

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Autumn - Winter 2005 Vol. 12 No. 2 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1, 14
- Ethical Aspects of ICT Implants in the Human Body. <i>EGE</i>	1
■ Krátke príspevky/Brief Communications	2
- International Clinical Bioethics Course Taught in the Teaching Hospital in Bratislava. [Medzinárodný kurz klinickej bioetiky uskutočnený v jednej fakultnej nemocnici v Bratislave.] <i>J. Glasa, K. Glasová, H. Glasová</i>	2
- Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní - Niekoľko poznámok k situácii v Slovenskej republike. [Human Dignity in the Elderly, Ill and Dying: Some Remarks to the Situation in the Slovak Republic.] <i>J. Glasa</i>	5
■ Dokumenty/Documents	6
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. [Všeobecná deklarácia o bioetike a ľudských právach.] <i>UNESCO</i>	6
- Considerations of the Scientific and Ethical Problems Related to Vegetative State. [Stanovisko k vedeckým a etickým problémom spojeným s vegetatívnym stavom.] <i>FIAMC & PAL</i>	10
- Moral Reflections on Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetuses. [Morálne úvahy o vakcínach pripravených na bunkách získaných z potratených ľudských plodov.] <i>PAL</i>	11
■ Recenzie /Book Reviews	14
- Colson, Ch., W., Cameron N. M. De S. (Eds.): Human dignity in the biotech century. <i>J. Glasa</i>	14
- Munzarová, M.: Lékařský výzkum a etika. <i>H. Glasová</i>	16
- Munzarová, M.: Zdravotnícká etika od A do Z. <i>H. Glasová</i>	16
- Munzarová, M.: Euthanasie nebo paliatívni péče? <i>H. Glasová</i>	17
■ Správy, oznamy/Reports, announcements	17
- Európska konferencia etických komisií pre biomedicínsky výskum. [European Conference of Research Ethics Committees.] <i>J. Glasa</i>	17
- Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní. Správa z medzinárodného kongresu. [Human Dignity in the Elderly, Ill and Dying: International Congress Report.] <i>J. Glasa</i>	19
- Rakúsko - slovenské sympóziu „Bioetika“ [Austrian - Slovakian Symposium „Bioethics“] <i>J. Glasa & K. Glasová</i> ..	21
- Nová webová stránka ÚMEB [New Web Page of IMEB] <i>J. Glasa</i>	22
- Konferencie, kongresy v roku 2005. [Conferences, Congresses in 2005.]	22
■ Pokyny pre autorov/Instructions for Authors	23
■ Obsah ročníka 12 - 2005/ Cummulative Contents of the Vol. 12 - 2005	24

CITÁT / QUOTATION

Ethical Aspects of ICT Implants in the Human Body ^[1, 2]

“(…) Legal principles and rules act in general as a check against technological drift and serve to highlight that not everything that is technically possible is also ethically admissible, socially acceptable, and legally approved. On the other hand, the power of a technology manifesting itself with an unlimited range of applications cannot be constrained by a weak law that lacks its ultimate reason. Hence, it is necessary to always refer to strong values, capable to breathe life into the constitutionalisation of the individual that is the outcome of a complex process and was clearly outlined in the Charter of Fundamental Rights of the EU - starting from its Preamble, where it is stated exactly that the Union “places the individual at the heart of its activities”.

“We shall not lay hand upon thee”. This was the promise made in the Magna Carta - to respect the body in its entirety: *Habeas Corpus*. This promise has survived technological developments. Each intervention on the body, each processing operation concerning individual data is to be regarded as related to the body as a whole, to an individual that has to be respected in its physical and mental integrity. This is a new all-round concept of individual, and its translation into the real world entails the right to full respect for a body that is nowadays both physical and electronic. In this new world, data protection fulfils the task of ensuring the “habeas data” required by the changed circumstances - and thereby becomes an inalienable component of civilisation, as has been the history for *habeas corpus*.

Continued at p. 14.

BRIEF COMMUNICATIONS

INTERNATIONAL CLINICAL BIOETHICS COURSE TAUGHT IN THE TEACHING HOSPITAL IN BRATISLAVA

Jozef Glasa, Katarína Glasová, Helena Glasová

Institute of Medical Ethics and Bioethics n.f., Bratislava, Slovak Republic

Introduction

We report briefly here on an international clinical bioethics course that was taught by us in one of the biggest teaching hospitals in Bratislava (capital of the Slovak Republic) as a part of the European Commission founded 5th Framework Program project – European Hospital-Based Bioethics Education Program (acronym EHBP) [1]. Our Institute was one of 9 partners taking part in the project [2].

The aim of the EHBP project was to develop and test an internationally outlined clinical bioethics course for it to be taught as close as possible to the clinical staff of hospitals or other health care facilities – at best directly at, or close to their workplace. The reason for this was both a practical concern (to come with a clinical bioethics educational activity as close to those who might be in need of it, but could not afford to spend much of their time away from their institutions) and a pre-supposition on the part of the authors of the project that the proximity of a clinical settings might contribute to the course to be more practice-oriented and useful. The survey conducted in participating countries at the beginning of the project has shown that little is being done in these countries so far in clinical bioethics education and training for the health care personnel, and indicated a clear need to develop teaching methodology and materials to be used in those settings [3].

Our own experience, when running the course in the Dérer's Faculty Teaching Hospital in Bratislava that we report here, seems to fully confirm the expectations of the authors of the course, and brought to us a very positive personal experience as well.

Description of the course

The course was arranged in collaboration with Directory of the Dérer's Faculty Teaching Hospital, Bratislava – Kramáre. The course was run in 6 sessions in 6 consecutive weeks, each session lasted about 3.5 teaching hours (3 x 45 + 15 min. = 150 min., i.e. usually 13:00 – 15:30

o'clock), i.e. in total 21 teaching hours (sometimes, when discussion was found very interesting by the participants, the session was slightly prolonged).

The programme of the course and the teaching materials (sheets with written description of cases to be discussed at the session; printed out slides of the introductory lecture to the course session) used were prepared by our Institute, but they were directly based on the resources and methodology developed within the EHBP Project with contribution of all its partners. The final version of the written resources prepared (especially the methodological introduction, the selected clinical cases to be used in teaching, and a thorough elaboration of the key areas of interest to cover the content of the planned course sessions that were written as comprehensive papers by the EHBP Project partners) will be published as a textbook by the conclusion of the project.

Our program, as given in **Table 1**, was made one session shorter in comparison with other centres, because of the actual local time constraints – so the course was made a bit more 'condensed' and its sessions a bit more loaded with the information being given to the participants, than it was the case with other EHBP Project partners.

Means of evaluation of the course

Besides overall informal evaluation of the course run as perceived by the teaching staff, also a survey was made among the course participants using the questionnaires prepared within EHBP project. Two questionnaires were prepared and administered to all course participants - the *Entry Questionnaire* (at the beginning of the course) and the *Evaluation Questionnaire* (at the last session of the course). Both original questionnaires were translated into Slovak before administration, only Slovak versions were administered to the participants. Some questions given allowed a statistical evaluation. The MS.Excell '97 program was used for calculation of the descriptive statistics parameters, where appropriate.

Evaluation of the course

1. Recruitment of the participants

The collaboration with the the Director's Office of the Dérer's Faculty Teaching Hospital was very useful for the recruitment of participants and also for setting the practicalities of the course (e.g. finding the optimal timing, providing free meeting space for the course, projection technology etc.). The course was advertised within the hospital by the Director's Office, which was also collecting applications and encouraging participation of the hospital employees. Usual internal communication channels of the hospital were used (e.g. meeting of the chief physicians of the clinics and departments of the hospital, hospital bulletin).

There was a strong interest on the part of the hospi-

Table 1 Programme of the International Clinical Bioethics Course held in the Faculty Teaching Hospital in Bratislava (EHBP Project [1])

02. 3. 2005	Introduction to clinical bioethics, approach to the clinical ethical problem in practice
09. 3. 2005	Ethical problems in the obstetrics – gynaecology (ethical questions at the beginning of life)
16. 3. 2005	Ethical problems at the end of life (terminal, paliative care, futile therapy, withdrawing, withholding the treatment, euthanasia)
23. 3. 2005	Health professional – patient relationship, rights of the patient, rights and responsibilities of the health care provider, informed consent, truth at the bedside, solving of the conflicts.
30. 3. 2005	Biomedical research, clinical trials, Good Clinical Practice in the hospital.
06. 4. 2005	Ethics committee for clinical bioethics.

tal's Director's Office. This is one of the leading teaching hospitals in Slovakia, hosting some top country university clinics in several medical disciplines. The European dimension of the course clearly enhanced the interest, as well as the fact that the course was taught for free. However, in the future, hospital might be even willing to pay for similar courses for its employees. The necessity of improving knowledge and competence of the staff in clinical ethics was strongly recognized as a necessity for the hospital at present and also for the future. The other important factor was the new Slovak legislation, which requires all hospitals in the country to establish their own ethics committees to deal with clinical ethical problems. Apart from the interest of the Directory, there was also a surprisingly strong interest in the course on the part of the hospital clinical staff. Some people that were not able to make it for the complete course were attending at least some sessions "inofficially" (the room provided by the hospital allowed this easily). The application for the course was bound to the commitment to attend it in full. This was not an easy issue for clinical staff (for doctors, but especially for nurses), because of the clinical duties, etc. However, the time of the day was agreed together with the hospital Directory as the most optimal possibility.

Participation. About 70 from the Dérer's Hospital staff members enquired about the course - by calling the Directory to apply, or consider an application. From those 31 began the course and 27 people finished it (i.e. they completed the course in full - all 6 sessions; 4 of 31 persons attended several sessions, but for unexpected clashes with their other duties they have not made it for all sessions as required). Among participants, there were 18 doctors, 12 nurses and 1 administrative worker. The hospital departments were represented as follows (both doctors and nurses): internal medicine 5, surgery 5, anaesthesiology 3, rehabilitation 3, obstetrics/gynaecology 4, paediatrics 8, oncology 2, administration 1. Most of the participants were working in their respective fields more than 6 years, 3 of them between 3 and 6 years, and 3 less than 3 years.

2. Questionnaires data analysis

We would like to comment briefly here on some data acquired via the questionnaires administered to the participants [4].

The Entry Questionnaire was given to the participants at the beginning of the first session. It was of surprising interest to the participants, and they were working on it with great attention (even asking for more time to think about the answers than the amount originally allocated).

The reasons for applying for the course were both an interest to "acquire new knowledge in bioethics", or "improve one's already existing", and "improving the practice". The participants were self-evaluating their knowledge in bioethics at the beginning of the course as less than good one (5 point scale used throughout the questionnaires, minimum 1 point - maximum 5 points; participants gave themselves average 2,46, standard deviation 0,75).

Among the sources of knowledge in bioethics before the course the participants gave: articles/specialised reviews (29% from the whole group surveyed), newspapers/magazines (26%), congresses/conferences (23%), TV programmes, training courses, books (all less than 19%), bioethics courses and other (both about 6%). Among the most commonly met ethical problems in their work the participants gave those depicted in **Table 2**. Average number of problems mentioned per person: 6,87 (31 persons).

The Evaluation Questionnaire was given to all persons that had completed the course (27 persons). The results (data) obtained showed a general satisfaction with most aspects of the course. Details are given in **Table 3**.

Table 2 The ethical problems most frequently met by the course participants (31 persons)

Pre-natal diagnosis	8
Abortion	6
Medically Assisted Reproduction	3
Research on embryos	1
Treatment of premature newborns	4
Treatment of disabled newborns	6
Resuscitation and intensive care	16
Withholding and withdrawing life sustaining treatment	12
Definition of death and neurological criteria	5
Pain treatment and palliative care	10
Advanced directives	1
Active and passive euthanasia	5
Informed consent	18
Truth telling	17
Treatment refusal	16
Organ transplantation	6
Religions, cultures and clinical decisions	12
Allocation of resources	2
Human experimentation	4
Relationship health professionals - patients	23
Ethics Committees (Research Hospital EC)	4
Medical data confidentiality	22
Other problems	14

It is important to note that the course indeed was very well received. Teaching itself, and the interactions (discussions) with the participants were found very interesting by the faculty (as indicated above, most of the participants were people with already long lasting clinical experience).

Among the free-worded answers to the questionnaire, there were several helpful recommendations for possible improvements of the course and its local delivery (reflecting also personal preferences and former experience of the participants - a lot of them were people involved in teaching either on undergraduate, but mostly on the post-graduate level; from this point of view, the highly positive appraisal of the course was especially encouraging).

There was already an interest expressed to have similar courses in two other major teaching hospitals in Bratislava, and also to repeat the same course for another group of participants (that were unable to attend this one) at the Dérer's Hospital. And even, to make a more topically oriented, more specific course for the participants of this course, which was perceived as a kind of introductory, or more general one (it was not always possible to treat specific problems to a the required depth, because of the time constraints and because of a more generalized outline of the course itself). For the future, the preferred types of educational activities to be given 'at the workplace' were (according to the participants' views) the following: short meetings (4 of 27), one day courses (5), short courses (e.g. 3-4 hours in duration; 13), workshops (8), other (1).

Conclusion

The first international clinical bioethics course taught at the faculty teaching hospital in Bratislava was very well received by the participants. It seems probable that

Table 3 Evaluation of the course by the participants (descriptive statistics)

	Valid N	Minimum	Maximum	Mean	Median	Std. Deviation
General quality	25	4	5	4,60	5	0,50
Programme and contents	24	3	5	4,50	5	0,60
Structure and duration	25	2	5	4,44	5	0,65
Learning materials	25	4	5	4,84	5	0,37
Quality of teaching	24	4	5	4,75	5	0,44
Teaching methodology	25	3	5	4,60	5	0,58
Expectations met	26	3	5	4,40	4	0,57
Multidisciplinary?	27	3	5	4,20	4	0,70
European perspective?	27	4	5	4,52	5	0,51
Discussion/interaction?	6*	3	5	4,33*	4,50*	0,82*
Link to clinical activity?	22	3	5	4,60	5	0,68
Knowledge at end?	25	3	5	4,00	4	0,58
Difficulty in application of knowledge	21	1	4	3,10	3	1,00
Future interest	20	3	5	4,40	5	0,75
Valid N (listwise)	27	-	-	-	-	-

* Numbers not representative. Probably the question was not well understood. Possible interpretation also as an indicator that there was not enough space for discussion and that participants might have wanted more.

the course will be repeated in the same hospital, possibly also on a regular basis (e.g. once per semester or year). There are already invitations to hold the course in two other Bratislava major hospitals. Because the new Slovak legislation requires each hospital to have its own (clinical) ethics committee, it is probable that the course will be invited to some other places in Slovakia. For this, however, new capacities should be built to meet this expected demand (possibly a "mobile" teaching team). In this respect, the planned Slovak translation of the textbook stemming from the EHBP Project is of great importance. It may contribute considerably to further dissemination of the Project's results, i.e. to offer this unique clinical bioethics course – developed and tested with a clearly European perspective – to be taught directly 'at the workplace' to the hospital staff. This means to those, who are nowadays increasingly involved in very difficult clinical – ethical decisions at the bedside. And whose responsible, hard work and difficult decision-making have only seldom been supported by any conceptual, consultative or educational help. Development and offer of this international course may therefore be seen as a good step in the right direction.

References

[1] Contract No. QLG6-CT-2002-30571. [2] Other partners were as follows: 1. Azienda ospedaliera di Padova, Fondazione Lanza, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Padova, Padova, Italy; 2. Faculty of Medical Sciences, Katholieke Universitet Nijmegen, Nijmegen, The Netherlands; 3. Espace éthique de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris, CHU Saint-Louis, Paris, France; 4. Centro estudos de filosofia da medicina – Instituto Portugues de oncologia "Francisco Gentil", Lisboa, Portugal; 5. Institute of Medicine, Law and Bioethics, University of Manchester, Manchester, United Kingdom; 6. Zentrum für Ethik und Recht in der Medizin, Universitäts-klinikum Freiburg, Freiburg, Germany; 7. Department of Philosophy and Bioethics, Institute of Nursing, Medical College, Jagiellonian University, Krakow, Poland; 8. Centre for Medical History and Ethics, Medical Faculty, University of Vilnius, Vilnius, Lithuania. [3] For additional information contact the EHBP Project leader Prof. Dr. R. Pegoraro, Fondazione Lanza, Via Dante 55, I - 35139 Padova, Italy, e-mail: info@fondazioneanza.it. [4] The full evaluation of the questionnaires is a part of EHBP Project's Final Report and may be received upon request from the authors, or from the Project leader (see [4.]).

Abstract

J. Glasa, K. Glasová, H. Glasová: International Clinical Bioethics Course Taught in the Teaching Hospital in Bratislava. [Medzinárodný kurz klinickej bioetiky uskutočnený v jednej fakultnej nemocnici v Bratislave.] Med. Eth. Bioet., Vol. 12, 2005, No. 2 – 4, p. 2 – 5.

An international clinical bioethics course, developed specifically to be given in health care facilities (hospitals) and produced within the European Commission funded 5th Framework Program (5FP) Project – „European Hospital-Based Bioethics Education Program“ (EHBP) is briefly reported in the paper as taught in one of the biggest teaching hospitals in Bratislava. Altogether 9 European partners took part in the development of the course. The aim of the Project was to develop and test an internationally outlined clinical bioethics course for it to be taught as close as possible to the clinical staff of hospitals and other health care facilities – at best directly at, or close to their workplace. The course was taught during 6 consecutive sessions (one afternoon session per week) Altogether 30 health care professionals took part in the course, while 27 completed it in full. According to the questionnaire evaluation, the course was found interesting and very useful for the participants. As the new Slovak legislation requires each hospital to have its own (clinical) ethics committee, it is probable that the course will be invited or multiplied for other health care facilities in Slovakia.

Key words: clinical bioethics, teaching, international hospital-based course.

Abstrakt

J. Glasa, K. Glasová, H. Glasová: Medzinárodný kurz klinickej bioetiky uskutočnený v jednej fakultnej nemocnici v Bratislave. [International Clinical Bioethics Course Taught in the Teaching Hospital in Bratislava.] Med. Eth. Bioet., Vol. 12, 2005, No. 2 – 4, p. 2 – 5. Autori referujú o skúsenostiach získaných pri vyučovaní medzinárodného kurzu klinickej bioetiky, ktorý bol vypracovaný na výuku priamo v zdravotníckych zariadeniach v rámci výskumného projektu 5. rámcového programu Európskej Komisie – „Európsky program výuky bioetiky v nemocniciach“ (angl. European Hospital-Based Bioethics Education Program – EHBP). Na vypracovaní kurzu sa podieľalo spolu 9 európskych partnerských pracovísk. Cieľom bolo vytvoriť a testovať medzinárodne založený kurz klinickej bioetiky, ktorý by bolo možné vyučovať čo najbližšie klinickým pracovníkom, najlepšie priamo v ich pracovnom prostredí (v ne-

mocníci). Kurz vyučovali v jednej z najväčších fakultných nemocníc v Bratislave. Prebehol dohromady v 6 sedeniach (jedno popoludnie týždenne). Zúčastňovalo sa ho viac než 30 zdravotníckych pracovníkov, z toho 27 ho absolvovalo kompletne. Podľa údajov v anonymných hodnotiacich dotazníkoch bol kurz zo strany účastníkov hodnotený ako veľmi zaujímavý a užitočný. Keďže nová slovenská legislatíva vyžaduje, aby každá nemocnica mala vlastnú etickú komisiu, dá sa predpokladať, že o podobné kurzy bude záujem aj v iných zdravotníckych zariadeniach na Slovensku.

Kľúčové slová: klinická bioetika, výuka v nemocniciach, medzinárodný kurz.

Correspondence to: Assoc. Prof. Jozef Glasa, MD, PhD., Institute of Medical Ethics and Bioethics n.f., Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovak Republic, e-mail: jozef.glasa@szu.sk, www.imeb.sk

DÔSTOJNOSŤ ČLOVEKA V STAROBE, CHOROBE A UMIERANÍ Niekoľko poznámok k situácii v Slovenskej republike ^[1]

Jozef Glasa

Téma dôstojnosti človeka – i keď zvyčajne nebýva vnímaná a pertraktovaná pod týmto názvom – je v súčasnosti veľmi aktuálna aj v Slovenskej republike (SR), a to najmä vo vzťahu k hlbokým a rýchlo prebiehajúcim zmenám v ekonomike, kultúre, sociálnej sfére – i vo vzťahu k aktuálne uskutočňovanej reforme zdravotníckeho systému.

Prechod z východiskovej polohy, keď mnohé zo sociálnych istôt, vrátane tzv. bezplatnej zdravotnej starostlivosti a pomerne veľkorýsého systému sociálneho zabezpečenia (so všetkými ich nedostatkami a protirečeniami) boli garantované všetko kontroloujúcim „socialistickým“ štátom, do situácie, kedy sa očakáva a vyžaduje väčšia zodpovednosť jednotlivca a rodiny za svoje zdravie a sociálne zabezpečenie, a to pri značne obmedzených disponibilných zdrojoch „obyčajného človeka“, vyvoláva mnohé existenčné problémy a otázky. V neposlednom rade tu ide aj o otázky morálne, na poli odbornej diskusie o otázky etické.

Zabezpečenie primeranej medicínskej, ošetrovateľskej a sociálnej pomoci pre človeka, ktorý sa pre chorobu, telesné alebo duševne postihnutie, alebo pre stav blízky smrti ocitne v stave závažného existenčného ohrozenia alebo núdze, nie je v súčasnosti jednoduchou ani ľahkou úlohou. Napĺňanie prirodzených ľudských práv občanov vo vzťahu k zdraviu a sociálnemu zabezpečeniu kladie – i vzhľadom k nepriaznivo sa vyvíjajúcej demografickej situácii (SR už niekoľko rokov zaznamenáva absolútny úbytok a postupujúce starnutie obyvateľstva) – čoraz väčšie nároky na jednotlivcov, rodiny, spoločenstvá, inštitucionálne štruktúry i celú spoločnosť, štát. V tejto situácii je potrebné hľadať nové možnosti a cesty, ako chrániť a zabezpečiť záujem človeka i spoločnosti na úrovni zdrojov, ich racionálneho využitia, ale ako súčasne ochrániť, či rozvinúť najdôležitejšie humánne hodnoty a postoje, ktoré napokon definujú a naplňajú zmysel života i existencie konkrétnej osoby i ľudskej pospolitosti v daných podmienkach a danom čase.

Hippokratovská tradícia slovenskej medicíny a zdravotníctva, ako aj hlboko humánny základ mravného vedomia a kultúry obyvateľstva žijúceho na území SR, ktoré po stáročia boli a aj v súčasnosti sú naďalej významne ovplyvňované kresťanstvom a jeho ideálmi, dôsledne vyžadujú rešpektovanie dôstojnosti a prirodzených ľudských práv, vrátane práva na život, u všetkých členov ľudskej ro-

diny – avšak najmä u tých, ktorých možno považovať za slabších, či zraniteľnejších (napr. deti, maloletí, telesne alebo duševne postihnutí, chorí, umierajúci). V tomto kontexte je predstava „úmyselného ukončenia života pacienta lekárom“, hoci aj „na žiadosť pacienta“, hoci aj „trpiaceho“ a toho, „ktorý sa ocitol v bezvýhodiskovej situácii“ (definície „eutanázie“ v Holandsku, či Belgicku), pre väčšinu obyvateľstva SR v súčasnosti neprijateľná.

Tzv. „milosrdná smrť“ by sa v SR vnímala ako „úmyselné zabitie nevinného“ (kvalifikácia pre trestný čin vraždy), zo strany zdravotníckeho personálu ako zrada dôvery a najzákladnejších záujmov pacienta (a ohrozenie samotnej existencie zdravotníckych povolání). Etický kódex zdravotníckeho pracovníka (Príloha č. 4 zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti) explicitne eutanáziu zakazuje („Eutanázia a asistované suicídium sú neprijateľné.“)

Na druhej strane poskytovanie tzv. „úpornej liečby“, t.j. liečby, ktorá neprináša pacientovi zdravotný úžitok, alebo dokonca zvyšuje jeho utrpenie, či len predlžuje proces zomierania, ktorý už začal, sa v SR považuje za neetické. Zvlášť v posledných rokoch sa i v SR – a to aj v novej zdravotníckej legislatíve (najmä zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti) – primerane zdôrazňuje autonómia pacienta a podmienenosť poskytnutia akejkoľvek zdravotnej starostlivosti jeho explicitným informovaným súhlasom. Zákon rieši aj situácie, keď pacient pre svoj vek alebo zdravotný, či psychický stav nie schopný platný informovaný súhlas poskytnúť.

V poslednom desaťročí sa v SR veľa urobilo pre zlepšenie kvality a dostupnosti paliatívnej liečby a paliatívnej i hospicovej starostlivosti. Nahromadili sa pozitívne skúsenosti z práce špecializovaného Oddelenia paliatívnej medicíny v Národnom onkologickom ústave v Bratislave, siete ambulancií pre liečbu chronickej bolesti, agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti (ADOS), tzv. mobilného hospicu, ako aj z realizácie prvých projektov zariadení hospicovej starostlivosti s pozitívnou angažovanosťou cirkvi a viacerých mimovládnych organizácií. Súčasná situácia však naďalej zaostáva za aktuálnymi potrebami, čo bolo spôsobené predovšetkým nedostatkom finančných zdrojov, a do nedávna aj nedoriešenou legislatívnou situáciou a nedostatočnou komunikáciou a spoluprácou zainteresovaných rezortov a inštitúcií. S postupnou zmenou tejto situácie, signalizovanou otvorením prvých špecializovaných zariadení hospicovej starostlivosti v SR, možno i v tejto oblasti očakávať ďalší pozitívny vývoj. Tento vývoj by v priaznivých okolnostiach mohol spôsobiť, že otázka eutanázie – ako ju definujú a „riešia“ v niektorých krajinách „západnej Európy“ – by sa v podmienkach SR stala prekonanou (obsolentnou).

[1] Materiál pripravený ako podklad k diskusii na medzinárodnom kongrese „Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní“, konanom pri príležitosti veľtrhu HospiceMedica 2005 v Brne, dňa 14. 9. 2005.

Abstract

Glasa, J.: Dignity of Man in an Old age, Illness and Dying. Some Remarks to the Situation in the Slovak Republic. [Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní. Niekoľko poznámok k situácii v Slovenskej republike.] *Med. Eth. Bioet.*, Vol. 12, 2005, No. 2 – 4, p. 5 – 6. Author briefly reflects on the situation in Slovakia concerning the respect of human dignity in the elderly, seriously ill or dying people. Though the present unprecedented reform of the country's health care system poses

several serious challenges and may also increase the existing vulnerability of the groups mentioned, the respect of human dignity seems to prevail, at least "in theory", in all public considerations on how to deal with health and social problems in these circumstances. The "solutions" considering euthanasia or assisted suicide are believed to be beyond the broad spectrum of morally - socially acceptable options, and would also be clearly against the Slovak law (sanctioned by the health legislation, health professionals' legislation, and also by the Slovak penal code).

Abstrakt

Glasa, J.: Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní. Niekoľko poznámok k situácii v Slovenskej republike. [Dignity of Man in an Old age, Illness and Dying. Some Remarks to the Situation in the Slovak Republic.] Med. Eth. Bioet., Vol. 12, 2005, No. 2 - 4, p. 5 - 6. Autor stručne uvažuje nad situáciou na Slovensku (SR) ohľadom rešpektovania dôstojnosti starého, vážne chorého alebo umierajúceho človeka. Hoci súčasná bezprecedentná reforma zdravotníckeho systému v SR prináša mnohé závažné problémy a môže zvyšovať existujúcu zraniteľnosť (vulnerabilitu) týchto osôb, rešpektovanie ľudskej dôstojnosti by zrejme prevažovalo, aspoň "v teórii", vo všetkých verejných úvahách o možnostiach, ako sa vyrovnáť so zdravotnými a sociálnymi problémami v týchto ťažkých životných situáciách. "Riešenia", ktoré by zvažovali eutanáziu alebo asistovanú samovraždu, sú aktuálne mimo spektra morálne alebo sociálne akceptovateľných možností, a boli by aj v jasnom rozpore s platnými zákonmi SR (zdravotnícka legislatíva, zákony o zdravotníckych povolaniach, trestný zákonník).

Adresa na korešpondenciu: Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., ÚMEB n.f., Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

DOKUMENTY / DOCUMENTS

UNESCO UNIVERSAL DECLARATION ON BIOETHICS AND HUMAN RIGHTS ^[1]

The General Conference,

Conscious of the unique capacity of human beings to reflect upon their own existence and on their environment; to perceive injustice; to avoid danger; to assume responsibility; to seek cooperation and to exhibit the moral sense that gives expression to ethical principles,

Reflecting on the rapid developments in science and technology, which increasingly affect our understanding of life and life itself, resulting in a strong demand for a global response to the ethical implications of such developments,

Recognizing that ethical issues raised by the rapid advances in science and their technological applications should be examined with due respect to the dignity of the human person and universal respect for, and observance of, human rights and fundamental freedoms,

Resolving that it is necessary and timely for the international community to state universal principles that will provide a foundation for humanity's response to the ever-increasing dilemmas and controversies that science and technology present for humankind and for the environment,

Recalling the Universal Declaration of Human Rights of 10 December 1948, the Universal Declaration on the

Human Genome and Human Rights adopted by the General Conference of UNESCO on 11 November 1997 and the International Declaration on Human Genetic Data adopted by the General Conference of UNESCO on 16 October 2003,

Noting the two United Nations International Covenants on Economic, Social and Cultural Rights and on Civil and Political Rights of 16 December 1966, the United Nations International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination of 21 December 1965, the United Nations Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women of 18 December 1979, the United Nations Convention on the Rights of the Child of 20 November 1989, the United Nations Convention on Biological Diversity of 5 June 1992, the Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities adopted by the United Nations General Assembly in 1993, the ILO Convention 169 concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries of 27 June 1989, the International Treaty on Plant Genetic Resources for Food and Agriculture adopted by the FAO Conference on 3 November 2001 and entered into force on 29 June 2004, the Recommendation of UNESCO on the Status of Scientific Researchers of 20 November 1974, the UNESCO Declaration on Race and Racial Prejudice of 27 November 1978, the UNESCO Declaration on the Responsibilities of the Present Generations Towards Future Generations of 12 November 1997, the UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity of 2 November 2001, the Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights Agreements (TRIPS) annexed to the Marrakech Agreement establishing the World Trade Organization, which entered into force on 1 January 1995, the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health of 14 November 2001 and other relevant international instruments adopted by the United Nations and the specialized agencies of the United Nations system, in particular the Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and the World Health Organization (WHO),

Also noting international and regional instruments in the field of bioethics, including the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe, adopted in 1997 and entered into force in 1999, together with its additional protocols, as well as national legislation and regulations in the field of bioethics and the international and regional codes of conduct and guidelines and other texts in the field of bioethics, such as the Declaration of Helsinki of the World Medical Association on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, adopted in 1964 and amended in 1975, 1989, 1993, 1996, 2000 and 2002 and the International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects of the Council for International Organizations of Medical Sciences adopted in 1982 and amended in 1993 and 2002,

Recognizing that this Declaration is to be understood in a manner consistent with domestic and international law in conformity with human rights law,

Recalling the Constitution of UNESCO adopted on 16 November 1945,

Considering UNESCO's role in identifying universal principles based on shared ethical values to guide scientific and technological development and social transformation, in order to identify emerging challenges in science and technology taking into account the responsibility of the present generation towards future generations, and that questions of bioethics, which necessarily have an international dimension, should be treated as a whole, drawing on the principles already stated in the Universal

Declaration on the Human Genome and Human Rights and the International Declaration on Human Genetic Data, and taking account not only of the current scientific context but also of future developments,

Aware that human beings are an integral part of the biosphere, with an important role in protecting one another and other forms of life, in particular animals,

Recognizing that, based on the freedom of science and research, scientific and technological developments have been, and can be, of great benefit to humankind in increasing *inter alia* life expectancy and improving quality of life, and emphasizing that such developments should always seek to promote the welfare of individuals, families, groups or communities and humankind as a whole in the recognition of the dignity of the human person and the universal respect for, and observance of, human rights and fundamental freedoms,

Recognizing that health does not depend solely on scientific and technological research developments but also on psycho-social and cultural factors,

Also Recognizing that decisions regarding ethical issues in medicine, life sciences and associated technologies may have an impact on individuals, families, groups or communities and humankind as a whole,

Bearing in mind that cultural diversity, as a source of exchange, innovation and creativity, is necessary for humankind and, in this sense, is the common heritage of humanity, but emphasizing that it may not be invoked at the expense of human rights and fundamental freedoms,

Also bearing in mind that a person's identity includes biological, psychological, social, cultural and spiritual dimensions,

Recognizing that unethical scientific and technological conduct has had particular impact on indigenous and local communities,

Convinced that moral sensitivity and ethical reflection should be an integral part of the process of scientific and technological developments and that bioethics should play a predominant role in the choices that need to be made concerning issues arising from such developments,

Considering the desirability of developing new approaches to social responsibility to ensure that progress in science and technology contributes to justice, equity and to the interest of humanity,

Recognizing that an important way to evaluate social realities and achieve equity is to pay attention to the position of women,

Stressing the need to reinforce international cooperation in the field of bioethics, taking into account in particular the special needs of developing countries, indigenous communities and vulnerable populations,

Considering that all human beings, without distinction, should benefit from the same high ethical standards in medicine and life science research,

Proclaims the principles that follow and adopts the present Declaration.

GENERAL PROVISIONS

Article 1 – Scope

a) This Declaration addresses ethical issues related to medicine, life sciences and associated technologies as applied to human beings, taking into account their social, legal and environmental dimensions.

b) This Declaration is addressed to States. As appropriate and relevant, it also provides guidance to decisions or practices of individuals, groups, communities, institutions and corporations, public and private.

Article 2 – Aims

The aims of this Declaration are:

(i) to provide a universal framework of principles and

procedures to guide States in the formulation of their legislation, policies or other instruments in the field of bioethics;

(ii) to guide the actions of individuals, groups, communities, institutions and corporations, public and private;

(iii) to promote respect for human dignity and protect human rights, by ensuring respect for the life of human beings, and fundamental freedoms, consistent with international human rights law;

(iv) to recognize the importance of freedom of scientific research and the benefits derived from scientific and technological developments, while stressing the need that such research and developments occur within the framework of ethical principles set out in this Declaration and that they respect human dignity, human rights and fundamental freedoms;

(v) to foster multidisciplinary and pluralistic dialogue about bioethical issues between all stakeholders and within society as a whole;

(vi) to promote equitable access to medical, scientific and technological developments as well as the greatest possible flow and the rapid sharing of knowledge concerning those developments and the sharing of benefits, with particular attention to the needs of developing countries;

(vii) to safeguard and promote the interests of the present and future generations; and

(viii) to underline the importance of biodiversity and its conservation as a common concern of humankind.

PRINCIPLES

Within the scope of this Declaration, in decisions or practices taken or carried out by those to whom it is addressed, the following principles are to be respected.

Article 3 – Human Dignity and Human Rights

a) Human dignity, human rights and fundamental freedoms are to be fully respected.

b) The interests and welfare of the individual should have priority over the sole interest of science or society.

Article 4 – Benefit and Harm

In applying and advancing scientific knowledge, medical practice and associated technologies, direct and indirect benefits to patients, research participants and other affected individuals should be maximized and any possible harm to such individuals should be minimized.

Article 5 – Autonomy and Individual Responsibility

The autonomy of persons to make decisions, while taking responsibility for those decisions and respecting the autonomy of others, is to be respected. For persons who are not capable of exercising autonomy, special measures are to be taken to protect their rights and interests.

Article 6 – Consent

a) Any preventive, diagnostic and therapeutic medical intervention is only to be carried out with the prior, free and informed consent of the person concerned, based on adequate information. The consent should, where appropriate, be express and may be withdrawn by the person concerned at any time and for any reason without disadvantage or prejudice.

b) Scientific research should only be carried out with the prior, free, express and informed consent of the person concerned. The information should be adequate, provided in a comprehensible form and should include the modalities for withdrawal of consent. The consent may be withdrawn by the person concerned at any time and for any reason without any disadvantage or prejudice. Exceptions to this principle should be made only in accordance with ethical and legal standards adopted by States,

consistent with the principles and provisions set out in this Declaration, in particular in Article 27, and international human rights law.

c) In appropriate cases of research carried out on a group of persons or a community, additional agreement of the legal representatives of the group or community concerned may be sought. In no case should a collective community agreement or the consent of a community leader or other authority substitute for an individual's informed consent.

Article 7 – Persons without the capacity to consent

In accordance with domestic law, special protection is to be given to persons who do not have the capacity to consent:

a) authorization for research and medical practice should be obtained in accordance with the best interest of the person concerned and in accordance with domestic law.

However, the person concerned should be involved to the greatest extent possible in the decision-making process of consent, as well as that of withdrawing consent;

b) research should only be carried out for his or her direct health benefit, subject to the authorization and the protective conditions prescribed by law, and if there is no research alternative of comparable effectiveness with research participants able to consent. Research which does not have potential direct health benefit should only be undertaken by way of exception, with the utmost restraint, exposing the person only to a minimal risk and minimal burden and, if the research is expected to contribute to the health benefit of other persons in the same category, subject to the conditions prescribed by law and compatible with the protection of the individual's human rights.

Refusal of such persons to take part in research should be respected.

Article 8 – Respect for Human Vulnerability and Personal Integrity

In applying and advancing scientific knowledge, medical practice and associated technologies, human vulnerability should be taken into account. Individuals and groups of special vulnerability should be protected and the personal integrity of such individuals respected.

Article 9 – Privacy and Confidentiality

The privacy of the persons concerned and the confidentiality of their personal information should be respected. To the greatest extent possible, such information should not be used or disclosed for purposes other than those for which it was collected or consented to, consistent with international law, in particular international human rights law.

Article 10 – Equality, Justice and Equity

The fundamental equality of all human beings in dignity and rights is to be respected so that they are treated justly and equitably.

Article 11 – Non-Discrimination and Non-Stigmatization

No individual or group should be discriminated against or stigmatized on any grounds, in violation of human dignity, human rights and fundamental freedoms.

Article 12 – Respect for Cultural Diversity and Pluralism

The importance of cultural diversity and pluralism should be given due regard. However, such considerations are not to be invoked to infringe upon human dig-

nity, human rights and fundamental freedoms, nor upon the principles set out in this Declaration, nor to limit their scope.

Article 13 – Solidarity and Cooperation

Solidarity among human beings and international cooperation towards that end are to be encouraged.

Article 14 – Social Responsibility and Health

a) The promotion of health and social development for their people is a central purpose of governments, that all sectors of society share.

b) Taking into account that the enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition, progress in science and technology should advance:

(i) access to quality health care and essential medicines, including especially for the health of women and children, because health is essential to life itself and must be considered as a social and human good;

(ii) access to adequate nutrition and water;

(iii) improvement of living conditions and the environment;

(iv) elimination of the marginalization and the exclusion of persons on the basis of any grounds; and

(v) reduction of poverty and illiteracy.

Article 15 – Sharing of Benefits

a) Benefits resulting from any scientific research and its applications should be shared with society as a whole and within the international community, in particular with developing countries.

In giving effect to this principle, benefits may take any of the following forms:

(i) special and sustainable assistance to, and acknowledgement of, the persons and groups that have taken part in the research;

(ii) access to quality health care;

(iii) provision of new diagnostic and therapeutic modalities or products stemming from research;

(iv) support for health services;

(v) access to scientific and technological knowledge;

(vi) capacity-building facilities for research purposes; and

(vii) other forms of benefit consistent with the principles set out in this Declaration.

b) Benefits should not constitute improper inducements to participate in research.

Article 16 - Protecting Future Generations

The impact of life sciences on future generations, including on their genetic constitution, should be given due regard.

Article 17 – Protection of the Environment, the Biosphere and Biodiversity

Due regard is to be given to the interconnection between human beings and other forms of life, to the importance of appropriate access and utilization of biological and genetic resources, to the respect for traditional knowledge and to the role of human beings in the protection of the environment, the biosphere and biodiversity.

APPLICATION OF THE PRINCIPLES

Article 18 – Decision-Making and Addressing Bioethical Issues

a) Professionalism, honesty, integrity and transparency in decision-making should be promoted, in particular declarations of all conflicts of interest and appropriate sharing of knowledge. Every endeavour should be made

to use the best available scientific knowledge and methodology in addressing and periodically reviewing bioethical issues.

b) Persons and professionals concerned and society as a whole should be engaged in dialogue on a regular basis.

c) Opportunities for informed pluralistic public debate, seeking the expression of all relevant opinions, should be promoted.

Article 19 – Ethics Committees

Independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees should be established, promoted and supported at the appropriate level in order to:

(i) assess the relevant ethical, legal, scientific and social issues related to research projects involving human beings;

(ii) provide advice on ethical problems in clinical settings;

(iii) assess scientific and technological developments, formulate recommendations and contribute to the preparation of guidelines on issues within the scope of this Declaration;

and

(iv) foster debate, education, and public awareness of, and engagement in, bioethics.

Article 20 – Risk Assessment and Management

Appropriate assessment and adequate management of risk related to medicine, life sciences and associated technologies should be promoted.

Article 21 – Transnational Practices

a) States, public and private institutions, and professionals associated with transnational activities should endeavour to ensure that any activity within the scope of this Declaration, which is undertaken, funded or otherwise pursued in whole or in part in different States, is consistent with the principles set out in this Declaration.

b) When research is undertaken or otherwise pursued in one or more States (the host State(s)) and funded by a source in another State, such research should be the object of an appropriate level of ethical review in the host State(s) and the State in which the funder is located. This review should be based on ethical and legal standards that are consistent with the principles set out in this Declaration.

c) Transnational health research should be responsive to the needs of host countries, and the importance of research to contribute to the alleviation of urgent global health problems should be recognized.

d) When negotiating a research agreement, terms for collaboration and agreement on benefits of research should be established with equal participation by those party to the negotiation.

e) States should take appropriate measures, both at the national and the international level, to combat bioterrorism, illicit traffic in organs, tissues and samples, genetic resources and genetic related materials.

PROMOTION OF THE DECLARATION

Article 22 – Role of States

a) States should take all appropriate measures, whether of a legislative, administrative or other character, to give effect to the principles set out in this Declaration in accordance with international human rights law. Such measures should be supported by action in the spheres of education, training and public information.

b) States should encourage the establishment of independent, multidisciplinary and pluralist ethics committees, as set out in Article 19.

Article 23 – Bioethics Education, Training and Information

a) In order to promote the principles set out in this Declaration and to achieve a better understanding of the ethical implications of scientific and technological developments, in particular for young people, States should endeavour to foster bioethics education and training at all levels as well as to encourage information and knowledge dissemination programmes about bioethics.

b) States should encourage the participation of international and regional intergovernmental organizations and international, regional and national non-governmental organizations in this endeavour.

Article 24 – International Cooperation

a) States should foster international dissemination of scientific information and encourage the free flow and sharing of scientific and technological knowledge.

b) Within the framework of international cooperation, States should promote cultural and scientific cooperation and enter into bilateral and multilateral agreements enabling developing countries to build up their capacity to participate in generating and sharing scientific knowledge, the related know-how and the benefits thereof.

c) States should respect and promote solidarity between and among States, as well as individuals, families, groups and communities, with special regard for those rendered vulnerable by disease or disability or other personal, societal or environmental conditions and those with the most limited resources.

Article 25 – Follow-up action by UNESCO

a) UNESCO shall promote and disseminate the principles set out in this Declaration. In doing so, UNESCO should seek the help and assistance of the Intergovernmental Bioethics Committee (IGBC) and the International Bioethics Committee (IBC).

b) UNESCO shall reaffirm its commitment to dealing with bioethics and to promoting collaboration between IGBC and IBC.

FINAL PROVISIONS

Article 26 – Interrelation and Complementarity of the Principles

This Declaration is to be understood as a whole and the principles are to be understood as complementary and interrelated. Each principle is to be considered in the context of the other principles, as appropriate and relevant in the circumstances.

Article 27 – Limitations on the Application of the Principles

If the application of the principles of this Declaration is to be limited, it should be by law, including laws in the interests of public safety, for the investigation, detection and prosecution of criminal offences, for the protection of public health or for the protection of the rights and freedoms of others. Any such law needs to be consistent with international human rights law.

Article 28 – Denial of acts contrary to human rights, fundamental freedoms and human dignity

Nothing in this Declaration may be interpreted as implying for any State, group or person any claim to engage in any activity or to perform any act contrary to human rights, fundamental freedoms and human dignity.

[1] Adopted by the General Conference of the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture) – UNESCO, in Paris, on 24 June 2005, original text: English.

CONSIDERATIONS ON THE SCIENTIFIC AND ETHICAL PROBLEMS RELATED TO VEGETATIVE STATE

Joint Statement of 18 April 2004

World Federation of Catholic Medical Associations (FIAMC) and Pontifical Academy for Life (PAL)

At the end of four days of concentrated study and debate, during the International Congress "Life-Sustaining Treatments and Vegetative State. Scientific Advances and Ethical Dilemmas" (Rome 17-20 March, 2004), after we heard the contributions of some of the most prominent scholars and researchers in the field, who considered the matter from the perspective of science, anthropology and ethics, and after the deeply inspiring words of the Holy Father John Paul II to the Congress participants, the World Federation of Catholic Medical Associations (FIAMC) and the Pontifical Academy for Life (PAV) intend to present, both to the health professionals and to the general public, the following statement:

CONSIDERATIONS ON THE SCIENTIFIC AND ETHICAL PROBLEMS RELATED TO VEGETATIVE STATE

1) Vegetative State (VS) is a state of unresponsiveness, currently defined as a condition marked by: a state of vigilance, some alternation of sleep/wake cycles, absence of signs of awareness of self and of surroundings, lack of behavioural responses to stimuli from the environment, maintenance of autonomic and other brain functions.

2) VS must be clearly distinguished from: encephalic death, coma, "locked-in" syndrome, minimally conscious state. VS cannot be simply equalled to cortical death either, considering that in VS patients islands of cortical tissue which may even be quite large can keep functioning.

3) In general, VS patients do not require any technological support in order to maintain their vital functions.

4) VS patients cannot in any way be considered terminal patients, since their condition can be stable and enduring.

5) VS diagnosis is still clinical in nature and requires careful and prolonged observation, carried out by specialized and experienced personnel, using specific assessment standardized for VS patients in an optimum controlled environment. Medical literature, in fact, shows diagnostic errors in a substantially high proportion of cases. For this reason, when needed, all available modern technologies should be used to substantiate the diagnosis.

6) Modern neuroimaging techniques demonstrated the persistence of cortical activity and response to certain kinds of stimuli, including painful stimuli, in VS patients. Although it is not possible to determine the subjective quality of such perceptions, some elementary discriminatory processes between meaningful and neutral stimuli seem to be nevertheless possible.

7) No single investigation method available today allows us to predict, in individual cases, who will recover and who will not among VS patients.

8) Until today, statistical prognostic indexes regarding VS have been obtained from studies quite limited as to number of cases considered and duration of observation. Therefore, the use of misleading terms like "permanent" referred to VS should be discouraged, by indicating only the cause and duration of VS.

9) We acknowledge that every human being has the dignity of a human person, without any discrimination based on race, culture, religion, health conditions, or socio-economic conditions. Such a dignity, based on human nature itself, is a permanent and intangible value, that cannot depend on specific circumstances of life and cannot be subordinated to anybody's judgement. We recognize the search for the best possible quality of life for every human being as an intrinsic duty of medicine and society, but we believe that it cannot and must not be the ultimate criterion used to judge the value of a human being's life. We acknowledge that the dignity of every person can also be expressed in the practice of autonomous choices; however, personal autonomy can never justify decisions or actions against one's own life or that of others: in fact, the exercise of freedom is impossible outside of life.

10) Based on these premises, we feel the duty to state that VS patients are human persons, and, as such, they need to be fully respected in their fundamental rights. The first of these rights is the right to live and to the safeguard of health. In particular, VS patients have the right to: correct and thorough diagnostic evaluation, in order to avoid possible mistakes and to orient rehabilitation in the best way; basic care, including hydration, nutrition, warming and personal hygiene; prevention of possible complications and monitoring for any possible signs of recovery; adequate rehabilitative processes, prolonged in time, favouring the recovery and maintenance of all progress achieved; be treated as any other patients with reference to general assistance and affective relationships. This requires that any decision of abandonment based on a probability judgement be discouraged, considering the insufficiency and unreliability of prognostic criteria available to date. The possible decision of withdrawing nutrition and hydration, necessarily administered to VS patients in an assisted way, is followed inevitably by the patients' death as a direct consequence. Therefore, it has to be considered a genuine act of euthanasia by omission, which is morally unacceptable. At the same time, we refuse any form of therapeutic obstinacy in the context of resuscitation, which can be a substantial cause of post-anoxic VS.

11) To the rights of VS patients corresponds the duty of health workers, institutions and societies in general to guarantee what is needed for their safeguard, and the allocation of sufficient financial resources and the promotion of scientific research aimed to the understanding of cerebral physiopathology and of the mechanisms on which the plasticity of the Central Nervous System is based.

12) Particular attention has to be paid to families having one of their members affected by VS. We are sincerely close to their daily suffering, and we reaffirm their right to obtain help from all health workers and a full human, psychological and financial support, which enables them to overcome isolation and feel part of a network of human solidarity.

13) In addition, it is necessary for institutions to organize models of assistance, specialized with reference to the care of these patients (awakening centres and specialized rehabilitation centres), sufficiently spread over the territory. Institutions should also promote the training of competent personnel.

14) VS patients cannot be considered as "burdens" for society; rather, they should be viewed as a "challenge" to implement new and more effective models of health care and of social solidarity.

MORAL REFLECTIONS ON VACCINES PREPARED FROM CELLS DERIVED FROM ABORTED HUMAN FOETUSES

Declaration, 5 June 2005

Pontifical Academy for Life

The matter in question regards the lawfulness of production, distribution and use of certain vaccines whose production is connected with acts of procured abortion. It concerns vaccines containing live viruses which have been prepared from human cell lines of foetal origin, using tissues from aborted human foetuses as a source of such cells. The best known, and perhaps the most important due to its vast distribution and its use on an almost universal level, is the vaccine against Rubella (German measles).

Rubella and its vaccine

Rubella (*German measles*) [1] is a viral illness caused by a Togavirus of the genus *Rubivirus* and is characterized by a maculopapular rash. It consists of an infection which is common in infancy and has no clinical manifestations in one case out of two, is self-limiting and usually benign. Nonetheless, the German measles virus is one of the most pathological infective agents for the embryo and foetus. When a woman catches the infection during pregnancy, especially during the first trimester, the risk of foetal infection is very high (approximately 95%). The virus replicates itself in the placenta and infects the foetus, causing the constellation of abnormalities denoted by the name of *Congenital Rubella Syndrome*. For example, the severe epidemic of German measles which affected a huge part of the United States in 1964 thus caused 20,000 cases of congenital rubella [2], resulting in 11,250 abortions (spontaneous or surgical), 2,100 neonatal deaths, 11,600 cases of deafness, 3,580 cases of blindness, 1,800 cases of mental retardation. It was this epidemic that pushed for the development and introduction on the market of an effective vaccine against rubella, thus permitting an effective prophylaxis against this infection.

The severity of congenital rubella and the handicaps which it causes justify systematic vaccination against such a sickness. It is very difficult, perhaps even impossible, to avoid the infection of a pregnant woman, even if the rubella infection of a person in contact with this woman is diagnosed from the first day of the eruption of the rash. Therefore, one tries to prevent transmission by suppressing the reservoir of infection among children who have not been vaccinated, by means of early immunization of all children (universal vaccination). Universal vaccination has resulted in a considerable fall in the incidence of congenital rubella, with a general incidence reduced to less than 5 cases per 100,000 live births. Nevertheless, this progress remains fragile. In the United States, for example, after an overwhelming reduction in the number of cases of congenital rubella to only a few cases annually, i.e. less than 0.1 per 100,000 live births, a new epidemic wave came on in 1991, with an incidence that rose to 0.8/100,000. Such waves of resurgence of German measles were also seen in 1997 and in the year 2000. These periodic episodes of resurgence make it evident that there is a persistent circulation of the virus among young adults, which is the consequence of insufficient vaccination coverage. The latter situation allows a significant proportion of vulnerable subjects to persist, who are a source of periodic epidemics which put women in the fertile age group who have not been immunized at risk. Therefore, the reduction to the point of eliminating congenital rubella is considered a priority in public health care.

Vaccines currently produced using human cell lines that come from aborted foetuses

To date, there are two human diploid cell lines which were originally prepared from tissues of aborted foetuses (in 1964 and 1970) and are used for the preparation of vaccines based on live attenuated virus: the first one is the WI-38 line (Winstar Institute 38), with human diploid lung fibroblasts, coming from a female foetus that was aborted because the family felt they had too many children (G. Sven *et al.*, 1969). It was prepared and developed by Leonard Hayflick in 1964 (L. Hayflick, 1965; G. Sven *et al.*, 1969) [3] 3 and bears the ATCC number CCL-75. WI-38 has been used for the preparation of the historical vaccine RA 27/3 against rubella (S.A. Plotkin *et al.*, 1965) [4]. The second human cell line is MRC-5 (Medical Research Council 5) (human, lung, embryonic) (ATCC number CCL-171), with human lung fibroblasts coming from a 14 week male foetus aborted for "psychiatric reasons" from a 27 year old woman in the UK. MRC-5 was prepared and developed by J.P. Jacobs in 1966 (J.P. Jacobs *et al.*, 1970) [5]. Other human cell lines have been developed for pharmaceutical needs, but are not involved in the vaccines actually available [6].

The vaccines that are incriminated today as using human cell lines from aborted foetuses, WI-38 and MRC-5, are the following [7]:

A) Live vaccines against rubella [8]:

- the monovalent vaccines against rubella Meruvax®II (Merck) (U.S.), Rudivax® (Sanofi Pasteur, Fr.), and Ervevax® (RA 27/3) (GlaxoSmithKline, Belgium);
- the combined vaccine MR against rubella and measles, commercialized with the name of M-R-VAX® (Merck, US) and Rudi-Rouvax® (AVP, France);
- the combined vaccine against rubella and mumps marketed under the name of Biavax®II (Merck, U.S.);
- the combined vaccine MMR (*measles, mumps, rubella*) against rubella, mumps and measles, marketed under the name of M-M-R® II (Merck, US), R.O.R.®, Trimovax® (Sanofi Pasteur, Fr.), and Priorix® (GlaxoSmithKline UK).

B) Other vaccines, also prepared using human cell lines from aborted foetuses:

- two vaccines against hepatitis A, one produced by Merck (VAQTA), the other one produced by GlaxoSmithKline (HAVRIX), both of them being prepared using MRC-5;
- one vaccine against chicken pox, Varivax®, produced by Merck using WI-38 and MRC-5;
- one vaccine against poliomyelitis, the inactivated polio virus vaccine Poliovax® (Aventis-Pasteur, Fr.) using MRC-5;
- one vaccine against rabies, Imovax®, produced by Aventis Pasteur, harvested from infected human diploid cells, MRC-5 strain;
- one vaccine against smallpox, ACAM 1000, prepared by Acambis using MRC-5, still on trial.

The position of the ethical problem related to these vaccines

From the point of view of prevention of viral diseases such as German measles, mumps, measles, chicken pox and hepatitis A, it is clear that the making of effective vaccines against diseases such as these, as well as their use in the fight against these infections, up to the point of eradication, by means of an obligatory vaccination of all the population at risk, undoubtedly represents a "milestone" in the secular fight of man against infective and contagious diseases.

However, as the same vaccines are prepared from viruses taken from the tissues of foetuses that had been infected and voluntarily aborted, and the viruses were subsequently attenuated and cultivated from human cell lines which come likewise from procured abortions, they do not cease to pose ethical problems. The need to articulate a moral reflection on the matter in question arises mainly from the connection which exists between the vaccines mentioned above and the procured abortions from which biological material necessary for their preparation was obtained.

If someone rejects every form of voluntary abortion of human foetuses, would such a person not contradict himself/herself by allowing the use of these vaccines of live attenuated viruses on their children? Would it not be a matter of true (and illicit) cooperation in evil, even though this evil was carried out forty years ago?

Before proceeding to consider this specific case, we need to recall briefly the principles assumed in classical moral doctrine with regard to the problem of *cooperation in evil* [9], a problem which arises every time that a moral agent perceives the existence of a link between his own acts and a morally evil action carried out by others.

The principle of licit cooperation in evil

The first fundamental distinction to be made is that between *formal* and *material cooperation*. Formal cooperation is carried out when the moral agent cooperates with the immoral action of another person, sharing in the latter's evil intention. On the other hand, when a moral agent cooperates with the immoral action of another person, without sharing his/her evil intention, it is a case of *material cooperation*.

Material cooperation can be further divided into categories of *immediate* (direct) and *mediate* (indirect), depending on whether the cooperation is in the execution of the sinful action *per se*, or whether the agent acts by fulfilling the conditions – either by providing instruments or products – which make it possible to commit the immoral act. Furthermore, forms of *proximate cooperation* and *remote cooperation* can be distinguished, in relation to the “distance” (be it in terms of *temporal* space or *material* connection) between the act of cooperation and the sinful act committed by someone else. *Immediate material cooperation* is always *proximate*, while *mediate material cooperation* can be either *proximate* or *remote*.

Formal cooperation is always morally illicit because it represents a form of direct and intentional participation in the sinful action of another person. [10] *Material cooperation* can sometimes be illicit (depending on the conditions of the “double effect” or “indirect voluntary” action), but when *immediate material cooperation* concerns grave attacks on human life, it is always to be considered illicit, given the precious nature of the value in question [11].

A further distinction made in classical morality is that between *active* (or positive) cooperation in evil and *passive* (or negative) cooperation in evil, the former referring to the performance of an act of cooperation in a sinful action that is carried out by another person, while the latter refers to the omission of an act of denunciation or impediment of a sinful action carried out by another person, inasmuch as there was a moral duty to do that which was omitted [12]. Passive cooperation can also be formal or material, immediate or mediate, proximate or remote. Obviously, every type of formal passive cooperation is to be considered illicit, but even passive material cooperation should generally be avoided, although it is admitted (by many authors) that there is not a rigorous obligation to avoid it in a case in which it would be greatly difficult to do so.

Application to the use of vaccines prepared from cells coming from embryos or foetuses aborted voluntarily

In the specific case under examination, there are three categories of people who are involved in the cooperation in evil, evil which is obviously represented by the action of a voluntary abortion performed by others: a) those who prepare the vaccines using human cell lines coming from voluntary abortions; b) those who participate in the mass marketing of such vaccines; c) those who need to use them for health reasons.

Firstly, one must consider morally illicit every form of *formal* cooperation (sharing the evil intention) in the action of those who have performed a voluntary abortion, which in turn has allowed the retrieval of foetal tissues, required for the preparation of vaccines. Therefore, whoever – regardless of the category to which he belongs – cooperates in some way, sharing its intention, to the performance of a voluntary abortion with the aim of producing the above-mentioned vaccines, participates, in actuality, in the same moral evil as the person who has performed that abortion. Such participation would also take place in the case where someone, sharing the intention of the abortion, refrains from denouncing or criticizing this illicit action, although having the moral duty to do so (*passive formal cooperation*).

In a case where there is no such formal sharing of the immoral intention of the person who has performed the abortion, any form of cooperation would be *material*, with the following specifications.

As regards the preparation, distribution and marketing of vaccines produced as a result of the use of biological material whose origin is connected with cells coming from foetuses voluntarily aborted, such a process is stated, as a matter of principle, morally illicit, because it could contribute in encouraging the performance of other voluntary abortions, with the purpose of the production of such vaccines. Nevertheless, it should be recognized that, within the chain of production-distribution-marketing, the various cooperating agents can have different moral responsibilities.

However, there is another aspect to be considered, and that is the form of *passive material cooperation* which would be carried out by the producers of these vaccines, if they do not denounce and reject publicly the original immoral act (the voluntary abortion), and if they do not dedicate themselves together to research and promote alternative ways, exempt from moral evil, for the production of vaccines for the same infections. Such *passive material cooperation*, if it should occur, is equally illicit.

As regards those who need to use such vaccines for reasons of health, it must be emphasized that, apart from every form of *formal cooperation*, in general, doctors or parents who resort to the use of these vaccines for their children, in spite of knowing their origin (voluntary abortion), carry out a form of *very remote mediate material cooperation*, and thus very mild, in the performance of the original act of abortion, and a *mediate material cooperation*, with regard to the marketing of cells coming from abortions, and *immediate*, with regard to the marketing of vaccines produced with such cells. The cooperation is therefore more intense on the part of the authorities and national health systems that accept the use of the vaccines.

However, in this situation, the aspect of *passive cooperation* is that which stands out most. It is up to the faithful and citizens of upright conscience (fathers of families, doctors, etc.) to oppose, even by making an objection of conscience, the ever more widespread attacks against life and the “culture of death” which underlies them. From this point of view, the use of vaccines whose

production is connected with procured abortion constitutes at least a mediate remote passive material cooperation to the abortion, and an immediate passive material cooperation with regard to their marketing. Furthermore, on a cultural level, the use of such vaccines contributes in the creation of a generalized social consensus to the operation of the pharmaceutical industries which produce them in an immoral way.

Therefore, doctors and fathers of families have a duty to take recourse to alternative vaccines [13] (if they exist), putting pressure on the political authorities and health systems so that other vaccines without moral problems become available. They should take recourse, if necessary, to the use of conscientious objection [14] with regard to the use of vaccines produced by means of cell lines of aborted human foetal origin. Equally, they should oppose by all means (in writing, through the various associations, mass media, etc.) the vaccines which do not yet have morally acceptable alternatives, creating pressure so that alternative vaccines are prepared, which are not connected with the abortion of a human foetus, and requesting rigorous legal control of the pharmaceutical industry producers.

As regards the diseases against which there are no alternative vaccines which are available and ethically acceptable, it is right to abstain from using these vaccines if it can be done without causing children, and indirectly the population as a whole, to undergo significant risks to their health. However, if the latter are exposed to considerable dangers to their health, vaccines with moral problems pertaining to them may also be used on a temporary basis. The moral reason is that the duty to avoid *passive material cooperation* is not obligatory if there is grave inconvenience. Moreover, we find, in such a case, a *proportional reason*, in order to accept the use of these vaccines in the presence of the danger of favouring the spread of the pathological agent, due to the lack of vaccination of children. This is particularly true in the case of vaccination against German measles [15].

In any case, there remains a moral duty to continue to fight and to employ every lawful means in order to make life difficult for the pharmaceutical industries which act unscrupulously and unethically. However, the burden of this important battle cannot and must not fall on innocent children and on the health situation of the population – especially with regard to pregnant women.

To summarize, it must be confirmed that:

- there is a grave responsibility to use alternative vaccines and to make a conscientious objection with regard to those which have moral problems;
- as regards the vaccines without an alternative, the need to contest so that others may be prepared must be reaffirmed, as should be the lawfulness of using the former in the meantime inasmuch as is necessary in order to avoid a serious risk not only for one's own children but also, and perhaps more specifically, for the health conditions of the population as a whole – especially for pregnant women;
- the lawfulness of the use of these vaccines should not be misinterpreted as a declaration of the lawfulness of their production, marketing and use, but is to be understood as being a passive material cooperation and, in its mildest and remotest sense, also active, morally justified as an *extrema ratio* due to the necessity to provide for the good of one's children and of the people who come in contact with the children (pregnant women);
- such cooperation occurs in a context of moral coercion of the conscience of parents, who are forced to choose to act against their conscience or otherwise, to put the health of their children and of the population as a whole at risk. This is an unjust alternative choice, which must be eliminated as soon as possible.

Notes

- [1] J. E. Banatvala, D. W. G. Brown, *Rubella*, *The Lancet*, 3rd April 2004, vol. 363, No. 9415, pp. 1127-1137. [2] *Ru-bella*, Morbidity and Mortality Weekly Report, 1964, vol. 13, p.93. S. A. Plotkin, *Virologic Assistance in the Management of German Measles in Pregnancy*, *JAMA*, 26th October 1964, vol.190, pp. 265-268. [3] L. Hayflick, *The Limited In Vitro Lifetime of Human Diploid Cell Strains*, *Experimental Cell Research*, March 1965, vol.37, no. 3, pp. 614-636. G. Sven, S. Plotkin, K. McCarthy, *Gamma Globulin Prophylaxis, Inactivated Rubella Virus; Production and Biological Control of Live Attenuated Rubella Virus Vaccines*, *American Journal of Diseases of Children*, August 1969, vol. 118, no. 2, pp. 372-381. [4] S. A. Plotkin, D. Cornfeld, Th.H. Ingalls, *Studies of Immunization With Living Rubella Virus, Trials in Children With a Strain coming from an Aborted Fetus*, *American Journal of Diseases in children*, October 1965, vol. 110, no. 4, pp. 381-389. [5] J. P. Jacobs, C. M. Jones, J. P. Baille, Characteristics of a Human Diploid Cell Designated MRC-5, *Nature*, 11th July 1970, vol.277, pp.168-170. [6] Two other human cell lines, that are permanent, HEK 293 aborted fetal cell line, from primary human embryonic kidney cells transformed by sheared adenovirus type 5 (the fetal kidney material was obtained from an aborted fetus, in 1972 probably), and PER.C6, a fetal cell line created using retinal tissue from an 18 week gestation aborted baby, have been developed for the pharmaceutical manufacturing of adenovirus vectors (for gene therapy). They have not been involved in the making of any of the attenuated live viruses vaccines presently in use because of their capacity to develop tumorigenic cells in the recipient. However some vaccines, still at the developmental stage, against Ebola virus (Crucell, NV) and the Vaccine Research Center of the National Institutes of Health's Allergy and Infectious Diseases, NIAID), HIV (Merck), influenza (MedImmune, Sanofi Pasteur), Japanese encephalitis (Crucell N. V. and Rhein Biotech N.V.) are prepared using PER.C6® cell line (Crucell N.V., Leiden, The Netherlands). [7] Against these various infectious diseases, there are some alternative vaccines that are prepared using animals' cells or tissues, and are therefore ethically acceptable. Their availability depends on the country in question. Concerning the particular case of the United States, there are no options for the time being in that country for the vaccination against rubella, chickenpox and hepatitis A, other than the vaccines proposed by Merck, prepared using the human cell lines WI-38 and MRC-5. There is a vaccine against smallpox prepared with the Vero cell line (derived from the kidney of an African green monkey), ACAM2000 (Acambis-Baxter) (a second-generation smallpox vaccine, stockpiled, not approved in the US), which offers, therefore, an alternative to the Acambis 1000. There are alternative vaccines against mumps (Mumpsvax, Merck, measles (Attenuvax, Merck), rabies (RabAvert, Chiron therapeutics), prepared from chicken embryos. (However serious allergies have occurred with such vaccines), poliomyelitis (IPOL, Aventis-Pasteur, prepared with monkey kidney cells) and smallpox (a third-generation smallpox vaccine MVA, Modified Vaccinia Ankara, Acambis-Baxter). In Europe and in Japan, there are other vaccines available against rubella and hepatitis A, produced using non-human cell lines. The Kitasato Institute produce four vaccines against rubella, called Takahashi, TO-336 and Matuba, prepared with cells from rabbit kidney, and one (Matuura) prepared with cells from a quail embryo. The Chemo-sero-therapeutic Research Institute Kaketsuken produce one another vaccine against hepatitis A, called Ainmugen, prepared with cells from monkey kidney. The only remaining problem is with the vaccine Varivax® against chicken pox, for which there is no alternative. [8] The vaccine against rubella using the strain Wistar RA27/3 of live attenuated rubella virus, adapted and propagated in WI-38 human diploid lung fibroblasts is at the centre of present controversy regarding the morality of the use of vaccines prepared with the help of human cell lines coming from aborted foetuses. [9] O. D. M. Prummer Pr., *De cooperatione ad malum, in Manuale Theologiae Moralis secundum Principia S. Thomae Aquinatis*, Tomus I, Friburgi Brisgoviae, Herder & Co., 1923, Pars I, Trat. IX, Caput III, no. 2, pp. 429-434. K. H. Peschke, *Cooperation in the sins of others*, in *Christian Ethics. Moral Theology in the Light of Vatican II*, vol.I, General Moral Theology, C. Goodliffe Neale Ltd, Arden Forest Industrial Estate, Alcester, Warwickshire, B49 6ER, re-revised edition, 1986, pp. 320-324. A. Fisher, *Cooperation in Evil*, *Catholic Medical Quarterly*, 1994, pp. 15-22. D. Tettamanzi, *Cooperazione, in Dizionario di Bioetica*, S. Leone, S. Privitera ed., Istituto Siciliano di Bioetica, EDB-ISBN, 1994, pp.194-198. L. Melina, *La cooperazione con azioni moralmente cattive contro la vita umana, in Commentario Interdisciplinare alla "Evangelium Vitae"*, E. Sgreccia, Ram_n Luca Lucas ed., Libreria Editrice Vaticana, 1997, pp.467-490. E. Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, vol. I, Reprint of the third edition, Vita e Pensiero, Milan, 1999, pp.362-363. [10] Cf. John Paul II, *Enc. Evangelium Vitae*, no. 74. [11] *ibidem* [12] No. 1868 of the Catechism of the Catholic Church. [13] The alternative vaccines in question are those that are prepared by means of cell lines which are not of human origin, for example, the Vero cell line (from monkeys) (D. Vinnege), the kidney cells of rabbits or monkeys, or the cells of chicken embryos. However, it should be noted that grave forms of allergy have occurred with some of the vaccines prepared in this way. The use of recombinant DNA technology could lead to the development of new vaccines in the near future which will no longer require the use of cultures of human diploid cells for the attenuation of the virus and its growth, for such vaccines will not be prepared from a basis of attenuated virus, but from the genome of the virus and from the antigens thus developed (G. C. Woodrow, W. M. McDonnell and F. K. Askari). Some experimental studies have already been done using vaccines developed from DNA that has been derived from the genome of the German measles virus. Moreover, some Asiatic researchers are trying to use the Varicella virus as a vector for the insertion of genes which codify the viral antigens of Rubella. These studies are still at a preliminary phase and the refinement of vaccine preparations which can be used in clinical practice will require a lengthy period of time and will be at high costs. D. Vinnege, *The Smallpox Vaccine*, *The National Catholic Bioethics Quarterly*, Spring 2000, vol.2, no. 1, p.12. G. C. Woodrow, *An Overview of Biotechnology As Applied to Vaccine Development*, in *New Generation Vaccines*, G. C. Woodrow, M. M. Levine eds., Marcel Dekker Inc., New York and Basel, 1990, see pp. 32-37. W. M. McDonnell, F. K. Askari, *Immunization*, *JAMA*, 10th December 1997, vol.278, no.22, pp.2000-2007, see pp. 2005-2006. [14] Such a duty may lead, as a consequence, to taking recourse to "objection of conscience" when the action recognized as illicit is an act permitted or even encouraged by the laws of the country and poses a threat to human life. The Encyclical Letter *Evangelium Vitae* underlined this "obligation to oppose" the laws which permit abortion or euthanasia "by conscientious objection" (no.73) [15] This is particularly true in the case of vaccination against German measles, because of the danger of Congenital Rubella Syndrome. This could occur, causing grave congenital malformations in the foetus, when a pregnant woman enters into contact, even if it is brief, with children who have not been immunized and are carriers of the virus. In this case, the parents who did not accept the vaccination of their own children become responsible for the malformations in question, and for the subsequent abortion of foetuses, when they have been discovered to be malformed.

think of maiming, blindness, deafness; or, it can be stretched beyond its anthropological normality by enhancing its functions and/or adding new functions – again, for the sake of the person's welfare and/or social competitiveness, as in the case of enhanced sports skills or intelligence prostheses. We have to contend with both repairing and capacity enhancing technologies, the multiplication of body-friendly technologies that can expand and modify the concept of body care and herald the coming of "cyborgs" – of the post-human body. "In our societies, the body tends to become a raw material that can be modelled according to environmental circumstances". The possibilities of customised configuration undoubtedly increase, and so do the opportunities for political measures aimed at controlling the body by means of technology.

The downright reduction of our body to a device does not only enhance the trend – already pointed out – towards turning it increasingly into a tool to allow continuous surveillance of individuals. Indeed, individuals are dispossessed of their own bodies and thereby of their own autonomy. The body ends up being under others' control. What can a person expect after being dispossessed of his or her own body?

ICT Implants and the Human Dignity

The respect for human dignity must be the fundamental basis of discussions of where the limits should be drawn for different uses of ICT implants.

The Group considers that ICT implants are not per se a danger to human freedom or dignity but in the case of applications, which entail for instance the possibility of individual and/or group surveillance, the potential restriction of freedom must be carefully evaluated.

The protection of the health and/or security of people with severe neurological disorders on the basis of ICT implants does not create necessarily an ethical dilemma between the inviolability of freedom and the need for health protection. However, even in these cases, the use of such implants should not result in any discrimination or abuse contrary to human rights.

ICT Implants for Health Purposes

It goes without saying that informed consent is required, when ICT implants are to be used for health purposes. This information should not only concern possible benefits and health risks, but also risks that such implants could be used to locate people and/or obtain access to information stored in these devices without the permission of the person in whom the devices are implanted. When risks are difficult to predict, this should be made clear in the supplied information.

Implantation of ICT devices for health purposes should be governed by the principles that: a) the objective is important, like saving lives, restoring health or improving the quality of life; b) the implant is necessary to achieve this objective; and, c) there is no other less invasive and more cost-effective method of achieving the objective.

The question of mixed bio-artificial implants should be specifically considered taking into consideration their problems and possibilities.

To the extent that an individual via an ICT implant has become part of an ICT network, the operation of this whole network – not just the ICT implant – needs to be considered. It is particularly important that the power over this network (who has access to it, who can retrieve information from it, who can change it, and so forth) is transparent. This is based on the principle of respect for persons, as well as the principle of avoiding harm. (...)"

[1] Text taken from the Opinion of the European Group on Ethics in Science and New Technologies No. 20: „Ethical Aspects of ICT Implants in the Human Body“. Adopted 16/03/2005, Original in English. Full text could be downloaded at: http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/index_en.htm

HUMAN DIGNITY IN THE BIOTECH CENTURY. A CHRISTIAN VISION FOR PUBLIC POLICY.

Colson, Ch., W., Cameron N. M. De S. (Eds.), InterVarsity Press, 1st ed., Downers Grove, IL (USA), 2004, PB, 252 pgs, ISBN-0-8308-2783-8

Moderné biotechnológie posúvajú hranice možností súčasnej medicíny a biológie až za hranice toho, čo sa desaťročia považovalo za oblasť vedeckej fantastiky (angl. *science fiction*) – horšej, či lepšej. To znamená na jednej strane nové, až revolučné objavy zlepšujúce účinnosť a bezpečnosť medicínskych postupov pre záchranu života a zdravia súčasného človeka (pokiaľ si daná spoločnosť alebo jednotlivec môže takúto špičkovú zdravotnú starostlivosť dovoliť), účinnú diagnostiku a liečbu chorôb alebo stavov, ktoré boli donedávna neznáme alebo považované za nevyliciteľné. Ide o nové prístroje, lieky, materiály, postupy, ale aj o nové výdavky na záchranu života a zdravia, a snád i o zlepšenie ich kvality.

Na druhej strane však tento stále akcelerujúci pokrok prináša so sebou aj nové riziká a nebezpečenstvá. Mnohé z nich sa dotýkajú hraníc, alebo aj priamo samej podstaty ľudskej identity, integrity a súkromia. Viaceré siahajú až k prameňom života. Sú, alebo čoskoro budú schopné ovplyvňovať ľudský život v jeho geneticko-biologickej i psychologickéj oblasti do takej miery, ktorá hrozí nekontrolovateľnou manipuláciou jednotlivca, skupín i celých ľudských spoločenstiev skupinami tých, ktorí budú mať nad týmito technológiami a ich využitím kontrolu. Navyše, dnešné alebo zajtrajšie „bio-manipulácie“ môžu zásadne ovplyvniť život generácií, ktoré tu budú žiť v blízkej alebo vo vzdialenejšej budúcnosti.

Zvláštnosť nových (bio)technológií spočíva aj v tom, že kladú staré aj nové otázky o nás samých. Otázky o samotných základoch ľudskej civilizácie, jej ďalšieho smerovania – zachovania a rozvoja, o podstate človeka a jeho poslanie na Zemi i vo vesmíre. Otázky, ktoré zamestnávajú mysliacich členov ľudskej rodiny po tisícročia. Dnes však od riešenia týchto otázok priamo závisí prítomnosť i prichádzajúca budúcnosť človeka a ľudí; budúcnosť a vývoj „našej“ civilizácie. Alebo jej úpadok a zánik. Aj keď sa to nepoučenému oku alebo (d)uchu tak nemusí zatiaľ javiť.

Kniha editorov (a spoluautorov) Ch. V. Colsona a N. M. De S. Camerona „Ľudská dôstojnosť v biotech(nologic)kom storočí – Kresťanská vízia pre verejnú politiku“, ktorá prichádza k čitateľom v prvých mesiacoch roka 2005 (vročenie 2004, uvádzané internetové zdroje posledne aktualizované v lete 2004), je pozoruhodným príspevkom do informovanej diskusie o uvedených otázkach. Hoci je (až na jednu výnimku) zostavená z príspevkov amerických autorov (ide o popredné, renomované osobnosti a špičkové odborné autority v analyzovaných oblastiach) – a odráža predovšetkým aktuálnu intelektuálnu (do istej miery aj „verejnú“) diskusiu v USA, vzhľadom k postupujúcej globalizácii nášho sveta, rýchlemu šíreniu technológií a vedeckých poznatkov, a to aj stále výraznejším vplyvom globalizovaných masmédií – i vzhľadom k aktuálnym zjednocovacím procesom v Európe („rozšírenie“ Európskej únie), kniha môže a má čo povedať aj európskemu, resp. slovenskému čitateľovi. Uvedeným otázkam „o živote a smrti“ sa totiž dnes dá vyhnúť už len veľmi ťažko.

Zostavovatelia upozorňujú aj na to, že pre riešenie týchto otázok je nezriedka potrebné ich náležité legisla-

tívne ukotvenie, čo v demokratických spoločnostiach znamená hľadanie širšieho spoločenského konsenzu (či kompromisu). I napriek značnému skepticizmu „obyčajného človeka“, musíme pripustiť, že rozhodovacie grémiá (parlamenty, vlády) vznikajú z demokratických volieb – a slovo (hlas) každého, minimálne ohľadom zvolenia reprezentantov zastupujúcich isté názory, postoje, či záujmy, má svoj význam a váhu. Narastá aj význam „bežnej verejnej mienky“ (a jej manipulácie). Preto je nevyhnutné, aby jednotlivci – i „spoločnosť“, boli čo najpravdivejšie informovaní o problémoch súčasnej vedy, techniky a technológie – a to najmä o dopadoch ich aplikácie na život, zdravie a budúcnosť človeka, o ich sociálnych, ekonomických, ale – a to nie na poslednom mieste, aj o etických (a prípadných legislatívnych) dopadoch. Kniha podáva v tomto smere mimoriadne cenný pohľad a prehľad, ktorý vychádza predovšetkým z uvažovania inšpirovaného kresťanskou tradíciou a jej rozvinutím v konfrontácií s najaktuálnejšími otázkami dneška. Zaujímavosťou a „pridanou hodnotou“ publikácie je jej „ekumenický charakter“ (autori pochádzajú z rôznych kresťanských denominácií).

Kniha po predslove začína úvodnou kapitolou *Ch. W. Colsona*, v ktorej si autor kladie paradoxnú otázku „môžeme predísť opusteniu človeka“ zoči-voči rôznym súčasným a prichádzajúcim tlakom na vedeckú, techn(ologickú) a ekonomickú efektívnosť? Môžeme zvládnuť prichádzajúcu budúcnosť tak, aby bola hodná – dôstojná ľudí a človeka? Autor uzatvára, že len za predpokladu, že sa budeme angažovať v oblasti bioetiky, ktorá by zodpovedala pravde o človeku, jeho dôstojnosti. Východiská takejto bioetiky sú aj v súlade s kľúčovými hodnotami kresťanstva.

N. M. De S. Cameron vo svojom príspevku rozvíja možnosť kresťanskej vízie pre biotechn(ologickú) 21. storočie a ako by sa mohla – mala uplatniť v ovplyvnení verejnej politiky pre oblasť súčasnej biomedicínskej vedy a biotechnológií, zoči voči aktuálnym obmedzeniam prítomným vo verejnej debate, vzhľadom k zložitosti, multidisciplinarite a odbornej náročnosti problematiky, kedy „etické“ samozrejme len ťažko reflektuje neznáme a „nehopiteľné“.

D. A. Prentice mapuje rozsah a dopady toho, čo možno právom už teraz nazvať „biotechn(ologickou) revolúciou“. Ide o aktuálny a informatívny pohľad zo strany biológie a medicíny na vedecko – odbornú podstatu klonovania, využitia somatických kmeňových buniek, výskumu na ľudskom embryu a výskumu embryonálnych kmeňových buniek, génových manipulácií, regeneratívnej medicíny.

C. Ben Mitchell sa venuje vzťahu „novej genetiky“ a dôstojnosti človeka. Po veľkých úspechoch modernej genetiky v objasnení vzniku a v diagnostike mnohých geneticky podmienených chorôb, otvorilo objavenie genetického kódu, štruktúry DNA a napokon aj vytvorenie mapy ľudského genómu (začiatok tzv. post-genómovej éry), spolu s vývojom nových laboratórnych metód a (bio)technológií predpoklady pre široké aplikačné možnosti. Naďalej však trvá rozpor medzi schopnosťou diagnostikovať určitú „genetickú chorobu“ alebo poruchu – a reálnymi možnosťami liečby. Prenatálna diagnostika umožňuje v mnohých prípadoch zistenie genetickej poruchy a jej následnú „prevenciu“ (t.j. usmrtenie jej nositeľa pred narodením prostredníctvom umelého potratu), čo znamená uplatnenie nových foriem eugeniky (a diskriminácie). Génové manipulácie na úrovni germinatívnej bunkovej rady (nateraz považované za neetické – a väčšinou aj zakázané zákonom) by mohli znamenať priame ovplyvňovanie genetickej identity budúcich generácií – a teda i vývoja ľudského druhu ako takého.

C. Ch. Hook v kapitole nazvanej „Techno sapiens“ mapuje etické otázky spojené so súčasným pokrokom a aplikáciami nanotechnológií, kybernetiky (najmä previa-

zanie počítačovej techniky a ľudského organizmu, neskôr azda aj myslenia, či citenia, emócií), hnutím transhumanizmu a prípadným zámerným ovplyvňovaním („zlepšovaním“) vlastností človeka ako biologického druhu. Autor si kladie otázku, či a kde možno položiť hranice nezodpovednému vývoju a zneužitiu – a ako by mohlo byť definované to, čo je pre človeka a ľudstvo skutočne dobré a „ľudské“.

D. Stevens bližšie rozoberá aktuálne etické problémy klinických aplikácií súčasnej genetiky (genetický skrining, prediktívna medicína, farmakogenetika a farmakogenomika, génová terapia).

W. L. Saunders sa venuje podrobne etickej problematike ľudského embrya, ktorého morálny status je mnoho ráz v ohnisku súčasných bioetických debát o etickej akceptovateľnosti novo vyvíjaných biotechnologických aplikácií (najmä oblasť celulóvej terapie – a výskum embryonálnych kmeňových buniek a tzv. „terapeutického klonovania“, ktoré sú spojené so zničením daného embrya, z ktorého sa embryonálne kmeňové bunky „získavajú“).

P. Comstock Cunningham si všima prístup hnutia „pro-life“ v situácii predstavovanej vznikom a aplikáciou nových biotechnológií. Podľa autorky táto situácia znamená nové úlohy ale aj nové možnosti pre hnutia zamerané na ochranu ľudského života a ľudskej dôstojnosti. Nové biotechnológie svojím dosahom na počiatok ľudského života predstavujú aj možnosť jeho ešte masovejšieho ohrozenia (napr. deštruktívny výskum na ľudských zárodkoch, klonovanie). Potrebné je prekonať monotematickú uzavretosť doterajších úsilí (problém umelého potratu) a prílišný dôraz na právne/legislatívne aspekty problému. Potrebné je hovoriť zrozumiteľnou (sekulárnou) rečou a reflektovať záujmy osôb, ku ktorým sa hnutia obracajú (napr. gravidné ženy). Nevyhnutné je prichádzať s konkrétnou pomocou a riešením problémov života (napr. zlepšenie sociálnej situácie a rôznych služieb pre matky a rodiny). Novým aspektom je spolupráca a vzájomná podpora pri riešení spoločných problémov aj s dosiaľ „netradičnými“ partnermi (napr. ochrancovia prírody, feministické hnutie).

N. A. Adams charakterizuje súčasné kritiky voči prirodzenému mravnému zákonu a prirodzenému právu (znamená existenciu nemeniteľných morálnych zásad, na ktorých sa zakladá právny systém). Všima si ich uplatňovanie v súčasných legislatívnych iniciatívach zameraných na liberalizáciu právnych predpisov v duchu tzv. právneho pozitívizmu (mravné hodnoty sú relatívne a právo je predovšetkým vecou dohody), a to najmä v oblasti práva upravujúceho podmienky vykonávania súčasného biomedicínskeho výskumu (zvlášť výskumu na ľudskom embryu a genetického výskumu). Autor rozvíja koncepciu „spravodlivého výskumu“ (analogicky ku koncepcii tzv. spravodlivej vojny).

W. J. Smith rozoberá aktuálnu verejnú debatu v USA vyvolanú otázkami okolo potenciálnej možnosti klonovania človeka. Preberá postupne argumenty zástancov klonovania a uvádza presvedčivé protiargumenty, pričom vychádza zo sekulárnych východísk. Hoci kresťania majú aj svoje vlastné argumenty vychádzajúce z viery v človeka „stvoreného na obraz Boží“, sekulárne argumenty odmietajúce klonovanie človeka, či už „reproduktívne“ alebo „terapeutické“ (ide o to isté klonovanie), môžu zdieľať aj s mnohými ľuďmi pochádzajúcimi z iných názorových alebo náboženských skupín. Debata o klonovaní napovedá, ako sa budú kresťania – i spoločnosť, vyrovnávať so závažnými etickými tázkami, ktoré zákonite prídu s vývojom vedy a bio- či nano-technológií. Ide aj o to, „či život človeka ešte bude ľudský“, resp. aký bude život generácií „posthumánnej doby“...

H. Jochemsen – azda jediný ne-Američan medzi autorami knihy, podáva prehľad prístupu k politickým a legislatívnym riešeniam problémov, ktoré prináša pokrok biotechnológií, v rámci Európy, najmä na pôde hlavných eu-

rópskych organizácií – Rady Európy a Európskej únie. Kapitola je veľmi informatívna a presná (údaje sledujú aktuálny vývoj cca do leta 2004).

R. M. Doerflinger sa zamýšľa nad morálnymi východiskami politiky v oblasti regulácie a rozličnej podpory – i priameho financovania vedy a biotechnológií, ktorá by sa mala v USA presadzovať zo strany politikov a hnutí, ktorým leží na srdci obrana ľudského života a jeho dôstojnosti a ich zabezpečenie v oblasti legislatívy a verejnej politiky na celoštátnej i regionálnej úrovni.

V prílohe knihy je umiestnený zaujímavý a podnetný dokument – „Manifest o biotechnológii a ľudskej dôstojnosti – Posvätnosť života v dobrom novom svete“ (angl. The Sanctity of Life in a Brave New World).“ Svojimi podpismi ho podporilo 28 významných osobností vedy a kultúry USA.

Publikácia ako celok zaujme svojou aktuálnosťou, fundovanosťou, veľmi dobrou až vynikajúcou informovanosťou o preberaných problémoch – a to tak z ich biologicko-medicínskej, právnej, filozofickej – etickej, či teologickej stránky. Predstavuje výborné a poctivé uvedenie do problematiky – a naznačuje aj perspektívne vývojové trendy pre najbližšie desaťročie (?). Navyše, je zámerne písaná pomerne jednoduchým, zrozumiteľným štýlom, vyhýba sa „odbornej hantýrke“, nezrozumiteľným skratkám, či nárokom na „príliš špecializované odborné znalosti“. Tie zvedavý čitateľ nájde v špecializovaných publikáciách. Poskytuje však pomerne ucelený pohľad na širokú, zložitú a veľmi dynamickú oblasť. Bude lahôdkou pre každého anglicky čítajúceho intelektuála (v pravom zmysle slova), a to nezávisle od jeho „denominačnej“ („rôzno-kresťanskej“), či ideologickej orientácie. „Povinným čítaním“ by sa mala kniha stať pre bioetikov, filozofov, teológov - ale aj pre „mužov a ženy vedy“ (najmä biológia, biotechnológia, medicína), právnikov a politikov („veľkých“ – i tých regionálnych), ľudí zodpovedných za riadenie vedy a uvádzanie jej aplikácií do života. Pochopiteľne, aj pre všetkých vysokoškolských učiteľov týchto disciplín – a ich študentov.

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.
ÚMEB n.f., Bratislava

Poznámka: Knihu možno objednať na adrese: Inter-Varsity Press (United Kingdom), UCCF Book Centre, Norton Street, Nottingham, NG7 3HR England, najlepšie e-mailom: (International Sales) international@ivpbooks.com, www.ivpbooks.com

LÉKAŘSKÝ VÝZKUM A ETIKA

M. Munzarová, Grada Publishing, a.s., Praha,
1. vydanie, 2005, 120 strán,
ISBN 80-247-0924-4

Monografia o problematike etiky biomedicínskeho výskumu, ktorú našej odbornej i širšej verejnosti predkladá jedna z najvýraznejších súčasných postáv odboru medicínskej etiky v Českej republike. Prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc., prednostka Ústavu lekárskej etiky LF MU v Brne, v knihe zúročila bohaté osobné skúsenosti a prehľad, ktoré vyplývajú z jej aktívnej účasti na rozvíjaní odboru medicínskej etiky v Českej republike, ako aj z osobnej účasti v európskych i globálnych odborných diskusiách o kľúčových bioetických problémoch súčasnosti (aktívna účastníčka významných medzinárodných konferencií, autorka početných kritických prác v popredných svetových odborných periodikách).

Originálna koncepcia knihy vedie čitateľa základmi etickej problematiky biomedicínskeho výskumu (pričom poukazuje aj na závažné poučenia z dávnejšej a novodobej histórie), cez praktické aspekty posudzovania vý-

skumných projektov a činnosť etických komisií – až po prehľad a reflexiu práce kľúčových európskych a svetových inštitúcií, ktoré sa etickou a medzinárodno-právnou stránkou súčasnej biomedicíny (a špeciálne lekárskeho výskumu) pravidelne zaoberajú. Zaujímavý je pohľad „pod pokrievku“ dnešných bioetických a biopolitických diskusií. Autorka na príklade aktuálnych súčasných tém (genetika, biobanky, xenotransplantácie) poukazuje na ťažkosti pri hľadaní spoločných etických postojov na medzinárodnej úrovni. Tieto diskusie však majú dopad i na konkrétne etické a legislatívne pomery v našich krajinách, ktoré sa čoraz užšie integrujú do európskych a globálnych vedecko-výskumných štruktúr. Aktuálne, prakticky zamerané a dostatočne podrobné informácie, navyše dostupné v českom jazyku (vrátane výťahov alebo prekladov kľúčových medzinárodných dokumentov), by čitateľ len s námahou hľadal v podobne zrozumiteľnom a úspornom spracovaní: publikácia, usporiadaná do 10 tematických kapitol, má spolu iba príjemných 118 strán textu, doplneného prehľadným vecným a menným registrom.

Knihu možno vrelo odporúčať nielen študentom medicíny a zdravotníckych odborov, ale aj širšej medicínskej verejnosti, pokiaľ chce získať spoľahlivú, prehľadnú a dobre čitateľnú orientáciu v zložitej a rýchlo napredujúcej problematike. „Základným čítaním“ by mala byť aj pre členov etických komisií posudzujúcich projekty biomedicínskeho výskumu a protokoly klinického skúšania liečiv – ako aj pre všetkých výskumných a riadiacich pracovníkov.

MUDr. Helena Glasová
ÚFaKF SZU, Bratislava

ZDRAVOTNICKÁ ETIKA OD A DO Z

M. Munzarová, Grada Publishing, a.s., Praha,
1. vydanie, 2005, 120 strán,
ISBN 80-247-0924-4

Medicína a zdravotná starostlivosť v súčasnosti umožňujú zachraňovať život a prinavracaať zdravie, či zlepšovať kvalitu života človeka aj v takých prípadoch, ktoré by sme ešte pred niekoľkými rokmi považovali za „beznádejné“. V protiklade k týmto úspechom sa však zo strany pacientov, spoločnosti, ale aj z radov samotných zdravotníckych pracovníkov ozývajú aj kritické hlasy. Upozorňujú na narastajúce protiklady súčasnej medicíny a zdravotnej starostlivosti. Nezištná, účinná a bezpodmienečná pomoc človeku, ktorý sa ocitol pre zranenie, chorobu alebo iné postihnutie vo fyzickej, či psychickej núdzi, ba v nebezpečenstve ohrozenia života, akoby dnes už nebola podstatnou zložkou 'dobrej medicíny a zdravotníctva'. V zložitej oblasti medziľudských vzťahov, ktoré sa vytvárajú pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, akoby dnešná medicína a zdravotníctvo niekedy strácali svoju ‚ľudskú tvár‘.

Problémom je aj narastajúci rozpor medzi tým, čo moderná medicína a zdravotná starostlivosť ponúka z hľadiska narastajúcich technických a technologických možností – a obmedzeným ekonomickým priestorom, ktorý nedovoľuje tieto možnosti realizovať.

Navyše, „ak sa dnes medicína a zdravotná starostlivosť niekedy odkláňajú od svojej prvotnej úlohy ‘starosti’ o choreho, postihnutého, trpiaceho, či umierajúceho človeka, ak v mene, (post)moderných‘ hesiel – efektívnosti, ekonomizácie, udržateľnosti, vedeckého a technologického pokroku, alebo pokrútené chápaných ľudských práv – ustupujú od ochrany života, zdravia a skutočných záujmov pacienta vyplývajúcich z jeho narušeného zdravotného stavu alebo fyzického, či psychického postihnutia – vtedy medicína a zdravotníctvo akoby pozabudli na to najpodstatnejšie. Na svoju základnú etickú – a súčasne aj existenciálnu

„gramotnosť“. Akoby tu občas chýbala „abeceda“, objasnenie významu kľúčových pojmov a vzťahov.“ (z predhovoru)

Nová kniha profesorky Marty Munzarovej prináša pohľad práve na túto základnú medicínsku a zdravotnícku „abecedu“. Je zaujímavá svojou koncepciou, ktorá prezentuje kľúčové etické problémy súčasnej medicíny a zdravotníctva. Autorka využíva bohaté osobné skúsenosti z klinickej praxe i dlhoročného pedagogického pôsobenia. Stavia sa rovnako na stranu zdravotníckych pracovníkov ako na stranu pacientov. Zdravotníkov – lekárov, sestier, aj iných pracovníkov v zdravotníctve súkromnom alebo verejnom („štátnom“), ktorí dnes často čelia problémom a rozhodnutiam, „o akých sa Hippokratovi ani nesnívalo“. Ide o ich každodenný zápas o zdravie a životy pacientov, časté rozhodovanie v neistote, etické dilemy modernej klinickej diagnostiky, liečby, problémy paliatívnej a terminálnej starostlivosti. Je tu aj rozpor medzi prínosom a rizikami modernej prístrojovej techniky, nových biotechnológií, metód a postupov klinickej genetiky, celulárnej a molekulárnej biológie. Ide neraz aj o silný tlak ekonomiky i (bio)politiky. Prejavuje sa v tlakoch na mravnú (etic-kú) identitu a integritu zdravotníckeho pracovníka zoči-voči „večným“, i celkom novým výzvam konkrétnej medicínskej a zdravotníckej praxe.

Autorka ponúka kolegom, aj iným vnímavým čitateľom pomocnú „priateľskú ruku, kolegiálnu konzultáciu, či nezištnú spoločnosť na jednu, alebo aj niekoľko tmavších zákrut, či etáp náročnej cesty“. Neraz kladie čitateľovi náročné otázky – s pozvaním k spoločnému uvažovaniu a hľadaniu riešenia.

Profesorka Munzarová sa v knihe stavia aj na stranu pacienta. Pripomína, že správna „abeceda“ medicíny a zdravotnej starostlivosti kladie pacienta do stredu záujmu – i každej profesionálnej činnosti zdravotníckych pracovníkov. A to práve v našej dobe, ktorá akoby takéto postoje niekedy neuznávala.

Kniha obsahuje cenné faktické informácie zo širokej oblasti súčasnej bioetiky. Všíma si aj významné medzinárodné a (bio)politické aspekty, vrátane kľúčových dokumentov, ktoré vznikli na pôde medzinárodných organizácií a inštitúcií (napr. Rada Európy, Svetová asociácia lekárov, Svetová zdravotnícka organizácia, CIOMS, OSN, UNESCO ai.).

Publikácia by sa mala stať „povinným čítaním“ každého zdravotníckeho pracovníka: študentov, pripravujúcich sa na zdravotnícke povolanie, či prácu v zdravotníctve; ale aj pre ľudí z medicínskej alebo zdravotníckej praxe, ktorí potrebujú konfrontovať vlastné názory a postoje k etickému problému v konkrétnej klinickej situácii. Veľmi užitočnou bude kniha aj pre členov etických komisií a radia-cích pracovníkov v zdravotníctve, a to aj v kontexte postgra-duálneho, či kontinuálneho celoživotného vzdelávania.

MUDr. Helena Glasová
ÚFaKF SZU, Bratislava

EUTHANASIE, NEBO PALIATIVNÍ PÉČE?

M. Munzarová, Grada Publishing, a.s., Praha,
1. vydanie, 2005, 108 strán. ISBN 80-247-1025-0

Kniha Prof. Marty Munzarovej, ktorá zásluhou vydavateľstva Grada Publishing prichádza k českému i slovenskému čitateľovi, „nie je predovšetkým o smrti a umieraní. Je skôr knihou o živote. O sprevádzaní človeka (človekom) pri završení jeho života, ktoré by bolo hodné človeka.“ Je o statočnosti človeka – i jeho sprievodcov, spolukračajúcich na tomto ťažkom úseku životnej cesty. Je aj o zodpovednosti lekára i sestry, ktorí nikdy nesmú opustiť pacienta zvereného do ich starostlivosti. Nesmú zradiť dôveru – ani sklamať nádej, istotu človeka v najzákladnej-

šom a veľmi reálnom existenčnom ohrození. Toho, ktorý sa už pre mnohých stáva nikým, či ničím...

Je výnimočným príspevkom do súčasnej diskusie o eutanázii, a tiež o postavení a význame modernej paliatívnej liečby a ‚terminálnej starostlivosti‘. Významnou charakteristikou diela je jeho odborná i ľudská poctivosť. A nevšedná profesionálna i osobná statočnosť. Autorka sa nevyhýba žiadnej z ťažkých otázok svojej témy. A nebojí sa pripomínať fakty a skutočnosti, na ktoré sa v súčasnej diskusii nezriedka zabúda (napr. súvislosť medzi programom eutanázie a vyhladzovacími koncentračnými táborami v nacistickom Nemecku). Používa zrozumiteľný slovník a presné definície. Nezdráha sa pomenovať veci a javy ich pravými menami. Nechce byť populárna, ani poplatná módnym trendom. Angažuje sa priamo, je vo svojom texte osobne prítomná a čitateľná. Čerpá z osobnej profesionálnej (prax v klinickej onkológii) i hlbokéj ľudskej skúsenosti. To všetko dodáva knihe nezvyčajnú hĺbku a originalitu. Text zároveň dokumentuje pedagogické majstrovstvo profesorky Munzarovej. Je súčasne konzervatívny – i moderný. Autorka pútavým a serióznym spôsobom sprostredkuje informácie o aktuálnej diskusii na najvýznamnejších európskych, či svetových bioetických fórach – a súčasne poskytuje dobre informovaný pohľad ‚za oponu‘, ‚do kuchyne‘, kde vzniká súčasná argumentácia i jej zásadné rozpory. Pomôže vnímavému čitateľovi spoľahlivo sa zorientovať v komplikovanej problematike – a poskytne mu aj dosť materiálu na vlastné premýšľanie a konštruktívne uvažovanie. Možnosť vytvoriť si vlastný názor – a nepodľahnúť módnjej mediálnej rétorike, či tlaku populárnych zabávačov.

Takúto knihu naša odborná i laická verejnosť už dávno potrebovala. Lebo je nanajvýš potrebné začať a viesť o tejto závažnej problematike informovaný a inteligentný dialóg. Dialóg hodný človeka a ľudí 21. storočia.

MUDr. Helena Glasová
ÚFaKF SZU Bratislava

SPRÁVY, OZNAMY

REPORTS, ANNOUNCEMENTS

EURÓPSKA KONFERENCIA ETICKÝCH KOMISIÍ PRE BIOMEDICÍNSKY VÝSKUM

V dňoch 27. – 28. januára 2005 sa v novej budove sídla Európskej komisie v Bruseli konalo prvé celoeurópske stretnutie členov etických komisií (EK) pre biomedicínsky výskum (*angl. research ethics committees*). Miesto konania (reprezentačné konferenčné priestory Európskej komisie), inovatívnosť odborného programu, pozornosť a účasť popredných predstaviteľov Európskej komisie a Európskeho parlamentu zodpovedných za výskum, ako aj konštruktívne a prekvapujúco konkrétne závery konferencie podčiarkli jej význam a potenciálny prínos pre budúcnosť hodnotenia etickej a vedeckej kvality a akceptovateľnosti biomedicínskeho výskumu v Európe. Slovenskú republiku (SR) reprezentovalo na podujatí 9 účastníkov – členov EK zo zdravotníckych zariadení piatich slovenských miest.

Dôvody na usporiadanie konferencie

Potreba štandardizácie, harmonizácie a istej koordinácie práce EK, posudzujúcich projekty biomedicínskeho výskumu a klinického skúšania liečiv, sa v európskom

kontexte pociťuje už temer jedno desaťročie. Významným novým impulzom bolo, pochopiteľne, nedávne 'rozšírenie' Európskej únie, ktoré okrem iného prinieslo aj významné legislatívne zmeny pre oblasť biomedicínskeho výskumu v jednotlivých členských štátoch – a nové požiadavky na zvyšovanie kvality a kompetitívnosti európskych výskumných kapacít. To sa prejavovalo v aktivitách rozličných európskych inštitúcií a organizácií (napr. Rada Európy, WHO-Euro, EMEA, EF GCP ai.).

Na mnohých spomínaných aktivitách mala SR aktívne odborné zastúpenie. Dokonca viaceré z významných medzinárodných stretnutí a kongresov sa v uplynulých rokoch konali priamo v Bratislave (išlo by o dlhší zoznam medzinárodných podujatí). V dôsledku toho, ako aj vzhľadom na významné aktivity a účasť slovenských odborníkov v grémiách Európskej komisie i Rady Európy, je hodnotenie prínosu SR v tejto oblasti na medzinárodnej úrovni veľmi pozitívne. Azda preto vzniklo pozvanie slovenského zástupcu do odborného programu a vedeckého výboru podujatia. Pozoruhodná bola i ústretovosť organizátorov konferencie pri zaistení finančného krytia účasti pre väčšinu (8 z 9) členov slovenskej delegácie, ktorá patrila k najpočetnejším z krajín strednej a východnej Európy.

Odborný program a jeho originalita

Odborný program konferencie, či skôr kongresu (vzhľadom na parametre podujatia), bol výsledkom asi ročnej intenzívnej práce odborného poradného výboru a organizačného tímu Európskej komisie. Počas tohto obdobia sa uskutočnili dve odborné diskusné stretnutia v sídle Európskej komisie – a niekoľko telefonických konferencií. Okrem toho prebiehali aj početné bilaterálne a multilaterálne rokovania a diskusie v jednotlivých pracovných skupinách. Samotný kongres bol prvým podujatím svojho druhu na celoeurópskej úrovni.

Cieľom odborného programu bolo predovšetkým poskytnúť jeho účastníkom – členom etických komisií z členských krajín EÚ, možnosť vzájomnej výmeny skúseností i názorov na prácu EK a problémy, s ktorými sa v praxi stretávajú. Preto hlavný dôraz sa v príprave i počas priebehu kongresu kladol na organizáciu štyroch veľkých, paralelných workshopov (konali sa – s prerušeniami plénárnych zasadnutí, po obidva dni kongresu). Hlavnou snahou bolo vytvoriť priestor na efektívnu a čo najľahšiu komunikáciu samotných účastníkov. Tomu sa podriadil výber krátkych úvodných referátov, koordinácia činnosti predsedajúcich, ako aj technické zabezpečenie workshopov, vrátane snahy o simultánne tlmočenie do čím viacerých jazykov EÚ (dokonca nad rámec oficiálneho zoznamu rokovacích jazykov kongresu).

Zaujímavou, a veľmi užitočnou 'novinkou' bolo angažovanie medzinárodne renomovaných novinárov (s profesionálnym zameraním na oblasť zdravotníctva, vedy a vedeckej alebo zdravotnej politiky) ako profesionálnych spravodajcov jednotlivých workshopov. Výsledkom ich práce sú záznamy o priebehu diskusií a formulovaných záveroch rokovania v jednotlivých workshopoch. Títo spravodajcovia podrobne referovali o výsledkoch rokovania aj v pléne kongresu, čo umožňovalo aktívnu participáciu aj účastníkom pôvodne angažovaným v inom workshope konferencie.

Pochopiteľne, program obsahoval aj kvalitné vystúpenia popredných európskych a svetových odborníkov, ktoré odoznili počas plénárnych zasadnutí. Venovali sa legislatívnym, etickým, ale aj mnohým praktickým aspektom činnosti EK – a tiež ich situácii v rámci EÚ, v širšej Európe, aj vo svete. Tieto referáty poskytli účastníkom množstvo užitočných informácií – i konkrétnych podnetov pre ich vlastnú prácu v EK.

Významu kongresu zodpovedali aj príhovory vysokých predstaviteľov Európskej komisie (vrátane nového komisiára pre výskum J. Potočnika), Európskeho parlamentu (2 významní poslanci – spravodajcovia príslušných direktív pre oblasť biomedicínskeho výskumu a klinického skúšania liečiv) a zástupcov viacerých medzinárodných organizácií (Rada Európy, WHO, UNESCO, CIOMS, EF GCP ai.).

Hlavné výsledky podujatia

Možno povedať, že hlavným „výsledkom“ kongresu bolo už jeho uskutočnenie. Ukázalo sa, že takéto podujatia sú veľmi užitočné a potrebné. Jedným z odporúčaní kongresu voči Európskej komisii bola žiadosť, aby sa stretnutia EK na európskej úrovni konali pravidelne, najmenej v dvojročných intervaloch. Rokovanie kongresu – i vďaka jeho perfektnej príprave, skvelému využitiu diskusie a profesionálnemu spracovaniu jej výsledkov – prinieslo celý rad konkrétnych záverov a odporúčaní. Budú v krátkom čase publikované na internetovej stránke podujatia a neskôr azda i v tlačenej forme.

Medzi iným závery kongresu obsahovali požiadavky na zabezpečenie lepších podmienok pre prácu EK, vrátane príslušnej legislatívy (v tomto smere na kongrese mali pozitívny ohlas a vzbudili konkrétnu pozornosť temer 15-ročné skúsenosti a koncepčné riešenie problematiky EK v SR). Dôležitými sú závery týkajúce sa požiadaviek na vzdelávanie členov EK, ktoré by malo byť – ako nevyhnutný predpoklad – viazané na registráciu (prípadne akreditáciu) EK. V tomto smere sa požadovali konkrétne iniciatívy na 'národnej' (štátnej) i medzinárodnej úrovni. Zo strany Európskej komisie sa žiadala finančná podpora na zriadenie „medzinárodnej letnej školy“ pre členov EK, ako aj podpora aktivít, ktoré by umožňovali vzájomný kontakt EK v celoeurópskom meradle (webová stránka, databáza údajov), výmenu aktuálnych informácií a legislatívnych i výukových materiálov.

Pozoruhodným výsledkom kongresu je aj založenie *Európskej informačnej a dokumentačnej siete EK pre výskum pod názvom EUREC*. Potešiteľnou skutočnosťou je účasť SR priamo v organizačno-koncepčnom jadre (angl. *Core Group*) projektu, čo vytvára veľmi dobré predpoklady pre jeho využitie a ďalšie rozvíjanie – aj s ohľadom na prácu a konkrétne potreby EK v SR.

Myslím, že ďalším kladným výsledkom kongresu je pozitívne hodnotenie účasti slovenskej delegácie, ktorá na kongrese patrila k tým početnejším a aktívnym. Slovenskí účastníci získali množstvo konkrétnych a užitočných poznatkov, ktoré využijú vo svojej ďalšej činnosti. Mnohé podnety kongresu sa uplatnia v edukačných aktivitách, ktoré sa pre členov EK v SR už pripravujú. Významným prínosom budú aj pri kompletizovaní potrebných vykonávacích predpisov pre činnosť EK (vyhláška, odborné usmernenie), ktoré sa pripravujú v nadväznosti na príslušné ustanovenia novej zdravotníckej legislatívy (najmä zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti).

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.
ÚMEB n.f., Bratislava

Adresa na korešpondenciu: Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., ÚMEB n.f., Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

DŮSTOJNOST ČLOVEKA V STAROBE, CHOROBE A UMIERANÍ

Správa z medzinárodného kongresu Českej a Slovenskej lekárskej spoločnosti ^[1]

Medzinárodný odborný kongres venovaný problematike ochrany a rešpektovania dôstojnosti človeka v niektorých hraničných životných situáciách (staroba, závažná choroba, umieranie) sa uskutočnil 14. septembra 2005 pri príležitosti konania obnoveného medzinárodného veľtrhu zdravotníckej techniky a zdravotných pomôcok *Hospimedica 2005*, Brno (ČR), 13. - 16. 9. 2005. Organizovali ho v spolupráci Česká lekárska spoločnosť J. E. Purkyně (ČLS JEP) a Slovenská lekárska spoločnosť (SLS). Išlo o jedno z najvýznamnejších sprievodných podujatí veľtrhu, ktoré bolo súčasne aj 12. riadnym kongresom ČSL JEP (14. 9.).

Téma kongresu vhodne rezonovala s vecným a odborným zameraním veľtrhu, ktorý okrem inej zdravotníckej techniky, zdravotných pomôcok a materiálov predstavil aj imponujúci sortiment výrobkov pre osoby s telesným, zdravotným alebo zmyslovým postihnutím a na uľahčenie starostlivosti o osoby v ťažkom zdravotnom stave. Kongresu sa zúčastnili v hojnom počte lekári, sestry a iní zdravotníckymi pracovníci, sociálni pracovníci, ale aj členovia organizácií pacientov a osôb s telesným alebo zmyslovým postihnutím, zástupcovia charitatívnych organizácií, nadácií a ďalších orgnizácií mimovládneho sektora (okolo 600 riadne registrovaných účastníkov). Významným inovátnym prvkom bolo prevzatie záštity viacerých českých a slovenských odborných lekárskejších spoločností ČLS JEP resp. SLS nad jednotlivými tematickými sekciami kongresu.

Odborný program kongresu pozostával z dopoludňajšieho plenárneho zasadnutia, v rámci ktorého odozneli vyžiadané prednášky pozvaných hostí, a popoludňajších paralelných panelových diskusií, venovaných najaktuálnejším témam z dopoludňajšieho programu.

V rámci slávnostného otvorenia sa účastníkom prihovoril prezident ČLS JEP prof. J. Blahoš, viceprezident SLS prof. I. Riečanský (v zastúpení prezidenta SLS), predseda Senátu Parlamentu ČR MUDr. P. Sobotka a predseda Zdravotného výboru NR SR doc. J. Bielik. Zdôraznili význam samotného kongresu - a poukázali na spoločenské, odborné a sociálne presahy riešenej problematiky, ktorá i vzhľadom k aktuálnemu demografickému vývoju v európskych krajinách - vrátane Slovenska i Českej republiky, nadobúda na závažnosti i naliehavosti. Starnúca, „šedivejúca“ Európa dnes nevie, ako - a či vôbec bude schopná sa v budúcich desaťročiach postarať o svojich seniorov. Chýbajú totiž nielen finančné zdroje - a budú sa pravdepodobne ešte ďalej stenčovať, ale aj konkrétne ruky, ktoré by poskytlí oporu, podporu a pomoc - i potrebnú zdravotnú a sociálnu starostlivosť (vrátane ošetrovania a opatery). V tejto situácii sa niekedy ponúkajú, či presadzujú „rýchle“ a jednoduché „riešenia“. Jedným z nich je aj tzv. „milosrdná smrť“ - eutanázia a „pomoc“ pri samovražde, „pochopiteľne“ - za priamej účasti lekára, prípadne iného zdravotníckeho pracovníka. Podmienkou takého „riešenia“ však je, aby sa pripustilo, že život človeka niekedy nemá, či stráca svoju hodnotu a že človek v starobe, chorobe alebo umieraní stráca svoju dôstojnosť. Potom by už s ním bolo možné naložiť ako s vecou, či nejakým starým živočíchom, ktorú/kterého už nikto nepotrebuje... Kľúčovým poslanstvom kongresu bolo - napriek niektorým dysharmonickým ozvenám hlasov o vhodnosti, či výhodnosti „holandskej“ alebo „belgickej“ cesty - že takéto „riešenia“ nemajú mať v našich krajinách miesto ani perspektívu. Aspoň azda nie v najbližších desaťročiach.

Kongres poukázal na možnosti a oprávnenosť iných ciest, ako sa s narastajúcimi problémami civilizovane a skutočne ľudsky vyrovnáť. Ich základom je rešpektovanie

dôstojnosti človeka v akejkoľvek jeho životnej situácii. Ide o bezpodmienečné prijatie každého človeka ako človeka - a zabezpečenie podmienok a prostriedkov, ktoré by jeho dôstojnosti a skutočným potrebám primerane zodpovedali. V žiadnom prípade nejde o maličkosť, ani o jednoduché veci. Práve preto je potrebné pracovať a pripravovať ich už dnes. Veď ide nie o nejaké abstraktné osoby, ale o ľudí, ktorými dnes - zajtra môžu byť naši najbližší, alebo my sami.

Dopoludňajšie plenárne zasadnutie kongresu začalo pozvanou prednáškou prof. Š. Krajčíka (SZU Bratislava) na tému dôstojnosti starého človeka v podmienkach zdravotnej starostlivosti. Autor prezentoval zaujímavé výsledky nedávno završeného multicentrického výskumného projektu podporeného grantom Európskej komisie, ktorého sa zúčastnilo aj jeho pracovisko. Rešpektovanie dôstojnosti - a z nej vyplývajúcich práv každého človeka, zvlášť však pacienta (niekedy „klienta“), odkázaného - a preto zraniteľného, je základnou podmienkou poskytnutia adekvátnej starostlivosti. A ako sa ukázalo, jednoznačne prispieva ku kvalite, šetreniu zdrojov, ale aj k spokojnosti samotného lekárskeho, ošetrovateľského a ďalšieho „pomáhajúceho“ personálu.

Prof. M. Munzarová (Brno) sa venovala pohľadu na dôstojnosť človeka v umieraní. Autorke - lekárke - onkologičke a vedúcej Ústavu lekárskej etiky LF MU v Brne, v tomto roku vyšli vo vydavateľstve Grada až 3 celkom nové knihy s bioetickou tematikou [2]. Z toho jedna práve o problematike paliatívnej starostlivosti a eutanázie. Prof. Munzarová dôrazne upozornila na nebezpečenstvo pokusov o zavedenie eutanázie a „asistovanej samovraždy“, či o „uvolnenie“ trestných alebo iných paragrafov obsahujúcich jej absolútny zákaz. Poukázala aj na paradoxne zrejmu, i keď akoby zabúdanú skutočnosť, a to, že človek aj počas zomierania žije(!). A môže (má? má mať možnosť?!) svoje zomieranie dôstojne, s pokojom a vyrovnanosťou prežiť. Dnes sa však neraz k zomierajúcemu správa ako k už (sociálne, ľudsky) mŕtvemu... Vytlačá sa z pozornosti a záujmu okolitých ľudí, i najbližších, prežíva svoje posledné chvíle opustený blízkymi - a neraz i zdravotníkmi a opatrovateľmi. Útekom pred realitou smrti sa však všetci zúčastnení ochudobňujú aj o možnosť prežiť hlboké, ľudsky hodnotné a neopakovateľné okamihy. Ublížujú tak nielen svojmu zomierajúcemu - príbuznému, priateľovi, či pacientovi, ale aj sami sebe. Odchod človeka sa tak stáva skôr psychickou a sociálnou traumou, než príležitosťou na dôstojnú rozlúčku a završenie ľudského života. Pritom súčasná paliatívna liečba a starostlivosť (vrátane hospicov) umožňujú vytvoriť pre takýto cieľ vhodné a dôstojné podmienky.

Prof. G. Virt (Viedeň) poukázal na problém ochrany ľudskej dôstojnosti a práv terminálne chorých a umierajúcich osôb z pohľadu etiky aj medzinárodného práva, zvlášť vo vzťahu k platnému odporúčaniu Rady Európy k tejto problematike (prijaté v roku 1999), ktorého bol odborným autorom a konzultantom. Ochrana dôstojnosti a života človeka, zvlášť v situácii jeho oslabenia a ohrozenia - starobou, chorobou, alebo v situácii blížiacej sa smrti, je základom súčasnej európskej civilizácie. Opustenie týchto 'konštitutívnych princípov' by s najväčšou pravdepodobnosťou viedlo k jej zrúteniu.

Zaujímavou, i keď značne kontroverznou bola pozvaná prednáška Dr. R. Jonquiére (Amsterdam, Holandsko), predsedu holandskej spoločnosti za eutanáziu. Autor sa pokúsil v prednáške dokázať, že súčasná paliatívna starostlivosť a eutanázia si neodporujú, ale naopak, sú navzájom komplementárne a sa dopĺňajú („keď končí paliatívna starostlivosť, začína eutanázia“). Argumenty autora nenašli veľké pochopenie, či podporu medzi účastníkmi kongresu. V diskusii sa poukázalo na mnohé odlišnosti historického a kultúrneho vývoja i súčasnej situácie v Holandsku (Belgicku) a iných krajinách „veľkej Európy“. Pozitívom

prednášky bola nielen informácia o aktuálnej situácii a vývoji problematiky v samotnom Holandsku (predstavujúcim akési „laboratórium eutanázie“), vrátane nedávneho rozšírenia „beztrestnosti eutanázie pri splnení zákonom stanovených podmienok“ aj na detských pacientov (rozhodujúce slovo majú rodičia dieťaťa a zdravotníci), ale aj názorná demonštrácia spôsobu uvažovania, argumentácie a nevyhnutných dôsledkov (medicínskych, etiko-morálnych, psychologických atď.) „uvoľnenia“ právnej bariéry vykonávania eutanázie pri jej garantovanej beztrestnosti (paradoxne, eutanázia je v Holandsku naďalej trestným činom, ale za splnenia podmienok daných zákonom sa lekár za jej vykonanie nepotrestá; eutanáziu nie je „oprávnený“ vykonať iný zdravotnícky pracovník, ani príbuzný pacienta).

V syntetickej záverečnej prednáške poukázal doc. J. Glasa (Bratislava) na východiská a úskalia aktuálnej diskusie o eutanázii v strednej Európe i vo svete. Podčiarkol, že naše krajiny sa musia holandskou a belgickou skúsenosťou vážne zaoberať – i keď postoje a riešenie tohoto problému, vzhľadom ku kultúrnym a historickým realitám bude v našich krajinách pravdepodobne odlišné. Je to dôležité aj preto, aby naše krajiny znovu objavovali svoje hlbšie civilizáčnne korene, schopné žiť a 'udržiavať zdravou' celú realitu našej mnohostrannej skutočnosti a budúcnosti. Originálne riešenia v našich krajinách nemusia nutne kopírovať „recepty“ vytvorené v celkom inom historickom a kultúrnom kontexte. Je však viac než isté, že naše dnešné rozhodnutia v tejto oblasti podstatne ovplyvnia život, existenciu i celkové smerovanie civilizácie žitej a budovanej generáciami, ktoré prídu na naše miesto v priebehu 21. storočia.

Prvá z popoludňajších panelových diskusií mala optimistický nádych. Poukázala na možnosti, ktoré prináša súčasná medicína – v spojení so zdravotnou a sociálnou starostlivosťou, i s edukáciou obyvateľstva o zdravom životnom štýle a možnostiach zvládania zdravotných a iných problémov hromadiacich sa v starobe – aby k pridaným rokom života, ktoré sú významným úspechom našej doby a rozvoja pozitívnych prvkov ľudskej civilizácie, sa pridávala stále viac i jeho kvalita a hodnotný obsah. Prof. E. Topinková (Praha) podala prehľad o špecifickej medicínskej problematike staršieho veku a pokázala na niektoré úskalia i „rezervy“ včasnej diagnostiky, prevencie a liečby ochorení u starších pacientov. Prof. I. Riečanský (Bratislava) sa venoval otázkam vplyvu staršieho veku na kardio-vaskulárny systém za relatívne fyziologických podmienok a v chorobe. Upozornil na novšie možnosti konzervatívnej i chirurgickej liečby, ktoré z kardiologického hľadiska umožňujú zachovať, či obnoviť primeranú fyzickú výkonnosť staršieho pacienta. MUDr. Z. Kalvach (Praha) v systematickej, koncepčnej prednáške poukázal na funkčné chápanie zdravia v starobe, kedy sa fyziologické involučné zmeny kombinujú s poruchami navodenými chorobou. MUDr. B. Jurašková (Hradec Králové) pripomenula zásady zdravej výživy v staršom veku – a novšie pohľady na oblasť dieterapie. MUDr. A. Jiroudková (Liberec) upozornila na stále sa rozširujúci sortiment a dostupnosť zdravotných pomôcok pre starších, ako aj na význam a poslanie liečenej rehabilitácie vo vyššom veku. MUDr. I. Holmerová (Praha) si položila otázku, či rozličné služby poskytované ľuďom vo vyššom veku majú byť „pre nich alebo (zabezpečované) s nimi“ – t.j. s aktívnou účasťou (vrátane rozhodovacích mechanizmov a plánovania) osôb, pre ktoré sú tieto služby určené.

Paralelný diskusný panel demonštroval narastajúci význam problematiky pre štátnu zdravotnú politiku. Ide totiž o úlohy v koncepčnej, riadiacej a realizačnej oblasti, ktoré sa nedajú náležite zabezpečiť bez aktívnej účasti príslušných štruktúr štátu a vyžadujú si nielen pružné prijímanie rozhodnutí na jednotlivých úrovniach riadenia štátnej zdravotnej politiky – až po regionálnu a miestnu

úroveň, ale aj kontinuálnu a sústredenú pozornosť vytváraníu podmienok celému spektru poskytovateľov a vykonávateľov potrebnej zdravotnej a sociálne starostlivosti a pomoci. Dr. P. Březovský (MZ ČR) hovoril o predpokladoch pre tvorbu koncepčnej zdravotnej politiky v oblasti paliatívnej starostlivosti, pričom referoval o aktuálnej situácii a perspektívach z pohľadu Českej republiky (ČR). Mgr. K. Šimková (MZ SR) poskytla informácie o aktuálnej koncepcii a zabezpečení paliatívnej starostlivosti v Slovenskej republike. MUDr. H. Jakubíková (Trenčín) hovorila o súčasniach a aktuálnych modeloch paliatívnej starostlivosti. Prim. MUDr. K. Križanová (NOÚ Bratislava) poukázala na súvislosti a rozlišovanie medzi paliatívnou liečbou a paliatívnou starostlivosťou. Rozhodnutia, ktoré ošetrojúci lekár musí denne prijímať pri lôžku pacienta v mnohých prípadoch nie sú jednoduché. Vyžadujú si dôkladné poznanie a rešpektovanie medicínskych a etických kritérií, ktoré na jednej strane zabezpečujú dôslednú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť a na druhej strane chránia pacienta pred zbytočnou a nadmernou („úpornou“) liečbou, ktorá nie je z medicínskeho ani etického hľadiska oprávnená. MUDr. O. Sláma (Brno) sa venoval kvantifikácii potreby paliatívnej starostlivosti v ČR a MUDr. P. Hroboň (VZP Praha) si z hľadiska zdravotnej poisťovne položil otázku „koľko paliatívnej starostlivosti si v ČR možno dovoliť“. Ďalší členovia panelu sa venovali úlohe odborných lekárskejších spoločností pri rozvoji paliatívnej starostlivosti (prof. J. Vorlíček, Brno – onkológia, prof. J. Vítovec, Brno – interná medicína a kardiológia). MUDr. Z. Bystřický (IPVZ Praha) poukázal na potrebu a možnosti špecializačného (postgraduálneho) vzdelávania. V diskusii sa zvýraznil význam paliatívnej medicíny i paliatívnej starostlivosti pre súčasnú medicínu a zdravotníctvo ako celok. Okrem špecifických otázok sľubne sa rozvíjajúceho odboru ide aj o vhodnú aplikáciu metód a prístupov paliatívnej medicíny v dennej medicínskej a ošetrovateľskej praxi – a o zabezpečenie potrebných materiálnych a ľudských zdrojov na ich realizáciu.

Prvý z nasledujúcej dvojice diskusných panelov bol venovaný problematike paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Panel predovšetkým umožnil výmenu informácií a skúseností poskytovateľov tejto starostlivosti – či už príslušných organizácií a inštitúcií (hospice, oddelenia paliatívnej starostlivosti, ADOS-y, ambulancie pre liečbu chronickej bolesti ai.) alebo konkrétnych odborníkov z okruhu zdravotníckych, prípadne iných „pomáhajúcich profesií“, ktoré sa na zabezpečení tejto komplexnej, multidisciplinárnej starostlivosti podieľajú. Panel mal medzinárodný charakter. Uviedla ho informatívna prehľadová prednáška Dr. T. O'Brien (Írsko) o prístupoch k zabezpečeniu paliatívnej a hospicovej starostlivosti v rámci Európy. MUDr. M. Svatošová (Ecce homo, Praha), zakladateľka a vedúca osobnosť českého a moravského hospicového hnutia, si vo svojom príspevku položila otázku o aktuálnom stave smerovaní hospicovej starostlivosti v ČR. Vývoj v poslednom desaťročí bol poznamenaný mnohými úspechmi, vrátane vybudovania siete hospicov v ČR a zabezpečenia ich fungovania na báze dodržiavania vysokého medicínskeho, ošetrovateľského i etického štandardu. PhDr. P. Dobřiková (TU Trnava) referovala o súčasnom stave hospicovej a paliatívnej starostlivosti v SR. A. Mišoňová (Praha) sa venovala perspektívam domácej hospicovej starostlivosti v ČR. Zaujímavý pohľad, opretý o dlhoročné praktické osobné skúsenosti priniesla prednáška MUDr. Mgr. M. Opatrne (Praha) o význame pastoračnej starostlivosti, t.j. duchovnej pomoci, v rámci paliatívnej starostlivosti. PhDr. I. Gulášová (Bratislava) poukázala na náročné aspekty komunikácie sestry s terminálne chorým a umierajúcim pacientom.

Záverom a určitým vyvrcholením odborného programu kongresu bol medzinárodný diskusný panel venovaný problematike eutanázie. O prípravu a moderovanie nároč-

„Krajiny, ktorých obyvatelia v minulosti dlho žili pospolu, sa znovu spájajú v dialógu, aby svojím posolstvom oslovili svedomie obyvateľov sveta.“ (JG)

ného programu panelu, ktorý uviedli krátke príspevky otvorených zástancov (Dr. R. Jonquiére, Holandsko; prof. P. Pafko, Praha) i odporcov eutanázie (prof. M. Munzarová, Brno) a doplnili prehľadné referáty venované definíciám jednotlivých pojmov a ich vývoju v histórii filozofického (etického) myslenia v Európe a vo svete (Mgr. J. Kuře, Brno) a v kontexte českého a moravského zdravotníctva (MUDr. D. Pohunková, Praha), požiadali organizátori zástupcu Centrálny etickej komisie MZ SR (doc. Glasa). Jednotlivé príspevky, i samotná diskusia poukázali na narastajúci význam i kontroverzný charakter súčasnej európskej debaty o eutanázii (a do istej miery i debaty českej a slovenskej, i keď dosiaľ prítomnej v oveľa menšej miere, či naliehavosti). Ide o debatu, ktorá zároveň otvára diskusiu o mnohých ďalších – „večných problémoch“ človeka a ľudstva, ktoré akoby na prvý pohľad s ňou nesúviseli. Akcent súčasnej debaty predstavuje aktuálna demografická situácia a jej závažné ekonomické a sociálne dôsledky. Tie sú navyše spojené s rastúcimi požiadavkami na „kvalitu života“, životnú úroveň („definovanú“ dnes najmä mierou spotreby a napĺňania potrieb, či skôr priání a túžob) a umožnenie čo najplnšej autonómie v rozhodovaní a konaní jednotlivca (aspoň pokiaľ ide o „našu“ – „euroamerickú“ kultúrnu oblasť). V kontraste s týmito požiadavkami je až alarmujúci nárast osamelosti (post)moderného človeka, pokračujúca fragmentácia a depersonalizácia v oblasti medziľudských vzťahov. Pridávajú sa zmeny v podmienkach existencie a fungovania rodiny, ako aj viac alebo menej vnímaná „kríza hodnôt“, spojená so stratou chápania zmyslu ľudskej existencie a jej smerovania na individuálnej i „spoločnej“ (sociálnej) úrovni. V diskusií rezovali aj obavy zdravotníkov, aby sa – podobne ako napr. v prípade umelého potratu – nestali púhymi vykonávateľmi rozhodnutí iných. V tomto prípade „ukončovateľmi života pacienta na jeho žiadosť“. Tými, ktorí by boli povinní iným spoluobčanom zabezpečiť naplnenie ich tzv. „práva na smrť“. Takýto postup je v súčasnosti v príkrom rozpore s étosom všetkých zdravotníckych povolání – a v Slovenskej republike (podobne ako v absolútnej väčšine krajín sveta) aj v rozpore so zákonom. Prítomní vyjadrili nádej, že spoločnosť, resp. medicína a zdravotníctvo – aspoň v našich zemiach, nikdy neklesnú tak hlboko.

Kongres priniesol prezentáciu zaujímavých a podnetných poznatkov o aktuálnych témach súčasnosti, ktoré sú spoločným problémom nielen medicíny, zdravotníctva a sociálneho zabezpečenia, ale v narastajúcej miere aj problémom celej spoločnosti, jej aktuálneho i budúceho smerovania, a to tak v národnom, ako aj v medzinárodnom meradle. Veľký záujem zodpovedných, otvorená diskusia formou multilaterálneho dialógu, významná a aktívna účasť predstaviteľov patientskych organizácií, ako aj výborná atmosféra a organizačné zabezpečenie podujatia dovoľujú považovať tento kongres za významné spoločné vykročenie správnym smerom.

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.

[1] Predchádzajúca, kratšia verzia tohoto materiálu bola uverejnená v časopise Zdravotnícke noviny (Sanoma Magazines – Slovensko, Bratislava).

[2] Pozri krátke recenzie uverejnené v inom mieste tohoto čísla nášho časopisu.

Adresa na korešpondenciu: Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc., ÚMEB n.f., Limbová 12, 83303 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

Dňa 13. októbra 2005 usporiadali Spolkové ministerstvo vzdelávania, vedy a kultúry a Spolkové ministerstvo zahraničných vecí Rakúskej republiky (RR) v rámci aktív „Rakúskeho roku - Rakúsko 2005“ v priestoroch rakúskeho veľvyslanectva v Bratislave jednodňové bilaterálne rakúsko-slovenské sympóziu s názvom „Bioetika“. Odbornými garantami programu sympózia boli „národné“ bioetické komisie oboch krajín. Lokálnu záštitu nad sympóziom prevzal minister zdravotníctva Slovenskej republiky (SR). Organizačnú stránku zabezpečoval Rakúsky kultúrny inštitút v Bratislave v spolupráci s veľvyslanectvom Rakúskej republiky pod osobnou záštitou pána veľvyslancu.

Slávnostného otvorenia sympózia sa zúčastnili predstavitelia usporiadajúcich a hostiteľských inštitúcií, ktorí vystúpili so slávnostnými príhovormi a pozdravmi. V nich zdôraznili spoločné historické a kultúrne tradície oboch susedských krajín a poukázali i na vývoj v posledných desaťročiach, zvlášť po páde „železnej opony“, ktoré spolu vytvorili neobyčajne priaznivé predpoklady pre mnohostrannú vzájomnú spoluprácu a dialóg. Výzvy modernej doby sa zvláštnym spôsobom koncentrujú práve v oblasti, ktorá sa stala hlavnou témou spoločného sympózia – v oblasti bioetiky. Súvisí to s akceleračným vývojom medicíny, biologických vied a nových (bio)technológií – a so zrýchlenou aplikáciou ich výsledkov v praxi. Riešenie etických, právnych a sociálnych dopadov tohoto vývoja neobchádza dnes žiadnu moderne sa rozvíjajúcu krajinu. Vývoj debaty o týchto problémoch na „národnej“ úrovni môže mať neskôr dopad aj na úrovni medzinárodnej – až globálnej (medzinárodné dohody, deklarácie, odborné usmernenia apod.).

Odborný program sympózia prebiehal v troch samostatných blokoch.

Predpoludňajší program bol venovaný mapovaniu tém a priebehu aktuálnej bioetickej debaty prebiehajúcej v oboch susedných krajinách – a to z pohľadu oboch „národných“ etických komisií. Za rakúsku stranu predniesol úvodný súhrnný referát prof. J. Huber, ktorý poukázal na aktuálnu „poveternostnú situáciu“ v bioetike v Európe i vo svete, a ako súvisí s dňom v tejto oblasti v Rakúsku. V popredí záujmu sú klonovanie, kmeňové bunky, genetika, eutanázia, vzťahy medzi pacientami a zdravotníckymi pracovníkmi, problém financovania zdravotníctva, dostupnosti a zabezpečenia zdravotnej starostlivosti (zvlášť v rizikových, marginalizovaných skupinách osôb – napr. sociálne slabšie skupiny, starí ľudia, migranti). Napriek určitému konzervativizmu, zasahujú aktuálne bioetické problémy stále viac do povedomia spoločnosti. Tento trend sa pravdepodobne bude ďalej prehľbovať. Vývoj a aktuálnu situáciu v SR priblížil doc. J. Glasa. Poukázal na úspešný vývoj inštitucionalizácie bioetiky a kľúčové témy, ktoré sa riešili najmä v legislatívnej oblasti (novela zákona o umelom potrate, novelizácia zdravotníckych zákonov, úprava o zákaze klonovania, novela trestného zákonníka ai.). V súčasnom období sa na pôde Ministerstva zdravotníctva (MZ) SR pripravuje návrh zákona o biomedicíne. Detaily vývoja rakúskej debaty o bioetickej oblasti v uplynulom desaťročí bližšie rozobral prof. G. Virt.

Popoludňajší program bol venovaný diskusií o dvoch vzájomne súvisiacich tematických okruhoch – problematike tzv. biobáňk a bábok pupočníckovej krvi. Obe krajiny v súčasnosti pripravujú v tejto oblasti legislatívne úpravy, preto vzájomná výmena skúseností členov oboch „národných“ etických komisií bola zvlášť užitočná. Problematika

ku priblížili renomovaní prednášatelia: *prof. G. Endler* (RR) – populačné biobanky, *prof. K. Zatloukal* (RR) – tkanivové banky ako dôležitý zdroj biologického materiálu pre moderný onkologický výskum, *prof. R. Greil* (RR) – súčasný a perspektívny význam biobáň pre medicínsku prax, *doc. J. Koller* (SR) – tkanivové banky a biobanky na Slovensku vo svetle novej a pripravovanej legislatívy, *doc. J. Glasa* (SR) – biobanky a ich aktuálne etické aspekty z pohľadu Slovenska, *Prof. K. – H. Preisegger* (RR) – banky pupečníkovej krvi v Rakúsku, pohľad súkromného poskytovateľa, *dr. J. Kurz* (RR) – pohľad rakúskeho MZ, *doc. M. Hrubisko* (SR) – uchovávanie pupečníkovej krvi pre potreby rodiny, história a rozvoj na Slovensku, *dr. Z. Hamid* (SR) – Slovenský register placentárnych krvotvorných buniek.

Sympóziu výrazne prispelo k zlepšeniu vzájomnej informovanosti, spolupráci a dialógu medzi poprednými predstaviteľmi odbornej verejnosti obidvoch krajín – SR i RR. Účastníci zdôraznili potrebu napomáhať aj širšej verejnej diskusii o preberaných problémoch, keďže obe krajiny očakávajú v bližšej budúcnosti závažné legislatívne rozhodovania. Predstavitelia oboch „národných“ etických komisií a zástupcovia spolu-organizujúcich inštitúcií vyjadrili radosť, že ďalšie „bioetické“ podujatie z cyklu Bioetika sa už plánuje (uskutoční sa pravdepodobne v prvom polroku 2006 v Košiciach alebo v Bratislave).

**Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.,
Mgr. Katarína Glasová**
ÚMEB n.f., Bratislava

NOVÁ WEBOVÁ STRÁNKA ÚMEB

V druhom polroku tohto roku sa po dlhšom čase priprav podarilo uviesť do prevádzky webovú stránku nášho ústavu v slovenskej verzii (na adrese <http://www.imeb.sk>). Jej poslaním je sprostredkovať širšej slovenskej i medzinárodnej internetovej verejnosti aktuálne informácie o činnosti ústavu, ale aj informácie zo širokej oblasti súčasnej európskej a svetovej bioetiky. Bude postupne obsahovať materiály, dokumentáciu a obrazové spravodajstvo z významných podujatí ústavu (najmä z medzinárodných konferencií) a knižné publikácie a iné pôvodné materiály ústavu v elektronickej forme (formát PDF). Na stránke sú už vo formáte PDF umiestnené všetky čísla časopisu *Medicínska etika & Bioetika* od začiatku jeho vychádzania (rok 1994).

Zvláštna časť stránky bude venovaná problematike etických komisií. Mala by prinášať aktuality a metodické materiály potrebné pre prácu etických komisií a nevyhnutnú harmonizáciu ich činnosti v Slovenskej republike. Pozornosť sa bude venovať tak etickým komisiám posudzujúcim a monitorujúcim biomedicínsky výskum (vrátane klinického skúšania produktov a liekov), ako aj etickým komisiám pre klinickú bioetiku.

Stránka obsahuje aj užitočné internetové kontakty (linky) na významné európske a svetové informačné zdroje a inštitúcie. V krátkom čase by mala začať fungovať aj zrkadlová anglická verzia.

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.
vedúci ÚMEB

NEW WEB PAGE OF IMEB

In the second half of this year, after some period of preparations, the web page of IMEB n.f. has been launched (internet address – <http://www.imeb.sk>). The web page should give the broader Slovak and international audience an up-to-date information on activities of the Institute, as well as the information about the broad and very dynamic field of con-

temporary European and international bioethics. It should contain in an electronic, downloadable format the materials, documents and reports from important events taking place with the participation of, or directly at IMEB (esp. international conferences), and also books and other publications and materials prepared by the IMEB's staff. The web page contains all issues of the journal *Medical Ethics & Bioethics* since the start of its publishing (in 1994).

A special section of the web page will be devoted to the ethics committees (both research and clinical bioethics ones). It should aim at harmonization of ethics committees' work in Slovakia, and at the necessary education of their members and „users“ (i.e. researchers, health professionals, sponsors, etc.), and also the broader public.

The web page will give also links to other interesting web sites and important internet – based resources. It will be run in Slovak and English version mirroring each other.

Assoc. Prof. Jozef Glasa, PhD.
Director of IMEB n.f.

Konferencie, kongresy v roku 2005 – Conferences, Congresses in 2005

Slovenská republika – Slovak Republic (International Conferences)

♦ **Austrian – Slovakian Symposium „Bioethics“**, 13. 10. 2005, Bratislava (Slovakia) – Austrian Cultural Centre Bratislava in collaboration with National Bioethics Committee of Austria, Central Ethics Committee of the Ministry of Health of the Slovak Republic (www.imeb.sk)

Európa, svet – Europe, World

♦ **Research Ethics Committees in Europe: Facing the Future Together**, 27. – 28. 1. 2005, Brussels (Belgium) – Directorate C - Science and Society, DG Research, European Commission (Rainer.Gerold@cec.eu.int)

♦ **The Responsible Conduct of Research**, 3. – 4. 6. 2005, Warsaw (Poland) (agorski@ikp.pl)

♦ **Ethical Aspects of Clinical Research**, 22. – 25. 5. 2005, Vienna (Austria) – Vienna School of Clinical Research (Vienna, Austria) (www.vscr.at)

♦ **International Conference on Science, Law, Ethics**, 29. 5. – 2. 6. 2005, Haifa (Israel) (www.science-law-ethics.com)

♦ **Vienna Initiative to Save European Academic Research (VISEAR)**, 30. 5. 2005, Vienna (Austria) (christiane.druml@meduniwien.ac.at)

♦ **Copenhagen Summer School in Research Ethics for Research Ethics Committees**, 27. 6. – 1. 7. 2005, Copenhagen (Denmark) (www.cvk.im.dk)

♦ **International Congress on Medical Law**, 15. – 19. 8. 2005, Seoul (South Korea) (www.waml2005.com)

♦ **Ethics and Philosophy of Emerging Medical Technologies**, 24. – 27. 8. 2005, Barcelona (Spain) – European Society for the Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH) (b.gordijn@efg.umcn.nl)

♦ **Pharmacotherapy and Its Rationalization**, 28.- 29. 10. 2005, Zagreb (Croatia) (zznidarc@inet.hr)

♦ **4th World Conference on Bioethics**, 21. – 25. 11. 2005, Gijón (Spain) – International Society of Bioethics (www.sibi.org).

♦ **Journées annuelles d'éthique**, 29. – 30. 11. 2005, Paris, Comité consultative national d'éthique (contact@comite-ethique.fr)

♦ **ERA: Stem Cell Research**, 15. – 16. 12. 2005, Brussels, (Belgium) (www.erateps2005.eu.com)

POKYNY PRE AUTOROV / INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

1. Rukopisy majú byť napísané v spisovnom slovenskom alebo anglickom jazyku na kvalitnom papieri formátu A4 (60 znakov, 30 riadkov na jednu stranu), najlepšie elektrickým písacím strojom alebo laserovou tlačiarnou počítača.

2. Pokiaľ možno prosíme dodať rukopisy napísané aj v niektorom z bežných textových editorov (napr. T602, Word Perfect, MS Word, atď.) na diskete s uvedením mena autora, názvu príslušného súboru a použitého textového programu.

3. Rozsah príspevkov: a) pôvodné práce a prehľady: do 10 strán textu (vrátane zoznamu literatúry) a najviac 5 príloh (obrázky, grafy, tabuľky, a pod.), b) listy redakcii, recenzie, správy z kongresov a konferencií, a pod.: do 4 strán textu a 2 príloh.

4. Titulná strana rukopisu má obsahovať názov práce, mená a priezviská všetkých autorov príspevku (vrátane ich akademických titulov), názov pracoviska (pracovník) autora (autorov) s uvedením mena a priezviska vedúceho pracoviska (vrátane titulov). Pôvodná ako aj prehľadová práca má byť doplnená výstižným súhrnom, napísaným v rozsahu cca 10 - 20 riadkov, a zoznamom kľúčových slov (v slovenčine aj v angličtine). (Redakcia zabezpečí preklady súhrnov iba v osobitných prípadoch.)

5. Citovaná literatúra sa usporadúva abecedne podľa priezviska a skratky krstného mena (prvého) autora. V texte sa odvolanie na citovanú prácu označí uvedením poradového čísla citovaného literárneho prameňa [v zátvorkách].

Citácie prác z časopisov: (poradové číslo citácie), priezvisko autora, skratka jeho krstného mena (najviac 4 autori, ak je autorov 5 a viac, uvedú sa len prví traja a po čiarku "a spol." alebo "et al."), dvojbodka, plný názov citovanej práce (bodka), oficiálna skratka názvu časopisu, ročník, rok vydania, číslo, prvá strana, pomlčka, posledná strana citovaného príspevku, bodka. Pred číslo uviesť skratku "č", pred prvú stranu skratku "s". (Príklad (vymyslený): I. Mašura, J., Kopáč, L., Sedlák, V., a spol.: Problém parenterálnej výživy u pacientov v perzistujúcom vegetatívnom stave - etické aspekty. ME&B, 1, 1994, č. 2, s. 12 - 14.)

Citácia knihy: priezvisko autora (autorov), skratka krstného mena, dvojbodka, plný názov knihy (bodka), vydavateľ, miesto, rok vydania, počet strán, citovaná/é strana/y. Citácia knižnej kapitoly: priezvisko autora (autorov), skratka krstného mena, dvojbodka, plný názov knihy (bodka), In: Citovaná kniha, prvá strana, pomlčka, posledná strana citovanej kapitoly. Pred prvú stranu uviesť skratku "s".

6. Dokumentácia príspevku môže obsahovať obrázky (ev. kvalitné ČB fotografie, prípadne negatívy), grafy a tabuľky. Každú prílohu uviesť samostatne na zvláštnom liste papiera v kvalitnom vyhotovení. Označiť na zadnej strane menom (prvého) autora, druhom prílohy (obr., tab., graf) a jej poradovým číslom.

7. Rukopisy sa zasielajú v dvoch kompletných exemplároch (vrátane dokumentácie) na adresu redakcie. V sprievodnom liste je potrebné uviesť presnú adresu autora pre korešpondenciu (vrátane telefónneho prípadne faxového čísla), úplný zoznam spoluautorov s názvom ich pracoviska a presnou adresou, ako aj prehlásenie o tom, že rukopis dosiaľ nebol uverejnený alebo poslaný na uverejnenie v inom medicínskom periodiku.

8. Zaslané rukopisy majú byť formulované definitívne. Pôvodné práce a prehľady sú pred prijatím na uverejnenie recenzované.

9. Redakcia si vyhradzuje právo vykonať na rukopise (vrátane jeho názvu) nevyhnutné redakčné úpravy, skrátiť ho, alebo po pripomienkach recenzenta vrátiť autorovi na upravenie.

10. Redakcia si vyhradzuje právo určiť poradie a konečnú úpravu rukopisu do tlače.

11. Rukopisy, ktoré nezodpovedajú celkovej koncepcii časopisu, alebo neboli upravené v súlade s pokynmi pre autorov a pripomienkami recenzentov, nemôžu byť uverejnené.

12. Vzhľadom na neziskový charakter časopisu uverejnené príspevky nie sú honorované.

1. Manuscripts submitted for publishing in "Medical Ethics & Bioethics" should be written in standard Slovak or English on a good quality white paper - format A4 (60 characters per line, 30 lines per page). Electric typewriter or PC laser (not matrix) printer should preferably be used.

2. Authors are encouraged to submit manuscripts also written on a diskette by using a common PC text editor (e.g. T602, Word Perfect, MS Word, etc.) - the name of the author, text file and the text editor used should be indicated on the label of the diskette.

3. Size of contributions: a) original articles and reviews: up to 10 text pages (including the list of references) and 5 pieces of enclosures (pictures, figures, tables), b) letters to the editor, book reviews, news, reports from scientific meetings, etc.: up to 4 text pages and 2 pieces of enclosures.

4. Title page of the manuscript should indicate the title of the contribution, names (incl. academic titles), institutions and addresses of all authors. Original as well as a review article should be accompanied by an abstract (size about 10 - 20 lines) and a list of key words in Slovak and English. (In some cases the translation of the abstract could be provided by the Editorial Office.)

5. References should be given in an alphabetical order according to the surname and initial(s) of other name(s) of the first author. Quotations in the text should be made by indicating the order number of the reference [in the brackets].

Individual references should be given according to the tentative examples given here:

a) journal articles: I. Mašura, J., Kopáč, L., Sedlák, V., et al.: Problém parenterálnej výživy u pacientov v perzistujúcom vegetatívnom stave - etické aspekty. ME&B, Vol. 1, 1994, No. 2, p. 12 - 14.

b) articles in the book: Johnson, V.: Persistent vegetative state - medical aspects. In: Shaw, T. S. (ed.): Persistent vegetative state. Irwin Books Ltd., Bratislava, 1994, 386 pages, p. 31 - 49.

6. Documentation of the manuscript could comprise pictures (ev. good quality photos, or negatives), figures and tables. Every item should be enclosed on a separate sheet of paper (not included in the text), made up in a good quality. Author's name, type of documentation (picture, table, figure) and its order number should be indicated overleaf.

7. Manuscripts should be mailed as two complete copies (including documentation) to the address of the editor. In the accompanying letter the address of author to whom the correspondence should be directed (incl. telephone, or fax numbers), as well as a complete list of other authors together with the names of institutions and authors' addresses should be indicated.

The letter should contain also the statement on the originality of submitted manuscript (i. e. that it has not yet been published or submitted for publication elsewhere).

8. Manuscripts submitted should be formulated in a final form. Original papers as well as review articles are subjected to the peer review process before their acceptance for publication.

9. Editorial Board reserves itself the right to make necessary editorial changes of the manuscript (including its title), to shorten the original text, or returning the manuscript to the author for adjustments according to the recommendations of the reviewers.

10. Editorial Board reserves itself the right to determine the order and final adjustment of the manuscripts for the publication.

11. Manuscripts that do not meet the overall conception of the journal, or those not prepared according to the Instructions for Authors and recommendations of reviewers cannot be accepted for the publication.

12. According to the non-profit character of the journal the authors of manuscripts published are not entitled to any financial honorarium.

Súhrnný obsah ročníka 12 (2005) / Cumulative Contents of the Vol. 12 (2005)

No. 1

■ Citát/Quotation	1
- Precautionary Principle. [Princíp opatrnosti.] <i>COMEST</i>	1
■ Pôvodné práce/Original papers	2
- Confidentiality and Duty to Warn the Third Parties in HIV/AIDS Context. [Mlčanlivosť a povinnosť varovať tretiu stranu v kontexte HIV/AIDS.] <i>A. Širinskiene, J. Juškevičius, A. Narbekovas</i>	2
■ Krátke príspevky/Brief Communications	7
- Training and Dissemination of Good Practices for Research Ethics Committees: Standardization, Harmonization and Collaboration [Výcvik a rozširovanie správnych postupov etických komisií pre výskum: Štandardizácia, harmonizácia a spolupráca.] <i>J. Glasa</i>	7
- Activities of the Central Ethics Committee of the Ministry of Health of the Slovak Republic (2002 - 2005). [Aktivity Centrálny etickej komisie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky (2002 - 2005).] <i>J. Glasa</i>	8
■ Dokumenty/Documents	10
- International Declaration on Human Genetic Data. [Medzinárodná deklarácia o ľudských genetických údajoch.] <i>UNESCO</i>	10
- Imperative of "Signs of Clinical Death" for Organ Transplants. [Zásadný význam „znakov klinickej smrti“ pre transplantácie orgánov.] <i>John Paul II</i>	14
■ Recenzie/Book Reviews	15
- Baumans, P.: Kant und die Bioethik. <i>K. Glasová</i>	15
- Seglow, J. (Ed.): The Ethics of Altruism <i>K. Glasová</i>	15
- Fobel, P., Banse, G., Kiepas, A., Zecha, G. (Eds.): Rationalität in der angewandten Ethik <i>J. Glasa</i>	16

No. 2 - 4

■ Citát/Quotation	1, 14
- Ethical Aspects of ICT Implants in the Human Body. <i>EGE</i>	1
■ Krátke príspevky/Brief Communications	7
- International Clinical Bioethics Course Taught in the Teaching Hospital in Bratislava. [Medzinárodný kurz klinickej bioetiky uskutočnený v jednej fakultnej nemocnici v Bratislave.] <i>J. Glasa, K. Glasová, H. Glasová</i>	2
- Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní - Niekoľko poznámok k situácii v Slovenskej republike. [Human Dignity in the Elderly, Ill and Dying: Some Remarks to the Situation in the Slovak Republic.] <i>J. Glasa</i>	5
■ Dokumenty/Documents	6
- Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. [Všeobecná deklarácia o bioetike a ľudských právach.] <i>UNESCO</i>	6
- Considerations of the Scientific and Ethical Problems Related to Vegetative State. [Stanovisko k vedeckým a etickým problémom spojeným s vegetatívnym stavom.] <i>FIAMC & PAL</i>	10
- Moral Reflections on Vaccines Prepared from Cells Derived from Aborted Human Foetuses. [Morálne úvahy o vakcínach pripravených na bunkách získaných z potratených ľudských plodov.] <i>PAL</i>	11
■ Recenzie/Book Reviews	21
- Colson, Ch., W., Cameron N. M. De S. (Eds.): Human dignity in the biotech century. <i>J. Glasa</i>	14
- Munzarová, M.: Lékařský výzkum a etika. <i>H. Glasová</i>	16
- Munzarová, M.: Zdravotnícká etika od A do Z. <i>H. Glasová</i>	16
- Munzarová, M.: Euthanasie nebo paliativní péče? <i>H. Glasová</i>	17
■ Správy, oznamy/Reports, announcements	21
- Európska konferencia etických komisií pre biomedicínsky výskum. [European Conference of Research Ethics Committees.] <i>J. Glasa</i>	17
- Dôstojnosť človeka v starobe, chorobe a umieraní: Správa z medzinárodného kongresu. [Human Dignity in the Elderly, Ill and Dying: International Congress Report.] <i>J. Glasa</i>	19
- Rakúsko - slovenské sympóziium „Bioetika“ [Austrian - Slovakian Symposium „Bioethics“] <i>J. Glasa & K. Glasová</i>	21
- Nová webová stránka ÚMEB [New Web Page of IMEB] <i>J. Glasa</i>	22
- Konferencie, kongresy v roku 2005 [Conferences, Congresses in 2005.]	22
■ Pokyny pre autorov/Instructions for authors	23
■ Obsah ročníka 12 - 2005/Cumulative Contents of Vol. 12 - 2005	24

Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Redakčná rada/Editorial Board: M. Babál, J. Ďačok, R. Frydrieh, M. Glasová, K. Glasová, T. Krčméryová, J. Labus, J. Matulník, J. Palašák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A. Bajan, I. Ďuriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčméry ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, F. Makai, E. Mathéová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T. Hope (Oxford), L. Gormally (London), H. Klaus (Washington), S. Leone (Palermo), T. Lajkep (Brno), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), R. Pegoraro (Padova), D. Sacchini (Rome), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Prague), K. Šipr (Brno), H. Watt (London) ■ Výkonný redaktor/Executive Editor: H. Glasová ■ Adresa redakcie/Address: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f./Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f., Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (+421-7) 59369472 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f. Bratislava.

ISSN 1335-0560

<http://www.elis.sk/etika/etika.html>, www.imeb.sk

PRINTED IN SLOVAKIA

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics, založený ako časopis Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave. Je určený pracovníkom etických komisií v Slovenskej republike, ako aj najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti. Má tiež za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prínáša informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprinty legislatívnych materiálov a smerníc pre oblasť bioetiky, listy redakcii a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojjazyčne. Vedecké práce publikované v časopise musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám (pozri Pokyny prispievateľom).

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics, founded as the journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics in Bratislava. It aims to serve the informational and educational needs of the members of ethics committees in the Slovak Republic and the broadest medical and health audience as well. It aims also to enhance the international exchange of information in the field of medical ethics and bioethics. The information published comprises news, original papers, review articles, reprints of national and international regulatory materials, letters, reviews. Contributions and materials are published in Slovak or English. Chosen materials are published in both languages. Scientific papers published in ME&B must respect the usual international standards (see Instructions for authors)