



# Studije

Pregledni članak UDK 1:608.1(045)

doi: [10.21464/f44408](https://doi.org/10.21464/f44408)

Primljeno 28. 8. 2024.

**Ivana Tutić Grokša<sup>1</sup>, Amir Muzur<sup>2</sup>, Iva Rinčić<sup>3</sup>**

<sup>1, 2, 3</sup> Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet, Braće Branchetta 20, HR–51000 Rijeka

<sup>2, 3</sup> Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija, Viktora Cara Emina 5, HR–51000 Rijeka

<sup>1</sup> [ivanatg@uniri.hr](mailto:ivanatg@uniri.hr), <sup>2</sup> [amir.muzur@uniri.hr](mailto:amir.muzur@uniri.hr), <sup>3</sup> [iva.rincic@uniri.hr](mailto:iva.rincic@uniri.hr)

## **(Bio)etičke dileme koje traju desetljećima – pozadina, učinak i utjecaj članka »Oni odlučuju tko živi, tko umire« Shane Alexander<sup>1</sup>**

### **Sažetak**

*Iako etička povjerenstva u današnjim zdravstvenim ustanovama smatramo neizostavnim dijelom prakse, do njihove pojave dolazi tek u drugoj polovici 20. stoljeća u Sjedinjenim Američkim Državama. Ovaj rad donosi pregled događaja koji su prethodili osnivanju Povjerenstva za prijeme i kriterije Centra za umjetni bubrež u Seattleu pri Švedskoj bolnici, tzv. »Božji komitet«, kao i pregled reakcija i komentara nakon što je javnost saznala o njezovom djelovanju kroz članak »Oni odlučuju tko živi, tko umire« Shane Alexander. U završnom dijelu rada, povijesna i pravna pitanja prvih etičkih interdisciplinarnih povjerenstava smještaju se u kontekst Republike Hrvatske, kao i danas aktualna previranja u biomedicini i zdravstvu, ali i društvu uopće.*

### **Ključne riječi**

Povjerenstvo za prijeme i kriterije, Božji komitet, etička povjerenstva, bioetičke dileme

### **Uvod**

Etička su povjerenstva nezaobilazan dio bioetičke prošlosti i specifičan model konzultacija u zdravstvenoj skrbi, odnosno bioetičkih konzultacija (Sorta-

1

Prva verzija ovog rada pripremljena je u sklopu projekta »Bioetika i kultura« Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske (062-1300990-0798, voditeljica prof. dr. sc. Nada Gosić), te održana kao plenarno izlaganje na 11. *Lošinjskim danima bioetike* (Mali Lošinj, Hrvatska, 13. – 16. svibnja 2012.). Izrada rada bila bi otežana bez materijala koje su autorima ustupili djelatnici

Švedske bolnice u Seattleu, danas Northwest centri za bubrež (engl. *Northwest Kidney Centers*). Posebna zahvala zamjenici predsjednika za razvoj i odnose s javnošću, Jane Pryor i dr. Christopheru Blaggu, profesoru emeritu Sveučilišta u Washingtonu, izvrsnom direktoru Centara za bubrež Northwest iz Seattlea i svojevremeno glavnom uredniku časopisa *Hemodialysis International*.

Bilajac 2008),<sup>2</sup> istovremeno aktualan i nezamjenjiv segment suvremene prakse. Nema dvojbe da će spomenuta tijela i u budućnosti zadržati takvu ulogu u zadanim okvirima klinike, ali i široj društvenoj zajednici, pogotovo uzmu li se u obzir rastući izazovi tehnološkog napretka medicine.

Prva takva povjerenstva nastaju u Sjedinjenim Američkim Državama u drugoj polovini 20. stoljeća, odražavajući prioritete i vrijednosti tadašnjeg društva, prvenstveno teret donošenja odluka u novim okolnostima poslijeratne medicine. Nametnuvši se u kratkom periodu kao prihvatljiv način raspodjele moralne odgovornosti i odlučivanja na intersubjektivnoj i interdisciplinarnoj razini (Čović 2004: 17; May 2012: 312), etička povjerenstva svoj današnji status duguju jednako prvim verzijama spomenutih tijela, kao i relativno uspješnoj prilagodbi zahtjevima suvremenog društva.

S ciljem boljeg razumijevanja izazova suvremenih etičkih povjerenstava, potrebno se vratiti na početak, odnosno na prvo interdisciplinarno povjerenstvo u Seattleu i objavu novinskog članka kojim američka javnost 1962. godine doznaje za njegovo osnivanje i povjerenu mu zadaću. Više od 6 desetljeća kasnije, njegov rad ne prestaje biti polazište promišljanja i izvor (bio)etičkih dilema. U ovom radu nastojimo rasvijetliti razloge i okolnosti tog događaja, učinak i posljedice njegove medijske popraćenosti, kao i povezati izazove tog povjerenstva s glavnim problemima suvremenih etičkih povjerenstava.

## Američka medicina XX. stoljeća – glavne naznake

Završetak II. svjetskoga rata nije značio samo okončanje neprijateljstava i otvorenih bojišta diljem Zemljine kugle nego i smanjeno ulaganje financijskih sredstava svjetskih velesila u vojne svrhe, te postupno preusmjerenje u nova područja interesa, poput sveobuhvatne zdravstvene zaštite, obrazovnog sustava, socijalne skrbi i drugih.<sup>3</sup>

Iako medicina ima posebno mjesto u svjetskoj povijesti, upravo će u drugoj polovini 20. stoljeća doživjeti punu afirmaciju. U razvoju suvremene američke biomedicine, utemeljene na fiziologiji i eksperimentalnoj medicini, prekretnicu čini otvaranje bolnice »Johns Hopkins« (engl. *The Johns Hopkins Hospital*) 1889. godine, ishodišta istoimenog medicinskog fakulteta četiri godine kasnije. Model medicine utemeljene na znanstvenim istraživanjima i dokazima konačno je uspostavljen zahvaljujući iznimno utjecajnom »Izješću Fondaciji Carnegie« (engl. *Report to the Carnegie Foundation*), Abrahama Flexnera iz 1910. godine, promoviranjem ključnih pedagoških zaokreta u dotadašnjoj medicinskoj edukaciji (Marcum 2008: 9).<sup>4</sup> U razdoblju koje je slijedilo, unatoč oslabjeloj gospodarskoj snazi između dvaju svjetskih ratova, Sjedinjene Američke Države zauzele su mjesto svjetske velesile u stvaranju medicinskih institucija, posebno bolnica, dugoročno imajući utjecaj na visoku specijalizaciju liječnika, ali i poskupljenje troškova liječenja u takvim ustanovama. Dodatnu stavku u ukupnim troškovima liječenja donijelo je otvaranje zdravstvenog sustava pripadnicima svih društvenih slojeva.<sup>5</sup>

Sve do 1970-ih godina američka je medicina uspjela zadržati svojevrsni zanos, relativno visoko povjerenje u ideju progresa i vrijednosti Zapadne civilizacije. Ovo je razdoblje obilježeno i dotad nepojmljivim znanstvenim uspjesima, nadilazeći tradicionalno shvaćanje medicine kao kurativne i paliјativne, ali i nepovratno mijenjajući uvriježena shvaćanja zdravlja, bolesti i liječenja. Ove su promjene u medicinsku logiku uvele i dotad zanemarive kriterije ekonomske računice, raspodjele i dostupnosti resursa, ali i praved-

nosti prema svim korisnicima u korištenju sofisticirane laboratorijske opreme i skupe tehnologije. Takav razvoj događaja nije slučajnost, kulminirajući kao rezultat orijentiranosti medicine prema metodologiji znanstvenog pozitivizma – skupim tehničkim rješenjima i velikim brojem potencijalnih korisnika. Nasljeđe medicine početka 20. stoljeća, u proteklih je stotinjak godina doživjelo bitne promjene, naočigled uspješno koristeći tehničku aparaturu u rješavanju zdravstvenih problema. Ipak, ono što se činilo kao pobjednički optimizam, vrlo se brzo pokazalo i kao potencijalna opasnost neznanja i straha od posljedica te potpunim izostankom primjerene moralne refleksije i utemeljene etičke odluke.

## Dijaliza – sažetak povijesnog uvida i revolucionarnog uspjeha

Postupak osmoze i difuzije službeno je prvi put opisao škotski kemičar Thomas Graham sa Sveučilišta u Glasgowu 1854. godine, koji je ujedno zaslužan za uvođenje termina »dijaliza« u fizikalnu kemiju 1861. godine (Rački 2010: 345), što je gotovo istovremeno s opisima kliničkih odlika i dijagnoza bolesti bubrega liječnika Richarda Brighta iz Edinburgha. Ipak, ovim su događajima prethodila stoljeća istraživanja i pokušaja pročišćavanja tijela/bubrega.<sup>6</sup> Prvi korak u translaciji laboratorijskih načela na dijalizu živih bića pokrenuo je tim Johna J. Abela iz Baltimorea čišćenjem životinjske krvi celloidin-membranom, dok je postupak dijalize na čovjeku 1924. godine prvi put izveo George Hass. Postupak je trajao svega 15 minuta i protekao je bez ikakvih komplikacija. Ideju umjetnog bubrega prvi su 1943. godine realizirali Willem Kolff i Hendrik Berk u Nizozemskoj, dok su Leonard Skeggs i Jack Leonards 1948. godine u Clevelandu<sup>7</sup> osposobili prvi umjetni bubrež s paralelnim protokom.

2

Neki autori (Ashcroft i sur. 2005, prema Sorta-Bilajac 2008) etičke dileme zdravstvenih ustanova i kliničke prakse nazivaju *kliničkom bioetikom*, a u literaturi se spominje i etika kliničke prakse, kao zajednički naziv za edukaciju iz biomedicine, zdravstva i bioetike s kliničkom praksom (Sorta-Bilajac 2008).

3

Na pacifičkom frontu, završetak svjetskih ratnih zbivanja kulminirao je katastrofom bacanja nuklearnih bombi. Osim tragičnih i dugoročnih posljedica na lokalno stanovništvo, saznanje o razornoj nuklearnoj sili trajno je i nepovratno uzdrmalo povjerenje svih građana u rad znanstvenika i političkih struktura.

4

Biomedicinski model, prevladavajući u današnjoj američkoj medicini i drugim zapadnim i razvijenim zemljama, ali i sve zastupljeniji u ostalim dijelovima svijeta, podrazumijeva redukciju pacijenta na fizičko tijelo sastavljeno od razdvojenih dijelova – pacijent je stroj sastavljen od dijelova koji, slomljeni ili izgubljeni, mogu biti popravljani ili zamijenjeni novim. »Liječnička je briga emocionalno prekinuta, sadržana je u identificiranju bolesnih dijelova pacijentova tijela, njihovom

liječenju ili zamjeni uporabom najnovijih znanstvenih i tehnoloških dostignuća u medicinskom znanju, uz ograničenja medicinske zajednice.« (Marcum 2008: 10)

5

»1909. u SAD-u je bilo oko 4500 bolnica s preko 400 000 kreveta. Godine 1923. zabilježeno je oko 7000 bolnica s preko 750.000 kreveta. Postavljen je novi trend: broj bolnica se smanjivao u odnosu na porast broja kreveta. Godine 1932. u SAD-u je već postojalo milijun bolničkih kreveta. Sastav pacijenata u bolnici promijenio se i u Europi i u SAD-u. Pripadnici srednje, čak i niže klase, koji ranije nisu mogli ni sanjati o bolničkom prijemu, u velikom su broju počeli biti liječeni.« (Lawrence 2006: 269)

6

Već su stari Rimljani ulazili u vruće kupke nadajući se čišćenju tijela od nakupljenih toksina.

7

Na Kliničkoj fondaciji u Clevelandu (engl. *Cleveland Clinical Foundation*) radio je i Willem Kolff nakon migriranja u Sjedinjene Američke Države (Fox, Swayey 1974: 201).

Od 1959. godine ovakav je »umjetni bubreg« u trajnoj uporabi i u Centru za bubrežnu insuficijenciju regije Liverpool (engl. *Liverpool Regional Renal Insufficiency Center*). Ipak, sustavna primjena hemodijalize počinje tek 1960-ih godina u Sjedinjenim Američkim Državama.<sup>8</sup>

Ključnu je ulogu u tom procesu odigrao Belding M. Scribner, saznavši za aparat – »umjetni bubreg«<sup>9</sup> na predavanju Johna Merrilla 1950. godine u bolnici u San Franciscu. Godinu dana kasnije imenovan je direktorom općih medicinskih istraživanja na novoosnovanoj bolnici u Seattlu, pokrenuvši odmah nabavu Skeggs-Leonardsova umjetnog bubrega kojim je narednih godina liječio pacijente lokalnih bolnica.<sup>10</sup> Godine 1958., nakon usavršavanja u Londonu, Scribner preuzima novi Odjel nefrologije na Sveučilištu u Washingtonu, na kojem osniva program za akutne bolesti bubrega, a nakon članka Paula Teschana o profilaktičkoj dijalizi, razvija i sustav kontinuirane dijalize.<sup>11</sup> Prekretnica u Odjelu nastupila je 9. ožujka 1960. godine kada je u ruku 39-godišnjeg Clydea Shieldsa, mehaničara zaposlenog u korporaciji *Boeing*, dječji kardiokirurg David Dillard implantirao Scribnerov *shunt* (šant).<sup>12</sup> U sljedećim tjednima, drugi je pacijent istovjetnog postupka postao Harvey Gentry, prodavač cipela, a malo kasnije i Rolin Heming, čime se po prvi put u povijesti počela provoditi ponavljajuća dijaliza (Blagg 1998: 235).<sup>13</sup>

Mjesec dana kasnije, u travnju 1960. godine, održavao se godišnji sastanak Američkog društva za umjetne unutarnje organe (engl. *American Society for Artificial Internal Organs*, ASAIO). Prekasno da bi imao službeno izlaganje, Scribner je na skup poveo svog prvog pacijenta, Clydea Shieldsa, njegovu suprugu i suradnika Quintona, prezentiravši *shunt* u Shieldsovoj ruci na internom okupljanju u sklopu manifestacije (prisutni su bili Merrill, Kolff, Schreiner i Teschan), objavivši nakon toga i dva priloga u časopisu *Transactions of the ASAIO* (Scribner i sur. 1960; Quinton, Dillard, Scribner 1960). Čak i nakon tog događaja, prihvaćanje dijalize u Sjedinjenim Američkim Državama i Europi išlo je otežano, a vodeći ljudi nefrologije, uglavnom fiziolozi bubrega, nisu bili impresionirani Scribnerovim radom (Blagg 2010: 2147). Do srpnja 1960. godine, u bolnici u Seattlu hospitalizirana su i dijalizirana ukupno četiri pacijenta, a Scribner se počeo ozbiljno baviti mišlju o širenju programa i daljnjoj uštedi sredstava.<sup>14</sup>

### **Prva van-bolnička jedinica za dijalizu – od podruma do svjetske slave**

Nakon niza neuspjeha u traženju financijske potpore od Vlade i privatnih fondacija, potporu za nastavak programa Scribner je dobio od Jamesa Havalanda, predsjednika Medicinskog udruženja okruga King (engl. *King County Medical Society*, KCMS) i dekana Medicinskog fakulteta. Angažmanom Upravnog vijeća (engl. *Board of Trustees*) KCMS-a, uz suglasnost Područnog bolničkog centra Seattlea (engl. *Seattle Area Hospital Center*) i financijsku potporu Fondacije »John A. Hartford«, Scribner je pokrenuo otvaranje lokalnog centra za hemodijalizu. Tek u kasnijoj fazi uslijedila je i državna potpora Službe za javno zdravstvo Sjedinjenih Američkih Država (engl. *United States Public Health Service*; usp. Blagg 1998: 235).

Čak i prije osigurane financijske potpore Centru, u travnju 1961. godine, Medicinsko udruženje okruga King zatražilo je od predsjedavajućeg Komisije državne bolnice (engl. *State Hospital Commission*) prijedlog predstavnika Područnog bolničkog centra Seattle, koji bi se Scribneru (i predstav-

nicima KCMS-a) pridružili u donošenju odluka, a gdje bi, na koji način i uz pomoć kojih sredstava, trebalo uspostaviti novi centar »na razini zajednice« (Blagg 2012: 123). Povjerenstvo je osnovano na posebnom sastanku Upravnog vijeća KCMS-a početkom svibnja 1961. godine, a Vijeće je predložilo da bi se ovo tijelo trebalo baviti i »upućivanjem pacijenata i povlasticama osoblja na odabranom mjestu« (Blagg 2012: 213). Tri su bolnice Seattlea bile zainteresirane za ovakav odjel: sredinom lipnja 1961. godine Povjerenstvo je odabralo podrumске prostorije zgrade Eklind Hall, tadašnje rezidencije za smještaj medicinskih sestara Švedske bolnice (engl. *Swedish Hospital*).<sup>15</sup>

Kada su u lipnju osigurana sredstva Fondacije »John A. Hartford«,<sup>16</sup> imenovano Povjerenstvo počelo je raspravljati o »upravljanju selekcijom pacijenata«, zaključivši da je potrebno osnovati dva nova povjerenstva: Medicinsko

8

Spomenimo u ovom pregledu i kanadskog kirurga George Murraya, koji je 1946. godine razvio prvi »umjetni bubreg« u Sjevernoj Americi. Početni uspjeh u liječenju četvorice pacijenata umanjila je kasnije smrt njih dvojice, čime je izum Georgea Murraya trajno odbačen (Connor 1989).

9

Riječ je bila o modelu umjetnog bubrega Koffova rotirajućeg valjka (Scribner 1990, prema Blagg 2010: 2146).

10

Razlozi zbog kojih je Scribner odabrao ovaj aparat bio je mali volumen krvi, mali unutarnji otpor te hidrostatična umjesto osmotske ultrafiltracije. Scribnerova dalekovidnost u shvaćanju važnosti ovog uređaja dokazuje i činjenica da je vrlo brzo redefinirao kliničke testove te izradio *Syllabus ravoteže tekućina i elektrolita* (engl. *Syllabus for Fluid and Electrolyte Balance*), s ciljem edukacije studenata u rješavanju sličnih poteškoća (Blagg 2010: 2146).

11

Ovaj su sustav činili Skeggs-Leonardsov umjetni bubreg i Sears-Roebuckov hladnjak, koji je za potrebe Scribnerova programa modificirao Wayne Quinton, inženjer i voditelj bolničkog instrumentarija (Blagg 2010: 2146).

12

U razdoblju od 1950. do 1960. »ponavljajući tretman« umjetnim bubregom svaki je put podrazumijevao i operativni zahvat s ugradnjom kanile u arteriju i venu. Na ideju o ugradnji trajnog *shunta*, Scribner je došao nakon smrti pacijenata tijekom 1960-ih godina, Joesa Saundersa (Fox, Swazey 1974: 201–202).

13

Isti je metodu postupka ranije već pokušao Nils Alwall, koristeći staklo, gumu i plastičnu tubu, no bez uspjeha. U Scribnerovu slučaju,

ključna se pokazala uporaba teflona (politetrafluoretilen) u izradi kanala i *shunta* (Blagg 2010: 2146).

14

Vrlo je brzo bolnička administracija upozorila Scribnera da ne uvodi nove pacijente; procjena je bila da liječenje jednog pacijenta godišnje stoji između 10 i 20 tisuća dolara. Unatoč opravdanim očekivanjima uspješnosti postupka, ni Sveučilište nije moglo preuzeti na sebe skupi program bez osiguranih sredstava, a zbog straha od osude javnosti nije se željelo dovesti u situaciju nedostatka sredstva i obustave postupka (Blagg 1998: 235). Clyde Shields, prvi pacijent s kroničnim zatajenjem bubrega koji je trajno liječen umjetnim bubregom, preminuo je 1971. godine, 11 godina nakon ugradnje *shunta*, od posljedica kardiovaskularne bolesti (Blagg 2010: 2146).

15

U donošenje odluke o lokaciji uzeti su u obzir tehnički preduvjeti, lokacija bolnice, struktura zaposlenih, postojeća oprema, pomoćna medicinska oprema i pojedinosti poput predanosti bolničke administracije. Iako Blagg u tekstu iz 1998. godine navodi da je odluku o lokaciji donijelo povjerenstvo sačinjeno od laika (Blagg 1998: 235), u kasnijim radovima spominje tek »povjerenstvo« (Blagg 2012: 124), te nije izvjesno o kojem je točno tijelu riječ.

16

Dana 26. srpnja 1961. godine ova je Fondacija Švedskoj bolnici u Seattleu dodijelila 250 000 američkih dolara, s ciljem pokretanja lokalnog centra za hemodijalizu za istraživanje i liječenje kronične uremije i terminalnih bolesti bubrega (Blagg 2012: 123). Fondacija nije imala nikakav poseban prijedlog u vezi odabira pacijenata, prihvativši metodu dvaju povjerenstava (Dr. Christopher Blagg, osobna elektronička prepiska s autorima, 4. svibnja 2012.; Alexander 1962: 124).

savjetodavno povjerenstvo (engl. *Medical Advisory Committee*) i Povjerenstvo za prijeme i kriterije Centra za umjetni bubreg u Seattleu pri Švedskoj bolnici (engl. *The Admissions and Policies Committee of the Seattle Artificial Kidney Center at Swedish Hospital*). Na čelu Medicinskog povjerenstva čija je zadaća bila, sukladno medicinskim kriterijima, odabrati potencijalne korisnike programa, nalazio se Belding Scribner, dok su drugi članovi bili nefrolozi i psihijatri. Definirani su i kriteriji: (1) stabilna, emotivno zrela odrasla osoba, mlađa od 45 godina, onesposobljena posljedicama uremije; (2) odsustvo dugotrajne hipertenzije i trajnih komplikacija, posebno bolesti koronarnih arterija i cerebrovaskularnih, odnosno perifernih vaskularnih bolesti; (3) dokazana spremnost za suradnju u provođenju propisanih medicinskih postupaka, posebno restrikcija u prehrani; (4) stabilna ili blago pogoršana funkcija bubrega; (5) djeca i mladi koji nisu sposobni za samostalan život do daljnega su isključeni (Blagg 2012: 124).

Osim navedenih, u jednom ranijem članku Blagg ističe još nekoliko, kako sâm navodi, »izvornih kriterija«: (1) životna dob između 25 i 45; (2) šestomjesečno prebivalište na području država Washington, Aljaska, Idaho, Montana ili Oregon; (3) financijska potpora; (4) vrijednost/doprinos zajednici; (5) potencijal za rehabilitaciju; (6) psihološka i psihijatrijska kompatibilnost (usp. Blagg 1998: 236). Sudjelovanje djece također je bilo onemogućeno. Ipak, konačnu odluku o odabiru pacijenata donosilo je nemedicinsko tijelo – Povjerenstvo za prijeme i kriterije.

Dana 8. siječnja 1962. godine otvoren je Centar za umjetni bubreg u Seattleu (engl. *Seattle Artificial Kidney Center*). Riječ je bila o prvom izvan-bolničkom centru za dijalizu u svijetu. Način rada ove jedinice trebao je smanjiti troškove, imao je ukupno tri ležaja i tek nužnu opremu za dijalizu, pod nadzorom jedne medicinske sestre<sup>17</sup> (Blagg 1998: 235). Prema prethodnom istraživanju Medicinskog udruženja okruga King i podacima osiguravajuće tvrtke *Metropolitan Life*, procjena je bila da će godišnje na milijun stanovnika 5 do 20 kandidata biti pogodno za dugoročnu dijalizu. Prvi pacijent Centra bio je John Myers, a do kraja siječnja u Centru se dva puta tjedno liječilo troje pacijenata. Do kraja prve godine, Medicinsko savjetodavno povjerenstvo razmotrilo je 30 pacijenata, od kojih je 17 zadovoljilo medicinske kriterije (preostalih 13 ubrzo je preminulo). Od predloženih 17, do siječnja 1963. godine 9 ih je započelo liječenje u Centru, koji je time dosegnuo svoj maksimalni kapacitet. Konačnu je odluku o odabiru 9 pacijenata donijelo Povjerenstvo za prijeme i kriterije.

### **Povjerenstvo za prijeme i kriterije – *We (Don't) Want You!***

Iako se nigdje u literaturi ne navodi točan datum osnivanja Povjerenstva za prijeme i kriterije, rekonstrukcijom se može utvrditi da su prve sjednice ovog tijela održane tijekom ljeta 1961. godine. Povjerenstvo je imalo 7 članova: dva liječnika koja nisu bila uključena u brigu o bubrežnim pacijentima, odvjetnika, kućanicu, bankara, vođu sindikata i pastora. Na prvom sastanku, liječnici su članovima Povjerenstva objasnili njihovu buduću zadaću, no liječničke savjete Povjerenstvo je odlučilo saslušati i na budućim sjednicama (Alexander 1962: 106).

Na čelu Povjerenstva nalazio se John Darrah, luteranski pastor iz Seattlea. Prema intervjuu u kojem se 1991. godine prisjetio prvih iskustava, Darrah je poziv za članstvo pismenim putem dobio od jednog liječnika. Njegova je prva

reakcija bila da u tome ne želi sudjelovati – nekoga osuditi na smrt odabirom i »igranjem Boga«. Pristao je na prvi sastanak, na kojem su ga liječnici pridobili riječima:

»Od Vas ne tražimo da odlučite tko će umrijeti. To je već zapisano. Ovi ljudi umiru za nekoliko tjedana. Mi samo tražimo kome dati mogućnost produženja života.« (Blagg 1998: 237; Warrick 1991)<sup>18</sup>

Članovi su bili anonimni, a odlučili su i da sastanke žele održavati u tajnosti.<sup>19</sup> Na drugoj su sjednici zaključili da ne žele znati identitet pacijenata, nego samo broj spisa i informacije od njihovih osobnih liječnika (za ulazak u program bila je potrebna preporuka dvaju liječnika).

Odabir pacijenta za dijalizu u Centru za umjetni bubreg u Seattleu odvijao se nakon toga u dvije etape: prvi je krug selekcije već ograničenog broja prijavljenih pacijenata,<sup>20</sup> temeljem medicinskih kriterija, stručnog znanja i profesionalne odgovornosti, obavljalo Medicinsko savjetodavno povjerenstvo. Laičko su povjerenstvo zamislili i osnovali voditelji programa. Povjerenstvo je osnovano kao »prilično razumno i jednostavno rješenje iznimno teškog problema«, pri čemu »odgovorni članovi zajednice biraju koji će pacijenti, od njih nekolicine medicinski idealnih, dobiti tretman«, a pritom »gledano unazad, blago je reći da smo bili iznimno naivni« (Scribner 1978: 227; prema Blagg 2012: 126). Osnovano kao forum različitih laičkih perspektiva, s ciljem donošenja zajedničkog stava u pitanju javnog interesa, Povjerenstvo je u svom radu odlučilo izbjeci slučajni odabir, odlučivši se za sljedeće kriterije odabira: dob, spol, bračni status, broj djece, vrijednosti u zajednici, prihod, emocionalna stabilnost, obrazovanje i zaposlenje, potencijal u budućnosti, popis imena za preporuku, a upravo je ta relativna »društvena vrijednost« pacijenta bila (i ostala) ključna stavka trajnog prijepora o radu ovog Povjerenstva.

## Reportaža – pet minuta slave i više od šest desetljeća rasprave

Povjerenstvo za prijeme i kriterije Švedske bolnice u Seattleu nije bilo jedino laičko povjerenstvo koje je odlučivalo tko će biti liječen, a tko ne (Fox, Swazey 1974: 254–255, prema Fetherstonhaugh 2009: 89), ali je bilo jedino koje je dobilo medijsku pažnju i dugoročno ostavilo traga na način donošenja (etičkih) odluka u medicinskim pitanjima.

17

U to vrijeme, davanje intravenozne infuzije ili transfuzije krvi nije bila zadaća medicinskih sestara, no nakon prvih dijaliza 1960-ih godina liječnici su procijenili da sestre mogu same nadgledati postupak dijalize. Prve medicinske sestre u ovom su Centru bile Jo Ann Albers i Terry Pollard, uz pomoć dvojice tehničara i Dr. Murrayja, te asistenciju jednog stažiste (Blagg 2012: 126).

18

Detaljnije podatke o pastorovim iskustvima u radu povjerenstva moguće je pronaći u zasebnim publikacijama (Darrah 1987).

19

Unatoč mjerama opreza, jednom su se članovi Povjerenstva suočili sa svojim pacijentom,

što je utjecalo i na promjenu odluke. Godine 1963., na sastanku se pojavio muškarac srednjih godina, azijskog porijekla, čija je prijava ranije bila odbijena. U pratnji je bio i njegov odvjetnik. Prema pastorovim riječima, pacijent je bio odbijen zbog dobne granice, no čitavo je Povjerenstvo ostalo zatečeno susretom s muškarcem koji je došao moliti za vlastiti život: konačno su prekršili pravilo i odobrili mu dijalizu (Warrick 1991).

20

Značajan broj potencijalnih pacijenata nije nikad dostavio prijavu. Prema svemu sudeći, njihovi liječnici nisu bili upoznati s radom Centra ili su bili demotivirani strogim medicinskim kriterijima (Blagg 2012: 125).

Zasluga je to tada mlade i ambiciozne novinarke Shane Alexander (1925. – 2005.),<sup>21</sup> kolumnistice njujorškog časopisa *Life*. Saznavši za rad Centra za umjetni bubreg, Alexander je došla u Seattle i u njemu provela nekoliko mjeseci istražujući rad ove, po mnogo čemu posebne, izvanbolničke jedinice, ali i rad Povjerenstva za prijeme i kriterije. Neočekivano za medicinski tim ovog programa, na čelu s Beldingom Scribnerom, članak koji je Alexander objavila 9. studenog 1962. godine u *Life*-u, u najvećem je svom dijelu bio posvećen postupku selekcije pacijenata i njegovim implikacijama. Naslovom »Oni odlučuju tko živi, tko umire. Medicinsko čudo stavlja moralni teret na malo povjerenstvo« (engl. *They Decide Who Lives, Who Dies. Medical Miracle Puts Moral Burden on a Small Committee*), Alexander je u prvi plan svog članka stavila rad Povjerenstva, upoznavajući javnost s etičkim dilemama njihove uloge. Bio je to najduži članak ikad objavljen u časopisu *Life* i, kako je na jednoj konferenciji u čast 30 godina od nastanka bioetike istaknula Alexander, »dao je poticaj nacionalnom interesu za ono što danas zovete bioetika« (Alexander 1992: 24–26, prema Blagg 1998: 236). Šegota taj članak naziva »najkrupnijim trenutkom u rođenju bioetike« (Šegota 1998: 58).

Nezadovoljstvo nositelja programa zbog izostanka medijskog interesa za spašavanje života bubrežnih pacijenata nije došlo do javnosti, ali je ta ista javnost u saznanju selekcijskih kriterija *društvene vrijednosti*<sup>22</sup> pokrenula rasprave koje ne jenjavaju do danas. Isključivi medicinski odabir (takvom bi povjerenstvu nedostajala različitost gledišta, predrasude bi mogle postojati prema pacijentima čiji je liječnik ujedno član povjerenstva, pa bi se na ostale članove mogao vršiti pritisak); prednost onima čiji porezi plaćaju troškove istraživanja (Alexander 1962: 108); načelo »tko prvi, njemu dijaliza« odluku bi učinilo preteškom i arbitrarnom kod prevelikog broja kandidata, dok bi izostanak medicinskih kriterija doveo do liječenja »slabih« kandidata, ugroživši cjelokupni projekt – sve su to bile alternative. Jedina opcija kojom bi (nepravедna) selekcija bila izbjegnuta bilo bi liječenje svih kandidata, no to bi opteretilo Centar i ugrozilo njegov opstanak.

Najmanje sporna činila se opcija lutrije, koja bi umanjila težinu odluke povjerenstva, ne bi izazvala toliko kontroverzi, a mogla bi i pozitivno utjecati na javno mišljenje i senzibilitet za prioritete u zdravstvenoj njezi. Takav utjecaj imao je, primjerice, dokumentarni film iz 1965. godine *Tko živi? Tko umire?* (engl. *Who Lives? Who Dies?*) Edwina Newmana, te članak »Ostali su jednostavno prepušteni smrti« (engl. *The Rest Are Simply Left To Die*) Johna Robbinsa i June Robbins iz 1967. godine (Blagg 1998 236). Načelo slučajnog odabira kandidata nije nikada postalo dijelom procedure nijednog od dvaju uključenih povjerenstava, no etičke kontroverze potaknute odabirom pacijenata sustavom dvaju povjerenstava imale su presudnu ulogu na donošenje Zakona 92-603 (1972.), zajamčivši posebnu saveznu potporu terminalnim bubrežnim bolesnicima, ali i potaknuvši prosvjede pred Senatом zbog »privilegija« u odnosu na druge teške bolesti (Fetherstonhaugh 2009: 90).

### »Božji komitet« (engl. *God Committee*)

Dio interesa i trajne *popularnosti* Povjerenstva za prijeme i kriterije iz Seattlea zasigurno leži u činjenici da su vrlo brzo u medijima, ali i akademskim raspravama, zaživjela i njegova druga imena, učinivši da njegov službeni i prilično formalni naziv ostane nepoznat. S obzirom na to da se javnost s radom Povje-

renstva upoznala ponajviše člankom u *Life*-u iz 1962. godine, s dozom inercije popularni se termin »Božji komitet« nerijetko pripisuje upravo novinarki Alexander, no u spomenutom se članku nigdje ne koristi ovaj termin, već se spominje Povjerenstvo za život ili smrt (engl. *Life or Death Committee*).<sup>23</sup> Trideset godina kasnije, Alexander će na već spomenutoj »Konferenciji o rođenju bioetike« (engl. *The Birth of Bioethics Conference*, Seattle, 23. – 24. rujna 1992.), održati izlaganje »Covering the God committee«,<sup>24</sup> iako po svemu sudeći, autorstvo termina »Božji« pripada nekom drugom.<sup>25</sup> Pitanje imena nije krucijalno u cjelokupnoj priči, iako je pripomoglo da *Božji komitet* postane svojevrsni medijski fenomen posljednjih 60 godina.

Prve reakcije na rad Povjerenstva bile su prilično negativne: (1) Dr. George Schreiner, šef nefrologije na Sveučilištu Georgetown (engl. *Georgetown University*) izjavio je kako u Washingtonu takvo tijelo nikada nisu imali, a nikada ni neće jer bi to značilo prebacivanje odgovornosti na ljude s manje edukacije i manje znanja od liječnika (Schreiner 1966: 128, prema Blagg 1998: 237); (2) profesor prava David Saunders i psihijatar Jesse Dukeminier kritizirali su Seattleov način zbog predrasuda, klišeja i favoriziranja povlaštenih, uspoređujući tajno povjerenstvo s kafkijanskom groteskom (Saunders, Dukeminier 1968: 371, 373, prema Blagg 1998: 237); (3) analiza odabira za terapiju koja spašava život Nicholasa Reschera bio je prvi bioetički članak objavljen u filozofskom časopisu *Ethics*<sup>26</sup> (Blagg 1998: 237), dok James Childress, teolog sa Sveučilišta Virginia (engl. *University of Virginia*), propituje standarde dono-

21

Shana Alexander (rođena Ager) bila je porijeklom iz poznate umjetničke obitelji. Diplomirala je 1945. godine antropologiju na Sveučilištu Vassar. Započela je kao slobodna novinarka u časopisima *Junior Bazaar* i *Mademoiselle*, a zatim i u *Life*-u. Nakon napuštanja *Life*-a, radi kao glavna urednica u *McCall*'s-u i nekim drugih časopisima, a poslije i kao televizijska komentatorica. Osim svog članka iz 1962. godine, još je nekoliko puta govorila i pisala o bioetici (Alexander 1993), a objavila je i nekoliko knjiga.

22

Trijaža, kao postupak, do tada je bila potpuno nepoznata medicini, izuzev prilikom vojnih operacija spašavanja i stanja nakon katastrofa (Blagg 1998: 236).

23

Voditelji programa za dijalizu, u okviru kojeg je i imenovano Povjerenstvo za prijeme i kriterije, nije bilo zadovoljno skretanjem medijske pažnje na rad laičkog tijela, a posebno ne njegovim epitetom – »Božji«. Ne samo da javnost nije uspjela saznati više o liječenju kronične bolesti bubrega nego su pod povećalo stavljeni rad i odluke tijela koje su trebale olakšati rad liječnika. U prilog tome govori da Christopher Blagg, svojevremeno izvršni direktor Centara za bubrege Sjeverozapada iz Seattlea, naglašava kako Alexander u svom članku nigdje ne koristi izraz »God's

Committee« i da »ne zna tko se pojavio s tim imenom, ali da su ga oni mrzili« (engl. »I have no idea who came up with the name 'God's Committee' and we hated it.«; Dr. Christopher Blagg, osobna elektronička prepiska s autorima, 4. svibnja 2012.).

24

Detaljnije vidjeti u izdanjima o počecima bioetike u Sjedinjenim Američkim Državama (Jonsen 1998; Fox Swazey 2008).

25

Osim izjave pastora Darraha o radu u Povjerenstvu kao »igranju Boga«, moguće je da je Alexander parafrazirala i jednu od zadnjih rečenica svog članka, navodno izjavu Johna Myersa (prema Alexander 1962: 125), prvog pacijenta Centra za umjetni bubrege: »Pretpostavljam da, dokle god su resursi ograničeni, netko mora odabrati i odlučiti. I nakon toga poći kući spavati. Kakva grozna odluka. To je poput igranja Boga. Da budem iskren, iznenađen sam što su liječnici uspjeli okupiti sedmero ljudi spremih na takvu zadaću.«

26

Rescher je vjerovao da prihvatljiv sistem odabira mora biti jednostavan i plauzibilan, na način da svi mogu uvidjeti njegovu opravdanost. Svaka komponenta kriterija mora biti razumna, racionalno obranjiva i poštena (Rescher 1969, prema Blagg 1998: 237).

šenja odluka nakon kojih neki nastavljaju živjeti, dok drugi umiru (Childress 1970, prema Blagg 1998: 27–238).<sup>27</sup>

Što je učinilo ovo tijelo toliko posebnim i prijepornim? Ideja osnivanja ovog tijela, dakle, potekla je od liječnika i značila je uvođenje dodatne razine odlučivanja između već odabranih pacijenata; odluke tijela bile su nužne (u protivnom, svi bi umrli); sâm je njegov naziv sugerirao donošenje kriterija i odluku o prijemu u postupcima dijalize; osnovano je kao interdisciplinarno laičko tijelo, bez stručnog medicinskog znanja, s utemeljenjem u široj društvenoj zajednici (uključivalo je jednu ženu – domaćicu – i šest uspješnih profesionalaca iz različitih područja); članstvo u tijelu bilo je anonimno, uz izostanak društvene časti, priznanja i financijske naknade (Alexander 1962: 106). Odustajući od lutrijskog odabira kandidata, voditelji projekta izabrali su dvostupanjско odlučivanje: prvi stupanj zasnovan na medicinskim kriterijima, te drugi, laički, kojim je posredno označen prvi korak prema institucionalizaciji odlučivanja u medicinskoj praksi (»etički komiteti nasuprot liječničkom paternalizmu«; Zagorac, Jurić 2008: 602).

Međutim, prava nakana osnivanja tijela bila je, zapravo, rasteretiti liječnike teških odluka. Stavljeni u situaciju donošenja odluke, članovi Povjerenstva tako su posegnuli za kriterijima »društvene vrijednosti«, a što je, po nekima, kreiralo neproporcionalni pristup dijalizi zaposlenih bijelih muškaraca (u odnosu na žene, pripadnike manjinskih skupina, nezaposlene i druge; usp. Gordon 2004), otvarajući time do danas nezavršenu raspravu.

Nije li se medicinska zajednica, nakon vlastite selekcije po vlastitim kriterijima jednostavno našla u situaciji da nema hrabrosti poduzeti daljnji korak, prenijevši na laičko povjerenstvo odgovornost i težinu odluke? Kao tampon-zona između liječnika i javnosti (Alexander 1962), Povjerenstvo za prijeme i kriterije tako je (prešutno) postalo dobrim modelom zaobilaznja individualne odgovornosti (uz upitnost samim kriterija odabira), što je kasnije preuzeto i do danas se razvija u različitim modelima etičkih i bioetičkih povjerenstava. Iako ista tijela čine jedno od najznačajnijih dostignuća suvremene bioetike, oprez u njihovom nekritičnom zagovaranju, krajnje je nužan: ne samo da je riječ o tijelima kojima se sustavno i institucionalno otklanja odgovornost nego se, već u trenutku imenovanja njegovih članova (najčešće od strane uprave institucije) projicira njegov budući rad i karakter samih odluka.

### **Etička povjerenstva nakon Božjeg komiteta**

Kroz 1960-e i 1970-e godine pojedini kontroverzni primjeri poput onog Karen Quinlan<sup>28</sup> te uočavanje neetičnog postupanja s ispitanicima u biomedicinskim istraživanjima ukazali su na potrebu osmišljavanja adekvatnog načina pristupa određenim etičkim pitanjima u biomedicini (Aulisio 2016; Šegota 1998). Saznanje o Božjem komitetu potaknulo je stručnjake i politička tijela na regulaciju stanja prema kojima bi etička povjerenstva trebala promišljati i odlučivati. Aulisio navodi da su to prvenstveno bile odluke o opcijama potaknutim tehnološkim razvojem, medicinske odluke obilježene vrijednosnom komponentom (o kojima je potrebno promišljati interdisciplinarno), te odluke koje je potrebno donijeti u kratkom roku (Aulisio 2016). No, Tomašević postavlja i (retoričko) pitanje »jesu li etička povjerenstva bila stvorena radi altruizma i pomoći drugima ili iz straha i liječničkog egoizma, tj. iz potrebe da se djeluje iz sigurnosti i da se ne mora odgovarati za to djelovanje« (Tomašević 2008: 120).

Osnivanje prvog službenog etičkog povjerenstva u Sjedinjenim Američkim Državama potaknuo je upravo slučaj Karen Quinlan, konkretnije prijedlog Vrhovnog suda države New Jersey da se takvo tijelo osnuje radi odluke o postupanju u tom slučaju (Tomašević 2008). Nakon tog slučaja i primjera osnovanog etičkog povjerenstva još je nekoliko događaja u 1980-ima poput rasprave o pobačaju nakon presude *Roe protiv Wade*, slučaja Cruzan<sup>29</sup> i »skandalala Tuskegee«,<sup>30</sup> doprinijelo razvoju etičkih povjerenstava u Sjedinjenim Američkim Državama. Naposljetku je 1992. godine Zajednička komisija za akreditaciju zdravstvenih organizacija (engl. *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*; 1992, prema Aulisio 2016) predstavila postojanje mehanizama (tijela) za nošenje s etičkim pitanjima kao zahtjev zdravstvenim ustanovama u Sjedinjenim Američkim Državama, ne više kao preporuku, što je dovelo do povećanja etičkih povjerenstava u tim ustanovama sa 60 % na 90 % do kraja 1990-ih godina. Posebice plodno tlo za osni-

27

Takva kritičnost ne čudi, posebno ako uzmemo izjave poput one koju je dao član povjerenstva, a koja je kasnije i objavljena u knjizi koja je obradila društveni kontekst cjelokupnog događaja: »Odluke su bili teške [...]. Sjećam se da sam glasao protiv mlade žene za koju se znalo da je prostitutka. Shvatio sam da ne mogu glasati za nju umjesto drugog kandidata, mlade žene i majke. Također sam glasao protiv mladića koji dok nije saznao da boluje od zatajenja bubrega bio neprimjeren, pravi zavodnik. Obećao je da će promijeniti svoj karakter, vratiti se u školu i ostalo, samo ako ga izaberemo za postupak. No, osjećao sam da imam previše životnog iskustva da znam da osoba poput njega neće učiniti ono što obeća.« (Fox, Swazey 1974: 232, prema Annas 1985: 187).

28

Karen Quinlan bila je hospitalizirana uslijed predoziranja u travnju 1975. godine, prvo u *Newton Memorial Hospital*, a zatim u *St. Clare's Hospital* u Denvilleu u New Jerseyju (Aulisio 2016). Tijekom cijele hospitalizacije bila je u vegetativnom stanju, na respiratoru i hranjena kroz nasogastričnu cijev. Nakon nekoliko mjeseci hospitalizacije, njezini roditelji su (nakon dogovora s obitelji i svećenikom) prihvatili beznadnost Karenina stanja i zatražili da je se »skine« s respiratora/uređaja za umjetno disanje, no nadležni liječnici i bolnički administratori nisu to dozvolili smatrajući takav čin eutanazijom, odnosno oblikom ubojstva (Aulisio 2016). Temeljeći odluku na ustavnom pravu na privatnost Vrhovni sud New Jerseyja podržao je pravo Kareninih roditelja da odluče o odvajanju od respiratora u ime svoje kćeri.

29

Nancy Cruzan bila je ozlijeđena u automobilskoj nesreći 1983. godine u dobi od 24 godine, te je 7 godina provela u vegetativnom

stanju uz pomoć cijevi za hranjenje (Aulisio 2016). Njezini roditelji zahtijevali su prekid održavanja na životu zasnivajući zahtjev na stavu da njihova kćer ne bi voljela takav život. Nakon sudskih postupaka protiv savezne države Missouri, u kasnijoj fazi i pred Vrhovnim sudom Sjedinjenih Američkih Država, propitujući pravo pacijenta na odbijanje medicinskih postupaka, odlučeno je da su pruženi dovoljni dokazi da Nancy Cruzan ne bude održavana na životu u takvim okolnostima te je dozvoljen prekid hranjenja i posljedično prekid života (Aulisio 2016).

30

Do tog, kako Šegota to naziva, najvećeg američkog biomedicinskog skandala došlo je otkrivanjem da se još od 1931. godine ispitanici u istraživanju sifilisa (financiranog od strane američke državne ustanove za javno zdravstvo, engl. *U.S. Public Health Service*) namjerno ne liječe od te bolesti radi otkrivanja »prirodnog tijeka bolesti« i ishoda neliječenja – uz zabranu traženja liječničke skrbi izvan projekta (Šegota 1998: 27). Najučestaliji ispitanici pritom su bili Afroamerikanci niskog obrazovnog statusa, koji žive u siromaštvu, iz grada Tuskegee po kojem je skandal i dobio naziv (Šegota 1998). Saznanje o tome potaknulo je Kongres Sjedinjenih Američkih Država da osnuje posebnu federalnu bioetičku komisiju pod nazivom »Nacionalna komisija za zaštitu ljudskih ispitanika u biomedicinskim i bihevioralnim istraživanjima«, koja je objavljivala etičke preporuke za biomedicinska istraživanja, koja su naknadno, zajedno s vladinim propisima, postale etički kodeksi za ovo istraživačko područje. Jedna od preporuka te Komisije bila je i osnivanje institucionalnih tijela za etičku kontrolu istraživanja na ljudima u svim ustanovama koja se bave takvim istraživanjima (Šegota 1998).

vanje etičkih povjerenstava bile su katoličke bolnice na području Sjedinjenih Američkih Država i Kanade (Tomašević 2008).

Do uvođenja etičkih povjerenstava relativno brzo došlo je i na području Europe, pa i u Hrvatskoj. U Europi je tome pridonio gotovo paralelni proces udruživanja i/ili jačanja nadnacionalnih organizacija (posebno Vijeće Europe i Europska unija), kao i donošenje ključnih dokumenata poput *Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini* 1997. godine (Tomašević 2008: 130). Naime, europske integracije svoje uporište imaju u načelima federativnosti i kompletnosti različitih razina vlasti, kombinirajući prebacivanje pojedinih zajedničkih pitanja na nadnacionalnu razinu, ali i zadržavajući specifična kulturološka pitanja na razini nacionalnih institucija (poput pobačaja ili eutanazije). Na razmeđu navedenog nalaze se dokumenti koje donose nadnacionalna tijela, ali način njihova usklađivanja s postojećom ili planiranom regulativom prepuštaju nacionalnim institucijama (npr. dokumenti Vijeća ministara Vijeća Europe; Rinčić 2007: 86–87).

Do pojave prvih etičkih povjerenstava na području današnje Republike Hrvatske dolazi krajem 1970-ih godina, iako su ta tijela bila prvenstveno fokusirana na klinička istraživanja lijekova (Frković, Gosić 2006). Razvoj ovih tijela posebno je vidljiv krajem 20. stoljeća, točnije nakon 1997. godine, kada tadašnji *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* definira njihovu zadaću. Takav *top-down* pristup u Hrvatskoj paralelan je razvoju etičkih povjerenstava i u drugim tranzicijskim zemljama Srednje i Istočne Europe (usp. Orzechowski, Schochow, Steger 2020). Nakon početne zakonske regulacije slijedi postupan proces uspostave sustava etičkih povjerenstava u Hrvatskoj, koji se, u različitim oblicima, nastavlja do danas. Osnivanje etičkog povjerenstva pri zdravstvenoj ustanovi propisano je *Zakonom o zdravstvenoj zaštiti* koji ga definira kao »tijelo koje osigurava obavljanje djelatnosti ustanove na načelima medicinske etike i deontologije« (*Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, 2018. – 2024., čl. 94–94). Što se tiče njegova sastava, treba ga činiti najmanje pet članova, od čega je barem 40 % osoba različitog/suprotnog spola. Povrh toga, taj zakonski propis (*Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, 2018. – 2024.) propisuje da je potrebno da je barem jedan član nemedicinske struke i jedan koji nije zaposlenik te zdravstvene ustanove. Daljnje odluke o sastavu etičkog povjerenstva prepuštene su upravnom vijeću zdravstvene ustanove, odnosno odredbama njenog statuta. Danas su etička povjerenstva u hrvatskim zdravstvenim ustanovama u pravilu »miješanog« tipa, odnosno kombinacija su institucijskih istraživačkih povjerenstava (engl. *Institutional Review Board*) i kliničkih etičkih povjerenstava (engl. *Healthcare Ethics Committee*; Borovečki, Have, Orešković 2006; Žokalj, 2012). Istraživanje Borovečki, Havea i Oreškovića utvrđuje da članove etičkog povjerenstva uglavnom imenuje uprava zdravstvene ustanove, a po profesiji članovi su liječnici, medicinske sestre/tehničari, teolozi, pravnici, socijalni radnici, itd. (usp. Borovečki, Have, Orešković 2006). Drugim riječima, u tim tijelima pacijenti nisu bili među članovima. Članovi etičkih povjerenstava, njih 147, u tom istraživanju naveli su da se najčešće bave odlukama o odobravanju kliničkih istraživanja (108 odgovora). Među problemima iz »prakse«, kojima se etička povjerenstva bave, najčešće su poteškoće u komunikaciji između pacijenata i djelatnika te među djelatnicima (48 odgovora). Odluke o doniranju organa bile su navedene tek nekoliko puta (7 odgovora; Borovečki, Have, Orešković 2006), što je jedina dvojba koju potencijalno možemo usporediti sa zadatkom povjerenstva u Seattleu. Ovi autori (Borovečki, Have, Orešković 2006) primjećuju da zdravstvene

ustanove u Hrvatskoj imaju poprilično legalistički i formalni pristup etičkim povjerenstvima. Pored toga, upitno je koliko ta tijela doista odražavaju norme i vrijednosti zdravstvenih i drugih djelatnika (Orzechowski, Schochow, Steger 2020). U prilog tome kako te norme i vrijednosti nisu dovoljno zastupljene ide podatak da je tek 12 % liječnika i 3 % medicinskih sestara u Hrvatskoj uopće zatražilo etičke konzultacije od strane etičkih povjerenstava. Tema za raspravu je neuključenost pacijenata u ova tijela u Hrvatskoj, kao i stručnjaka iz područja (bio)etike (Borovečki, Have, Orešković 2006). Upitno je i jesu li članovi dovoljno educirani za procjenu »zahtjevnijih« (bio)etičkih dilema. Dakle, iako u okviru suvremenog zdravstvenog sustava u Hrvatskoj nemamo dvojbi oko toga tko će ići na dijalizu, a tko ne, izvjesno je da postoje druge (bio)etički dvojbene situacije u kojima etička povjerenstva odlučuju »tko živi, tko umire« ili tko će imati kakvu zdravstvenu zaštitu.

### Zaključna rasprava

Kada govorimo o suvremenim (bio)etičkim povjerenstvima, krećemo od pretpostavke osnivanja i rukovođenja (bio)etičkim načelima, poštivanja multidisciplinarnosti, pluriperspektivnosti, parlamentarizma i odgovornosti, sukladno odredbama UNESCO-ve *Opće deklaracije o bioetici i ljudskim pravima* (2005, prema Perin 2020). (Bio)etičke konzultacije u etičkom povjerenstvu trebale bi omogućiti više perspektiva u sagledavanju problema i interdisciplinarnan pristup u njegovu rješavanju (Sorta-Bilajac 2008). Pomnije proučavanje historijata prvog znanog (bio)etičkog povjerenstva – seattleskog iz 1962. godine – pokazalo je da su motivi njegova osnivanja bili bitno drugačiji: pragmatični, medikocentrični i medijski napuhani, s tendencijom površno-etičkog rješavanja problema jedne kliničke ustanove.

No, i današnja etička povjerenstva izloženi su riziku birokratizacije, difuzije odgovornosti, razdvajanja etičke i medicinske kompetencije zdravstvenog djelatnika, nedovoljnog posvećivanja vremena i pažnje pitanju u fokusu te nepravovremenog donošenja odluke (Sorta-Bilajac 2008), koji su tek neki od mogućih rizika, što naposljetku može dovesti do jednako površnog pristupa (bio)etičkim dilemama koji je obilježavao i seattlesko povjerenstvo. Štoviše, Elliott se pita je li uopće realno od zaposlenika neke zdravstvene ustanove (»medicinskih insajdera«), koji su pretežno članovi etičkih povjerenstava, očekivati otpor i suprotstavljanje »sustavu« u slučajevima kada bi im to moralni kompas nalagao (usp. Elliott 2016).

Čovjek ne može, a da se ne zapita, ne osnivaju li se i ne djeluju li današnja (bio)etička tijela s drugačijim motivima od proklamiranih (bio)etičkih: da bi otklonila odgovornost i podijelila je sa širim forumom, da bi postala oruđem upravnog i političkog establišmenta koji će odlukama povjerenstva manipulirati na sebi najkorisniji način, zlorabeći mišljenja povjerenstva za vlastite nimalo (bio)etičke interese.

Možemo nagađati i da obilježja etičkih povjerenstava nisu adekvatna za odluke u kritičnim situacijama, npr. u područjima medicine poput hitne ili intenzivne zdravstvene skrbi, koje zahtijevaju brze i efikasne odluke (Baker i sur. 2020; Perin 2020). Naposljetku, upitno je koliko su današnja (bio)etička tijela spremna za specifične i kompleksne (bio)etičke dvojbe koje će nam budućnost, posebice kad uzmemo u obzir daljnji napredak tehnologije i medicine, zasigurno donijeti.

Pitanje je i koliko smo se odmaknuli od procjene »društvene vrijednosti« pacijenta. Iako se više taj kriterij sâm po sebi ne primjenjuje, jer bi danas kriteriji poput dobi, spola, bračnog statusa, prihoda, obrazovanja ili zaposlenja bili (opravdano) protumačeni kao osnove za diskriminaciju,<sup>31</sup> sigurno je da nisu svi pacijenti u jednakom položaju za ostvarivanje određenih zdravstvenih usluga. Postizanje jednakosti, npr. u pogledu transplantacije organa, podrazumijevalo bi da svi prikladni kandidati imaju jednaku vjerojatnost dobivanja transplantiranog organa, neovisno o njihovoj rasi, etnicitetu, spolu, rodu, religijskoj pripadnosti, socioekonomskom statusu ili drugim obilježjima (Vanholder i sur. 2021). Nedostatak organa, odnosno neusklađenost broja donora i osoba kojima je transplantacija potrebna, ponovno dovodi do etičkih dilema povezanih s kriterijima za odabir osoba koje imaju prioritet. Ti kriteriji još uvijek nisu usuglašeni, a nesuglasice su ponajviše prisutne u odabiru između načela prednosti onima koji su (zdravstveno) najlošije (zasnovanog na egalitarizmu) i načela maksimiziranja dobiti / prioritiziranja onih koji imaju veće izgleda za oporavak (zasnovanog na utilitarizmu; usp. Bunnik 2023).

No, s obzirom na zdravstvene nejednakosti koje su prisutne u svim aspektima zdravlja i zdravstvene zaštite, posebice kod osoba nižeg socioekonomskog statusa i manjinske rasne/etničke pripadnosti (Gordon 2004) ili (ilegalnih) migranata (Vanholder i sur. 2021), ne iznenađuje da su (socijalne) nejednakosti prisutne i kod npr. transplantacija organa. Ukoliko kao kriterij postavljamo opće zdravstveno stanje, utoliko ove skupine imaju manju vjerojatnost biti »visoko« na listi prioriteta zbog općenito lošijih zdravstvenih pokazatelja (Gordon 2004). Tako su npr. u Sjedinjenim Američkim Državama uočene nejednakosti u pogledu transplantacije bubrega kod rasnih i etničkih manjina u odnosu na Amerikance bijele rase, kao i razlike u broju transplantacija jetre između sjeverne, središnje i južne Italije, pri čemu je u južnoj regiji Italije zastupljenost tog oblika transplantacije u 2005. godini bila četiri puta manja nego u drugim regijama te države (Lewis i sur. 2021).

Usljed navedenih pretpostavki potrebno je kontinuirano (bio)etički educirati članove etičkih povjerenstava u zdravstvenim ustanovama (Frković, Gosić 2006), kao i raditi na osnaživanju (bio)etičkog senzibiliteta na individualnoj razini i razini timova u pojedinim odjelima – u hitnim slučajevima kada članovi etičkih povjerenstava nisu dostupni. Isto tako, nužno je naglasak staviti na autonomiju pacijenta, s kojim unaprijed treba promišljati o poželjnim odlukama i ishodima, kroz informirani pristanak ili anticipiranu izjavu (»biološku oporuku«<sup>32</sup> koja se temelji na pravima na život, na miran i dostojanstven život te na mirnu i dostojanstvenu smrt; usp. Perin 2020; Radolović 2019).

Naposljetku, u doba sve većeg prepoznavanja različitosti i različitih potrebno je uvažavati specifičnosti manjinskih skupina (Gordon 2004). Ukoliko kao primjer ponovno uzmemo pristup transplantaciji organa, utoliko je potrebno sagledati jesu li prisutni direktni ili indirektni oblici strukturalne stigme u odnosu na manjinske skupine, kao i procijeniti jesu li strategije osmišljene za generalnu populaciju doista primjerene za skupine koje odstupaju od većine po nekom obilježju<sup>33</sup> (Vanholder i sur. 2021). Dosadašnja istraživanja u Hrvatskoj i drugim europskim zemljama (npr. Doričić i sur. 2021; Ramšak i sur. 2023) pokazuju nam da zdravstveni djelatnici, kao i zdravstvene ustanove, nisu dovoljno osviješteni o manjinskim obilježjima i potrebama, što trebamo shvatiti kao izazov za budućnost edukacije i prakse svih dionika u zdravstvenom sustavu, uključujući i – etička povjerenstva.

## Literatura

- Alexander, Shane (1962): »They Decide Who Lives, Who Dies. Medical miracle puts moral burden of a small committee«, *Life* 53 (1962) 12, str. 102–125.
- Alexander, Shane (1992): »Covering the God Committee. Birth of Bioethics Conference Transcripts«, *Seattle* (1992), str. 24–26.
- Alexander, Shane (1993): »Thirty Years Ago«, *The Hasting Center Report* 23 (1993, Suppl. 6), str. 5.
- Annas, G. J. (1985): »The Prostitute, the Playboy, and the Poet: Rationing Schemes for Organ Transplantation«, *American Journal of Public Health* 75 (1985) 2, str. 187–189.
- Aulisio, Mark P. (2016): »Why Did Hospital Ethics Committees Emerge in the US?«, *AMA Journal of Ethics* 18 (2016) 5, str. 546–553.
- Baker, Eileen F.; Geiderman, Joel M.; Kraus, Chadd K.; Goett, Rebecca (2020): »The role of hospital ethics committees in emergency medicine practice«, *Journal of the American College of Emergency Physicians Open* 1 (2020) 4, str. 403–407, doi: <https://doi.org/10.1002/emp2.12136>.
- Blagg, C. R. (1998): »Development of ethical concept in dialysis: Seattle in the 1960s«, *Nephrology* 4 (1998) 4, str. 235–238, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1797.1998.tb00353.x>.
- Blagg, C. R. (2000): »Preface: The first dialysis for chronic renal failure 50 years ago«, *Hemodialysis International* 14 (2000), str. 1–2.
- Blagg, C. R. (2010): »Belding Hibbard Scribner – Better Known as Scrib«, *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5 (2010), str. 2146–2149.
- Borovečki, Ana; Have, Henk ten; Orešković, Stjepan (2006): »A Critical Analysis Of Croatian Hospital Ethics Committees: Opportunity Or Bureaucratic Cul-De-Sac?«, *Društvena istraživanja* 15 (2006) 6, str. 1221–1238.
- Bunnik, Eline M. (2023): »Ethics of allocation of donor organs«, *Current opinion in organ transplantation* 28 (2023) 3, str. 192–196, doi: <https://doi.org/10.1097/MOT.0000000000001058>.
- Childres, James F. (1970): »Who Shall Live When Not All Can Live?«, *Surroundings* 96 (1970) 3, str. 337–353, doi: <https://doi.org/10.5325/soundings.96.3.0237>.
- Connor, J. T. (1989): »The artificial kidney in North America: George Murray and the Canadian connection«, *Biomedical Instrumentation & Technology* 23 (1989) 5, str. 384–387.
- Čović, Ante (2004): *Etika i bioetika*, Pergamena, Zagreb.

31

Ta i druga obilježja eksplicitno su navedena kao zaštićene osnove u pogledu nejednakog/nepovoljnog postupanja, odnosno diskriminacije u pravnim dokumentima, npr. u članku 1. *Zakona o suzbijanju diskriminacije* (2008. – 2012.). U istom pravnom propisu (čl. 8., *Zakon o suzbijanju diskriminacije*, 2008. – 2012.) područje zdravstvenog osiguranja i zdravstvene zaštite navedeni su kao dio područja primjene.

32

Radolović (2019: 150) »biološku oporuku« definira kao »izjavu volje kojom punoljetna i za rasuđivanje sposobna osoba određuje kakav medicinsko-zdravstveni tretman želi imati od trenutka kada izgubi sposobnost za

rasuđivanje, a treći i sanitarne vlasti posebno su po tome dužni postupati«. U odnosu na takve izjave preostaju pitanja što u slučaju kada pacijent traži postupanje koje nije pravno regulirano (ili je čak kažnjivo) poput eutanazije ili kada je to postupanje suprotno dobroj kliničkoj praksi (Solsona Duran, Zapatero Ferrándiz 2012, prema Perin 2020). No, Radolović (2019) iznosi stav da odluka o planiranju zadnje faze života ili o smrti nije istovjetna odluci o eutanaziji.

33

Primjer dobre prakse u Republici Hrvatskoj su mjere namijenjene poboljšanju pristupa transplantaciji organa Jehovinih svjedoka (Vanholder i sur. 2021).

Darrah, J. B. (1987). »The committee«, *Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs* 87 (1987), str. 791–793.

Doričić, Robert; Orzechowski, Marcin; Nowak, Marianne; Tutić Grokša, Ivana; Bielińska, Katarzyna; Chowaniec, Anna; Ramšak, Mojca; Łuków, Paweł; Muzur, Amir; Zupanič-Slavec, Zvonka; Steger, Florian (2021): »Diversity Competency and Access to Healthcare in Hospitals in Croatia, Germany, Poland, and Slovenia«, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (2021) 22, 11847, doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph182211847>.

Elliott, Carl (2016): »Fear and Loathing in Bioethics«, *Narrative Inquiry in Bioethics* 6 (2016) 1, str. 43–46, doi: <https://doi.org/10.1353/nib.2016.0038>.

Fetherstonhaugh, Deirdre (2009): »A paradigm case of rationing medical treatment«, *Renal Society of Australasia Journal* 5 (2009) 2, str. 88–94.

Fox, Renée C.; Swazey, Judith P. (1974): *The Courage to Fail. A Social View of Organ Transplants and Dialysis*, The University Chicago Press, Chicago.

Fox, Renée C.; Swazey, Judith P. (2008): *Observing Bioethics*, Oxford University Press, Oxford.

Frković, Aleksandra; Gosić, Nada (2006): »Practical Experiences in the Work of Institutional Ethics Committees in Croatia on the Example of the Ethics Committee at Clinical Hospital Center Rijeka (Croatia)«, *HEC Forum* 18 (2006) 1, str. 37–48, doi: [10.1007/s10730-006-7986-5](https://doi.org/10.1007/s10730-006-7986-5).

Gordon, E. J. (2004): »Haunted by the ‘God Committee’: Reciprocity Does No Justice To Eliminating Social Disparities«, *The American Journal of Bioethics* 4 (2004) 4, str. 23–25.

Jonsen, Albert R. (1998): *The Birth of Bioethics*, Oxford University Press, Oxford.

Lawrence, Christopher (2006): »Continuity in crisis: medicine, 1914-1945«, u: U. W. F. Bynum, Anne Hardy, Stephen Jacyna, Christopher Lawrence, E. M. (Tilli) Tansey (ur.), *The Western Medical Tradition: 1800-2000*, Cambridge University Press, Cambridge, str. 247–390.

Lewis, Amy; Koukoura, Angeliki; Tsianos, Georgios-Ioannis; Apostolos Gargavanis, Athanasios; Ahlmann Nielsen, Anne; Vassiliadis, Efstathios (2021): »Organ donation in the US and Europe: The supply vs demand imbalance«, *Transplantation Reviews* 35 (2021) 2, doi: <https://doi.org/10.1016/j.trre.2020.100585>.

Marcum, James Marcum (2008): *An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine*, Springer, New York.

May, A. T. (2012): »Clinical ethics committees as living entities«, u: Amir Muzur, Hans-Martin Sass (ur.), *Fritz Jahr and the Foundations of Global Bioethics. The Future of Integrative Bioethics*, Lit Verlag, Beč, str. 311–318.

Perin, Marta (2020): »The necessity of ethical support for health care professionals in Intensive Care: Role and competencies of the Clinical Ethics Committee«, *Revista De Bioética Y Derecho* 49 (2020), str. 125–139, doi: <https://doi.org/10.1344/rbd2020.49.29221>.

Orzechowski, Marcin; Schochow, Maximilian; Steger, Florian (2020): »Clinical Ethics Consultation in the Transition Countries of Central and Eastern Europe«, *Science and Engineering Ethics* 26 (2020), str. 833–850, doi: <https://doi.org/10.1007/s11948-019-00141-z>.

Quinton, W.; Dillard, D.; Scribner, B. H. (1960): »Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis«, *Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs* 6 (1960), str. 104–113.

Rački, Sanjin (2010): »Suvremeni pristup kroničnoj bubrežnoj bolesti – 45 godina riječkog iskustva«, *Medicina* 46 (2010) 4, str. 344–351.

Radolović, Aldo (2019): »‘Biološka oporuka’ u pravu osobnosti i medicinskom pravu (pravo osobnosti i trgovačko-zdravstveni aspekti)«, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* 40 (2019) 1, str. 147–166, doi: <https://doi.org/10.30925/zpfsr.40.1.6>.

Ramšak, Mojca; Orzechowski, Marcin; Bielińska, Katarzyna; Chowaniec, Anna; Doričić,

Robert; Nowak, Marianne; Skuban-Eiseler, Tobias; Tutić Grokša, Ivana; Łuków, Paweł; Muzur, Amir; Zupanič-Slavec, Zvonka; Steger, Florian (2023): »Diversity awareness, diversity competency and access to healthcare for minority groups: perspectives of healthcare professionals in Croatia, Germany, Poland, and Slovenia«, *Frontiers in Public Health* 11 (2023), 1204854, doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1204854>.

Rescher, Nicholas (1969): »The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy«, *Ethics* 79 (1969) 3, str. 173–186.

Rinčić Lerga, Iva (2007): *Bioetika i odgovornost u genetici*, Pergamena, Zagreb.

Robins, Jahn; Robbins, June (1967): »The rest are simply left to die«, *Redbook* (November), str. 80–81.

Saunders, David; Dukeminier, Jesse (1968): »Medical advance and legal lag: Hemodialysis and kidney transplantation«, *UCLA Law Review* 15 (1968), str. 357–413.

Schreiner, G. E. (1966): »Problems of Ethics in Relation to the Hemodialysis«, u: Gordon Ethelbert Ward Wolstenholme, Maeve O'Connor (ur.), *Ethics in Medical Progress. With Special Reference to Transplantation*, Little Brown and Company, str. 126–133.

Scribner, Belding H. (1978): »The problem of patient selection for treatment with an artificial kidney – Unpublished Manuscript Quoted«, u: Renée Fox, Judith P. Swazey (ur.), *Courage to Fail. A Social View of Organ Transplantations an Dialysis*, The Chicago University Press, Chicago, str. 227.

Scribner, Belding H. (1990): »A Personalized History of Chronic Hemodialysis«, *American Journal of Kidney Disease* 16 (1990), str. 511–519.

Scribner, Belding H. *et al.* (1960): »The treatment of chronic uremia by means of intermittent hemodialysis. A preliminary report«, *Transactions of the American Society for Artificial Internal Organs* 6 (1960), str. 114–122, doi: <https://doi.org/10.1681/asn.v94719>.

Sorta-Bilajac, Iva (2008): »Bioetičke konzultacije«, *Medicina Fluminensis* 44 (2008) 2, str. 135–145.

Šegota, Ivan (1998): »Etički komiteti i bioetika«, *Socijalna ekologija* 7 (1998) 1–2, str. 55–78.

Tomašević, Luka (2008): »Nastanak i uloga bioetičkih povjerenstava«, *Služba Božja* 48 (2008) 2, str. 119–141.

Vanholder, Raymond; Domínguez-Gil, Beatriz; Busic, Mirela; Cortez-Pinto, Helena; Craig, Jonathan C.; Jager, Kitty J.; Mahillo, Beatriz; Stel, Vianda S.; Valnetin, Maria O.; Zoccali, Carmine; Oniscu, Gabriel C. (2021): »Organ donation and transplantation: a multi-stakeholder call to action«, *Nature Reviews Nephrology* 17 (2021), str. 554–568, doi: <https://doi.org/10.1038/s41581-021-00425-3>.

Warrick, Pamela (1991): »Questions of Life and Death: Who Lives? Decision by Committee«, *Los Angeles Times* (4. 8. 1991). Dostupno na: [http://articles.latimes.com/1991-08-04/news/vw-25\\_1\\_committee-members](http://articles.latimes.com/1991-08-04/news/vw-25_1_committee-members) (pristupljeno 3. 5. 2012.).

Zakon o suzbijanju diskriminacije. *Narodne novine*, 85/08, 112/12.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, 100/18, 125/19, 147/20, 119/22, 156/22, 33/23.

Žokalj, Ivan (2012): »Bolnička etička povjerenstva – pogled iznutra«, u: Goran Ivanišević, Sttela Fatović-Ferenčić (ur.), *Bioetičke teme*, Medicinska knjiga, Zagreb, str. 549–555.

**Ivana Tutić Grokša, Amir Muzir, Iva Rinčić**

**(Bio)ethical Dilemmas that Last for Decades –  
the Background, Effect and Impact of the Article  
“They Decide Who Lives, Who Dies” by Shane Alexander**

**Abstract**

*Although we consider ethical commissions in today's healthcare institutions to be an indispensable part of practice, their appearance only occurred in the second half of the 20th century in the United States of America. This paper provides an overview of the events that preceded the establishment of the Committee for Admissions and Criteria of the Center for Artificial Kidney in Seattle at the Swedish Hospital, so-called. “God's Committee”, as well as an overview of reactions and comments after the public learned about its activities through the article “They decide who lives, who dies” by Shane Alexander. In the final part of the paper, the historical and legal issues of the first ethical interdisciplinary commissions are placed in the context of the Republic of Croatia, and the current turmoil in biomedicine and healthcare, as well as society in general.*

**Keywords**

Admissions and criteria committee, God's committee, ethics committees, bioethical dilemmas