

Etička pitanja u obiteljskoj medicini

Ethical issues in family medicine

Zvonko Rumboldt¹, Mirjana Rumboldt¹

Sažetak

U ovom su prikazu razmotrene određene moralne dvojbe, poput odnosa liječnik-pacijent, liječničke tajne, priziva savjesti, sukoba interesa, suradnje među liječnicima ili nastupanja u medijima, koje se češće susreću u ordinacijama obiteljske medicine.

Summary

This essay deals with some moral uncertainties concerning doctor-patient relationship, confidentiality, conscientious objection, conflict of interest, cooperation with consultants and appearance in the media, which are often encountered in a family physician's office.

Temelje suvremene liječničke etike postavio je pred gotovo dva i pol tisućljeća otac medicine, grčki liječnik Hipokrat iz Kosa (460.-370. p.K.), kome se pripisuje tekst svečane liječničke zakletve, kao i šezdesetak knjiga poznatih kao "Corpus Hippocraticum". O etičkim pitanjima u medicini kod nas je u novije vrijeme već opsežno pisano, a dostupna su i dva udžbenika (Zurak N, ur. Medicinska etika. Zagreb: Merkur, 2007. te Fatović-Ferenčić S, Tucak A, ur. Medicinska etika.

Zagreb: Medicinska naklada, 2011.), tako da ovaj prikaz predstavlja tek razmišljanja iz perspektive praktičnog liječnika u primarnoj zaštiti.

Kako definirati medicinsku etiku? Riječ je o moralnom vrednovanju na području zdravstvene zaštite. To je dakle primjena općeg etičkog rasuđivanja na razmjerno usko područje medicine. Kao primijenjeni dio antropocentričke etike, ona sve više razmiče svoje granice. U ne tako davnoj prošlosti držali smo da se moralno prosuđivanje odnosi samo na pripadnike naše skupine, bila to obitelj, narod ili čitava ljudska vrsta, dok današnja bioetika širi moralni obzor na sva osjećajna i bezosjećajna živa bića, na čitav okoliš, na našu planetu pa i na svemirske prostore. Jasnog razgraničenja između izraza „moral“ i „etika“ nema jer su to sinonimi koji potječu iz dva klasična jezika (lat. *mos* = običaj, ćud; grč. *eJoV* = običaj, narav). Ipak, etiku bi se uvjetno moglo definirati kao filozofiju morala, kao nauku o ćudoređu na osnovi načela zdravog razuma. Moral bi se radi razlikovanja mogao opisati kao zbir društvenih načela koja se nameću stanovitoj zajednici i pojedincu na osnovi općih kriterija dobra i zla, kao sveukupnost važećih normi odlučivanja i ponašanja.

¹ Zvonko Rumboldt, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet

¹ Mirjana Rumboldt, Sveučilište u Splitu, Medicinski fakultet

Kontakt: mr@mefst.hr

Osnove razlikovanja dobrih od loših namjera i postupaka su općenito jasne na prvi pogled (lat. *prima facie*). No, ovisno o svjetonazoru i o temeljnom pristupu (npr. deontologija - utilitarnost, objektivizam - relativizam, egoizam - altruizam, emocije - razum i sl.), ne dolazi se uvijek do istih zaključaka. To vrijedi i za medicinsku etiku. Primjerice, četiri etička principa (činiti dobro, ne činiti zlo, poštovati autonomiju i dostojanstvo osobe, biti pravedan; lat. *beneficentia, nonmaleficentia, autonomia, justitia*), koje su sedamdesetih godina prošlog stoljeća promovirali američki etičari Tom L. Beauchamp i James F. Childress¹, u dnevnoj se liječničkoj praksi nerijetko sukobljavaju, od banalnog primjera koristi od davanja lijeka prema šteti od teških nuspojava, do složenih međudnosa pravednosti, ljudskih prava i dostojanstva osobe na početku (npr. pobačaj) ili na kraju života (npr. eutanazija). Pri etičkoj dvojbi poželjno je eklektički uzeti u obzir sve pristupe i prema konkretnim okolnostima opredijeliti se za onaj koji je najmanje loš¹.

Pružatelji zdravstvenih usluga, u prvom redu liječnici, suočavaju se u suvremenom svijetu s posebno složenim etičkim izazovima, opterećenim sve naglašenijim individualizmom (npr. zahtijevanje sve širih osobnih prava uz sve manje osobne odgovornosti), vrijednosnim relativizmom, anti-intelektualnošću (poticanje domišljatosti i vještine na uštrb razumijevanja i mudrosti), usmjerenošću na uspjeh (ma što to značilo), prekidanjem

tradicionalnih veza, traženjem brzih i jakih doživljaja (što više užitka, što manje nelagode), ali i sve većom usamljenošću usprkos brojnim virtualnim ili kratkotrajnim vezama, te čežnjom za nekom novom duhovnošću oslobođenom moralnih obzira. Usporedba liječničkih s nekim drugim stremljenjima to dodatno iskazuje na tbl. 1. Dakako, tako raznorodni izazovi i ciljevi zamagljuju moralne vrednote, dok je u cijelom društvenom sustavu jedino liječnička profesija prisegnula da će pred vlastitima dati prednost interesima bolesnika i društva, drugim riječima prihvatili smo niz obveza i odgovornosti bez primjerene protuteže u pravima ili ugledu. U takvim okolnostima etički dosljedni liječnici ponekad pobuđuju sumnju na mazohističke poremećaje ličnosti ili bar nalikuju bijelim vranama. U ovom ćemo prikazu stoga dotaknuti samo nekoliko izazova koji su posebno bliski obiteljskom liječniku.

Odnos liječnik-bolesnik. Premda se donedavno davala prednost *paternalističkom odnosu*, u kome je liječnik najpozvaniji da prosudi i štiti interese bolesnika, širenjem ljudskih prava i tehnoloških mogućnosti (uključujući i dostupnosti medicinskim podacima na svemrežju) usmjeren je naglasak na *uslužni odnos*, gdje liječnik zapravo postaje zdravstveni obrtnik, koji pacijentu prodaje svoju robu i usluge po narudžbi. Između ova dva ekstrema najprihvatljiviji je srednji put, dakle *dogovorni odnos*, gdje liječnik i pacijent na temelju uzajamnog uvažavanja i dobrog sporazumijevanja

Tablica 1. Usporedba medicinskih s tržišnim i s političkim vrednotama

Table 1. Comparison between commercial and political values

Kategorija	Medicina	Tržište	Politika
Temeljni pristup	Humanizam	Konzumerizam	Populizam
Smjer odgovornosti	Pacijenti	Dioničari	Stranka (partija)
Interakcija	Osobna	Impersonalna	Birokratska
Osnovni ciljevi	Dugoročni (>5 god.)	Kratkoročni (1-3 god.)	Kratkoročni (4 god.)
Presudni utjecaj	Znanost	Profit	Lobiranje
Proizvod	Usluga	Roba	Obećanja
Izvor moći	Kolegijalnost	Monopol	Vlast

zajednički odvažu dijagnostičke i terapijske mogućnosti u svjetlu niza svjetonazorskih, kulturnih i socioekonomskih osobitosti. Bjelodanu etičku važnost dobrog komuniciranja i uzajamnog povjerenja u takvim okolnostima ne treba posebno isticati.

U tom smislu treba razmotriti nekoliko pojedinosti. Jedna je **informirani pristanak**. Dragovoljnost dobro obaviještenog pacijenta ide u temeljne zahtjeve na tom području, mada se ponekad drži kako je riječ o dosadnom formalizmu koji treba zadovoljiti samo zato da se izbjegnu deontološke pa i sudske posljedice (npr. Kazneni zakon RH u čl. 240 i 241 sadrži jasne odredbe glede samovoljnog i nesavjesnog liječenja)². Riječ je međutim o osjetljivom i važnom pitanju zaštite dostojanstva osobe u smislu temeljnih ljudskih prava. Dovoljno se prisjetiti glasovitog nürnberškog procesa³, na kome je zbog grubog kršenja prava logoraša 7 liječnikaratih zločinaca osuđeno na smrt vješanjem, 5 na doživotni zatvor, a 4 na zatvorske kazne od 10 do 20 godina, ili nevjerojatnog ustezanja djelotvornog liječenja luesa u brutalnom ispitivanju koje je u SAD-u trajalo punih 40 godina⁴. Stoga je nakon prvog kodeksa o zaštiti ljudskog dostojanstva u medicinskim istraživanjima (Nürnberg, 1947.), Svjetsko liječničko udruženje 1964. godine donijelo poznatu "Helsinšku deklaraciju", koja se kasnije u više navrata usavršavala i nadopunjavala (posljednji puta 2013. u brazilskom gradu Fortalezi). U tom je smislu 1972. godine u Splitu, u tadašnjoj Općoj bolnici osnovano prvo etičko povjerenstvo u ovom dijelu Europe, koje je već iduće, 1973. godine tiskalo vrlo kratak obrazac informiranog pristanka⁵. Takav dokument od svega jedne stranice trebao je pružiti dokaze o razumljivom, usmenom i pismenom objašnjenju ciljeva, prednosti i nedostataka stanovite intervencije, o pravu pacijenta na dopunska pojašnjenja kao i na zajamčeno odbijanje predloženog medicinskog postupka. Današnji obrasci su znatno obimniji, što je tek dijelom opravdano, budući da su često preopsežni, nedovoljno razumljivi ili pretjerano

birokratizirani⁶. Zaboravlja se, izgleda, kako u suštini nije riječ o papirnatost ispravi, već o *procesu* trajnog, uzajamnog uvažavanja i sporazumijevanja između pacijenta i doktora. Zato se prilikom predlaganja stanovite intervencije liječnici moraju pažljivo kloniti zlorabe vlastitog autoriteta, manipuliranja (iskrivljeno ili selektivno prikazivanje činjenica) ili zastrašivanja pacijenta, navlastito u slučaju ranjivih skupina, poput zatvorenika, osoba s ograničenom moći rasuđivanja, djece ili staraca. Pojedinosti, očekivane prednosti i nedostatke predviđenog postupka treba usmeno pojasniti u ciljanom razgovoru. Valja međutim izbjegavati preduga obrazlaganja ili opsežna štiva, koja u razumnom roku prosječni građanin nije u stanju ni pročitati, a kamoli shvatiti. To se posebno odnosi na sitničavo, potanko i zbunjujuće opisivanje provedbenih pojedinosti (tehničkih detalja), na uporabu neobjašnjenih medicinskih izraza ili kratica koje su nerijetko razumljive tek uskom krugu specijalista, kao i na zbunjujuće navođenje mogućih nuspojava bez kvantitativnog prikaza njihove težine i vjerojatnosti javljanja. Potpisivanje obrasca o informiranom pristanku glede prihvaćanja ili odbijanja predloženog postupka tada predstavlja tek posljednju, etički najmanje važnu, ali zakonski neophodnu sastavnicu. U procesu dobivanja takvog pristanka (koji je obvezatan za iole invazivnije zahvate) na prvom je mjestu zaštita prava pacijenata, što je u nas i zakonski utvrđeno (Zakon o zaštiti prava pacijenata)⁷. Zbog straha od mogućih, neugodnih posljedica mi liječnici u takvoj i sličnim okolnostima nerijetko pribjegavamo defenzivnoj medicini, nastojeći zaštititi od mogućih sankcija kako sebe, tako i svoje bolesnike⁸.

Evo jednog primjera iz prakse. Prije indicirane artroskopije, umjesto obrazlaganja osobitosti tog zahvata, ortoped traži od pacijenta, Jehovina svjedoka, brzo potpisivanje obrasca informiranog pristanka, koji uključuje i transfuziju krvi, što pacijent odbija. Razočaran, vraća se svom obiteljskom liječniku radi konzultacije. Doktor mu obrazloži kako je riječ o manjem kirurškom

zahvatu koji u pravilu ne zahtijeva transfuziju krvi. U izuzetnim slučajevima dolazi u obzir osiguravanje autotransfuzije ili davanje zamjena za krv, što je Jehovinizmima prihvatljivo. Ukratko su raspravili indikaciju za preporučeni zahvat i alternativne dijagnostičke metode, očekivane rizike i očekivane ishode artroskopije, moguću neophodnost kasnije, puno opsežnije ortopedske intervencije, s većim gubitkom krvi, te suštinu informiranog pristanka i mogućnost obraćanja Povjerenstvu za zaštitu prava pacijenata (čl. 30 Zakona o zaštiti prava pacijenata⁷). Ako bi specijalist ipak odbio zahvat zbog eventualnog prigovora savjesti (naime, opsežno krvarenje pa i smrtni ishod mogući su gotovo pri svakom medicinskom postupku, no uz artroskopiju takva je vjerojatnost zanemarivo niska, a DORH bi u tom slučaju morao uzeti u obzir posebne okolnosti i sadržaj informiranog pristanka te odustati od apsurdnog krivičnog progona liječnika), trebao je pacijenta uputiti onom kolegi koji bi bio voljan izvršiti pretragu pod takvim uvjetima. Svi su nesporazumi bili riješeni dobrim komunikativnim sposobnostima obiteljskog liječnika.

Prikazani slučaj navodi na razmatranje **priziva savjesti**. U našim trenutnim okolnostima priziv savjesti se najčešće spominje glede pobačaja i eutanazije, premda je spektar problema vrlo širok, do netom prikazanog slučaja artroskopije. Pojam savjesti poznat je tisućljećima, od grčkih stoika (*συνείδησις*) preko latinskog *conscientia* (izraz se pripisuje Ciceronu) do danas sveprisutnog engleskog izraza *conscience*. Riječ je o svijesti o vlastitom moralnom činu u svjetlu „pounutrenog autoriteta“ (ili „super-ega“ po Freudu) i čest je predmet filozofskih i teoloških rasprava. Prema Kohlbergu⁹ savjest predstavlja temelj „postkonvencionalne“ moralnosti. U dnevnom razgovoru dobro ju ocrtava uzrečica „savjest se odnosi na ono što i kako radiš kad te nitko ne vidi“, a sam čin priziva ili prigovora savjesti jedan je oblik pasivnog svjetonazorskog otpora jedinke prema vladajućim normama zajednice (npr. abolicionizam, pacifizam). Spada

u osnovna ljudska prava, temeljne tekovine civilizacije, koje su deklarativno utanačena već 1948. godine Univerzalnom deklaracijom UN, što nažalost ne znači da se sveudilj ne krše. Dodatne nevolje donosi široko prihvaćanje neoliberalne ideologije s relativiziranjem brojnih vrednota uz unapređivanje individualnih prava (što je dobro), bez pratećeg rasta osobnih obveza i odgovornosti (što nije dobro). Ovaj nerazmjer je doveo i do etički neuravnoteženih stavova glede zdravstvene zaštite: individualizira se osobni izbor i uгода (npr. alkoholizam, prejedanje, pušenje, seksualni promiskuitet), dok se po zdravlje nepovoljne posljedice takvog izbora (životnog stila) onda socijaliziraju, u nas mahom na teret zajedničkog HZZO-a. Posebno se ističe zaštita prava slabijih osoba (npr. bolesnika, djece) ili manjinskih skupina (npr. LGBT zajednica). Nije jasno zašto se takva zaštita ne širi na još slabije, npr. na umiruće ili na još nerođenu djecu. Tu se naime otvara niz etičkih pitanja glede eutanazije ili pobačaja, na koja nema nepobitnih odgovora. Nije jasno kakva se suštinska, znanstvena ili moralna prekretnica javlja u određenoj fazi trudnoće, nakon koje nerođeno dijete treba zaštititi kao osobu, a prije koje je to tek konglomerat stanica, predmet mogućeg abortusa i stvar osobne odluke trudnice, kao da je riječ o kozmetskom zahvatu ili o ekstrakciji kvarnog zuba. Zašto se umjesto 10. tjedna, kako stoji u trenutno važećem zakonu (10), ne bi mogla postaviti neka druga crta razgraničenja za legalno prihvatljivo abortiranje, kao što je slučaj u propisima drugih članica EU? Kakva je suštinska moralna razlika između pobačaja i infanticida? Osim toga, ono što zakon dopušta ne treba smatrati pravom, već mogućnošću. Pa i spomenuti zakon iz 1978. godine u čl. 15 navodi da se „prekid trudnoće može izvršiti do isteka 10 tjedana od dana začeća“. Tadašnji zakonodavac se glede pobačaja ogradio permisivnim glagolom „može“, a u sljedećim je člancima naveo još niz ograničenja, kako se takvom zahvatu ne bi pristupalo neselektivno. Doista, tehnička izvedivost određenog pothvata ne jamči mu etičku prihvatljivost. U slučaju

arteficijalnog pobačaja tu se u prvom redu postavlja pitanje *indikacije*; je li razlog zahvata utemeljen na medicinskim ili na nekim drugim počelima? Počiva li takva prosudba na spomenutim principima beneficijencije, non-maleficijencije, autonomije i pravednosti¹? Držeći se postulata medicinske etike, osobito je važno odgovoriti na pitanje: tko je u pojedinom slučaju agresor, a tko žrtva? Ako je riječ o medicinski utemeljenoj indikaciji, vjerojatno će se i najkonzervativniji ginekolog pokoriti principu dvostrukog učinka, tj. spašavati život trudnice, gdje nerođeno dijete u tom slučaju postaje neželjena, „kolateralna“ žrtva. U nas pa i drugdje u svijetu su takve, medicinske indikacije za pobačaj srećom rijetke, ali su socijalne na žalost vrlo česte. Pravo na izbor valja staviti u kontekst drugih prava i društvenih interesa. Tako svi mi imamo deklarativno pravo na rad, a u Hrvatskoj su ipak tisuće ljudi nezaposlene. Nikome ne pada na pamet da bi liječnici mogli takve i slične, socioekonomske, a u konačnici i zdravstvene probleme rješavati propisivanjem zaposlenja na recept (ili da možda, kao minimalne socijalne uvjete, svakoj obitelji propišu odgovarajući stan?). Dakako, proglašena prava moraju biti operativno provediva jer su inače tek šuplja fraza, a prava jednih ne bi smjela ugrožavati prava drugih, osobito ako je riječ o pravima jačih u odnosu na slabije ili glasnijih u odnosu na šutljive.

Proizlazi da je priziv savjesti dobro moralno i pravno rješenje ako se ne zlorabi¹¹. Stoga bi pri etičkom prosuđivanju njegove opravdanosti

vjerojatno trebalo uzeti u obzir kriterije navedene na tbl 2.

Dakako, od svih uvjeta s te tablice etički su najvažniji oni pod 3. i 5. Doista je odvratna pomisao na liječnika koji bi ujutro u bolnici zbog navodnog priziva savjesti odbio izvršiti pobačaj, a onda ga popodne umješno izveo u svojoj ordinaciji! Naš Kodeks medicinske etike i deontologije u čl. 2, točka 15. navodi: „Liječnik ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrožava život pacijenta. O svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti nadređene i pacijenta te ga uputiti drugom liječniku iste struke“¹². Podudarni stavovi glede sudjelovanja liječnika u donekle sličnim, etički dvojbenim postupcima, kao što su to potpomognuti suicid (tamo gdje je zakonski dopušten), eutanazija (npr. pri izvršenju smrtne kazne tamo gdje se još primjenjuje), sudjelovanje u pojedinim znanstvenim istraživanjima, iznuđivanje priznanja ili zlostavljanje zarobljenika u ratu odnosno zatvorenika u miru, vrijede diljem svijeta¹³. S druge strane, ‘socijalne indikacije’ za pobačaj gotovo ne postoje u etičkom smislu jer bi se slični razlozi onda mogli primijeniti i na druge odnose (npr. ubojstvo sustanara, starije ili na drugi način nepoćudne ili neproduktivne osobe i sl.). Znanstvena istraživanja ne mogu dati često tražene odgovore na dvojbe oko pobačaja. Primjerice, premda se pojedinosti razvoja ljudskog zametka mogu odrediti u vremenu i u prostoru, nikakvo empirijsko ispitivanje ne može odgovoriti na pitanje zašto i kada taj zametak

Tablica 2. Kriteriji prihvatljivosti prigovora savjesti (prema 11)

Table 2. Criteria for acceptibility of conscientious objection (acc ref. 11)

1) Predmetna intervencija predstavlja ozbiljnu povredu dubokih uvjerenja liječnika
2) Prigovor počiva na čvrstim, uvjerljivim moralnim ili religijskim temeljima
3) Liječnik je dosljedan u svojim stavovima
4) Intervencija ne predstavlja temeljnu aktivnost tog liječnika
5) Ustezanje zahvata ne ugrožava život pacijenta i nema teške, nesagledive posljedice
6) Postoje drugi stručnjaci koji mogu izvršiti intervenciju bez odgađanja

postaje osoba. Isto tako, od prirodnih znanosti se ne može očekivati objašnjenje dostojanstva osobe ili utvrđivanje uvjeta pod kojima bi se smjelo oduzeti život drugom ljudskom biću¹³. Neka od etički relevantnih pitanja koja se nameću pri moralnom prosuđivanju razloga u prilog ili protiv pobačaja navodi tbl. 3.

Tablica 3. Etički relevantna pitanja pri razmatranju opravdanosti pobačaja (prema 13)

Table 3. *Ethically relevant questions considering justification of abortion (acc ref. 13)*

Koje su etičke posljedice dobrovoljnog, a koje prisilnog spolnog snošaja?
Je li zametak osoba s ljudskim pravima? Postoji li tu stupnjevanje? Kakvo?
Je li moralno donijeti na svijet neželjeno dijete?
Kakve su etičke obveze trudnice prema svom čedu, prema obitelji i zajednici?
Zašto bi pobačaj bio/ne bi bio okrutan čin prema zametku?
Koje je temeljno ljudsko pravo prioritarno: pravo na život ili pravo na samoopredjeljenje? Kada? U kojim okolnostima?

Liječnička savjest igra presudnu ulogu i na području **sukoba interesa** tj. konflikta između osobnog i javnog dobra, koji može primjerenu prosudbu preokrenuti u pristranu. Nerijetko je u pitanju sučeljavanje i usuglašavanje višestruke lojalnosti liječnika: prema pacijentu, prema svojoj ustanovi, prema osiguravajućem društvu, prema državi, prema sebi i svojoj obitelji. Naravno, svi smo gotovo stalno izloženi brojnim sukobima opredjeljenja različitog stupnja, sve do krajnjih dilema Buredanovog magarca. Na moralnom je rasuđivanju da povuče razdjelnicu između banalnih i teških sukoba, koji liječniku mogu bitno narušiti vjerodostojnost kao i ugled zdravstvene službe općenito. U praktičnom pristupu obično je dovoljno postaviti jednostavno pitanje: “Bi li me smetalo da se taj odnos objavi u novinama?”. Ako je odgovor potvrđan, riječ je o značajnom sukobu interesa.

Budući da nema pouzdanih podataka o učestalosti i razmjerima sukoba interesa u našoj sredini, za usporedbu mogu poslužiti međunarodni podaci o stupnju korumpiranosti. Indeks percepcije opće korupcije za Hrvatsku je prema internetskom izvješću Transparency International za 2018. godinu iznosio 48 bodova (0= posvemašna korupcija, 100= izočnost korupcije) i svrstao je na 60. mjesto između 180 zemalja svijeta¹⁴. Najbolje rangirana je bila Danska (1. s 88 bodova), Njemačka je npr. 11. s 80 bodova, a neke nama susjedne zemlje stoje ovako: Mađarska 64. (46 bodova), Grčka 46. (67), Bugarska 77. (42), BiH 89. (38), Srbija 87. (39), Albanija 99. (36 bodova), dok je Austrija 14. (76), a Slovenija 36. (60 bodova). U odnosu na 2012. godinu naša se zemlja neznatno popravila (48: 46 bodova), no izdvojenih podataka o pojedinim sektorima, poput zdravstva, nema. Pored niza koruptivnih i očito kriminalnih postupaka, kojima budu ponekad skloni i zdravstveni djelatnici, osobito baš liječnici⁸, tbl 4. navodi neke primjere profesionalnog sukoba interesa.

Dakako, značajni konflikt interesa treba postati socijalno i profesionalno neprihvatljiva pojava, kao posljedica širokog društvenog suglasja, što se u našem okruženju trenutno baš i ne može očekivati. Sankcije, koje naši mediji često senzacionalistički navode, rješavaju tek dio problema i ekstremne slučajeve. I ovdje mogu presudnu ulogu odigrati liječnici svojim primjerom (engl. *role model*). Ipak, bar što se pušenja tiče, nismo se osobito istaknuli...

Posebne nedoumice otvaraju pitanja **liječničke tajne**, vještačenja i prisilnog liječenja. Čuvanje liječničke tajne ide u temeljne zasade naše deontologije i naglašava se od Hipokratova vremena sve do našeg Kodeksa medicinske etike, čiji čl. 14 navodi: “Sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obvezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže

Tablica 4. Mogući izvori liječničkog sukoba interesa

Table 4. Possible sources of medical conflict of interest

Financijski poticaji	Je li prioritetno čuvanje sredstava ustanove ili osiguravatelja, interesa bolesnika ili osobnog probitka?
Pokloni industrije	Kakav je mogući utjecaj na moju objektivnost, npr. na propisivanje stanovitog lijeka, na povećanje troškova i dr.?
Profesionalni rizici	Moram li se izložiti opasnosti infekcije (npr. HIV, multirezistentna tuberkuloza) ili prvo štiti vlastito zdravlje?
Liječničke pogreške	Trebam li prikrivati opažene pogreške, na njih upozoriti ili ih izložiti javnosti (postati "zviždač")? Pod kojim uvjetima?
Loši liječnici	Slično: kako postupati s kolegama koji su neznalice, korumpirani, alkoholičari, ovisnici...?
Studenti medicine	Kako provesti vježbanje kliničkih vještina uz zaštitu pacijenata, kada i kako prokazati nedostatke sustava ili pojedinih liječnika?

se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju¹². Kontroverzije oko čuvanja ili otkrivanja profesionalne tajne nisu svojstvene samo liječničkom staležu, ali tu su posebno izražene. Razloge koji idu u prilog ili protiv takve odluke pokušava prikazati tbl 5. Osim spomenutih valja razmotriti i niz dodatnih pitanja, primjerice: kako i koliko takvo otkrivanje može narušiti dostojanstvo osobe (pacijenta i drugih ljudi na koje bi se sadržaj tajne mogao odnositi); koji se društveni, a koji etički motivi nalaze iza poticaja na otkrivanje tajne? Je li dobiven pristanak pacijenta ili se tajna otkriva usprkos njegovu/njezinu protivljenju? Kakva su zajednička dobra ugrožena otkrivanjem ili zaštićivanjem tajne? Otvara li se mogućnost nanošenja štete trećim osobama (npr. članovima obitelji, životnim partnerima, drugim pojedincima ili skupinama)? Nakon takvog

promišljanja, u određenim slučajevima valja se odlučiti na otkrivanje, primjerice kad liječnik shvati da psihotični bolesnik namjerava naškoditi drugoj osobi, kad je riječ u zakonski obaveznom prijavljivanju (npr. zarazne bolesti), kad HIV-pozitivan pacijent nastavlja s nezaštićenim spolnim odnosima, kad se ustanovi nesposobnost upravljanja motornim vozilima ili u slučaju obiteljskog zlostavljanja. Na izravne, osobito na pismene upite nadležnih organa (npr. policije, suda) i očitovanje je najbolje dati u pisanom obliku.

Slične dvojbe postavljaju i zahtjevi za vještačenje. Premda je takav način zahtjevniji, i vještvo se preporuča davati u pisanom obliku; uzima više vremena, ali štiti od zapisničkih pogrešaka i krivog tumačenja. Naravno, istinoljubivost je uz stručnost temeljni postulat takvih podnesaka. Treba se držati

Tablica 5. Neka otvorena pitanja glede otkrivanja liječničke tajne

Table 5. Open questions regarding unrevelling medical secrecy

RAZLOZI ZA:	RAZLOZI PROTIV:
Velika vjerojatnost štete za treće osobe (koliko velika?)	Niz opasnosti za osobu čija je autonomija povrijeđena
Ozbiljno potencijalno zlo (koliko ozbiljno, veliko?)	Pad povjerenja; manja vjerojatnost uspješnog liječenja
Otkrivanjem tajne to se zlo može prevenirati	Potencijalne socijalne štete (npr. pad javnog povjerenja u zdravstvo)

provjerljivih činjenica i kloniti se konstrukcija ili ekstrapolacija. Nije međutim lako razlučiti ispravne od pogrešnih postupaka; često je teško povući crtu razgraničenja između bolesti, agravacije i disimulacije, između komplikacije i stručne greške ili na osnovi oskudnih anamnestičkih zabilješki procijeniti svojedobni psihički profil pacijenta koji je možda već i umro. Liječnici se i tu nerijetko mogu naći u sukobu interesa - u nedoumici dvostruke lojalnosti (npr. prema pacijentu u odnosu na zdravstveno/mirovinsko osiguranje, na sud, na policiju i sl.). Ipak, etičke dvojbe se tu većinom lako rješavaju trezvenim promišljanjem, a prekršitelji među vještacima (npr. krivotvoritelji, klevetnici) podliježu deontološkim i pravnim sankcijama, koje mogu biti stegovne, prekršajne, građanskopravne pa i krivične naravi².

Suradnja s drugim kolegama, posebno sa specijalistima predstavlja dodatni etički uteg obiteljskom liječniku. Pojedini su dosta široko razrađene u 17 točaka čl. 9 Kodeksa medicinske etike i deontologije¹². Upućivanje bolničkim specijalistima iz primarne zaštite je u nas još uvijek pretjerano, često nepotrebno. Tome ima više razloga. Liječnici obiteljske medicine su pod snažnim pritiskom pacijenata, koji nerijetko drže da su specijalisti bolji stručnjaci u svakom pogledu. U prilog takvom vjerovanju ide i višegodišnje poticanje obrade i liječenja na bolničku i „superspecijalističku“ razinu te na nepotrebno sofisticiranu, skupu i potencijalno opasnu tehnologiju. Poznata je uzrečica da specijalist svoju dijagnozu temelji na pretragama, a liječnik obiteljske medicine upućuje na pretrage radi provjere svoje dijagnoze¹⁵. Nažalost, obiteljski liječnici, preopterećeni velikim brojem nepotrebni posjeta i suvišnim administriranjem, nemaju dovoljno vremena za svrsishodnu komunikaciju s pacijentima, a ponekad su i nedovoljno opremljeni, tako da im upućivanje specijalistima ili na različite pretrage predstavlja prihvatljiv odušak. Specijalisti su *konzultanti*, tj. savjetodavci ordinariusu, kojemu svojim specifičnim znanjima i vještinama

razrješavaju stanovite kliničke dileme. U pravilu pacijente ne trebaju upućivati na dodatne, navlastito složene pretrage ili kontrolne preglede bez dogovora s ordinariusom, terapijski savjeti moraju biti opisni (zaštićene pripreme i doziranje navoditi tek izuzetno), a ocjene radne sposobnosti samo na izričit zahtjev ordinariusa. Dakako, i obiteljski bi liječnici svoje kliničke dileme morali potanje objasniti, uz predočenje odgovarajuće medicinske dokumentacije, a izbjegavati prazne i neprimjerene fraze. Skupa s pacijentom obiteljski bi liječnik trebao procijeniti koliko je opravdano upućivanje na konzultaciju, kakvi se odgovori očekuju i u čemu je tu probitak za bolesnika. Očekuje li se samo pismeni odgovor ili se kolege trebaju i osobno konzultirati, bar telefonom? Upućuje li se pacijent renomiranom stručnjaku ili nepoznatoj, anonimnoj osobi skrivenoj iza bolničkih zidina? Koji dio svog nalaza konzultant smije priopćiti bolesniku, a koji je dio rezerviran za ordinariusa? Kako se nositi sa stručnim greškama?

Nastupanje u javnosti. Zbog prirode njihovog rada liječnici su vrlo zanimljivi za medije pa se nerijetko javljaju u novinama, na televiziji, na različitim tribinama ili portalima. To je većinom dobro jer se tako populariziraju medicinske novosti, znanstvena istraživanja i zdrav životni stil, a mnogima takvi nastupi i osobno gode. Za takva javljanja vrijede deontološke obveze nepristranog informiranja, kao i u znanstvenim časopisima. Razlike su ipak znatne. Javni mediji traže privlačnost i zanimljivost do senzacionalnosti, a glavni poticaji su im ekskluzivnost i komercijalnost. Stručni i znanstveni časopisi naprotiv traže u prvom redu istinitost, reproducibilnost i skromnost pa su komunikacijski suhoparniji. Premda nastupi u javnosti traže od liječnika više atraktivnosti, obveze nepristranog informiranja ostaju iste kao i u znanstvenim časopisima, ali pristup treba biti jednostavniji, sa što manje stručnih izraza. Osobito je važno zaštititi privatnosti (anonimnost) eventualno prikazanih ili spomenutih pacijenata. Svakako treba izbjegavati pretjerane tvrdnje

ili senzacionalizam (npr. priopćavanje vlastitih otkrića prije nego su raspravljena na znanstvenim skupovima i objavljena u stručnim časopisima) jer se tako, vlastitim promoviranjem gubi profesionalni kredibilitet i stručni ugled.

Liječničko zvanje nije samo profesija već i poziv, trajna egzistencijska aktivnost osobe, za koju se je opredijelila svojim znanjem i etičkim stavom. Doista, moralne kvalitete od presudne su važnosti za obiteljskog liječnika¹⁶, kao što prikazuje tbl 6. Etička postojanost ili moralni integritet predstavlja interno konzistentan sustav temeljnih moralnih vrednota prema kojima stanovita osoba živi. Riječ je o dosljednom poštovanju vlastitog svjetonazora i vrijednosnih sudova. Čini se da nitko nije apsolutno dosljedan, no moralni integritet je socijalno visoko vrednovana, najpoželjnija karakterna osobina.

Tablica 6. Hijerarhija liječničkih vrlina (prema 16)

Table 6. Hierarchy of physicians' virtues (acc ref. 16)

<ul style="list-style-type: none">• Etička postojanost• Uspješno komuniciranje• Opažanje i razumijevanje• Vrednovanje i odlučivanje• Stručnost i trajno usavršavanje

Rezimirajući izneseno, temeljne moralne kvalitete dobrog liječnika bi se mogle ovako prikazati¹⁷:

- 1) **Decorum.** Izraz vjerojatno potječe još od Marka Tulija Cicerona (106-46. god. p.K., rimski govornik, pisac, političar i filozof), a odnosi se na vanjske znake unutrašnjih vrlina, koje se prokazuju svakodnevnim ponašanjem, od oblačenja i izgleda do govora i pristojnog ophođenja, koje služi kao primjer ne samo drugim, navlastito mlađim kolegama, već i pacijentima te drugim građanima.
- 2) **Deontologija.** Pojam se obično pripisuje Jeremyu Benthamu (1748-1832., engleski pravnik i filozof), no prvi je temu razradio

engleski liječnik Thomas Percival (1740.-1804.) u knjizi "Medical ethics" objavljenoj 1803. godine. Poglavitito se odnosi na obveze poštivanja principa humanosti, ćudoređa i dosljednosti u odnosu liječnika prema pacijentima, prema svojim suradnicima i prema drugim liječnicima.

- 3) **Politička etika.** Etička pitanja u politici prvi je potanje razmatrao talijanski književnik i političar Niccolò Machiavelli (1469.-1527.) u svom djelu "Il principe" (zanimljivo, knjigu je napisao 1513. godine, a objavljena je posthumno, tek 1532.). Riječ je o moralnim pitanjima liječnika kao javne osobe s naglaskom na ravnoteži ovlasti i odgovornosti te izbjegavanju sukoba interesa u zaštiti općeg dobra, posebno glede pravednog raspoređivanja sredstava koja su uvijek ograničena i nedostatna.

Odnos između razmatranih pojmova, koji se nerijetko preklapaju, za kraj ovog razmatranja prikazuje sl. 1.



Slika 1. Grafički prikaz odnosa zakona, deontologije, morala i etike (prema 8, str. 68).

Figure 1. Graphical presentation of relations among law, deontology, morale and ethics (acc. ref. 8, p. 68)

Literatura

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5. izd. Oxford: Oxford University Press; 2001. Str. 1-25.
2. Kazneni zakon. NN. 1997;(110).
3. Spitz V. Doctors from hell: the horrific account of Nazi experiments on humans. Boulder, Co.: Sentient Publications; 2005.
4. Jones JH. Bad blood: the Tuskegee syphilis experiment. New York: Free Press; 1981.
5. Rumboldt Z. Pristanak obaviještenog pacijenta u Hrvatskoj. Lijec Vjesn. 2014;136:173-4.
6. Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog odnosno terapijskog postupka. NN. 2008;(10).
7. Zakon o zaštiti prava pacijenata. NN . 2004;(169).
8. Rumboldt M, Petric D, ur. Obiteljska medicina. Udžbenik za studente. 2. preur. proš. izd. Split: Redak; 2015. Str. 67-98.
9. Kohlberg L. Moral stages and moralization: the cognitive-developmental approach. U: Lickona T, ur. Moral development and behavior: theory, research and social issues. New York: Holt, Rinehart & Winston;1976. Str. 87-114.
10. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece. NN. 1978;(18).
11. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? J Med Ethics. 2012;38:18-21.
12. Kodeks medicinske etike i deontologije (pročišćeni tekst). Dostupno na: <https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/3-kodeks-medicinske-etike-i-deontologije-procisceni-tekst.pdf> (18. svibanj 2019.)
13. Rumboldt Z. Pobačaj i priziv savjesti. Lijec Vjesn. 2015;137:129-30.
14. Transparency International. Corruption perception index 2018. Dostupno na: <https://www.transparency.org/cpi2018> (18. svibanj 2019.)
15. Browne K, Freeling P. The doctor-patient relationship. Edinburgh: Livingstone; 1967. Str. 3.
16. Bryan CS, Brett AS, Saunders DE, Khushf G. Medical ethics and professionalism. A synopsis for students, residents, and practical physicians. 2. izd. Columbia, SC: Bryan Co; 2005.
17. Jonsen AR. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press; 2000. Str. IX-XI.