

EHLIMANA SALIHBEGOVIĆ

**MEDICINSKA
PRAKSA
I
ETIČKO
PITANJE**



EHLIMANA SALIHBEGOVIĆ

**MEDICINSKA PRAKSA
I
ETIČKO PITANJE**

Sarajevo, septembar 2008.

Autor: Prim. mr. sci. dr Ehlimana Salihbegović

MEDICINSKA PRAKSA I ETIČKO PITANJE

Recenzent: Prof. dr Slobodan Loga
Prof. dr Faris Gavrankapetanović
Prof. dr Jadranka Dizdarević

Uređivački savjet: Prim. dr Mustafa Cuplov
Prim. mr. ph. Edina Stević
Dipl. pravnik Jasminka Hasić Slijepčević

Izdavač: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo

Za izdavača: Prim. dr Mustafa Cuplov

CIP - Katalogizacija u publikaciji
Nacionalna i univerzitetska biblioteka Bosne i Hercegovine, Sarajevo
614.25:174] (075.8)

SALIHBEGOVIĆ, Ehlimana
Medicinska praksa i etičko pitanje / Ehlimana Salihbegović.
– Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo,
2008. – 177 str.; 21 cm
Bibliografija: str. 174 - 177

ISBN 978-9958-695-25-4

COBISS.BH-ID 16904710

Lektor: Biljana Jandrić

Računarska priprema: Nedim Muhić

Štampa: “BEMUST” Sarajevo

Tiraž: 2.000 primjeraka

*Mojim najdražim curama,
kćerci i unuci*

SADRŽAJ

PREDGOVOR	9
UVOD	11

OPŠTI DIO

PRVO POGLAVLJE	21
ZNAČENJE ETIKE I MORALA	21
DRUGO POGLAVLJE	23
FILOZOFESKE PERSPEKTIVE ETIKE	23
1. Normativna etika	23
2. Meta - etika	24
3. Etika korisnosti	24
TREĆE POGLAVLJE	27
OD MEDICINSKE ETIKE KA BIOETICI	27
1. Historijat medicinske etike	27
2. Hipokratova zakletva	28
2.1. <i>Doprinosi nekih naučnika</i>	30
2.2. <i>Nastanak bioetike</i>	34
ČETVRTO POGLAVLJE	37
ETIKA I NJEZINA NAČELA	37
1. Načelo autonomije	38
2. Načelo pravednosti	42
3. Načelo dobročinstva	43
4. Načelo neškodljivosti	44
5. Međunarodni kodeksi medicinske etike	46
5.1. <i>Opšta pravila i obaveze ljekara prema samom sebi</i>	47
5.2. <i>Ljekarske obaveze prema bolesniku</i>	48
PETO POGLAVLJE	49
TEHNOLOŠKI NAPREDAK U MEDICINI	49
1. Etički izazovi napretka u medicini	49
2. Svetost i nedodirljivost ljudskog života	53

POSEBNI DIO

UVOD	60
PRVO POGLAVLJE	61
BRIGA ZA UMIRUĆE I EUTANAZIJA	61
1. Eutanazija	61
2. Prava osobe na smrt	64
3. Smrtna kazna	73
4. Univerzalna deklaracija o ljudski pravima	74
DRUGO POGLAVLJE	77
ETIČKA NAČELA LJEKARSKE PRAKSE	77
1. Istinoljubivost, pravednost, pouzdanost i odanost	77
1.1. <i>Istinoljubivost</i>	77
1.2. <i>Privatnost i pouzdanost</i>	77
1.3. <i>Odanost</i>	78
2. Prava pacijenta	78
3. Odnos ljekar - pacijent	79
3.1. <i>Pacijentova očekivanja i neočekivanja</i> <i>od ljekara</i>	79
3.2. <i>Ljekarova očekivanja i neočekivanja</i> <i>od pacijenta</i>	81
4. Komunikacijske vještine ljekara	82
5. Fizikalni pregled	86
6. Ljekari i drugo medicinsko osoblje kao pacijenti	87
7. Ljekarski izvještaj	87
8. Informed Consent - obaviješteni pristanak	88
8.1. <i>Informisanost pacijenta</i>	88
8.2. <i>Slobodna volja pacijenta</i>	91
9. Ljekar i starije osobe	93
10. Ljekar i malodobne osobe	98
11. Profesionalna tajna	98
12. Medicinski nalazi	102

TREĆE POGLAVLJE	105
ODNOS LJEKAR – DRUŠTVO	
I LJEKAR - KOLEGE NA POSLU	105
1. Ljekar i zajednica	105
1.1. <i>Alternativna medicina</i>	109
1.2. <i>Ljekar i seksualne granice</i>	111
1.3. <i>Ljekar i njegovo zdravlje</i>	113
2. Odnos ljekar - ljekar	118
3. Odnos ljekar medicinska sestra	120
4. Održavanje profesionalne kompetentnosti	123
5. Etički kodeksi u kliničkom istraživanju	123
ČETVRTO POGLAVLJE	129
ETIČKI PRINCIPI U GINEKOLOGIJI	
I PORODILJSTVU	129
UVOD	129
1. Abortus	129
2. Medicinski potpomognuta oplodnja	136
PETO POGLAVLJE	141
ETIČKI PRINCIPI U PSIHIJATRIJI	141
UVOD	141
1. Havajska deklaracija	141
2. Madridska deklaracija	144
ŠESTO POGLAVLJE	147
TRANSPLANTACIJA ORGANA	147
UVOD	147
1. Presađivanje organa sa živih osoba	147
2. Presađivanje organa uzetih s kadavera	148
3. Presađivanje organa uzetih od osoba koje nisu slobodne	148
4. Sidnejska deklaracija o utvrđivanju smrti	149
SEDMO POGLAVLJE	151
ETIČKE ODGOVORNOSTI STUDENATA, NASTAVNIKA I ONIH KOJI PROPISUJU LIJEKOVE	151
1. Odgovornost studenata	151

2. Odgovornost nastavnika	154
3. Propisivanje lijekova	156
OSMO POGLAVLJE	161
PRAKTIČNE UPUTE	161
1. Ljekar i pacijent	161
1.1. Standardi njege	161
1.2. Odnos prema pacijentu	162
1.3. Klinička ispitivanja	164
1.4. Kliničko podučavanje	165
1.5. Umirući pacijent	165
2. Ljekar i profesija	165
2.1. Profesionalno ponašanje	165
2.2. Reklamiranje	166
2.3. Savjetovanje s drugim kolegama	166
3. Ljekar i društvo	167
4. Smjernice o informacijama	169
4.1. Informacije za pacijenta	169
4.2. Prenošnje informacija	171
4.3. Uzdržavanje od informacija	172
4.4. Urgentna stanja	172
ZAKLJUČAK	173
LITERATURA	174

PREDGOVOR

Godina 1991. mada nemirna nikome od nas smrtnika nije upućivala na mogućnost krvavog rata na ovim prostorima. Te godine sam završila obradu podataka o pacijentima sa hipertenzijom sa namjerom da svoj radni vijek završim sa analizom jednog od najčešćih oboljenja kod nas.

I onda nam se desio rat, brutalan, nestvaran, neljudski. Stručna literatura koju sam koristila je mora čekati „bolja vremena“ jer sam ušla uborbu za golo preživljavanje radeći i dalje svoj humani posao.

I dok smo ubijani kao glineni golubovi na odstrjelu postalo je toliko malo važno koliki je nečiji krvni tlak, promijenile su se granice vrijednosti života i smrti. Hipertenzija više nije bila riziko faktor za kardiovaskularnu smrt, najveći riziko faktor je bilo življenje u opkoljenom Sarajevu.

Ovdje je život bio najjeftiniji na cijelome svijetu jer ste ga mogli izgubiti u svakom trenutku i na svakom mjestu: od gelera, granate, metka, čak i ako ste besprijekorno zdravi.

Iz grada su počele da izlaze kolone majki, djece, odraslih, konvoji tuge i rasanaka postali su naša svakodnevnica. U jednom od njih Sarajevo je napustila i kćerka jedinica, i umjesto proslave mature i crvenih karanfila, za radost samo dva kofera u ruci i suze u očima.

Dani su postali godine, iščekivanje stalni saputnik, i u tom košmaru bez snova počela sam da pišem dnevnik.

Početak '93. godine među rijetkim pismima moje kćerke, koja se skrasila u Engleskoj, pročitala sam:

“Ja sam u potrazi za izgubljenim vremenom, onim što je odnio rat. Dani su samo prostori između snova. Odbrojavam ih čekajući nešto što je neizvjesno. Spoznala sam da smo svi tako

mali i beznačajni, da ništa nije važno u usporedbi sa mirom jer mali incident koji nazivamo životom je samo treptaj u inerciji kosmosa. *Vrijedi samo ostaviti tragove!*”

Ova me posljedna rečenica počela opsjedati. Dnevnik sam vodila svakodnevno i sa više žara, kao da mi od toga ovisi i sam život. Tada sam čvrsto odlučila, ako preživim ratna stradanja, ostaviti ću pisani trag.

Onda nam se desio mir a ja sam sve svoje zabilješke iz rata, pisma moje kćerke, te pisma prijatelja uobličila. Tako je nastala *“Ratna trilogija”* koju nikada nisam objavila, nego sam je odštampatu jednostavno uvezivala i slala prijateljima.

Jedan lijepo uvezeni primjerak sam poklonila kćerci, da se ne zaboravi, a dugi ostavila na polici među drugim knjigama.

Nakon prvih godina radosti i zanosa što se rat završio u naše živote je počela da se uvlači nesigurnost, strah, neizvjenost. Sarajevo je ponovo zablistalo mirom i životom ali smo još uvijek bili na raskrsnici kako i kuda u sigurniju budućnost.

Sumorna apatija počela je da se uvlači u duše, sve smo manje i manje pisali pisma, sve smo manje i manje vremena imali za druge, rat nas nije napravio boljim ljudima.

Zajedno sa zamahom slobode rasla je i želja za materijalnim dobrima, u mojoj profesiji je dozvoljena privatna praksa, počela je da se pojavljuje pohlepa, želja za posjedovanjem, gubile su se neke ustaljene moralne norme. Tada se, krajem dvadesetog stoljeća, pojavila ideja da svoju dugu ljekarsku praksu završim pisanjem knjige.

Autor

UVOD

U ljekarskoj praksi etički momenat je od bitne važnosti kako u odnosima ljekar – pacijent tako i u odnosima ljekar – društvo. Cijeli radni vijek proveden samo uz pacijenta izoštrava čula, daje nezamjenjivo iskustvo koje se stiče samo godinama rada.

Ova knjiga je pisana sa ciljem da, prije svega bude orijentacijsko sredstvo ljekarima i drugom medicinskom osoblju u lakšem rješavanju mnogobrojnih etičkih problema sa kojima se susreću u svakodnevnoj praksi. Ona uključuje lična iskustva, koristeći pri tome bogate literaturne podatke koji su napisani na ovu temu. Ona je, prema tome, informativno sredstvo, svima onima kojima treba putokaz u zamršenom labirintu etičkih pitanja u medicini i cilj joj je da ovu materiju približi čitatelju.

Brzina razvoja medicinske nauke, nova tehnološka otkrića donose i nove moralne dileme.

Poznato je da se u modernom svijetu sve više govori o zdravstvenom biznisu. Hoćemo li u svemu ovome moći da se snađemo a da ne izgubimo moralne vrijednosti?¹

Dvadeseto stoljeće su obilježila dvadeset i tri događaja koja su ukazala na raznolikost dilema u području biomedicinske nauke.

Ova su istraživanja obavljena na *Medical School University of Utah*. Slijedi lista događaja i dilema:

August 19, 1947.: Zloupotreba medicine od strane nacističkih ljekara koji su u ime nacističke ideologije u eksperimentima obavljenim u nacističkim logorima mučili i ubijali ljude.

Dilema:

1. Smiju li ljudi u biomedicinskim istraživanjima biti tretirani kao zamorci?
2. Je li etički dopušteno rezultate istraživanja u kojima su

Ijudi mučeni, ubijani i podvrgnuti istrebljenju koristiti u naučne svrhe?

Decembar 23, 1954.: Transplantacija bubrega u kojoj je doktor Joseph E. Murray bubreg jednojajčanog blizanca presadio u tijelo drugog blizanca.

Dilema:

1. Koji su medicinsko – etički kriteriji podobnosti za postupak transplantacije?
2. Na osnovu kojih kriterija sastaviti listu prioriteta za transplantaciju?

Mart 9, 1962.: Osnivanje Selekcionog komiteta za dijalizu u Seattleu koji je trebao odlučiti o tome koje teško oboljele bubrežne pacijente treba priključiti na aparat za hemodijalizu.

Dilema:

1. Koji kriteriji osiguravaju pravednu raspodjelu naučno – tehnoloških dostignuća u medicini u slučaju kada je njihov broj manji od broja pacijenata kojima ona osiguravaju produženje života?
2. Ko smije odlučivati o toj raspodjeli?

Maj, 1960.: Američka uprava za hranu i lijekove (U.S. Food and Drug Administration) odobrava upotrebu prve kontracepcijske pilule.

Dilema:

1. Je li etički dopustivo sprječavati trudnoću kao prirodno stanje?
2. S kojim etičkim obrazloženjima je dopušten uticaj na reproduktivne procese?

Decembar 3, 1967.: Prva transplantacija srca obavljena u Južnoafričkoj Republici proglašena je medicinskim čudom iako je pacijent umro osamnaest dana nakon transplantacije. Christian Bernard je obavio transplantaciju srca eksplantacijom srca žrtve

saobraćajne nesreće Denise Darvall i transplantirao ga u tijelo 55-godišnjeg Louisa Washkanskya.

Dilema:

1. Kada je moguće pristupiti eksplantaciji organa: da li onda kada je smrt utvrđena prestankom rada srca i pluća ili utvrđivanjem moždane smrt?
2. Smiju li se od umrle osobe uzimati organi i tkiva neovisno o tome da li se ona dok je bila živa ikada o tome izjašnjavala, treba li saglasnost tražiti od članova porodice?

Avgust 5, 1968.: Utemeljen “Komitet za moždanu smrt” na Harvardskom medicinskom fakultetu.

Dilema:

1. S kojim se etičkim argumentima moždana smrt može prihvatiti kao smrt osobe?
2. Može li se moždana smrt prihvatiti kao jedinstveni trenutak s obzirom na kulturno - civilizacijske razlike u pristupu tom pitanju?

1970.: Teolog Paul Ramsey objavljuje knjigu “*Pacijent kao osoba*” sa osnovnom porukom ljekarima da se prema pacijentima odnose kao prema osobama koje u određenom životnom razdoblju imaju određenu zdravstvenu poteškoću.

Dilema:

1. Treba li pacijente informisati o njihovom stanju?
2. Mogu li ljekari bez saglasnosti pacijenta poduzimati dijagnostičke i druge postupke na pacijentu?

Juli 26, 1972.: Tuskegee revolucija - The New York Times izvještava o četrdesetogodišnjem istraživanju “prirodnog liječenja sifilisa” na crncima obavljenom u tajnosti. Taj izvještaj ponovo skreće pažnju na upotrebu medicine u rasističke i ideološke svrhe.

Dilema:

1. Kako zaštititi pacijente i ispitanike od ljekara i drugih

medicinskih i zdravstvenih radnika koji su “u ime napretka medicine” spremni zaobići i prekoračiti granice ljudskosti i mučiti bolesnog čovjeka?

2. Ko treba odobriti provođenje istraživanja na ljudima?

Januar 22, 1973.: Vrhovni sud SAD-a (*Roe v. Wade*) stavlja izvan snage zakonsku odluku kojom se zabranjuje pobačaj u prvom trimestru trudnoće. Tu odluku pravda pravom na privatnost.

Dilema:

1. Je li pobačaj etički dopustiv?
2. Koji su argumenti za, a koji protiv pobačaja?

Mart 31, 1976.: Sud u New Jerseyu donosi odluku o isključivanju aparata održavanja na životu 21-jednogodišnje djevojke Keren Ann Quinlan koja je poslije upotrebe barbiturata zapala u stanje nepovratne kome.

Dilema:

1. Ko i kada ima pravo zahtijevati isključenje aparata za održavanje na životu?
2. Kako se može odrediti kvaliteta života osoba koje su priključene na aparate?

Jul 25, 1978.: Louis Joy Brown – Rođenje prve bebe iz epruvete.

Dilema:

1. Postoji li pravo na biološko roditeljstvo ili ono nestaje samim činom doniranja sperme?
2. Imaju li biološki roditelji pravo saznanja o djeci rođenoj donacijom njihovih spolnih ćelija?

1981.: Američka administracija zabranjuje istraživanja na fetusima.

Dilema:

1. Je li fetus osoba?

2. Ako je fetus osoba i s kojim argumentima se može pristupiti istraživanju nad njim?

Proljeće 1982.: Beba Doe - roditelji djeteta rođenog sa Down sindromom su odbili dati saglasnost za hirurški korektivni zahvat kojim bi bilo omogućeno hranjenje novorođenčeta. Američka vlada donosi uredbu kojom se nalaže intenzivna briga za novorođenu djecu sa poteškoćama.

Dilema:

1. Imaju li i koja su prava djece rođene s tjelesnim i mentalnim poteškoćama?
2. Kako postupati s djecom s takvim poteškoćama u slučaju kada su pacijenti?

Decembar, 1982.: U Zdravstvenom naučnom centru univerziteta Utah ugrađeno je umjetno srce.

Dilema:

1. Je li moralno dopustivo produžavati ljudski život van granica mogućeg?
2. Je li moralno opravdano sve ono što je tehnički izvedivo u medicini?

11, 1983.: Newsweek magazin poziva na javnu raspravu o AIDS-u.

Dilema:

1. Jesu li podaci o HIV zaraženoj osobi oboljeloj o AIDS-a privatne naravi?
2. Ko, i pod kojim uslovom, smije prekoračiti granice privatnosti?

1984.: Beba Fae – transplantacija srca babuna u tijelo novorođene djevojčice Fae, koja je umrla nekoliko dana nakon transplantacije – *ksenotransplantacije*.

Dilema:

1. Je li moralno dopustivo ugrađivati organe i tkiva životinja u tijelo čovjeka?

2. Budući da je ksenotransplantacija samo prijelazno rješenje do osiguranja ljudskih organa i tkiva, je li moralno dopustivo izvoditi takav postupak za koji se ne zna koliko će dugo čovjeka održavati na životu?

1986.: Rođenje bebe postupkom surogat majke.

Dilema:

1. Je li moralno dopustivo sklapati ugovore o surogat majčinstvu prije rođenja djeteta?
2. Smiju li roditelji koji očekuju dijete odbiti jedno dijete ukoliko surogat majka rodi blizance?

1987.: Određivanje i finansiranje prioriteta u zdravstvenoj zaštiti.

Dilema:

1. Na osnovu kojih kriterija se određuju prioritetne liste za njegu i liječenje?
2. Uz medicinske koji se još razlozi trebaju uključiti u listu prioriteta?

1989.: Pravo na smrt – roditelji punoljetne kćerke, koja je zapala u komatozno stanje bez jasno izrečene nade o povratku iz kome, zahtijevali su od ljekara da njihovu kćerku prestanu umjetno hraniti. Sudska odluka o prestanku hranjenja obrazložena je time što i punoljetne osobe u slučajevima nepovratne kome gube kompetentnost za odlučivanje. Stoga je odlučeno po zahtijevu roditelja i kćerki je dopušteno da umre.

Dilema:

1. Može li se s etičke tačke gledišta govoriti o pravu na smrt?
2. Ko i s kojim argumentima donosi odluku o prestanku umjetnog hranjenja, odnosno ne radi li se u tim slučajevima o eutanaziji?

1994.: Pokušaj ljekara i pravnika iz Oregona (SAD) da se ozakoni pravo na dostojanstvenu smrt terminalno bolesnim osobama.

Dilema:

1. Šta karakterizira eutanaziju a šta asistirano ubistvo?
2. Mogućnost zloupotrebe zakonskih odrednica od strane ljekara?

Februar, 1997.: Kloniranje prve ovce nazvane Dolly.

Dilema:

1. Može li kloniranje biti postupak i tehnika koja se koristi u terapeutske svrhe?
2. Smije li se klonirati čovjek?

1998.: Javna rasprava o upotrebi embrija u istraživačke svrhe.

Dilema:

1. Je li embrio osoba?
2. Trebaju li se uvažiti religijska stajališta o istraživanju na embriju?

Juni, 2000.: Iščitana mapa genoma čovjeka.

Dilema:

1. Jesu li podaci dobiveni genetičkim istraživanjima privatne naravi?
2. Je li dopušteno osobe prilikom ljekarskih pregleda bez njihova znanja podvrgnuti genetičkim istraživanjima?¹

Ovo su otkrića i etičke dileme dvadesetog stoljeća.

“Moral nikada nije bio tako važan u medicini, biologiji i u društvu kao danas: te su zdravstvene spoznaje pridonijele da moral, koji se brine za život, postane interes svijtu. Ta važnost je očitija kad imamo u vidu brzinu kojom se razvijaju biološke znanosti i mogućnosti što ih imaju za čovjekovu budućnost.”²

U tekstu je veći prostor dat opštim poglavljima dok su druga, koja zahtjevaju posebna znanja i specijalizacije, samo kratko informativno napisana, kao što je npr. poglavlje o ginelologiji,

psihijatriji, transplantaciji organa, a o novim etičkim izazovima kao što je kloniranje uopšte nije pisano. To neka bude izazov za druge autore.

Knjiga nema pretenziju da da neki poseban naučni doprinos u oblasti medicinske etike. Na osnovu dugogodišnjeg ljekarskog iskustva i vrijednosnih sudova, koristeći neiscrpne literaturne podatke: mnogobrojne knjige, studije, stručne radove meritornih stručnjaka, metodom dedukcije nastala je ova knjiga. Napisana je jednostavnim jezikom sa ciljem da bude čitljiva i čitana i da ne bude ostavljena nakon nekoliko pročitanih stranica.

Knjiga je napisana za studente medicine, mlade ljekare koji su još uvijek prijemčivi za savjete i sugestije, druge medicinske radnike, kao i sve one koje bude interesovala.

OPŠTI DIO

- ❖ *ZNAČENJE ETIKE I MORALA*
- ❖ *FILOZOFSKE PERSPEKTIVE ETIKE*
- ❖ *OD MEDICINSKE ETIKE KA BIOETICI*
- ❖ *ETIKA I NJEZINA NAČELA*
- ❖ *TEHNOLOŠKI NAPREDAK U
MEDICINI*

Prvo poglavlje

ZNAČENJE ETIKE I MORALA

Etika je klasična filozofska disciplina.

Etika je skup običaja, navika i normi, kojim se ljudi jedne zajednice rukovode u svojim postupcima i svom cjelokupnom ponašanju.³

Svi se mi, kao pojedinci, povremeno suočavamo sa dilemom šta treba, šta moramo, i šta je ispravno da učinimo u određenom trenutku. Opšteno prihvaćeno je da trebamo pomoći slijepoj osobi da pređe ulicu, ili da moramo reći istinu na sudu. Također je opšte poznato da ne smijemo varati na ispitima niti voziti pod dejstvom alkohola.

Primjera iz života je bezbroj.

Ovo “treba” i “ne treba” je za nas jasno, mada to ne znači da uvijek djelujemo u skladu sa tim. Zbog toga i postoji nagrada ili kazna za naše vlastito djelovanje, kao i djelovanje drugih.

U svim ovim slučajevima činimo moralnu ili etičku procjenu. U našim procjenama odlučujemo da li je naše djelovanje dobro ili pogrešno.

Izvorno riječ etika proističe od grčke riječi ETHICOS koja korelira sa rječju ETHOS, ili karakter. Ljudi generalno svoje ponašanje i karakter, kao i karakter drugih, opisuju uopštenim terminima kao dobro, loše, ispravno, pogrešno.

Filozofsko promišljanje se ne zasniva na tome šta bi osoba x ili y trebala činiti u određenim situacijama, nego šta čini.

Etika je mnogo više nego objašnjenje onoga što bi rekli ili možemo reći o određenom moralnom problemu, to je studija o

razlozima naših moralnih vjerovanja te procjenama određenih moralnih stavova koje smo prihvatili.

Riječ etika i moral su sinonimi mada su u svakodnevnoj komunikaciji njihova značenja često različita. Moral je praksa u društvenom životu, a etika je nauka o moralu kao društvenom fenomenu. Pod pojmom moral obično se podrazumijeva skup nepisanih društvenih normi na osnovu kojih ljudi oblikuju svoja rasuđivanja i svoja ponašanja u odnosima sa drugim u društvenoj grupi kojoj pripadaju.

Na primjer, moral se kolokvijalno poistovjećuje sa socijalnim, ličnim i seksualnim ponašanjem pojedinca, a kada se kaže etika, obično se misli o profesionalnom ponašanju.

Tako govorimo o medicinskoj etici, etici ljudi u medijima, sudstvu, obrazovanju.

Drugo poglavlje

FILOZOFESKE PERSPEKTIVE ETIKE

Sa filozofskog aspekta etika se dijeli na *normativnu* i *meta-etiku*.

1. Normativna etika

Normativna etika u praksi nastoji da formulira i obrazloži norme ispravnog i dobrog postupanja, a podijeljena je na dvije kategorije: teleološke i deontološke teorije.

Teleološka teorija - (grčka riječ “*telos*” znači svrha) odražava moralne prosudbe bazirane na efektima akcije. To je učenje o svrsishodnosti.

Deontološka teorija - odbija ono što teleološka teorija afirmira. Prema ovoj teoriji ispravnost neke akcije ne ovisi o njenim posljedicama.

Njemački filozof iz 18. stoljeća *Immanuel Kant* (1724 – 1804.) razvio je deontološke kodekse koji nisu imali osnovu u religiji. Jedan je od mislilaca koji su najviše uticali na filozofsku misao Zapadne Evrope. Prema Kantu, muškarac i žena su *autonoma* bića što daje osnovu *autonomnoj teoriji*.

Kant je bio čovjek veoma ograničenog iskustva. Proveo je svoj cijeli život u provincijskom gradu Königsberg u Istočnoj Prusiji, prvo kao student, zatim kao privatni učitelj i konačno kao profesor logike i metafizike. Nikada se nije ženio, nikuda nije putovao i cijeli svoj život je slijedio ustaljenu rutinu od koje je rijetko odstupao. Po njemu su *dobri maniri* izraz respekta koji treba da ima svaki muškarac i svaka žene kao racionalna bića. Osjećaj za humanost dominira cijelom Kantovom filozofijom. Po njegovom učenju svaka laž je loša.⁴

Medicinska deontologija proučava i utvrđuje dužnosti medicinskih radnika i ne obuhvata samo etičke principe nego i pravne propise. Jednostavnim jezikom rečeno, prva teorija gleda unaprijed na posljedice svoje akcije, dok druga gleda unazad na samu prirodu akcije. Deontološki pristup je baziran na apsolutnim moralnim pristupima i značajan je faktor u etičkim procjenama mnogih ljekara. Kada ove, lične moralne vrijednosti, dođu u konflikt sa zahtjevima pacijenta i njihovim moralnim principima mogu nastati poteškoće.

Na primjer, kod zahtjeva za sterilizaciju ili abortus. Za mnoge ljekare taj pristup je moralno neprihvatljiv i tada se konfrontiraju samom pacijentu koji ima svoje moralne vrijednosti i svoje argumente za jednu takvu akciju.

Često se u našim svakodnevnim procjenama i dilemama miješaju i teleološka i deontološka gledišta.⁵

2. Meta - etika

Meta – etika je u potrazi za razumijevanjem značenja i karaktera etičkih termina kao “dobar” i “loš” i daje veliki broj različitih teorija. Ona se, dakle, zanima za filozofsku analizu značenja i karaktera etičkog jezika, na primjer značenje termina: ispravan, pogrešan, loš, dobar.

Etički egoizam smatra da svaka osoba treba da djeluje i služi samo u svom vlastitom interesu. Po ovoj teoriji se ne može isključiti da i nesebični ljudi djeluju iz sebičnih interesa.

Tako na primjer, djelovanja koja smatramo časnim: biti častan, ne krasti, pomagati drugima, služe ličnom egoizmu, jer biti častan podrazumijeva kao odgovor poštovanje u sredini u kojoj živiš, po načelu: *ako pomažeš drugima i oni će tebi.*

3. Etika korisnosti

Etika korisnosti je teorija čiji osnovni principi dovode do najveće sreće.

To je doktrina koja akcije smatra dobrim ukoliko donose korist velikom broju ljudi, dakle, vodeći principi ove teorije su da se postigne najveća sreća za najveći broj ljudi. Akcija je dobra ukoliko iz nje proizilazi dobro. Korisnost neke akcije je važna bez obzira da li je akcija dobra ili loša. Krajem 18. stoljeća, jedan od najznačajnijih predstavnika ove teorije je engleski filozof *Jeremy Bentham* (1748 – 1832). Vjerovao je da je zadovoljstvo dobro a bol loša, te pravi gradaciju boli i zadovoljstva. Jeremy Bentham je bio čovjek izuzetnog intelekta. Sa tri godine starosti je počeo da uči latinski, sa 5 francuski, a univerzitetku diplomu je dobio na Oxfordu u 16-toj godini. Poznat je njegov “*Hedonic calculus*” gdje su akcije evaluirane prema njihovoj sposobnosti da proizvedu dobro.

Hedonizam je učenje po kome je trenutni tjelesni užitak najveće dobro, motiv i cilj djelovanja. Zadovoljstvo i bol je gradirao prema: njegovom intenzitetu, trajanju, pouzdanosti ili nepouzdanosti, bliskosti ili udaljenosti, plodnosti, čistoći kao i širini.

Za njega je važna samo akcija ali ne i motivi te akcije kao i razmišljanje prije akcije.

Djelovanje svoga hedonističkog kalkulusa objašnjava slijedećim primjerom.

Bogataš gubi novčanik sa 50 funti u njemu i slučajno ga nalazi siromašni pijanica koji sada pred sebe postavlja pitanje da li uzeti novčanik ili ga vratiti. Ako zadrži novčanik, protiv te odluke je čistoća iz kalkulusa jer će uz zadovoljstvo dobijenog novca osjećati i bol zbog grižnje savjesti ili zbog mahmurluka ako za taj novac kupi piće. Zadovoljstvo siromaha će biti mnogo veće i duže će trajati, a proizvest će i nova zadovoljstva kao kupovinu željene stvari, dok bol zbog gubitka novca kod bogataša neće prouzročiti druge boli, trajaće kratko i bit će manja po intenzitetu od radosti siromaha.

Ako siromah vrati novac, zadovoljstvo bogataša će biti manje od bola koji će imati siromah vraćajući novac, te prema teoriji korisnosti uzimanje novčanika ne bi bio nemoralan čin jer

donosi mnogo više zadovoljstva od boli.

Po ovoj teoriji se čak i poštovanje zakona bazira na ličnom interesu, ne zato što je zakon nešto dobro nego zato što štiti pojedinca od povreda koje bi mu mogle biti nanesene kršenjem tih zakona.^{6,7}

Treće poglavlje

OD MEDICINSKE ETIKE KA BIOETICI

1. Historijat medicinske etike

Prvi pisani trag o pokušaju da se zakonski reguliše rad ljekara je dat u Hamurabijevom zakoniku u Vavilonu 2100. g. p.n.e. i sadrži propise o tarifi pojedinih hirurških zahvata, te i kaznama u slučaju neuspješnog liječenja.

U slučaju neuspješnog liječenja za roba se odšteta plaćala u novcu, a ako je u pitanju slobodan čovjek ljekar je kažnjavan odsijecanjem ruke. U slučaju gubitka vida ili smrti pacijenta ljekar je mogao da dobije i smrtnu kaznu.

Etički principi Hipokratove zakletve su postali osnova medicinske etike tek u 19. stoljeću sa razvojem moderne naučne medicine.

Hipokratova zakletva i danas ima svojih vrijednosti.

Hipokrat je rođen na otoku Kos, Grčka, 460. godine BC.

Začetnik je znanstvenog pristupa medicini kroz praksu. Njegovi pisani radovi su sakupljeni u zbirci od 70 knjiga, *Corpus Hippocraticus*. Pretpostavlja se da su mnoge od ovih knjiga napisali njegovi sljedbenici nakon njegove smrti.

Hipokrat je svoju medicinsku praksu bazirao na posmatranju ljudskog tijela, za bolest je tražio racionalno objašnjenje, a ne kao što su njegovi savremenici odgovor na bolesna stanja nalazili u zlom duhu, predrasudama, gnjevu bogova ...

Njegovo osnovno vjerovanje je da se ljudsko tijelo mora tretirati kao cjelina a ne kao skup pojedinačnih dijelova.

Hipokrat je među prvima opisao simptome pneumonije i epilepsije u djece.

Vjerovao je u liječenje odmorom, dijetom, svježim zrakom i čistoćom. Po njegovom vjerovanju misli, ideje i osjećaji dolaze iz ljudskog mozga, a ne iz ljudskog tijela kako su vjerovali njegovi savremenici.

Njegove izreke:

PRIMUM NON NOCERE - Prvo ne naškoditi i
NATURA SANAT; MEDICUS CURANT - Pri-
roda ozdravljuje, ljekar liječi; i pored toga što je
strogo individualističko i uključuje samo odnos
ljekar – pacijent i ljekar – ljekar zanemarujući šire
značenje zajednice i danas ima svojih vrijednosti.

Osnivač je i Medicinske škole na otoku Kosu. Umro je 377. godine p.n.e. Poznat je kao OTAC MEDICINE.

2. Hipokratova zakletva

- Kunem se Apolonom, ljeekarom Asklepijem i Higijom i Panaceom, svim bogovima i božicama, pozivajući ih za svjedoke, da ću prema svojim sposobnostima i procjenama ispunjavati ovu zakletvu i ovaj sporazum.
- Svoga ću učitelja ovog umijeća poštovati kao roditelja, živjeti svoj život u partnerstvu s njim, i ako mu bude potreban novac davat ću mu ga, njegovu ću djecu smatrati svojom braćom, i ukoliko budu željeli podučavaću ih ovom umijeću bez plaće i ugovora.
Davati ću i dijeliti pravila i verbalne instrukcije mojim sinovima, sinovima mojih učitelja kao i njegovih sinova, te učenicima koji se budu ovim ugovorom obavezali i ovom zakletvom zakleli, ali nikome drugom.
- Provođiću dijetetske mjere u korist bolesnih prema mojim sposobnostima i prosuđivanjima i bolesnog ću štititi od svega što bi mu moglo nanijeti štetu i nepravdu.

- Nikome neću, čak ako to bude i tražio, dati smrtonosni lijek, niti ću mu dati savjet o njegovom djelovanju. Isto tako neću ženi dati lijek za abortus. U čistoći i pobožnosti ću čuvati i štititi svoj život i svoje umijeće.
- Neću koristiti nož, čak ni ako pate od kamenaca, to ću prepustiti onim ljudima koji se time bave.
- U koju god kuću uđem doći ću radi koristi bolesnih ostajući slobodan od bilo kakve namjere svih povreda, a osobito seksualnih odnosa sa ženama i muškarcima bili oni slobodni ili robovi.
- Sve što vidim ili čujem u toku provođenja tretmana, pa čak i mimo toga, ukoliko se ne bude smjelo javno iznijeti, sačuvaću kao tajnu.
- Budem li ispunio ovu zakletvu i ne prekršim je biću nagrađen da uživam u životu i ovom umijeću ovjekovječen slavom među ljudima i u svim vremenima. Prekršim li ili zloupotrijebim ovu zakletvu suprotno od svega ovoga može biti moja sudbina.⁸

Detaljnijom analizom ove zakletve može se sagledati da zakletva jasno ukazuje na četiri osnovna etička principa:

1. Princip dobročinstva,
2. Princip pravednosti,
3. Princip poštovanja ličnosti pacijenta,
4. Princip poštovanja života.

Međutim, mnogi ljekari danas Hipokratovu zakletvu smatraju anahronom što otvara široko polje diskusija.

Ostaje otvoreno pitanje: *da li je Hipokratova zakletva anahrona ili je neprocjenjivi moralni vodič i u dvadeset i prvom stoljeću?*

2.1. Doprinosi nekih naučnika

Veliki je broj naučnika i mislilaca tokom stoljeća ostavio svoje tragove i dao pečat i osnovu današnjoj etici modernog i tehnološki naprednog društva.

Musa Ben Mejmun Majmonides poznat i kao lični ljekar čuvenog vezira u Egiptu, Al Fadila, je andaluzijski teolog i filozof najveći među mnogobrojnim židovskim misliocima, rođen u Kordobi 1135. godine.

U njegovom teološko-filozofskom radu etika se javlja kao vid transformacije vlastitog bivstva i razvoja intelektualnih sposobnosti u cilju dosezanja osnovnog cilja ljudskosti – *SPOZNAJE ISTINE*. U tom pogledu posebnu ulogu ima razum. Stoga je prava spoznaja mogućnost da se transcendira naše ljudsko stanje, mogućnost koja je izražena u samom stablu života. Plod te spoznaje nije razlika između istine i neistine, već između dobra i zla.

Autor je komentara Tore pod naslovom, “*Mišine Tore*”, te svog najvećeg filozofskog djela “*Vodič zbunjenih*”, a osim toga svojim je plodnim radom jako uticao na razvoj medicinske misli, te su poznate i njegove “*Ijekarske molitve*”.

I njegova zakletva kao i Hipokratova sadrži univerzalne istine i pravila koja mogu biti primijenjena i u današnje doba:

“Bože, ispuni mi dušu ljubavlju, do umijeća i do svih živih bića.

Ne dopusti da pohlepa za novcem i slavom utječe na moj rad, jer bi neprijatelj istine i čovjekoljublja mogao da zloupotrijebi i da me odvрати od plemenitog zadatka da koristim tvojoj djeci.

Podupri moć moga srca da bude uvijek spremno služiti siromahu i bogatašu, prijatelju i neprijatelju, dobrom i lošem čovjeku. Učini da u njima vidim samo čovjeka koji pati.

Neka duh moj ostane bistar uz bolesničku postelju; neka ga nikakva tuđa misao ne zamućuje kako bih raspolagao sa svim onim što me je nauka i praksa naučila, jer velika su i uzvišena traženja znanosti koja imaju za cilj čuvanje zdravlja i života svih bića.

Učini da moji bolesnici imaju povjerenja u mene i u moje umijeće, te da slušaju moje savjete i moja uputstva.

Udalji od bolesničke postelje šarlatene...

Daj mi, Bože, ustrajnost i strpljenje sa zbunjenim i zahtjevnim bolesnicima.

Učini da budem u svemu umjeren ali nezasit u ljubavi prema znanosti.

Udalji, Bože, od mene pomisao o mojoj svemogućnosti, i daj mi snage, volje i prilike da sve više proširujem svoje znanje. Već danas znam o stvarima o kojima još jučer nisam ni slutio.....”⁹

Auroleus Phillipus Theostratus Bombastus von Hohenheim, poznat kao *PARACELsus*, rođen je 1493. godine u Švajcarskoj, a poznat je po velikom doprinosu medicinskoj nauci, govori o vještinama koje najviše cijeni kod ljekara.

“Ono što ljekare najviše odlikuje jeste ljekarsko umijeće, potom ljubav, što je jednako značajno. Najveći motiv medicine jeste ljubav. Pomoći nekome i biti od koristi stvar je srca. Ljekar izrasta u srcu.”

Zato ima opravdanja jednom davno pročitana izreka:

“Samo dobar čovjek može biti dobar ljekar.” (Nothagel)

Još je mnogo primjera i mnogo naučnika filozofa koji su dali osnove medicinskoj etici. Sada nakon diplomiranja studenti u

Americi, te mnogim drugim svjetskim univerzitetima, izgovaraju modernu verziju Hipokratove zakletve koju je napisao Louis Lasagna 1964. godine, koja u slobodnom prijevodu glasi:

- Dajem svoju riječ da ću poštovati ovaj zavjet što bolje mogu prema mojim sposobnostima i procjenama.
- Poštovaću teško stečena naučna dostignuća ljekara čijim stopama gazim, i rado ću djeliti svoja znanja sa onima koji slijede.
- Primjenjivaću, radi dobrobiti bolesnika, sve mjere koje su potrebne, izbjegavajući zamke kao što su pretjerane terapije i terapeutski nihilizam.
- Imaću na umu da u medicini postoji umjetnost, kao i nauka, te da toplina, naklonost i razumijevanje mogu biti bolji od hirurškog noža ili farmaceutkog lijeka.
- Neće me biti stid reći “Ne znam”, niti ću izostaviti da pozovem kolege kada su nečije druge vještine potrebne za oporavak pacijenta.
- Poštovaću privatnost mojih pacijenata, jer njihovi problemi nisu meni povjereni da bi svijet znao. Sa posebnom brigom se moram baviti pitanjima od života i smrti. Ako mi je pružena mogućnost da spasim život, hvala. Ali također može biti u mojoj moći da uzmem život; ovoj impresivnoj odgovornosti mora se pristupiti sa velikom pokornošću i svjesnošću o vlastitoj krhkosti. Iznad svega ne smijem glumiti boga.
- Imaću na umu da ja ne liječim temperaturnu listu, rast tumora, već oboljelo ljudsko biće, čije bolesti mogu negativno uticati na njegovu porodicu i ekonomsku stabilnost. Moje odgovornosti uključuju te povezane probleme, ako se namjeravam adekvatno brinuti za bolesne.
- Spriječiću bolest kad god mogu, jer je bolje sprječiti nego liječiti.

- Imaću na umu da ostajem članom društva, sa posebnim obavezama prema svim ljudskim bićima, onima zdravog uma i tijela, a tako i bolesnima.
- Ako ne prekšim ovu zakletvu, neka uživam u životu i vještini, da me poštuju dok živim i da me se sjećaju sa naklonosti nakon toga. Dabogda uvijek radio/la tako da sačuvam najljepše tradicije mog poziva i dabogda dugo uživao/la u radosti liječenja onih koji traže moju pomoć.¹⁰

Osnovni postualati antičke Hipokratove zakletve su se zadržali i do danas zadržavajući osnovne principe: tretirati bolesnika na najbolji način prema sposobnostima onih koji liječe, čuvati pacijentovu privatnost, učiti tajnama medicine generacije koje dolaze....

Ženevska deklaracija, koja je prihvaćena i od World Medical Assotiatin (WMA) 1948. godine na njenom prvom zasjedanju, a dopunjena 1968. i 1983. daje modernu verziju Hipokratove zakletve koja glasi:

U času kada stupam među članove ljekarske profesije, svečano obećavam da ću svoj život staviti u službu humanosti.

Prema svojim učiteljima sačuvat ću dužnu zahvalnost i poštovanje.

Svoj poziv ću obavljati savjesno i dostojanstveno.

Najveća briga će mi biti zdravlje moga bolesnika.

Poštovat ću tajne onoga ko mi se povjeri, čak i nakon njegove smrti.

Održavat ću svim svojim silama čast plemenite tradicije ljekarskog znanja.

Moje kolege će biti moja braća.

U vršenju dužnosti prema bolesniku neće na mene utjecati nikakvi obziri: vjera, nacionalnost, rasa,

politička ili klasna pripadnost.

Apsolutno ću poštovati ljudski život od samog početka.

I pod prijetnjom neću dopustiti da se iskoriste moja medicinska znanja suprotno zakonima humanosti.

Ovo obećavam svečano i slobodno pozivajući se na svoju čast.^{11,12}

Ovo je zakletva studenata zdravstvenih fakulteta i kod nas.

2.2. Nastanak bioetike

Medicinska etika je primjenjena etika koja propisuje pravila ponašanja zdravstvenih radnika; to je skup normi koje regulišu odnos zdravstvenog radnika prema bolesniku, prema drugim zdravstvenim radnicima kao i prema široj društvenoj zajednici.¹³

U posljednje vrijeme sve se više koristi termin BIOETIKA. Bioetika se nije razvila iz filozofske etike, nego je proizašla iz određenih moralnih situacija koje su kreirane tehnološkim napretkom u medicini.

Početak razvoja bioetike se povezuje sa formiranjem *Prvog etičkog komiteta u Seattlu 1962.* godine nakon uvođenja aparata za dijalizu 1960. godine. Aparat je bio dostupan tek malom broju ugroženih pacijenata. Odluku o selekciji pacijenata, dakle o životu i smrti prepuštena je devetoročlanjoj komisiji u kojoj su bila samo dva ljekara.

Naziv “bioetika” se pojavio mnogo kasnije, 1971. godine u naslovu knjige američkog biohemičara Van Rensselaer Pottera – “*Bioetika - most prema budućnosti*”.

Bioetika je neka vrsta proširene medicinske etike. Bioetika je interdisciplinarno područje u kome se otvaraju problemi savremenog svijeta i to u širokom rasponu od medicine i zdravstva

do čovjekove okoline i zaštite životinja, to je područje u kome se razmatraju i moralni i opšti civilizacijski aspekti života, te je mnogi autori nazivaju “planetarnom etikom života”, “primjenjenom etikom”.

“Bioetiku je najbolje odrediti kao *pluriperspektivno problemsko područje* u kojem se razmatraju moralni i općecivilizacijski aspekti života. U predmetnom pogledu ono seže od medicinske prakse preko biomedicinskih istraživanja i znanstvenih istraživanja uopće do konačnih pitanja opstanka.”¹⁴

Prema profesoru Singeru, direktoru Centra za humanu bioetiku u Australiji, bioetika je razmatranje etičkih pitanja koje pred nas postavlja medicinska i biološka nauka.¹⁵

Medicinska etika jeste bioetička disciplina. Ona odgovara na mnogobrojna pitanja i dileme o tome šta treba ili ne treba biti učinjeno u medicinskoj praksi.

Zbog specifičnosti medicinskog poziva medicinska etika je od izuzetnog značaja. U ovu oblast je uključen veliki broj profesija, ne samo ljekari nego i srednji medicinski kadar, socijalni radnici, psiholozi, učenici u srednjim medicinskim školama, studenti medicine, sami pacijenti, njihova rodbina, kao i članovi šire društvene zajednice.

S obzirom da se medicina bavi čovjekovim životom, zdravljem, smrću, ima veliku odgovornost.

Pacijent je u ovim odnosima u podređenom položaju, na određeni način on ovisi od ljekara i drugih zdravstvenih radnika koji vode njegov dijagnostički, prognostički i terapijski program. Zbog specifičnosti odnosa veoma je teško uspostaviti neki vanjski nadzor ili kontrolu, te su zbog toga moguće i zloupotrebe.

Posljednjih godina je porastao interes za medicinsku etiku sa mnogobrojnim otvorenim pitanjima i moralnim dilemama koje proističu iz brzog tehnološkog razvoja u medicini u posljednjoj

polovini dvadesetoga stoljeća, te otkrićima novih mogućnosti liječenja.

Namjera svih ovih pravila i principa je da obezbijede da korisnici zdravstvenih usluga imaju na raspolaganju najveće moguće standarde prevencije, liječenja, njege, te da se preveniraju zloupotrebe od samih ljekara ili drugih zdravstvenih radnika. Medicinska etika pomaže medicinskim radnicima da prepoznaju i riješe probleme etičke prirode.

O medicinskoj etici su napisane mnoge knjige, članci, rasprave.

Četvrto poglavlje

ETIKA I NJEZINA NAČELA

“Ništa na svijetu nije internacionalnije od bolesti“.

(Paul Rusell)

Najveći broj principa medicinske etike, danas, ima svoje izvore i oslanja se na dvije velike etičke teorije:

UTILITARNU i

AUTONOMNU.

Utilitarna teorija se zasniva na obavezi da se pri odlučivanju vodi računa o najvećoj mogućoj dobrobiti za što više ljudi. Osnivač modernog utilitarizma je engleski filozof *J. Bentham*.

Autonomna teorija je zasnovana na učenju *I. Kanta*. Ona gleda na odnos između ljekara i pacijenta kao na odnos dvije nezavisne kompetentne i odgovorne osobe, a ne kao na odnos između roditelja i djeteta. Pod autonomijom ličnosti podrazumijeva se sposobnost mišljenja, odlučivanja i djelovanja u skladu sa donesenim odlukama. Kant smatra da čovjek kao racionalno biće ima svoju autonomiju koja se mora poštovati.

Kantova etika je utemeljena na dužnosti kao osnovnoj moralnoj kategoriji.

Četiri su široko prihvaćena načela medicinske etike danas:

- *načelo autonomije,*
- *načelo pravednosti,*
- *načelo dobročinstva,*
- *načelo neškodljivosti.*

Ovi principi predstavljaju univerzalni dio primjenjiv na sve pacijente bez obzira na rasu, spol, vjersku ili političku pripadnost.¹⁶

1. Načelo autonomije

Autonomija je pravo svake individue da odlučuje o svom tretmanu, to jest poštovanje želja pacijenta, što obavezno treba da bude osnova za donošenje medicinskih odluka. Ovaj etički princip ima veliku važnost u odnosima ljekar - pacijent. Respektovati pacijentovu autonomiju znači promijeniti mnoga dosadašnja pravila u ranije uspostavljenim odnosima ljekar pacijent, gdje su uglavnom sve odluke donosili ljekari ne uključujući bolesnika i čuvajući kao tajnu ono što rade.

Današnji pristup poštovanja autonomije uključuje odgovore, objašnjenja i opcije kliničkih ispitivanja kao i tretmana, te rasprave o dobrobitima i rizicima istih. Svaki od pacijenata ima pravo na punu istinu i objašnjenje, ali zavisno od kulturnog i obrazovnog nivoa svakog pojedinačnog pacijenta, pristup svakom pojedincu je individualan. Ovaj princip pacijentu daje određenu snagu i moć, njegovo pravo da donosi odluku u vlastitu korist.

Obaveza ljekara je da daje istinite odgovore i pacijentu pruži dovoljno informacija o bolesti, tretmanu, prognozi, kako bi mogli učestvovati u donošenju odluke o vlastitom tretmanu.

Takve informacije ljekar mora dati na jednostavan način izbjegavajući medicinsku terminologiju i svakog trenutka vodeći računa o osobi sa kojom razgovara, kao i njenoj intelektualnoj i psihičkoj mogućnosti razumijevanja takvih podataka. Uz to, ljekar mora izbjegavati zamku korištenja pacijentovih ličnih procjena i želja o tretmanu i nastojati odluku donijeti u skladu sa onim što je najbolje za pacijenta.

Ima slučajeva kada mogućnosti medicinskog tretmana nisu suviše jasne te je odluka pacijenta ta koja će ljekara voditi kroz

etički labirint. Odnos bolesnika prema bolesti je često određen i kulturnim naslijeđem. Poznato je da Jehovini svjedoci odbijaju primiti transfuziju krvi koja je u mnogim slučajevima tretman spašavanja života.

Sa kakvim se sve etičkim dilemama susreću ljekari govori slijedeći primjer.

Pacijentica stara 80 godina, sa historijom ishemijske bolesti srca i šećernom bolešću, na odjeljenje je primljena sa akutnim popuštanjem srca i akutnim srčanim infarkt. Njen mentalni status je bio očuvan tako da je mogla davati valjane odluke. Nakon terapije i oporavka njena desna noga je postala ishemična tako da je hirurrg predlagao amputaciju do koljena da bi se spriječila životno opasna infekcija, ali uz objašnjenje pacijentici da postoji mogućnost rizika u toku anestezije radi osnovne srčane bolesti, te duge rehabilitacije nakon toga.

Pacijentica se nakon konsultacije sa užim članovima porodice odlučila za konzervativni tretman i ubrzo nakon toga uslijed progredirajuće gangrene umrla od sepse. Slučaj je donio široke rasprave među mlađim ljekarima, od toga da li je trebalo ići sa lokalnom anestezijom ili preuzeti rizike opšte anestezije da bi se prevenirala smrt.

Drugi su, raspravljali o dugom postopertivnom oporavku koji bi uz dobru njegu i kontrolu bola mogao produžiti život, ali uz gubitak kretanja i tako nastalu ovisnost o drugima.

U ovom slučaju sve etičke dileme za *pro et contra* razriješila je sama pacijentica koristeći svoje pravo vlastitog odlučivanja.¹⁷

Međutim, često se dolazi u situaciju da pacijenti ne žele da se uključe u diskusiju o njihovoj bolesti, odbijaju da daju bilo kakav prijedlog, i jedino što kažu je: “Što god vi mislite doktore da je najbolje”. Ponekad je u pitanju mentalna nesposobnost pacijenta, često su u pitanju i hitne intervencije. U takvim uslovima ljekar je taj koji donosi odluku, a u najboljem interesu za pacijenta.

U ovom primjeru, da je pacijentica bila dementna, ljekar je taj koji bi trebao donijeti odluku ali uz predhodne konsultacije sa rodbinom, te o uslovima življenja oboljele i kvaliteti života koji bi imala nakon intervencije.

Nadmen i superiran odnos ljekara u ovoj i sličnim situacijama u mnogome može pogoršati pozitivan odnos ljekar - pacijent.

Generacijama je njegovan imidž ljekara kao maga koji svoje vještine i znanja ne treba otkriti pred pacijentom nego u tim odnosima ostati nedodirljiv.

Poštujući ovaj postulat autonomije ne smijemo ga kruto prihvatiti kao obavezno pravilo, jer iz ovoga proističe novo pitanje:

TREBA LI PACIJENTU REĆI ISTINU O NJEGOVOJ BOLESTI?

Nekada je spoznaja o stvarnom stanju pacijenta u njegovom interesu, nekada ta istina donese više štete nego koristi.

Uzmimo, na primjer, oboljele od karcinoma.

Pacijenti rijetko znaju da neki karcinomi napreduju brže od drugih, da neki od njih imaju visoki postotak izliječenja čak i do 90%, drugi manje od 1%. Kancer može rapidno progredirati mjesecima i onda prestati da raste godinama, može godinama ostati lokalizovan, ili biti proširen po cijelom tijelu od samog početka. Sama riječ kancer kod većine pacijenata asocira na bolest koja se ne može izliječiti. Saznanje o ozbiljnoj bolesti mnoge pacijente vodi ka iracionalnom ponašanju i destrukciji, dok mnogi žive sa tom spoznajom i motivirani su da se bore sa njom.

U svim ovim dilemama i odlukama najveća odgovornost je na samom ljekaru koji će donijeti procjenu kako i šta reći pacijentu ne nanoseći mu time mentalnu štetu, ali ni ne oglašujući se o pravilo autonomije. O ovom pitanju se može diskutovati sa različitim aspektata, čak i filozofskih, ali univezalno pravilo ne postoji, jer se sve svodi na relaciju ljekar - pacijent.

Ovaj odnos treba njegovati, poboljšavati, jednostavno imati dovoljno mjesta i vremena za oboljelo ljudsko biće koje osim savremenih tehnologija treba i ljudsku prisutnost i pažnju. Nije rijedak slučaj da se pacijentima prave protokoli dijagnostike i tretmana sa uključenjem najsavremenijih tehnoloških sredstava a da se isključuje lični kontakt sa pacijentom, kao da je riječ o nečemu što se njega uopšte ne tiče.

Nikada ne smijemo naš odnos prema oboljelim kreirati na dostignućima moderne medicine isključujući lični kontakt sa pacijentom, razgovor, te klinički pregled koji je i u dvadeset i prvom stoljeću osnova dobre medicine.

Iz svakodnevne ljekarske prakse imamo masu primjera o tome da je pacijent sve češće broj a ne ličnost, da se zanemaruje pregled, osnovi propedeutike skoro da su i zaboravljeni.

Navest ćemo samo jedan primjer iz prakse a na vama koji budete čitali ove redove je da razmislite o njemu, naročito vi mladi koji ste na početku svoga profesionalnog rada.

Pacijentica sedamdesetih godina starosti dolazi na pregled kod interniste radi mišljenja o mogućnosti operativnog zahvata umbilikalne hernije. Kod sebe posjeduje bogatu i svježu medicinsku dokumentaciju, čak i nalaze kardiologa.

Nakon učinjenog kompletnog pregleda nađena je tumorozna masa na dojci i umjesto na operaciju umbilikalne hernije hitno je upućena na dodatne pretrage, dijagnostikovana je karcinom dojke i urađena je operacija. Dojka je odstranjena, metastaske promjene su nađene i u pazušnoj jami te je uključena i hemoterapija.

Detaljnom anamnezom se saznalo da promjene na dojci pacijentica ima već godinama. Doživjela je fizičku traumu tokom rata kada je seksualno napadnuta, a koju je krila praktično i od same sebe jer ju je podsjećala na doživljaj koji je htjela zaboraviti. Svi ljekari, koji su je pregledali u periodu svih poratnih godina pri auskultaciji nisu zahtijevali skidanje grudnjaka što je pacijentici i odgovaralo.

Pacijentica je u ovom primjeru htjela da i od ljekara sakrije tajnu tumora na dojci jer je budio nemila sjećanja. Ljekar koji je pri pregledu zahtijevao od pacijentice da skine svu odjeću nije narušio autonomiju jer je pregled obavljen po principima medicinske propedeutike, a nakon otkrića postojanja “skrivenne bolesti”, detaljno objasnio o čemu bi se moglo raditi, procedurama koje treba poduzeti, te istovremeno strpljivim i dužim razgovorom sa pacijenticom rasteretio je godinama skrivane frustracije.

Za pacijenta, u svim okolnostima treba imati dovoljno vremena, strpljenja, nastojati uspostaviti dobre relacije i nikada ne propuštati detaljan pregled.

Nikada ne smijemo zaboraviti: *da je i naš pacijent ličnost.*

Vještina, pa i umijeće ljekarskog poziva se ogleda u sposobnosti optimalnog prilagođavanja poštovanja autonomije pacijenta datoj realnosti. Principe autonomnosti ne treba shvatiti kruto, tako bi, na primjer, nepružanje pomoći pacijentu koji je pokušao samoubistvo dovelo do dehumanizacije medicine.

2. Načelo pravednosti

Ljekar u svome profesionalnom radu ne smije imati nikakve predrasude, ni o pitanju dobi, rase, spola, religije, političke angažovanosti kao i seksualne orijentacije pacijenata.

Ovi principi naglašavaju odgovornost ljekara prema pacijentu kao i prema društvenoj zajednici.

Nerijetki su slučajevi da ljekar odbija da liječi pacijenta koji neće da prestane konzumirati alkohol, ili prestati pušiti, što ne smije da se dogodi jer je tada ljekar kriv zbog predrasuda.

U novije vrijeme vaskularni hirurzi su odbijali da tretiraju slučajeve periferne vaskularne bolesti pacijenata koji su nastavili pušiti i pored strogih ljekarskih uputa da to ne rade.

Slijedeći ovakav primjer razmišljanja došlo bi se u situaciju da ljekar ne tretira pacijenta čija je bolest uzrokovana debljinom

a ne pridržava se strogih dijetalnih uputa, ili da ortoped odbija da sanira prijelom noge koji je pacijent zadobio u alkoholiziranom stanju.

Etički je neprihvatljivo da ljekar odbija ispitivanja ili tretman baziran na njegovom neodobranju načina života pacijenta.

Pušenje je veliki problem u medicini i poznat je kao uzročnik mnogih oboljenja, kao što su brži razvoj aterosklerotskih promjena, što dovodi do pojave srčanih i moždanih udara, te povećanje broj karcinoma kod pušača. Ako i pored stroge zabrane od stane ljekara da prestane pušiti, pacijent nastavi sa istom navikom, ljekar je dužan da poduzme adekvatan medicinski tretman poštujući pri tom pacijentovu autonomiju, dakle odluku da nastavi pušiti.

I same adikcije na pušenje, alkohol, prekomjernu prehranu, su bolesti koje bi svaki ljekar trebao liječiti, a još više prevenirati kroz edukativne programe samih pacijenata.

Što se tiče cijene sofisticiranih tretmana i medicinskih usluga pitanje koje iz toga proizilazi – racionaliziranje - ne može biti odbačeno.

Svaki pacijent je dužan da dobije osnovnu zdravstvenu zaštitu koja treba da prevenira preranu smrt, te da individui omogući produktivnost što je moguće duže, da ublaži bolove, dođe do tačne dijagnoze i tretmana. Govori se i o pravednosti raspodjele sredstava u medicini, pravednosti u sistemu naručivanja pacijenata na preglede, dijagnostike i slično.

Što je više skupih tehnologija otvara se i novo etičko pitanje eventualne dehumanizacije medicine.

3. Načelo dobročinstva

Svim svojim raspoloživim znanjima i umijećima ljekar mora da se koristi za dobrobit pacijenta. Dobročinstvo predstavlja sinonim za humanost. Pod humanošću se u ovom smislu podrazumijeva ljubav prema pacijentu, spremnost da mu se pruži pomoć

kada je u nevolji i da se požrtvovano štite njegovi interesi, kao i spremnost da se preuzme odgovornost za takvo angažovanje. Pojam humanosti u novije vrijeme obuhvata i ljubav i odgovornost ne samo prema čovjeku pojedincu već i prema zajednici kao i okruženju.



4. Načelo neškodljivosti

Već iz doba Hipokrata je poznata izreka: *Primum non nocere*.

Ovo načelo pridonosi humanizaciji odnosa prema pacijentu.

Treba činiti sve i koristiti sva raspoloživa sredstva da se pacijentu ne naškodi: pogrešnom dijagnozom, tretmanom, nehatom... U tom kontekstu je i čuvanje medicinske tajne, posebno čuvanje digniteta i integriteta svake individue. Ovo načelo se prije svega odnosilo na nenanošenje tjelesne boli, a danas je prošireno i na nenanošenje duševne boli. Bolestan čovjek je opterećen tenzijama, patnjom, gnjevom, nadom, iskušenjima, očekivanjima. Medicinski profesionalci trebaju poštovati osjećaj dužnosti prema onome što etika nalaže ali i suosjećati sa patnjom i boli kroz koje pacijent prolazi.

U medicinskoj praksi ne postoje dva ista slučaja, svaki je osoben na svoj način i prema svakom pacijentu ljekar treba da ima individualan pristup.

Jednostavno je reći šta je dobro i šta šteti pacijentu, ali je to ponekad u praksi teško primijeniti.

Uzmimo primjer pacijentice koja godinama boluje od šećerne bolesti i strogo se pridržava svih medicinskih uputa i dijetalnih režima. Nakon nekoliko godina joj se dijagnosticira karcinom ovarija u uznapredovalom obliku i to inoperabilan. Sada klinički prioriteti nisu više kontrola šećerne bolesti nego kupiranje bolova koje ima. Kako bi bilo i dalje se držati strogih dijetetskih režima i pacijentici odbijati omiljene slatkiše kada će umrijeti za nekoliko dana ili sedmica? Šta poduzeti u ovom slučaju? Pitanje je šta bi od ova dva izbora pacijentici više štetilo? Odbijanje želje da uživa u omiljenoj hrani izazvalo bi više emotivnih povreda nego što bi štete moglo proisteći iz povećane nivoa šećera u krvi.

U osjetljivoj medicinskoj praksi u centru zbivanja je *PACIJENT* i sve što se na tom polju radi je u njegovom interesu i za njegovu korist.

Poštujući načelo autonomije, pravo mentalno zdravih odraslih osoba je da odbije medicinski tretman ili određene intervencije.

Pacijent može odbiti tretman iz racionalnih, iracionalnih razloga, ili da ih jednostavno nema. Ukoliko pacijent ne dozvoljava pregled ljekar nema pravo da ga dodirne, zato je u svim tim osjetljivim situacijama, da se ne bi oglušio o načelo neškodljivosti, potrebno imati mnogo strpljenja i vremena i pacijentu objasniti šta će ljekar raditi i kakve preglede raditi, te o značajnosti kako pregleda tako i tretmana.

Ukoliko je pacijent mentalno nesposoban, bilo privremeno ili trajno, obaveza je ljekara da djeluje u najboljem interesu za pacijenta. U gerijatrijskoj praksi mentalna nesposobnost je veoma česta. Procjenjivanje mentalne sposobnosti nije uvijek jednostavno, naročito u slučajevima blage poremećenosti mentalne stabilnosti.

U tim slučajevima se moraju uraditi detaljna ispitivanja mentalne funkcije vodeći pri tom računa o: abnormalnosti u ponašanju, funkciji govora, raspoloženju, mogućnosti opažanja, pronicljivosti, sposobnosti spoznaje, pamćenju, inteligenciji, orijentaciji.

Od velike pomoći može biti porodica i zdravstveni radnici koji su uključeni u njegu pacijenta. Akutna konfuzija i depresija su stanja koja afektiraju mentalni kapacitet, a mogu biti liječeni.

U ovim slučajevima moramo zapamtiti da je.

Svako mentalno sposoban dok se drugo ne dokaže.

5. Međunarodni kodeksi medicinske etike

O odnosu zdravstvenih radnika prema pacijentu postoje napisana pravila u *Kodeksu etičkih principa zdravstvenih radnika*. Etički principi kao putokazi u ljekarskoj praksi egzistiraju skoro 2.500 godina.

Ženevska deklaracija je proširena od WMA na njihovoj drugoj skupštini u Londonu 1949. godine i publikovana je kao *Internacionalni kodeks medicinske etike - International Code of*

Medical Ethics- za sve zemlje u vremenima mira i rata, a dopunjena je u Veneciji 1983. godine. Ovaj Internacionalni kodeks medicinske etike se sastoji iz tri dijela:

1. Opšta pravila i obaveze ljekara prema samom sebi.
2. Obaveze prema bolesniku.
3. Obaveze ljekara jednih prema drugim.

Pod kodeksom medicinske etike se podrazumijeva pisani dokument koji jasno precizira etička načela i obaveze zdravstvenih radnika.

5.1. Opšta pravila i obaveze ljekara prema samom sebi

- Ljekar uvijek mora održavati najveće standarde svoje profesije i prakticirati profesiju bez materijalnih ili motivacionih utjecaja.
- Ljekar treba imati veliku opreznost pri objavljivanju novih otkrića kao i korištenju novih tehnologija i tretmana.
- Bilo koji savjet, koji može oslabiti mentalnu ili fizičku sposobnost ljudskog bića, može biti korišten samo ako je u vlastitom interesu pacijenta.
- Ljekar bi trebao jamčiti, ovjeravati i svjedočiti samo za ono za što je profesionalno osposobljen.
- Ljekar neće dozvoliti da motivi zarade utiču na slobodan i nezavisan profesionalni stav prema pacijentima.
- Ljekar će u svim oblicima medicinske prakse biti posvećen pružanju kompetentne medicinske usluge uz punu tehničku i moralnu samostalnost, saosjećanje i poštovanje ljudskog dostojanstva.
- Ljekar će postupati časno i pošteno prema pacijentima i kolegama, i trudiće se da razotkrije one ljekare koji imaju karakterne i profesionalne nedostatke ili su uključeni u obmane i prevare.

Neetičko ponašanje podrazumijeva;

- Bilo kakvu ličnu propagandu ukoliko nije odobrena od strane nacionalnog etičkog tijela, dakle osim u slučajevima kada zakoni određene zemlje i kodeks nacionalnog medicinskog udruženja to dozvoljavaju.
- Suradivati u bilo kome obliku medicinskih usluga u kojima ljekar nema profesionalnu neovisnost.
- Primanje novca vezanih za uslugu pruženu pacijentu čak i sa znanjem pacijenta, izuzev onih usluga koje imaju zakonsko pokriće.

5.2. Ljekarske obaveze prema bolesniku

- Ljekar mora uvijek na umu imati obavezu spašavanja ljudskog života i to od samog začeća. Terapeutski abortus može biti učinjen samo prema savjesti ljekara a u skladu sa nacionalnim zakonskim odredbama.
- Ljekar duguje svome pacijentu kompletnu lojalnost i sve resurse svoga znanja. Ukoliko neki problem prevazilazi njegovo znanje i vještine dužan je konsultovati kolegu koji ima potrebnu kvalifikaciju.
- Ljekar bi kao tajnu morao da sačuva sve što zna o pacijentu.
- Ljekarska je dužnost da pruži urgentnu pomoć u svim prilikama izuzev ako drugi, osposobljeni za to, već ne djeluju.

Peto poglavlje

TEHNOLOŠKI NAPREDAK U MEDICINI

1. Etički izazovi napretka u medicini

“Bez pacijenta medicina ne bi bila umijeće, bez knjiga medicina ne bi bila znanost.”¹³

Stoljećima usavršavane metode dijagnostike u medicini, terapijskom pristupu pacijentima, razvoju farmakologije, dovele su do izvanrednih dostignuća u ovoj oblasti.

Danas možemo oživjeti one kod kojih kardiopulmonalne funkcije prestanu, presađuju se organi, rade se arterijska premoštenja, liječi se fetus u uterusu, vještačka oplodnja je postala svakodnevnica.

Razvojem novih tehnologija koja doprinose velikim dostignućima medicinske nauke otvaraju se nova etička pitanja i dileme. Također pred zdravstvenim profesionalcima se postavljaju veći zahtjevi u liječenju novih oboljena koja nastaju razvojem novih grana industrije i tehnologije, te je time narušena prirodna ravnoteža, što direktno utiče na zdravlje ljudi.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji:

Zdravlje je stanje potpunog psihičkog, fizičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i oronulosti. Zdravlje predstavlja harmoničnu ravnotežu između čovjeka s jedne strane i fizičke, biološke, hemijske i socijalne sredine sa druge strane.

Značajne su promjene i u strukturi stanovništva tako da danas imamo 18,3% populacije u dobi iznad 65 godina starosti što će ostati stabilno ili lagano rasti u budućnosti. Istovremeno se bilježi i porast populacije starije od 85 godina.¹⁷

Dakle, sa jedne strane imamo produljenje životnog vijeka zbog napretka u medicini, a sa druge pojavu novih oboljenja uslovljenih promjenom životne sredine.

I pored djelotvornosti savremene medicine razvojem novih tehnologija i novih terapijskih pristupa, u ljudima i dalje ostaje duboko ukorijenjena potreba da vjeruju ljekaru i da pored svih ovih dostignuća traže human i topao ljudski kontakt.

Zahvaljujući medijima u život savremenog čovjeka su ušli mnogobrojni podaci o bolestima, liječenjima. Više nema tajni o novim dijagnostikama, pogreške ljekara se javno objavljuju, svi imaju pravo da kritiziraju rad ljekara. Bez obzira na sve ovo, bolestan čovjek ne želi da analizira i kritizira ulogu ljekara, samo traži njegovu uslugu.

Raport vlade Ujedinjenoga kraljevstva iz 1987. godine, "Obezbijediti bolje zdravlje", govori o tome koliko je uloga medicine i ljekara zastupljena u svakodnevnom životu ljudi.

U jednom prosječnom radnom danu oko tri četvrtine miliona ljudi posjeti svoga porodičnog ljekara, i otprilike isti broj dobije neki lijek.

Oko 300.000 odlazi stomatologu.

Najmanje 100.000 je posjećeno u stanu od strane medicinske sestre ili drugih zdravstvenih radnika, oko 70.000 odlazi u bolnice, a njih 40.000 se podvrgava određenim testovima. Preko pet miliona funti godišnje se potroši na primarnu zdravstvenu zaštitu. Ova procjena ne uzima one pacijente koji su već hospitalizirani.¹⁸

Razlog za stalnu i otvorenu debatu je razlika između mogućnosti i potreba u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite.

To je problem i u bogatim zemljama, a nekamo li u zemljama u razvoju, ili kao što je slučaj sa našom, ratnim razaranjima opustešenoj zemlji.

Zapadna nauka je empirijska i eksperimentalno teži objektivnosti i stečenom iskustvu. Pokušava da kontroliše prirodu do najvećih mogućih granica.

Zapadna etika je analitična, racionalna i često sekularna. Zapadna politika je liberalna, demokratska, individualistička i vođena zakonom.

Pravo, nauka, etika i politika obezbjeđuju okruženje koji podržava razvoj i upotrebu kompleksne medicinske tehnologije.¹⁹

Nove tehnologije dovode i do većih materijalnih izdataka.

Do kakvih situacija može doći zahvaljujući visokorazvijenim tehnologijama u medicini, najbolje ilustruje američka priča o Trishi Marshall.

Trisha je 19. aprila 1993. godine u North Oaklandu provalila u apartman nepokretne osobe sa amputiranim nogama u namjeri da ga opljačka. Tražila je novac ali je napadnuti, imajući ranije slično iskustvo, izvadio oružje, pucao joj u glavu i odmah pozvao policiju. Dva dana nakon tog događaja u intenzivnoj njezi Highland General Hospital, Marshall je proglašena moždana smrt. Imala je 28 godina, majka četvero djece koju su posvojila druga lica. Bila je pod istragom nekoliko počinjenih pljački, u njenoj krvi je nađen kokain i alkohol i bila je trudna sedamnaest sedmica. Mada je njen mozak bio mrtav respirator je održavao njeno disanje, njeno srce je kucalo, tijelo joj je bilo toplo.

Njen mladić je izjavio da je otac njenog djeteta te je, kao i njeni roditelji, tražio od ljekara da učine sve da se dijete rodi.

Nakon dugotrajnih rasprava Etički komitet se složio da se održava u životu koliko je to god moguće.

Ovaj slučaj je izazvao javne rasprave, mnogi su negodovali i na velike troškove ovakvog poduhvata koji su se prema nekima penjali do 400.000 dolara. Tri i po mjeseca Marshall je održavana na životu pomoću aparata tako da je 3. avgusta carskim rezom na svijet došao dječak, prijevremeno rođen, ali zdrava beba.

Štampa je ovaj događaj proglasila čudom moderne medicine.

Priča se ovim nije završila, dječak nazvan Darius Marshall je proveo tri i po sedmice u intenzivnoj njezi i bio sposoban da

ide kući. Ali, kuda? Trishina porodica je željela da uzme dijete isto kao i njen mladić. Tada je otpočeo sudski proces koji se završio kada je DNK analizom dokazano da Trishin momak nije otac djeteta.^{15,20}

Nasuprot ovome, devetnaestog aprila iste 1993. godine, u ratom zahvaćenoj Bosni, u srcu civilizirane Evrope, u toku emitovanja večernjeg dnevnika, uz prenošenje potresnih scena iz Srebrenice, emitiran je i snimljeni telefonski razgovor između komandanata agresorske vojske:

“M.: Neka radi snajper oni idu ko mravi, nek snajper radi.... samo u živo meso, samo u živo meso!”

Ovo poređenje dva istovremena događanja, koja su uzbudila javnost na dvije različite strane svijeta, govori o svim kontraverzama modernog svijeta. Bilo kakav komentar bi bio suvišan.

Mnogobrojni zagovornici spašavanja ljudskih života po svaku cijenu ostaju slijepi pred činjenicom ubijanja u ratovima, ili pred izvršenjem smrtno kazne.

Istovremeno i ne razmišljaju o spašavanju stotina života nedužne djece od podhranjenosti u siromašnim krajevima svijeta.

Tehnologija kreira imperativ: *“Ukoliko možemo učiniti nešto, mi ćemo to i učiniti”*.

Etika pita: *“Mi to možemo učiniti, ali da li bi mi to i trebali učiniti ?”*

Etički pogledi koji pokušavaju dati odgovor na ovo pitanje stoje na nesigurnim „nogama“, konfuzija i kontradiktorne procjene su rezultat toga.

Ustvari, medicinski progres je taj koji kreira sva ova pitanja. Smatra se da se veliki dio odgovornosti stavlja u ruke ljekara i drugih članova zdravstvenog tima. Neki imaju argumente da ljekari nisu ništa bolje kvalificirani od nekih drugih profesija da donose etičke odluke, ali kada su u raspravi pitanje o prekidu ili održavanju nečijeg života edukacija je ta koja ljekarima daje mogućnost najbolje evaluacije takvih pitanja.

Sve što ljekari i medicina čine treba staviti u jedan kritički kontekst, te rad ljekara i zdravstva, uopšte, treba biti javan jer se u pojedinačnim individualnim slučajevima može javiti želja za pokazivanjem moći.

“Razuman čovjek već dugo zna da bi kampanja tehnološkog ovladavanja prirodom, vođena pod zastavom moderne nauke, jednoga dana svoje oruđe mogla uperiti protiv komandnog oficira, samog čovjeka.”²¹

I pored tehnološkog buma fundamentalne etičke procjene su ovisne od profesionalne prakse i profesionalne etike.

2. Svetost i nedodirljivost ljudskog života

Svaki ljudski život je svet i trebalo bi učiniti sve napore da se spasi.

Novim tehnološkim dostignućima u medicini omogućeno je održavanje života umirućih pacijenata i iz toga proističe novo moralno pitanje i dilema:

Ko je taj koji treba da odluči o životu i o smrti?

Sve su to medicinsko - etička pitanja na koji treba dati odgovor, i bez obzira koja odluka da se donese uvijek će biti onih koji se neće slagati sa njom. Medicinski tehnološki napredak je rezultirao produženjem trajanja života i usporio sam proces umiranja.

Suočavanje sa smrću i umiranje se drastično promijenilo posljednjih godina, od toga da li je to u osnovi intimni događaj za pacijenta i užu obitelj, ili proces koji je postao fokusom javnog interesovanja. Najnovija dostignuća u medicini omogućila su da se može intervenirati i odgoditi konačan ishod. Danas sve više ljudi umire u zdravstvenim institucijama. Ovi kombinirani procesi su doveli do medikalizacije smrti (eng. izraz “*medicalisation of death*”) tj. posmatranja čina smrti sa aspekta ljekara, odnosno zdravstveni aspekt poimanja čina smrti i samog procesa umiranja.^{22,23}

Medicina tako može biti optužena da se više fokusira na tehnološka dostignuća i primjenu istih dok se javnost, budući pacijenti dakle, fokusiraju na kvalitet života. Smrt i umiranje je okruženo moćnim tabuima. Mnoge zemlje proklamiraju svetost života kao primarnu vrijednost iako je u tim zemljama legalna smrtna kazna.

Retorika svetosti života ima veliku simboličku snagu.

Većina starijih pacijenata je uplašena od budućnosti. Opisan je porast samoubistava osoba starije životne dobi u Americi, jer se više boje života kao zatvorenici tehnologije koja se primjenjuje u cilju održavanja života, nego same smrti.²⁴

Savremena društva se susreću sa rastućim zahtjevima za legalizaciju aktivnog asistiranja i biranja vremena i načina smrti pojedinca. Prema mnogim autorima države nemaju pravo da ljude prave robovima i zatočenicima modernih tehnologija, one moraju donijeti i zakone o prekidu medicinskog tretmana.²⁵

Današnja civilizacija se stalno susreće sa slučajevima kao što je slučaj Nancy Cruzan.

U januaru 1983. godine dvadesetpetogodišnja Nancy Cruzan je doživjela saobraćajnu nesreću u Misuriju.

Kada je stigla služba hitne pomoći bila je bez funkcija disanja i rada srca. Urgentni tim ju je reanimirao i transportovao do bolnice gdje su neurohirurzi ustanovili oštećenje mozga. Utvrđeno je da je njen mozak bio preko 20 minuta bez kiseonika, a poznato je da trajna povreda mozga nastaje nakon 6 minuta bez kiseonika.

U početnom stanju kome je mogla da prima hranu ali je kasnije ostala i bez te mogućnosti tako da je njen suprug tražio da se uspostavi medicinska prehrana i hidratacija što je i učinjeno. Ostalo je, dakle, samo da vegetira tako da su roditelji, u oktobru 83. godine zatražili da se prekine medicinska prehrana i hidratacija što je odbijeno. Nakon dugogodišnjih sudskih procesa u decembru 1990. godine je donesena odluka da se prekine sa hranjenjem. Uspostavljena je dijagnoza trajnog vegetativnog

stanja i Kruzan je umrla dvije sedmice nakon ukidanja vještačke ishrane. Od vremena povrjeđivanja ona je na aparatima bila oko osam godina, i izuzimajući traumu njene porodice to je koštalo državu Missouri 130.000 dolara godišnje. Njeni roditelji su bili svjesni da su je izgubili odmah nakon nesreće.

Na njenom nadgrobnom spomeniku je ugravirano:

Nancy Beth Cruzan

Najvoljenija kćerka, sestra, tetka

Umrta Jan. 11, 1983.

Počiva u miru Dec. 26, 1990.

Konzervativan i pouzdan kriterij za potvrdu dijagnoze trajnog vegetativnog stanja je trajanje od najmanje godinu dana. Poslije toga roka se ne može očekivati oporavak, pa to pokreće dilemu da li obustaviti održavanje života koji je sveden samo na funkcije neophodne za vegetativno preživljavanje.

Porodica je ta koja obično prva postavlja pitanje obustavljanja daljeg održavanja života. U ovakvim slučajevima ljekar uz konsultaciju ljekarskog tima donosi odluku o prekidanju vještačkog održavanja života vodeći računa o etičkim kao i pravnim aspektima te odluke.

U zemljama u kojima je medicina na nižem stepenu tehnološkog razvoja i gdje ne postoji tehnika održavanja života ljekari nemaju etičke dileme ove vrste.

U mnogim slučajevima ljudski problemi i sama bolest kao i ljekarske odluke i procjene postaju *medikalizirani*, dakle medicina postaje uključena u svakodnevni život. Medicina je sada orijentisana da locira i identificira bolest kreirajući društveno mišljenje o bolesniku, što ranije nije bilo prisutno. Neizbježan rezultat profesionalizma može dovesti do najširih mogućih kompetencija, tako da neke od njih mogu biti i neadekvatne, kao dugo održavanje vegetativnog stanja, premda se u mnogim slučajevima to ne bi ni dogodilo da je to svjesna želja samoga pacijenta. Često se u pojedinačnim slučajevima pokazuje želja za pokazivanjem moći i demonstriranje savremenih tehnologija.

Sve ove činjenice donose nove dileme u etičkom odnosu prema pacijentu.²⁵

Razlog za debatu je i skoro neizostavna razlika između mogućnosti i zahtijeva u obezbjeđivanju zdravstvene zaštite. Uprkos “čudu” moderne medicine mnogo onoga što tražimo od kliničara je iznad njihovih kapaciteta i mogućnosti.

Tako Illich kaže da organizacija zdravstvene zaštite postaje najveća prijatnija zdravlju.

Često se u organizaciju medicinske zaštite upliće politika i veoma je teško isključiti je iz ovog segmenta.²⁶

Treba imati na umu da su zdravstveni profesionalci vođeni obavezama da pomognu čovjeku. Zato ne iznenađuju proklamacije nekih strukovnih udruženja u svijetu kao: “Izbacimo politiku iz zdravstvene zaštite. Mi smo apolitični.”

*„Ipak, u današnje vrijeme nauka i medicina dijele karakteristike društva. Naučnici ni manje ni više nisu gori nego zajednica koje su oni članovi“.*²⁷

Neslućena je brzina razvoja medicinske nauke. Naučni izazovi, koji su prije 20 godina izgledali nezamislivi i po mnogima pripadali naučnoj fantaziji, sada se uvode u praksu. Svi trebamo shvatiti da je jučerašnja priča o brzo razvijajućem društvu, danas realnost.

Napredak u genetskom inženjeringu i sve veće promjene u oblasti medicine daju nam pravo da stopiramo nekritičke primjene ovih dostignuća dok nisu otišle suviše daleko. Sve više se priča i razgovara o “kloniranim - dizajniranim ljudima”.

Na nama je da se nadamo da će dostignuća u ovoj oblasti ići u korist čovječanstva.

Human Genom Project (HGP) ili tzv. “New Genetics” je projekat koji je trajao 13 godina, mada je planirano 15. a uključivao je istraživanja diljem svijeta. Započeo je 1990. godine a kompletiran 2003. Ova istraživanja su trebala da omoguće objašnjenja procesa bolesti te nove mogućnosti i načine liječenja.

Ciljevi HGP su bili savlađivanje organizacije, strukture i funkcije ljudskog genoma, te da se identifikuju svi od otprilike 20.000 do 25.000 gena u ljudskoj DNA.

DEKLARACIJA o projektu humani genom je usvojena na 44. Svjetskoj medicinskoj skupštini, Marbela, Španija 1992. godine.

Osnovna razumijevanja genetskih poremećaja je identifikacija i utvrđivanje karakteristika gena nakon mutacije.

Projekt humani genom je omogućio da se identifikuju i okarakterišu geni uključeni u glavna genetička oboljenja sa ciljem identifikacije karakteristika gena uključenih u oboljenja sa genetičkom komponentom kao što su dijabetes, šizofrenija i Alzheimerova bolest. Dokazivanje prisustva gena dokazuje predispoziciju za bolest, a ne i prisustvo bolesti. Ova oboljenja uzrokuju teške zdravstvene kao i društvene probleme, te ukoliko bude moguće dijagnostikovati predispoziciju prije pojave ovih oboljenja postojala bi mogućnost za prevenciju putem promjene životnog stila, modifikacijom ishrane, te kroz periodične kontrole.

The British Medical Assotiations (BMA), Britanska medicinska asocijacija je procijenila da genetske i pre-genetske bolesti afektiraju jedno od 20 ljudi u dobi do 25 godina.²⁸

Još uvijek je prisutan strah od vladinih eugeničkih programa “za poboljšanje rase” i upotrebu medicinske tehnologije u nemedicinske svrhe. Zbog toga i postoje pojedinačni otpori ovom projektu.

Osnovni etički principi za prevenciju zloupotrebe ovog projekta su:

- Genetička služba mora da bude lako dostupna svima kako bi se spriječila njena eksploatacija od strane onih koji imaju sredstva što bi moglo dovesti do socijalne neravnopravnosti.
- Postoji potreba za međunarodnom informacijom i transferom tehnologije i znanja između svih zemalja.

- Treba poštovati volju posmatranih osoba i njihovih prava na odluku o svom učešću, dakle poštovanje autonomije i privatnosti.
- Pacijentu, ili njegovom pravnom zastupniku, treba biti pružena puna informacija. Medicinska tajna treba da se čuva, čak ako i član porodice može biti pod rizikom, sve dok se ne pojavi prijetnja ozbiljne štete koja bi mogla biti izbjegnuta davanjem informacije. Povjerljivost može biti narušena samo u krajnjem slučaju kada svi pokušaji da se pacijent ubijedi da da informaciju propadnu; čak i u tom slučaju treba da budu otkrivene samo relevantne informacije.
- Davanje informacije trećoj osobi ili dostupnost ličnim genetičkim podacima treba da bude dozvoljena samo uz pismenu saglasnost pacijenta.²⁹

POSEBNI DIO

- ❖ *BRIGA ZA UMURUĆE I EUTANAZIJA*
- ❖ *ETIČKA NAČELA LJEKARSKE PRAKSE*
- ❖ *ODNOS LJEKAR - DRUŠTVO I LJEKAR KOLEGE NA POSLU*
- ❖ *ETIČKI PRINCIPI U GINEKOLOGIJI I PORODILJSTVU*
- ❖ *ETIČKI PRINCIPI U PSIHIJATRIJI*
- ❖ *TRANSPLANTACIJA ORGANA*
- ❖ *ETIČKE ODGOVORNOSTI STUDENATA, NASTAVNIKA I ONIH KOJI PROPISUJU LJEKOVE*
- ❖ *PRAKTIČNE UPUTE*

UVOD

U posebnom dijelu govorit ćemo o konkretnim pitanjima medicinske prakse sa kojima se svaki ljekar svakodnevno susreće, kao što su: briga za umiruće i eutanazija, etička načela ljekarske prakse, ljekar i društvo, odnosi među kolegama na poslu, etičke dileme u ginekologiji i rađanju, etički principi u psihijatriji, transplantacija organa, odnos između studenata i nastavnika, o propisivanju lijekova, te neke korisne praktične upute. Poglavlja vezana za ginekologiju i rađanje, kao i poglavlje o transplantaciji su veoma šturo obrađena i zavrjeđuju detaljniju obradu u posebnoj knjizi napisanoj od strane meritornih stručnjaka.

Također nije pisano o kloniranju koji mnogi smatraju najgorim oblikom manipulacije ljudskim životom. Što se tiče terapijskog kloniranja, kao i mnogih drugih savremenih tema, ostavljeno je da to bude predmet istraživanja budućih generacija kada naša zemlja dostigne veći naučni stepen u medicini, te dok se riješe mnoga aktuelnija pitanja.

Danas smo suočeni sa mnogim promjenama u oblasti zdravstvene zaštite. Iz jednog sigurnog socijalističkog sistema “obezbjeđenja zdravlja za sviju”, uz potpuno besplatne sve zdravstvene usluge, susrećemo se sa novim odnosima i relacijama. Zakonom je odobrena privatna praksa što je dovelo do novih etičkih pitanja sa kojima se nismo ranije susretali. Još uvijek nemamo dobro uređen sistem privatne djelatnosti tako da se mogu naći mnoge nepravilnosti i neetički postupci. I kod nas se počinje prihvaćati zapadno mišljenje da su i medicinski radnici u zdravstvenom biznisu.

U ovoj knjizi akcenat je dat na probleme sa kojima se naši ljekari najviše susreću u svojoj praksi u situaciji kada nakon teškog rata naša medicinska nauka kaska sa visokorazvijenim zemljama.

Prvo poglavlje

BRIGA ZA UMIRUĆE I EUTANAZIJA

1. Eutanazija

Uz savremeni razvoj i nove tehnološke primjene ljekar praktičar se sve više susreće sa novom etičkom dilemom-pitanjem eutanazije.

“Mnogo je tajni kojima se ne možemo približiti, a kamoli ih razjasniti. A možda je najveća tajna smrt, tajna i užas. I kad ne mislimo na nju, ona misli na nas. Sačekuje nas na nekom ćošku, uvijek nespremne...”

(Meša Selimović, Tvrđava)

Riječ eutanazija je grčkog porijekla i dolazi od riječi *eu* - dobar i *thanatos* - smrt, što doslovno prevedeno znači *dobra smrt*, dok je u literaturi poznata također i kao „ubistvo“ iz milosrđa, samilosti.

Religijski pristup ovom pitanju je jasan. I kršćanstvo kao i islam govore o svetosti života.

Ljudski život je *per se* vrijednost koja se mora bezuvjetno poštovati ne uvažavajući druge okolnosti. Koncept života koji nije vrijedan života ne postoji i zbog toga eutanazija i samoubistvo nisu uključeni u one razloge koji dopuštaju prekid života.

Hipokrat je u svojoj zakletvi protiv bilo kojeg oblika eutanazije:

“Nikome neću, čak ako to bude i tražio, dati smrtonosni lijek niti ću mu dati savjet o njegovom djelovanju.”

Eutanazija je uvijek bila u centru ljudskih razmišljanja kada je u pitanju teško oboljeli pacijent za kojeg nema uspješne terapije.

Još je Aristotel govorio o eutanaziji.

“Bolje je završiti život upravo tako kao da napuštamo ban-
ket, ni žedni ni pijani”.

Tako se govori o: eutanaziji kao namjernom završetku života
na pacijentov zahtijev, asistiranom samoubistvu, namjernoj po-
moći pacijentu da okonča život a na zahtijev samog pacijenta.³⁰

Koliko se eutanazija događa u stvarnom životu govore podaci
koji su uzimani iz policijskih zapisa gdje su ljekari raportirali
slučajeve eutanazije. Policijski izvještaj je uvijek sadržavao iz-
vještaj mrtvozornika, pacijentov ljekarski nalaz, intervju sa lje-
karom koji je izvršio eutanaziju, obično intervju sa rodbinom ili
ljudima koji su bili u vezi sa pacijentom, uz jasno iskazanu želju
pacijenta da završi život.

Prema ovom izvještaju procenat eutanazije ili asistirano-
samoubistva je niži kod ljudi preko 80 godina starosti, dok je
najveći bio u životnoj dobi od 25 do 44 godine u periodu izme-
đu 1984. i 1993. godine. U ovom periodu je u sjevernom dijelu
Holandije javnom tužiocu referisano 1707 slučajeva eutanazije,
ustvari asistirano- samoubistva. Legalni status eutanazije u Ho-
landiji je kompleksno pitanje, ljekar je dužan da raportira svaki
slučaj neprirodne smrti. Pacijent, čije stanje bolesti je nepodno-
šljivo i beznadežno, mora sam slobodnom voljom i izborom za-
tražiti asistiranu smrt.³¹

Postoji:

Dobrovoljna eutanazija - kada mentalno zdrava osoba za-
htijeva smrt.

Nedobrovoljna eutanazija se odnosi na one bolesnike koji ne
mogu da donesu takvu odluku.

Direktna eutanazija je korištenje specifičnih sredstava da se
izazove smrt.

Indirektna eutanazija je kada smrt nastaje kao nuspojava
tretmana, na primjer, slučajno ordinirana letalna doza morfina
koji se inače daje kao sredstvo za umirenje bola.

Većina ljekara po pravilima tradicionalne doktrine u smislu palijativne njege povećava doze sedativa i analgetika sa ciljem smanjenja tegoba, što u krajnjem slučaju može dovesti do ubrzanja pacijentove smrti kao posljedica medikacije zbog depresije respiracije.

U Engleskoj je House of Lords Select Committee 1993. godine zaključio da je pravilno dati doze analgetika i sedativa koje pacijentu smanjuju bol, čak ako taj akt kao konsekvencu dovede do skraćivanja života.¹⁸

Aktivna eutanazija je direktan, to jest namjeran akt ubistva iz milosrđa.

Pasivna eutanazija nije direktno ubistvo pacijenta, jednostavno mu se dozvoli da umre, na primjer, izostankom tretmana koji produžava život, prestankom hranjenja, isključenjem respiratora...

Očiti primjeri eutanazije su se događali i u periodu Drugog svjetskog rata.

Kroz nacistički program eutanazije zakon je dozvoljavao ubistvo neizlječivih bolesnika, senilnih, retardiranih, rasno inferiornih. Ovaj zakon je, proizašao u svoju suprotnost. Hitlerov program eutanazije iz 1939. godine, kada je u gasnim komorama ubijano židovsko stanovništvo, fizički i mentalno bolesni kao i stari, nije donešen zato da bi se prekratile njihove patnje nego zato što nisu bili radno sposobni te i u cilju istrebljenja jednog naroda, genocida nad Jevrejima.

Kada se govori o eutanaziji postoje i druge podjele koje su slične ranije navedenim:

Dobrovoljna eutanazija

Dobrovoljno i namjerno ubrzanje smrti na zahtjev pacijenta koji je teško bolestan.

Nedobrovoljna eutanazija

Prekidanje ljudskog života za njegovo ili njeno opšte dobro kada osoba ne može izraziti ili imati vlastitu želju o tome da li da živi ili umre.

Nedozvoljena eutanazija

Prekidanje ljudskog života bez traženja njenog ili njegovog mišljenja.

Asistirano samoubistvo

Pacijent uzima letalnu dozu lijeka koja je ordinirana i obezbijedena od strane ljekara.

Osem termina eutanazije sada se susrećemo i sa novim terminima kao što su: *Tachythanasia* i *Dysthanasia*.

Tachythanasia bi značila brzu smrt.

Poznato je da je Sigmund Freud 17 godina bolovao od karcinoma usne šupljine.

U njegovoj 83. godini njegov ljekar, ujedno i prijatelj Max Schur, mu je injicirao veću dozu morfina koja je prouzročila smrt, pa po mnogima analitičarima toga doba on nije eutanazirao nego tahitanazirao.

Dysthanasia bi u drugu ruku značila lošu smrt i produkt je moderne medicine. I pored revolucionarnih tehnoloških otkrića koja se primjenjuju u medicini, te novih terapijskih tretmana, i dalje umiremo, ali na žalost i često dehumanizirano, što je osobito često u visoko razvijenim i bogatim zemljama.³²

“Upravo strah od smrti daje ljepotu svim stvarima, svemu što doživljavamo. Treba sve proživjeti osvajajući radost čistog života i ljepotu ljubavi prema ljudima, u svom kratkom preletu između dvije tajne.”

(Meša Selimović, Tvrđava)

2. Prava osobe na smrt

Mnogi ljekari odobravaju prekidanje tretmana što dovodi do smrti pacijenta kod onih koji boluju od neizlječive bolesti i trpe nesnošljive bolove. Njihov odgovor na ovaj stav je da je to mnogo humanije nego gledati pacijenta kako umire u mukama.

Drugi opet smatraju da uloga ljekara nije da skraćuje i prekida život nego da produžuje život, naglašavajući pri tom uvijek prisutnu mogućnost krive dijagnoze, te pojavu novih terapijskih mogućnosti koje bi mogle dovesti do izlječenja. Niko ne može reći danas šta će biti izlječivo sutra.

Ističe se postojanje novih tehnoloških i medicinskih dostignuća koje život mogu produžavati veoma dugo što već postojeće aktuelno pitanje prava osobe na život zamjenjuje novim pitanjem: *Prava osobe na smrt.*³³

Kao primjer se može navesti slučaj jednog mladog čovjeka, Tonny Blanda, starog 17 godina, koji je povrijeđen na fudbalskoj utakmici i ostao je bez svijesti nekoliko godina. Dijagnosticirano mu je stanje PVS, dakle stalnom stanju vegetiranja. Od 15 aprila 1989. godine bio je u takvom stanju. U ovakvom stanju bi mogao živjeti godinama uz pomoć nazogastričnog hranjena i dobre njege a da nikada ne bi ponovo postao svjestan, dakle bez očekivanja bilo kakvog poboljšanja. Njegovi roditelji i doktor Howe su podnijeli peticiju sudu da mu se prekine vještačka prehrana da bi mu se dozvolilo da umre. Slučaj je prošao kroz mnoge zamršene sudske instance, a u rješavanje slučaja je na kraju uključeno 9 sudija, jedan iz Porodičnog odjela vrhovnog suda, tri iz Apelacionog suda i 5 iz Doma lordova, da bi konačno lord Mustill zaključio da isključivanje aparata, kojima je održavan na životu, ne bi bilo sasvim legalno i isto tako etički prihvatljivo ali da Tonny ne može duže, s obzirom na opšte stanje, biti ono što se zove ličnost.³⁴

Kada je slučaj o onima koji ne mogu govoriti ili izraziti želju da umru zahtijev sudu, uglavnom podnose, rođaci i ljekari. Zakonski, ni rođaci, čak ni roditelji nemaju pravo da donose odluke u ime drugih ukoliko su oni u mogućnosti da donose vlastitu odluku.

I sudovi imaju obavezu da djeluju u najboljem interesu svakog ljudskog bića. Američka medicinska asocijacija je 1986. i

1989. godine donijela izvještaj da su vještačko hranjenje i hidratacija ekvivalenti vještačkoj ventilaciji čije povlačenje je generalno prihvaćeno kada postane beskorisno, dakle ljekar ima zakonsku potporu da prekine jedan od ovih oblika održavanja života kada isti nema medicinsku funkciju nego služi samo produženju održavanja pacijenta na životu.⁴

Smatra se da pacijent u PVS stanju nije terminalno bolestan i sa adekvatnom njegom može ostati živ godinama.

Ono što u ovom slučaju uzrokuje smrt pacijenta je isključenje vještačkog hranjenja i hidratacije. Što se ticalo ovog mladog čovjeka nije se postavljalo samo pitanje isključenja sistema održavanja života nego se nametalo i drugo moralno pitanje, da li mu dozvoliti da nakon prekida hranjenja umire sedmicama zbog nedostatka hrane ili mu dati letalnu injekciju što bi značilo aktivnu eutanaziju.

Može li se naći moralan odgovor na ovo pitanje?

Ovakvih slučajeva u visoko razvijenim zemljama je svakodnevno i rješenje svakog pojedinačnog je veoma kompleksno.

Kanadski slučaj gospođe Rodriquez:

Oboljela je u ranim četrdesetim godina od amiotrofične lateralne skleroze.

Bolest je takvog karaktera da napredovanjem bolesnik dolazi u stanje potpune ovisnosti od drugih kao i tehnološkim pomoćima kao što je mašina za disanje i vještačko hranjenje ali uz intelektualno očuvanje i tako suočavanje sa svojom degradacijom.

Ona je zahtijevala da živi dok je život podnošljiv za nju i, pozivajući se na svoju autonomiju i osnovna ljudska prava, zatražila je od Vrhovnog suda da joj se dozvoli asistirano umiranje kada njeni simptomi postanu tako izraženi da ne može živjeti bez tuđe pomoći. Njen prijedlog je odbijen.

Međutim, zahvaljujući ljekaru koji je radio van zakona imala je brzu i asistiranu smrt.

Ali, koliko je, i pored opterećenja vlastitom bolešću i želje da umre, morala patiti opterećena spoznajom da bi čovjek koji joj je pomogao mogao zakonski odgovarati i suočiti se sa istragom.³⁵

Svaka moralna dilema i svaka donesena odluka rađa drugu.

Mnogi ljekari odobravaju prekidanje tretmana što dovodi do smrti pacijenta, ali pri tom ne daju letalnu injekciju da bi prekratili muke u kojima pacijent umire.

U medicinskom kontekstu ubiti je moralno lošija odluka nego dozvoliti da neko umre.

Na primjer, pacijent obolio od bolesti motornog neurona kompletno je ovisan o respiratoru i isključivanje respiratora je “dozvoliti da pacijent umre”. Po mnogima je opet isti moralni čin bilo da se pacijentu prekine arteficialna prehrana ili da letalna injekcija, konačni ishod je smrt pacijenta.

Diskusije o moralnosti i legalnosti eutanazije veoma su prisutne u medicinskim krugovima počev od druge polovine dvadesetog stoljeća.

U novembru 2000. godine u Holandiji je provedena parlamentarna diskusija da se legalizira dobrovoljna eutanazija, da bi 2001. bila i zakonski odobrena.³⁶

Belgijski parlament je proveo slično zakonodavstvo u 2002. godini, po kojem uslovi da se razmatra o dobrovoljnoj eutanaziji su:

1. Da osoba boluje od neizlječive bolesti.
2. Da ne postoji mogućnost da lijek za tu bolest bude otkriven u toku trajanja bolesti.
3. Neizdržljivi bolovi, ili život na aparatima.
4. Pacijent svjesno želi da umre, a psihički je kompetentan da o tome odluči.
5. Pacijent je nesposoban da bez asistencije izvrši samoubistvo.

6. Ljekar mora veoma pažljivo donijeti odluku i trebao bi tražiti i mišljenje drugog neovisnog ljekara koji nije uključen u slučaj.

Umiranje je konačni akt življenja, to je evolucija individue od materice do groba kao konačnog odredišta.

Čovjek je mrtav kada prestanu moždane funkcije.

Simptomi moždane smrti su:

- Obje zjenice ne reaguju na svjetlost, nikakvog odgovora nema kada se ispituju jakim svjetlom u tamnoj prostoriji. Obično su zjenice dilatirane mada njihova veličina nije relevantna.
- Nema odgovora na kornealnu stimulaciju sa vatom.
- Nema nikakvog odgovora na prisustvo endotrahealne tube, nikakvih tragova kašlja kada se vrši sukcija trahealnog sadržaja.
- Nema nikakvog pokreta očiju kada se u oba uha injicira 20 ml hladne vode. Predhodno mora biti provjerena dostupnost bubnjićima.
- Nema odgovora kranijalnog motornog neurona na bolne stimulanse kao što je supraorbitalni pritisak ili štipanje ušne resice.
- Spontano disanje mora biti odsutno tokom hiperkapnije. Nema respiratornih pokreta kada se pacijent odvoji od respiratora onoliko dugo koliko je potrebno da se parcijalni pritisak ugljičnog dioksida poveća iznad praga potrebnog za stimulaciju.³⁷

Oko jedna na 50 smrti u Holandiji je rezultat dobrovoljne eutanazije. U oko 400 slučajeva ljekar pomaže pacijentu da umre.³⁶

Mnogi se i sada pitaju kako da zemlja tulipana, vjetrenjača i seljaka u drvenim klompama dozvoli dobrovoljnu eutanaziju?

Instruktivan je i slučaj *Janet Adkins* iz Oregona, USA. U pedeset i četvrtoj godini je oboljela od Alzheimerove bolesti. Još je mogla da govori povezano, igra tenis, ali nije mogla da čita. Znala je kakvom progresijom će napredovati njena bolest i da će na kraju izgubiti svaku komunikaciju sa vanjskim svijetom. Ona nije željela da tako završi. Čak je imala i eksperimentalnu terapiju Alzheimerove bolesti ali bez bilo kakvih rezultata. Saznala je da patolog dr. Jack Kevorkian iz Michigena pomaže terminalnim bolesnicima. U to vrijeme Michigen nije imao zakon protiv asistiranog samoubistva.

Željela je da umre dok još može da misli povezano, te se obratila dr Kervokianu koji je nakon konsultacije sa njenim ljekarom pristao da joj pomogne.

1990. godine je sa suprugom i 3 sina došla u Michigen, snimila video traku da želi da umre i onda je ljekar u svom vozilu, u koji je postavio krevet, uključio "smrtonosnu" infuziju. Nakon što je umrla obavijestio je porodicu i policiju. Protiv njega je podnesena tužba ali ga je sudija oslobodio krivnje obrazlažući da je samo pomogao Janet Atkins da izvrši samoubistvo, a to nije bilo protiv zakona.¹⁵

1992. godine i u Michigenu je donesen zakon protiv asistiranog samoubistva.

U novembru 1994. godine Oregon je prva američka država u kojoj je donesen zakon koji odobrava asistirano samoubistvo i koji ljekarima dozvoljava da ordiniraju lijekove koji dovode do mirne smrti pacijentima bolesnim od neizlječivih oboljenja, ali samo na njihov vlastiti zahtijev.

Glavni moralni argument za dobrovoljnu eutanaziju je poštovanje pacijentove autonomije.³⁸

Većina pojedinca koji donose odluke o vlastitim životima imaju koncepcije kakav život treba da imaju, osjećaju odgovornost za svoje živote. Smatraju da, pošto je smrt dio života, imaju pravo da odluče kako će i umrijeti.

Mnogi su, zabrinuti kakva će biti njihova zadnja faza života, ne samo zbog straha od patnje, nego i zbog želje da očuvaju dostojanstvo.

Godinama su ljudi tragali za “dobrom smrću”. Mnogi ljudi se boje da im se neće otkriti simptomi, da će im se poduzeti neželjene intervencije, da će biti zaboravljeni, da će u odmaklim fazama svoje bolesti biti napušteni od onih koji obezbjeđuju zdravstvenu zaštitu. Zbog ovih strahova eutanaziju smatraju rješenjem svojih patnji.

Druga gledišta, onih koji su protiv eutanazije u bilo kome obliku, su podkrijepljena argumentima da u ovom vremenu niko ne treba da pati od nepodnošljivih bolova jer je dostupna efikasna palijativna njega, te uzimajući ovo u obzir dobrovoljna eutanazija je nepotrebna.

Uvijek postoji moralna dilema da li je zahtijev pacijenta da mu se pomogne da umre stvarno dobrovoljan i kompententan, ili da nije možda uplivisan mišljenjima drugih. *Koliko je pacijent zasićen analgeticima i narkoticima sposoban da odlučuje o životu i o smrti?*

Često je ta odluka dio trenutka, loše prospavane noći. Teško bolestan čovjek je umoran od života a isto je tako i okolina umorna od njega.

Među osnovnim moralnim dilemama se našlo i otvoreno pitanje da li društvo treba dozvoliti odnosno ozakoniti dobrovoljnu eutanaziju. Na taj način stavlja samoga izvršioca iste, lje-kara dakle, na „klizavi teren”, na kome se, kada se jednom stane nogom, teško ili nemoguće zaustaviti. Ovo bi neizbježno dovelo i do podržavanja i drugih oblika eutanazije - posebno nedobrovoljne eutanazije.

Zahvaljujući modernim tehnologijama i dostignućima životni vijek pacijenta je produžen, a cijene koštanja zdravstvenih usluga vrtoglavo rastu. Postoje obračuni da godišnje održavanje pacijenta na aparatima košta 165.000 američkih dolara.

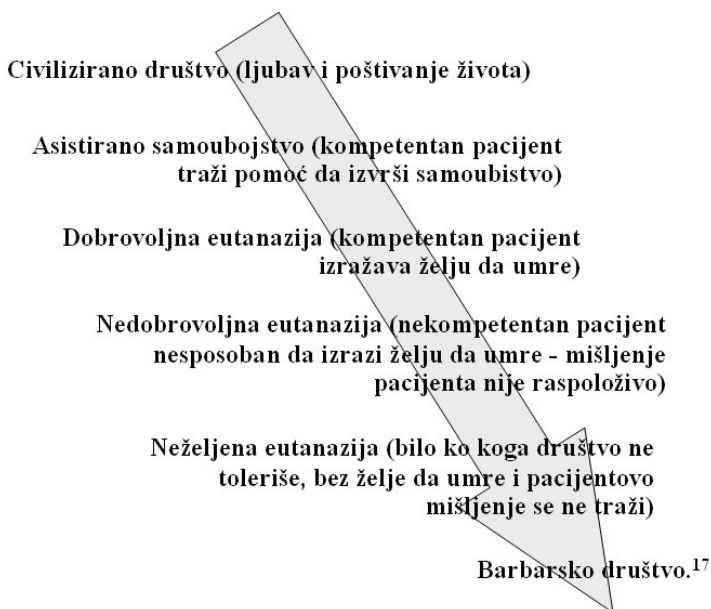
Ne bi li se moglo pomisliti da je eutanazija takvih pacijenata jeftinija i manje zahtjevna solucija? Može li se interes pojedinca odvojiti od interesa cijeloga društva kada je eutanazija u pitanju?

Svaki dio pripada cjelini i svaki čovjek je dio zajednice i prema tome pripada toj zajednici. Spašavanje i produženje nečijeg života nije uvijek prednost, u nekim slučajevima bi moglo biti bolje da je neko umro ranije nego kasnije.

Ko može sebi dati pravo da donosi odluku o životu i smrti?

Ne bi li i osoba koja pati i često razmišlja da je bolje da umre danas nego sutra bila uskraćena za neke radosti ukoliko joj se prekine život? Možda jedan lijepi dan bez bolova, uspjeh djece, rođenje unuka....

Mnogi su mišljenja da bi u slučaju legalizacije eutanazije došlo do destimulacije onih koji rade na edukaciji i istraživanju novih mogućnosti u umanjivanju boli. Svjetski razvoj palijativne njege bi mogao biti zaustavljen u svom progresu.



Grafički prikaz eutanazije prema Cininu:

Po *Cininu* bi dozvoljena eutanazija dovela do postepenog moralnog pada društva, pomanjkanja moralnih vrijednosti, i na kraju bi civilizirano društvo postalo barbarsko.

U sjevernoj Australiji je 1995. godine bio odobren zakon o dozvoli eutanazije ali nije potvrđen na Senatu jer su neki senatori izjavili kako su promijenili mišljenje, te glasali protiv eutanazije nakon govora Luke Gormally, 1995. godine.

Njegov govor je u osnovi sadržavao pravne aspekte nedonošenja ovog zakona:

1. Opravdanje dobrovoljne eutanazije isključuje fundamentalna načela zakona u društvu.
2. Legalizacija asistiranog samoubojstva je također nespojiva sa istim fundamentalnim načelima
3. Ukoliko bi dobrovoljna eutanazija bila legalizovana razlozi protiv nedobrovoljne eutanazije bi bili odbačeni
4. Legalizacija dobrovoljne eutanazije bi također ohrabrila praksu nedobrovoljne eutanazije i bez legalizacije iste.
5. Eutanazija potkopava osobine koje zahtijevamo od ljekara i kao takva je destruktivna u medicinskoj praksi.
6. Legalizacija eutanazije podkopava pobudu da se razvije istinsko suosjećanje u pristupu i njezi onoga koji pati i na umoru je.³⁹

Tri zakonski utemeljena komiteta Ujedinjenog kraljevstva, države New York i Kanade, razmatrajući prijedlog legalizacije eutanazije, su dala preporuku da se isti ne legalizira.

“Bili bi protiv bilo kojeg legalnog sustava koji podpomaže i ohrabruje društvo da legalizira ubijanje koje svoje opravdanje nalazi u vjerovanju da su određeni životi manje vrijedni. Zašto? Zato pravednost u društvu samo zahtijeva nesamovoljan i nediskriminatorski put onih koji su subjekti pravosuđa. Jedini način izbjegavanja samovolje je da se pretpostavi da su sva ljudska bića jednostavno u prednosti što su humani, što naglašava

da budu tretirani pravedno u skladu bazičnih ljudskih prava. S druge strane osnovno ljudsko dostojanstvo i vrijednost, koja je prepoznata u poštivanjima ljudskih prava, moraju biti sagledana kao sastavni dio naše humanosti.

Osnovna dostojanstva i vrijednosti ne bi smjela biti naglašena samo u slučaju kada se o ljudskim bićima razmišljamo onda kada su u takvom stanju da ih možemo izgubiti.

Smrt osobe dotiče i živote drugih, često na načine i do razmjera koje ne mogu biti viđene. Čvrsto vjerujemo da pitanje eutanazije ne može biti odvojeno od interesa društva kao cjeline^{40,41}.

Parlamentarna skupština Vijeća Evrope odlučno se, 27. aprila 2005. godine, izjasnila protiv eutanazije, a na zahtijev švicarskog liberalnog zastupnika Dicka Martya. U toku duge rasprave 138 glasova je bilo protiv eutanazije, 26 za i 5 suzdržanih. Tako je ostala na snazi preporuka iz 1999. godine, kojom se izričito odbacuje bilo kakav oblik aktivne pomoći pri umiranju. Marty je u svom prijedlogu iznosio pohvale sporne belgijske i nizozemske prakse.

Vijeće biskupskih konferencija EU (ComECE) isticalo je svoje stanovište da se patnje bolesnih ne rješavaju aktivnom pomoći pri umiranju već mjerama palijativne medicine i aktivne brige. Istaknuta su i negativna iskustva Belgije i Nizozemske, kao što su mogućnosti pogrešne odluke i zloupotrebe.³¹

Polazeći od krucijalne zadaće ljekara, da se pacijentu olakša patnja i smanje bolovi, eutanazija ne bi ni pod kakvim moralnim opravdanjem trebala biti legalizovana.

Dolorem sedare divinum opus est! (Božanska dužnost je smirivanje boli!).

3. Smrtna kazna

Ljekari na razne načine mogu biti pozvani da učestvuju u izvršenju smrtno kazne, između ostalog i preko:

- utvrđivanja mentalne i fizičke sposobnosti za pogubljenje,
- davanja savjeta tehničke prirode,
- propisivanja, pripreme, primjene i nadziranja doze otrova u pravnim sistemima gdje se koristi takav metoda,
- medicinskih pregleda u toku izvršenja smrtne kazne, tako da se ona može nastaviti ako je zatvorenik još uvijek živ.

Sekretarijat Ujedinjenih Nacija je dao izjavu da smrtna kazna predstavlja kršenje prava na život i da se radi o okrutnoj, nehumanoj i ponižavajućoj kazni.

Rezolucija o učešću ljekara u izvršenju smrtne kazne je usvojena na 34. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Lisabonu u Portugalu, septembar - oktobar 1981.

Po ovoj rezoluciji nije etički da ljekari učestvuju u izvršenju smrtne kazne. Bez obzira na metod izvršenja smrtne kazne koji država odabere, ni od jednog ljekara se ne smije tražiti da učestvuje u izvršenju smrtne kazne.

Ljekari su posvećeni funkciji čuvanja života.

Uloga egzekutora nije medicinska praksa i od medicinskih službi ne treba tražiti da izvršavaju smrtnu kaznu čak i kada metodologija uključuje farmakološka sredstva ili opremu koja se inače može koristiti u medicinskoj praksi.

Jedina uloga ljekara bi bila utvrđivanje smrti kada je kazna već izvršena.

4. Univerzalna deklaracija o ljudskim pravima

Desetog decembra 1948. godine Generalna skupština Ujedinjenih naroda je usvojila i proglasila Univerzalnu deklaraciju ljudskih prava koja se sastoji od 30 tačaka. Poznavanje iste olakšava rad svakog ljekara u donošenju ispravnih etičkih odluka..

Prema ovoj deklaraciji:

- Sva ljudska bića se rađaju kao slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima...
- Svaki pojedinac ima pravo na sva prava i slobode zagarantovane ovom deklaracijom, bez bilo kakve razlike u odnosu na: rasu, boju kože, spol, jezik, politička ili druga opredjeljenja, nacionalno ili socijalno porijeklo, imovinsko stanje, mjesto rođenja ili društveni položaj, i na osnovu ovoga ne bi trebale biti pravljene nikakve razlike....
- Svako ima pravo na život, slobodu i ličnu sigurnost.
- Niko ne bi smio da bude u ropstvu, niti bi trebao biti torturisan niti podvrgnut okrutnom i nehumanom tretmanu.
- Svi su jednaki pred zakonom bez bilo kakve diskriminacije i imaju pravo na jednaku zaštitu pred zakonom.
- Svako ima pravo na slobodu kretanja i stanovanja unutar granica države, te pravo da traži azil u drugoj zemlji ukoliko je proganjan.
- Muškarci i žene u zreloj dobi imaju pravo na sklapanje braka, pravo na vlastitu imovinu.
- Svako ima pravo na slobodu misli, slobodu religijskog vjerovanja kao i na pravo promjene religije.
- Svako ima pravo na rad i slobodan izbor zanimanja, pravo na odmor ...
- Svako ima pravo na određeni standard življenja za dobrobit očuvanja svoga zdravlja kao i svoje porodice, uključujući i hranu, odjeću, stanovanje, zdravstvenu zaštitu i neophodnu socijalnu zaštitu ...
- Svako ima pravo na sticanje znanja, edukaciju, slobodnog učešća u kulturnom životu zajednice ali;

- Svako ima i obaveze prema zajednici u kojoj je omogućen slobodan i puni razvoj njegove ličnosti. U primjeni svojih prava i sloboda svako će biti izložen i pojedinim ograničenjima koja su određena zakonom i namjeri zaštite i poštivanja prava i sloboda drugih, moralnosti, javnog mira i reda i opštih dobara demokratskog društva.

Dakle, poštivajući ljudska prava poštujemo svaku individuu, te njenu autonomiju što olakšava rad i odnos svakog ljekara prema svakom pacijentu.

Deklaracija o ljudskim pravima i ličnoj slobodi medicinskih radnika je usvojena na *37. Skupštini Svjetske medicinske asocijacije u Briselu 1985. godine.*²⁹

Svjetsko medicinsko udruženje se ovom Deklaracijom zalaže za jednake mogućnosti i prava, bez diskriminacije po bilo kom osnovu, članova medicinske profesije na medicinsku praksu, obrazovanje i trening, zapošljavanje i sve druge aspekte medicinske profesije.

Ono protestuje protiv svakog eventualnog negiranja ovih prava i odgovornosti u pojedinim nacionalnim medicinskim udruženjima zbog rase, boje kože, religije, vjerovanja, etničke pripadnosti, nacionalnog porijekla, spola, uzrasta ili političke pripadnosti.

Još jednom reafirmišući ove principe Svjetsko medicinsko udruženje poziva medicinsku profesiju i sve članove nacionalnih medicinskih udruženja da učine svaki potreban napor da prestane negiranje jednakih prava, privilegija ili odgovornosti članova medicinske profesije.

Drugo poglavlje

ETIČKA NAČELA LJEKARSKE PRAKSE

Ljekarski poziv je veoma specifično i osjetljivo zanimanje. Sa jedne strane je profesionalac – ljekar, a sa druge pacijent, bolestan čovjek koji je ugrožen i traži poseban odnos. *Šta je to što bi trebao da posjeduje svaki ljekar da bi prema shvatanjima sredine bio etičan i dobar ljekar?*

Na ovo pitanje su, kroz sistem anketiranja, traženi odgovori od pacijenata kao i studenata medicine te njihove predstave o kvalitetima koji čine “*idealnog*” ljekara.

Prema dobijenim podacima ti kvaliteti uključuju:

1. Istinoljubivost, privatnost, pouzdanost i odanost

1.1. Istinoljubivost

Svaki pacijent ima pravo na istinu mada nekada i prikrivanje prave istine može smanjiti napetost pacijenta, a ne treba ni zaboraviti da neki pacijenti i ne žele znati istinu. U svakodnevnoj medicinskoj praksi, osim potrebe za kazivanjem istine, pacijentu ista može biti i prešućena uz pronicljivost i dobre komunikacijske sposobnosti ljekara.

1.2. Privatnost i pouzdanost

U mnogim slučajevima čuvanja pacijentove privatnosti nastaje etički konflikt ukoliko ljekar dobije informacije o pacijentu čije bi “odavanje” moglo prevenirati štete i povrede drugih. Mnogi ljekari krše ovo pravilo u kontaktu sa drugim kolegama te na konferencijama. Neki ljekari dobrovoljno krše ljekarsko povjerenje želeći tako da nauče više o bolesti, mada u svim ovim situacija identitet pacijenta ne mora biti otkriven nego može biti prezentovan kao slučaj XY.

1.3. Odanost

Ljekar nikada odnose ljekar-pacijent ne smije koristiti za seksualno iskorištavanje pacijenata ili druge namjere. Interesi pacijenata moraju uvijek biti prvi.

Osim ovih kvaliteta ljekar treba da posjeduje i pronicljivost te mogućnost donošenja pravilnih procjena.

Intuicija, dobre komunikacije, iskustvo, su osobine koje ljekar stiče kroz rad. Uz ljubaznost i humanost dobar ljekar može da nasluti potrebe samog pacijenta.

2. Prava pacijenta

Osnovno i esencijalno u odnosima pacijent-ljekar je da je taj odnos baziran na uzajamnom poštovanju, vjerovanju i povjerenju, što je preduslov za adekvatnu njegu pacijenta. Naglašavanje pacijentove autonomije u ovim odnosima ne umanjuje fundamentalne etičke odgovornosti ljekara da sve što radi, radi u najboljem interesu pacijenta.

U septembru 1981. godine na 34-oj Skupštini svjetskog medicinskog udruženja održanoj u Lisabonu, potvrđena su prava pacijenata i donešena deklaracija poznata kao *Lisabonska deklaracija*.

Ljekar uvijek treba da djeluje suglasno svojoj savjesti i uvijek u najboljem interesu za pacijenta

Prema ovoj deklaraciji:

1. Pacijent ima pravo da slobodno bira svoga ljekara.
2. Pacijent treba da bude nadziran od strane ljekara koji slobodno donosi kliničke i etičke procjene bez bilo kakvih vanjskih uplitanja.
3. Pacijent ima pravo da prihvati ili odbije tretman nakon dobijanja adekvatnih informacija.
4. Pacijent ima pravo da očekuje da će njegov ljekar poštovati povjerljivost njegovih medicinskih i osobnih podataka.

5. Pacijent ima pravo na dostojanstvenu smrt.
6. Pacijent ima pravo da primi ili odbije duhovnu i moralnu podršku uključujući pomoć svećenika ili predstavnika bilo koje religije.⁴²

3. Odnos ljekar - pacijent

Tradicionalan odnos ljekar - pacijent je u mnogočemu izmijenjen zbog velikih promjena u medicinskoj praksi kao i u finansiranju istih. Povećan je broj ljekara tako da su uz ljekara primarne zdravstvene zaštite - obiteljskog ljekara, u liječenje jednog pacijenta često uključeni i specijalisti raznih medicinskih grana, rad u grupi ili bolesnički tim, tako da je uveden novi termin "health care team" - "tim zdravstvenog nadzora".

U ovaj tim su uz ljekare raznih profila uključene i medicinske sestre, fizioterapeuti, socijalni radnici, psiholozi i drugi.

Za uspješan tretman veoma je važan odnos ljekar-pacijent o čemu je već dovoljno rečeno. Sada ćemo sumirati ono najvažnije.

Odnos ljekar - pacijent je veoma kompliciran. Bez obzira na brzi tehnološki razvoj i nove dileme i pitanja koji se stavljaju pred ljekara, bazična vrijednost toga odnosa se nije promijenila.

Pacijent

se uvijek nada da će biti izliječen, ili da će mu biti smanjeni bolovi.

Ljekar

očekuje da uspostavi korektnu dijagnozu i adekvatan tretman.

3.1. Pacijentova očekivanja i neočekivanja od ljekara

Šta bi pacijent trebao očekivati od ljekara?

- Da je ljekar dobro edukovan i kompetentan da prakticira medicinu.

- Da je ljekar odgovorna osoba koja će izvršavati svoje obaveze i činiti najbolje što je u njegovoj moći.
- Da će ljekar, ukoliko dostigne svoj limit znanja i sposobnosti, zatražiti pomoć od drugih kolega.
- Da ljekar treba da je moralna ličnost.
- Da ljekar treba da drži u tajnosti sve lične informacije o pacijentu.
- Da će se prema pacijentu ponašati sa poštovanjem i učtivošću.
- Da će činiti napor da pacijentu objasni sve relevantne podatke o bolesti kao i tretmanu.
- Da će razumjeti i pokazati interes o pacijentovim brigama i strahovima.
- Da nikome neće davati podatke o pacijentu bez njegove saglasnosti.
- Da će komunicirati sa drugim kolegama u cilju poboljšanja pacijentovog zdravlja.
- Da će razmotriti pacijentovu životnu situaciju i finansijsko stanje kada bira program liječenja.

Šta pacijent ne treba očekivati od ljekara?

- Da ljekar može naći rješenje za svaki njegov fizički problem.
- Da će ga tretirati kao emotivno bliskog člana porodice ili prijatelja.
- Da je ljekar pacijentov uposlenik koji će mu odgovarati na svaki zahtijev.
- Da ljekar uvijek mora biti dostupan pacijentu.
- Da ima neograničeno vrijeme koje može provesti sa pacijentom.

- Da je medicina egzaktna nauka i da će svaki ljekar doći do istih zaključaka i preporuka kada posmatra iste medicinske probleme.
- Da ljekar uvijek laiku može objasniti kompleksne medicinske probleme.

3.2. Ljekarova očekivanja i neočekivanja od pacijenta

Šta ljekar treba očekivati od pacijenta?

- Da pacijent neće sakriti podatke o svojoj bolesti.
- Da će pacijent slijediti ljekarove upute o tretmanu, i da će mu reći ako to nekada ne čini.
- Da će pacijent dolaziti na tačno zakazane kontrole.
- Da će se prema ljekaru ophoditi sa poštovanjem i ljubazno.
- Da će prema svojim ličnim sposobnostima, imati odgovornost da zna o svojim ranijim bolestima i tretmanu.
- Da neće tražiti od ljekara da djeluje ilegalno ili neetički.
- Da će pacijent ili zdravstveno osiguranje platiti ljekaru za uslugu.

Šta ljekar ne treba očekivati od pacijenta?

- Da će pacijent posebno nagraditi ljekara.
- Da će pacijent automatski slijediti ljekarove naredbe.
- Da će pacijent stalno pod kontrolom držati bijes, depresiju ili strah o svojoj bolesti i da to nikada neće pokazati pred ljekarom.
- Da će pacijent imati iste moralne poglede i vrijednosti kao i ljekar.
- Da ljekara neće nikada pitati za mišljenje.

- Da pacijent ima obavezu da nastavi tretman kod istog ljekara.

Kada bi se ove pretpostavke i ostvarile uspostavio bi se i idealan odnos između ljekara i pacijenta što je u stvarnom svijetu nemoguće.

Uvijek će se naći neka slaba karika u ovom kompliciranom labirintu odnosa. Ipak, svaki ljekar treba težiti idealu ovih odnosa i godinama kroz praksu poboljšavati svoje odnose sa pacijentom.

4. Komunikacijske vještine ljekara

Za dobar odnos pacijent-ljekar veoma su važne dobre komunikacijske sposobnosti koje ljekar treba da posjeduje. Tradicionalno je razmišljanje da je posjedovanje dobrih komunikacijskih vještina, “a good bedside manner”, u ličnosti pojedinca, ali je danas prihvaćeno i mišljenje da je komunikacija u odnosima sa drugim klinička vještina koja može biti naučena i prakticirana.

Za neke ljekare se kaže da su u dobri ili loši u kontaktu sa pacijentom.

Zašto su neki ljekari loši u komunikacijama?

- Zbog nedostataka treninga u komunikacijskim sposobnostima;
- Zbog neadekvatne uloga učitelja u toku treninga, lošeg uzora;
- Zbog nedostataka, u samom ljekaru, da uspostavi dobru komunikaciju;
- Zbog nedostataka vremena provedenog u kliničkoj praksi;
- Zbog nesvjesne napetosti;
- Zbog smanjene pažnje;
- Zbog neriješenih emocionalnih i psihičkih problema samog ljekara;

- Zbog neadekvatne prakse rukovođenja poslovima.

Najveći problem u ovim odnosima je pomanjkanje sposobnosti shvaćanja pacijenta.

Vještine korištene u komunikacijama:

Većina interakcija ljekar - pacijent se javlja u okvirima konsultacija. Od nekoliko posebnih vještina koje se koriste u toku ljekarskih pregleda, sve su uglavnom kritički zavisne od efikasne komunikacije.

Ove vještine uključuju:

- kliničku vještinu uzimanja historije bolesti i pregleda;
- vještinu u objašnjavanju dijagnoze kao i preporučenih tretmana;
- dijagnostičku vještinu formulacije hipoteze i njenog slijedenja prema cilju prave dijagnoze;
- vještinu edukacije pacijenata;
- vještinu u adekvatom i efikasnom ordiniranju terapije;
- vještinu savjetovanja.

Sve ove vještine mogu biti naučene i poboljšane kada se uvedu u toku studija i kroz svakodnevnu praksu. Sposobnost da se pacijentu prenese poštovanje, suosjećanje i razumijevanje je vještina koja se ne može naučiti, ona je u ličnosti samog ljekara.

Prema tome, šta jednog ljekara čini boljim od drugog?

Za dobro obavljanje medicinske prakse potreban je fond znanja koji uz dobre komunikacijske vještine ljekar poput kockica mozaika treba da složi u savršenu sliku.

Za takvog ljekara možemo reći da je dobar ljekar.

Neki od njih i pored fonda znanja o pristupu pacijentima, ne mogu imati kompletnu o njima, jer im nedostaje moć percepcije.

Mnogobrojni faktori potencijalno utiču na odnos pacijent-ljekar, a to su: razlike u godinama između pacijenta i ljekara,

spolne razlike, socijalno - klasne, stupanj edukacije, etničko porijeklo, ljekarovo iskustvo, sredina u kojoj radi, vrijeme koje provodi sa pacijentom, pacijentov odnos prema bolesti i njegov emocionalni odgovor na istu. Za adekvatan pregled potrebna je i adekvatna radna sredina.

Soba za pregled treba da je mirna, a ostalo osoblje koje može ući u toku razgovora ili pregleda treba naučiti da pokuca prije ulaska.

Veoma je važan osjećaj privatnosti koji treba poštovati i održavati. Čak i telefonski razgovori koje ljekar obavlja u toku pregleda pa ako su i konsultativni sa drugim ljekarima trebaju biti objašnjeni pacijentu. Privatne razgovore treba izbjegavati. Prema mišljenjima jednih ljekar treba da se predstavi pacijentu, ali to u jednu ruku i na samom startu može stvoriti jaz u odnosu ljekar-pacijent jer pacijent taj način pristupa može shvatiti kao pokazivanje autoriteta i nadmoći. Prema drugima je kontakt najbolje početi običnim uvriježenim pitanjima o zdravlju pacijenta, ako ga vidite prvi put, ili nekoliko prisnijih rečenica pacijentima koji dolaze na kontrole i to kao:

“Možete li mi reći svojim riječima koje su tegobe koje vas dovode kod mene?” Ili:

“Kako vam mogu pomoći?”

“Kako ste se osjećali od našeg zadnjeg viđenja, izgledate danas mnogo bolje...”

Mogućnosti su beskonačne a sam taj pristup određuje sam ljekar, ne samo prema svojim komunikacijskim vještinama nego i prema svakom pojedinačnom pacijentu koji sjedi preko puta njega.

Obavezno je da se pacijentu ponudi da sjedne prije bilo kakvog početka komunikacije. *Nikada ne razgovarati o bolesti i tegobama sa pacijentom koji stoji.*

U bolničkom odjeljenju ako ljekar stoji pored kreveta kod

pacijenta može ostaviti dojam da mu se žuri i da želi što prije završiti pregled, dok ljekar koji uzme stolicu i sjedne pored bolesnika ostavlja dojam veće zainteresovanosti za pacijenta.

Ljekar mora da bude dobar slušač. Pacijent ne smije da osjeti pomanjkanje vremena, nezainteresovanost, žurbu. Često je u toku samog pregleda potrebno pričati sa pacijentom da bi se relaksirao. Ponekad je potreban samo pogled, napomena da nastavi, što sve ohrabruje pacijenta i daje osjećaj da je prepoznatljiv kao osoba i da je ljekar zainteresiran za njegove probleme. Pacijenti su svjesni pomanjkanja vremena, osjećaju govor tijela koji često sugeriše da bi ljekar želio da je negdje drugdje. Nerijetko osjeća i nestrpljenje kada ga ljekar požuruje da završi sa iznošenjem svojih tegoba.

Suptilnost ovih odnosa svaki ljekar poboljšava i koriguje tokom svoje prakse, i nikada ne smije zaboraviti da se u svakoj situaciji može nešto novo naučiti i da se uvijek može uspostaviti bolji odnos. Svi oni koji su u kontaktu sa pacijentom moraju da imaju na umu kako bi bilo njima da su u “njihovoj koži”.

U ljudskoj je prirodi da bude optimističan, ali optimizam bez realne osnove ne daje rezultate niti poboljšava odnos ljekar – pacijent. U ljudskoj je prirodi, također, i da svoja osjećanja prenosi na druge. Ljekar u odnosima sa pacijentom ne smije pokazivati ni preveliki optimizam, niti preveliku zabrinutost sve dok nije siguran u stvarno stanje oboljelog.

Ljekar mora izbjegavati procjenu i kritiku akcije i ponašanja pacijenta odmjeravajući je prema svojim vlastitim standardima. Nikada ne smije zaboraviti da pred sobom ima ljudsko biće koje je bez obzira na svoje obrazovanje, intelekt ili društveni status, samo ljudsko biće koje se plaši onoga što bi mu ljekar mogao reći. Ljekar mora na jednostavan i razumljiv način pacijentu prenijeti podatke o bolesti i dati upute o tretmanu ili planiranim procedurama.

U multikulturalnim sredinama ljekar se susreće sa pacijentima

različitog porijekla, vjerske pripadnosti, običaja, ponašanja te je dužan pokazati da respektuje različitosti i stavove pacijenta koji mogu biti u potpunoj oprečnosti sa ljekarovim svjetonazorom.

Često u tim odnosima postoje i jezičke barijere i onda je dobro imati prevodioca. I u tim situacijama, koje ipak nisu česte u svakodnevnoj praksi, pogled očiju, kao i pitanja trebaju biti usmjereni prema pacijentu, a ne prema prevodiocu.

Dodirivanje pacijenta izvan fizikalnog pregleda, dakle još u toku razgovora, ako je bez dopuštenja može od strane pacijenta biti shvaćeno kao nasrtaj, pogotovo kada je riječ o različitim spolovima, te biti upereno protiv ljekara. Nikada se ne smije zaboraviti da preko puta nas sjedi pacijent koji možda ima i psihičkih tegoba a mi na osnovu prvog kontakta, ukoliko nemamo ranije dijagnoze, ne možemo o tome ništa znati.

5. Fizikalni pregled

Prije fizikalnog pregleda pacijent mora biti relaksiran što se može omogućiti uz razgovor, te pri obavljanju pregleda treba pratiti izraz pacijentovog lica. Na primjer, pri palpaciji abdomena izraz pacijentovog lica često govori o prisustvu ili odsustvu bolova.

Mada se generalno izbjegava dodirivanje pacijenta bez pregleda, ipak, blago tapšanje po ramenu može biti i dio liječenja jer daje osjećaj topline. Tokom fizikalnog pregleda dodir je dozvoljen i često može biti i koristan kada je pacijent pod stresom primanja loših vijesti.

I kod ovakvih dodirivanja pacijenta dovoljan je samo blagi stisak ruke da bi se pacijent ohrabrio, ali i tada treba biti veoma oprezan i voditi računa o ličnosti samog pacijenta kao i o mogućnosti prisustva drugih lica, te voditi računa kako to može biti interpretirano od strane trećeg lica.

Ljekari kliničke prakse bi trebali da razviju sposobnost, ako je već ne posjeduju, da informacije o ozbiljnosti bolesti prenesu

sa osjećajem mjere i suptilnosti, pogotovo kada su suočeni sa fatalnim oboljenjima.

6. Ljekari i drugo medicinsko osoblje kao pacijenti

Ove relacije su posebno osjetljive i ljekar mora da zna koliko je drugi kolega, sada u ulozi pacijenta, informisan o bolesti, pa u tim slučajevima i pored toga što pacijent zna sve o svojoj bolesti nikakav agresivan odnos ne treba biti poduzet niti sa kolegom voditi razgovor kao da su u pitanju konsultacije. Topao, odmjeren i proračunat odnos svakom odgovora, a pitanja treba da uspostave dobru ravnotežu između ljekara kao pacijenta i ljekara koji obavlja pregled jer preko puta sjedi ipak obično ljudsko biće koje je, kada je u pitanju vlastita bolest uplašeno, frustrirano i traži toplu ljudsku riječ i razumijevanje.

7. Ljekarski izvještaj

Pisani ljekarski izvještaj treba da bude jasan, sadrži sve relevantne informacije, kao i potpisan od strane ljekara koji je nalaz sačinio, ali pri tom vodeći računa o pacijentovom poznavanju vlastite bolesti kao i o emocionalnom stanju u kome se nalazi.

Model Zapadne medicine zasnovane na nauci se sastoji od uspostavljanja tačne dijagnoze, tretiranja bolesti, te ublažavanja subjektivnih tegoba. On je adekvatan za mnoge bolesti ali ima i ograničenja.

Mnogi su razlozi koji pacijenta dovode u ordinaciju obiteljskog ljekara, nekada je veliki broj onih koji imaju psihičke ili socijalne tegobe te svoje unutrašnje konflikte kao i konflikte sa okolinom rješavaju odlaskom kod ljekara, neki su pacijenti zbog ostvarivanja vlastitih ciljeva u prilici da izmišljaju subjektivne tegobe, mnogi somatiziraju svoje depresije i anksioznosti. U ovoj šarolikosti, sa kojom se svakodnevno susreće u praksi, ljekar u komunikaciji sa pacijentom treba da otkrije šta je pacijenta uvelo u takvo stanje i da mu pomogne u okviru svojih znanja i vještina. Mnogi, ove slučajeve odmah prosljeđuju na psihijatrijski tretman što je pogrešno jer mnogih od pacijenata nisu psihijatrijski

slučajevi, tako npr. strah od ispita kod mnogih može dovesti do ubrzanog rada srca, opresija u grudnom košu, i kada se isključi prisustvo bilo kakve patologije pacijent može biti “oslobođen” svojih tegoba i bez terapije.

Često odlazak psihijatru uključuje i terapiju koja nije neophodna za pacijenta.

Sve su ovo dileme, zadaci i izazovi pred ljekarima, te ne čudi što se često govori o umijeću medicinske prakse.

8. Informed Consent – obaviješteni pristanak

8.1. Informisanost pacijenta

Pravilno bi bilo govoriti o pristanku obaviještenog pacijenta. Da bi pacijent mogao da donosi odluke o svome zdravlju i bolesti neophodno je da bude informisan o svim pojedinostima koje se tiču njegove bolesti i njega lično.

Smatra se da najrazornije na čovjeka djeluje strah od nepoznatog, od onoga što se samo pretpostavlja.

Slobodno dat pristanak od strane pacijenta za liječenje i poduzete medicinske procedure je osnov dobre medicinske prakse. Često se sve završi na jedan ležeran način i opšte zadovoljstvo i ljekara i pacijenta, ali često kada su u pitanju stariji pacijenti, pogotovo oni sa mentalnim poremećajima, komunikacija pacijent – ljekar je poremećena što može dovesti do dilema u terapeutskom i dijagnostičkom pristupu pacijentu.

Postavlja se otvoreno pitanje:

Kako prići ovim pacijentima i riješiti dileme?

Pragmatičan pristup treba da je baziran na moralnosti i rješavanje problema treba tražiti u skladu sa zakonskim odredbama. I u ovim dilemama po ne znam koji put se vraćamo Hipokratovoj zakletvi gdje je naglašena važnost djelovanja samo za dobrobit pacijenta izbjegavajući nanošenje štete.

“Ja ću određivati liječenje samo za dobro pacijenta skladno mojim sposobnostima i procjenama, i nikada neću nikoga oštetiti...”

U svaku kuću u koju uđem ući ću samo za dobrobit mog pacijenta, čuvajući sebe daleko od namjera činjenja lošeg....”¹¹

Ljekar mora na adekvatan način informisati pacijenta o preporučenim tretmanima ili procedurama naročito vodeći računa o opasnostima i rizicima istih i treba biti zadovoljan ukoliko ga pacijent razumije i pristane na tretman. Ukoliko ljekar djeluje bez pristanka pacijenta svaka tako učinjena intervencija može dovesti do civilnog ili sudskog procesa.

Američki sudija Benjamin Cardoza je još 1914. godine izjavio da svaka osoba zrelih godina i zdravog duha ima pravo da odluči šta bi trebalo da se desi sa njegovim tijelom kada je u pitanju hirurški zahvat i ukoliko hirurg izvrši operaciju bez njegovog odobrenja on čini prekršaj - napad. Izuzetak je kada je riječ o hitnim intervencijama koje su obično u službi spašavanja pacijentovog života.⁴³

U Sjevernoj Australiji postoji zakonski akt o obavezi ljekara da pacijentu objasni poduzeti tretman uključujući pozitivne efekte istok kao i rizike. Sa kakvim se sve situacijama može susresti ljekar u visoko razvijenim zapadnim društvima govori i slučaj gospođe Whitaker.

Gospođa Whitaker, stara 47 godina, je bila podvrgnuta hirurgiji oka 1983. godine da bi poboljšala vid na njenom desnom oku.

Na to oko je bila slijepa od devete godine života nakon povrede istog. Predložena operacija je dodatno omogućavala i poboljšanje izgleda tog oka i kontrolu pojave ranog glaukoma. O svemu je detaljno obaviještena od strane ljekara, odgovoreno je na sva njena pitanja, ali ona nije decidno pitala da li operacija na desnom oku može ugroziti njeno lijevo oko. Nakon poduzete intervencije ona je oslijepila i na lijevo oko te je tužila ljekara zbog

njegovog propusta da joj objasni da je postojala i mogućnost sljepila na drugom oku. U svojoj odbrani hirurg je rekao da nije napomenuo i moguću pojavu simpatičke oftalmije na zdravom oku. Simpatička oftalmija je veoma rijetka komplikacija i događa se u 1:14.000 slučajeva.

Vrhovni sud Australije je donio presudu 1992. godine u korist tužiteljice i ona je dobila odštetu koja je iznosila preko 800.000 australijskih dolara.⁴⁴

U Australiji postoji *Medical Defans Organisation* koja egzistira više od 100 godina a glavni joj je zadatak da promovira dobro organiziranu medicinsku praksu, pomaže i savjetuje ljekare kada su suočeni sa sudskim procesom. Aktivnost ove organizacije je uglavnom fokusirana na redukciju rizika sa kojima se susreće u medicinskoj praksi i to kroz edukaciju njihovih članova, uglavnom o ponašanju. Najčešći problemi su ukoliko ljekari zanemaruju važnost dobrih komunikacija, skloni su davanju komentara o drugim kolegama, ne čuvaju uredno zapise o pacijentima. Veoma je važno pažljivo zabilježiti svaki podatak o alergijama koje pacijent anamnestički navodi.

Generalni medicinski savjet Engleske uspostavio je obaveze za ljekare, a fokusirane su na pristanak pacijenta.

“Uspješan odnos između ljekara i pacijenta zavisi od povjerenja. Da bi se to povjerenje uspostavilo i održalo moraš:

- Slušati pacijente i poštovati njihova viđenja.
- Poštovati pravo pacijenta da budu potpuno uključeni u odluke kada je riječ o njihovom tretmanu
- Poštovati pravo pacijenata da odbiju tretman.”¹⁸

Ove instrukcije su generalno primjenjive. Da li je neka osoba kompetentna ili autonomna da donosi odluke i daje pristanak za svoje liječenje procjenjuje ljekar. Postoje bazični standardi koji uključuju:

- Razumijevanje informacija

- Obradivanje informacija
- Razlozi o posljedicama odluke.

8.2. Slobodna volja pacijenta

Slobodna volja pacijenata je veoma važna u donošenju odluka o svom liječenju ili procedurama koje treba poduzeti. Pri tome se mora strogo voditi računa i izbjegavati nametanje mišljenja. Kada je u pitanju odnos ljekar – pacijent, pacijenti su često skloni da tu odluku prepuste samom ljekaru.

Prema engleskom zakonu o pristanku pacijenta:

- Odrasli imaju apsolutno legalno pravo da biraju da li da odobre medicinski tretman ili da ga odbiju, ili da biraju jedan između mogućnosti više ponuđenih tretmana
- Kompetentnosti legalno važećeg pristanka su potpune ako je osoba sposobna da donosi iste, informisana o poduzetim intervencijama i na to dobrovoljno pristaje.
- Odrasli se smatraju legalno kompetentnim dok se ne dokaže suprotno.
- Zakonski test kompetencije da se da pristanak je taj da osoba može razumjeti i zapamtiti relevantne informacije, vjerovati im, procijeniti informacije balansirajući između dobrobiti i rizika, i doći do odabira koji istovremeno ne mora biti racionalan.
- Izbjegavati akcije prisile, zdravstveni radnik treba samo ponuditi informacije o prirodi i namjerama medicinske intervencije.
- Kada odrasla osoba nije u stanju da da pristanak zbog pomanjkanja uračunljivosti zdravstveni radnik može zakonski pacijenta tretirati tako dugo dok djeluje u njegovom najboljem interesu, ili u slučaju da je neki tretman neophodan u hitnoj intervenciji...⁴⁵

Iz svega ovoga proizilazi da je tekuća praksa prihvaćanje stava da sve informacije ljekari dijele sa pacijentom što je u stvarnom radu i praksi samo teorija. Činjenica je da se u stvarnosti manje prakticira ono što se propovijeda.

U određenim slučajevima ljekar može i da zadrži informacije o dijagnozi, tretmanu i prognozi bolesti ukoliko bi po mišljenju ljekara saznanje o prirodi bolesti moglo naškoditi pacijentu, ali mora bit donesena i bazirana na osnovnim etičkim principima da se to čini za dobrobit pacijenta i da se pacijentu ne naškodi. Često i članovi uže porodice pacijenta traže od ljekara da sakriju pravu istinu.

Ova pitanja su naročito osjetljiva kada je riječ o teškim nezlječivim oboljenjima sa lošom prognozom i spoznaja o stvarnom stanju može kod određenog broja bolesnika dovesti do pogoršanja psihičkog stanja, apatije, odbijanja bilo kakvog tretmana... Da li će se iznošenjem istine uništiti sve pacijentove nade, pitanje je koje ljekar često postavlja.

Sve ove dileme kreiraju i nova pitanja:

Pacijent ima pravo da zna istinu o svojoj bolesti, ali možda on ima pravo i da ne zna.

Postavlja se i pitanje ko bi trebao reći pacijentu istinu o ozbiljnosti njegove bolesti? Najbolje je da to učini porodični ljekar u koga pacijent ima najviše povjerenja i to u prisustvu članova porodice.

Međutim, često se dešava da pacijent tu informaciju dobije od ljekara koji mu je donekle stranac - u bolnici.

Tada se mora voditi računa da se pacijentu ne priđe na hladan i samo profesionalan način.

Nikada ne treba ubiti nadu i, bez obzira koliko prognoza bila infaustna, uvijek dati drugu mogućnost, jer u prirodi stvari uvijek kada zatvorimo vrata iza nas pred nama su duga vrata koja treba otvoriti i vidjeti šta se nalazi iza njih.

Ovako ozbiljna saopštenja ne smiju biti davana na brzinu, čak ni sa naznakom da se ljekaru žuri, ljekar mora sjesti i ne izbjegavati direktan pogled pacijenta, te mu objasniti da će se i pored postojeće dijagnoze poduzeti sve da se ublaže simptomi kao i mogućnosti novih terapija.

9. Ljekar i starije osobe

Populacija starijih osoba je sve brojnija. Osobitosti organizma starije osobe su specifične i vrlo često bitno drugačije nego organizmi osobe srednje dobi života. Nije lako odrediti granicu od koje bismo mogli govoriti o tkz. starijem organizmu. Obično se u razmatranje uzima dobna granica od 65 godina pa naviše. Uzimati tu granicu u razmatranje nije idealno. Biološka dob i kalendarska dob često nisu povezane i sa današnjeg stepena razvoja medicine trebali bismo težiti ka definisanju starosti na osnovu bioloških, a ne kalendarskih pokazatelja.¹⁷

Pristup starijim pacijentima ima svoje specifičnosti. Demencija je bolest sa povećanom incidencom u starijoj dobi, prevalenca je oko 5% u dobi preko 65 godina dok je i 20% u onih starijih od 80 godina. Nema lijeka za demenciju mada se razvijaju nove terapijske mogućnosti sa ciljem poboljšanja mentalne funkcije kao i usporenja procesa. Kada su u pitanju stariji i stari pacijenti događa se da ljekar ignoriše pacijentova osjećanja. Važno je da gubitak intelektualne funkcije ne znači i totalni gubitak emocija i humanih procjena. Kod ranog stadija demencije pacijent je još uvijek sposoban da donosi odluke o svom zdravlju.

Demencija kao i sam proces starenja ne dovodi samo do promjena u memoriji, nego također i do promjene u rasuđivanju, vizuelnih tegoba, smanjuje se pažnja, slušnost...

Sam proces starenja dovodi do mnogobrojnih promjena u organizmu kako u fizičkom tako i u mentalnom statusu.

Kakve se sve promjene dešavaju kod ostarijelih pacijenata veoma slikovito i na duhovit način oslikava poema o starenju engleskog studenta medicine, (autor nepoznat) za koju je dobio nagradu.



Lord Amurlee, osnivač i predsjednik Gerijatrijskog društva Engleske u periodu od 1948. do 1975. godine je nakon smrti ostavio zakladu za dodjeljivanje nagrade za najbolji literarni rad studenata medicine.

Poema Tomovog prijatelja o starenju

Ja sam dobro, hvala
Nema ništa što bi me smetalo,
Zdrav sam kao što mogu biti.
Imam artritis u oba koljena,
I kada govorim, govorim uz teško disanje,
Moj puls je slab a krv razrijeđena,
Ali ja sam neobično dobro za dob u kojoj sam.

Nosim štap da bih mogao da hodam po ulici,

Ne spavam noćima,
Ali svako jutro ja kažem da sam dobro.
Moje pamćenje slabi, moja glava se trese,
Ali ja sam neobično dobro za dob u kojoj sam.

Pouka moje iznesene priče
Je da ja i ti prijatelju starimo.
Bolje je reći da si dobro osmjehivajući se
Nego dopustiti da ljudi saznaju u kakvom smo stanju.
Čuo sam da se kaže da su stare godine zlatne,
Ali ponekad ja sam začuđen ako i ustanem iz kreveta.
Sa mojim ušima u ladici, zubima u čaši,
Moje oči su na stolu dok se ne probudim,
I prije nego što me san obhrva ja pitam samog sebi
Ima li još nešto što bih mogao ostaviti na policu.

Dok sam bio mlad moje papuče su bile crvene,
I mogao sam zbaciti noge preko glave.
Kako sam stario moje papuče su postale plave,
Ali sam još uvijek mogao plesati cijelu noć.
Sada sam star, moje papuče su crne,
I polako idem do dućana i natrag.

Kako da znam da je cijela moja mladost potrošena,
Dakle moje “ustati i ići” je ustalo i otišlo,
Ali to meni ne smeta jer ja sa osmijehom na licu
razmišljam
O svim lijepim mjestima gdje je moje “ustati” bilo.

Dakle, kada su u pitanju gerijatrijski bolesnici, ukoliko je pacijent mentalno sposoban on je taj koji donosi odluke o svome tretmanu.

Ukoliko je stanje demencije u odmaklom stepenu potvrđeno i od strane ljekara, ljekar je taj koji treba da donese odluku u najboljem interesu pacijenta.

Ukoliko ljekar kod pacijenta primijeti veće smanjenje vida, te da gubi sposobnosti procjene dužan je da ga upozori da prestane voziti.

U ranim slučajevima demencije pacijenti bi trebali biti ohrabrivani od strane ljekara da u skladu zakona opunomoće neku osobu, bio to odvjetnik ili neko od rodbine, da ga zastupa u slučaju ako postane mentalno nesposoban. U svim ovim slučajevima intelektualna invalidnost oslobađa pacijenta od davanja pristanka.

U zemljama sa visokim tehnološkim medicinskim dostignućima ljekar se susreće i sa izjavom datom za života (*Living Will*), testamentom donesenim od strane pacijenta unaprijed, u kojima osobe u stanju punog mentalnog zdravlja daju upute za tretman u vezi zdravstvene njege u slučaju da se te mentalne sposobnosti izgube u toku procesa starenja. Ovi primjeri se prije svega odnose na Sjevernu Ameriku sa specifičnim sistemom zdravstvene zaštite.

Zakon o ličnoj volji pacijenta (*Patient Self – Determination Act*) iz 1991. godine donio je odluku da pacijent bude obaviješten o pravu koje se tiče medicinskog tretmana, odnosno liječenja, uključujući i pravo o slobodnom odlučivanju o trenutku smrti.¹⁷

Ove direktive trebaju obezbjediti pojedincu indirektno učestvovanje u donošenju odluka o medicinskom tretmanu u budućnosti, ako u tom periodu postane nekompetentan za donošenje takvih odluka. One mogu produžiti autonomiju pojedinca te mu omogućiti njegu po vlastitim željama.

Testament je zato da prevenira i neželjene invazivne procedure. Odredbe ovakvog testamenta mogu biti napisane i u slučaju određenih kliničkih situacija kao, na primjer, ako je pacijent u terminalnoj fazi neizlječive bolesti i mogu sadržavati odbijanje

bilo kojeg tretmana ili intervencije, a ne smiju se tražiti zakonski nedozvoljene intervencije. Također, ne mogu se zahtijevati tretmani za koje zdravstveni tim smatra da su neadekvatni.

Odredbama testamenta ne može se dati zakonska snaga bez omogućavanja pune ljekarske ekspertize, ili provođenja tretmana ili dijagnostika koje nisu bile dostupne u vrijeme sačinjavanja testamenta.

Ovakvi “testamenti za života”, odnosno slobodno odlučivanje o trenutku smrti, mnogi poistovjećuju sa pitanjem eutanazije ili asistiranog samoubistva.

Ovakve odluke pojedinih pacijenata su proizašle iz sve veće medikalizacije zdravstvene zaštite i velike uloge medija u pojedinačnim slučajevima te se mnogi boje mogućnosti da u procesu starenja postanu nekompetenti za donošenje odluke o svom tretmanu. Suočen sa pacijentom koji je u nemogućnosti da participira u donošenju odluke o medicinskom tretmanu ljekar, djelujući u najboljem interesu za pacijenta i poštujući svetost života, može doći u nedoumice kako pristupiti teško oboljelom pacijentu koji nije kompetentan.

Razgovor sa bliskom rodbinom je također dio dobre prakse ali njihovi pogledi mogu biti suprostavljeni jedni drugima kao i pogledima ljekarskog tima.

Poznato je gledište da medicina ponekad može ići tako daleko sa spasi život po svaku cijenu, te u ovim slučajevima testament za života može imati opravdanje.¹⁷

Ovo su primjeri sa kakvim se sve etičkim dilemama susreće savremeni svijet. S obzirom da je naše društvo u fazi demokratizacije i na putu evropskih integracija mogućnost ovakvih etičkih procjena nije daleko ni od naše stvarnosti.

Ovo su samo natuknice i otvorena pitanja koja ljekare treba da potaknu na duboko razmišljanje o svojim postupcima i odlukama u jednom vremenu u kome se već nalazimo, i u kome je

rad zdravstvenog tima pod otvorenim okom cijele društvene zajednice kao i pojedinca koji je sve više svjestan svoga prisustva u donošenju odluka o svom vlastitom zdravlju.

10. Ljekar i malodobne osobe

Kada je riječ o malodobnim osobama roditelji su ti koji generalno donose odluke za svoju djecu, a u njihovom najboljem interesu.

I na ovom segmentu komunikacija pojavljuju se mnogi problemi. Najčešći je zahtijev seksualno aktivne tinejdžerke da joj se ordiniraju kontraceptivna sredstva ali uz insistiranje da njeni roditelji ne budu o tome obaviješteni. Generalno gledano ljekari šesnaestogodišnjakinju mogu tretirati kao zrelu osobu dok, ukoliko je manja životna dob, moraju konsultovati roditelje.

Sada se nameće etičko pitanje pogreške ukoliko ljekar ne ordinira kontracepciju. Time ne znači da će mlada osoba prestati da upražnjava seks, a mogućnost začeca neželjena djeteta je mnogo veća šteta od štete ako se o tome ne obavijeste roditelji.

To je mišljenje jednih, drugo je opet mišljenje da neobavijestavanje roditelja dovodi do veće štete jer, ukoliko ostanu uskraćeni za saznanje o ranom stupanju svoga djeteta u seksualne odnose, gube mogućnost da djeluju vaspitno i kroz razgovor sa djetetom zajednički riješe nastale probleme.

Na kraju, se ove i mnoge druge etičke dileme ostaju otvorene da ih riješi sam ljekar koji će djelovati u skladu najboljeg za pacijenta, koristeći sva svoja znanja i iskustva.

Postoje i slučajevi zahtjeva za sterilizaciju, ali za ovu odluku roditeljski pristanak nije dovoljan nego je potrebna i odluka suda.

11. Profesionalna tajna

Fundament u odnosima ljekar - pacijent je povjerenje i po-vjerljivost. Baza i ovog veoma važnog etičkog principa leži u Hipokratovoj zakletvi:

“Sve što čujem ili vidim u odnosu sa pacijentom biće sveta tajna”.

Ovo pravilo je ponovljeno i u Ženevskoj deklaraciji:

“Poštovaću tajne koje su mi povjerene čak i nakon pacijentove smrti.”⁴⁶

Australijska Medicinska Asocijacija je 1996. godine u svom dopunjenom kodu ovako formulirala ovaj etički princip:

Čuvaj u povjerenju informaciju dobivenu od tvoga pacijenta ili od kolege, a odnosi se na pacijenta, i razotkrij je samo uz pacijentovu dozvolu. Izuzeci se mogu pojaviti ako je zdravlje drugih dovedeno u pitanje ili kada je to na zahtijev suda.³⁹

Navedena generalna pravila mogu poslužiti kao vodič za ljekare:

- Privilegija da zadrži informaciju pripada pacijentu a ne ljekaru.
- Informacija se može objaviti pod uslovom da je pacijent dao valjani pristanak.
- Informacija ne treba biti data advokatima prije saslušanja na sudu bez pacijentove saglasnosti.
- U građanskim parnicama oko odgovaranja na pitanja povjerljive prirode ljekar, ukoliko je u dilemi, treba pitati za upustva sudiju i nakon toga slijediti te instrukcije.
- Većina pitanja može sigurno biti otkrivena u krivičnim parnicama, ali ponovo, ako je u sumnji, ljekar treba tražiti i zatim slijediti savjet koji mu je dao sudija.
- Povjerljivost se primjenjuje čak i nakon smrti pacijenta.
- Ljekari koji propuste da se pojave na sudu kada su pozvani kao svjedoci, ili odbiju da odgovore na postavljena pitanje pozivajući se na profesionalnu etiku, neće biti imuni od optužbe za nepoštovanje suda.

Kada su u pitanju osjetljiva pitanja HIV pozitivnih pacijenata u svim državama je statutarne obaveza ljekara da prijavi svaki slučaj oboljelog od ove bolesti. U mnogim državama ljekari nisu obavezni da otkriju ime pacijenta.

Na Tasmaniji *The HIV/AIDS Preventive Measure Act 1993*. daje pravo ljekaru da upozori seksualne partnere inficiranog pacijenta ako pacijent nastavi partnere izlagati riziku.

Tasmanijski zakon također obezbjeđuje statusnu zaštitu pacijenta koji je obolio od HIV- a, a od ljekara zahtijeva da tu tajnu otkrije njegovom seksualnom partneru.⁴⁷

Izjava o profesionalnoj odgovornosti ljekara u liječenju pojedina oboljelih od AIDS – a usvojena na 40. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Beču u septembru 1988. godine

Svjetsko medicinsko udruženje je ranije usvojilo smjernice kako bi pomoglo nacionalnim medicinskim udruženjima u razvoju strategija borbe protiv rastuće epidemije AIDS-a. Ta izjava daje ljekaru uputstva u vezi njegove profesionalne odgovornosti u liječenju bolesnih od AIDS-a kao i odgovornost prema pacijentima u slučaju kada je ljekar seropozitivan.

Dio privremene izjave Svjetskog medicinskog udruženja o AIDS-u, usvojene oktobra 1987., glasi:

- Pacijentima sa AIDS-om i onima sa pozitivnim testom na antitijela AIDS virusa, mora biti pružena odgovarajuća medicinska zaštita i ne smiju biti nepravedno tretirani ili stradati zbog osude ili iracionalne diskriminacije u svom svakodnevnom životu. Dugogodišnja i časna tradicija ljekara je da hrabro i požrtvovano liječe pacijente sa infektivnim bolestima. Tradicija mora da bude nastavljena i kada je u pitanju epidemija od AIDS-a.
- Oboljeli od AIDS-a imaju pravo na kompetentnu medicinsku zaštitu sa saosjećanjem i poštovanjem ljudskog dostojanstva. Ljekar nema etičko pravo da u oblasti svoje kompetencije odbije pružanje pomoći pacijentu samo

zato što je on seropozitivan. Medicinska etika ne dozvoljava kategoričnu diskriminaciju pacijenata samo na osnovu seropozitivnosti bolesnika. Osobi koja je oboljela od AIDS-a potrebna je kompetentna zaštita. Ljekar koji nije u mogućnosti da obezbijedi takvu zaštitu i usluge osobi oboljeloj od AIDS-a treba da je uputi onim ljekarima ili ustanovama koje su opremljene za pružanje takvih usluga. Dok prijem ne bude izvršen, ljekar mora da liječi pacijenta na najbolji mogući način.

- Pravo na zaštitu imaju i oni koji su zaraženi AIDS virusom kao i oni koji nisu zaraženi. Ljekar koji zna da je zaražen ne treba da se angažuje u aktivnostima sa rizikom prenošenja bolesti na druge. Kontrolni faktor u kontekstu moguće izloženosti AIDS-u je aktivnost kojom ljekar želi da se bavi.
- Ako pri pružanju medicinske zaštite postoji rizik prenošenja infektivnog oboljenja sa ljekara na pacijenta, onda otkrivanje tog rizika pacijentu nije dovoljno, pacijenti imaju pravo da očekuju da njihovi ljekari neće povećati njihovu izloženost riziku inficiranja.
- Ako ne postoji rizik, otkrivanje pacijentu ljekarovog medicinskog stanja neće poslužiti racionalnoj svrsi, a ako rizik postoji, ljekar ne treba da bude angažovan u tim aktivnostima.
- Ako je pacijent u potpunosti informisan o zdravstvenom stanju ljekara i rizicima tog stanja i sam odluči da nastavi liječenje kod seropozitivnog ljekara, onda veće mjere zaštite moraju da postoje da bi bili sigurni da je dobijena prava informisana saglasnost.
- Obaveza svih ljekara je da se uzdržavaju od davanja lažnih potvrda čak i ako je njihova namjera da pomognu pacijentima da ostanu u svom svakodnevnom okruženju.
- Obaveza ljekara je da se povinuje sanitarnim pravilima i

pravima zaštite za zdravstveno osoblje jer su ona poznata, jednostavna i efikasna.

- Obaveza svih ljekara je da u potpunosti učestvuju u preventivnim programima iniciranim od strane autoriteta kako bi se spriječilo širenje AIDS-a.²⁹

12. Medicinski nalazi

Ljekarski nalazi služe ljekaru kao pomoć za “memorisanje” o tretmanu bolesnika, poduzetim procedurama, terapiji, objektivnom nalazu pri pregledu.

Ljekarski nalazi o pretragama, toku bolesti i tretmanu pacijenta pripadaju ljekaru a ne pacijentu.

Ova situacija odnosa može biti promjenjiva.

U nekim zemljama kao, na primjer, Kanadi pacijent zvaničnom odlukom iz 1992. godine ima pravo da vidi nalaze i napravi kopije istih, i to bilo kojeg dijela, što se odnosi na nalaze dobijene u primarnoj, sekundarnoj ili tercijernoj zaštiti. U Ujedinjenom Kraljevstvu pacijent ima pravo pristupa medicinskim nalazima, a ova prava su uspostavljena 1994. godine. U Australiji podaci o stanju pacijenta se mogu dati pacijentu ako se ljekar sa time slaže.

Kod nas je običaj, naravno ne pravilo, i to naročito u poslijeratnom periodu, da pacijenti sa sobom nose svu svoju medicinsku dokumentaciju a ne ostavljaju je u fajlovima obiteljskog ljekara. Takav način rada otežava adekvatan rad sa pacijentom; povećavaju se mogućnosti manipulacije pacijenta da neke medicinske pretrage ponavljaju i po više puta bez pravih indikacija, mijenjaju ljekare konsultante, od kojih svaki daje svoje nalaze i preporuke za terapiju tako da dolazi i do polipragmazije jer ljekar nema uvid u pacijentove pretrage i nalaze od kojih neke pacijenti i ne pokazuju ordinariusu kao i ljekarima konsultantima. Sve ovo dovodi i do nepotrebnih povećanja materijalnih troškova.

I u našoj zemlji bi trebalo da se uvede zakonsko pravilo da svi nalazi i pretrage, koji se odnose na određenog pacijenta, ostanu u ljekarskoj dokumentaciji, a da se pacijentu dozvoli mogućnost kopiranja istih.

Ljekarski nalazi su jedan od osnovnih komponenata ljekarske njege. Njihova namjena je da pohranjuju kliničke nalaze koji koriste ljekarima u procjeni pacijentovog zdravstvenog stanja, kao i sredstvo komunikacije među ljekarima raznih grana medicine kao i drugih zdravstvenih radnika koji su uključeni u rad sa pacijentom. Oni također mogu biti korišteni u kliničkim i epidemiološkim istraživanjima, zdravstvenoj edukaciji, administraciji, te kao dokazi u sudskim procesima.

Nalaz mora biti napisan čitko, najbolje je otkucan na pisačkoj mašini ili kompjuteru, mora biti potpisan od strane ljekara koji ga je sačinio sa datumom izdavanja istog.

Treba izbjegavati bilo kakve komentare o tretmanu drugih kolega,, poduzetim procedurama i nikada ne davati lične kritike.

Da bi se održao visoki standard zdravstvenog zbrinjavanja pacijenata evo nekoliko uputa za ljekare kako da sačine taj nalaz:

- Napišite ga bez odlaganja. Što se nalaz uradi brže nakon određene pretrage veća je vjerovatnoća da će biti tačan.
- Pišite razumljivo i jasno. Izbjegavajte korištenje skraćena - ukoliko se koriste one trebaju biti one koje su široko zastupljene u medicinskoj profesiji.
- Unesite datum i vrijeme svakog unosa.
- Pišite nalaze sami i potpisujte ih.
- Nikada ne potpisujte unos podataka koji su uradili drugi ljekari.
- Budite objektivni u vašim opservacijama. Izbjegavajte

subjektivne i lične kritične komentare o pojavi i ponašanju pacijenata.

- Nemojte editirati unose čak ni da bi im povećali čitljivost.
- Ako se načine greške prekrizite netačni dio a onda ga potpišite inicijalima i stavite datum. Unijeti na margini opasku za razlog korekcije. Nakon toga unijeti korekcije u pravilnom hronološkom redoslijedu.
- Nemojte praviti besmislene i nepotrebne, kao i iritirajuće primjedbe o kolegama ili tretmanu koji su oni predložili. Takve primjedbe mogu izazvati sporenja.
- Budite vrlo pažljivi kada preporučujete terapijski tretman.

Dobro urađen medicinski nalaz treba da sadrži:

- historiju bolesti,
- nalaz medicinskog pregleda,
- rezultate pretraga,
- dijagnozu ili više njih i
- predloženi terapijski plan.

Konsultativni izvještaji specijalista se prave kao sredstvo komunikacije među kolegama. U mnogim zapadnim zemljama ukoliko pacijent želi da ima kopiju specijalističkog nalaza mora imati dopuštenje ljekara koji je izdao taj nalaz.

Generalno stajalište ljekara je da su zapisi o pacijentovom stanju, tretmanu i dodatnim pretragama za njihovo podsjećanje o istom i trebali bi da budu u posjedu istih, dakle ljekara.

Nalaz je za ljekara sredstvo memorisanja, te također i sredstvo komuniciranja među kolegama različitih grana medicine

Pametne kartice – Smart cards

Zahvaljujući novim tehnološkim dostignućima, smart cards, mogu da sadrže mnoštvo podataka, mobilne su i zaštićene, jer ih samo ljekar može koristiti.

Treće poglavlje

ODNOS LJEKAR – DRUŠTVO I LJEKAR – KOLEGE NA POSLU

1. Ljekar i zajednica

Medicinska praksa u mnogim zemljama, a sada i kod nas, zahtijeva od ljekara kao zakonsku obavezu da budu registrovani. Kod nas su svi ljekari članovi *Ljekarske/Liječničke komore* koja kroz svoje kodekse ponašanja vodi računa o radu svakog pojedinog ljekara, izdaje licence za rad zahtijevajući permanentnu edukaciju, štiti prava ljekara a također, ako je potrebno, vodi i disciplinske postupke protiv onih koji su prekršili norme etičkog ponašanja, te privremeno ili trajno oduzeti licencu. Od ljekara se osim stalnog stručnog usavršavanja traži i profesionalan i etičan pristup svakom pojedinom pacijentu.

Gledajući na druge države poznato je, na primjer, da je prvo ljekarsko udruženje registrovano na Tasmaniji 1833. godine, *Medical Council of Tasmania*. (Medicinski savjet Tasmanije). Koliko godina kaskamo iza naprednog svijeta neka procijeni sam čitalac.

Obaveze *Medicinskih savjeta (Medical Boards)* su:

- Provjera stručnosti i stalna provjera znanja svih registrovanih članova.
- Procjena ponašanja ljekara koji su u praksi, često i kroz uspostavljen institut primanja žalbi pacijenata i poduzimanje disciplinskih mjera.
- Procjena sposobnosti ljekara kada je njegovo zdravlje narušeno.

U svim zemljama je sve više onih koji se žale na rad ljekara.

Tokom prošloga sistema smo uglavnom bili zaštićeni od ovakvih mogućnosti, koje u fazi demokratizacije našega društva ulaze na velika vrata i u naš zdravstveni sistem.

U Australiji je pri Medicinskom savjetu uspostavljen i *Health Care Complaints Unite*, i to od 1884. godine. Svaki ljekar je svjestan na šta se sve pacijent može žaliti, a mnoge od tih žalbi mogu biti prevenirane.

Najveći broj grešaka se dešava na nivou komunikacija.³⁹

Neuspjeh u komunikaciji sa pacijentom se ogleda u:

1. Nemogućnost da se dobije pristanak pacijenta.
2. Nemogućnost da se pacijent upozori o mogućim neželjenim efektima ili troškovima tretmana.
3. Konfliktne informacije date od članova zdravstvenog tima.
4. Nemogućnost bolnica i specijalista da prenesu informacije obiteljskom ljekaru.
5. Izbjegavanje pacijenata kada stvari krenu loše.
6. Nemogućnost da se objasne procedure ili fizikalni pregled.
7. Narušavanje povjerljivosti kada se razgovara sa rođacima ili prijateljima pacijenta, a bez njegove dozvole.
8. Nemogućnost da se prepozna i obezbijedi odgovarajuća sućut za reakcije bola kod pacijenta, a odnosi se i na rodbinu.
9. Pristupanje pacijentu grubo, sa žurbom i nezainteresovanošću.
10. Dozvoljavanje osoblju, uključujući i recepcioniste, da budu neljubazni, grubi.
11. Obeshrabrivanje pacijenata (otvoreno ili prikriveno) da traže pažnju i da se žale.
12. Kreiranje pretjeranih očekivanja od efekata tretmana.⁴⁸

Pitanja kvaliteta tretmana

Na ovom nivou najčešće žalbe su na loše postvaljenu dijagnozu, loš tretman, pojavu bolova u toku pregleda i komplikacija nastalih uslijed tretmana. I za prevenciju ovih žalbi potrebno je uspostaviti dobar odnos ljekar – pacijent, a na opšte zadovoljstvo obje strane.

Privatnost, poštovanje i vjerovanje

Da bi se žalbe smanjile na ovom nivou potrebno je:

- Dati puno objašnjenje za prirodu bilo kojeg intimnog pregleda, kao i prije uzimanja anamnestičkih podataka vezanih za seksualni život pacijenta, seksualna ponašanja, disfunkcije.
- Obezbijediti privatnost dok je pacijent razodjenut.
- Pri intimnim pregledima obezbijediti adekvatan prekrivač.
- Razmotriti i prisustvo još jednog zdravstvenog radnika pri pregledu određenih pacijenata, uključujući one koji su mladi ili nemaju iskustva ranijih pregleda, te onih koji potječu iz drugog kulturnog miljea.

Medicinski nalazi i certifikati

Žalbe su najčešće upućivane zbog dužine čekanja medicinskog nalaza, što se odnosi na dužinu čekanja za neku pretragu, te i dužinu da taj nalaz bude i napisan.

Cijene plaćenih usluga

Neophodno je pacijenta unaprijed informisati o cijeni usluge, koliko je pokrivena zdravstvenim osiguranjem, a koliko sam pacijent participira u istoj.

Sredina u kojoj ljekar obavlja praksu

Pacijent je danas svjestan rizika infekcije, prenošenja zaraze, tako da se može žaliti i na higijenske uslove u kojima je

obavljen pregled ili provedene određene analize te određene intervencije.

Medicinska praksa je emotivna, intelektualna i fizički zahtjevna i zato nema ljekara koji svo vrijeme može obavljati svoje obaveze perfektno.

Često je i sam pacijent netolerantan, agresivan i subjektivan tako da svaki ljekar tokom svoje karijere može očekivati neki vid žalbe. Rizici su smanjeni ukoliko ljekar ima dobre komunikacijske vještine te adekvatan tim saradnika koji pacijentu pristupaju sa ljubaznošću i strpljenjem. Pacijent je često frustriran i negativno orijentisan jer je imao loš prijem od strane medicinske sestre ili drugog službenika kome se obratio. Zbog toga je veoma važan tim tako da bi svaki ljekar trebao da se pobrine da u tom timu ima ljude koji su spremni na saradnju i također imaju dobre komunikacijske vještine.

Ukoliko je već došlo do žalbe onda se mora što brže odgovoriti na istu uz traženje savjeta od Medicinske organizacije ili nadređenog lica, ili stručnog kolegija. Ljutiti odgovori, zakašnjeli, ili odgovori koji se ne obraćaju na ono na što se pacijent žalio, su od male pomoći i ljekara stavljaju u neugodnu poziciju.

Nekompetentan ljekar

Svim ovim zakonskim odredbama nastoji se zaštititi pacijent i obezbijediti pravo na adekvatnu medicinsku pomoć i zaštitu. Važno mjesto u zaštiti pacijenta je zaštita od ljekara koji su kroz bolest, ovisnost o lijekovima ili alkoholu, zdravstveno oštećeni toliko da su opasni za nastavak medicinske prakse.

Na ovom polju važnu funkciju u svijetu imaju *Medicinski savjeti*, a kod nas je to *Ljekarska/Liječnička komora*.

Veliki je problem sa ljekarima koji su psihijatrijski bolesnici. Oni obično ljekarsku pomoć zatraže kada je za to veoma kasno. Kolege često potpomažu održavanju takvog stanja jer obično iz želje da se ne zamjere zatvaraju oči pred problemima psihički

bolesnih kolega. Osim toga oboljeli ljekar veoma vješto skriva svoje mentalno stanje.

Postavljani su zahtjevi da se svakom budućem studentu medicine uradi test psihičke stabilnosti, jer kada jedan oboljeli student završi studij i dođe u praksu veoma je teško tada djelovati.

U ovakvim slučajevima najviše trpe pacijenti, a nerijetko i radne kolege zbog nemogućnosti obezbijeđenja zdrave radne sredine. Etička je obaveza kolega da one za koje smatraju da su oboljeli ubijede da što prije, i to sami, zatraže medicinski tretman.

Medicinski savjeti ili *Ljekarska/Liječnička komora* mogu suspendovati takve ljekare, ali je mnogo češće obaveza da se poduzme ekspertiza od jednog ili više nezavisnih specijalista.

Kada je u pitanju ljekarska etika i reklamiranje ljekarskih usluga u štampi, na radiju ili televiziji, takvi potezi se smatraju neprihvatljivim i neetičkim. To se odnosi na samo oglašavanje rada privatne prakse.

U mnogim državama i ta oblast je pod kontrolom Medicinskih savjeta.

1.1. Alternativna medicina

U današnje doba alternativna medicina je veoma razvijena i ima veliki broj korisnika kao i onih koji nude ovakav vid liječenja. Ne smije se zaboraviti da mnoge aplikacija i manipulacije mogu više naškoditi pacijentu nego pomoći. Nerijetko je i pojava toksiciteta od prevelike upotrebe vitamina, posljedice nastale zbog odugovlačenje uzimanja pravih lijekova, trajna neurološka oštećenja zbog lože izvedenih spinalnih manipulacija.

Dobrobit ove terapije, koju naglašavaju korisnici su placebo efekat te dobra komunikacija sa onima koji prakticiraju alternativne metode.

Za svaku ozbiljnu bolest pacijent se, ipak obraća ljekaru.

Nerijetko je sam proces liječenja dugotrajan, efekat od medikamentozne terapije odložen, pa pacijenti istovremeno odlaze i kod alternativaca i tada su puni hvale za poboljšanje tegoba, a nisu ni svjesni da je to samo proizvod ranijeg ljekarskog tretmana.

Danas postoje mnogobrojne alternativne medicine kao što su spiritualna liječenja, hipnoterapija, manipulacije i osteopatija.

Velika je poplava svih mogućih preparata, za sve moguće bolesti, koji se ne mogu naći u apotekama, kao i prodaja istih kroz uspostavljene sisteme organizacija koje ih preko svojih članova distribuiraju do konzumenta. Ove organizacije imaju veoma organiziran piramidni sistem menadžmenta koji kroz stalne sastanke, izdvajanje onih koji su dobri u radu, pojedinačnim stimulacijama uspješnih, sistemima nagrade i kazne, veoma uspješno posluju. Prisustvo alternativne medicine stavlja nove etičke dileme pred medicinsku profesiju.

Svi ljekari koji prakticiraju alternativne metode, kao akupunkturu, manipulativne metode, moraju pacijentu objasniti način izvođenja tih metoda te objasniti da nije dokazano da su te metode djelotvorne. Skrivanje ovih informacija te korištenje i promocija ovih metoda u praksi je neetična i stavlja ljekara u poziciju da bude i disciplinski kažnjen.

Također je neetički na svom radnom mjestu promovirati i prodavati lijekove alternativne medicine jer na taj način ljekar koristi svoje mjesto, položaj i uticaj na pacijenta.

Svi oni koji prakticiraju alternativnu medicinu nisu registrovani, te zbog toga nisu pod kontrolom ili mogućnošću disciplinskih postupaka. U svim zemljama svijeta pacijenti su veoma skloni da koriste ove lijekove, ponekad čak i radije i češće nego lijekove zvanične medicine, a istraživanja pokazuju da je veliki godišnji prirast onih koji koriste ova sredstva.

Registrovanim ljekarima u praksi nije zabranjeno da preporučuju alternativne lijekove kojima nije dokazana djelotvornost, ali ako izaberu to da čine moraju biti svjesni da to vodi dodatnim

etičkim odgovornostima.

Savjeti koji bi mogli koristiti tim ljekarima su:

- Specijalna pažnja mora biti posvećena informisanju pacijenta kada se uključuje alternativna terapija o svim posljedicama i rizicima te terapije.
- Pacijenti kojima se ponude alternativni lijekovi ne smiju biti uskraćeni za standardno priznate terapije.
- Za alternativne terapije sa ozbiljnim nuspojavama za pacijenta trebalo bi potražiti i drugo neovisno medicinsko mišljenje.
- Ljekari ne smiju imati finansijsku korist prodavajući alternativne lijekove direktno pacijentima.

Ovo su savjeti Medical Practitioner Board of Victoria.⁴⁹

U današnje vrijeme poslovanje farmaceutske industrije dobija sve veću pozornost svjetske javnosti, a posebno etičkih komiteta.

Agresivni marketinški postupci, plaćanje i podmićivanje ljekara, infiltriranje u proces obrazovanja, samo su neki postupci kojima svjetski stručnjaci dovode u pitanje opravdanost “tržišnog poslovanja” te industrije.

1.2. Ljekar i seksualne granice

Seksualno izrabljivanje pacijenata od strane ljekara ima široku lepezu djelovanja od obične opaske o lijepom izgledu i atraktivnosti, namjernog dodirivanja, te seksualnog akta i nestranošći.

Još je Hipokrat u svojoj zakletvi rekao:

“U koju god kuću uđem doći ću radi koristi bolesnih, ostajući slobodan od bilo kakve namjerne štete svih povreda a osobito seksualnih odnosa sa ženama ili muškarcima, bili oni slobodni ili robovi.”

Medicinski savjet Novoga Zelanda je kategorizirao seksualne zloupotrebe:

Nepriстойno ponašanje

Bez dozvole ispitivati pacijenta o njegovom intimnom životu, uzimanje seksualne anamneze ako nije potrebna, fizikalni pregled intimnih dijelova ako nije potreban, bilo kakve diskusije na temu spolnosti, bilo kakve natuknice o spolnom životu samog pacijenta...



Seksualna prekoračenja

Uključuju dodire, naročito grudi i genitalija, pregled bez rukavica.

Seksualno nasilje

Bilo kakve seksualne aktivnosti sa pacijentom, čak ako su inicirane i od strane pacijenta.³⁹

Postoje mnogobrojne studije na ovu temu. Tako su ispitivanja u Americi pokazala da je od 1057 muških ljekara - psihijatara 7% od njih imalo seksualne odnose sa pacijentima.⁵⁰

U jednoj Holandskoj studiji 4% od ispitivanih ljekara su imali seksualne odnose sa pacijentima, 98% slučajeva se odnosi na muške ljekare i ženske pacijente.⁵¹

Mnogobrojne studije su dokazale pojavu seksualnih fantazija manjeg broja ženskih pacijenata nakon sedacije intravenozno datih benzodiazepina.⁵²

Mnoge pacijentice, i bez djelovanja medikamenata, pokazuju seksualnu agresivnost prema ljekaru i trude se da ga zavedu, a ako ne nađu odgovor na svoje reakcije mnoge su spremne da podnesu i prijavu o seksualnom uznemiravanju od strane ljekara. Takvih slučajeva je na sreću manje. Ljekar bi svojim iskustvom i poznavanjem psihologije trebao da prepozna takve pacijentice i preglede sa njima obavlja u prisustvu medicinske sestre.

U svim ovim prilikama kao i cijelom profesionlanom životu ljekar mora da misli na svoju reputaciju i da nikada ne prekorači dozvoljene granice.

1.3. Ljekar i njegovo zdravlje

Meducus cura te ipsum! (Prvo, ljekar, liječi sam sebe!)

Generalno je prihvaćeno da je medicinska praksa stresogena i vremenom postaje još više. Pozitivna su istraživanja da je fizičko obolijevanje kod ljekara manje nego u ostaloj populaciji. To je najvjerojatnije u relaciji sa boljim socijalnim statusom.

Poznato je da ljekari, kada su sami u pitanju, zanemaruju simptome moguće bolesti, te se baš kod njih često kasni u dijagnozi.

U svim Australaskim državama postoji *Doctor's Health Advisory Service-DHAS*, Zdravstveni servis za savjetovanje ljekara.

To je dobrovoljna organizacija koja nudi potpunu privatnost.

Rađena su također i mnoga ispitivanja o zdravlju samih ljekara, a odnose se na ovisnosti, sklonost samoubistvima... Jedino je u svim studijama potvrđeno da se šizofrenija među ljekarima ne javlja više nego što je to u normalnoj populaciji.⁵³

Ovisnost o lijekovima

Studije indiciraju da 1% ljekara postaju ovisni o narkoticima, a 10% zloupotrebljavaju lijekove koji alteriraju ponašanje. Objašnjenje za ovo je lak pristup ovim vrstama lijekova.⁵⁴

Zloupotreba alkohola

Ova zloupotreba je nađena kod 10 – 17% ljekara.⁵⁵

Nerijetko je zloupotreba alkohola udružena sa uzimanjem medikamenata.

Depresija i samoubistvo

Studije pokazuju da između 2-4% ljekara izvrše samoubistvo i mnogo je češće kod ženskih ljekara.^{56,57} Nema, podataka o teškim depresijama, ili nisu registrovane ili je to zbog dobrog medicinskog tretmana istih.

Bračni, socijalni i porodični problemi

Neki autori opisuju disharmoniju u porodičnom i socijalnom životu ljekara radi pojačanog stresa profesije koju obavljaju.⁵⁸

Stres i "sagorijevanje" na poslu

Postala je pomodnost uključivanja stresa u svaki aspekt života. Ipak je generalno prihvaćeno da je ljekarska profesija veoma stresogena i postaje još zahtjevnija zbog sve većeg broja pojedinaca koji se obraćaju ljekaru, prava donošenje odluka od strane pacijenta o svom liječenju, novih etičkih pitanja kao što

je pitanje eutanazije, savremenih tehnologija kojima ljekar mora ovladati, stalne emotivne napetost jer su susreti sa bolešću i smrti dio profesije. Sve ove tenzije mogu dovesti do izmijenjenog ponašanja ljekara, kao što je povlačenje i socijalna izolacija.⁵⁸

Termin “sagorijevanje” - “burn out” se odnosi na ljekare koji nakon godina profesionalnog rada i posvećenosti poslu zaključuje da su postali cinični, neefikasni, nezadovoljni i da život pruža mnogo više od samog rada.

Fizičke bolesti

Jedino pozitivno za ljekare je da pojava ozbiljnih oboljenja kao i mortalitet kod ljekara ima manju incidencu nego u ostaloj populaciju.

To se objašnjava dobrim standardom ljekara, te samim tim da su ljekari promotori zdravog načina života, prestanka pušenja.⁵⁸

Većina ljekara ima uspješne karijere i sređene lične živote tako da ne razvijaju gore navedene poremećaje, dok neki ne mogu izdržati zahtjeve profesije.

Na radnim kolegama stoji kao obaveza da ranije prepoznaju znake koji ljekara mogu uvesti u bolest ili neki poremećaj ponašanja, ovisnost i slično.

Ti upozoravajući znaci uključuju:

- pretjerana osjetljivost na kriticizam,
- iznenada i bez razloga neljubaznost prema kolegama i drugom medicinskom osoblju,
- razdražljivost i sklonost prepirkama,
- čudno ponašanje i promjene u ponašanju,
- problemi u porodičnom i ličnom životu,
- bještvo u rad,
- povećan broj žalbi od strane pacijenata,
- povećano konzumiranje alkohola kao i saznanje o upotrebi lijekova,

- povećano odsustvo sa posla radi bolesti ili nesreća,
- učestalo mijenjanje radnih mjesta,
- smanjena efikasnost ili greške u obavljanju svakodnevnog posla, te nemogućnost održavanja zakazanih obaveza.

Ovdje dolazi do izražaja adekvatan odnos među kolegama, sve ove primjećene promjene ne treba saopštavati formalnim putem nego pokušati na prijateljeski način i humani pristupiti kolegi i dobiti njegov pristanak da će potražiti ljekarsku pomoć.

Kada je riječ o ljekarima koji imaju prenosivu bolest kao HIV, Hepatitis B i C na primjer, to daje novu dimenziju odnosa kao i nove etičke dileme. Ovdje se istovremeno nameće i pitanje nenamjernih prenošenja ovih bolesti od pacijenta na ljekare.

Osnovni etički principi, kada su u pitanju ovi ljekari su:

- Ljekar mora poduzeti sve mjere opreza da izbjegne prenošenje infekcije na pacijenta.
- Ljekari koji tretiraju svoje kolege od ovih oboljenja moraju da poduzmu najbolje u tom pravcu, te da razuvjere druge da okolina nije u riziku ukoliko ljekar vrši kliničke aktivnosti.
- Svi oboljeli ljekari moraju biti registrirani.
- Izbjegavati rad tih ljekara na invazivnim metodama koje bi mogle ugroziti pacijenta zbog mogućnosti povrede ljekara i tako kontakta njegove krvi sa pacijentovim šupljinama, subkutanim tkivom i mukoznim membranama kao: pregledi i rad u usnoj šupljini, rad sa oštrim predmetima.
- Pacijentima koji boluju od AIDS-a ne bi se etički smio uskraćivati tretman u toku kojeg sam ljekar može biti doveden u rizičnu situaciju. Također je neetički povlačenje tretmana pacijentima zbog moralne osude pacijentovog načina života koji može prouzročiti pacijentovu bolest.
- Obavezno testiranje na HIV, hepatitis B i C.⁵⁹

Ostarijeli ljekar i praksa

U našoj zemlji postoje zakonske odredbe u kojoj životnoj dobi treba da se penzioniše ljekar, za razliku od nekih zemalja, kao Australija, gdje ljekar može raditi onoliko dugo koliko se on osjeća sposobnim za to. Biološko starenje ili bolesti vode do poremećaja intelektualne sposobnosti. Mnogi od ljekara ne reaguju na upozorenja prijatelja ili kolega te porodice da više ne mogu raditi i postaju nekritični.⁴⁹

U Kanadi postoji registrovano tijelo koje ljekare iznad 70 godina starosti poziva na razgovor i mnogi u ovom procesu odlaze u penziju.



U razvijenim zemljama Zapada utemeljen je stav da hirurg ne bi smio raditi nakon 65 godina starosti.

Iako je kod nas zakon precizno odredio vrijeme penzionisanja, često se susrećemo sa mnogobrojnih privatnim ordinacijama koje za rad u skraćenom vremenskom periodu angažuju

penzionisane ljekare. Subjektivni odnos prema svom stvarnom zdravstvenom stanju je skoro uvijek poremećen u smislu osjećaja da se još može iskoristiti znanje i zbog toga treba razmišljati o zakonskim odredbama.

Do koje životne dobi ljekar nakon penzionisanja može raditi u privatnoj praksi kao dopunskoj djelatnosti, pitanje je na koje treba tražiti odgovor.

Uz svo uvažavanje starijih kolega, njihovog znanja i iskustva, starenje je proces koji je neizbježan.

2. Odnos ljekar - ljekar

Ljekari tijesno saraduju sa drugim ljekarima, medicinskim sestrama, farmaceutima, socijalnim radnicima, psihoterapeutima i mnogobrojnim drugim profesijama u sistemu obezbjeđivanja zdravstvene zaštite. Svi zdravstveni radnici dijele slične ideale u borbi za prevenciju i liječenje bolesti, održavanju kvaliteta života i zdravlja svojih pacijenata.

Veoma je važan korektan i profesionalan odnos među ljekarima na svim nivoima zdravstvene zaštite. Bilo bi potrebno obezbijediti dobru *horizontalnu komunikaciju* među ljekarima, to jest komunikaciju obiteljskih ljekara sa konsultantima na nivou polikliničkih službi, te također i dobru *vertikalnu komunikaciju*, dakle komunikaciju sa kolegama na klinikama ili bolničkim odjelima. Danas postoje velike manjkavosti u ovim odnosima i veoma loša, ili nikakva komunikacija.

Neretko je prisutan nekorektan, a ponekad arogantan odnos ljekara koji rade u tercijernom nivou zdravstvene zaštite prema ljekarima istog profila u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. Tako da se dešava anuliranje nalaza i stručnih mišljenja ljekara koji se nalaze niže na hijerarhijskoj ljestvici. Da bi se izbjegle ove nesuglasice, važno je u svakom trenutku voditi računa o etičkom načelu poštivanja kolega i njihovog rada čime će i pacijent biti zaštićen jer:

- svaki pacijent pri prvom i ostalim ponovljenim dolascima mora biti detaljno pregledan;
- treba imati vremena za pacijenta, anamnezu, pratiti terapijski odgovor na bolest, kod svakog susreta pitati o eventualnim novim tegobama i promjenama na tijelu;
- poštovati nalaze svojih kolega, bez obzira sa kojeg nivoa dolazili, i ako je potrebno stupati u komunikaciju sa istim, a sve u jednom zajedničkom cilju da se pacijentu obezbijedi najbolja moguća zdravstvena zaštita;
- sujeta je ono što ljekara može odvratiti od ispravnog puta dijagnostičkih procedura ili terapijskih pristupa, te dovesti do neetičkog ponašanja;
- dvoje ljudi više zna od jednoga, i četvere oči bolje vide.



3. Odnos ljekar medicinska sestra

U čitavom zdravstvenom sistemu veoma je značajan i odnos ljekar – medicinska sestra. Taj odnos mora biti zasnovan na zajedničkom povjerenju i poštovanju u granicama i kompetentnostima koje svaka od ovih profesija ima, poštujući hijerarhijsku ljestvicu bez koje u medicini nema dobre prakse.

U određenim uslovima sestra je ta koja mora intervenisati kod pacijenta, ali ima i obavezu izvještavanja ljekara o svim promjenama kod pacijenta. Ona je ta koja mora uzeti i dio odgovornosti na sebe, a ne sve prebacivati na ljekarova naređenja.

U posljednjih dvadesetak godina mnogo se promijenilo u ovim odnosima kroz novi edukacioni sistem u nekim zapadnim zemljama. Tako u većini zapadnih zemalja sestre u svom edukacionom procesu, nakon završene srednje škole, imaju studij od tri godine i nakon njega provode jednogodišnji rad uz superviziju. Mnogi fakulteti za sestre imaju postdiplomski studij i doktorske studije, uz to imaju i mogućnost specijalizacije kao i ljekari, na primjer, za rad u kardiološkoj intenzivnoj njezi ...

U našoj zemlji, medicinske sestre i tehničari se obrazuju u srednjoškolskim i visokoškolskim institucijama.

I medicinske sestre su organizirane u udruženje *Komore medicinskih sestara i tehničara* koja nadgleda i održava rad ove, također veoma odgovorne profesije.

Fundamentalne odgovornosti sestara prema pacijentu su:

- Promoviranje zdravlja;
- Rad na preveniranju bolesti;
- Održavanje zdravlja;
- Smanjenje patnje pacijenata.

Uz sve ovo imaju etičke obaveze kao i sami ljekari da poštuju ljudski život, dostojanstvo i prava pacijenta, odgovornost za čuvanje tajne, djeluju prema svim pacijentima humano bez bilo

kakvih predrasuda u odnosu na spol, rasu, religijsku, političku pripadnost ili socijalni status.

Također i u njihovom radu postoji obaveza za permanentnim obrazovanjem.

Postoje i etički kodeksi za sestinstvo, oni su sa malim varijacijama univerzalnih vrijednosti. Citirat ću etičke kodekse za sestre Australije:

1. Sestre poštuju individualne potrebe svake osobe kao i kulturne vrijednost u procesu obavljanja njege.
2. Sestre poštuju prava individue da bude obaviještena o poduzetoj njezi, te da ima pravo izbora.
3. Sestre promoviraju i održavaju obezbijedenje adekvatne njege jednako za sve ljude.
4. Sestre čuvaju u povjerenju informacije o pacijentu i čine profesionalnu procjenu u potrebi dijeljenja tih informacija.
5. Sestre poštuju odgovornosti prisutne u njihovom poslu.
6. Sestre cijene promociju ekološkog, socijalnog i ekonomskog okruženja koje podržavaju i održavaju zdravlje i dobrobit za ljudska bića.⁶⁰

Mnogobrojne odgovornosti i obaveze u radu sa pacijentima ne mogu obavljati sestre i to:

- davanje medicinske dijagnoze,
- propisivanje terapije,
- preporučivanje dijagnostičkih testova,
- davanje anestetika.

U posebnim odjeljenjima, kao što je koronarna intenzivna njega, sestre su trenirane i očekuje se da imaju sposobnost reanimacije pacijenta, uključujući i izvođenje električne defibrilacije.

Postoje, razlike između država o podjeli poslova tako da u nekim državama sestre zajedno sa ljekarima dijele odgovornost davanja intramuskularnih i intravenoznih injekcija, u nekima to rade samo ljekari, dok je kod nas praksa da injekcionu terapiju daju medicinske sestre.

Nadzor nad narkoticima je obično u nadležnosti ljekara, mada u nekim zemljama tu odgovornost sa ljekarima dijele i sestre.

Velika je uloga i zadaća medicinske sestre u obezbjeđivanju najbolje moguće njege za pacijente.^{61,62}



4. Održavanje profesionalne kompetentnosti

Ni jedan ljekar ne odbija obavezu da obezbijedi adekvatnu zdravstvenu zaštitu za pacijenta, ali su mnogi neodgovorni kada je u pitanju kontinuirana medicinska edukacija. Ovaj problem je u našoj zemlji bio gurnut na marginu u prošlom sistemu i kontinuirana medicinska edukacija kao obaveza je ostavljena pojedincu da, kroz svoju savjest i lične i profesionalne ambicije, nastavlja dopunjavati svoja znanja.

U današnje vrijeme ljekari su članovi Ljekarske/Liječničke komore koja daje licence za obavljanje ove odgovorne profesije, a za produžavanje istih potrebna je i obavezna kontinuirana edukacija. Tako smo se, bar u ovom segmentu, približili standardima zapadnih zemalja.

Danas mnogi ljekari imaju nezavisnu praksu tako da jednostavna procjena dobrog rada ljekara u privatnim ordinacijama može biti provjerena i kroz predložene procjene:

- Pacijentovo zadovoljstvo uslugom;
- Uspješan sistem naručivanja;
- Umješnost komunikacija sa pacijentom;
- Produktivnost administrativne službe;
- Adekvatnost ljekarskih nalaza;
- Kvalitet opreme kao i prostorija u kojim se praksa obavlja.⁶³

U prvom kontaktu sa ljekarom pacijent nije u mogućnosti da procjenjuje ljekarovo medicinsko znanje i kliničku pronicljivost, ali je sposoban da procijeni vrijeme koliko čeka na pregled, ljubaznost osoblja, izgled čekaonice, sobe za pregled, generalno ambijent u kome se nalazi.

5. Etički kodeksi u kliničkom istraživanju

Medicinska istraživanja se izvode u cilju što boljeg razumijevanja kao i preveniranja bolesti, radi poboljšanja dijagnostike

kao i tretmana, i najčešće su vođena sa altruističkim motivima. Ova istraživanja mogu dovesti do rizičnih situacija kada su u njih uključena ljudska bića. U ovom poglavlju će se pokušati ukazati na neke probleme sa kojima ljekar može da se suoči.

Ženevska deklaracija je moderna verzija Hipokratove zakletve i prihvaćena je od strane Svjetske medicinske asocijacije (WMA) na prvoj skupštini u Ženevi 1948. godine, i potvrđena na sastanku u Sidneju 1968. i Veneciji 1983.

Tokom osamnaeste skupštine WMA 1964. godine u Helsinkiju prihvaćene su *“Vodeće preporuke za liječenje kod biohemijskih istraživanja koja uključuju ljudska bića.”* Ove preporuke su imale reviziju 1975. i 1983. godine.⁶⁴

Prema ovoj deklaraciji namjera ovih istraživanja mora biti u službi poboljšavanja dijagnostike, terapije, profilaktičkih procedura i razumijevanja etiologije i patogeneze bolesti. Sva ova istraživanja moraju biti pod nadzorom, izvodi ih samo ljekar u svim zemljama, te ljekari ne smiju biti oslobođeni od kriminalnih, civilnih i etičkih odgovornosti i zakonskih odredaba njihove vlastite države.

Bazični principi ove Deklaracije uključuju:

- Svaka eksperimentalna procedura koja uključuje ljudsko biće mora biti jasno formulisana, sa potpunim protokolom iste i biti ocijenjena od nezavisnog komiteta, uz razmatranje, komentar i vođenje istog istraživanja.
- Biomedicinska istraživanja, koja uključuju ljudska bića, trebaju biti vođena od strane stručno kvalificiranih osoba sa supervizijom klinički kompetentne osobe.
- Sva ova istraživanja ne mogu biti legitimno izvođena dok se objektivno i pažljivo ne provjere predvidivi rizici za osobe uključene u studiju.
- Svaki projekat biohemijskog istraživanja, koji uključuje ljudska bića mora biti pažljivo razmotren sa očekivanim

rizicima i koristima koje osoba dobija. Briga o individui mora uvijek biti ispred naučnih interesa ili interesa društva.

- Ljekari ne bi trebali pristupiti učešću u istraživačkim projektima, koji uključuju ljudska bića, dok ne budu sigurni koje ih opasnosti očekuju.⁶⁴

Prije izvedbe bilo kakvih istraživanja pacijent je taj koji treba da se složi da učestvuje u projektu, i slobodan je da se povuče iz istog u bilo koje vrijeme. Dakle, i u ovom segmentu rada sa pacijentima treba poštovati njegovu autonomiju uz predhodno dobru informisanost o prirodi predviđenih ispitivanja.

Termin - istraživanje u medicinskoj praksi - uključuje bilo koja ispitivanja ili eksperimente poduzete na jednoj individui ili grupi pacijenata uključujući procjenu djelotvornosti novih lijekova, dijagnostičkih testova, te druge terapijske procedure.

Za svaku dilemu u ovim procesima ljekar je dužan da traži neovisan savjet od Etičkog komiteta u slučajevima da je to što namjerava ispitivati istraživanje.⁶⁴

U svim ovim istraživanjima privatnost pacijenta mora biti poštovana, kao i povjerljivost informacija.

Često su i studenti medicine uključeni u ova istraživanja, te također i oni moraju poštovati etičke norme kao i ljekari. Za sva ova istraživanja je veoma važno ne varati i ne uzimati tuđi rad kao svoj. Farmaceutska industrija učestvuje u istraživanju i razvoju novih lijekova i u partnerskom je odnosu sa medicinskom profesijom, institutima za razvoj, te pacijentima.

Prema tome, ovisno o uspješnosti kao i veličini farmaceutskih tvrtki, takmičarskoj prirodi farmaceutskih tvrtki na tržištu, neizbiježno tijesnoj saradnji sa ljekarima u procesu istraživanja kao i promociji lijekova, obezbjeđuju se okolnosti čak i za zloupotrebu etičkih principa biohemijskih istraživanja.

Studije koje uključuju placebo u istraživanju novih lijekova - *duplo slijepa studije* - nameću i nova etička pitanja i dileme koje će najvjerojatnije razriješiti generacije koje dolaze. Placebo se koristi od početka istraživanja u medicini. Placebo je bilo koja procedura ili lijek koji nemaju specifičan efekat na pacijentovo zdravlje, ali se daju da djeluju putem psiholoških mehanizama.

Koliko su pacijenti koji su na placebo uskraćeni za dobrobit i poboljšanje zdravstvenog stanja od onih koji uzimaju lijek?

U Alabami je od 1932 – 1972 godine The United States Public Health Service postavio Tuskegee studiju koja je za cilj imala da ispita efekte netretiranog sifilisa na 400 muškaraca crnaca. Ovi ispitanici nisu ništa znali o prirodi njihove bolesti niti o činjenici da se mogu liječiti penicilinom.⁶⁵ Studija je izvođena u cilju ispitivanja da li je tretman sifilisa penicilinom uspješniji od sumptomatskog liječenja.

Kakve su sve posljedice imali uključeni ispitanici na placebo ne treba ni govoriti. U maju 1997. godine predsjednik Klinton se formalno izvinio onima koji su iskorišteni u ovoj studiji.

Specijalna pažnja treba da se posveti kada su u istraživanja uključeni *nekompetentni pacijenti i djeca*.

Kada su u pitanju nekompetentni pacijenti koji su mentalno retardirani, mentalno bolesni, intelektualno oštećeni, ili teško bolesni i ne mogu dati dobrovoljan pristanak da se uključe u istraživanja moraju se dobiti dodatna odobrenja.

Mentalna bolest je stanje koje ozbiljno, trajno ili privremeno remeti mentalne funkcije osobe, a praćeno je sa jednim ili više simptoma: manije, halucinacije, ozbiljnih poremećaja u mišljenju, teških poremećaja ponašanja, ponavljajuće iracionalno ponašanje. Oni zahtijevaju trajnu njegu, tretman i kontrolu iz razloga da bi se sama osoba zaštitila, ili da bi se drugi zaštitili od destruktivnog djelovanja takve osobe.

Prema najnovijoj definiciji mentalne retardacije, koju je dala Američka asocijacija za mentalnu retardaciju 1992. godine, kod ovih osoba se nikada ne očekuje potpuna nezavisnost, te je potrebno stalno pružanje podrške ovim osobama.

Zato je, kada su u pitanju istraživanja na ovakvim bolesnicima, potrebna dozvola porodice i pri tom je potrebno evaluirati odluke da li takve pacijente uzeti u proces istraživanja, te razmotriti moguće štete koje bi mogle proisteći iz tih istraživanja, kao i moguće koristi. Veliki oprez treba imati i kada su u pitanju ostarjele osobe čija je nezavisnost reducirana, zatvorenici, pripadnici oružanih snaga. Što se tiče djece saglasnost trebaju dati roditelji poštujući pri tome:

- Rizik za dijete treba biti tako minimalan, do nešto veći nego što su i rizici svakodnevnog življenja.
- Rizici istraživanja u ovom kontekstu uključuju rizik od uzrokovanja fizičkog uznemiravanja, neudobnosti, napetosti, boli, psihičkog djelovanja na djecu, ili roditelje, rjeđe nego rizici ozbiljne štete koji bi bili neprihvatljivi.

U novije vrijeme sve je više glasova protiv korištenje životinja u eksperimentalnom radu. Pobornici ovakvih stavova su razna udruženja za zaštitu životinja. Ovo su danas postale i teme filozofskih rasprava. Često se ljudski život cijeni kao život koji iznad svih drugih formi života, te time čovjek dobija daleko veću cijenu od bilo kojih drugih vrsta, životinja koje i same zaslužuju zaštitu. Po njima diskriminiranje životinja nije rasizam nego *speciesizam*. Ova diskriminacija je davanje prednosti jednoj vrsti nad drugom.⁶⁶

Po mišljenjima nekih autora, oni koji se bore da zaštite pravo na život senilne osobe, fetusa, ljudi oštećenog mozga ne vide razloge da zaštite životinje od ubijanja.⁶⁷

Na etičkoj skali vrijednosti zdravstveni radnici će uvijek stavljati ljudsko biće iznad drugih vrsta, naročito u situacijama gdje ljudi istinski mogu biti spašeni, a to je korištenje životinja u

eksperimentalnoj medicini. Na kraju, nije li ovo priča o ljudskom rodu od samog njegovog početka. Životinje su uvijek korištene za hranu i odjeću. Zahvaljujući tome ljudska vrsta je i opstala.⁶⁸

Čovjek dostiže svoju intelektualnu i moralnu zrelost nakon duge borbe. On je odgovoran za svoje djelovanje, ono koje zaslužuje pohvalu, ali je odgovoran i za svoje greške za koje zaslužuje kaznu.

Četvrto poglavlje

ETIČKI PRINCIPI U GINEKOLOGIJI I PORODILJSTVU

Uvod

Etička pitanja u ginekologiji i porodiljstvu su veoma kompleksna i oko njih se još uvijek vode “ratovi” i vruće diskusije o ispravnosti kao i suprotnosti pojedinih stavova. U ovoj knjizi će biti iznijete samo natuknice jer ova materija zahtijeva studiozan rad za to meritornih stručnjaka.

U ovoj oblasti, etičke procjene zadiru u široka polja djelatnosti i otvaraju mnogobrojna pitanja i dileme koji su vezani za abortus, fetalno istraživanje, medicinski asistirano rađanje, genetički inženjering, te konflikt interesa između trudnice i ploda.

1. Abortus

Svaka žena želi da bude vlasnica svoga života!

To je pitanje svih pitanja još uvijek bez pravog odgovora i u mnogim sredinama politički i socijalni “vrući krompir” (“hot potato”).

Sadašnji etički principi o pitanju abortusa na prvo mjesto stavljaju kvalitet života još nerođenog djeteta u odnosu na raniji stav o svetosti života od početka same koncepcije.

Rimsko carstvo se često uzima kao preteča civilizacije. Mnogi pisani dokumenti mislilaca toga doba kao Seneke na primjer, govore o postojanju abortusa. Historičar Plinije je dao listu lijekova koji mogu izazvati abortus. Legalna regulacija abortusa u tom periodu prema činjeničnim podacima nije postojala.

Hipokratova zakletva eksplicitno zabranjuje obavljanje abortusa.

Katolička crkva apsolutno zabranjuje abortus, što obrazlaže stavom da Bog daje život i da čovjek ne smije da ga oduzme.

I islam zabranjuje vještački prekid trudnoće.

U mnogim zemljama, kao npr. u Rusiji, abortus je bio alternativa kontracepciji.

Do 19. stoljeća zakon o abortusu je bio isti u USA i Engleskoj. Krajem 19. stoljeća u mnogim državama svijeta dolazi do pooštavanja zakona pa čak i potpune zabrane abortusa. Tada su mnogi ljekari iz etičkih normi odbijali da izvrše abortus što je dovelo do povećanog broja ilegalnih abortusa. Početkom dvadesetog stoljeća oko 30.000 abortusa godišnje je rađeno u bolnicama kao legalne procedure zbog psihičkih ili medicinskih indikacija, ali je van bolnica ilegalno godišnje rađeno i stotine hiljada abortusa. Do 1950. godine najveći uzrok smrti majki u New Yorku je bio zbog ilegalnog abortusa.

1959. godine u Americi je ponuđen zakonski model koji bi dozvoljavao abortus ukoliko je život trudne žene ugrožen, kod težih oštećenja ploda, ili je trudnoća rezultat incesta ili silovanja, ali nije zaživio u praksi.

Pojava rubeole šezdesetih godina, talidomidska afera kao i uvođenje tehnika amniocenteze su povećale broj abortusa u bolnicama.

U ovom periodu feministički pokret, kao prioritet svoga djelovanja, traži pravo na legalni abortus.

U 1967. godini britanski parlament je donio zakon o dozvoli abortusa od strane stručnog lica kako bi se prevenirali rizici povreda, fizičkog i mentalnog zdravlja žena, te ukoliko postoje rizici da bi plod mogao biti ozbiljno oštećen.

U SAD-a Vrhovni sud je 1973. godine donio zakon o pravu privatnosti uključujući i pravo žene, da li imati vještački prekid

trudnoće ili ne, najmanje do vremena dok je fetus nesposoban da preživi nakon porođaja. Tako je počela transformacija zakona o legalnom abortusu i u SAD-a, te je od toga vremena u 18 američkih država bilo moguće izvršiti legalni abortus od strane kvalifikovanog lica i to u situacijama: štete po zdravlje žene, rizika od abnormaliteta ploda, ili trudnoće nastale nakon silovanja ili incesta. Postoje podaci da je u to vrijeme u Americi rađeno i do milion i pol legalnih abortusa u toku jedne kalendarske godine.¹⁵

U savremenim društvima su sve veće polarizacije, tako da je sve je više protivnika abortusa koji koriste termin za život – (PRO LIFE) dok oni koji se zalažu za legalni abortus koriste termin, za izbor – (PRO CHOICE). Protivnici abortusa se slažu u slijedećem; da sva ljudska bića imaju pravo na život, te da i fetus, pošto je ljudsko biće, ima pravo na život. Abortus osporava ta prava te je prema tome moralno pogrešan.

Oni koji podržavaju abortus, Pro-choice, polaze od činjenice da fetus nije ljudsko biće - human being - nego grupa ćelija - clump cells, te iznose i argumenta da čak i ako je fetus ljudsko biće njegova prava na život nisu iznad prava majke, te njenog prava da kontroliše vlastito tijelo.²¹

Još uvijek se vode polemike oko ovoga zaista intrigantnog pitanja, ali je i pored toga u mnogim zemljama, uključujući i našu, dozvoljen legalni abortus.

Indikacije za vještački prekid trudnoće se mogu podijeliti na:

- medicinske,
- etičke,
- eugeničke i
- socijalne.

Medicinske indikacije podrazumijevaju postojanje takvog oboljenja žene koje bi tokom trudnoće i porođaja moglo ugroziti život same žene.

Etičke indikacije su trudnoća nastala silovanjem ili incestom.

Eugeničke se odnose na postojanje biološko - genetskih faktora koji oštećuju fetus.

Socijalne indikacije uključuju vanbračne trudnoće, veliki broj djece, loše ekonomsko stanje i slično. Uvođenjem ovih socijalnih indikacija znatno je liberalizovan stav o abortusu.

Izjava o medicinskom abortusu

Deklaracija usvojena na 24. Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, Oslo, Norveška, avgust 1970. Dopunjena na 35. Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, Venecija, Italija, oktobra 1983. sadrži sljedeće principe:

1. Prvi moralni princip ljekara je poštovanje ljudskog života od njegovog samog početka.
2. Slučajevi, u kojima su životni interesi majke u sukobu sa životnim interesima njenog nerođenog djeteta, dovode do dileme i pitanja da li trudnoća treba da bude namjerno prekinuta.
3. Različiti odgovori na ovo pitanje rezultat su razlika u stavovima prema životu nerođenog djeteta. Ovo je stvar ličnih ubjeđenja i savjesti koji se moraju poštivati.
4. Uloga medicinske profesije nije da donosi stavove i pravila u bilo kojoj državi ili zajednici o ovom pitanju, ali je naša dužnost da se trudimo da obezbijedimo zaštitu naših pacijenata i očuvamo prava ljekara u društvu.
5. Prema tome, ukoliko zakon dozvoljava medicinski abortus, njega treba da izvrši kompetentan ljekar u skladu sa odobrenjem odgovarajućeg autoriteta.
6. Ako ljekar zbog svojih ubjeđenja nije u mogućnosti da savjetuje ili izvrši abortus, on se može povući u trenutku kada obezbijedi nastavak medicinske zaštite od strane kvalifikovanog kolege.

7. Bez obzira na to što je ova Izjava odobrena od strane Generalne skupštine Svjetskog medicinskog udruženja, ona nije obavezna ni za jednog člana Udruženja ako je njegovo nacionalno udruženje nije prihvatilo.²⁹

Na kraju svega, ako je nešto i legalno ne znači da to treba biti i urađeno.

Prema zakonima mnogih zemalja legalan abortus je dozvoljen do dobi dok fetus nije sposoban da živi ukoliko bi došlo do prijevremenog porođaja.

Od kada tačno počinje ljudski život?

Postoje mnogobrojna različita mišljenja.

U prošlosti je dugo podržavan stoički stav da život počinje rođenjem, ali je razvojem medicinske nauke ovo mišljenje počelo da gubi na važnosti naročito nakon vizualizacije ploda. Fotografija fetusa je postala dramatično i efektivno oruđe u rukama onih koji su protiv abortusa.

Mnogi kao značajan znak života fetusa uzimaju prve pokrete ploda koje majka osjeti što je bez sumnje od velikog emotivnog značaja za majku ali nema toliko značaja u stvarnom razvoju fetusa.

Najčešće mišljenje je da ljudski život počinje od same koncepcije. Katolička crkva smatra da je embrion ljudsko biće od samog začeća. Otac Norman Ford, ravnatelj Katoličkog teološkog koledža u Melburnu, je bio zbunjen činjenicom da se nakon izvjesnog vremena nakon oplodnje embrion može podijeliti u dva identična blizanca.

Otuda proizilaze i njegova donekle smjela razmišljanja, da ukoliko o embrionu mislimo kao o individui od same koncepcije i npr. nazovemo ga Merion, šta se dešava sa Merion ako se embrion podijeli? Da li su to blizanci Merion i novi nazvan Ruth, ili su to možda dva nova blizanca Ruth i Esther? Svaki odgovor nas dovodi u paradokсне situacije. Šta se dogodilo sa Merion ako smo dobili Ruth i Esther?

Na kraju daje zaključak da sve do kraja kada je moguće razdvajanje ćelija embrion ne može biti individua. Prema Normanu život ljudskog bića ne počinje od trenutka same koncepcije već otprilike 14 dana kasnije.⁶⁹

Njegovo viđenje nije prihvaćeno od strane zvaničnih crkvenih tijela.

Svjetska zdravstvena organizacija raspolaže statističkim podacima o mrtvorodenoj i živorođenoj djeci i uzima prve 22 nedjelje trudnoće kao liniju razdvajanja između spontanog pobačaja i porođaja. Nakon ovog perioda fetus postaje sposoban da uz pomoć savremenih medicinskih tehnologija nastavi život izvan majčine utrobe, dakle postaje viabilan, odnosno životan.

U Engleskoj se vrijeme od 28 sedmica, kada je fetus sposoban za život van materice, pomjerilo na 24 sedmice, mada ima onih koji traže da to bude 18 sedmica.⁶⁹

Do perioda kada fetus postaje sposoban da preživi van majčine utrobe, prema zakonima mnogih zemalja, moguće je napraviti legalni abortus. Pitanje, do koje je sedmice moguće napraviti legalni abortus, ovisi i o stepenu razvoja medicine u pojedinim državama, čak i pokrajinama istih država.

Ilustrativan je primjer mlade Australijanke koja je živjela u Melburnu i u trudnoći od 25 nedjelja abortus nije mogao biti dozvoljen zbog visoko sofisticiranih metoda i tehnologija u intenzivnoj njezi za prijevremeno rođenu djecu, jer ukoliko bi došlo do poroda u toj dobi dijete bi moglo preživjeti, riječ je dakle o ljudskom biću koje se ne smije povrijediti.

U isto vrijeme u pustinji, gdje nema sofisticirane opreme, da dođe do porođaja dijete ne bi moglo preživjeti te bi u toj dobi trudnoće abortus bio legalan u slučaju medicinskih indikacija.

Kako sada shvatiti da je nerođeno dijete iste majke u Melburnu, ljudsko biće, dok to nije ako majka ode u pustinju.

Sve su ovo dileme i pitanja na koja je teško naći pravi odgovor.¹⁵

Rasprave, kao i javna mišljenja o moralnosti abortusa su i dalje aktuelna diljem svijeta, mada većina zemalja ima zakonske odredbe koji legaliziraju medicinski abortus. U mnogim zemljama su i stalna ispitivanja građanstva o pitanju abortusa.

Abortusi koji preveniraju rođenje oštećenog djeteta su društveno najprihvatljiviji. U Sjedinjenim Američkim Državama preko 80% ljudi odobrava korištenje abortusa u takvim situacijama.

U novembru 2006. godine ispitivanja u UK su pokazala da još veliki broj ljudi podržava pravo žene na abortus. Oko 63% od 2.140 ispitanika u Mori studiji su se izjasnili za abortus. Mnogi ispitanici u ovoj studiji su za liberalizaciju abortusa, te se četrdeset godina nakon odobrenja abortusa u UK traži da zakon poštuje mišljenje javnosti.

Moderna je nauka izmijenila stvarnost iskustva, u ovom slučaju iskustvo trudnoće.

Ova dostignuća su donijela i mnoge pozitivne učinke, kao naprimjer, otkrivanje poremećaja kod fetusa te mogućnost rješavanja tih problema i prije porođaja, zahvaljujući inovacijama u fetalnoj terapiji.

Ranije je fetus smatran kao dio ženinog tijela, sada se može vidjeti, dakle na neki način postaje individua čiji medicinski problemi mogu biti dijagnosticirani, čak i liječeni, mada fetus ne može da se zakaže za pregled i ne može da se žali.

Tako fetus dobija sve veća prava.

Bez obzira na prava fetusa kao i intervencije na njemu ništa se ne može učiniti ako majka, koja nosi dijete, ne da svoj pristanak za to.

Sva ova pitanja i dileme nisu postojale prije otkrivanja savremenih tehnologija u medicini. Postojala je samo jedna osoba – trudna žena.

Nove tehnologije u medicini kreiraju i nove imperATIVE.

Ukoliko mi možemo to učiniti mi ćemo to i učiniti.

Etika ipak pita:

Mi možemo to uraditi, ali da li bi trebali to uraditi ?

“Trudna žena je drugo biće, samo sebi nepoznato, biće koje počinje da sluti skrivene tajne. Sve što je bilo potisnuto budi se, izlazi iz zatvorenih skrovišta duše, nameće se, zahtijeva da bude uzeto u obzir. I djeluje, nesaznato a jako. Ono ne vlada mnoštvom novih nepoznatih osjećanja, ne potiskuje ih više ni stid ni volja. Njena ljubomora je strah od ružnoće, njena naglost je potreba da se oslobodi unutrašnjeg pritiska, njena uznemirenost je znak uzburkanosti u njoj. Krv joj sada drugačije kola, žlijezde drugačije luče, organi se drugačije ponašaju, mozak se drugačije grči. A sve biva bez njezinog uticaja. Prepuštena je djelovanju jačem od svoga htijenja, i ne može ga ni zaustaviti ni skrenuti zbog tajne u njoj, i svijet joj je tajna...”

Meša Selimović, Tvrđava

2. Medicinski podpomognuta oplodnja

Devetnaesto stoljeće je period rastućih ženskih pokreta čiji su prvi zahtjevi bili *kontrola reprodukcije*, zbog smanjenja socijalne i ekonomske ovisnosti od muškarca, zbog spašavanja života žena, te zbog učestalih i ponekad ugrožavajućih trudnoća.

Od toga vremena pa do danas desile su velike promjene uzrokovane brzim napretkom medicine kao i uvođenjem novih tehnoloških procedura. I pored toga što se još uvijek polemise o legalnosti abortusa sada je fokus na tome *kako pomoći da žena dobije dijete?*

Prema mnogobrojnim statističkim pokazateljima oko 10% parova koji žele dijete nisu u mogućnosti da ga dobiju.

Želja da se ima dijete je među osnovnim ljudskim instiktima i ne ispunjavanje toga može dovesti do mnogobrojnih psiholoških i socijalnih poteškoća.

Mada neplodnost nije nešto što pogađa samo ženu, i muškarci mogu biti odgovorni za to.

Stoljećima su žene optuživane za neplodnost.

Patrijarhat je smatrao da žena nije ništa ukoliko ne rodi dijete.

Čak je i riječ *histeria* izvedena iz riječi *materica* što govori da su žene viđene kao emocionalno vulnerabilne i pod uticajem hormona.

Platon je govorio da je materica životinja koja žudi da generira dijete. U mnogim sredinama su žene, koje nisu mogle da dođu do djeteta, odbacivane, ismijavane, smatrane manje vrijednim, a u srednjem vijeku su spaljivane kao vještice. Stoljeće za stoljećem, misao o ženi kao majci je duboko ulazila u svijest žene tako da se počela formirati misao da žena nije žena ako nije majka.

Zato i traženje puta da se dobije dijete postaje veliki biznis u medicini.

U Engleskoj je 1978. godine rođena Louise Brown nakon fertilizacije *in vitro* (u staklenoj posudi). Ovo medicinsko čudo je donijelo nade milionima parova bez djece, kao i nove etičke dileme i pitanja.¹

Činjenica je da su u razvijanju reproduktivnih tehnologija u najvećem broju slučajeva uključeni muškarci, mogu se izvesti teoretske pretpostavke da su reproduktivne tehnologije produkt muške realnosti. Feministički pokreti koriste ovu činjenicu i naglašavaju da je to još jedan znak muške nadmoći nad ženama.

Bez obzira na sve rasprave o ovim problemima, mnogi parovi su postali sretni dobijanjem djeteta nakon primjene vještačke oplodnje. Time je smanjen stepen frustracije neplodnih žena, jer je neplodnost nerijetko razlog raspada bračne zajednice.

I pored svoje dobrobiti, reproduktivna revolucija je naglasila tradicionalne konflikte među spolovima, te osim olakšanja donijela i nove napetosti i tenzije.

Bez obzira što će fertilizacija *in vitro* donijeti sreću mnogim sterilnim parovima već se javljaju glasovi o prenaseljenosti planete Zemlje koja bi po procjenama do 2015. godine mogla imati 8 milijardi stanovnika. Na Zemlji su 1930. godine živjele 2 milijarde stanovnika.¹⁵

Danas se već rade i planovi o smanjenju svjetske populacije zbog straha od ekoloških katastrofa.



In vitro fertilizacija (*IVF*) - humanog ovuma sa humanom spermom i transfer embriona u humani uterus može biti zakonsko sredstvo tretiranja neplodnosti. Pri provođenju ovih procedura određeni zakonski principi trebaju biti poštovani.

Izjava o fertilizaciji in vitro i transplantaciji embriona je usvojena na 39. svjetskoj medicinskoj skupštini, održanoj oktobra 1987. u Madridu.

Svjetsko medicinsko udruženje zahtijeva od ljekara da djeluje etički i sa odgovarajućim poštovanjem budućih majki i embriona od samog početka života. Da bi pomogli ljekarima u prepoznavanju i praćenju njihovih etičkih obaveza Svjetsko medicinsko udruženje je donijelo slijedeću izjavu:

- Sa etičke i naučne tačke gledišta medicinska pomoć u humanoj reprodukciji je opravdana u svim slučajevima steriliteta koji ne reaguju na klasični tretman lijekovima ili hirurško liječenje, a naročito kada postoji:
 - imunološka inkompatibilnost,
 - ireverzibilna prepreka za kontakt muških i ženskih gameta,
 - sterilitet nepoznatog uzroka.
- U svim ovim slučajevima ljekar može da radi samo uz punu informisanu saglasnost donora i recipijenta. Ljekar mora uvijek da radi u najboljem interesu djeteta koje će biti rođeno u ovakvoj proceduri.
- Obaveza je ljekar da pacijentu, na njegovom nivou razumijevanja, obezbijedi dovoljno informacija o svrsi, metodama, rizicima, nelagodnostima i razočarenjima procedura, i da od pacijenta dobije njegovu informisanu saglasnost o proceduri. Kao i u slučaju bilo koje druge procedure ljekar mora da ima adekvatan specijalistički trening prije poduzimanja odgovornosti za izvođenje procedure.
- Ljekar uvijek mora da se rukovodi svim odgovarajućim zakonima i pravilima kao i etičkim zahtjevima i profesionalnim standardima ustanovljenim od strane Svjetskog medicinskog udruženja i drugih odgovornim medicinskih organizacija društva u kome radi. Pacijentima se garantuje ista povjerljivost i privatnost kao i za bilo koji drugi medicinski tretman.²⁹

Mada fertilizacija in vitro, kao tehnika, ima donekle i eksperimentalni karakter, kliničke indikacije uz pristanak roditelja, danas su uveliko u praksi.

U ovoj oblasti još je more etičkih dilema kada su u pitanju doniranja jajnih ćelija, doniranje spermatozoida, pitanja surogat majki, transplantacija fetalnog tkiva. Novim tehnološkim i naučnim dostignućima one se samo povećavaju.

Oni koji kontrolišu savremene tehnologije u reproduktivnom procesu imaju veliku moć u rukama. U nauci uvijek postoji element nepredvidivosti. *Nauku ne treba zaustavljati, ali treba paziti kuda ide.*⁶⁶

Napredak u ovoj oblasti može dovesti do mnogobrojnih, velikih šteta, što slikovito rečeno znači da su ljekari kao zdravstveni profesionalci „čuvari kapije” jer usmjeravaju, vode i kontrolišu cijeli proces liječenja.

Bez obzira na uznapredovale tehnologije žena je i dalje ta koja jedina može donijeti odluku da se podvrgne određenim procedurama, ona je slobodna osoba koja donosi odluku o svojoj fertilitnosti.

Peto poglavlje

ETIČKI PRINCIPI U PSIHIJATRIJI

Uvod

Etički principi na kojima počiva cjelokupna medicinska praksa važe i za psihijatriju kao granu medicine. Psihijatrija je, u odnosu na somatsku medicinu, u mnogočemu u nepovoljnijem položaju jer ne raspolaže dovoljno objektivnim kriterijima za dijagnostiku većine psihijatrijskih bolesnika. Pacijent svoje subjektivne doživljaje iznosi ljekaru koji ga opservira u različitim situacijama što ostavlja prostor za subjektivne procjene.

Zbog toga etika u području psihijatrije dobija na značaju zbog složenosti i specifičnosti psihičkog poremećaja, te često dolazi do sukoba između pojedinih etičkih principa i time do brojnih i složenih etičkih dilema. Psihijatrija kao oblik medicinske prakse je i najekstenzivnije regulisana pravnim propisima. Oni se često podudaraju sa etičkim načelima, ali su ne rijetko i u koliziji sa njima.

Kada je u pitanju psihijatrijski bolesnik, etika je u funkciji osnovnog etičkog načela Hipokratove zakletve, da se učini sve što je moguće i na najbolji način za interes pacijenta, dakle da se vodi računa da se ne nanese bilo kakva šteta.

1. Havajska deklaracija

Havajska deklaracija Svjetskog udruženja psihijatara usvojena je 1977. godine na Havajima i potvrđena na Generalnoj Skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja u Beču, 1983. godine.

- Cilj psihijatrije je liječenje mentalne bolesti i unapređenje mentalnog zdravlja. Koristeći na najbolji način svoje sposobnosti, u saglasnosti sa naučnim saznanjem i osnovnim

etičkim principima, psihijatar treba da služi u najboljem interesu za pacijenta, te da se stara o zajedničkom dobru i pravilnoj raspodjeli zdravstvenih resursa. Ispunjavanje ovih ciljeva zahtijeva kontinuiranu edukaciju zdravstvenog osoblja, pacijenata i javnosti.

- Svaki psihijatar treba da ponudi pacijentu najbolju mogućnost liječenja koja, prema njegovom znanju, stoji na raspolaganju, i ako ono bude prihvaćeno liječi pacijenta poštujući njegovo dostojanstvo. Kada je psihijatar odgovoran za liječenje koji drugi provode dužan je da im obezbijedi kompetentnu superviziju i edukaciju. Kad god se ukaže potreba, ili ako postoji opravdan zahtijev pacijenta, psihijatar treba da traži pomoć drugog kolege.
- Psihijatar treba da teži terapijskom protokolu koji se zasniva na uzajamnom sporazumu. On zahtijeva povjerenje, povjerljivost i uzajamnu odgovornost. Sa nekim pacijentima se ne može uspostaviti takav odnos. U takvim slučajevima treba uspostaviti kontakt sa srodnikom ili osobom koja je bliska pacijentu.
- Ako se, i kada se, uspostavi drugačiji odnos od terapijskog, kao npr., u sudskoj psihijatriji, prirodu tog odnosa treba u potpunosti objasniti osobi koje se to tiče.
- Psihijatar treba da obavijesti bolesnika o prirodi njegove bolesti, terapijskim procedurama, uključujući moguće alternative, kao i mogućnostima ishoda liječenja.
- Obavještenja treba dati na razumljiv način i pacijentu se mora ostaviti mogućnost da izvrši izbor između odgovarajućih metoda koje stoje na raspolaganju.
- Ni jednu proceduru ne treba provesti niti primijeniti liječenje protiv ili nezavisno od lične volje pacijenta, osim u slučaju kada pacijent zbog mentalne bolesti nije u stanju da prosudi šta je u njegovom najboljem interesu, te ako bi bez liječenja mogle da nastupe ozbiljne štete po pacijenta kao i za okolinu.

- Čim razlozi za prinudno liječenje prestanu da postoje, psihijatar treba da oslobodi pacijenta od prinude i, ako je dalje liječenje neophodno, treba da dobije njegovu dobrovoljnu saglasnost. Psihijatar treba da informiše pacijenta i /ili njegove srodnike, ili značajne druge osobe o mehanizmima za žalbu zbog prinudnog zadržavanja, kao i za sve druge žalbe koje se tiču dobrobiti pacijenta.
- Psihijatar nikada ne smije da upotrijebi profesionalne sposobnosti u cilju povrede dostojanstva ili ljudskih prava bilo kog pojedinca ili grupe i nikada ne smije dozvoliti da nepodesne želje, osjećanja, predrasude ili vjerovanja pacijenta poremete liječenje. Psihijatar ne smije da koristi sredstva svoje profesije ako se utvrdi da psihijatrijska bolest ne postoji. Ako pacijent, ili neka treća strana, zahtijevaju radnje suprotne naučnim i etičkim načelima, psihijatar mora da odbije saradnju sa njima.
- Sve što pacijent kaže psihijatru ili psihijatar zabilježi tokom ispitivanja ili liječenja, mora da bude sačuvano kao povjerljivo, osim u slučaju kada pacijent oslobodi psihijatra ove obaveze, ili kada je neophodno da to učini da bi se spriječilo nanošenje ozbiljne štete samom pacijentu ili drugim licima. U ovim slučajevima pacijenta treba informisati o prekidu tajnosti.
- Da bi se uvećalo i proširilo psihijatrijsko znanje i vještina, neophodno je učešće pacijenata. Ipak, poslije objašnjenja datih pacijentu, psihijatar mora da dobije njegov pristanak prije prikazivanja na predavanjima i, kad god je moguće, za publikovanje historije bolesti u naučne svrhe kada se također moraju preduzeti sve opravdane mjere da bi se sačuvalo dostojanstvo i anonimnost pacijenta i da bi se zaštitio njegov lični ugled. Pacijentovo učešće mora da bude dobrovoljno nakon potpunog informisanja o cilju, procedurama, rizicima i neprijatnostima istraživačkog projekta.

- Mora da postoji razuman odnos između uračunatog rizika ili neugodnosti i koristi od istraživanja. U kliničkom istraživanju svaki subjekt mora da zadrži i upražnjava sva svoja prava kao pacijent. Kada su u pitanju djeca i drugi pacijenti koji sami ne mogu da daju suglasnost nakon informisanja, saglasnost treba da se dobije od zakonskog srodnika. Svaki pacijent ili istraživački subjekt ima pravo da se iz bilo kog razloga i u bilo koje vrijeme povuče iz bilo kog dobrovoljnog liječenja ili istraživačkog programa u kome učestvuje. Povlačenje, kao i odbijanje učestvovanja u programu, ne smije nikada da utiče na napore psihijatra da pomogne pacijentu.
- Psihijatar treba da prekine sve terapijske, edukativne ili istraživačke programe koji su suprotni načelima ove Deklaracije.

Madridska deklaracija

Na Generalnoj skupštini Svjetskog psihijatrijskog udruženja 25. avgusta 1996. godine ispitani i revidirani su neki od etičkih standarda Havajske deklaracije. Usvojenom Madridskom deklaracijom, osnovni etički principi su ostali uglavnom isti, dopunjeno je jedino poglavlje o istraživanjima u psihijatriji.

- Istraživanje, koje nije u skladu sa naučnim kanonima, je neetičko. Istraživačke aktivnosti treba da budu odobrene od strane odgovarajućeg konstituisanog etičkog komiteta. Psihijatri treba da se pridržavaju nacionalnih i međunarodnih pravila o provođenju istraživanja. Istraživanje mogu da vode i usmjeravaju samo one osobe koje su pravilno obučene za istraživanje.
- Kako su psihijatrijski pacijenti posebno vulnerabilni subjekti istraživanja, posebnu pažnju treba posvetiti sigurnosti njihove autonomije kao i njihovom mentalnom i fizičkom integritetu. Etički standardi, također treba da se primjenjuju i u izboru populacionih grupa, u svim vrsta-

ma istraživanja koja uključuju epidemiološke i sociološke studije i u kolaborativnim istraživanjima koja uključuju druge discipline, ili više istraživačkih centara.²⁹

Šesto poglavlje

TRANSPLANTACIJA ORGANA

Uvod

U doba savremene medicine pojavili su se etički i pravni problemi transplantacije organa (srca, bubrega, jetre, rožnjače...). Mada je u našoj zemlji transplantacija organa tek u povojima, u razvijenijim zemljama je to već rutinska stvar.

Pri obavljanju transplantacija zakonski je neophodno:

- Poštovanje anonimnosti donora i primaoca osim kada između njih postoji bliska lična ili porodična veza
- Prije uklanjanja organa i transplantacije odgovarajuća medicinska istraživanja moraju biti urađena kako bi se smanjio rizik za zdravlje i život i donora i recipijenta
- Transplantacija mora da se obavlja u ustanovama za to opremljenim uz adekvatan i edukovan kadar.

Postoji transplantacija organa uzetih sa živih osoba i transplantacija organa uzetih sa kadavera.

1. Presađivanje organa sa živih osoba

Četiri su osnovna postulata neophodna za izvršavanje ovakvog načina transplantacije:

1. Pristanak davaoca
2. Pristanak primaoca
3. Medicinska opravdanost zahvata
4. Srazmjernost rizika davaoca i izgleda da presađivanje uspije.

Što se tiče medicinske opravdanosti zahvata potrebno je da bude ispunjeno nekoliko uslova;

- zahvat presađivanja mora da bude preduzet u terapijske svrhe;
- treba da bude hitne prirode;
- treba da bude poduzet kao posljednje sredstvo liječenja, ne smije da ugrožava život davaoca organa ili da mu nanese trajno oštećenje zdravlja.

2. Presađivanje organa uzetih s kadavera

Ako se radi o uzimanju organa od mrtve osobe neophodna je saglasnost davaoca predhodnim zavještenjem, ili poslije smrti saglasnost bliskih srodnika umrlog, a to su: bračni drug, djeca, roditelji, punoljetni brat ili sestra.

U ovom slučaju je obavezno da uzimanje organa ne smije biti izvršeno ako se zna ili pretpostavlja odbijanje toga postupka od strane umrlog zbog religijskih ili drugih ubjeđenja.

Smrt pacijenta treba da utvrdi ljekar koji ne pripada timu koji će izvršiti transplantaciju.

Poslije nastupanja smrti može biti izvedeno uzimanje organa čak i u slučaju kada se funkcija nekog organa, ali ne i mozga, može da održava vještački.

Veoma je delikatan problem utvrđivanja smrti.

3. Presađivanje organa uzetih od osoba koje nisu slobodne

S obzirom na povećani broj izvještaja o učešću ljekara u transplantaciji ljudskih organa uzetih od:

- zatvorenika na kojima je izvršena smrtna kazna bez predhodnog dobijanja njihove saglasnosti,
- tijela hendikepiranih osoba čija je smrt, kako se vjeruje, ubrzana kako bi bilo moguće uzeti njihove organe,

- siromašnih osoba koje su se složile da daju svoje organe u komercijalne svrhe,
- male djece kidnapovane sa ovim ciljem.

Na 46. Svjetskoj medicinskoj skupštini u Štokholmu, Švedska, septembra 1994. godine je usvojena: Izjava o odnosu ljekara prema transplantaciji ljudskih organa:

Svjetsko medicinsko udruženje osuđuje kupovinu i prodaju ljudskih organa za transplantaciju.

Svjetsko medicinsko udruženje poziva vlade svih zemalja da preduzmu efikasne mjere za sprječavanje komercijalne upotrebe ljudskih organa.

Usvojeno je da svjetsko medicinsko udruženje svečano ponovo potvrdi ove principe i pozove sva nacionalna medicinska udruženja da ih se pridržavaju i da u slučaju njihovog narušavanja strogo kazne ljekare koji ih narušavaju.²⁹

4. Sidnejska deklaracija o utvrđivanju smrti

Na 22. Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja, u Sidneju, Australija, u avgustu 1968. godine usvojena je deklaracija o utvrđivanju smrti, a dopunjena na 35. Skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Veneciji, Italija, oktobra 1983.

- Utvrđivanje vremena smrti je u većini zemalja zakonska odgovornost ljekara i tako treba i da ostane. Ljekar je obično u mogućnosti da bez posebne pomoći, na osnovu klasičnih kriterija koji su poznati svim ljekarima, utvrdi da je osoba umrla.
- Ipak, dvije prakse savremene medicine zahtijevaju dalje proučavanje pitanja vremena smrti:
 - mogućnost da se vještačkim sredstvima održi cirkulacija oksigenovane krvi kroz tkiva tijela koja bi mogla biti ireverzibilno oštećena i
 - korišćenje organa umrlog, kao što su srce ili bubrezi, za transplantaciju.

- Problem je u tome što je smrt postepen proces na ćelijskom nivou, sa tkivima koja se razlikuju po svojoj sposobnosti da izdrže nedostatak kiseonika. Ali klinički interes nije u održavanju izolovanih ćelija već života čovjeka. Zato trenutak smrti različitih ćelija i organa nije tako važan kao izvjesnost da je proces postao ireverzibilan i pored upotrebe bilo kakve tehnike reanimacije.
- Osnovno je konstatovati nepovratan prestanak svih funkcija cijelog mozga, uključujući i moždano stablo. To se utvrđuje kliničkom procjenom dopunjenom po potrebi kliničkim pomagalicama. Ipak, ni jedan tehnološki kriterij na sadašnjem nivou medicine ne zadovoljava u potpunosti, a ni jedna tehnološka procedura ne može na zadovoljavajući način da zamijeni sveobuhvatnu procjenu ljekara.
- Kada je u pitanju transplantacija organa, utvrđivanje nastupanja smrti moraju da obave dva ili više ljekara. Ljekari koji utvrđuju trenutak smrti ne smiju ni na koji način biti neposredno povezani sa izvođenjem transplantacije.
- Kada se utvrdi trenutak smrti osobe sa etičkog stanovišta je dozvoljeno prestati sa postupcima oživljavanja, i u zemljama u kojima to zakon dozvoljava mogu se uzeti organi leša ako su ispunjeni zakonski zahtjevi o saglasnosti.²⁹

Definisano je 5 kriterija za utvrđivanje smrti:

- Svaki gubitak veze sa spoljašnjim svijetom;
- Potpuna muskularna mlitavost i arefleksija;
- Prestanak spontanog disanja;
- Pad krvnog pritiska po prestanku njegovog vještačkog održavanja;
- Potpuno prava EEG linija, dobijena čak i pod stimulacijom, uz valjane tehničke garancije.¹⁵

Sedmo poglavlje

ETIČKE ODGOVORNOSTI STUDENATA, NASTAVNIKA I ONIH KOJI PROPISUJU LIJEKOVE

1. Odgovornost studenata

Etičke odgovornosti studenata medicine su kao i odgovornosti ljekara, njihove odgovornosti se povećavaju koliko se povećava direktan kontakt sa pacijentom.

Studij medicine je dug i zahtjevan.

- Od studenata medicine se traži da budu osobe od povjerenja, da imaju motivaciju, posvećenost pozivu kao i finansijsku i emocionalnu pomoć da završe studij medicine.
- U osnovi medicinske prakse je pomaganje ljudima te zato studenti medicine treba da posjeduju želju da služe bolesniku, imaju dobru sposobnost komuniciranja, dobre međuljudske odnose i razuman balans između altruizma i samopoštovanja.
- Da bi neko bio student medicine, kao i ljekar, mora biti informisan i imati spremnost da prihvati rizike koji su uključeni u profesiju, a to je i kontakt sa pacijentima koji boluju od infektivnih bolesti.
- Pri prijemu na studij medicine obaveza bi bila da budu imunizirani protiv hepatitisa B, te da naprave testove na HIV, hepatitis C i tuberkulozu.⁵⁹

U mnogim zapadnim zemljama kao i u Australiji, koja ima sistem prihvaćen kao u Engleskoj, nakon sticanja MB BS stepena obrazovanja student u procesu privremenog registrovanja od strane Medical Bord -a može biti odbijen iz slijedećih razloga:

- (a) Ako je loš karakter. Svi studenti su tokom studija budno praćeni od strane mentora koji o ovoj osobini studenta informiraju Medical Board.
- (b) Ukoliko su bili uključeni u ozbiljna kriminalna djela.
- (c) Bili bolesni ili povrijeđeni u smislu da bi mogli dovesti zajednicu u rizik.
- (d) Bili ovisnici o alkoholu ili drogama.
- (e) Imaju fizički ili mentalni poremećaj koji značajno smanjuje sposobnost aplikanata da praktikiraju medicinu.

Kada je riječ o asimptomatskim oboljenjima koji se odnose na HIV, hepatitis B i hepatitis C infekciju ne isključuje se mogućnost da pohađaju nastavu, nego dobiju upozorenje za zaštitu i posebne mjere opreza kada je u pitanju rad na ginekologiji, hirurgiji i hitnoj službi.

Ove odredbe se odnose na zemlje koje imaju i drugi sistem edukacije, dugu tradiciju i dobre zakonske regulative, ali bi mogli u nekim segmentima poslužiti i nama da se studij medicine kao i odnos prema studentu, te način izvođenja nastave, prilagodi zapadnim trendovima.

U našoj zemlji prijem studenata na studij medicine uključuje predhodno dobre rezultate u srednjoj školi te prijemni ispit koji uključuje provjeru znanja iz tri oblasti: fizike, hemije i biologije, te psihološki test.

Mnogi fakulteti zapadnih zemalja imaju obavezan intervju sa kandidatima a u koji su osim nastavnog osoblja uključeni i pojedini članovi društvene zajednice. U nekim zemljama da bi se upisao studij medicine obavezan je četvorogodišnji premedicinski studij (Amerika, neki univerziteti u Australiji). To je selektivni proces da bi se pronašle prave osobe za studij medicine, te da se mladim ljudima da još jedno dodatno vrijeme, iskustvo i zrelost da odaberu odgovarajući studij. Na nekim univerzitetima u Engleskoj prije apliciranja za studij medicine svaki završeni srednjoškolac mora volonterski provesti mjesec dana u

određenim bolnicama, kao na gerijatriji, odjelima za cerebralnu paralizu i slično, da bi se susreli sa svim zahtjevima i teškoćama ovog plemenitog poziva koji ne donosi samo dobru zaradu. Nakon ovog perioda mnogi se odlučuju za drugi studij.

Mnogi fakulteti uz praćenje znanja, vještina i ponašanja studenata u edukacionom sistemu naglasak daju na:

- boljim komunikacijskim i međuljudskim vještinama;
- obavezu treninga za dugu profesionalnu edukaciju i kontinuiranu edukaciju;
- povećanje svjesnosti o socijalnim, ekonomskim, kulturnim dimenzijama medicine uključujući i okruženje. Spособnost kritičke procjene podataka na kojima se bazira medicinska odluka;
- volji da se radi u timu.

Svaki univerzitet treba da ima svoje etičke kodekse ponašanja nastavnika, koji u studiju medicine uključuju i etičke kodekse ljekarske profesije, a oni pokrivaju i pitanja seksualnih nepravilnosti u odnosu na studente, seksualno iskorištavanje studenata ili bilo koje drugo neadekvatno ponašanje prema studentima.

Kontakt sa pacijentima

Obaveze koje student mora poštovati su:

- Obavezan je da se pacijentu predstavi punim imenom i prezimenom i upita pacijenta kako on želi da bude oslovljen.
- Mora imati pristanak pacijenta da uzme anamnezu i napravi fizikalni pregled.
- Uvijek mora poštovati religiozne i moralne stavove pacijenta i nikada ne ulaziti u bilo kakvu polemiku.
- Pri pregledu i ispitivanju mora se obezbijediti privatnost pacijenta, što je veoma teško obezbijediti na bolničkim odjelima.

- Bez obzira i na odobrenje od strane pacijenta student nikada ne smije vršiti pregled dojki, genitalija ili rektuma bez prisustva medicinske sestre.
- Od prvog trenutka susreta sa pacijentom studenti su obavezni, kao i sami ljekari, da svaki podatak o pacijentu bude povjerljiv.
- Samo nošenje bijelog mantila kod studenata može dovesti do osjećaja autoritativnosti, što moraju izbjegavati.
- Studenti moraju biti svjesni da su njihova znanja i iskustva ograničena i da nisu osposobljeni da pacijentu daju savjet, dijagnozu ili prognozu bolesti.
- Kontakt sa pacijentima treba da poboljša komunikacijske sposobnosti sa ljudima različitih socijalnih i kulturoloških naslijeđa, različite životne dobi, obrazovanja, religijskih i političkih ubjeđenja.
- Studenti kao i pacijenti moraju biti zaštićeni od infekcije.
- Obavezno je pranje ruku prije i poslije pregleda, u nekim slučajevima obavezna je maska rukavice i ogrtač.³⁹

Pacijenti, generalno od zdravstvenih radnika očekuju ozbiljan pristup njihovim problemima. Prvi kontakt pacijenta sa ljekarom ili studentom je i sam izgled, te je obaveza i za studente da budu adekvatno obučeni i u zaštitnoj odjeći.

Pacijenti mogu biti ugroženi od strane studenata u prenošenju zaraznih oboljenja kao i HIV-a, hepatitisa B i C, a isto takvu ugroženost ima i student. Svaki student mora biti detaljno obučan o preventivnim mjerama i mjerama zaštite.

2. Odgovornost nastavnika

Još je Hipokrat u svojoj zakletvi naglasio značajnost prenošenja znanja.

“Svoga ću učitelja ovog umijeća poštovati kao roditelja, živjeti svoj život u partnerstvu s njim, i ako mu bude potreban novac davat ću mu ga, njegovu ću djecu smatrati svojom braćom i ukoliko budu željeli podučavaću ih ovom umijeću bez plaće i ugovora, davati i dijeliti pravila i verbalne instrukcije svim nasljednicima mojih sinova kao i njegovih sinova, te učenike koji se budu ovim ugovorom obavezali i ovom zakletvom zakleli, ali nikoga drugog.”

I moderne verzije ove zakletve sadrže pravila koja se odnose na kliničko podučavanje studenata jer je obaveza zdravstvenih radnika, a posebno nastavnog osoblja da:

- Prenosi svoja profesionalna znanja i vještine na kolege i studente.
- Prije bilo kakvog uključivanja pacijenata u klinički proces edukacije pacijentu objasni prirodu vježbi i dobije njegov pristanak.
- Ne dozvoli, da odbijanje pacijenta da učestvuje u procesu nastave, djeluje na odnose sa pacijentom.
- Tokom izvođenja svih vježbi treba biti održavan komfor i dostojanstvo pacijenta.
- Ne smiju seksualno ili emotivno iskorištavati kolege ili studente.³⁹

Kolika je odgovornost i obaveza studenata medicine kao i njihovih nastavnika izneseno je u ovom poglavlju. Dakle, već od samog početka studija medicine, studenti su pod posebnim zahtjevima i stresnim situacijama koje su kontinuirano, tokom njihovog studija, a kasnije i tokom zahtijevne i odgovorne medicinske prakse samo povećavaju.

Zato bi pri odabiru studenata za ovaj studij akcente trebalo staviti na ličnost studenta, njegovu mogućnost izdržljivosti,

moralne osobine i vrijednosti. Na mnogim fakultetima medicine psiho test je obavezan. Zato i ne čude zahtjevi mnogih da se prije upisa na ovaj studij izvrši psihološko testiranje svakog studenta.

Intervju sa kandidatima za studij medicine, koji bi osim nastavnog osoblja trebao da uključi i pojedine članove društvene zajednice, bi bio jedan od načina da se za ovaj zahtjevni studij i specifičnost buduće profesije odaberu pravi ljudi, te bi prema tome trebao da postane i obaveza.

3. Propisivanje lijekova

Lijekovi su hemijski sintetizirane supstance dobijene iz biljaka ili životinjskog tkiva poznatog sastava, i koriste se da preveniraju, ublaže tegobe ili liječe bolest.

Otrov je svaka supstanca, koja kada dospije u krv, negativno utječe na zdravlje ili uništava život.

Lijekovi koji izazivaju ovisnost su prema WHO oni koji dovede do stanja psihičke ili fizičke ovisnosti, ili oboje. Osoba ovisna o lijekovima je osoba koja ima želju da nastavi sa uzimanjem određenog lijeka i kod koje povlačenje toga lijeka dovodi do stresa, mentalnih i fizičkih poremećaja.

Zloupotreba lijekova podrazumijeva: ilegalno davanje lijekova bez medicinskog nadzora, davanja u druge svrhe a ne za liječenje bolesti, kao i davanje lijekova bez vođenja računa o dozvoljenim dozama.

Tolerancija na lijek je adaptiranje tkiva na određeni lijek što izaziva potrebu da se doze lijeka lagano povećavaju da bi dostigle raniji fizički ili psihički efekt, na primjer, kupirale bol.

Svako ordiniranje lijeka je pod kontrolom, a svaki propisani lijek mora biti unesen u ljekarski karton.

Posebno je potreban oprez sa ordiniranjem opojnih droga koje moraju biti propisane sa najvećom pažnjom, a podaci o njihovom propisivanju uneseni u posebnu knjigu evidencije opojnih

droga. Ukoliko se ti lijekovi nalaze na bolničkim odjeljenjima moraju biti posebno čuvani sa punom evidencijom o izdavanju pacijentu.

U našoj svakodnevnicu najveći oprez je kod ordiniranja lijekova ovisnicima. Veliki broj pacijenata koji posjećuje ljekarsku ordinaciju i traže pomoć su kooperativni i uglavnom poštteni. Ljekar, mora da bude podozriv prema onima koji lijek mogu zloupotrijebiti i mora pokušati identificirati osobu ovisnu od lijekova. Neka uputstva kako lakše prepoznati osobu ovisnu o lijekovima:

- Biti oprezan prema pacijentu koji je prvi put u ordinaciji i traži da mu se ordinira lijek koji izaziva ovisnost.
- Biti pažljiv prema onima koji su na proputovanju i žele lijek, ili govore da su raniji recept izgubili.
- Biti pažljiv prema pacijentima koji imaju nalaze specijaliste koji zahtijeva ordiniranje opojnih droga. U takvim slučajevima treba da se vidi da li je lijek stvarno potreban, te obavezno kontaktirati ljekara koji je lijek preporučio.
- Izbjegavati uzimanje historije bolesti kao i sam fizikalni pregled na brzinu. Tragati za znacima ovisnosti kao, konstrikcija zjenica ili tragovi injekcionih uboda.
- Ukoliko je pacijent nepoznat, a narkotik mu je kao lijek zaista potrebno ordinirati, onda treba limitirati dozu i pacijenta za dalje ordiniranje lijeka uputiti njegovom obiteljskom ljekaru. Ukoliko je potrebno konsultirati i drugog kolegu.⁷⁰

I u našoj zemlji je strogo kontrolisano propisivanje lijekova na recept i na to imaju pravo samo određeni profili ljekara: porodični ljekari, pedijatri i ginekolozi.

Svi ljekari u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti, konsultanti, klinički ljekari, nemaju pravo pisanja recepata.

U današnje vrijeme postavlja se i pitanje ordiniranja benzodiazepina koji se svakodnevno i bez kontrole propisuju.

Ordiniranje benzodiazepina

Tokom posljednje dekade dat je veliki publicitet zabrinutosti ljekara od mogućih štetnih efekata benzodiazepina, naročito ukoliko je riječ o dugotrajnoj upotrebi. Studija iz 1988. godine je pokazala da više od jedne trećine pacijenta u ordinacijama opšte prakse, u dobi iznad 70 godina i više, koristi benzodiazepine, te da je deset procenata ukupne populacije na ovoj terapiji. Također 80% pacijenata u opštoj praksi koristi te lijekove duže od šest mjeseci. Svi ti pacijenti imaju rizik da postanu ovisni o tim lijekovima, a simptomi povlačenja lijeka su se mogli vidjeti i kod pacijenta i nakon samo sedmične upotrebe istih. Ova studija je pokazala da je 45% pacijenata koji su na dugotrajnoj upotrebi benzodiazepina psihološki ovisni o tim lijekovima.⁷¹

U literaturi su opisani i pojedinačni slučajevi seksualnih fantazija pacijenata na ovoj terapiji.

Poluživot benzodiazepina je jedan od faktora koji mogu uticati na razvijanje ovisnosti. Benzodiazepini sa dugim poluživotom, kao diazepam, imaju manju pojavu ovisnosti nego kada su u pitanju benzodiazepini sa kraćim poluživotom kao npr. flunitrazepam, oxazepam ili lorazepam.⁷²

Bez obzira na ova saznanja treba biti veoma oprezan pri ordiniranju benzodiazepina i izbjegavati efekte od rizika koje lijek može donijeti, te pri tom ordinirati što je moguće manju dozu, te u što kraćem vremenenskom periodu uzimati lijek. Kada se ovi lijekovi ordiniraju za anksioznost i nesanicu, što je najčešće u praksi, ne bi smjeli biti ordinirani duže od 2-3 sedmice.

Hronična bol

Bolesnici sa hroničnom boli su jedna od najtežih kliničkih situacija sa kojima se ljekari susreću. Korištenje opijata u ovu svrhu mogu davati veoma dobre rezultate kupiranja boli ali nose

sa sobom i veoma velike rizike od adicije kod svih pacijenata. Profesionalna je odgovornost ljekara da minimiziraju ove rizike.

Postoji još mnogo pitanja na koje treba odgovoriti i dati etičke smjernice. Svaki ljekar će se kroz svoju svakodnevnu praksu stalno susretati sa novim izazovima i novim dilemama. Mnoge od njih će moći riješiti i sam, za mnoge će potražiti savjet iskusnijih, te prema tome ni ovo štivo ne može biti nikada konačno završeno.

Osmo poglavlje

PRAKTIČNE UPUTE

Zbog svog znanja i stručnosti ljekari imaju odgovornost da poboljšaju i održavaju zdravlje pacijenata koji su zbog bolesti u posebno vulnerabilnom stanju.

Tokom stoljeća su imali etičke vodiče koji su im pomagali i određivali ponašanje prema pacijentima, njihovim profesionalnim tijelima, te cijelom društvu. Hipokratova zakletva je bila jedan rani izraz ovakvih kodeksa. Etički kodeksi ohrabruju ljekare da promoviraju zdravlje svojih pacijenata i zabranjuju ljekarima da djeluju u svoju vlastitu korist.

Australska medicinska asocijacija (AMA) se prihvatila odgovornosti da uspostavi standarde etičkog ponašanja koji se očekuje od ljekara. Ona je obezbijedila set fundamentalnih principa koji bi ljekarima trebali biti vodilja u njihovom profesionalnom životu.

Uznapređovala znanja i tehnologije kreiraju nove izazove i otvaraju nove etičke probleme. Pošto su etičke norme ponašanja univerzalne vrijednosti navest ćemo neke od njih, a sa ciljem da pomognu onima koji su na pragu svoga profesionalnog rada, kao i onima koji su godinama u praksi, da im budu podsjetnik i da ne zaborave koliko je odgovorna profesija ljekara, i koliko sa sobom nosi nedoumica i dilema otvarajući stalno nove. Medicinska etika ne zna za granice, te prema tome niko nam ne može zabraniti da se poslužimo rješenjima zemalja koje su u ovoj oblasti najdalje odmakle.

1. Ljekar i pacijent

1.1. Standardi njege

- (a) Prakticirajte nauku i umijeće medicine na najbolji način i unutar granica vlastite stručnosti.

- (b) Nastavite kontinuiranu samoedukaciju da bi se poboljšali standardi medicinskog tretmana.
- (c) Obradite pacijenta kompletno i temeljito.
- (d) Održavajte uredno i tačno kliničke zapise o pacijentu.
- (e) Osigurajte da ljekari, kao i drugo medicinsko osoblje koje je uključeno u zbrinjavanju pacijenta, budu kvalificirani i kompetentni da vode tu zaštitu.

1.2. Odnos prema pacijentu

- (a) Osigurajte da vaše profesionalno ponašanje bude iznad zamjerki.
- (b) Ne iskorištavajte pacijenta bilo iz seksualnih, osjećajnih ili finansijskih razloga.
- (c) Tretirajte pacijente sa suosjećanjem poštivajući njegovu ljudsko dostojanstvo.

Odgovornosti prema pacijentu

- (a) Ne osporavajte tretman ni jednom pacijentu na osnovu njegovih kulturoloških, etničkih, religijskih, političkih vjerovanja, spola, seksualne orijentacije ili prirode njegove bolesti.
- (b) Poštujte pravo pacijenta da slobodno bira svoga ljekara, da prihvati ili odbije savjet, i da donosi vlastite odluke o medicinskom tretmanu i procedurama.
- (c) Da bi pomogli u donošenju pacijentove odluke potrebno je pacijenta informisati o prirodi njegove bolesti i njenim mogućim posljedicama, o mogućem uzroku i dostupnom tretmanu sa mogućim dobrim djelovanjima kao i rizicima istog.
- (d) Čuvajte u povjerenju informacije o pacijentu dobijene od samog pacijenta, ili od kolega, a odnose se na pacijenta, i objavi ih samo uz pacijentovo dopuštenje. Izuzetak se

može učiniti samo ako je ugroženo zdravlje drugih u okolini, ili na zahtjev suda.

- (e) Preporučujte samo one dijagnostičke procedure neophodne u liječenju pacijenta i samo onaj terapijski tretman koji će dovesti do poboljšanja i izlječenja.
- (f) Zaštitite prava ljekara da ordiniraju, i bilo kojeg pacijenta da primi, bilo koji novi tretman koji djeluje sigurno i efikasno ili koji daje nadu spašavanja života, uspostavljanja zdravlja ili ublažavanja patnje. U svim ovim slučajevima potpuno informišite pacijenta o ovim tretmanima, uključujući novu i nestandardnu prirodu tretmana.
- (g) Na zahtjev pacijenta dopustite da podaci o medicinskim nalazima i tretmanu budu dostupni drugom ljekaru.
- (h) Nastavite obezbjeđivati usluge za bilo kojeg bolesnog pacijenta sve dok one ne budu više zahtijevane, ili dok te usluge nisu zatražene od drugog kvalificiranog ljekara.
- (i) Kada vas lične moralne procjene ili religijska uvjerenja sprečavaju da preporučite određenu terapiju obavijestite pacijenta o tome tako da ljekarski nadzor može potražiti negdje drugdje.
- (j) Uspostavljeni odnos između pacijenta i ljekara ima svoju vrijednost koju ne bi trebali narušiti.
- (k) U slučajevima koji nisu hitni, kada vaše pomanjkanje znanja, vještina ili opreme da obezbijedite adekvatan nadzor nad pacijentom nisu dovoljni, vaša je etička obaveza da pacijenta uputite drugom profesionalnom kolegi.
- (l) Budite odgovorni kada postavljate prikladnu procjenu vaše usluge, razmotrite vrijeme, sposobnosti, iskustvo i druge specijalne okolnosti uključene u pružanje te usluge kada određujete cijenu.

- (m) Gdje god je moguće obezbijedite da pacijent bude obaviješten o cijeni. Budite spremni da diskutujete o cijeni usluge sa pacijentom.
- (n) Ne upućujte pacijenta u institucije ili druge servise gdje imate lični finansijski interes bez punog otkrivanja takvih interesa.

1.3. Klinička ispitivanja

- (a) Gdje god je to moguće prihvatite odgovornost unapređenja u medicini učestvovanjem u ispravno postavljanim istraživanjima koja uključuju ljudske subjekte.
- (b) Prije učešća u takvoj vrsti istraživanja dozvolite da odgovorno nezavisno tijelo ocjeni naučnu vrijednost i etičke implikacije istraživanja.
- (c) Prepoznajte da je dobrobit pacijenta iznad interesa nauke ili društva.
- (d) Obezbijedite da svi učesnici u istraživanju budu u potpunosti informisani o istom i daju svoj pristanak da učestvuju u toj studiji.
- (e) Obavijestite ljekara koji liječi pacijenta o uključivanju njegovog pacijenta u istraživački projekat, o prirodi istog i etičkim principima.
- (f) Pacijenti imaju pravo da se povuku iz svake studije u svako vrijeme.
- (g) Ne dozvolite da pacijentovo odbijanje, u bilo kojem stadiju istraživanja, poremeti odnos ljekar-pacijent ili da ugrozi adekvatan tretman i njegu.
- (h) Garantujte da rezultati istraživanja budu prvo prezentovani grupama na nivou profesije tako da se dobije balansirani pogled prije nego što ista budu publikovana u javnosti.

1.4. Kliničko podučavanje

- (a) Prenosite svoja profesionalna znanja i vještine kolegama i studentima.
- (b) Prije bilo kakvih podučavanja, koja uključuju i pacijenta, objasnite prirodu metoda podučavanja i obezbijedite pacijentov pristanak.
- (c) Ne dozvolite da odbijanje pacijenta da učestvuje u nastavi naruši odnos ljekar - pacijent.
- (d) U bilo kojoj vježbi, a u svrhu podučavanja, obezbijedite pacijentu adekvatan tretman najboljih osvjedočenih dijagnostičkih i terapijskih metoda, i da svo vrijeme bude očuvana udobnost i dostojanstvo pacijenta.
- (e) Ne iskorištavajte seksualno ili emotivno kolege ili studente koji su pod vašom supervizijom.

1.5. Umirući pacijent

- (a) Zapamtite obavezu da spasite život, ali kada je smrt izvjesna i kada se liječenje - produžujući tretmani pokažu beskorisni, pokušajte da obezbijedite da se smrt dogodi sa dostojanstvom i moralnom podrškom.

2. Ljekar i profesija

2.1. Profesionalno ponašanje

- (a) Gradite profesionalnu reputaciju baziranu na poštenju i sposobnostima.
- (b) Uzdržite se od komentara koji mogu nepotrebno oštetiti ugled kolega i izazvati napetost pacijenta.
- (c) Izvještavajte nadležno strukovno tijelo o bilo kojem netičkom ili neprofesionalnom ponašanju kolega.
- (d) U slučajevima kada pacijent navodi seksualno iskorištavanje ili neko drugo loše ponašanje od strane ljekara,

pacijentu ponudite punu informaciju o odgovarajućem načinu žalbe.

- (e) Prihvatite odgovornost za svoje vlastito zdravlje, mentalno i fizičko, zbog toga što to utiče na vaše profesionalno ponašanje i brigu o pacijentu.

Ugovori

- (a) Ne zasnivajte bilo kakav radni ugovor, sa kolegama ili organizacijom, koji može umanjiti održavanje autonomije pacijenta ili vaše vlastite, te profesionalni integritet vaših kolega.

2.2. Reklamiranje

- (b) Ne reklamirajte profesionalne usluge niti dajite profesionalne oglase sve dok osnovna namjera takovog oglašavanja nije informacija koja je potrebna bilo pacijentima ili kolegama da bi načinili pravu odluku o prikladnosti i dostupnosti vaših medicinskih usluga.
- (c) Osigurajte da svako oglašavanje ili reklamiranje upućeno pacijentima ili kolegama daje istinite podatke i ne sadrži bilo kakvu preporuku ili dokaz vaših kliničkih vještina što bi profesiju moglo dovesti na loš ugled.
- (d) Izbjegavajte javno odobravanje nekog određenog komercijalnog proizvoda ili usluge.
- (e) Osigurajte da bilo koja terapijska ili dijagnostička novina bude opisana i ispitana na profesionalnom nivou, da budu dokazani pozitivni efekti iste, te da je dostupna za široku profesionalnu upotrebu.

2.3. Savjetovanje sa drugim kolegama

- Osigurajte mišljenje nekog drugog kolege prihvatljivog za pacijenta ukoliko su dijagnoza i tretman teški ili nejasni da bi ih sami riješili, ili kao odgovor na lični zahtjev pacijenta.

- Kada pacijenta upućujete drugom kolegi napravite dostupnim sve relevantne informacije i navode o pacijentu bez obzira da li će on ili ne preuzeti nastavak brige o pacijentu tokom bolesti.
- Kada je zatraženo mišljenje od drugog kolege do u detalje izvijestite o svojim nalazima i preporukama.
- Ukoliko konsultant zatraži pregled nekog specijaliste iz druge oblasti, gdje god je to moguće, sve bi trebalo da se odvija uključivanjem pacijentovog ljekara primarne zdravstvene zaštite – porodičnog ljekara.

3. Ljekar i društvo

Nastojte da poboljšate standarde i kvalitet medicinskih usluga u društvu.

- (a) Prihvatite udio profesionalne odgovornosti u odnosima sa širom društvenom zajednicom o stvarima koje se odnose na zdravlje i javnu sigurnost, zdravstvenu edukaciju, te zakonodavstvo ukoliko je korelirano sa pitanjima zdravlja i dobrobiti zajednice.
- (b) Koristite svoja specijalna znanja i vještine i u razmatranju problema vezanih za prihode, ali zapamtite da je vaša primarna obaveza da pacijentu obezbijedite najbolju dostupnu zdravstvenu zaštitu.
- (c) Sve činjenice koje su navedene u medicinskom nalazu trebale bi biti one koje možete lično potvrditi.
- (d) Kada iznosite dokaze sagledajte svoju odgovornost da pomazete sudu da donese svoju odluku.
- (e) Kada u javnost iznosite naučne informacije imate odgovornost da date generalno prihvaćena mišljena profesije u obliku koji je dobro razumljiv. Kada iznosite bilo koje mišljenje koje je suprotno od opšte prihvaćenog stava profesije uvijek naglasite da je to vaše mišljenje.

- (f) Bez obzira na društvene sklonosti nemojte podržavati, sudjelovati ili učestvovati u bilo kojem obliku nasilja, nehumanosti ili degradirajućim procedurama prema osobama koje su počinile neko krivično djelo.³⁹

Savjet za nacionalno zdravlje i medicinska istraživanja Australije (National Health and Medical Research Council) je u junu 1993. godine formulisao opšte preporuke za ljekare u obezbjeđivanju informacija pacijentu.

Poznato je da je legalna obaveza svakog ljekara da pacijentu da potpunu informaciju o njegovoj bolesti, preporučenim procedurama kao i terapiji, te su ove preporuke i napravljene sa namjerom da poboljšaju odnos ljekar-pacijent, a mogu poslužiti svima onima koji prakticiraju medicinu, te pomoći u svakodnevnom radu sa pacijentima.

Ove preporuke sadrže:

- tip informacija koje trebaju biti date pacijentu;
- posebne potrebe davanja informacija o potencijalnim rizicima kao i koristima preporučene medicinske intervencije;
- način na koji informacija treba biti prenesena;
- uslove kada zadržavanje informacije može biti opravdano.

Vraćajući se na osnovni etički postulat, autonomije pacijenta, pacijent je taj koji ima pravo da donosi vlastitu odluku u vezi medicinskog tretmana te radi toga mora imati i dostupne sve relevantne informacije o svom stanju, sve moguće opcije o pretragama, tretmanima, očekivanim pozitivnim rezultatima kao i mogućim popratnih pojavama istih.

Nemoguće je obezbijediti kompletnu informaciju ili previdjeti ishode ili vjerovatnoće pojave rizika. Veoma je važan otvoren odnos između pacijenta i ljekara. Svaki od njih ima različite informacija, mišljenja i razumijevanja istih problema koja

su važna za donošenje odluke i postizanja pacijentovog zdravlja, odnosno izliječenja bolesti.

Konsultacija između ljekara i pacijenata se odvija u širokoj paleti okolnosti koje uvijek nisu idealne. Pacijenti su ti koji su bolesni ili povrijeđeni, zato se kod njih kao i njihove rodbine često nailazi na stanja anksioznosti. Zbog ovih, kao i drugih razloga, pacijenti mogu imati poteškoće u razumijevanju ljekarske informacije. Veoma je važno da se ljekar u davanju istih služi jednostavnim jezikom oslobođenim medicinskih žargona.

4. Smjernice o informacijama

Smjernice su bazirane na generalnom principu pacijentovog prava da donese vlastitu odluku o medicinskom tretmanu i procedurama, te zbog toga treba da dobije dovoljno informacija na temelju čega će i donositi svoje odluke:

- Informacije trebaju biti ponuđene u formi i maniru koji pomaže pacijentu da razumije problem i dostupne opcije tretmana na način koji odgovaraju pacijentovoj ličnosti, očekivanjima, strahovima, vjerovanjima, vrijednostima, kulturnom naslijeđu te okolnostima u kojima se pacijent nalazi.
- Ljekari trebaju dati savjet. Ne bi trebalo da bude prinude, a pacijent je slobodan da taj savjet prihvati ili odbije.
- Pacijente treba ohrabrivati da donose svoje vlastite odluke.
- Pacijenti trebaju biti iskreni i pošteni u davanju informacija o svom zdravlju, a ljekari ih trebaju ohrabrivati u tome.

4.1. Informacije za pacijenta

Informacija treba biti data pacijentu.

Ljekari bi obavezno trebali obaviti razgovor sa pacijentima o sljedećem:

- moguća ili vjerovatna priroda bolesti;
- predloženi pristup ispitivanju, dijagnozi i tretmanu:
 - očekivane koristi,
 - popratne pojave i rizici tretmana,
 - da li je intervencija konvencionalna ili eksperimentalna,
 - ko će izvoditi tretman;
- druge mogućnosti za ispitivanje, dijagnozu i tretman;
- stepen nesigurnosti bilo koje dijagnoze do koje se dođe, te stepen nesigurnosti o rezultatima terapije;
- vjerovatne posljedice ukoliko se ne izaberu predložene dijagnostičke procedure i tretmani, ili ukoliko se uopšte ne provede ispitivanje i tretman;
- bilo koje značajne i dugoročne fizičke, emocionalne, mentalne, socijalne, seksualne ili druge posljedice koje mogu biti pridružene preporučenim intervencijama;
- provedeno vrijeme i
- cijena koštanja kao i uloženi vlastiti novac.

Ljekari bi trebali dati informacije o rizicima bilo koje intervencije, posebno one koje vjerovatno mogu uticati na pacijentove odluke. Štetne popratne pojave bi trebale biti razotkrivene čak i ako su neznatne, te ako su popratni efekti i rizici težeg karaktera. čak ako su njihova događanja veoma rijetka. Procjene ljekara o tome kako da prenese poruke o rizicima će biti pod uticajem:

- *Ozbilnosti pacijentovog stanja*, na primjer, način davanja informacija može biti modifikovan ukoliko je pacijent jako bolestan ili teško povrijeđen da bi mogao prihvatiti iznešeno objašnjenje.
- *Prirode same intervencije*, na primjer, da li je jednostavna ili komplikovana. Komplikovane intervencije zahtijevaju

više informacija te ako se izvode na zdravom pacijentu: estetski zahvati, donori organa.

- *Vjerovatnoće štete i stepena mogućeg oštećenja.* Ukoliko su mogući rizici veći potrebno je i više informacija.
- *Pitanja koje pacijent postavlja ljekar u i kada traži objašnjenja,* pacijent treba biti ohrabren i trebao bi dobiti što je moguće potpuniji odgovor. Pacijentova pitanja bi trebala biti pomoć ljekar u da otkrije ono što je važno za pacijenta.
- *Neovisno od pacijentovog temperamenta, načina ponašanja i stepena razumijevanja* svaki pacijent ima pravo na informaciju o važećom prihvaćenom medicinskom praksom.

4.2. Prenosjenje informacija

Način na koji ljekar prenosi informaciju pacijentu bi trebao pomoći pacijentu da razumije bolest, opcije procedura, razlog za bilo koju intervenciju. Nekada je korisno informacije davati u više navrata a ne samo u jednom susretu sa pacijentom.

Ljekar treba:

- Informaciju dati u takvom obliku da je pacijent razumije.
- Dati pacijentu dovoljno vremena za donošenje odluke.
- Potaknuti pacijenta da reaguje na mišljenja, postavlja više pitanja, savjetuje se sa rodbinom, prijateljima ili drugim zdravstvenim profesionalcima. Pacijent bi trebao sudjelovati i u traženju mišljenja drugih ljekara ako je to zahtijevano.
- Da ponovi ključne informacije kako bi ih pacijent razumio i zapamtio.
- Da daje i pismene informacije ili koristi i dijagrame ukoliko je to potrebno kao dopuna verbalnih informacija.

- Da pazi na pacijentove odgovore što mu pomaže u identificiranju stepena pacijentovog razumijevanja.
- Da koristi kompetentne prevodioce ukoliko pacijent ne poznaje, ili slabo poznaje važeći jezik komunikacije.

4.3. Uzdržavanje od informacija

Uzdržavanje od davanja informacija je samo u veoma limitiranim situacijama:

- Ukoliko ljekar procijeni da pacijentovo fizičko ili psihičko zdravlje može ozbiljno biti ugroženo davanjem informacija.
- Ukoliko pacijent da pravo ljekaru da sam donosi odluke ili ne želi da primi ponuđenu informaciju. Čak i u tim slučajevima ljekar je dužan da pacijentu da osnovne informacije o bolesti i predloženim intervencijam.

4.4. Urgentna stanja

U urgentnim slučajevima, kada je intervencija hitno potrebna, može biti nemoguće pacijentu dati informaciju, jer tada treba djelovati u svrhu spašavanja ljudskog života ili sprječavanju ozbiljnih povreda.³⁹

ZAKLJUČAK

Sve što je rečeno i napisano o etičkim normama u medicini nije konačno niti definitivno jer su dostignuća u ovoj oblasti u velikom napretku i često nas i same zateknu svojim progresom. Bez obzira što će novo vrijeme donijeti i nove etičke dileme, kao što je pitanje kloniranja, kao i mnoga druga, i dalje osnovne vrijednosti Hipokratove zakletve zadržavaju svoju vrijednost.

Etičko ponašanje se zasniva na individualnom osjećanju odgovornosti prema pacijentu i prosuđivanju u određivanju šta je ispravno i koje je primjereno ponašanje. Spoljni standardi i uticaji, kao što su profesionalni kodeksi ponašanja, ili zakonske regulative, ne garantuju sami po sebi etičku praksu medicine.

Ma kakav individualni pristup pacijentu imali kao pojedinci, ni jedan zdravstveni radnik nikada ne smije zaboraviti da je

***pacijent i pacijentova dobrobit centar oko koga
sve počinje i sve se završava.***

Dvadeseto stoljeće je iza nas, a šta će nam donijeti dvadeset i prvo stoljeće, pokazat će vrijeme.

Zato ova knjiga ostaje stalno otvorena za nova otkrića, nove izazove, nova mišljenja, nove dileme, nove odgovore i nove generacije koje treba da, život na planeti Zemlji učine ljepšim, humanijim i dostojnijim življenja čovjeka.

LITERATURA

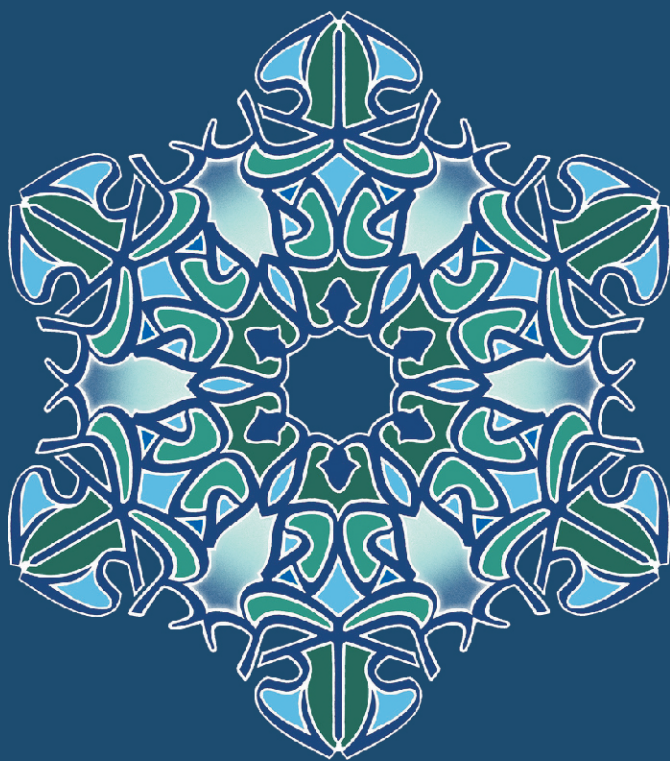
1. Gosić N. Bioetika in vivo. Pergamena. Zagreb, 2005.
2. Valjan V. Bioetika. Svjetlo riječi. Sarajevi – Zagreb, 2004.
3. Milovanović PD. Medicinska etika. RO za grafičku i izdavačku djelatnost “Zaječar”. Zaječar, 1980.
4. Palmer M. Moral Problems in Medicine: practical coursebook. Lutterworth Press. Cambridge, 1999.
5. Gowans CW, at al. Moral Dilemmas. Oxford University Press. Oxford, 1987.
6. Smart J J C, Williams B. Utilitarianism: For and Against. Cambridge Univrsity Press. Cambridge, 1973.
7. Williams B. Utilitarianism: For and Against. Cambridge University Press. Cambridge, 1973.
8. Eldelstein Z. The Hippocratic oath: Text, translation and interpretation . Johns Hopkins University Press. Baltimore, 1943.
9. Omanić A. Uvod u medicinu sa medicinskom deontologijom. TKP “Šahinpašić”. Sarajevo, 1997.
10. AMA Code of Ethics. February, 1996.
11. Mason JK, Mc Call Mrth RA. Law and Medical Ethic’s. Butterworths. London, 1994.
12. World Medical Association. International code of medical Ethics. World Medical Association Bulletin. 1949; 3: 109-111.
13. Grmek DM. Uvod u medicinu. Medicinska knjiga. Beograd-Zagreb, 1961.
14. Čović A. Etika i bioetika. Razmišljanja na pragu bioetičke epohe. Pergamena. Zagreb, 2004.
15. Singer P. Rethinking Life & Deth. The Collapse of Our Traditional Ethics. Oxford University Press. Oxford, 1995.
16. Gillon R. Medical ethics; from principles plus attention to scope. Br J. 1994; 309: 184-188.
17. Medical Ethics and the Elderly: Practice Guide edited by Rai GS. Harwood Academic Publishers. Amsterdam, 1999.
18. General Medicine Council: Duties of a doctor. GMC. London, 1995; 4.
19. Pellegrino ED. Intersections of Western Biomedical Ethics and World

- Culture: Problematic and Possibility. *Quarterly of Healthcare Ethics*. Cambridge, 1992; 3: 191-192.
20. Slater D. Legless Man Shoots Women in Apartment San Francisco Chronicle 21 April 1993.
 21. Kass LR. *Toward a more Natural Science: Biology and Human Affairs*. The Free Press. New York, 1985; at p. 25.
 22. Kuhse H, Singer P. For sometimes Letting-Helping-Die. *Law, Medicine and Health Care*. 1986; 14: (3-4): 149-151.
 23. Capron A. Legal and Ethical problems in Decisions for Death. *Law, Medicine and Health Care*. 1986; 14 (3-4):141.
 24. Angell M. Prisoners of Tehnology: The Case of Nancy Cruzan. *New England J of Medicine* 1990; 322: 1226-1228.
 25. Annas GJ. Nancy Cruzan in China. *20 Hastings Center Report*. 1990; pp. 39
 26. Illich I. *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Harmondsworth. Penguin. 1977; pp. 11.
 27. Schmidtke J. Who Owns the Human Genoma? Ethical and Legal Aspects. *J Pharm Pharmacol*. 1994 ; 44:205.
 28. *Our Genetic Future: The Science and Ethics of Genetic Tehnology*. OUP. 1992.
 29. Kaličanin P. *Medicinska etika i medicinsko pravo*. Institut za mentalno zdravlje. Beograd, 1999.
 30. Anonymous. Final report of the Death State Commission on Euthanasia: an English summary. *Bioethics*. 1987; 1: 163-174.
 31. Bregje D, et al. Euthanasia and old age. *Age and Ageing*. November 1997; 26: 487-492.
 32. Kothari ML, Metha LA, Kothari VM. Cause of death-spcaled designed event acclimaxing timed happenings. *Journal of Postgraduate Medicine* 2000; 46: 43-51.
 33. America Medical Assotiation Council on Ethical and Judicial Affairs. Witholding or Withdrawing Life – Prolongs Treatment. *JAMA* 1986; 36-471.
 34. Keown J. Courting Euthanasia. Tony Bland and the Law Lords. *Ethics & Medicine*. 1993; 9 (3): 37.
 35. The Attorney General of Canada and the Attorney General of British Columbia. *Canada Supreme Court Reports*. Part 4. 1993; 3: 519-632.
 36. Van der Mass PJ, Van Delden L, Pijnenborg L. Euthanasia and other Medical Decisions Concerning the End of Life. *Health Policy*

Monographs. Amsterdam, 1992; 2.

37. Rachel J. *The end of Life: Euthanasia and Mortality*. Oxford University Press. 1986.
38. Brock D. Voluntary Active Euthanasia. *Hastings Center Report*. 1993; 2: 10-22.
39. Breen K, Plueckhahn V, Cordner S. *Ethics, Law & Medical Practice*. Allen & Anwin St Leonards. Australia, 1997.
40. Gormally L. *Euthanasia and Assisted Suicide: Seven Reason Why They Should Be Legalized*. 1997.
41. Gormally L. Definitions of Personhood: Implications for the Care of PVS Patients. *Ethics & Medicine*. 1993; 9 (3): 48.
42. Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical research involving human subjects. *Aus Health and Med Law Reporter*. 1995; 68: 961-963.
43. *Schloendorff v Society of New York Hospital* (1914) 105 NE92, 1993.
44. *Rogers v Whitaker* 109 ALR 625, 1992.
45. Kennedy I, Grubb A. *Medical Law: Text with materials*. 2nd Edition. Butterworths. London, 1994.
46. Plueckhahn V D, Cordner S M. *Ethics, legal medicine and forensic pathology*. Melbourne University Press. Melbourne, 1991.
47. Campbell A, Gillet G, Jones G. *Practical medical ethics*: Oxford University Press. Auckland, 1992.
48. Petterson K, et al. Every complaint in an opportunity: guidelines for Hospitals in the management of complaints. *Health Services Liaison Association*. Melbourne, 1994.
49. Breen KJ. Trust and the medical practitioners. *AMA (Victorian Branch) Newsletter*. February. 1996.
50. Gartrele N, Herman J, Olarle S, Fildstein M, Locaho R. Psychiatrist - patient sexual contact: Results of a national survey Prevalence. *Am J Psychiatry*. 1989; 143: 1126 – 1131.
51. Wilbers D, et al. Sexual contact in the doctor – patient relationship in the Netherlands. *BMJ*. 1992; 304: 1531 – 1534.
52. Dundee Z. Fantasies during sedation with intravenous Mediazolam or Diazepam. *Med Leg J*. 1990; 58: 29 – 34.
53. Lawrence JM. The impaired doctor. *Med J Aust*. 1992; 157: 4 – 6.
54. Serry N, Ball JR, Bloch S. Substance abuse among medical practitioners. *Drug Alcohol Rev*. 1991; 10: 331-338.
55. Serry N, Bloch S, Ball RJ, Anderson K. Drug and alcohol abuse by

- doctors. *Med J Aust.* 1944; 402-403.
56. Wilkinson G. Depression: recognition and treatment in general practice. Radcliffe Medical. Oxford, 1994.
 57. Schlicht SM, Gordon IR, Ball JR, Christic DG. Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust.* 1990; 153: 518 –521.
 58. Vaillant G E, Sobowale N C, McArthur C. Some psychologic vulnerabilities of physicians. *N Eng J Med.* 1972; 287: 3722-5.
 59. Australian medical Education and Workforce into the 21st century. Committee of Inquiry Workforce. AGPS. Canberra, 1988.
 60. Code of Ethics for nurses in Australia. Australian Nursing Council. Cambera, 1993.
 61. Mc Inerney V, Mc Donald M. *Medico – legal issues in clinical practice No 1.* The Medical Defence Union. London, 1986.
 62. Patient power. Working with your doctor. *Choice Magazine.* August. 1995; 6 –13.
 63. Duggan JM. An introduction to quality assurance for clinicians. Discussion paper. Quality Assurance Committee of the Bord of Continuing Education. Sidney. The Royal Austral. College of Physicians. 1994.
 64. Declaration of Helsinki. Recommendations guiding physicians in biomedical reserch involving human subjects. *Aust Health and Med Law Reporter.* 1995; 68, 961-3
 65. Pence GE. *Classic Cases in Medical Ethics.* McGraw-Hill. New York, 1990.
 66. Mc Lean S. *Old Low, New Medicine. Medicaethics and human rights.* An imprint of Rivers Oram Press. London – New York, 1999.
 67. Rider R. *Animal Revolution: Toward Specisism.* Black well. Oxford, 1989.
 68. Cohen C. The Case for the Use of Animals in Biomedical Research. *The New England Journal of Medicine.* Octobar. 1986; 315 (14): 865-870.
 69. Ford N. *When Did I Begin?* Cambridge University Press. Cambridge, 1988.
 70. Gorovitz S. *Doctors Dilemmas: Moral Conflict and Medical Care.* OUP New York, 1982; at p. 168.
 71. Lyndon R, Russel J. Benzodiazepine use in rural General practice population. *Aust NZ J of Psychiactry.* 1988;22:293-298.
 72. Brahams D. Sexual fantasy following midazolam. *Emerg Med (Fremantle).* 1991; 3: 59-60.



ISBN 978-9958-695-25-4