dileme, te zato kliničkom edukacijom trebaju biti obuhvaćena i bioetička pitanja. Međutim, ako je netko dobar klinički nastavnik ne znači da može poučavati i u rješavanju bioetičkih dilema ili stjecanju vještina pri donošenju bioetičke odluke te u odnosu liječnik-pacijent. Pojedini klinički nastavnici pokazuju posebnu zainteresiranost za bioetička pitanja, te sami ili uz pomoć organiziranih bioetičkih skupova nadograđuju svoja temeljna etička znanja. Kao što je u kliničkom radu nužno kontinuirano pratiti sva nova medicinska dostignuća, tako je po-

trebno organizirati i stalnu edukaciju iz bioetike. To je osobito važno za našu sredinu jer se bioetika kao kolegij postupno počela uvoditi na medicinske fakultete tek početkom devedesetih godina, za razliku od nekih zapadnih zemalja gdje je uvedena dva desetljeća prije, tako da mnogi iskusni kliničari tijekom studija na medicinskom fakultetu nisu imali ni etiku, odnosno bioetiku kao zasebni kolegij. Na Medicinskom fakultetu u Rijeci godine 2004/05. uvedeni su izborni predmeti Klinička bioetika i Bioetika u znanstvenoistraživačkom radu na doktorskom studiju Biomedicine.

Studenti medicinskih fakulteta u Hrvatskoj pri upisu pojedinog kolegija iz kliničke medicine (interna medicina, neurologija – integrirana s neurokirurgijom, psihijatrija, infektologija – integrirana s kliničkom mikrobiologijom, klinička onkologija, kirurgija, anesteziologija, reanimatologija i intenzivno liječenje – uključen modul urgentna medicina, pedijatrija, oftalmologija, ginekologija i opstetricija itd.) već imaju određeno etičko znanje jer su tijekom pretkliničke edukacije upoznati s osnovnim pojmovima i načelima u bioetici. Tomu bi trebalo prethoditi upoznavanje učenika, u završnoj godini nastave u srednjoj školi, s temeljnim kategorijama i sadržajima filozofske etike da bi se uveli u problemsko područje bioetike (Čović, 2002).

Neka bioetička pitanja mogu se raspraviti putem zasebnih tematskih cjelina u tijeku predavanja iz jednoga kliničkog kolegija ili ih treba povezati s već postojećim kliničkim temama. Međutim, da bi se studenti educirali za klinički rad nije dostatno samo teorijsko znanje, tako da tematske cjeline mogu poslužiti samo kao osnova, a studenti uz to moraju izgraditi vještine i stajališta. To je najbolje moguće ostvariti tijekom seminara i vježbi, pri komunikaciji studenata s pacijentima, tako da se svaki problem razmatra pojedinačno. Pri tome treba omogućiti studentima da upoznaju postupak rješavanja konkretnog slučaja, da slobodno raspravljaju i iznose mišljenja, te tako ulaze u srž bioetičke edukacije. Posebno treba obratiti pozornost na razvijanje praktičnih vještina studenata i to na osnovi analize moralnog problema, analize jednog protokola za znanstveno istraživački rad, kao što je npr. protokol o ispitivanju nekoga novog lijeka, da sudjeluju u javnim etičkim raspravama, da održe neko kratko predavanje ili napišu rad o nekoj etičkoj temi.

Pri razmatranju smjernica za bioetičku edukaciju u kliničkoj medicini potrebno je najprije obratiti pozornost na pitanja koja su zajednička u svim granama kliničke medicine, kao što je proces informiranog pristanka, odbijanje tretmana, odnos liječnik-pacijent, dobra komunikaci-

ja, povjerljivost, privatnost, medicinska znanstvena istraživanja, život, smrt, distanzacija, eutanazija, prava pacijenata. Posebno treba razmatrati smjernice za bioetička pitanja koja su karakteristična za određenu kliničku specijalnost. Tako npr. između mnogobrojnih pitanja u kirurgiji važno mjesto zauzima transplantacija tkiva i organa; u kliničkoj onkologiji ublažavanje boli, pitanja vezana uz kraj života; u psihijatriji odluke skrbnika i autonomija pacijenta, etičke i legalne implikacije i istraživanja teških duševnih bolesnika s pristankom ili bez njega; u ginekologiji i opstetriciji pobačaj, sterilizacija, asistirana reprodukcija, prenatalni biokemijski probir na fetalne malformacije, prenatalna dijagnostika i terapija, dovršenje trudnoće nakon prenatalne dijagnostike, postupci s novorođenčadi na granici životnosti, etički aspekti pri postupcima s novorođenčadi s teškim malformacijama, majčino-fetalni sukob interesa itd.

## Zaključak

Osnovni cilj učenja kliničke bioetike jest poboljšanje kvalitete skrbi za pacijente. Neosporiva je uloga bioetičke edukacije u kliničkoj medicini uz bolesnički krevet. Tomu treba prethoditi bioetička edukacija u pretkliničkoj nastavi. Međutim, ne mogu se moralne odgovornosti i problemi stavljati samo uz bolesnički krevet. Oni zadiru u širu društvenu zajednicu, koju treba poučiti o osnovnim bioetičkim saznanjima u kliničkoj medicini, a to se osobito odnosi na službe koje podupiru zdravstvenu skrb. Bioetička edukacija u kliničkoj medicini usmjerena je prema studentu, liječniku te ostalom zdravstvenom osoblju, kojima treba pomoći da razumiju da je pacijent središte svih interesa.

Mnogi od razloga koji se navode kao potrebni za učenje kliničke bioetike svoju ulogu imaju i pri učenju mladih liječnika profesionalnosti. Zahvaljujući etičkoj edukaciji, ako mladi liječnici imaju potrebne vještine pri donošenju etičkih odluka, to će pridonijeti autonomiji i zaštiti dostojanstva pacijenta. Edukacija mladih liječnika treba se odnositi ne samo na etiku konkretne odluke, već treba obuhvatiti i etičnost samog procesa donošenja odluke. Vještine etičke analize dio su kompetencije mladog liječnika.

Pri razmatranju smjernica za bioetičku edukaciju u kliničkoj medicini potrebno je najprije obratiti pozornost na pitanja koja su zajednička u svim granama kliničke medicine, a zatim razmotriti smjernice za bioetička pitanja koja su karakteristična za određenu specijalnost. Radi

stalnog napretka znanstvenih i tehničkih dostignuća u kliničkoj medicini prijeko je potrebna kontinuirana nadogradnja medicinskog i etičkog znanja te kompetencija liječnika.

## Bibliografija

- Ashcroft, Richard E. (2000), »Teaching for patient-centered ethics«, *Medicine, Health Care and Philosophy*, 3, str. 287–295.
- Beauchamp, Tom L. (1996), »Načela u bioetici«, *Društvena istraživanja*, Zagreb, god. 5, sv. 3–4 (23–24), str. 533–544.
- Beauchamp, Tom L., Childress, J. (2001), *Principles of biomedical ethics*, (5th ed.), New York: Oxford University Press.
- Benatar, Solomon R.; Bhutta, Zulfiqar Ahmed; Daar, Abdallah S.; Hope, Tony; MacRae, Sue; Roberts, Laura W.; Sharpe, Virginia A. (2001), »Clinical ethics revisited: responses«, *BMC Medical Ethics*, 2:2, <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/2>.
- Callahan, Daniel (1995), »Bioethics«, u: Reich, Warren T. (ur), *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Simon & Schuster MacMillan, str. 250–251.
- Čović, Ante (2002), »Nastava etike u doba bioetike«, *Metodički ogledi*, Zagreb, god. 9, sv. (15), str. 9–16.
- Čović, Ante (2005), »Integrativna bioetika i pluriperspektivizam«, *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*, Prvi međunarodni bioetički simpozij u Bosni i Hercegovini, Sarajevo, str. 31–32.
- Frković, Aleksandra (2005), »Bioetička razmatranja o povjerljivosti i privatnosti u prenatalnoj skrbi«, *Gynaecologia et perinatologia*, Zagreb, god. 14, sv. 3, str. 109–115.
- Gillon, Raanan (1996), »Thinking about a medical school core kurikulumum for medical ethics and law«, *Journal of Medical Ethics*, 22, str. 323–324.
- Goldie, John (2000), »Review of ethics kurikulumum in undergraduate medical education«, *Medical Education*, 34, str. 108–119.
- Gosić, Nada (2005), »Bioetička edukacija«, *Pergamena*, Zagreb, str. 134–137.
- Hafferty, Fredric W.; Franks, R. (1994), »Hidden Kurikulumum, Ethics, Teaching and the Structure of Medical Education«, *Academic Medicine*, 64, str. 861–871.
- Halpern, Jodi (2003), »What is Clinical Empathy?«, *Journal of General Internal Medicine*, 18, str. 670–674.
- Hariharan, Seetharaman; Jonnalagadda, Ramesh; Walrond, Errol; Moseley, Harley (2006), »Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law

- among doctors and nurses in Barbados», *BMC Medical Ethics*, 7:7, <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/7/7/>.
- Illhardt, Franz Jozef (2001), »Medical ethics in the clinical context a new concept by the physician Richard C. Cabot«, *NTM*, 9, str. 246–57.
- Jurić, Hrvoje (2005), »Bioetički inkubator«, *Vijenac*, <http://www.matica.hr/Vijenac/vijenac296.nsf/AllWebDocs/bio2>.
- Matulić, Tonči (2001), *Bioetika*, Zagreb: Glas Koncila
- Metcalfe, D. H., Matharu, M. (1995), »Students' perceptions of good and bad teaching: report of a critical incident study«, *Medical Education*, 29, str. 193–197.
- Miles, Steven H.; Lane, Laura Weiss; Bickel, Janet; Walker, Robert M.; Cassel, Christine K. (1989), »Medical Ethics Education: Comming of Age«, *Academic Medicine*, 64 (12), str. 705–714.
- Musick, David W. (1999), »Teaching medical ethics: A review of the literature from North American medical schools with emphasis on education«, *Medicine, Health care and Philosophy*, vol. 2, no. 3, str. 239–254.
- Parsell, Glennys; Bligh, John (2001), »Recent perspectives on clinical teaching«, *Medical Education*, 35, str. 409–414.
- Pellegrino, Edmund D.; Siegler, Mark; Singer, Peter A. (1990), »Teaching clinical ethics«, *Journal of Clinical Ethics*, 1 (3), str. 175–180.
- Plambeck, Cheryl M. (2002), »Divided Loyalties. Legal and Bioethical Considerations of Physician-Pregnant Patient Confidentiality and Prenatal Drug Abuse«, *Journal of Legal Medicine*, 23:1–25.
- Prideaux, D.; Alexander, H., Bower, A., Dacre, J., Haist, S., Jolly, B., Norcini, J., Roberts, T., Rothman, A., Rowe, R., Tallett, S. (2000), »Clinical teaching: maintaining an educational role for doctors in the new health care environment«, *Medical Education*, 34 (10), str. 820–826.
- Purtilo, Ruth B. (1995), »Professional-patient relationship. Ethical Issues«, u: Reich, W. T. (ur.), *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Simon & Schuster MacMillan, Vol. IV, str. 2094–2103.
- Reiter-Theil, Stella (2004), »Does empirical research make bioethics more relevant? 'The embedded researcher' as a methodological approach«, *Medicine, Health care and Philosophy*, 7:17–29.
- Siegler, Mark (2002), »Training Doctors for Professionalism: Some lessons from Teaching Clinical Medical Ethics«, *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 69:404–409.
- Singer, Peter A., Pellegrino, Edmund D., Siegler, Mark (2001), Clinical ethics revisited, *BMC Medical Ethics*, 2:1, <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/1>.

- Stirrat, Gordon M. (2003), »Education in ethics«, *Clinics in Perinatology*, vol. 30, n° 1 (40 ref.), str. 1–15.
- Usatine, Richard P.; Nguyen, K., Randall, J.; Irby, David M. (1997), »Four exemplary preceptors' strategies for efficient teaching in managed care settings«, *Academic Medicine* 72:766–769.
- Znidarčić, Željka (2006). »Kako poučavati medicinsku etiku?«, *Liječničke novine*, Zagreb, god. 6, sv. 49, str. 70–71.
- Žitinski, Maja (2005), »The concept of education«, *Metodički ogledi*, Zagreb, god. 12, sv. 1 (21), str. 81–94.

## BIOETHICAL TRAINING IN CLINICAL MEDICINE

Aleksandra Frković

*Irrespective of the various definitions of bioethical training in clinical medicine, what matters is that it is orientated towards students, doctors and other healthcare staff, who need to be helped to understand that the patient is the focal point of all their interests. Besides practical knowledge of the most frequently asked questions during patient care, in bioethical training in clinical medicine it is vital to encourage students to continually learn about clinical bioethics. Although the basics of clinical bioethics can be taught as a course, it should, in principle, be integrated into permanent education. Bioethics in clinical medicine should first be taught by experienced clinicians with distinct clinical principles and an educational background in bioethics if possible. Medical professionalism urges doctors to place their patients' interest above their own. The success of all practical work in biomedical ethics depends on the healthcare workers' personal qualities and professional skills. Young doctors possessing the necessary skills in making ethical decisions thanks to their bioethical training contributes to both patient autonomy and the preservation of patient dignity. The formal entry of medical ethics into the medical curriculum has caused an increase in the number of ethical curricula with various goals and methods of application. Once realised that none of the existing models seem to be significantly better for the teaching of medical ethics, ethical curricula have been created by consensus. While examining the guidelines for bioethical training in clinical medicine, the questions that are common to all the branches of clinical medicine should be tackled first, which should then be followed by exploring the guidelines for those bioethical questions that are specific to a given medical specialisation.*

**Key words:** education, bioethics, clinical medicine.