

Bioetika, Informed Consent i Jehovini svjedoci

Šegota, Ivan

Source / Izvornik: **Beskrvno liječenje: medicinski, etički i pravni aspekti, 2001, 53 - 68**

Conference paper / Rad u zborniku

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:259093>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



kisikom, 263 J.A.M.A. 2216 (1990).

59. Consensus Conference, Perioperativna transfuzija eritrocita, 260 J.A.M.A. 2700 (1988).

60. Dietrich, et al., Kardiovaskularni i metabolički odgovor na transfuziju eritrocita u teško oboljelih volumno (tekućinama) oživljenih nekirurških bolesnika, 18 Crit. Care Med. 940 (1990).

BIOETIKA, INFORMED CONSENT I JEHOVINI SVJEDOCI

SAŽETAK

S pojavom bioetike kao međudisciplinarne i višedisciplinarne znanosti otvorila su se brojna etička pitanja i problemi u medicini i zdravstvu.

Među pitanjima koje zahtijavaju posebnu pozornost i znanstvenu analizu je pitanje informed consenta, koje u sebi uključuje izučavanje i rješavanje brojnih etičkih problema koji nastaju u klinikama uz bolesnički krevet.

Odnos prema pacijentima koji iz religijskih ili nekih drugih razloga odbijaju sudjelovati u medicinskom tretmanu ili istraživanju sastavnim je dijelom kliničke svakodnevnice i informed consenta. Stoga se člankom želi aktualizirati taj problem vezan uz religijsku zajednicu Jehovih svjedoka i objasniti zbog čega zahtjevi Jehovih svjedoka imaju uporište kako u elementima, tako i u modelima informed consenta.

ŠTO JE, U STVARI, BIOETIKA?

Bioetika se pojavila u Americi prije tridesetak godina. Najprije kao jedan od društvenih pokreta, a zatim i kao nova grana znanosti. Od tada ona bilježi gotovo neviden uspon, o čemu svjedoči brojna bioetička literatura - knjige, časopisi itd. - pa čak i dvije enciklopedije, sa čime se, inače, ne mogu pohvaliti ni mnogo starije znanosti od bioetike. Tu su također i brojni instituti, centri, katedre za bioetiku, veliki broj profesionalnih nacionalnih i internacionalnih udruženja za bioetiku, te na koncu brojni svjetski, kontinentalni, regionalni i nacionalni bioetički kongresi, konferencije, simpoziji,

okrugli stolovi itd. Usto već u 40-ak zemalja u svijetu djeluju različite bioetičke institucije kao što su etički komiteti, etičke komisije i etički odbori među kojima su i "nacionalni", "bolnički", "istraživački", "lokalni" itd., pa čak i "privatni" etički komiteti. Bioetičke teme ulaze i u romane, kazališne predstave, filmske priče, televizijske serije i tako dalje. Sve u svemu, moglo bi se reći da je nastupilo bioetičko doba, koje će, izgleda, potrajati cijelo iduće stoljeće, a možda čak, kako to prognoziraju neki japanski znanstvenici, i cijeli treći milenij.

Bioetika je široko međudisciplinarno i višedisciplinarno područje na kojem se isprepliću etička pitanja i problemi medicine i zdravstva te ekologije, populacijske politike, zaštite životinja, znanosti općenito i primjene novih tehnoloških dostignuća. Glavni konstitutivni dijelovi bioetike od začetka su bili filozofska etika, teološka etika i medicinska etika te, u novije vrijeme, i "ekoetika", odnosno ekologijska etika.

No osim etičkih disciplina za bioetiku se sve više počinje zanimati i baviti se njome i sociologija pa se nedavno pojavila i sociološka bioetika, a u tijeku je formiranje političke bioetike.

Za bioetiku se također zanima i agronomija, veterina, biotehnologija i još neka znanstvena područja. Na području, pak, biomedicine - pod kojom ja podrazumijevam ono što i američki tvorci tog termina, a to je sinteza biologije, medicine i zdravstva - pojavila se i medicinska bioetika koja je često sinonim za tzv. novu medicinsku etiku. Tu je također i klinička bioetika, koja se počela razvijati prije desetak godina. Njena je glavna karakteristika u tome da, kao što joj i naziv kaže, uočava, izučava i rješava etičke probleme koji nastaju u klinikama uz bolesnički krevet. Tu "uzkrevetnu etiku" kreiraju i primjenjuju uz liječnike, koji su stručnjaci za medicinu, i bioetičari, odnosno bioetičari određenih specijalnosti kao što su filozofi, teolozi, pravnici, te socijalni djelatnici i drugi, koji su laici za medicinu, ali stručnjaci za etiku. Oni u dijalogu s medicinarima rješavaju pojedina bioetička pitanja na klinikama, koja po svojoj osebnosti i složenosti nadilaze vidike tradicionalne hipokratske medicinske etike utemeljene na Hipokratovoj zakletvi.

Što je zapravo bioetika? Bioetika je, u stvari, dijaloška disciplina

u kojoj se putem dijaloga dolazi do sintetičkog mišljenja, koje se onda može nazvati bioetičkim mišljenjem, a u koju su uključena pravna, teološka, medicinska, filozofska, etička, sociološka i druga stajališta. Ona, u stvari, problemu o kojem raspravlja prilazi cjelovito, poglavito kada se radi o čovjeku koji se nalazi u ulozi pacijenta, nastojeći holistički sagledati njegovu poziciju, imajući na umu činjenicu da se liječi čovjek, a ne bolest.

Upravo je s bioetičkog motrišta pogrešno liječiti ljudsko tijelo ili njegove dijelove, a ne čovjeka kao cjelinu koji uz tijelo ima i um i dušu. Najveća je, pak, greška kada se čovjek, u ime tjelesnog izlječenja, duševno ili duhovno ranjava ili čak ubija, kako je to izjavila jedna japanska pacijentica koja je kao Jehovina svjedokinja, odbila transfuziju krvi, ali su joj to liječnici, bez njezinog dopuštenja i znanja dali. Kasnije, kada je za to saznala, ona je izjavila da su joj liječnici, doduše izliječili tijelo, ali su joj ubili dušu i učinili njezin život bezvrijednim.

TKO SU JEHOVINI SVJEDOCI?

Tko su, zapravo, Jehovini svjedoci i kako se bioetika odnosi prema njihovom problemu? Riječ je o relativno maloj vjerskoj skupini unutar kršćanstva kojih je u Hrvatskoj oko 10.000, u Americi već oko 1.000.000, u Velikoj Britaniji oko 300.000, a u svijetu oko 11.000.000. No iako su relativno malobrojni, oni su vrlo dobro organizirani, uporni i dosljedni u ostvarivanju svojih vjerskih uvjerenja, koja dokazuju i brane svojom interpretacijom Biblije i biblijskim dokazima. Za njih je Biblija Božje djelo, odnosno Božja riječ koja im, među ostalim, propisuje što oni kao štovatelji Boga Jahve ili Jehove smiju činiti, a što ne. Među njihovim zabranama nisu samo krv i krvni produkti, nego i cigarete, droga, oružje, blud, suicid i idolopoklonstvo.

Zbog nekih od tih zabrana oni su u svojoj 130-godišnjoj povijesti prolazili kroz velika iskušenja, među kojima je najdrastičnije bilo za vrijeme Drugog svjetskog rata u Njemačkoj, kada su ih nacisti, zbog odbijanja oružja i idolopoklonstva Hitleru, trpali u koncentracijske logore zajedno sa Židovima, komunistima, Slavenima, Romima i

homoseksualcima. No za razliku od svih drugih, njima su vrata Auschwitz, Dachaua i drugih nacističkih logora bila otvorena za izlazak, pod uvjetom da se odreknu svoje vjere i potpišu jedan Himmlerov formular, koji sam vidio u Memorijalnom muzeju holokausta u Washingtonu. No koliko se zna malo je njih podleglo tom iskušenju, birajući radije plinske komore i krematorije, nego odricanje od svoje vjere. Nije li njihovo današnje odbijanje transfuzije, čak i pod cijenu gubitka života, u istoj ravni vjerskog morala kao i svojedobno odbijanje da umjesto "dobar dan", kako se oni inače pozdravljaju, naciste u Njemačkoj pozdravljaju s "heil Hitler" i zbog toga odlaze u Auschwitz?

Već zbog te samožrtve u ime vjere pitanje Jehovinih svjedoka zasluži da bude razmatrano i ljudski uvaženo, što bi, inače, trebala biti normalna stvar u suvremenoj kulturi i civilizaciji.

No za puno tolerantniji odnos prema Jehovinih svjedocima od onog koji sada vlada postoje i dublji bioetički, a ne samo moralno-vjerski razlozi. Ti bioetički razlozi proizlaze iz same srži bioetike. Naime, Jehovini svjedoci svojom vjerom i upornošću u njezinom prakticanju samo podupiru jedno od četiriju temeljnih načela bioetike. Riječ je o bioetičkom načelu autonomije (autonomy) na kojem je izrasla doktrina informed consenta. Od ta četiri temeljna bioetička načela dva su preuzeta iz tradicionalne hipokratske medicinske etike - to su neškodljivost i dobročinstvo - dok ostala dva pripadaju novoj medicinskoj etici, a to su načelo pravednosti i načelo autonomije. Na potonjem je načelu, izrasla bioetička doktrina informed consenta, koja je Jehovinih svjedocima došla kao snažan blagodat u njihovoj povijesnoj religijskoj jedri. I zato je razumljivo što oni informed consent shvaćaju kao neposredno Božje djelo.

ŠTO JE INFORMED CONSENT?

Američka sintagma INFORMED CONSENT danas se najčešće prevodi kao "informirana suglasnost", "informirani pristanak" ili pak "svjesni pristanak", a ponegdje i "informirani izbor".

Dosadašnja povijest informed consenta nije starija - ako uzmemo

u obzir godinu kada se taj termin prvi puta počeo javljati u literaturi - više od četrdesetak godina. Bilo je to, kako tvrdi Tom Beauchamp, 1957. No prve ozbiljnije teorijske rasprave o informed consentu kao određenom bioetičkom pogledu na stanovite moralne probleme u medicini javile su se tek 15-ak godina kasnije, to jest 1972. Tada se počela stvarati doktrina o informed consentu pa je to njegova povijesna godina, što znači da nije riječ o nekom starodavnom pojmu s dugom tradicijom u medicini već o pojavi koja ima jedva četvrt stoljeća.

Ruth Faden, koja je doktorirala na temi o informed consentu, na pitanje o tome što se podrazumijeva pod informed consentom i je li taj pojam kompatibilan Hipokratovom mišljenju, daje slijedeći odgovor:

"Informed consent je jednostavno rečeno izjava pacijenta ili ispitanika nekog znanstvenog istraživanja koja liječnika ili medicinskog istraživača opunomoćuje da provede određene mjere, terapiju ili da uključi ispitanika u istraživački protokol. Radi se dakle o punomoći djelovanja liječnika prema pacijentu ili prema ispitaniku. Što se pak tiče pitanja u kojoj se mjeri informed consent i obveze koje iz njega proizlaze poklapaju s Hipokratovom mišlju, na nj moramo odgovoriti niječno. Jer, tamo nema ništa što je blisko Informed consentu."

Ako bismo, pak, uznastojali pronaći kakvu takvu vezu između informed consenta i hipokratske etičke tradicije, onda bismo to vjerojatno mogli postići samo prvim dijelom te sintagme, to jest s informiranošću jer dostupnost medicinske informacije onome tko je za nju najneposrednije zainteresiran, a to je bolesnik, odvajkada je bila i moralna obveza liječnika, ako već ne u cjelini i u svim detaljima a ono barem u smislu upozorenja. To ističe i Beauchamp u spomenutom tekstu slijedećim riječima:

"I najraniji zapisi iz Hipokratova doba polaze sa stajališta da je medicinska informacija u svrhu upozorenja prilikom susreta između liječnika i pacijenta bazična i moralna odgovornost liječnika".

No, kad je riječ o drugom dijelu sintagme, to jest o pristanku odnosno suglasnosti, onda za to ne bismo mogli reći da je pripadalo tradiciji Hipokratove medicine i njenoj etici. Prije bismo mogli tvrditi da pristanku kao takvom uopće nije bilo mjesta u staroj med-

icini, jer sve od Hipokrata pa do 2. svjetskog rata za doktrinu informed consenta nije bilo među liječnicima nikakvog teorijskog i praktičnog povoda. Pa i danas, na primjer u Japanu, gdje tradicionalna medicina žilavo opstoji, liječnik ne traži od pacijenta nikakvu suglasnost za tretman, čak ga o bitnim stvarima njegove bolesti ni ne informira. No, i tu se situacija počela radikalno mijenjati, pa se od 1999. može tvrditi da je informed consent definitivno uselio u Japan. Evo kako je na dramatičan način informed consent dobio ulaznu vizu u Zemlju izlazećeg sunca.

Bilo je to 9. veljače 1998. kada je Vrhovni sud Japana poništio presudu tokijskog okružnog suda u "slučaju Takedo" u kojem je 63-godišnja Misae Takedo vodila spor protiv liječnika tokijske sveučilišne bolnice. Ona je s dijagnozom malinog tumora jetre trebala biti podvrgnuta operaciji, ali je - deklarirajući se Jehovinom svjedokom - željela "beskrvni kirurški zahvat" koji ne uključuje transfuziju krvi. Liječnici su obećali da će ispuniti njen zahtjev i dali joj da potpiše formular koji njih i bolnicu oslobađa eventualne odluke. Međutim, njoj je ipak transfuzija bila data, što bi vjerojatno ostala bolnička tajna da jedan bolničar nije priču ispričao novinaru, a taj je pak, sve objavio u tiražnim japanskim novinama. Tako je pacijentica iz novina saznala što joj se desilo, i kao "uvjerena kršćanska bila je skrhanja tim saznanjem." Prekoravala je liječnike da su joj spasili život, ali ubili dušu i odlučila "spor predati sudu."

Njeni su se odvjetnici pozivali na doktrinu informed consenta, no sud se izjasnio protiv te doktrine i stao na stranu liječnika i bolnice, ističući da je glavna dužnost liječnika da pacijentu spasi život kako najbolje zna i umije, bez obzira na pacijentove zahtjeve.

Pristalice informed consenta, kojih je danas u Japanu sve više (u to sam se i sam uvjerio 1998. i 1999. u Tokiju i Tsukubi na više međunarodnih bioetičkih skupova) bili su šokirani takvom sudskom presudom. Njihove javne reakcije u stručnim etičkim i pravnim časopisima upozoravali su da se takvom presudom informed consentu piše sudbina "tinjajuće svijeće na vjetru", pa je u žalbenom postupku Vrhovni sud Japana 9. veljače 1998. poništio presudu nižeg suda i stao na stranu tužiteljice (koja je u međuvremenu umrla). Tako se u Japanu pojavila pravna prekretnica koja je okruni-

la nastojanja prvih japanskih bioetičara školovanih u SAD da sa informed consent "useli" i u njihovu zemlju.

ELEMENTI I DEFINICIJE

U danas sve brojnijoj literaturi - knjigama i časopisnim člancima o informed consentu - nalazimo više njegovih definicija, funkcija i konstitutivnih elemenata. Uz spomenutu Fadenovu definiciju, da je to izjava pacijenata ili ispitanika koja opunomoćuje liječnika ili medicinskog istraživača da provede određenu terapiju ili eksperiment, odnosno da je informed consent neka vrsta "punomoći", među tzv. "standardne" definicije spada slijedeća "Informed consent je data suglasnost na neku intervenciju ako i samo ako - je toj suglasnosti prethodila informiranost osobe o proceduri, ako je ona dobivenu informaciju pravilno shvatila i na osnovi toga dobrovoljno dala suglasnost" .

Navest ćemo i definiciju koju je svojedobno dao Vrhovni sud SAD, s našom napomenom da još uvijek neke općevažeće definicije informed consent nema. Ta definicija glasi: "Informed consent je davanje informacija pacijentu, kako o onome što bi trebalo učiniti, tako i o mogućim posljedicama" .

Manjkavost ove definicije uočljiva je već na prvi pogled, jer u obzir uzima samo "davanje informacija" bez obzira na to kakve bi one mogle ili trebale biti, te bez obzira na druge elemente koji u stvari čine kompoziciju informed consenta. Koliko je takvih elemenata?

Neki autori navode pet, dok neki samo dva. To su: 1) vjerodostojnost podataka; 2) sposobnost shvaćanja; 3) dobrovoljnost; 4) mjerodavnost i 5) pristanak. Beauchamp se pak u analizi informed consenta služi sa sedam analitičkih elemenata koje naziva "kategorijama" a podijelio ih je u tri grupe. Evo njegove podjele.

I PREDUVJETI:

1. Sposobnost (razumijevanja i odlučivanja).
2. Dragovoljnost u odlučivanju.

II ELEMENTI INFORMIRANJA:

3. Saopćavanje (iznošenje informacije odnosno "otkrivanje" (disclosure) njenog sadržaja.
4. Upućivanje u plan tretmana.
5. Razumijevanje (rečenog pod 3. i 4.).

III ELEMENTI PRISTANKA:

6. Odluka u vezi plana
7. Odobrenje (izabranog plana odnosno pristanak)

Međutim, uz svu navedenu kompleksnost informed consenta, još uvijek nisu rijetki autori koji - vjerojatno zbog nedovoljne educiranosti - njegov problem svode na samo dva elementa, na primjer na razumijevanje (5) i dobiveni pristanak (7).

Ipak, većina autora drži da je informed consent kompleksan pojam i da bez razmatranja njegove cjeline nije moguće ocijeniti njegovu kvalitetu. Na primjer, neki pacijent može biti potpuno sposoban i mjerodavan, odnosno kompetentan shvatiti dobivenu informaciju, ali ta informacija može biti površna, nepotpuna, nejasna ili čak neistinita da bi na osnovi nje pacijentov pristanak mogao biti etički pravovaljan. Ili, pak, netko može čak dati i pismeni pristanak bez ikakve prethodne informacije ili - što je još gore - putem nekog prikrivenog vida pritiska, što takav dokumenat u etičkom smislu čini bezvrijednim, iako se pravno može tumačiti valjanim. Posebno su značajne kategorije tzv. "vrlo zavisnih osoba", u koje spadaju siromašni, djeca, mladi i hijerarhski podređeni članovi skupine, zatvorenici, studenti medicine, medicinske sestre, podređeno bolničko laboratorijsko osoblje, uposlenici u farmaceutskim ustanovama, vojnici i vojni službenici, štićenici staračkih domova, primatelji socijalne pomoći, pacijenti u šok-sobama i neizlječivi bolesnici, te na koncu fetusi.

Na ove se inače kategorije odnosi bioetički pojam "posebne zaštite" koji se već prakticira u SAD. Na primjer, američka je Nacionalna komisija definirala stroge standarde za uključivanje zatvorenika u razne istraživačke projekte, i od tada se njihovo sud-

jelovanje u eksperimentima uvelike prorijedilo. Što se, pak, studenata medicine tiče, tu još uvijek nisu prevladane početne kontroverze. Neki medicinski fakulteti zabranjuju svojim studentima da sudjeluju u medicinskim eksperimentima kao ispitanici, dok ih drugi potiču na to, jer drže da je tako nešto značajno u njihovoj socijalizaciji na medicinsku profesiju, i da će oni kroz vlastito sudjelovanje u eksperimentima spoznati koliko je za etički valjan informed consent važno poznavanje rizika, dobrobiti i ciljeva istraživanja.

U ovom kontekstu spomenimo i kontroverze o moralnosti raznih stimulativnih mjera za sudjelovanje pojedinih kategorija u projektima u ulozi ispitanika. Takve mjere mogu biti novčane ili u vidu drugih materijalnih naknada. Također mogu biti i otpust ili poboljšanje uvjeta služenja u određenoj (zatvorskoj ili vojnoj) ustanovi, što potiče na "podilaženje" liječnicima i istraživačima od kojih pacijent, zatvorenik ili vojnik ovisi. Dok su za jedne takve mjere sasvim prihvatljive i "normalne", za druge su one oblik pritiska i kao takve etički odbojne. Te kontroverze govore da su u praksi moguće mnoge konfuzije u shvaćanju, određenju i identificiranju informed consenta i da taj novi etički pojam u medicini koji je donijela bioetika zaslužuje pomno praćenje i analizu. Upozoravaju na to i stajališta koje navodimo.

Prema dvojici istaknutih bioetičara Jayu Katzu i Alexanderu Capronu - informed consent ima pet funkcija. Prva je da promiče individualnu autonomiju pacijenta i ispitanika. Druga, da potiče racionalno donošenje odluka. Treće, da osujećuje uplitanje javnosti. Četvrta, da upućuje liječnike i istraživače na etičku samokontrolu. Peta, da smanje opasnost od građanske i krivične odgovornosti liječnika, istraživača i njihovih ustanova. No, ovdje, bi držim, trebalo dodati još jednu - komunikacijsku. Evo zašto?

Informed consent zapravo počiva na konverzaciji, odnosno kako kaže Jay Katz, on "traži konverzaciju". Čak bi se moglo reći, da je komunikološki aspekt za nj vrlo bitan i da je komuniciranje vjerojatno njegov središnji problem, što eksplicite tvrdi i Beauchamp u Veatchovoj knjizi "Medical ethics". Još se od prvih rasprava o informed consentu ranih '70-tih, isticala obveza liječnika i istraživača u medicinskim eksperimentima da daju svojim pacijen-

tima, odnosno ispitanicima određene informacije. To je u daljnjim raspravama "proširivano" na "kvalitetu informiranja" i njegovu "vrijednost", pod čime se podrazumijevao takav način davanja informacija koji je omogućavao da korisnici razumiju o čemu se radi i da toj osnovi prihvate ili odbiju biomedicinske intervencije. Formirao se opći stav da je informiranost pacijenta i ispitanika veća i potpunija što je kvaliteta informed consenta i njegova vrijednost veća, i obrnuto.

Na primjer, ako je riječ o istraživanjima, onda samo oni ispitanici koji do kraja znadu ciljeve istraživanja i sve njegove rizike mogu svjesno davati svoj kvalitetan pristanak. Zato je Jonas, istaknuti američki etičar njemačkog porijekla (umro 1995.), vjerojatno u pravu kad kaže da bi za informed consent idealni ispitanici bili sami istraživači. Drugim riječima, po Jonasu je vrijednost i kvaliteta informed consenta upravo proporcionalna shvaćanju istraživačkog rizika i ispitanikovih poistovjećenja s ciljevima istraživanja: što je shvaćanje ispravnije i potpunije, to je informed consent vrijedniji odnosno kvalitetniji. A ta, pak, kvaliteta zavisi od "kvalitete komuniciranja" profesionala (liječnika i istraživača) s pacijentima odnosno ispitanicima.

Kako se, međutim, komuniciranje može učiniti "kvalitetnijim"? Za tu kvalitetu u kontekstu informed consenta prije svega bitno je ono što se naziva "atmosfera" koja treba biti takva da je pacijent/ispitanik ohrabren da pita sve što ga zanima, i da istodobno slobodno izražava svoje brige, interese, očekivanja, nade i sl. Za neke je teoretičare upravo ta "atmosfera" važnija od cijelog opusa iznesenih informacija jer vjeruju naime da će pacijent u odgovarajućoj "atmosfera" pitati i ono što u odgovorima liječnik neće lako razumjeti, no osjećat će se subjektom u procesu odlučivanja. Osim toga, kako ističu Robert M. Arnold i Charles W. Lidzu, to što pacijenti često teško razumiju neke važne aspekte medicinske odluke još ne znači da su zdravstveni profesionali najbolji donosioci odluka o pacijentovu tretmanu.

Inače s komunikološkog stajališta, za utvrđivanje informed consenta najznačajnija su pet slijedeća pitanja:

1. koliko je informacija dobro data?

2. koliko ju pacijent razumije?

3. koliko je pristanak uistinu dobrovoljan?

4. kako se dobiva od nekomponentnih osoba ili osoba sa smanjenom komponentnošću, te osoba koje mogu biti izložene prikrivenim pritiscima, kao što su zatvorenici, vojnici i studenti medicine?

5. koliko se uopće troši vremena na komuniciranje s pacijentima odnosno ispitanicima?

Ovo posljednje pitanje otvara jedan opći problem u svjetskom zdravstvu jer se u bolnicama tradicionalno prilikom vizita a i inače vrlo malo troši vremena na komuniciranje profesionala i pacijenata. Ta tradicija uvelike škodi informed consentu jer on podrazumijeva i "traži" upravo obrnuto - razgovor s pacijentom, strpljivo slušanje i objašnjavanje. Informed consent također podrazumijeva nastojanje da se pacijentu što razumljivije objasni ono što je za nj i za njegovu bolest važno, da se adekvatno reagira na pacijentove emocionalne stresove i da se odgovori na njegova pitanja o dijagnozi, prognozi i tretmanu, da se protumače ciljevi terapije itd. A za sve to potrebno je utrošiti stanovito vrijeme. No, tog vremena danas je svuda u svijetu sve manje, posebice u SAD gdje je i "u američkom zdravstvu vrijeme novac" ("In U.S. health care time is money").

Po načinu komuniciranja liječnika s pacijentima i po potrošnji vremena na to, neki su bioetičari identificirali dva različita modela informed consenta. Jedan je "formalni" a drugi "dijaloški" ili "procesni model". Prvi zacijelo podrazumijeva manju potrošnju vremena, a sastoji se od liječničkog ili sestrinskog kazivanja pacijentu liste mogućih rizika i koristi od pojedinih tretmana i pacijentovog stavljanja potpisa na određeni formular.

Drugi, pak, model počiva, kao što mu i ime kaže, na dijalogu, odnosno otvorenom razgovoru pacijenta s liječnikom. Taj razgovor za liječnika ne bi smio biti "teret" ili čak "gubitak vremena", nego nešto neophodno što kao takvo on mora podržavati. Tom dijaloškom modelu implicitna je teza da je liječenje zapravo međuodnos između profesionala i pacijenata u kojem prvi sudjeluju sa svojim tehničkim znanjem i terapijskim iskustvom, a drugi sa saznanjem o životnim okolnostima na osnovi kojih je moguć odgo-

varajući djelotvorni tretman. Taj model shvaća informed consent kao proces komuniciranja liječnika i drugih s pacijentom tijekom odlučivanja o pacijentovu tretmanu, pa se zato još i naziva, kao što je rečeno "process model". Evo kako taj proces može izgledati: žene koje boluju od raka dojke mogu razgovarati s onkologom o karakteru bolesti, s kirurgom o efektima liječenja, sa socijalnom radnicom o financijskim okolnostima, s pacijenticama koje su već operirale dojku, o reakcijama muževa, itd.

Za neke je autore, na primjer za Meichenbauma i Turka, ovaj dijaloški odnosno procesni model učinkovitiji od drugog, posebice u otklanjanju mogućih nesporazuma između profesionala i pacijenata koji mogu nastati oko ciljeva tretmana. Jer, kažu oni, pacijent može očekivati nešto što medicinski nije moguće, ili pak svoje želje gradi na nekom svom iskustvu ili znanje sa čime liječnik nije upoznat, pa nastaje nesporazum koji nije moguće prevladati bez njihova razgovora i dijaloga.

Navedena dva modela zacijelo su u vezi, a možda su u suštini identični, s druga dva modela koja nalazimo u bioetičkoj literaturi. To su "dobročiniteljski model" i "autonomni model".

Dobročiniteljski model bio je dominirajući u medicini od početka pa sve do '60-ih godina prošlog stoljeća kada mu je počeo konkurirati novi tzv. autonomni model. Prema Katzu, taj novi model još uvijek nije potisnuo stari, pa zbog toga mnogi pacijenti i dalje rutinski pristaju na medicinske zahvate ne tražeći da o tome ipak oni odluče, ili da barem sudjeluju ravnopravno s ostalima u odlučivanju. Naime, u novom modelu liječnik više nije jedini čimbenik "medicinskog odlučivanja" (medical decision making), odnosno "odlučivanja o zdravstvenoj skrbi" (health-care decision making), nego je njegova monopolska uloga unekoliko "kolektivizirana" pošto su uz njega i samog pacijenta u proces odlučivanja uključeni i drugi profesionalci, kao što su medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici i drugi, s time da konačna odluka ipak pripada pacijentu ("... patient who than make the ultimate decisions about treatment")

Zaživljavanje tog novog modela teče sporije nego što bi se moglo pretpostaviti, jer mu mnogi kliničari još uvijek nisu skloni. Za

razlog takvog svog odnosa oni navode, da njihovi pacijenti "nisu sposobni razumjeti kompleksnu medicinsku informaciju, što je neophodno za racionalno odmjeravanje alternativnih tretmana", te da na koncu ipak najbolju odluku može donijeti kliničar.

No, kako su pristalice informed consenta sve brojnije, to su i kritike na račun spomenutih kliničara sve glasnije. Tako Robert M. Arnold i Charles W. Lidz oponiraju spomenutim tezama na slijedeći način: "To što pacijenti često teško razumiju važne aspekte medicinske odluke ne znači da su zdravstveni profesionali najbolji donosioci odluka o pacijentovu tretmanu. Poznavanje medicinskih činjenica nije dovoljno. Kupcima kuća građevinski inženjer može procijeniti staru kuću i kupci mu mogu povjeriti da izabere kuću za njih, no njemu za pravu odluku nedostaje znanje o kupčevom obiteljskom načinu života, o njihovu ukusu itd. Tako ni oni koji skrbe za zdravlje ne mogu izabrati najbolji tretman za pojedine pacijente samo na osnovi medicinskih činjenica." Autori dodaju da objektivnost odluke proizlazi također i iz pacijentovog načina života, njegovih ranijih iskustava i vrijednosti koje podržava, a ne samo iz "optimalne terapije". Prema tome, zaključuju Arnold i Lidz, za objektivnu odluku potrebna je uzajamnost pacijenta i profesionala, jer oni zajedno daju osnovu za pravilnu odluku. Jedni znanje o osobnim situacijama, vrijednostima i ciljevima, a drugi znanje o stručnim problemima i tehnološkim mogućnostima.

INFORMED CONSENT I JEHOVINI SVJEDOCI

Postoje dva temeljna razloga zbog kojih zahtjeve Jehovih svjedoka treba promatrati u okviru informed consenta. Prvo, zato što je to doktrina o pravu laika da sudjeluju u odlučivanju u onome što je uvijek bilo u kompetenciji stručnjaka, odnosno liječnika. Drugo, iz te tekovine proizlazi moralno pravo pacijenta da prihvati ili odbaci ponuđeno liječenje u skladu sa svojim vjerskim ili nekim drugim razlozima, bez obzira na moguće štetne posljedice za njegovo zdravlje, jer liječničko posvećenje očuvanju života i zdravlja i tradicionalno gledište da liječnik zna najbolje što pacijentu treba činiti, nije više u modernom dobu dovoljan razlog da se pacijent

podvrgava liječniku i njegovoj volji. A upravo je to ono što Jehovini svjedoci iz vjerskih razloga podržavaju, smatrajući da nikome, osim Bogu, ne pripada božanski odnos prema ljudima: ni vlastodržcima, ni crkvenim poglavarima, ni državicima, ni stranačkim liderima, ni nacionalnim vodama, pa niti liječnicima.

Literatura:

1. Beauchamp, Tom., Faden, Ruth. (1986) A History and Theory of Informed Consent, Oxford, University Press, N.Y.
2. Beauchamp, Tom (1989), Informed Consent (u Robert Veatch, Medical Ethics, Boston, 1989).
3. Brown, Alan P., Brennan, Traven, A., "Informed consent, Issues of Consent in Mental-Health Care", Encyclopedia of Bioethics, II (1995).
4. Doyal, Len. (1992). "Informed Consent and Good Medicine (The Nuffield Video Library), London
5. Doyal, Len. (1992). "Informed Consent and Good Medical Research" (The Nuffield Video Library) London.
6. Doyal, Len (1992). "Informed Consent and Good General Practice" (The Nuffield Video Library) London.
7. Doyal, Len (1992). "Informed Consent and Good Psychiatry" (The Nuffield Video Library) London.
8. Encyclopedia of Bioethics, I (1978), II (1995) New York.
9. Faden, Ruth. " The Rise and Partial Fall of Informed Consent, Intensive Bioethics" Cours XXI, June 4-10,155, Kennedy Institute of Ethics, Washington, D.C.
10. Green, Richard. (1993). The New Communication, San Francisco (i slovenski prijevod 1995. "Novi način komuniciranja praktični nasveti za boljše poslovno in družinsko sporazumevanje", Alpha center Ljubljana).
11. Katz, Jay. (1995). "Informed Consent: Legal and Ethics Issues of Consent in Health Care", Encyclopedia of Bioethics II.
12. Kimura, Rihito. (1996). "Bioetika kao nadinterdisciplinarna znanost", Društvena istraživanja, Zagreb, god . br 3-4 (23-23).
13. Šegota, Ivan. (1994) Nova medicinska etika (bioetika), Medicinski fakultet Rijeka
14. Šegota, Ivan. (1998). "Bioetika konkurira Shakespeareu", Novi list, Rijeka, 7.06. 1998. str. 29.
15. Šegota, Ivan.(1999). "Nova definicija bioetike", Filozofska istraživanja, 71, God. 18, Sv. 4, Zagreb 1998.
16. Šegota, Ivan. (1999). "Etički komiteti i bioetika", Bioetički

svesci, br. 7, Katedra društvenih znanosti, Medicinski fakultet Rijeka.

17. Šegota, Ivan. (1999). "Kako definirati bioetiku", Bioetički svesci, br. 4. Katedra društvenih znanosti, Medicinski fakultet Rijeka.

18. Šegota, Ivan. (2000). "Doba političke bioetike", Novi list, 12.03.2000. str. 53.

19. Veatch, Robert. (1989). Medical Ethics, Boston.

BIOETIČKA EDUKACIJA MEDICINARA I VJERSKO ODBIJANJE TRANSFUZUJE KRV I

SAŽETAK

Potreba edukacije liječnika te stalni uvid u etičku analizu i odlučivanje u brojnim pitanjima s kojima se oni suočavaju u kliničkoj praksi dovela je do formiranja posebnog modela u kojem se oni obrazuju.

Među brojnim temama koje povezuju temeljnu etičku spoznaju s kliničkom praksom je i tema pacijentovog odbijanja pojedinog dijagnostičkog postupka, medicinske intervencije ili tretmana.

U ovom se radu - uz prikaz temeljnih odrednica britanskog i američko-kanadskog modela edukacije za kliničare - obrazlaže zašto problem odbijanja transfuzije krvi pripada području poštivanja pacijentove osobnosti, slobode mišljenja i odlučivanja.

MODELI BIOETIČKE EDUKACIJE

Razvoj bioetike kao interdisciplinarnе znanosti i nastavnog predmeta odvijao se u dvije etape. Prva, od uvođenja bioetike u nastavu do početka 80-ih i vezana je uz bioetičko obrazovanje studenata na medicinskim i njemu srodnim fakultetima, a druga, od 80-ih do danas, u kojoj se javila potreba za proširivanjem spoznaje i informiranjem liječnika i drugih medicinskih djelatnika, zatim biologa, humanističkih i duhovnih znanstevnika, ekonomista, ekologa, političara, novinara i javnih djelatnika o suvremenim bioetičkim pitanjima. Tako je bioetičkom edukacijom, u svijetu danas, uz studenata, obuhvaćen i jedan broj stručnjaka različitih profesija, a koje su prozване i pozване da govore i šire svijest o čuvanju života i zdravlja.