



Damjan Abou Aldan*, Luka Janeš**

Utemeljenje i normativne posljedice skrbi usmjerene na osobu i personalizirane medicine

SAŽETAK

Suvremeni zdravstveni sustavi obilježeni su promjenom paradigme u pristupu čovjeku kao pacijentu. Dok je tradicionalna medicina utemeljena na biomedicinskoj paradigmi, trenutačno se sve više naglašavaju pristup skrbi usmjerene na osobu i personalizirana medicina. Iako su posrijedi koncepti koji naglašavaju višu razinu individualizacije skrbi i boljeg usklađenja dijagnostičko-terapijskih postupaka, riječ je ipak o dvama paradigmatki drugačijim pogledima. Dok personalizirana medicina proizlazi iz biomedicinskog okvira, skrb usmjerena na osobu potječe iz perspektive skrbi i težnje za cjelovitijim pogledom na pacijente. Iako postoji značajna razlika između ovih dvaju pristupa, pretpostavka je da se njihovim zbližavanjem i međusobnom dopunom može postići još viša razina holističkog pristupa i individualizacije s obzirom na to da se potpuno prilagođen dijagnostičko-terapijski pristup nadopunjuje uvažavanjem pacijentova iskustva i vrijednosnih sustava. Takav sveobuhvatan, a opet individualiziran pristup mora imati neposredan etički utjecaj, koji se ponajprije ogleda u primjeni načela autonomije. Naime, dok tradicionalno načelo autonomije zahtijeva pacijentovu slobodu u donošenju odluke na temelju dobivenih informacija, ono u navedenim sustavima mijenja svoje temeljno obilježje, jer osim što pacijent ima sebi prilagođene informacije u odlučivanju, u postupku informiranja i savjetovanja također se uzimaju u obzir i oni elementi koji su u tradicionalnom zadovoljenju načela autonomije zanemareni – životno iskustvo, sustavi vrijednosti i druga obilježja osobe.

Ključne riječi: autonomija, bioetika, holizam, medicina, osoba, skrb.

* Fakultet filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta u Zagrebu, student poslijediplomskog studija. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0177-9813>

** Fakultet filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta u Zagrebu. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8279-6414>
Adresa za dopisivanje: Damjan Abou Aldan, Fakultet filozofije i religijskih znanosti, Sveučilište u Zagrebu, Jordanovac 110, Zagreb, Hrvatska. E-pošta: damjan.aboualdan@ffrz.hr

UVOD

Suvremeni zdravstveni sustavi obilježeni su promjenom paradigme u pristupu čovjeku kao pacijentu. Uzimajući u obzir da je najveći broj bioetičkih dvojbi upravo vezan uz pitanje zdravlja i bolesti, analiza tih promjena relevantan je čimbenik poticaja za bioetičku raspravu.

U ovom će se radu razmotriti, usporediti i pronaći utemeljenje za dva takva pristupa. Jedan je **skrb usmjerena na osobu** (SUO) (engl. *person centered care*), a drugi je koncept **personalizirane medicine** (PM) (engl. *personalized medicine*).

Personalizirana medicina i skrb usmjerena na osobu dva su pojma koja su se posljednjih desetljeća razvijala paralelno kako bi izrazila težnju individualizacije i boljeg usklađivanja skrbi da odgovore na potrebe pojedinog pacijenta. Ovo je u suprotnosti sa standardiziranim smjernicama liječenja temeljenim na statističkim rezultatima populacijskih studija s velikim odstupanjima od prosjeka. Istodobno, temelji tih dviju predodžbi značajno se razlikuju. Dok personalizirana medicina proizlazi iz biomedicinskog okvira (...), skrb usmjerena na osobu potječe iz perspektive skrbi i težnje za cjelovitijim pogledom na pacijente, gdje se naglašava ono što se obično zanemaruje u biomedicinskom modelu. (El-Alti i sur., 2019, str. 46)

Dok se oba pristupa žele odmaknuti od tradicionalne biomedicinske paradigme, zapravo je riječ o dvama različitim konceptima. Za njih se može pretpostaviti određeno zbližavanje u budućnosti, među ostalim, i zbog terminološke sličnosti (usp. El-Alti i sur., 2019). Uzimajući u obzir da su se oba koncepta počela intenzivnije razvijati tek posljednjih desetljeća, a i činjenicu da se u obama koristi izraz „osoba” (engl. *person*), nameće se pitanje njihova utemeljenja, procesa razvoja i mogućih perspektiva.

Temeljne pretpostavke

Pristup pacijentu kao osobi danas je možda najrazvidniji u njegovu apsolutnom pravu da bude informiran o svome zdravstvenom stanju i na temelju tih informacija donosi autonomne odluke. Upravo je stoga načelo autonomije jedno od temeljnih biomedicinskih etičkih načela, no u svojoj knjizi o četirima temeljnim bioetičkim načelima Beauchamp i Childres navode kako je koncept osobnosti (engl. *personhood*) toliko inherentno sporan da treba izbjegavati njegovo korištenje (Beauchamp i Childress, 2013, str. 68). Dakle, dok je istovremeno jedno od obilježja osobe sloboda odluke (i poštivanje iste), a izraz *osoba* nalazi se u novim konceptima u pristupu pacijentu, neki autori predlažu da bi ga bilo bolje izbjegavati zbog njegove nejasnoće i neodređenosti. Mi navodimo kako usmjerenost prema čovjeku kao osobi nije samo pitanje ljubaznosti u odnosu (kako se često simplificirano opisuje), već djelovanje koje zahtijeva vrlo složene obrasce znanja i istinskog razumijevanja. Stoga iznosimo pretpostavku da jasnim određivanjem pojma *osoba* u konceptima *skrbi usmjerene*

na osobu / *personalizirane medicine* zapravo utječemo na promjenu primjene načela autonomije i osiguravamo višu razinu razumijevanja tuđeg iskustva, ali i podrške u skrbi, informiranju te, konačno, neovisnom odlučivanju. U ovom radu autori analiziraju sljedeće pretpostavke:

1. Pristupom skrbi usmjerene na osobu utječe se ne primjenu načela autonomije.
2. Koncept skrbi usmjerene na osobu ima personalističko utemeljenje.
3. Koncept skrbi usmjerene na osobu i personalizirana medicina imaju perspektivu za udruživanje u budućnosti.

Zdravstveni sustavi i usmjerenost na osobu

Organizacije zdravstvenih sustava proizlaze iz paradigmatškog utemeljenja medicinskih i srodnih zdravstvenih disciplina. Medicina, kao najstarija disciplina, zasnovana je na biomedicinskoj paradigmi. Središte joj je interesa u području bolesti, a temeljni je cilj pomoći čovjeku da ozdravi. Upravo stoga se koristi pozitivističkim, redukcionističkim i nerijetko mehanicističkim modelom u kojem se na temelju kvantitativnih statističkih podataka određuju najprimjerenije metode i postupci u pružanju skrbi za bolesnog čovjeka.

Biomedicinski model sastavljen je od koncepata kao što su procjena, dijagnoza, prepisivanje lijeka i liječenje (...) Znanstvena osnova za biomedicinski model može se pratiti do Hipokrata, Aristotela i Galena. U 17. stoljeću Descartes je razvio koncept tijela kao stroja. Bolest se smatrala posljedicom kvara, a liječnikov je zadatak bio popraviti stroj. Većina liječnika zasniva svoju filozofiju liječenja na temeljnom načelu redukcionizma. To implicira da se svi bihevioralni fenomeni moraju konceptualizirati u smislu fiziokemijskih načela. Tijekom godina to su osnovno pravilo prihvatili ne samo mnogi zdravstveni djelatnici već i javnost. (McKenna i sur., 2020, str. 98)

S obzirom na to da odlučivanje i djelovanje ovisi o tome kakvo je antropološko poimanje čovjeka, ako se kao polazište realiteta uzima mehanicistički determinizam, čovjeka se s lakoćom može tumačiti kao biološki stroj. U tom slučaju pojedinačno iskustvo postaje zanemareno, a etički gledano svaki čin postaje opravdan.

Za biomedicinski model poznavanje bolesti neizbježno određuje strategiju liječenja, no ciljevi terapije ne moraju nužno biti usmjereni na osobu, a pojedinac može usvojiti ulogu bolesnika i ulogu klijenta s obavezom suradnje. Ta poslušnost predstavlja važan element procesa liječenja. (McKenna i sur., 2020, str. 98)

Uz to se događa i dodatna pojava jer se

moderna medicina rastavlja se na sve uže specijalizacije (...) U tom procesu bolesnik se rastače na ogranke specijalizacije bez mogućnosti potpunog razvoja terapijskog odnosa. Liječnik, pod pritiskom sustava, postaje sve više znanstvenik. U tom procesu ostalo je prazno mjesto između liječnika i pacijenta. (Domitrović, 2022, str. 56)

Za razliku od biomedicinskoga, holistički pristup zahtijeva drugačije poimanje čovjeka. Ovdje je antropološka osnova cjelovitost čovjeka sa svim njegovim biološkim, psihološkim, društvenim, kulturnim i ostalim potrebama. Suvremena se medicina pokušava odrediti kao holistička. Nerijetko se ističe potreba cjelovitog poimanja čovjeka sa svim dimenzijama njegovih potreba i mogućnošću prilagodbe postupaka specifičnostima pojedinca. No, navedena subspecijalnost, birokratski sustav upravljanja zdravstvenom skrbi, usredotočenost na tehniciranje vještina zapravo predstavljaju prepreke prema istinskom holizmu (usp. Šestak i Abou Aldan, 2022).

Konačno, postavlja se pitanje je li personalistički pristup paradigma na kojoj će se razvijati zdravstveni sustavi. Nadležna tijela za organizaciju zdravstvene zaštite primarno su usredotočena na provedbu mjera zdravstvene zaštite, a rjeđe na cjelovitu skrb iz perspektive pojedinačnog pacijenta. Istraživanja potvrđuju da je model u kojem se rješavaju problemi pojedine osobe, prilagođeno njenim specifičnostima, iznimno značajan i učinkovit. Podupire se temeljni argument za personaliziranim pristupom u zdravstvenoj skrbi, odnosno odmak od tradicionalne usmjerenosti na organizaciju zdravstvene zaštite, zdravstvene profesije i tretiranje bolesti (usp. Hallgren i sur., 2021). Upravo stoga diljem svijeta i dolazi do promjene paradigme u pružanju zdravstvene skrbi, a pacijent kao osoba prestaje biti pasivni sudionik organizirane zdravstvene zaštite i postaje aktivni suučesnik, vlastiti zagovaratelj čije se specifičnosti i jedinstvenosti moraju uzeti u obzir (usp. Hedberg i sur., 2022).

Posljednjih godina došlo je do pomaka u orijentaciji prema usmjerenosti na osobu kao globalnom kretanju prema humanizaciji i centralizaciji osobe unutar zdravstvene skrbi. Usmjerenost na osobu, potkrijepljena snažnim filozofskim i teorijskim konceptima, ima sve snažniji trag u zdravstvenim praksama, ali istraživanje i obrazovanje na tom području zaostaju. (Phelan i sur., 2020, str. 1)

Stoga se razvijaju dva navedena modela pristupa pacijentu: personalizirana medicina (PM) i skrb usmjerena na osobu (SUO). Dok je PM zapravo novi pristup u primjeni biomedicinske paradigme,

SUO znači tretiranje pacijenata kao pojedinaca i kao ravnopravnog partnera u proces liječenja (...) To nije medicinski model i treba ga smatrati multidisciplinarnim (...) Rad na ovaj način znači prepoznavanje sposobnosti i potencijala ljudi za upravljanje i poboljšanje vlastitog zdravlja, ne gledajući ih samo kao žrtve bolesti ili pasivne primatelje skrbi. (Culter i Oldham, 2016, str. 114).

SUO uključuje uvažavanje uvjerenja i vrijednosti pacijenata, što zapravo zahtijeva i promjenu u pristupu zdravstvenih djelatnika, koji moraju suosjećajno surađivati s pacijentima. Već postoje i empirijska istraživanja koja pokazuju da takav pristup (koji zahtijeva niz obrazovnih promjena) ima neposredne pozitivne učinke kako iz perspektive zdravstvene organizacije (makroperspektiva) tako i iz perspektive

zadovoljstva pacijenta (mikroperspektiva). Ne samo da se na taj način povećava efikasnost zdravstvenog sustava, već se i objektivno poboljšavaju ishodi liječenja, što opravdava tvrdnju su navedeni pristupi značajni za neposrednu provedbu zdravstvene skrbi (usp. Phelan i sur., 2020).

No, u zdravstvenim sustavima zapravo još nije jasno definirano što bi točno SUO trebala predstavljati, odnosno kako bi se sama skrb mogla i trebala individualizirati. U nekim državama se to određuje kao „usmjerenost na pacijenta” (SAD), ili „razumijevanje pacijenta kao jedinstvenoga ljudskog bića” (UK), ili „partnerski odnos s pacijentom” (Švedska). U SAD-u se čak koristi i izraz „skrb usmjerena na klijenta”. Ono što je zajedničko svim tim pokušajima definiranja činjenica je da uključivanje pacijenta u suodlučivanje o vlastitoj skrbi već doprinosi poboljšanju kvalitete, ali i zdravstvenih ishoda (usp. Patel i sur., 2020). U svome empirijskom istraživanju Clissett i suradnici (2013) zaključuju kako u suvremenim zdravstvenim sustavima postoje neki elementi skrbi usmjerene prema pacijentu kao osobi, no kako zdravstveni djelatnici ne provode sve postupke na način da se usmjere prema osobi kao takvoj. U pravilu se naglašava uključivanje pacijenta u odlučivanje kao i stvaranje osjećaja privrženosti, no zanemaruje se podržavanje osjećaja identiteta i jedinstvenosti, zanimanja za sudjelovanjem, kao i osjećaja udobnosti (Clissett i sur., 2013). Kloos i suradnici (2020) prepoznali su četiri temeljne prepreke pri usmjerenosti na pacijenta kao osobu. To su nedovoljno znanje samog pacijenta, nedovoljno vremena za individualizaciju skrbi, nedostatak jasnog plana skrbi kojim bi se intervencije individualizirale te nestabilan kontekst unutar kojeg se skrb pruža (Kloos i sur., 2020).

Koliko je riječ o suvremenim pristupima za koje se prepoznaje njihov potencijalni značaj za budućnost zdravstvene skrbi govori podatak da sve više međunarodnih dokumenata, značajnih za organizaciju zdravstvenih sustava, navodi opisane pristupe kroz rasprave i smjernice. Jedan od najznačajnijih dokumenata koji opisuje personaliziranu medicinu zaključci su Europske komisije na navedenu temu iz 2015. g. u kojima se kroz 38 točaka navode temeljne smjernice za planiranje i provedbu personaliziranog pristupa (Council of European Union, 2015). Taj se dokument temelji na izvještaju Svjetske zdravstvene organizacije, koji se naziva *Priority medicine report*, u kojem se raspravlja o stratificiranoj medicini kao preduvjetu individualizacije u skladu s postulatima personalizirane medicine (World Health Organization, 2004). No, osim što i brojni drugi dokumenti opisuju koncept personalizirane medicine, skrb usmjerena prema osobi sve se više opisuje i pojavljuje u relevantnim dokumentima Sjedinjenih Američkih Država, Ujedinjenog Kraljevstva ili na području Europske unije – Švedske (usp. Patel i sur., 2020). Upravo je Švedska učinila najznačajniji pomak u razvoju navedenog koncepta kroz implementaciju protokola personalizirane

skrbi, čija primjena sve više pokazuje empirijske pozitivne učinke na ishode liječenja i skrbi (Hedberg i sur., 2022).

Razvoj modela usmjerenih prema osobi u zdravstvenim sustavima

Svjedočimo odmaku od apsolutne prednosti biomedicinske paradigme prema usmjerenosti na osobu. Takav relacijski odnos nije samo obilježen usredotočenošću prema pacijentu već utječe i na onoga koji skrb pruža, koji suosjeća, koji je također zabrinut. Zdravstvena skrb koja je usmjerena na osobu prepoznaje da pojedinci imaju ispunjene živote određene vlastitim vrijednostima i uvjerenjima te da nisu samo bolest ili zdravstveni problem. Prednosti su tog pomaka i pristupa značajne, a određuju se kroz kraći boravak u zdravstvenoj ustanovi, bolju kvalitetu života i funkcionalne sposobnosti te, u konačnici, niže troškove skrbi. Temelj je u izgradnji partnerstva u kojem osoba donosi neovisne, informirane izbore, bez paternalizma, neprimjerenog utjecaja ili diskriminacije (usp. Phelan i sur., 2020). „Povijesno gledano, zdravstveni djelatnici prolazili su teorijsku i praktičnu obuku kako bi kroz tradicionalna znanja provodili vještine i kompetencije koje su potvrđivale njihove kvalifikacije, ali su općenito bili usmjereni na pružanje podrške biomedicinskim pristupima“ (Phelan i sur., 2020, str. 3).

Iako nije moguće odrediti trenutak kad su se navedeni pristupi pojavili, činjenica je da je model skrbi koji je usmjeren prema osobi nastao na primarnom utemeljenju i inspiraciji modelom „psihoterapije usmjerene na klijenta“ Carla Rogersa (Leibing i Katz, 2024). Naime, 1950-ih Rogers uvodi kovanicu „usmjerenost na klijenta“, koju je obilježavala izgradnja odnosa povjerenja između terapeuta i pacijenta s ciljem razvoja punih terapijskih potencijala. 1970-ih psihijatar George Engel dalje razvija taj model i uvodi koncept biopsihosocijalne skrbi kao opreku klasičnome paternalističkom biomedicinskom modelu. Od početka 2000-ih koncept SUO počinje se opisivati u literaturi kao jedan od principa u pristupu skrbi za čovjeka te postaje dio ne samo znanstvene rasprave već i konkretnih zdravstvenih politika (Latimer i sur., 2017). Treba naglasiti da neki autori navode kako se model zapravo primarno razvio s ciljem poboljšanja skrbi osoba koje imaju duševne poteškoće (primarno demenciju), da bi kasnije ostvario svoju primjenu u općoj populaciji (Leibing i Katz, 2024). Ipak, s obzirom na to da je posrijedi promjena odnosa (koja za sobom povlači i promjenu u prakticiranju i provedbi vještina), može se zaključiti kako se ovaj model razvijao kroz dug vremenski period kako su se mijenjala i antropološka tumačenja.

Za razliku od skrbi usmjerene prema osobi, PM ipak ima jasniji razvojni tijek jer je ona biomedicinski utemeljena. Naime, njeno je obilježje u primjeni dijagnostičko-terapijskih postupaka prilagođenih molekularnim i genetskim karakteristikama osobe. Riječ je o pristupu koji za određivanje postupaka ne koristi algoritme i

smjernice, već individualiziranu prilagodbu svih planiranih postupaka. Stoga se njen razvoj (u užem smislu) zapravo može pratiti od 1990-ih. Štoviše, prvi radovi koji prate postignuća u tom pristupu pojavljuju se 1999. g. Od tada se prati rasprava kako farmakoterapijski pristup naprosto ne može biti prilagođen podjednako svima, već je nužna individualna procjena i prilagodba svakoj pojedinoj osobi i njenim biološkim specifičnostima. Ipak, već se i 1970-ih prate pokušaji da se terapijski postupak individualizira, no tada se to odvija na temelju dijagnostičkih metoda i određivanja reagiranja pacijenta na dobiveni lijek (Jørgensen, 2019, str. 433). Treba napomenuti da i ovdje može doći do pojmovnih nejasnoća jer se tijekom 2000-tih pojavilo nekoliko novih izraza za koje neki tvrde da su sinonimi, ali i da imaju određene razlike. Tako se osim pojma PM (engl. *personalized medicine*) koristi i izrazi *precision medicine* ili *stratified medicine*.

Iako zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj prolazi kroz brojne izazove, koncepti personalizirane medicine i usmjerenosti prema osobi prisutni su barem na teorijskoj razini. Tako je 2013. g. organiziran simpozij „Personalizirana medicina u Hrvatskoj” u organizaciji Akademije medicinskih znanosti Hrvatske i Razreda za medicinske znanosti Hrvatske akademije znanosti i umjetnosti. Uz predstavljanje novog modela personalizirane medicine, zaključci simpozija išli su i prema pozivu za dodatnim publiciranjem radova u tom području kao preduvjetu njegova razvoja, a cijeli je simpozij naglašavao višu razinu individualizacije kao odrednice personalizirane medicine (Lipozenčić, 2013). Iste godine u Zagrebu je održan prvi međunarodni kongres *International College of Person-Centered Medicine*, nakon čega je nastala „Zagrebačka deklaracija o edukaciji o medicini usmjerenoj prema osobi”. Isto udruženje u Hrvatskoj održalo je još dva međunarodna kongresa, a posljednji je održan u listopadu 2024. g. Iako su u međuvremenu publicirani stručni i znanstveni radovi na temu personalizirane medicine i skrbi usmjerene prema osobi te obranjeni prvi diplomski radovi na medicinskim fakultetima, vrijedi izdvojiti i tematski broj časopisa Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (*Medicinar*) iz 2024. g. koji je u potpunosti bio posvećen personaliziranoj medicini uz deset tematskih članaka (Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2024).

Skrb usmjerena na osobu¹

S obzirom na navedena dva suvremena pristupa u zdravstvenoj skrbi, prvo ćemo prikazati obilježja SUO, jer je riječ o pristupu koji se i prvi razvio. Kao što je naglašeno,

¹ Vrijedi naglasiti kako se danas koristi i izraz „medicina usmjerena na osobu”. Iako je konceptualno riječ o sličnim obilježjima, ovdje se taj izraz ne koristi jer je medicina paradigmatički dominantno i dalje bio-medicinski određena, što je neminovno obilježava redukcionizmom. Analizirajući opise izraza „medicina usmjerena na osobu”, zapravo se pronalazi opisivanje značaja holističkog pristupa i bio-psiho-socijalnog razumijevanja pacijenta unutar biomedicinske paradigme.

ovdje se ne misli na klasičan pristup skrbi koji obilježava viša razina ljubaznosti ili pozitivnih karakternih osobina onoga tko skrbi, već o promišljanju o pacijentu/korisniku kao osobi, tj. o obilježjima skrbi koja proizlaze iz takvog promišljanja.

„SUO uzima sve više maha u zdravstvenoj skrbi i uključuje stavljanje pacijenta u središte pružanja skrbi. To uključuje slušanje pacijenata i/ili obitelji i uključivanje njihovih vrijednosti, znanja i uvjerenja u pruženu skrb. Pacijenti i/ili obitelji mogu pružiti vrijedne informacije o svom zdravlju i bolesti (...). Dokazano je da SUO povećava zadovoljstvo pacijenata, poboljšava kvalitetu skrbi i sigurnost pacijenata” (De Lange, Heyns i Filmalter, 2024, str. 1752).

Dakle, nije samo riječ o promjeni pristupa, već i o posljedičnim, empirijskim pokazateljima koji potvrđuju da takav pristup ima značajno bolje ishode liječenja. Jedno je od temeljnih obilježja aktivno uključivanje pacijenta u proces odlučivanja i definiranja prioriteta same skrbi. „SUO je usmjerena na cijelu osobu i uključuje zajedničko donošenje odluka kao i bolju komunikaciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata. SUO odražava principe filozofije i etike temeljene na uzajamnosti i poštovanju“ (Patel i sur., 2020, str. 211).

Jedna od najčešće korištenih teorija u praktičnoj primjeni SUO ona je McCormaka, prema kojoj takav oblik skrbi ima sljedeća četiri obilježja: (1) postojanje u odnosu; (2) biti u društvenom svijetu; (3) biti na mjestu; i 4) biti sa sobom. Prva dva obilježja naglašavaju važnost odnosa između pacijenta i zdravstvenih profesionalaca, a druga dva prepoznaju važnost utjecaja okoline, ali i osobnih vrijednosti koje daju smisao životu (Patel i sur., 2020). Naime, moć terapijskog odnosa, posebice u suvremeno doba koje je obilježeno birokratizacijom i određivanjem pacijenta kao klijenta, postaje zanemarena. Istinsko razumijevanje takvog pristupa u kojem se posvećuje ne samo dovoljno vremena svakoj osobi već se i s pažnjom analiziraju njeni sustavi vrijednosti i želje nije značajno ispitivano jer se u zdravstvenoj skrbi svaka prednost daje biomedicinskom analiziranju kroz kvantitativne pokazatelje uspješnosti – najčešće određene omjerom koristi i štete, iz čega proizlaze generalizirane smjernice i algoritmi zbrinjavanja.

SUO nije model ‘jedna veličina za sve’, već se radi o postizanju ‘praktične mudrosti’ koja se temelji na očitoj etici djelovanja. Taj je pristup utemeljen na odnosima, koji obraćaju pozornost na različitosti, poznavanje i potvrđivanje pacijenta kao cjelovite osobe, te stoga ima za cilj postizanje nijansiranog, prilagođenog, osobnog zdravstvenog plana koji jača unutarnje i vanjske sposobnosti osobe. (Patel i sur., 2020, str. 220).

Primjenom takvog pristupa zapravo se samo pojačava vrijednost života (pa i na biološkoj materijalnoj razini), a ono što se utvrđuje kao prepreka tu je tek da pozove na akciju i djelovanje. U konačnici, takav transformativni pristup u središte stavlja smislen život (Leibing i Katz, 2024). Ono što se obično i navodi kao temeljna

poteškoća (nedostatak osoblja, neznanje osoblja o filozofiji i etici skrbi, ili pak normativna nejasnoća koncepta osobe) trebalo bi biti s jedne strane argument za promjenu, a s druge poticaj za dodatna istraživanja i kurikularne izmjene.

U smislu terminologije, SUO se trenutačno koristi kao sinonim za skrb usmjerenu na pacijenta (...) Iako su ova dva konstrukta slična, SUO je pojam koji procjenjuje cjelokupni život pojedinca i može se smatrati širom konceptualizacijom od modela skrbi usmjerene na pacijenta. Drugim riječima, SUO uključuje kontinuirani i holistički pogled gdje je u fokusu ljudsko biće kao cjelina, a ne njegova bolest (...) SUO ima za cilj promicanje smislenog života, a ne samo funkcionalnog života. (Youn, Lee i Jang, 2022, str. 2)

Ona je kao takva usmjerena na individualne potrebe pacijenata, poštujući njihove izbore i etička razmatranja te štiteći njihovu autonomiju i dostojanstvo. Štoviše, podrška u donošenju (nerijetko teških odluka) omogućuje i poboljšanje ishoda skrbi do realne razine, uključujući zadovoljstvo i dobrobit pacijenata, zadovoljstvo onih koji skrbe, smanjenu duljinu boravka i poboljšanu prognozu (Youni sur., 2022). Ovdje naglasak stavljamo na realno očekivanje u procesu skrbi koje (koliko god ponekad nepovoljno bilo) postaje utoliko podnošljivije ukoliko pristupamo s razumijevanjem jedinstvenosti svakog čovjeka. Osnova modela SUO je u humanističkom pristupu. Zdravstveni djelatnici, zapravo, na temelju svog znanja i iskustva pristupaju pacijentu kao osobi pokušavajući razumjeti njegovu percepciju stvarnosti tako da pažljivo slušaju njegov doživljaj. Iz toga proizlazi da su tri temelja tog pristupa: (1) slušanje pacijentove priče, (2) zajedničko kreiranje plana zdravstvene skrbi i (3) dokumentiranje dogovorenog plana (Hedberg i sur., 2022, str. 131). „SUO je holistička, fleksibilna, kreativna, osobna i jedinstvena. Ona nije redukcionistička, standardizirana, odvojena i temeljena na zadacima. Osim ako to osoba ne želi” (El-Alti i sur., 2019, str. 49). Premda je tendencija (a i razlika od drugih pristupa) izbjeći reduciranje SUO na mjerljive ishode kao što su zadovoljstvo pacijenata, veća adherencija ili ispunjavanje želja pacijenata, poboljšano se pridržavanje pacijenata medicinskim planovima često navodi kao razlog za implementaciju SUO. Opća svrha SUO je osnaživanje i emancipacija osobe, s mogućnošću da se ostvarenje ove svrhe vrednuje na različite načine, ovisno o tome želi li se ono samo po sebi ili kao sredstvo za nešto drugo” (El-Alti i sur., 2019, str. 49).

Naglasak ovog pristupa je u povezivanju između pacijenata i osoblja uvažavajući njihova iskustva. Ovdje se ne misli samo na dobrobit korisnika, već i na dobrobit osoblja jer im omogućuje pružanje skrbi koju žele pružiti (Kloos i sur., 2020).

Svi pacijenti žele da ih se sasluša i da se prema njima odnosi s poštovanjem i empatijom (...) Personalizirano planiranje skrbi ima za cilj pružiti podršku zdravstvenih radnika koja je prilagođena potrebama pojedinačnih pacijenata. Uključuje razgovor ili niz razgovora između pacijenta i kliničara prema zajedničkom dogovoru o ciljevima i

koracima za upravljanje zdravstvenim problemima pacijenta. Ciljevi pacijenata u upravljanju vlastitim stanjem mogu se razlikovati od ciljeva profesionalaca, ali su oba važna. Umjesto davanja uputa i savjeta, ovaj pristup potiče pacijente da razjasne vlastite ciljeve, radeći zajedno s kliničarom na utvrđivanju pomoći koja im je potrebna da bi ih postigli. Obje strane u razgovoru trebaju dobro razumjeti međusobne prioritete. (Culter i Oldham, 2016, str. 114).

SUO se mora temeljiti na pacijentovim vrijednostima, zajedničkom donošenju odluka, svjesnoj prisutnosti i holističkom pogledu na osobu. To može rezultirati dobiti, uključenošću i sudjelovanjem, kao i kulturom skrbi o liječenju, koja je danas sve više zanemarena (Hedberg i sur., 2022).

Personalizirana medicina

Drugi navedeni pristup, koji u svom nazivu koristi izraz osoba, personalizirana je medicina (PM). S obzirom na to da se izraz *personalizirano/personalizirati* udomaćio u hrvatskom jeziku, doslovno bi mu značenje bilo *povezati uz konkretne osobe/imena*². PM bi zapravo tako značila medicinski pristup koji se vezuje uz pojedinu, konkretnu osobu.

Svaka osoba predstavlja jedinstvenu kombinaciju genomskih, demografskih, razvojnih, profesionalnih i okolišnih čimbenika. To znači da izazovi liječenja za svaku osobu nisu isti. Tradicionalna medicina temelji se na primjeni protokola. Ako se u randomiziranoj kontroliranoj studiji pokazalo da je određena terapija uspješna za skupinu ljudi, tradicionalna medicina zaključuje da bi liječenje trebalo djelovati na sve pacijente. Iako ova pretpostavka općenito funkcionira, s nedavnim znanstvenim napretkom postalo je jasno da postoje situacije u kojima pretpostavke ne uspijevaju zbog sljedećih razloga. Prvo, tradicionalni pristupi ne uzimaju u obzir etničku heterogenost pacijenata. Rizici za razvoj mnogih bolesti razlikuju se među etničkim skupinama (...) Drugo, pristup jednog protokola za izlječenje svih ne uzima u obzir ometajuće čimbenike, kao što su rasa, dob, spol, indeks tjelesne mase, socio-ekonomski status ili čak mjesec rođenja (...) Treće, postoji različitost odgovora pacijenata na liječenje. Viša stopa odgovora na liječenje za jednu grupu ljudi također može biti povezana s povećanom toksičnošću za drugu. (Orzechowski i sur., 2020, str. 2).

Suvremena medicinska istraživanja zapravo često donose zaključke koji uglavnom ne uvažavaju razlike koje postoje u ljudskoj populaciji. Pojedini autori ukazuju na to da se istraživanja provode uglavnom na bijeloj populaciji, a gotovo 60 % ispitanika su odrasli muškarci, pri čemu se potpuno zanemaruje tijek/povijest bolesti (Orzechowski i sur., 2020). PM pretpostavlja precizno, pojedincima prilagođen dijagnostičko-terapijski postupak, a počiva na premisi da

² Hrvatski jezični portal

jedinstveni genom pojedinca određuje način na koji će on/ona reagirati na određene lijekove, dijete, režime vježbanja i druge strategije liječenja ili smanjenja rizika. Cilj se često navodi kao zamjena jedne doza/veličine lijeka za sve pravim lijekom, za pravog pacijenta, u pravo vrijeme (...) U pitanju je zapravo stratificirana medicina – liječenje ljudi sa sličnim genetskim profilima na isti način. (Annas, 2011, str. 159)

Sagleda li se detaljnije, zapravo je riječ o biomedicinskom pristupu u kojem se uključuje prilagodba strategija na temelju genetskih jedinstvenosti ili drugih biomarkera pojedinca pod temeljnom pretpostavkom da upravo to utječe na različite ishode liječenja. Cilj je zapravo optimiziranje metoda liječenja kako bi se s jedne strane olakšale medicinske odluke, a s druge strane povećala terapijska učinkovitost (usp. El-Alti i sur., 2019). No, iako jest pristup načelno vrlo redukcionistički, vrijedi ovaj pristup sagledati i iz druge perspektive. Naime, upravo s obzirom na naglašenu individualnu prilagodbu, PM se može uklopiti i koncept sveobuhvatne, holističke medicinske skrbi usmjerene na pojedinca

budući da će olakšati propisivanje lijekova, više vremena i pažnje može se posvetiti psihosocijalnim i drugim aspektima relevantnim za stanje pacijenta. Biopsihosocijalno okruženje s naglaskom na kliničkom narativu trebalo bi ponuditi – barem u teoriji – idealno okruženje za ispunjavanje etičkih zahtjeva za dobivanje pristanka za genotipizaciju i informiranje pacijenta o mogućoj važnosti rezultata za njegovu prognozu i liječenje. (Lunshof, 2005, str. 3)

Utemeljenje opisanih pristupa

Navedeni pristupi, koliko god bili vezani uz zdravstvenu skrb, u svojoj osnovi zahtijevaju promjenu antropološkog doživljaja, te se kao takvi mogu istraživati kao filozofsko pitanje. Ne samo zato, već i zbog činjenice da antropološko tumačenje ima neposredan normativni učinak, oni zasigurno imaju i etičke implikacije. S obzirom na to da se navedeno do sad nije sustavno istraživalo, a i činjenicu da su posrijedi pristupi koji tek pronalaze put prema stvarnoj primjeni, u nastavku ovog rada će se ispitati što se može odrediti kao njihovo utemeljenje i koje bi to etičke implikacije imalo.

Iako se SUO kao nov koncept pristupa opisuje od 1960-ih, a PM od 1990-ih, zapravo nije utvrđen jasan izvor utemeljenja ovih paradigmatičkih promjena. Činjenica je da su temeljna načela u kojima se skrb individualizira i naglašavanje čovjeka kao osobe prisutni još od antike, a izravno naglašavanje holizma, ispreplitanje biomedicinskog sa psihosocijalnim pristupom uz razumijevanje specifičnosti pojedinca i uvažavanje njegova iskustva dolaze u središte pažnje tek relativno nedavno, odnosno kroz 20. stoljeće. S jedne strane, možemo reći da se ovi pristupi tek jasnije terminološki određuju, pa nije neobično da u nekim zdravstvenim sustavima nisu uopće prisutni (ili su čak nepoznati). Istovremeno, poznate su i cjelovite teorije zdravstvene njege

koje su čovjeka kao osobu stavile u samo središte promišljanja (Šestak i Abou Aldan, 2022), ili pak svjedočimo novoosnovanim jedinicama za PM, koje najčešće djeluju kao znanstveni zavodi bez šire javne dostupnosti. „Činjenica da PM i SUO teže nečemu što se na površini čini vrlo sličnim, tj. individualnoj fleksibilnosti i varijabilnosti u odlukama o liječenju, ali proizlaze iz vrlo različitih pozadinskih perspektiva i vrijednosti, pretvara ove nove tendencije u potencijalni problem” (El-Alti i sur., 2019, str. 46). Naime, dok je pojam osoba prisutan u obama pristupima, tvrdi se da ga svaki koristi značajno drugačije, tj. da je udaljavanje među njima izraženije od zblizavanja. No je li to zaista tako?

SUO potječe iz perspektive skrbi i njenih etičkih ideala i teži ka holističkom pristupu. Ali ne samo na razini priznavanja pojedine razine potreba pojedinca, već i kroz jasne skupove intervencija koje će tu jedinstvenost uzimati u obzir pri njihovoj prilagodbi. SUO nije redukcionistička, ne teži ka kvantitativnosti fenomena vezanih uz čovjeka, već se naglašava složenost čovjeka kao osobe. S obzirom na zahtjevnost takvog pristupa, a i njegove nedvojbene etičke implikacije, vrijedi ponovno istaknuti kako su Beauchamp i Childress zapravo naglasili obavezu odmicanja od izraza osoba u svom radu i da ga je bolje zamijeniti izrazom ljudsko biće. Pojam osoba smatraju problematičnim jer tvrde da nema opravdanja da se svojstvima karakterističnim za ljude dodjeljuje poseban moralni status samo radi drugačijeg izraza (Beauchamp i Childress, 2013). No, s obzirom na to da je osnova SUO složenost svakog pojedinog pacijenta i varijabilnost među ljudima, prepoznavanje osobe ili pojedinca iza ‘pacijenta’, zahtijeva upravo jedinstven izraz koji se kroz pojam osobnosti dobro ostvaruje (El-Alti i sur., 2019, str. 49).

PM, s druge strane, proizlazi iz biomedicinske paradigme i utemeljuje se na primjeni zdravstvenih tehnologija, gdje se s ciljem optimizacije bioloških parametara želi postići poboljšanje ishoda. Ona je redukcionistička i mehanicistička (El-Alti i sur., 2019). No je li joj to i glavna mana? Mišljenja smo da ne. Naime, upravo ideja osobe, naglašavajući jedinstvenost tjelesnog i duhovnog, otvara prostor za novu interpretaciju i sjedinjenje ovih dvaju pristupa.

Dok se oba koncepta odmiču od standardiziranog pristupa i teže da imaju na umu pojedinca, oni tog pojedinca promatraju drugačije: jedan se fokusira na objektivne aspekte, a drugi naglašava subjektivne. Ovo ćemo nazvati subjektivno-objektivnom napetošću između modela (...) no to može biti model koji se potencijalno nadopunjuje (...) potencijalno uključujući elemente i jednog i drugog, kao i dijeljenje potencijalnih slabosti koje zagovornici jednih često ističu protiv drugih. (El-Alti i sur., 2019, str. 53).

Terminološka sličnost nije zanemariva i moguće je pretpostaviti kako će se stoga u budućnosti događati zblizavanja među njima, a ne udaljavanja.

Ponavljamo kako nije moguće jasno odrediti primarni utjecaj na razvoj opisanih koncepata, no neosporna je činjenica da se izraz osoba, sa značajnim antropološkim odrednicama, pojavljuje u prvoj polovici 20. st. kao značajan filozofski pojam, odnosno svjetonazorsko usmjeravanje koje je utjecalo na brojne filozofe i znanstvenike. Naime, filozofiju 20. st. obilježio je egzistencijalizam, strukturalizam i postmoderna, koji će uz povijesna društveno-politička zbivanja pokušati odrediti ono bitno u čovjeku na sebi svojstvene načine. Tragična zbivanja 20. st. dovest će u središte pomalo zaboravljenu misao o čovjeku kao osobi. To je istaknulo nužnost personalističkoga pogleda na čovjeka. Personalizam koji će se razviti tijekom 20. stoljeća zasigurno će inspirirati brojna filozofska, znanstvena i društvena zbivanja.

Personalizam se pojavio (...) kao odgovor na društvena, kulturna i filozofska pitanja modernosti koja su se pojavila u razdoblju nakon svjetskih ratova. Primarni fokus personalizma središnje je mjesto i neotuđivo dostojanstvo ljudske osobe. Primarni personalistički mislioci usredotočuju se na definiranje ljudske osobe kao središnjeg mjesta interesa (...). (Lamb i Pesut, 2021, str. 1325).

Jedan od utemeljitelja personalizma kao filozofskog pravca je Emmanuel Mounier (1905. – 1950.), a „s obzirom na shvaćanje čovjeka kao *osobe*, Mounierov personalizam protivan je materijalizmu i svakom redukcionizmu koji svodi čovjeka samo na materijalnu komponentu. No, istodobno je i protivan svakom obliku idealizma koji svodi materiju, pa i ljudsko tijelo, samo na fenomen duha. Protivan je i svakome antropološkom dualizmu koji u njemu vidi udružene dviju posebnih supstancija” (Dadić, 2017, str. 260). Dakle, personalističko tumačenje, sa svim njegovim utjecajima, pokušalo je odrediti čovjeka ne kroz dualističku odvojenost, već kroz pronalaženje načina ujedinjenja svih obilježja čovjeka, što nije zanemarilo niti transcendenciju.

Personalizam se pojavljuje kao filozofija s usredotočenijim praktičnim, društvenim i bioetičkim primjenama. Primarni pothvat kojem personalisti teže obilježen je (...) ontološkim shvaćanjem ljudske osobe kao fizičkog, psihičkog i transcendentnog bića; fokusom na primat djelovanja, ljubavi i slobode kao izvora samoodređenja; priznanjem dobra i zla, uz narativno vođen karakter ljudskog postojanja. (Lamb i Pesut, 2021, str. 1319).

Ipak, tijekom cijeloga 20. stoljeća (a nastavlja se i u 21. stoljeću) pitanje čovjeka kao osobe s jedne se strane ističe, a s druge kao da nije dovoljno istaknuto. Zanemarivanje čovjeka kao osobe, postavljanje čovjeka kao sredstva za postignuće političkih ili korporativnih ciljeva, utilitaristički pogled na moral i pragmatičnost u odlučivanju, dovode do osjećaja samogubitka, besmisla, bezvoljnosti i gubitka čovjeka u današnjem svijetu. „Personalizam razlikuje individuu od osobe, u smislu da je prva subjekt koji je zatvoren u sebe, a druga subjekt otvoren drugima” (Dadić, 2017, str. 262).

Etičke implikacije promjene pristupa

Metafizičko i antropološko tumačenje imaju direktan normativni učinak kroz promjenu etičkih perspektiva. S obzirom na dva opisana modela koji su obilježeni relacijskom promjenom odnosa dviju osoba u susretu, tvrdimo da iz toga proizlaze etičke implikacije. Naime, temeljna načela biomedicinske etike (autonomija, dobročinstvo, neškodljivost i pravednost) opisana su u sustavima zdravstvene skrbi u kojima dominira biomedicinska paradigma (Beauchamp i Childress, 2012), štoviše, uz iznimno naglašavanje utilitarističkih obilježja kroz ishode i troškove liječenja. Kapitalom vođeni zdravstveni sustavi i jesu obilježja, prije svega, SAD-a i europskih zemalja. Iva Rinčić navodi:

Naime, od samog početka percipiran kao primarno ‘američki’ komplet načela – autonomija, pravednost, neškodljivost i dobročinstvo – do danas je zadržao status najutjecajnijeg seta bioetičkih načela i standard teorijskog, ali i praktičnog polazišta angloameričkih utjecaja u bioetičkoj debati. Mantra Georgetown, kako glasi popularno ime spomenutog seta, nedvojbeno se pokazala uspješnom i održivom u rješavanju brojnih bioetičkih scenarija, istovremeno ne izbjegavši oštre i brojne kritike. Američkom se pristupu zamjeralo štošta: da ima premalo sadržaja (može značiti gotovo sve), da ima previše sadržaja (nameće američki sustav vrijednosti), da ima previše načela (neškodljivost i dobročinstvo trebalo bi svesti na zajedničko načelo korisnosti), kao i premalo načela (nedostaju vrline poput brige, naklonosti, dobrote itd.). Isticala se dominacija načela autonomije u odnosu na druga načela, kao i limitiranost američkog pristupa u shvaćanju cjelokupnog sklopa različitih dimenzija ljudskog bića. (Rinčić, 2013, str. 739).

Iznosimo pretpostavku da promjena u pristupu i organizaciji zdravstvene skrbi, u odnosu prema pacijentu kao osobi, mora imati neposredne implikacije na promjenu primjene navedenih načela, a ponajprije na načelo autonomije.

Također iznosimo pretpostavku da je, usprkos drugačijem paradigmatском utemeljenju navedenih pristupa, moguće utvrditi područja njihovog zbližavanja, tj. temeljne razlike koje među njima postoje mogle bi se iskoristiti kao nadopune za svaki model kako bi se ostvarila njegova punina. To se upravo ogleda kroz realizaciju poštovanja autonomije pacijenta kao osobe koja bi se kroz ove modele mogla podjednako promijeniti i realizirati.

Zdravstvena skrb koja je usmjerena prema pacijentu kao osobi ima etičku vrijednost i zapravo je pokazatelj kvalitete skrbi. Kako bi se ona ostvarila u punini, potrebno je razvijati ona obilježja koja suvremeni obrazovni sustavi ne razvijaju (emocionalna inteligencija, zadovoljstvo suosjećanjem, etička samorefleksija), a koje zdravstveno rukovodstvo ne smatra važnima (Brdarević, 2024; Youn i sur., 2022, str. 6).

Klasične utilitarističke teorije, koje dominiraju u procesu zdravstvene skrbi, etičnost naprosto određuju kroz moralnu obavezu naspram dobrobiti i patnje. No sve je teže odrediti koncept dobrobiti, a ono što je možda jasno iz društvene perspektive, ne mora biti jasno iz individualne (Hofmann, 2024).

Naglašeno je kako je paradigmatička osnova SUO zapravo biopsihosocijalna prilagodba kroz personalistički pogled prema čovjeku, dok je osnova PM biomedicinska prilagodba genetskim specifičnostima čovjeka. Iako je očito paradigmatičko udaljavanje, zapravo, njihovo je zblizavanje nužno i sve više radova i istraživanja ide tomu u prilog. Usmjeriti se prema biološkim i genetskim jedinstvenostima čovjeka, a pritom zanemariti psiho-socijalnu cjelovitost ponovno govori u prilog redukcionizmu, a nikako holizmu. Upravo su zato potrebni modeli koji će opisane pristupe zblizavati, tj. u kojima će personalizirana medicina biti usmjerena prema čovjeku kao osobi, odnosno u kojemu će skrb usmjerena prema osobi koristiti pristup personalizirane medicine. S obzirom na navedeno, može se utvrditi da, iako su posrijedi različita paradigmatička utemeljenja, opisana dva pristupa imaju zajedničku perspektivu. To proizlazi prvenstveno iz činjenice da se istinsko razumijevanje iskustva čovjeka kao osobe uz preciznu medicinsko dijagnostičko-terapijsku perspektivu, može iskoristiti s ciljem najboljeg smjera za terapijski postupak. To ne mora značiti da će uvijek i imati pozitivan ishod, ali možemo pretpostaviti da će se kroz odnos razumijevanja i povjerenja stvoriti temelj za prihvaćanje aktualne zdravstvene situacije i mogućnosti njenog rješavanja.

S obzirom na to da se navedene paradigme utemeljuju na dubljoj razini odnosa s čovjekom, neminovno mijenjaju načelo autonomije, tako da se donošenje odluke ne prepušta isključivo osobi, nego se podrškom njenih vrijednosnih sustava, uz najpreciznije informacije i terapijske perspektive, sudjeluje u procesu odlučivanja (uz izbjegavanje svakog oblika paternalizma, ali i svakog oblika napuštanja u trenutku odlučivanja). Primjenom SUO pojačava se vrijednost života svakog pojedinca – ne samo na psihološkoj već i na biološkoj razini (Janeš, 2019, str. 349). Na taj je način u središtu ljudsko biće kao cjelina, a ne njegova bolest. Cilj tako postaje promicanje smislenog života unutar svih bio-medicinskih mogućnosti, a ne samo funkcionalnog života (Youn i sur., 2022).

Usmjerenošću na individualne potrebe, uz poštivanje izbora i etičkih razmatranja, kao i unošenjem vrijednosnih sustava u proces odlučivanja (koji se u klasičnim modelima gotovo zanemaruju) zapravo se pojačava dostojanstvo pojedinca i naglašava njegova autonomija. Umjesto davanja uputa i savjeta, ovaj pristup potiče pacijente da razjasne vlastite ciljeve, radeći zajedno s kliničarom na utvrđivanju pomoći koja im je potrebna da bi ih postigli. Obje strane u razgovoru trebaju dobro razumjeti međusobne prioritete i realne mogućnosti (Culter i Oldham, 2016). Upravo stoga

personalizirana medicina ima svoju prednost, jer s jedne strane olakšava medicinske odluke, a s druge strane povećava terapijsku učinkovitost (usp. El-Alti i sur., 2019). Ne treba zanemariti da se izrazom osoba u bilo kojem od modela zapravo naglašava relacija u odnosu. Dok je čovjek kao individua zatvoren u sebe, čovjek kao osoba u odnosu je s drugima (Dadić, 2017).

ZAKLJUČAK

Dok su suvremeni zdravstveni sustavi u svojoj osnovi bio-medicinski utemeljeni, razvijaju se i alternativni pristupi u kojima se pokušava ostvariti individualiziran pristup čovjeku. Jedan od njih je *skrb usmjerena na osobu*, a drugi je *personalizirana medicina*. Iako su se oba pristupa razvila tijekom 20. st., poticaj za razmišljanje o čovjeku kao osobi, što u svojoj osnovi zahtijeva vrednovanje iskustava, sustava vrijednosti, ali i holistički pristup, bio je potaknut personalističkim pokretom, koji je imao značajan utjecaj na filozofske i znanstvene teorije i pristupe. Međutim, dok je personalizirana medicina i dalje utemeljena na bio-medicinskoj paradigmi, što je svojevrsno udaljavanje od psiho-socijalnog holističkog pristupa, između navedenih koncepata neminovno je zblizavanje u budućnosti s ciljem nadopunjavanja i osiguravanja najviše razine kvalitetne individualizirane skrbi.

Konačno, ovakvi pristupi sa svim svojim učincima mijenjaju pristup u načelu autonomije jer se osigurava odnos povjerenja između zdravstvenih djelatnika i pacijenata u kojem se na temelju potpuno individualiziranih dijagnostičko-terapijskih rješenja, uvažavajući pojedinačno iskustvo i sustave vrijednosti, omogućuje osobi da odlučuje ne samo na temelju informacija, već i na temelju potpuno individualiziranih informacija i podrške vlastitim vrijednosnim pogledima.

LITERATURA

- Annas, G. J. (2011). *Personalized medicine or public health? Bioethics, human rights, and choice*. University School of Public Health.
- Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th ed.). Oxford University Press.
- Brdarević, M. (2024). *Bioetika i sestринство – pogled na eutanaziju Petera Singera i stavove medicinskih sestara i tehničara*. Centar za bioetiku Fakulteta filozofije i religijskih znanosti Sveučilišta u Zagrebu.
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. i Gladman, J. (2013). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1518–1525. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001>
- Coulter, A. i Oldham, J. (2016). Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, 3(2), 114–116. <https://doi.org/10.7861/futurehosp.3-2-114>
- Council of the European Union. (2015, 17. prosinca). *Council conclusions on personalised medicine for patients* (2015/C 421/03). EUR-Lex. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52015XG1217\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52015XG1217(01))

- Dadić, B. (2017). Što personalizam može reći suvremenom čovjeku? *Filozofska istraživanja*, 37(2), 257–269.
- De Lange, S., Heyns, T. i Filmlalter, C. (2024). Reaching consensus on the definition of person-centred handover practices in emergency departments. *Journal of Clinical Nursing*, 33, 1751–1761. <https://doi.org/10.1111/jocn.16967>
- Domitrović, I. (2022). Jesu li medicinske sestre dovoljno usmjerene prema pacijentu kao subjektu skrbi? *Sestrinski glasnik*, 27(1), 55–59.
- El-Altı, L., Sandman, L. i Munthe, C. (2019). Person-centered care and personalized medicine: Irreconcilable opposites or potential companions? *Health Care Analysis*, 27(1), 45–59. <https://doi.org/10.1007/s10728-017-0347-5>
- Hallgren, J., Bergman, K., Klingberg, M. i Gillsjö, C. (2021). Implementing a person-centred collaborative health care model – A qualitative study on patient experiences. *International Emergency Nursing*, 59, 101068. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101068>
- Hedberg, B., Wijk, H., Gäre, B. A. i Petersson, C. (2022). Shared decision-making and person-centred care in Sweden: Exploring coproduction of health and social care services. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 129–134. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.016>
- Hofmann, B. (2024). Moral obligations towards human persons' wellbeing versus their suffering: An analysis of perspectives of moral philosophy. *Health Policy*, 142, 105031. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2024.105031>
- Janeš, L. (2019). Biopolitical laboratory and the genetic modification of the psyche. *Jabr*, 10(2), 341–360.
- Jørgensen, J. (2019). Twenty years with personalized medicine: Past, present, and future of individualized pharmacotherapy. *The Oncologist*, 24(7), 432–440. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0054>
- Kloos, N., Drossaert, C., Trompetter, H., Bohlmeijer, E. i Westerhof, G. (2020). Exploring facilitators and barriers to using a person-centred care intervention in a nursing home setting. *Geriatric Nursing*, 41, 764–769. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.04.018>
- Lamb, C. i Pesut, B. (2021). Conscience and conscientious objection in nursing: A personalist bioethics approach. *Nursing Ethics*, 28(7–8), 1319–1328.
- Latimer, T. Roscamp, J. i Papanikitas, A. (2011). Patient-centredness and consumerism in healthcare: An ideological mess. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 110(11), 425–427. <https://doi.org/10.1177/0141076817731905>
- Leibing, A. i Katz, S. (2024). Dilemmas of intervention: From person-centred to alienation-centred dementia care. *Journal of Aging Studies*, 69, 101224. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2024.101224>
- Lipozenčić, J. (2013). Personalizirana medicina u Hrvatskoj. *Medix*, 19(104), 28–30.
- Lunshof, J. E. (2005). Personalized medicine: How much can we afford? A bioethics perspective. *Personalized Medicine*, 2(1), 43–47. <https://doi.org/10.1517/17410541.2.1.43>
- McKenna, H., Pajnkihar, M. i Murphy, F. (2020). *Osnove modela, teorije i prakse zdravstvene njege*. Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek.
- Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. (2024). *Medicinar KB, Vol. 65, No. 3*. https://mef.unizg.hr/app/uploads/2025/02/Medicinar_KB_vol-65_br-3_WEB.pdf
- Orzechowski, P., Stauffer, M., Moore, J. i Boland, M. R. (2020). Personalized medicine. U I. Roterman-Koniczna (ur.), *Simulations in Medicine: Computer-aided diagnostics and therapy* (str. 1–14). De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110667219-001>
- Patel, H., Wijk, H., Ekman, I. i Olaya-Contreras, P. (2020). A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing*, 42(1), 213–224. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.08.004>
- Phelan, A., McCormack, B., Dewing, J. i sur. (2020). Review of developments in person-centred healthcare. *International Practice Development Journal*, 10(Suppl 2), 1–29. <https://doi.org/10.19043/ipdj.10Suppl2.003>
- Rinčić, I. (2013). Sličnosti i razlike europske i američke bioetike u odnosu na temeljna bioetička načela. *Jabr*, 4(8), 739–746.

- Šestak, I. i Abou Aldan, D. (2022). Analiza koncepta osobe u teorijama zdravstvene njege. *Disputatio Philosophica*, 24(1), 43–56.
- World Health Organization. (2004). *Priority medicines: Master document*. https://www.who.int/medicines/areas/priority_medicines/MasterDocJune28_FINAL_Web.pdf
- Youn, H., Lee, M. i Jang, S. (2022). Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 73, 103293. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293>

The foundation and normative consequences of person-centered care and personalized medicine

SUMMARY

Modern healthcare systems are marked by a paradigm shift in the approach to a patient. While traditional medicine is based on a biomedical paradigm, the approach of person-centered care and personalized medicine is currently increasingly emphasized. Although these are concepts that emphasize a higher level of individualization of care and better coordination of diagnostic and therapeutic procedures, they are still two paradigmatically different views. While personalized medicine stems from a biomedical framework, person-centered care originates from the perspective of care and the pursuit of a more holistic view of patients. Although there is a significant difference between these two approaches, the assumption is that by bringing them closer together and complementing each other, an even higher level of holistic approach and individualization can be achieved, given that a fully customized diagnostic and therapeutic approach is complemented by the respect for the patient's experience and value systems.

Such a comprehensive, yet individualized approach must have a direct ethical impact, which is primarily reflected in the change in the principle of autonomy. Namely, while the traditional principle of autonomy requires the patient's freedom to make decisions based on the information received, in the aforementioned systems it changes its fundamental characteristic, since the decision-making process is not only based on information tailored to each individual patient, but also by the counseling process that takes into account those elements that are neglected in the traditional satisfaction of the principle of autonomy – life experience, value systems, and other characteristics of the person.

Keywords: autonomy, bioethics, care, holism, medicine, person.