

BIOETIKA, ETIČKA TEORIJA I GRANICE MEDICINE

Ruth Chadwick

University of Central Lancashire, Preston

UDK 614.253

174:61

Izvorni znanstveni rad

Primljeno: 29. 2. 1996.

U članku se – polazeći od shvaćanja bioetike kao discipline koja se bavi proučavanjem etičkih, socijalnih, pravnih, filozofskih i drugih pitanja što se pojavljuju u zdravstvenoj skrbi i u biološkim znanostima – raspravlja o etičkoj teoriji u bioteci i njezinoj uglavnom deduktivističkoj uporabi u praksi te o ograničenostima medicine koje su određene i moralnim čimbenicima. Težište je autorove rasprave na problemu neplodnosti i njegovoj socijalnoj i etičkoj analizi.

Gledište da djelatnost zdravstvene skrbi ima moralnu dimenziju sada je, mislim da je to pošteno reći, dobro utemeljeno. Bioetika – koju *International Association of Bioethics* određuje kao "proučavanje etičkih, socijalnih, pravnih, filozofskih i drugih pitanja što se pojavljuju u zdravstvenoj skrbi i u biološkim znanostima" – razmjerno je novo područje proučavanja, ali istodobno i područje koje se ubrzano razvija. Rasprava se vodi oko primjerenih metoda istraživanja u tome području, što se nadovezuje na rasprave o pojedinačnim pitanjima poput raspodjele resursa u zdravstvenoj skrbi, etičkim dilemama o početku i kraju života te o primjereoju uporabi visoke tehnologije.

U svjetlu činjenice da je bioetika – kao područje proučavanja – još uvijek mlada, žestoka se rasprava vodi o njezinim ciljevima i metodama. U ovome članku želim razmotriti dva pitanja vezana uz ulogu filozofije unutar bioetike: prvo, pitanje uporabe etičke teorije i, drugo, ono što se može nazvati, preko određivanja bolesti, pitanjem o granicama medicine.

ETIČKA TEORIJA

U Ujedinjenome kraljevstvu srednja medicinska struka uzima u obzir važnost etike u kurikulumu obrazovanja medicinskih sestara. Situacija koja se tiče medicinske struke mnogo je manje jasna. Ponekad postoji otvorena prijemljivost za etiku kao disciplinu. U članku u *Lancetu*, primjerice, autor pita

"Koliko nam je potrebna etika da bismo imali dobrog liječnika?" te sugerira da utjecaj etičara nije nužan (Brewin, 1993.).

Taj argument moramo odbaciti. Naravno, etika, kao i sve drugo, može biti utemeljena loše, no to ne slijedi iz činjenice da ne postoje etički 'stručnjaci' u smislu da netko ima povlašten pristup znanju o tome što je ispravno učiniti u bilo kojoj danoj situaciji, da je svako mišljenje dobro kao i bilo koje drugo te da ne postoji prostor za podizanje etičke svjesnosti medicinskih praktičara. Kako kaže Kenneth Boyd u *Times Higher Education Supplement* (5. ožujka 1993.):

"Etička su pitanja stvar habitusa i stava. Prigoda koju ste imali za promišljanje i raspravljanje tijekom obrazovanja znači da ste, kada dođe vrijeme za odluku, u mnogo boljem stanju da osjetljivije donesete odluku".

Važno je imati prigodu raspraviti etička pitanja tijekom obrazovanja da bismo bili pripravnici za etičke dileme 'stvarnoga života'. To je podsjetnik na Aristotelovo gledište da dobra osoba razvija 'oko' za ispravno djelovanje u danoj situaciji, pri čemu je Aristotel mislio da je to pitanje razvijanja habitualne dispozicije za vrlinu. Obrazovanje, međutim, ne može dovesti do stanja jednom-za-svagda jer je isto tako lako, kao što znamo, postati habitualno spremnim da se prihvate moralno neprihvatljivi uvjeti i djelovanja. Na koji način treba gledati na taj habitualni stav?

TRAJNO OBRAZOVANJE

Važno je da se ne previdi uloga koju može imati etički kodeks ili kodeks postupaka. Nadovezujući se na ostale funkcije, kodeks može imati edukativnu ulogu. Tako Michael Davis govori o kodeksu etike inženjera, koja je uključena u ono što se misli pod 'misliti poput' inženjera (Davis, 1991.). Kodeks je onda edukativan po tome što pokazuje članovima grupe što znači misliti poput člana grupe, ali ne samo za novoučlanjene članove – edukativna je funkcija stalna. Simon Webley iznio je argument, glede kodeksa poslovne etike:

"Mnoge su tvrtke otkrile da je – nakon što iščezne prvotni entuzijizam – teško održati kodeks kao važan dio kulture tvrtke. Da bi se to prevladalo, nužno je uključiti razmatranje djelovanja kodeksa u obrazovnim programima tvrtke" (Webley, 1988.: 15). U kontekstu zdravstvene skrbi očigledan je primjer Kodeks profesionalnoga poslovanja za medicinske sestre, roditelje i osoblje za kućne posjete (UKC, 1992.), koji ima edukativnu funkciju u tome što pruža sliku onoga što sestra treba biti te se osuvremenjuje u skladu s promjenljivim okolnostima.

TEORIJA

Što reći o ulozi etičke teorije? Brewin nije jedini koji je napada. Moglo bi se pomisliti, međutim, da uporaba teorije doseže do onoga što Arthur Caplan na-

ziva 'inženjerskim modelom' primijenjene etike (Caplan, 1992.). Drugo je ime za to – deduktivizam.

Deduktivizam

Deduktivizam je gledište da ono što u primijenjenoj etici moramo učiniti jest primjena teorije poput utilitarizma ili kantijanizma na posebnu problemsku situaciju, a pravi će se odgovor pojaviti na kraju. U tome smislu to je nalik problemu u inženjerstvu ili matematici. Postoji sve veće nezadovoljstvo tim modelom primijenjene etike, djelomice zbog dvojbi o samim utemeljujućim teorijama, a djelomice zbog posljedaka primjene. Katkad primjene imaju posljedke koji su kontraintuitivni, kao kad nam se čini kako verzija utilitarizma, primjerice, govori da zanemarimo interese nekih ljudi. Drugi je problem u tome što posljedci mogu biti neodredljivi. Primjerice, s obzirom na teorije pravde, pokušamo li primijeniti 'potrebni kriterij' za aktualne dileme podjele resursa, to neće riješiti problem, jer će možda biti nužno da se odredi prioritet različitih potreba (usp. Daniels, 1992.). Neke su od alternativa deduktivizmu ove: navođenje principa, kazuistika, skrb.

Navođenje principa

Kako objašnjavaju Beauchamp i Childress u svojoj knjizi *Principles of Biomedical Ethics* (1994.), navođenje principa zadobilo je golemu popularnost u medicinskoj etici. Četiri principa – autonomija, neškodljivost (nezlonamjernost – *non-maleficence*), dobrohotnost i pravda – ipak su došli pod udar (primjerice, Green, 1990.; Holm, 1995.). Jedan se problem tiče utemeljenja principa (ili nedostatka utemeljenja). Soren Holm ističe da ih ukoliko su izvedeni iz (američke) opće moralnosti, nije ni na koji jasan način moguće prenijeti u različita društva. Drugi se problem tiče njihove nesposobnosti da riješe pojedinačne probleme (Engelhardt, 1986.; Holm, 1995.).

Kazuistika

Kao reakcija na primjenu teorije na posebne situacije, kazuistika je doživjela uskrснуće. Glavni su oblici kazuistike ovi: prvotnost interpretacije slučaja, analoško razmišljanje radije no apstraktna teorija, sličnost običajnome pravu.

U kazuistici principi nastaju iz razmatranja posebnih slučajeva, što je češće od rabljenja neovisnih i univerzalnih principa koji su primijenjeni na slučajeve. Kao i u običajnome pravu, odluka koja je donijeta u pojedinačnom slučaju oblikovat će presedan za buduće bitne slične slučajeve. To je slučaj kada dolazi do razmišljanja po analogiji. Kazuistika se tako bavi stvarnim životom više nego zamišljenim slučajevima ili misaonim eksperimentima koje često nalazimo u filozofskim spisima.

Slučajevi su, međutim, podložni različitim interpretacijama. Slučajevima pristupamo s našim vlastitim predpojmovima: ono što se čini važnim aspektima slučaja za jednu osobu, ne mora biti važno za drugu. To onda potiče teorijski problem o tome kako valja opisati slučaj, problem koji je prvotan s obzirom na razmišljanje o tome kakav će biti ishod. Kratko promišljanje o kontroverznom slučajevima kraja života pred engleskim sudovima, primjerice slučajevi dr. Nigela Coxa i Tonyja Blanda, pokazuje da je to tako. Netko tko se obvezuje na svetost ljudskoga života čini se da tim slučajevima pristupa na posve različit način od nekoga tko se na to ne obvezuje.

Ako se o slučajevima raspravlja napose samo unutar struka zdravstvene skrbi, pretpostavke koje se trebaju ispitati mogu nestati a da nisu pobudile nikakav izazov. Unutar neke institucije, primjerice, modeli zdravlja i bolesti, očekivanja od zdravstvene službe, mogu biti na toj razini da preuzmu jedan aspekt bezvremene univerzalnosti, zbog koje su kritizirani i sami etički principi. Arras (1991.) je istaknuo bitan konzervativizam kazuistike, jer se slučajevi razrješavaju sa stajališta onoga što je bilo prihvatljivo, obično od onih koji imaju moć. To je upravo kritika koju često iznose oni koji odlučuju u običajnome pravu, a to su pravnici na čiju djelatnost kazuistika i sliči. Kazuistika je, naravno, korisno oruđe ukoliko rasprava o slučajevima iz stvarnoga života 'oživljava' etičko poučavanje, ali je greška misliti da se to može razdvojiti od teorije. Kako ističe Arras, treba li se za nešto više zalagati onda je to 'umjeren teorija' a ne neteoretičnost (Arras, 1991.: 41): filozofija, prije nego etika *per se*, korisna je u otvaranju pitanja o predpojmovima kojima pristupamo slučajevima.

Skrb

Druga mogućnost koja danas doživljava popularnost jest etika skrbi, koja je prvotno nastala iz radova feminističke moralne teorije. Poput kazuistike, ona odbacuje (barem u nekim inačicama) korisnost primjene apstraktne teorije.

Etika skrbi podložna je različitim interpretacijama. S jedne strane to je situacijski pristup koji pokušava učiniti najbolje za ljude u posebnim kontekstima, gledajući na potrebe klijenata i usredotočujući se na odgovornosti stručnjaka (Wertz i Fletcher, 1991.). U toj interpretaciji etika skrbi, čini se, ne nudi koherentnu alternativu drugim inačicama konzekvencijalizma. Postoji i druga interpretacija, ipak, u kojoj se ona čini vrstom etike vrline. Dobar je praktičar onaj tko postaje osobom koja skrbi. 'Skrb' je pojam koji je teško interpretirati, jer ga možemo uzeti za opisivanje obiju vrsta aktivnosti – kada netko skrbi za pacijenta podnoseći određene fizičke zadatke ili kada upućuje na emocionalni odgovor (Chadwick, 1989.). To je interpretacija koju Alderson obilježuje kao "personalizirana etika skrbi za pojedinačnoga drugog... koja ovisi o moralnim osjećajima unutar odnosa, preuzimajući rizik ranjive uključenosti u rad s drugima" (Alderson, 1991.: 18). Taj se pristup, ipak, obilježuje više kao porok nego kao vrlina (Curzer, 1993.). Nadalje, Peter Allmark je iznio argument da će eti-

ka koja ističe skrb i sama biti lišena sadržaja: ono što je potrebno iz moralne teorije jest smjernica prema onome o čemu bismo trebali skrbiti (Allmark, 1995., 1996.). Dok zagovornici etike skrbi, čini se, nude neke korisne uvide o bitnim odnosima osoba, više će napora trebati uložiti da se osigura održiva pozitivna alternativa drugim moralnim teorijama.

I kazuistika i skrb, međutim, usredotočene su na interakciju između stručnjaka i pojedinačnih pacijenata i klijenata. Kako je istaknuo Carl Elliott (1992.), takvo gledište nije prikladno za bavljenje etičkim dimenzijama zdravstvene politike: zato se trebamo okrenuti drugim teorijskim pristupima poput teorija socijalne pravde kao i različitim političkim filozofijama poput komunitarizma i liberalizma, kako smo naznačili u drugome dijelu ovoga članka. Nedostatne su teorije koje se bave odnosom pojedinačni pacijent-stručnjak. Ono što bih, međutim, htjela sugerirati jest da različiti etički pristupi ne pokazuju neprimjerenost etike, nego njezino bogatstvo. Važno je o etici razmišljati kao o resursu sučeljavanja s moralnim dilemama koje nastaju tijekom prakse. Uspijemo li barem pokazati da postoje različiti načini razmišljanja o problemima, to će biti nepojmljiv uspjeh.

Granice medicine

Što se smatra prihvatljivom uporabom medicinskoga stručnog postupka? To pitanje nije samo važno u razmatranju jesu li nove tehnologije moralno prihvatljive po sebi nego isto tako u odnosu spram raspodjele resursa, u raspravi o tome što bi trebalo biti prioritet u situacijama oskudice.

Jedan od pristupa tome pitanju jest i istraživati, ali ne jesu li "takav i takav" zahvat ili tehnika moralno prihvatljivi, nego istraživati je li "stanje x" bolest? Razmišljanje koje stoji iza toga čini se da je sljedeće: ako je "x" doista bolest, to će po sebi odgovoriti na pitanje o tome je li primjereno uporabiti dostupne stručne postupke ili tehnologiju zahvata. U ovome članku razmotrit ću poseban slučaj neplodnosti, istražujući je li to bolest i što su implikacije odgovora na to pitanje.

Ograničenosti medicine

Ideja da granica medicine mora postojati može biti istaknuta zbog nekoliko razloga. Mogu postojati "kategorijalni" prigovori određenim vrstama aktivnosti. U Warnockovome izvješću, primjerice, razmatrala se mogućnost da bi mogle postojati granice iza kojih ljudima ne bi bilo dozvoljeno ići, zbog toga što samo postojanje morala ovisi o tome (Warnock, 1985.). U tome je slučaju onda granica moralne naravi. Druga vrsta granice, međutim, može se ticati pojma određenih vrsta aktivnosti, koje nisu nužno neželjene po sebi, već ih nije moguće opravdati pojmovima očekivane koristi – očekivani ishod ne mora biti dostatan da opravda zahtijevani ulog.

Treća vrsta granica traga za mogućnošću postavljanja granica medicini sredstvima konceptualne analize. Ispravno razumijevanje pojma bolesti, može se dokazivati, imat će implikacije za ono što bi trebalo biti ciljevima medicine. To gledište ovisi o argumentu koji je moguće postaviti ovako: sve i samo bolesti odgovarajući su predmet medicinske intervencije, neplodnost jest/nije bolest.

Prema tome, neplodnost jest/nije odgovarajući objekt medicinske intervencije.

Predlažem da nastavimo s istraživanjem premisa u ovome argumentu. Mogli bismo ih napasti ili preko prve ili preko druge premise. Ja ću uputiti na to da je greška usredotočiti se samo na pitanje treba li ili ne treba neplodnost nazvati bolešću, tj. da se pitanje prioriteta ne može izbjeći na taj način.

Što je neplodnost

Neki povlače razliku između neplodnosti i sterilnosti, koja leži u činjenici da je – dok neplodnost može biti privremena – sterilnost stalno stanje neplodnosti. U modernim zapadnim društvima postalo je općom slobodnom odlukom nemati djecu dulje vrijeme, što se postiže kontracepcijom, a također imamo i slučajeve da se prakticira sterilizacija – svojevoljna i ona koja je u određenim ograničenim slučajevima nesvojevoljna. Te činjenice odmah čine pojam neplodnosti kao bolesti blago neobičnim i možda djelomice odgovornim za činjenicu da je nekom paru rečeno kako imaju problem s neplodnošću ako su nesposobni začeti dijete tijekom određenoga razdoblja u kojemu to nastoje učiniti. To uvođenje pojma želje ili intencije para u odredbu pitanja veoma je značajno i integralno je vezano uz argument protiv toga da se neplodnost smatra bolešću. No, naravno, hoće li se neplodnost, shvaćena na taj način, smatrati bolešću, ovisi o tome kako se određuje sam pojam bolesti.

Ovdje namjeravam razmatrati dvije šire kategorije odredbe: 1) biomedicinsku odredbu u pojmovima disfunkcije; 2) biomedicinsku odredbu u pojmovima socijalnih normi i vrijednosti. Ako je riječ o 1), Bill Fulford pruža izvješće o sve većoj prevlasti objašnjenja bolesti u pojmovima disfunkcije i uzroka takve disfunkcije:

"Povijesno... kategorije bolesti određene pojmovima simptoma... zamjenjuju se kategorijama određenima u pojmovima uzroka, kada se sve više ističu smetnje tjelesnih funkcija" (Fulford, 1989.: 30). Promotrimo li uzroke neplodnosti, međutim, vidjet ćemo šire inačice:

"Neplodnost može uzrokovati čimbenik u muškarcu, čimbenik u ženi ili čimbenik u oboma. Glavni su uzroci poremećaji u sjemenju, nenormalna ovulacijska funkcija ili oštećenje u jajovodima. Manje su česti uzroci endometrioza, defekti cervikalne sluzi ili tumori maternice. Velika skupina parova nema prepoznatljive uzroke te se smatra da su 'neobjašnjivo' neplodni" (HFEA 1994., 38).

Nadalje, moramo ovdje pridodati one koji su od rođenja neplodni, poput onih koji pate od poremećaja poput Turnerova sindroma i onih žena koje su nesposobne začeti jer su u postmenopauzalnome razdoblju. Smatramo li one koji su neplodni zbog dobi bolesnima, tada se pojavljuju pitanja treba li samo starenje nazvati patološkim – kao što neki dokazuju.

Činjenica da velik broj parova trpi od neobjašnjive neplodnosti donosi jedan od kompleksnih čimbenika rasprave o tome je li neplodnost bolest – naime, riječ je o tipičnoj tvrdnji da je to više problem para nego nekog pojedinca. Tradicionalni koncept bolesti, s druge je strane, primijenjen na pojedinca. Neki od spomenutih uzroka u skladu su s tradicionalnim modelom više nego drugi – primjerice, žena koja ima nenormalnu ovulacijsku funkciju.

Je li neplodnost jedino što se smatra stanjem od kojega trpi par? Možemo pokušati povući razliku između neplodnosti i drugog konteksta u kojemu se pacijent ili klijent smatraju normalnim, i to ne kao pojedinac, nego kao par – to je genetika.

Analogno problemu neobjašnjive neplodnosti, mogu postojati parovi koji nisu shvatili da oboje nose isti opasni recesivni gen. Svatko bi od njih mogao riješiti problem s drugim partnerom. No, nećemo na tipičan način reći da su oni bolesni kao par, čak i ako su oboje nositelji toga gena – radije ćemo reći da imaju problem, na koji je moguće dati odgovor s različitim opcijama. Slično, čini se neobičnim reći da par s neobjašnjivom neplodnošću pati od bolesti. Neobičnost tog načina opisivanja predmeta izvodi se dalje opisivanjem muškog ili ženskog čimbenika neplodnosti, čak i u slučajevima u kojima bi moglo biti prirodnije reći kako pojedinac pati od neplodnosti, premda opet možemo reći da je to bolest koja se čini manje prirodnom u mnogim slučajevima nego opis da je to posljedica bolesti, kao što je to slučaj u endometriozu.

Socijalna dimenzija

U kulturnom podneblju gdje je norma imati djecu, napose tamo gdje su nedostatne alternativne, pozitivno evaluirane socijalne uloge, neplodnost se može smatrati "nenormalnom" i negativno evaluiranom, sve do krajnosti stigmatizacije. Ako se ustanovi da je žena prije vjenčanja, primjerice, neplodna, to može dovesti do toga da se smatra nepogodnom za vjenčanje. Gamal Serour iznio je ovaj argument:

"Prevenција neplodnosti i njezino ublaženje napose su bitni u muslimanskom društvu, jer su socijalni status, dostojanstvo i samopoštovanje muslimanskih žena usko vezani uz njihovu sposobnost reprodukcije" (Serour, 1992.: 236).

To se događa ako je bolest stanje koje je podložno negativnoj socijalnoj evaluaciji do te mjere da to čini nemogućim 'normalno' socijalno funkcioniranje te se može činiti primjerenim da se to stanje obilježi kao bolest, kako misli Serour.

To je, međutim, samo jedna opcija: alternativa je razmatrati socijalna stanja koja proizvode tu pojavu s kritičkog gledišta.

Svrnimo sada pozornost na glavnu premisu argumenta o kojemu raspravljamo. To je premisa da sve bolesti i samo one jesu prikladni slučajevi za medicinski zahvat. Je li pritom riječ o tome, prvo, da su samo bolesti prikladni slučajevi za medicinski zahvat? Zasiurno, neplodnost nije jedino kontroverzno stanje što ga 'obrađuju' liječnici. Smanjenje grudi drugi je primjer kontroverznog trošenja medicinskih resursa, premda se taj slučaj katkad brani s razloga psiholoških čimbenika, kao što je i obrada neplodnosti. No glavna je točka rasprave u tome da ne postoje samo drugi takvi kontroverzni slučajevi. Postoje i nekontroverzni slučajevi stanja koji se smatraju prikladnim slučajevima za zahvat koji se ne naziva bolešću, poput slomljenih nogu.

Je li onda riječ o tome da su sve bolesti prikladni slučajevi za medicinski zahvat? Katkada se, naravno, ne može ništa učiniti, no čak i kada bi se nešto moglo učiniti, pojavljuje se pitanje o postavljanju prioriteta. Mislimo li da su načelno sva stanja koja obilježujemo kao bolesti prikladni slučajevi za medicinsku obradu, tada se pretežito ne prihvaća da nije moguće 'nešto učiniti' u medicini: prioritete valja postaviti. U svezi s time neki će dokazivati da bi neplodnost trebalo postaviti daleko na dno popisa zato što nije riječ o zahvatu koji je bitan za život. Mnogo toga je ovdje vezano uz to koji se kriteriji postavljanja prioriteta koriste te je li izbor što ga valja učiniti izbor između svih zahvata oko neplodnosti i nijednoga zahvata oko neplodnosti, između nekih vrsta neplodnosti i drugih vrsta, između nekih oblika zahvata i drugih oblika?

1) Treba li uopće obrađivati neplodnost?

Neki su mišljenja da neplodnost uopće ne bi trebalo obrađivati. Oni bi mogli iznijeti argument da u prenapućenu svijetu ne bismo trebali biti zabrinuti oko napuštanja našega načina rađanja nove djece. Drugi je argument taj da medicinski resursi trebaju biti usmjereni prema spašavanju života više nego prema stvaranju novoga života. Rasprave ipak obično teže usredotočiti se na kategorije pacijenta ili kategorije zahvata.

2) Treba li obrađivati sve oblike neplodnosti?

Čak i oni koji se slažu s time da je neplodnost prikladan predmet za medicinski zahvat, katkad zamjeraju obrađivanje nekih oblika neplodnosti, poput zahvata u neplodnost kod postmenopausalnih žena.

3) Treba li koristiti sva sredstva obrade?

Druge se zamjerke usredotočuju na posebne oblike ili metode obrade poput, primjerice, darivanja jajašca, koje uključuje skupljanje darovanih jajašca iz pobačenih fetusa. Koje kriterije valja koristiti da bi se odlučilo između njih?

Je li to doista 'obrada'?

To nas vodi do pitanja jesu li nove reproduktivne tehnologije doista postupci 'obrade'? Argumenti koji dokazuju da to nisu postupci obrade usredotočuju se opet na par nasuprot pojedincu, na činjenicu da se žene u nekim slučajevima podvrgavaju nekom zahvatu kada je čimbenik neplodnosti žena, na pretpostavljenu neplodnost koja se ne mora obraditi i tako dalje. Neplodnost se ne obrađuje, već se 'ublažava'.

Drugi se argumenti usredotočuju na nisku razinu uspjeha, primjerice, IVF-a (*in vitro fertilisation*) i nedostatak znanja o dotičnim procesima, koji tu razinu čine niskom. U toj se perspektivi IVF treba promatrati kao eksperimentalan a ne kao terapijski postupak. Upravo kao što Clothierovo izvješće (1992.) preporučuje da se genetska terapija treba smatrati istraživanjem prije nego terapijom, tako i IVF, s toga gledišta, treba na dokazivi način smatrati eksperimentalnim. Instrukтивно je primijetiti, međutim, da su Clothierovi razlozi za preporuku da genetsku terapiju ne treba smatrati istraživanjem izneseni kako bi postigli mnogo strože mehanizme nadzora. To je primjer kako su odredbe i klasifikacije izvedene iz normativnih razmatranja više nego na neki drugi način.

Etička pozadina

To nas vodi do pitanja koja bi bila primjerena pozadina ispravnoga shvaćanja pitanja. Hub Zwart tražio je pitanje o granicama medicine unutar teorijske rasprave između komunitarizma i individualizma. Liberalna perspektiva ističe osobnu autonomiju, što se često prevodi u pravo pojedinca da izabere zahvate zdravstvene skrbi bez obzira na to koliko bi se to nekome moglo činiti besmislenim. To se često isticalo u raspravi o neplodnosti. Ipak, s komunitarističke perspektive:

"moralnoga zastupnika ne bi trebalo promatrati na atomistički način, već više postavljenoga u moralnu zajednicu od koje zadobiva svoj moralni identitet, svoja supstancijalna moralna uvjerenja i svoj smisao za usmjerenje. Moralna zajednica osigurava pojedincu moralni prostor unutar kojeg se on neizbježno osjeća postavljenim i iz kojega izvodi resurse sredstvima kojima se situacije moralnoga problema mogu evaluirati (Zwart, 1993.: 53-54).

Komunitaristička etika, prema Zwartu, treba težiti prema razvijanju konsenzusa o ciljevima medicine. Kao što je komunitaristički pristup vezan uz osjećaj granice, Zwart dokazuje da iza liberalno-komunitarne rasprave leže druge napetosti između dvaju temeljito drukčijih stavova, naime spremnosti na zahvat i spremnosti da se on prihvati.

Taj novi način formuliranja razlike čini se moguće zbunjujućim. Tko je spreman za zahvat i tko je spreman prihvatiti ga? U komunitarističkom pristupu jedno je reći da je zajednica spremna prihvatiti određenu granicu medicine, no što

ćemo reći o pojedincu koji će odbiti zahvat? S druge strane, u liberalnoj se interpretaciji pretpostavlja da zajednica nije ona koja je spremna zahvatiti upravo zato što u toj interpretaciji zajednica ne donosi te odluke – donose ih pojedinci.

Kako postići komunitaristički konsenzus?

Moglo bi se pomisliti da jedan pristup zajedničkom konsenzusu čini konzultiranje zajednice, kako se dogodilo, primjerice, u Oregonu, no postoje i rasprave o tome kako bi trebalo doći do konzultacije – u Oregonu, primjerice, dvojilo se o stupnju do kojega je to reprezentativno. Ono što bi, međutim, netko izvukao iz te vrste istraživanja jest praktičan posljedak oblika utilitarističkog pristupa u kojemu bi cilj zadovoljenja preferencija mogao biti pun predrasuda prema manjinama, osim ako nisu bile uvedene posebne vrste procjenjivanja.

Komunitaristički pristup nije, međutim, bitno utilitaristički. Zahtjev koji teži biti komunitaristički jest onaj koji je predložio nizozemski komitet *Choices in Health Care*. Kako je izložio Henk ten Have, to se naziva pristupom koji nije utilitaristički, jer ovisi o "normativnoj, deontološkoj pozadini određivanja značenja interesa zajednice" (ten Have, 1993.: 45). On ovako određuje pretpostavke nizozemske zajednice:

- temeljna jednakost osoba
- temeljna potreba zaštićivanja ljudskoga života
- načela solidarnosti.

Poduzeti pristup jest onaj koji razvija granicu putem pojma nužne skrbi, gdje je ono što je nužno upravo ono što omogućuje pojedincu da sudjeluje u životu zajednice, radije nego da je određuje pojedinac ili stručnjaci zdravstvene skrbi.

Nizozemsko izvješće *Choices in Health Care* pita je li osiguravanje IVF-a "nužna skrb"? Oni uspoređuju i suprotstavljaju tri pristupa tome problemu: pojedinačni, stručni i društveni, pri čemu se kaže:

"Sa stajališta pojedinca... *in vitro* oplodnja nužna je ako su ženini osjećaji takvi da je smatraju nužnim. Želja da se imaju djeca i patnja ako ta želja nije zadovoljena mogu biti veoma intenzivni ili do njih uopće ne mora doći... Sa stajališta medicinske struke, moguće je obraniti mišljenje da je *in vitro* oplodnja nužna. Biološke su funkcije, naposljetku, usmjerene na preživljavanje i reprodukciju, tako da je sterilnost nenormalna. Ako je stanje bez djece posljedak obradive bolesti ili defekta, *in vitro* oplodnja je nužna skrb. Sa stajališta pristupa orijentiranog na zajednicu, odgovor na to pitanje nužnosti najvjerojatnije bi bio niječan. Neželjena nemogućnost da se rode djeca u Nizozemskoj nije nikakva opasnost za zajednicu, te se ne može reći da stanje bez djece dolazi u sukob s normalnom funkcijom u našem društvu".

Oni dakle dvoje o primjerenosti solidarnosti s neplodnima:

"Postoje li argumenti u korist obvezatne solidarnosti sa ženama (sic!) koje žele *in vitro* oplodnju drugo je pitanje. Pojedinaac nema pravo na sposobnost da ima djecu. Niti interesi zajednice ni norme i vrijednosti društva neće, čini se, opravdati takvu obvezatnu solidarnost" (Dutch Health Council 1992.: 88).

Nekoliko točaka ovdje zahtijeva tumačenje. Prvo, zajednički pristup veoma je relativan s obzirom na društvo, tako da ostavlja otvorenom mogućnost da u nekom drugom društvu *in vitro* oplodnja ne bude nužna skrb. Drugo, *in vitro* oplodnja ne smatra se nužnom u Nizozemskoj, jer ne predstavlja "opasnost" za zajednicu. To ostavlja otvorenom mogućnost da u društvima s opasno niskim prirođenim pravom to može biti nužno. Isto se tako kaže da stanje bez djece ne proturječi normalnoj funkciji u našem društvu, no što se smatra normalnom funkcijom?

Postoji dublji prigovor s obzirom na pokazanu nemogućnost komunitarističkog zadatka. Van Willigenburg u svojem članku "Communitarian Illusions" dokazuje da na makrorazini stvarno nije moguće odrediti koje zdravstveno stanje proturječi normalnoj funkciji te tako oblikuje temelj za 'nužnu skrb' (Van Willigenburg, 1993.). Učinkovitost kriterija ovisi o moći isključivanja. 'Potreba' za IVF-om napose je izrazit primjer, koji neki vide kao hir, a drugi opet kao bitnu stvar za čitav svoj životni plan.

Daljnji prigovor komunitarističkome projektu nastaje iz nemogućnosti komunitarističkoga konsenzusa unutar pluralističkog društva. Pojam zajednice, tvrdi taj prigovor, naprosto nije primjenjiv za današnje vrijeme. Tako je Ross Poole, primjerice, iznio argument: "Prevladavajući oblici javnoga života – tržište, birokracija, neuskladivi su sa zajednicom u tome smislu. Oni koji prizivaju neke koncepte protiv liberalizma naprosto su izbjegli središnji problem s kojim se liberalizam pokušava suočiti – položaj vrijednosti u društvu slobodnih vrijednosti (Poole, 1991.: 88). U pluralističnom će društvu – prevladava li neki niz vrijednosti – oni koji se s njime na slažu doživjeti kao nametanje.

ZAKLJUČAK

I bioetika kao područje proučavanja i zdravstvena skrb kao područje stručne prakse došli su do veoma izazovnog stupnja razvitka. U bioetici se propituje vrijednost etičke teorije. U zdravstvenoj pak skrbi ograničenost je resursa podigla pitanja o granicama medicine. U oba je slučaja nužno doći do pozadine teorijskih resursa prikladnih za uspostavljanje pojedinačnih sukoba između pojedinačnih pacijenata i stručnjaka zdravstvene skrbi do širega konteksta politike. Da bi se to postiglo, trajna rasprava o napetostima između pojedinca i zajednice zahtijeva razmatranje teorijskih perspektiva u političkoj filozofiji.

REFERENCE

- Alderson, P. (1991.), Abstract bioethics ignores human emotions, *Bulletin of Medical Ethics* 68, 13-21
- Allmark, P. (1995.), Can there be an ethics of care? *Journal of Medical Ethics* (vol. 21, 19-24).
- Isti, (1996.), Reply to Ann Bradshaw, *Journal of Medical Ethics* (vol. 22, 13-15)
- Arras, J. (1991.), Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics, *Journal of Medicine and Philosophy* (vol. 16, 29-51)
- Beauchamp, T.L. i Childress, J.F. (1994.), *Principles of Biomedical Ethics* 4. izd., New York, Oxford University Press
- Brewin, T.B. (1993.), How much ethics is needed to make a good doctor? *The Lancet* (vol. 341, 161-163).
- Caplan, A.L. (1992.), Can applied ethics be effective in health care and should it strive to be? u: A. L. Caplan (ured.), *If I Were A Rich Man Could I Buy A Pancreas? and Other Essays on the Ethics of Health Care*, Bloomington, Indiana University Press
- Chadwick, R. (1989.), Uncaring angels, *Philosophy Today* (3, 3)
- Clothier, C. (predsjednik), (1992.), *Report of the Committee on the Ethics of Gene Therapy*, London HMSO
- Curzer, H. J. (1993.), Is care a virtue for health care professionals?, *Journal of Medicine and Philosophy* (vol. 18, 51-69)
- Daniels, N. (1993.), Rationing fairly: programmatic considerations, *Bioethics* 7, 224-233
- Davis, M. (1991.), Thinking like an engineer: the place of a code of ethics in the practice of a profession, *Philosophy and Public Affairs* 20, 150-167
- Health Council of the Netherlands (1992.), *Choices in Health Care*, Rijswijk, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs.
- Elliott, C. (1992.), Solving the doctor's dilemma? *New Scientist* 133, 42-44
- Engelhardt, H. T. (1986.), *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press
- Fulford, K.W.M., (1989.), *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge, Cambridge University Press
- Green, R. M., (1990.), Method in bioethics: a troubled assessment, *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 179-197
- Holm, S. (1995.), Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics, *Journal of Medical Ethics* 21, 332-338
- Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) (1994.), *Third Annual Report*, London HFEA
- Poole, R. (1991.), *Morality and Modernity*, London, Routledge
- Serour, G., (1992.), Islamic views, u: G. Serour (ured.), *Proceedings of the First International Conference on Bioethics in Human Reproduction Research in the Muslim World*, Cairo, International Islamic Center for Population Studies and Researchen Have, H.A.M.J., (1993.), Choosing core services in the Netherlands, *Health Care Analysis* 1, 43-47
- United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1992.), Code of Professional Conduct for the Nurse, *Midwife and Health Visitor*, 3. izd., London, UKCC
- van Willigenburg, T. (1993.), Communitarian illusions: or why the Dutch proposal for setting priorities in health care must fail, *Health Care Analysis* 1, 49-52

Warnock, M. (1985.), *A Question of Life*, Oxford: Blackwell

Webley, S. (1988.), *Company Philosophies and Codes of Business Ethics: a Guide to Their Drafting and Use*, London, Institute of Business Ethics

Wertz, D.C. i Fletcher, J.C. (1991.), Privacy and disclosure in medical genetics examined in an ethics of care, *Bioethics* 5, 212-232

Zwart, H., (1993.), Rationing in the Netherlands: the liberal and the communitarian perspective, *Health Care Analysis* 1, 53-56.

BIOETHICS, ETHICAL THEORY AND THE LIMITS OF MEDICINE

Ruth Chadwick

University of Central Lancashire, Preston

In the article, the author, commencing with a view of bioethics as a discipline engaged in studies of ethical, social, legal, philosophical and other issues occurring in health care and biological sciences, discusses the ethical theory in bioethics and its mostly deductive use in practice, as well as the limits of medicine determined by moral factors. The author's debate focusses on the problem of infertility and its social and ethical analysis.

BIOETHIK, ETHISCHE THEORIE UND GRENZEN DER MEDIZIN

Ruth Chadwick

Universität Central Lancashire, Preston

Die Verfasserin geht von der Auffassung aus, wonach die Bioethik eine Disziplin ist, die sich der Untersuchung ethischer, sozialer, rechtlicher, philosophischer und anderer Fragen, die in der Gesundheitsfürsorge sowie in den biologischen Wissenschaften auftreten, widmet. Erörtert werden die Ethische Theorie in der Bioethik und ihre vorwiegend deduktivistische Anwendung in der Praxis sowie die Grenzen der Medizin, die auch durch moralische Faktoren bestimmt werden. Der Schwerpunkt des Artikels liegt im Problem der Unfruchtbarkeit und in dessen sozialer und ethischer Analyse.