

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 2011 Vol. 18 No. 3 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- Why responsible research and innovation? [Prečo zodpovedný výskum a inovácie?] R. Von Schomberg	1, 12
■ Sympóziu/Symposium	2
<i>Sympóziu s medzinárodnou účasťou - „Etika v súčasnej medicíne a zdravotnej starostlivosti“: Program a abstrakty/Symposium with International Participation - “Ethics in Contemporary Medicine and Health Care”: Program and Abstracts, Bratislava, 27. 10. 2011</i>	2
- Program sympózia/Symposium Program	2
- Stručná história vývoja medicínskej etiky a bioetiky na Slovensku v SR po roku 1990./Brief history of development of medical ethics and bioethics in Slovakia after 1990. J. Glasa, H. Glasová	3
- Zweiklassenmedizin aus der Perspektive des Arztes. /Medicína dvoch tried z pohľadu lekára. J. Bonelli	4
- Dústojnosť človeka a lekárska etika dnes. /Human dignity and medical ethics today. M. Munzarová	5
- Aktuální situace v rozhodování v závěru života v České republice. /Contemporary situation in the end of life decision making in the Czech Republic. J. Šimek	5
- Problematika mozgovej smrti./Problem of the brain death. P. Volek	6
- Výučba medicínskej etiky na LF UK v Bratislave. /Teaching of medical ethics at the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava. M. Mojzešová, J. Trizuljaková, V. Ozorovský	8
- Výučba etiky v ošetrovatelstve na FOaZOŠ SZU v Bratislave. /Teaching of nursing ethics at the Faculty of Nursing and Professional Health Studies of the Slovak Medical University in Bratislava. T. Krčméryová, M. Musilová, Z. Grabczak	8
- Fotogaléria/Photogallery	10
■ Dokumenty/Documents	12
- Resolution 1763 (2010) - The right to conscientious objection in lawful medical care./Rezolúcia 1763 (2010) - Právo na výhradu svedomia v zákonnej zdravotnej starostlivosti. Council of Europe - Parliamentary Assembly	12
- WMA Declaration on End-of-Life Medical Care./Deklarácia o lekárskej starostlivosti na konci života. World Medical Association (WMA)/Svetová asociácia lekárov	12
- WMA Statement on Social Determinants of Health./Vyhlásenie o sociálnych determinantoch zdravia. World Medical Association	14
- WMA Statement on the Professional and Ethical use of Social Media. /Vyhlásenie o profesionálnom a etickom používaní sociálnych médií. World Medical Association	14

CITÁT / QUOTATION¹

Why responsible research and innovation?

There is a significant time lag (this can be several decades) between the occurrence of technical inventions (or planned promising research) and the eventual marketing of products resulting from RTD and innovation processes. The societal impacts of scientific and technological advances are difficult to predict. Even major technological advances such as the use of the internet and the partial failure of the introduction of GMOs in Europe have not been anticipated by governing bodies.

At the same time, we are confronted with the Collingridge dilemma, implying that ethical issues could be easily addressed early on during technology design and development whereas in this initial stage the development of the technology is difficult to predict. Once the social and ethical consequences become clearer, the development of technology is often far advanced and its trajectory is difficult to change.

(continued, p. 12)

¹ Text taken from (p. 8-9): Von Schomberg, R.: Introduction. In: Von Schomberg, R. (Ed.): Towards responsible research and innovation in the information and communication technologies and security technologies fields, European Commission, DG for Research and Innovation, Luxembourg, Publication Office of the European Union, 2011, 217 pgs, pb, ISBN 978-92-79-20404-3, p. 8-9.

Ústav zdravotníckej etiky FOaZOŠ SZU
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK
Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f.
Slovenská spoločnosť klinickej farmakológie, o. z. SLS
Etická komisia SLS

SYMPÓZIUM S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

Etika v súčasnej medicíne a zdravotnej starostlivosti

pri príležitosti 20. výročia založenia
Katedry medicínskej etiky IVZ/SZU
v Bratislave

pod spoločnou záštitou

Doc. PhDr. Márie Musilovej, CSc., dekanky FOaZOŠ SZU
Prof. MUDr. Tibora Šagáta, CSc., dekana LF SZU

27. októbra 2011, 14:00-16:30

Kongresové centrum Ministerstva zdravotníctva SR
Bratislava, Limbová 2

www.bioetika.sk, www.klinickafarmakologia.sk

Institute of Health Care Ethics FNaPHS
Institute of Social Medicine & Medical Ethics FMCU
Institute of Medical Ethics and Bioethics, n. f.
Slovak Society of Clinical Pharmacology, b. a. SMA
Ethics Committee of SMA

SYMPOSIUM WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Ethics in Contemporary Medicine & Health Care

on the occasion of the 20th anniversary
of establishment of the Chair of Medical Ethics
of SPMI/SMU in Bratislava

under the patronage of

Prof. PhDr. Mária Musilová, PhD., dean FNaPHS SMU
Prof. MUDr. Tibor Šagát, PhD., dean FM SZU

October 27th, 2011, 14:00-16:30

Congress Centre, Ministry of Health SR
Bratislava (Slovakia), Limbová 2

www.bioetika.sk, www.klinickafarmakologia.sk

- 14:00–14:20** **Otvorenie, príhovory hostí/Opening ceremony, festive addresses**
Čestné predsedníctvo/Honorary Presidium: *M. Musilová, T. Šagát, V. Milovský, V. Ozorovský, A. Rakús, M. Beck, J. Bonelli, M. Munzarová, J. Šimek, P. Volek*
- 14:20–16:30** **Vyzvané odborné prednášky / Invited Lectures**
Predsedajúci/Chairpersons: *J. Šimek, P. Volek*
- 14:20–14:30** Stručná história vývoja medicínskej etiky a bioetiky na Slovensku po roku 1990
/Brief history of development of medical ethics and bioethics in Slovakia after 1990
J. Glasa, H. Glasová (Bratislava, Slovenská republika)
- 14:30–14:45** Genetik, Epigenetik und ihre ethischen Implikationen*/Genetika, epigenetika a ich etické implikácie
M. Beck (Vienna, Austria)
- 14:45–15:00** Zweiklassenmedizin aus der Perspektive des Arztes*/Medicina dvoch tried z pohľadu lekára
J. Bonelli (Vienna, Austria)
- 15:00–15:15** Dôstojnosť človeka a lekárska etika dnes/Human dignity and medical ethics today
M. Munzarová (Brno, Česká republika)
- 15:15–15:30** Aktuální situace v rozhodování v závěru života v České republice
/ Contemporary situation in the end of life decision making in the Czech Republic
J. Šimek (Praha – České Budějovice, Česká republika)
- 15:30–15:45** Problematika mozgovej smrti/ Problem of the brain death
P. Volek (Ružomberok, Slovenská republika)
- 15:45–16:00** Výučba medicínskej etiky na LF UK v Bratislave/Teaching of medical ethics
at the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava
M. Mojzešová, J. Trizuljaková, V. Ozorovský (Bratislava, Slovenská republika)
- 16:00–16:15** Výučba etiky v ošetrovatelstve na FOaZOŠ SZU v Bratislave/Teaching of nursing ethics
at the Faculty of Nursing and Professional Health Studies of the Slovak Medical University in Bratislava
T. Krčméryová, M. Musilová, Z. Grabczak (Bratislava, Slovenská republika)
- 16:15–16:30** Diskusia/Discussion
- 16:30** **Záver, koktail /Closing, cocktail**

* Prednáška v nemeckom jazyku./Vorlesung in Deutsch./Lecture in German.

STRUČNÁ HISTÓRIA VÝVOJA MEDICÍNSKEJ ETIKY A BIOETIKY NA SLOVENSKU PO ROKU 1990

Jozef Glasa, Helena Glasová

Ústav zdravotníckej etiky, Fakulta ošetrovateľstva a odborných zdravotníckych štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave a Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Bratislava, Slovenská republika

Na začiatku medzinárodného sympózia, usporiadaného pri príležitosti 20. výročia založenia Katedry medicínskej etiky Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve (IVZ, neskôr SPAM – Slovenská postgraduálna akadémia medicíny, t. č. SZU – Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave), sa ukázalo vhodným pripomenúť niektoré významné míľniky vo vývoji medicínskej etiky a bioetiky na Slovensku v období po zmenách odštartovaných „Nežnou (zamatovou) revolúciou“ v novembri 1989 (1, 3, 4).

Novo nadobudnutá sloboda znenazdania umožnila veľké kultúrne a ekonomické zmeny v krajine, ktorá predtým bola viac než štyri desaťročia súčasťou tzv. sovietskeho bloku. Priniesla aj nové, dovtedy neexistujúce možnosti pre vývoj v oblasti etiky zdravotníctva, medicíny, ošetrovateľstva, psychológie (5, 6), ako aj iných pomáhajúcich profesií. Dedičstvo „nedávnej“ totalitnej minulosti, s ktorým sa slovenská spoločnosť (i spoločnosti strednej a (juho)východnej Európy) dodnes neprestala (viac – alebo skôr menej úspešne) vyrovnávať (krachujúca marxistická, resp. leninská ideológia a jej vyjadrenia v spoločenskej realite i v málo prehľadnom priestore „humanitných“ vedných disciplín, vrátane filozofie/etiky), ostávalo naďalej reálne prítomné v osobách a inštitúciách, vrátane celého spektra akademických inštitúcií a organizácií, pričom sa otvorene alebo skryto konfrontovalo s novými skutočnosťami, prúdmi myslenia i kultúrneho vývoja, ktorý prebiehal v dovtedy relatívne blokovaných, odrazu však prístupných a živo, nástojčivo ovplyvňujúcich a vyzývajúcich medzinárodných kontextoch, predovšetkým európskych.

V oblasti medicínskej, ošetrovateľskej etiky a bioetiky sa na Slovensku podarilo využiť prvé obdobie dynamického, slobodného vývoja na pomerne rýchle a úspešné etablovanie týchto disciplín v nových, otvorených dimenziách a so silnými väzbami na aktuálne medzinárodné dianie a spoluprácu. Pozoruhodné úspechy sa dosiahli aj na poli vytvorenia inštitucionálnej bázy týchto novo koncipovaných disciplín, ktorou sa stal nielen systém etických komisií v lôžkových a vedecko-výskumných zdravotníckych zariadeniach a ústavoch (2, 4), ale aj postupne vznikajúce pracoviská spomínaných disciplín na akademickej pôde.

Zapojenie uvedených odborných aktivít na území Slovenska do aktuálneho medzinárodného úsilia sa uskutočňovalo jednak účasťou slovenských zástupcov v rôznych medzinárodných komisiách a pracovných/expertných skupinách (napr. na pôde Rady Európy, Svetovej asociácie lekárov, Svetovej zdravotníckej organizácie, neskôr na pôde Európskeho spoločenstva) a na medzinárodných vedecko-odborných podujatiach, ale aj konkrétnou odbornou spoluprácou s renomovanými pracoviskami v Európe a v zámorí. Podstatnou súčasťou tejto spolupráce bola pomoc zahraničných pracovísk a inštitúcií pri organizovaní špičkových medzinárodných sympózií, kongresov a edukačných aktivít na území Slovenska, ktoré prinášali do našich podmienok medzinárodnú odbornú úro-

veň a informácie. Vo viacerých prípadoch sa na tieto aktivity podarilo nadviazať aj spoluprácou pri riešení spoločných vedecko-výskumných projektov a vydávaní dovtedy chýbajúcej odbornej literatúry – knižnej i časopiseckej.

V tomto náročnom úsilí významné miesto patrilo prvému akademickému pracovisku medicínskej, ošetrovateľskej etiky a bioetiky, založenému v novom duchu a orientácii na pôde IVZ už v roku 1992 – Katedre medicínskej etiky IVZ. Od počiatku sa podarilo okolo katedry vytvoriť pomerne široký a živý okruh spolupracovníkov z rozličných vedeckých disciplín, ktorí sa neformálnym, ale veľmi účinným a obetavým spôsobom podieľali na činnosti katedry – na výučbe, spracovaní učebných textov, diapozitívov a iných pomôcok, zháňaní informácií a literatúry, ako aj na rôznych edukačných, expertíznych a konferenčných aktivitách. Dôkladné zmapovanie ľudsko-odborného rozmeru a obsahu tohto počiatočného, entuziastického obdobia nás ešte len čaká. Dôležitá bola spolupráca s vtedy veľmi aktívnou Centrálnou etickou komisiou Ministerstva zdravotníctva SR, i podpora samotného ministerstva.

Už v nasledujúcom roku viedli intenzívne aktivity pôvodnej katedry k založeniu spoločného edukačného a vedecko-odborného pracoviska IVZ a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LFUK) v Bratislave – Ústavu medicínskej etiky a bioetiky (ÚMEB, 1993). Vzniklo na základe bilaterálnej dohody riaditeľa IVZ a dekana LFUK. Prvotným cieľom a náplňou činnosti spoločného ústavu bolo zabezpečiť výučbu medicínskej etiky a bioetiky pre poslucháčov LFUK (pregraduálna výučba) v novej náplni a štruktúre – a zároveň rozvíjať výučbu na postgraduálnej úrovni v rámci kurzov IVZ i vlastných kurzov a ďalších edukačných aktivít ústavu. Rozvinula sa aj bohatá medzinárodná spolupráca, charakterizovaná širokým záberom osobných kontaktov, návštevou a aktívnou účasťou popredných osobností medzinárodnej medicínskej etiky a bioetiky na medzinárodných vedecko-odborných podujatiach v Bratislave i na iných miestach Slovenska.

V roku 1993 vznikla na podporu aktivít pôvodného ústavu Nadácia Ústav medicínskej etiky a bioetiky Nadácia ÚMEB). Hlavnou náplňou jej činnosti sa na počiatku (v spolupráci s vydavateľstvom Charis a. s.) stalo vydávanie medzinárodného bilingválneho vedecko-odborného časopisu Medicínska etika & Bioetika – Medical Ethics & Bioethics (1994) a podpora celoštátnych a medzinárodných konferenčných a publikačných aktivít. Nadácia ÚMEB sa k 1. 1. 2003 podľa zákona NR SR č. 34/2002 Z. z. o nadáciách transformovala na Neinvestičný fond Ústav medicínskej etiky a bioetiky (ÚMEB n. f.).

Pôvodný ÚMEB IVZ a LFUK, patrilo od svojho vzniku k vedúcim pracoviskám na Slovensku v odboroch medicínska etika, bioetika, etika v ošetrovateľstve a etika verejného zdravotníctva. Podieľal sa na vzniku prvých výučbových programov, textov, výskumných projektov a etických komisií v SR. S postupným útlmom činnosti pôvodného ústavu Nadácia ÚMEB preberala resp. suplovala mnohé z nich, vrátane úseku medzinárodných vzťahov, medzinárodných výskumných projektov a spolupráce.

V roku 2002 pôvodný ústav ako spoločné pracovisko SZU a LFUK zanikol. Oddelilo sa pracovisko na LFUK, ktoré sa ďalej rozvíjalo ako súčasť Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK (pozri aj rozšírený abstrakt autorov M. Mojžešová, J. Trizuljaková, B. Ozorovský v tomto čísle časopisu, s. 8). Na pôde SPAM, neskôr SZU pokračovalo pracovisko pod názvom ÚMEB.

Činnosť ÚMEB IVZ a LFUK a nadväzujúce aktivity ÚMEB n. f. boli základom pre vznik a rozvoj odborov medicínska etika, bioetika, etika v ošetrovateľstve a etika verejného zdravotníctva na Slovensku, ako aj pre zapojenie týchto odborov do európskeho a medzinárodného kon-

textu. Vybrané publikácie spolu/pracovníkov ÚMEB dokumentujú významné skutočnosti vo vzťahu ku vzniku a vývoju spomínaných odborov v SR a obsahujú konkrétne informácie o zástoji ÚMEB v týchto aktivitách. Na tieto aktivity mohli neskôr nadviazať ďalšie pracoviská bioetiky, resp. medicínskej a ošetrovateľskej etiky, ktoré postupne vznikali v akademickom prostredí na jednotlivých vysokých školách v Slovenskej republike, a to buď de novo, alebo postupnou obsahovou a štrukturálnou transformáciou a vývojom existujúcich pracovísk humanitných vedných disciplín.

Vybraná literatúra (k začiatkom bioetiky v SR)

1. Glasa, J.: Medical ethics and bioethics in the Slovak Republic (1990 - 1992). *Inter. J. of Bioeth.*, 4, 1993, č. 3, s. 228 - 230. 2. Glasa J., Holomán J., Klepanec J., Šoltés L.: Ethics committees and achievement of good clinical practice. *Thérapie*, 51, 1996, s. 369 - 372. 3. Glasa, J.: Bioethics and challenges of a society in transition: The birth and development of bioethics in post - totalitarian Slovakia. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 10, 2000, č. 2, s. 165 - 170. 4. Glasa, J., Bielik, J., Ďačok, J., Glasová, M., Porubský, J.: Ethics committees (HECs/IRBs) and health care reform in the Slovak Republic: 1990 - 2000. *HEC Forum*, 12, 2000, č. 4, s. 358 - 366. 5. Glasová, M., Stempelová, J.: Niektoré etické problémy psychologickej diagnostiky a psychoterapie v detskom veku. *Med. Etika. Bioet.*, 4, 1997, č. 3-4, 8-10. 6. Glasová, M.: Morálne otázky psychológie v perspektíve personalizmu. *Acta medica christiana slovacica*, 8, 2001, č. 1-2, s. 9-26.

(Ďalšia literatúra u autora.)

Korešpondencia/Correspondence to: Prof. MUDr. J. Glasa, CSc., PhD., Ústav zdravotníckej etiky, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Limbová 12 - 14, 83303 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: jozef.glasa@szu.sk

ZWEIKLASSENMEDIZIN AUS DER PERSPEKTIVE DES ARZTES

Johannes Bonelli

Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE), Wien, Österreich

In letzter Zeit hat sich wieder einmal eine Debatte über die Zweiklassenmedizin in Österreich und auch in anderen europäischen Ländern entzündet. Dabei zeigt sich, dass es sich hier um einen schillernden Begriff handelt mit dem es sich trefflich polemisieren lässt (1). Zweiklassenmedizin bezeichnet ein Gesundheitssystem in dem die Qualität der medizinischen Versorgung davon abhängt, ob der Patient gesetzlich Krankenversichert oder Privatzahler ist. Privatpatienten, wird behauptet, bekommen eine bessere medizinische Versorgung und hätten kürzere Wartezeiten auf Arzttermine bzw. Operationen als ein einfacher Krankenkassenpatient. Festzuhalten gilt, dass in den meisten europäischen Ländern ein gemischtes System angeboten wird, nämlich eine staatlich gemeinnützige Patientenversorgung auf der einen Seite und parallel dazu ein Angebot privater Sonderleistungen. Die Frage ist, inwieweit ein solches System asozial und daher ungerecht und inwieweit es berechtigt erscheint. Katastrophal wäre es, wenn hochqualifizierte Medizin nur den reichen Staatsbürgern zur Verfügung stünde, während sich finanziell schwache und arme Patienten mit einer zweitklassigen Medizin im wahrsten Sinn des Wortes begnügen müssten.

Es erscheint daher als eine unabdingbare Forderung der sozialen Gerechtigkeit, dass jeder Patient bei akuten, lebensbedrohlichen oder schmerzhaften Erkrankungen

ohne Ansehen der Person oder deren finanziellen Mittel, rasch eine optimale medizinische Versorgung erhält. Soweit ich es überblicke ist dies in den meisten europäischen Ländern der Fall. Betrachtet man allerdings den chronischen Sektor, so findet man eine Reihe von Einschränkungen der allgemeinen Kassenleistungen, bei denen Patienten mit einem hohen Einkommen Vorteile haben. Ich denke z.B. an die Einführung von Selbstbehalten bei Rezeptgebühren, Zahnbehandlungen, bei diversen Heilbehelfen oder auch an die Hotelkomponente in den Krankenhäusern. Hier ist vor allem die Gesundheitspolitik gefordert, denn es ist nicht leicht, das medizinisch und menschlich Notwendige von einem überzogenen Anspruchsdenken vieler Patienten zu trennen, das zunehmend um sich greift. Um diesem Dilemma halbwegs gerecht werden zu können, ist eine enge Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und den verantwortlichen Politikern erforderlich. Fatal ist die Situation immer dann, wenn mit der sozialen Krankenversorgung parteipolitische Interessen verfolgt werden

Die Frage ist freilich, inwieweit die Ärzteschaft selbst einer sogenannten Zweiklassenmedizin Vorschub leistet bzw. wo eine solche berechtigt ist und wo nicht. Relativ einfach ist der Sachverhalt dort, wo ein Patient einen elektiven Eingriff einfordert, der medizinisch nicht unbedingt indiziert ist, wie z.B. bei gewissen plastischen Operationen. Gegen eine „Zweiklassenmedizin“ auf dieser Ebene ist wohl nichts einzuwenden.

Ziemlich klar ist die Lage auch dort, wo sich Patienten paramedizinischen Behandlungen unterziehen wollen, die wissenschaftlich nicht gesichert sind. Hier muss vor allem an das Verantwortungsbewusstsein der Ärzteschaft und an das ärztliche Berufsethos appelliert werden. Im Artikel 5 des Hippokratischen Eides, dem sich der Großteil der Ärzteschaft weltweit immer noch verpflichtet fühlt, heißt es: „Lauter und redlich werde ich bewahren mein Leben und meine Kunst“. Damit ist jeder Form der Scharlatanerie eine Absage erteilt. Es ist vor allem auch die Aufgabe der Ärztekammern darüber zu wachen, dass Ärzte nicht aus Geldgier mit zweifelhaften Methoden die Not der Patienten ausnützen und sie womöglich um ihre letzten Ersparnisse bringen.

Problematischer ist die Situation dann, wenn es sich um sog. elektive Eingriffe handelt, die notwendig sind, aber lange Wartezeiten haben, wie z.B. bei orthopädischen Operationen oder Kataraktoperationen. In Österreich soll ein neues Gesetz hier Verbesserungen schaffen und die Krankenanstalten verpflichten, nach standardisierten medizinischen Kriterien Terminverteilungen vorzunehmen (2). Festzuhalten ist, dass auch bisher in den meisten Krankenhäusern eine gewisse Selektion der Aufnahmen nach Maßgabe ihrer Dringlichkeit erfolgt. In der Transplantationsmedizin gehören diesbezügliche Richtlinien seit Jahrzehnten zum medizinischen Standard.

Wenn man jedoch meint, dass durch zentral gesteuerte Direktiven Wartezeiten verringert werden können, weil bei Bedarf, wie in England oder in den skandinavischen Ländern, auf andere Krankenhäuser ausgewichen werden kann, dann unterschätzt man die Bedeutung eines der wichtigsten und tragenden Pfeiler eines humanitären Gesundheitssystems, nämlich die freie Arztwahl. Unterschiedliche Wartezeiten kommen nämlich vor allem auch dadurch zustande, dass bestimmte Patienten von einem bestimmten Arzt in einem bestimmten Krankenhaus behandelt bzw. operiert werden wollen. Wenn das nicht mehr möglich ist, dann führt dies in letzter Konsequenz zu einem anonymen verstaatlichten Gesundheitssystem mit allen damit verbundenen Nachteilen für die Patienten, wie dies in England oder Skandinavien der Fall ist. Man wird also nicht umhin können, dass unsere Pa-

tienten auch weiterhin zu ihrem Arzt in die Ordination kommen können (privatversichert oder nicht), dort ausführlich und gewissenhaft persönlich untersucht und beraten werden, um gegebenenfalls einen Aufnahme Termin im Krankenhaus zu vereinbaren bzw. zu organisieren. Es obliegt dann dem jeweiligen KH-Management, die Termine möglichst gerecht zu vergeben. Selbstverständlich wäre es unakzeptabel wenn ein dringlicher Fall wegen eines weniger dringlichen hintangesetzt wird, nur weil letzterer privatversichert ist. Aber wenn keine akute Dringlichkeit besteht (z.B. bei einer Kataraktoperation) und beide Fälle vergleichbar sind, dann ist wohl kaum etwas dagegen zu halten, wenn der Privatversicherte als erster zum Zug kommt.

Es wird nämlich oft vergessen, dass private Patienten erheblich zur Finanzierung des Gesundheitssystems eines Landes beitragen, sowohl was die Einrichtung der Spitäler, aber auch was die Ärztegehälter betrifft (3). Letztere sind ohne Privathonorare in vielen Ländern - und dazu gehört nicht nur Österreich sondern, soviel ich weiß, auch die Slowakei - geradezu beschämend. Privatpatienten tragen so gesehen auch dadurch zum Wohl der Allgemeinheit bei, dass die renommierten und hochqualifizierten Ärzte und Ärztinnen dem eigenen Lande und seinen gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen erhalten bleiben und nicht ins Ausland abwandern. Ich bin jedenfalls der Meinung, dass die erste Voraussetzung zur Verhinderung einer Zweiklassenmedizin, anständige, das heißt angemessene Arztgehälter sind.

In Summe kann gesagt werden, dass mit dem Schlagwort „Zweiklassenmedizin“ sehr sensibel umgegangen werden sollte. Sicherlich muss alles getan werden, dass eine hochstehende medizinische Versorgung jederzeit für alle Bürgerinnen und Bürger in einem Land unabhängig von ihrem Einkommen gewährleistet wird. Verbesserungen sind da immer uneingeschränkt zu begrüßen. Es ist auch keine Frage, dass jeder Missbrauch zum Schaden bestimmter Patientengruppen z.B. durch Ausnützung von Notsituationen, aufs schärfste bekämpft werden muss. Aber man sollte das Kind nicht mit dem Bade ausschütten und womöglich aus ideologischen Gründen bewährte Errungenschaften des Gesundheitswesens wie z.B. die freie Arztwahl in Misskredit bringen.

Literatur

1. „Die Presse“: Die Doppelmoral der „Zweiklassenmedizin“, 20.8.2011. 2. Österreichische Krankenanstaltengesetz (KAG. u. G-Novelle). 3. „Der Standard“: „Zweiklassenmedizin“ 25.8.2011.

Korrespondenz/Korešpondencia: Univ. Prof. Dr. Johannes Bonelli, IMABE-Institut, Landstr. Hauptstr. 4, 1030 Wien, Austria

DÜSTOJNOST ČLOVĚKA A LÉKAŘSKÁ ETIKA DNES

Marta Munzarová

Ústav lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

Pojem lidská důstojnost a respekt k ní vzešly z rozličných zdrojů: filosofických, náboženských kulturních. Text přednášky pojednává o rozdílném pojetí důstojnosti v myšlení některých filozofů (Cicero, Picco della Mirandola, Thoma

Hobbes, Immanuel Kant; inherentní versus přisuzovaná důstojnost; rozbor dle cit. 1); představuje myšlení monoteistických náboženství (stvoření člověka k obrazu Božímu) a přibližuje i významné mezinárodní deklarace, především Univerzální deklaraci lidských práv (OSN, 1948), která rozpoznává, ve shodě jak s nejlepšími filosofickými tradicemi tak i s biblickou vírou, inherentní důstojnost lidské bytosti (osoby), která je nejdůležitějším a nevyhnutelným základem všech lidských práv.

V dnešní bioetické aréně je pojem lidská důstojnost živě diskutován; je však i zdrojem značného a nebezpečného matení. Někteří pokládají pojem lidská důstojnost za zbytečný (2) a jiní implicitně, a někdy dokonce i explicitně, popírají důstojnost každé lidské bytosti, přisuzují termín osoba jen některým (v souvislosti s inteligencí, se schopností autonomního rozhodování a pod.) a nepřiznávají právo na život těm, které považují za „ne-osoby“ (Harris J., Singer P., Kuhse H. – podrobné citace i s citáty těchto autorů (3)).

V lékařské etice je však respekt k lidské důstojnosti kamelem úhelným; bez něj by se celá tato disciplína stala etikou parodií. Lékařská etika se nemůže přizpůsobovat zcela náhodným módním proudům v současné filosofii. Je nutné také vědět, že na čelném místě žádosti o eutanazii je pocit ztráty důstojnosti. I proto je třeba posilovat nemocného v přesvědčení, že o inherentní lidskou důstojnost v žádném případě přijít nemůže; rovněž však také nelze připustit, aby trpěl pocity ztráty důstojnosti přisuzované.

Literatura

1. The President's Council on Bioethics (PCBE), Washington, DC. Human dignity and Bioethics: Essays commissioned by the President's Council on Bioethics. March 2008. Dostupné na: http://www.bioethics.gov/reports/human_dignity/index.html; Sulmasy DP. Dignity and bioethics: history, theory, and selected applications. http://www.bioethics.gov/reports/human_dignity/chapter18.html; 2. Macklin R. Editorial. Dignity is a useless. It means no more than respect for persons or their autonomy. BMJ, 2003, 327, 1419 – 1420. 3. Munzarová M. Dignity, personhood and culture“ reflections on bioethics of today. Medicina e Morale (Roma), 2010, 4, 547 – 556.

Korešpondencia/Correspondence to: Prof. MUDr. M. Munzarová, CSc., Ústav lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

AKTUÁLNÍ SITUACE V ROZHODOVÁNÍ V ZÁVĚRU ŽIVOTA V ČESKÉ REPUBLICE

Jiří Šimek

Fórum českých etických komisí a Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích, Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Praha – České Budějovice, Česká republika

Řešení problému rozhodování v závěru lidského života se odvíjí odpovědi na otázku: co je a čeho se týká lidská důstojnost? Odpovědi můžeme třídit podle světonázorových a filosofických východisek.

Náboženské, v našich krajích především křesťanské stanovisko, odvíjí lidskou důstojnost od faktu, že člověk byl stvořen Stvořitelem k jeho obrazu. V tomto konceptu je život a s ním spojená lidská důstojnost dar, se kterým je nutné zodpovědně nakládat. Není na vůli jedince dar života odmítnout a je jeho povinností svou lidskou důstojnost rozvíjet.

Sekulární stanovisko je podstatně složitější, v jeho rámci najdeme řadu různých, často vzájemně neslučitelných pojetí. Díky obecně přijaté Darwinově vývojové teorii se u mnohých stírá rozdíl mezi člověkem a ostatními savci. Ve vědecké komunitě je člověk často vnímán jen jako vývojově pokročilejší primát, pojem lidské důstojnosti se vytrácí. Na druhé straně ochránci zvířat přisuzují stejnou důstojnost lidem i nižším savcům, proto požadují stejnou ochranu pro zvířata jako pro lidi („pokud je to potřeba, experimenty by se měly provádět na lidech, ne na zvířatech“).

Antičtí stoikové viděli úkol člověka v naplňování života smyslem, když toto již nebylo možné, považovali za legitimní dobrovolně ze světa odejít.

Ve fenomenologickém pojetí (E. Husserl, M. Heidegger, J. Patočka) je důstojnost člověka spojována s tím, že si člověk rozvrhuje svůj život a hodnotí jej na škále dobrého a zlého, tím je tvůrcem smyslu (v jinak bezsmyslném vesmíru) a vytváří morální svět.

Velmi blízký fenomenologickému pojetí je renesanční myslitel Pico de Mirandola. V jeho pojetí spočívá lidská důstojnost v možnosti volby. Zvíře nutně zůstává zvířetem, ďábel ďáblem, anděl andělem. Dokonce ani Stvořitel nemá volbu své existence. Člověk volbu má. Může se přibližovat existenci andělské i ďábelské, může dokonce žít jako zvíře.

Pokud hovoříme o rozhodování v závěru života, musíme si být vědomi zásadní změny v tom, jak rozumíme povinností lékaře, ke které došlo v posledních desetiletích. Hippokratická tradice vychází ze zásady *Salus aegroti suprema lex* (prospěch nemocného je nejvyšším zákonem). Dnes z různých dobrých důvodů rozhoduje vůle pacienta. Mohli bychom parafrázovat starou zásadu na *Voluntas aegroti suprema lex* (vůle nemocného je nejvyšším zákonem).

Situaci v závěru života komplikují nové, ne vždy žádoucí možnosti medicíny. Až do nedávna byla role lékaře jednosměrná – jeho úkolem bylo co možná prodlužovat lidský život. Dnes umíme po řadu dní, týdnů až měsíců udržovat nemocné na hraně smrti. Pacient již sice nemá naději na návrat do života, jeho tělo ale stále nějak žije. Kromě toho mnohý lidský život sice zachráníme, ale v neúnosné kvalitě. A mnozí nemocní či jejich příbuzní vidí takovou záchranu či prodlužování lidského života jako lékařovu chybu. To je dnes jeden z největších mravních problémů v intenzivní medicíně.

V této oblasti můžeme vidět dva okruhy problémů:

- a) za jakých okolností je možné **přejít z aktivní léčby na paliativní** v situaci počínajícího multiorgánového selhávání,
- b) jak **uplatnit právo pacienta na seburčení** při poruše vědomí.

První problém se pokouší řešit **Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním**, které vypracovali představitelé České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a České společnosti intenzivní medicíny ČLS JEP. Dokument byl posléze přijat Českou lékařskou komorou jako **Doporučení představenstva ČLK č. 1/2009 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných**.

Stanovisko vychází z těchto zásad:

- Smrt není vždy nepřijatelná prohra, marná léčba není pasivní euthanasie, proto jí lékař nemusí aplikovat.
- Nejde o ukončení léčby, ale o přechod na paliativní péči.
- Rozhodnutí, zda jde o marnou léčbu, se provádí v týmu (lékaři, sestry), k debatě o marné léčbě je přizvána

rodina nemocného, ale i při konsenzuální dohodě má poslední slovo ošetřující lékař.

- Rozhodnutí o přechodu na paliativní péči je vždy re-vokovatelné.

Z hlediska řešení problému jde o počátek, stanovisko by mělo být dále diskutováno. Mravní pravidla dnes vznikají jako konsenzuální přijetí závěrů debaty ve společnosti, v urgentní medicíně nebylo ještě konsensu dosaženo, proto je potřeba další diskuse. Bylo by žádoucí, kdyby další lékařské společnosti přicházely s podobnými iniciativami.

Uplatnění práva pacienta na seburčení při poruše vědomí je ještě obtížnějším problémem. Pokud jsme dnes nepřiznali právo rozhodovat o léčbě (tedy i o ukončení léčby) nikomu jinému než pacientovi samotnému, jsme v neřešitelné situaci, když je nemocný v bezvědomí a je důvodná obava, že prodlužování léčby by si nepřál.

Jedním z možných řešení jsou **advance directives – předchozí instrukce**. Jejich aplikace ale naráží na řadu problémů. Je možné, že pacient v době po sepsání dokumentu změnil názor. Kromě toho je otázka, zda ve chvíli, kdy je pacient při vědomí, kdy je možná dokonce ještě zdravý, je schopen s potřebným porozuměním posoudit situaci, která ještě nenastala. Tedy, do jaké míry jsou pacientovy instrukce aplikovatelné v aktuální situaci v závěru jeho života. Tímto položením otázky jsme vstoupili do problematiky interpretace textu, tedy nastolili jsme otázku: jak rozumět zanechaným instrukcím v kontextu nastalé situace? Jistou pomoc nabízí filosofická hermeneutika, metodika výkladu a interpretace textu. Interpretace a z ní vycházející rozhodnutí by měla být prováděna v týmu lékaře, sestry a příbuzných. Lékař je odborník v biologické medicíně, sestra vnáší ošetrovatelský pohled a příbuzní jsou nositeli informací o pacientově hodnotovém světě. Taková interpretace sice nepřináší stoprocentní jistotu, bez ní ale neexistuje základna, na které by mohl být řešen problém uplatnění pacientova práva na seburčení v závěru života.

Legislativní řešení tohoto problému je velmi obtížné, nejdříve je nutné ve společnosti dospět ke konsensu, co a jak má být uděláno. Různé státy přistupují k řešení problému postupně, podle toho, jak je problém prodlužování života naléhavý. V USA byla množnost použití **advance directives** uzákoněna před dvaceti lety, v Evropě se k legislativní úpravě postupně přistupuje v současné době. V ČR je v posledním desetiletí problém stále živější, proto již bylo přijato zmíněné Konsenzuální stanovisko a začíná debata o zakotvení předchozích instrukcí (**advance directives**) do zdravotnických zákonů.

Korešpondencia/Correspondence to: Doc. MUDr. J. Šimek, CSc., Fórum českých etických komisí (www.forumek.cz/), Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra filozofie a etiky v pomáhajících profesích, J. Boreckého 27, 37011 České Budějovice, Česká Republika, e-mail: jr.simek@volny.cz

PROBLEMATIKA MOZGOVEJ SMRTI

Peter Volek

Katedra filozofie Filozofickej fakulty Katolíckej univerzity v Ružomberku, Ružomberok, Slovenská republika

V tomto příspěvku sa nadväzuje na výsledky výskumu publikované v monografii (1), kde sa zastáva názor o opodstat-

nenosti neurologického kritéria ako kritéria smrti človeka. V 20. storočí pod vplyvom rozvoja medicíny a techniky bolo tradičné kardiopulmonálne kritérium smrti (zastavenie dýchania a činnosti srdca) doplnené neurologickým kritériom smrti (celková smrť mozgu). Za dôležitý medzník pri určovaní neurologického kritéria smrti možno považovať prehlásenie *Ad hoc* komisie Harvardskej lekárskej fakulty z roku 1968 (2).

Významní zástancovia neurologického kritéria smrti J. L. Bernat spolu s C. M. Culverom a B. Gertom prehĺbili vysvetlenie pojmov používaných pri neurologickom kritériu a určili roviny argumentácie a kompetencie vied. Rozlíšili tri roviny argumentácie: rovinu definície smrti, kritéria smrti a testovania tohto kritéria. Prvá rovina patrí filozofii a teológii, druhá a tretia medicíne a technike (3). Neskôr Vollmann ešte doplnil pred prvú rovinu problém definície človeka, ktorá takisto patrí filozofii a teológii (4). Ďalším vplyvným dokumentom je vyhlásenie Prezidentskej komisie pre štúdium etických problémov v medicíne a biomedicínskom a behavioristickom výskume, kde aj presne určili definíciu určenia smrti (5).

Ďalším významným vyhlásením bolo vyhlásenie Prezidentskej komisie pre bioetiku z decembra 2008 – Biely papier (White Paper – WP, 6). Biely papier používa namiesto pojmu smrť mozgu (brain death - BD) pojem totálne zlyhanie mozgu (total brain failure - TBF). Za kľúčový znak pre živý organizmus nepovažuje jeho integráciu, ale sebazachovávanie v styku s prostredím, a to cez: 1) otvorenosť voči svetu – výmena látok, 2) schopnosť reagovať na svet, 3) základnú potrebu poháňajúcu organizmus na získavanie toho, čo potrebuje (WP, 61).

Medzi najvýznamnejších kritikov neurologického kritéria smrti patria Alan D. Shewmon, Hans Jonas, Josef Seifert, Nereo Zamperetti, Rinaldo Bellomo, Robert M. Veatch, Peter Singer. Alan Shewmon kritizuje Biely papier, že sa nemá zohľadniť iba sebazachovávanie, ale aj sebaovýň (7).

V časopise *Hastings Center Report* v septembri a októbri 2009 pokračuje diskusia k Bielemu papieru (8). A. Rubinstein tu prináša kritiku Shewmona (7) na s. 4 – 5, pričom hovorí, že BD znamená uzavretosť voči svetu, a že WP spomína, že cieleňá interakcia so svetom podporuje metabolizmus. Menzel v sérii pripomienok chápe TBF ako dekapitáciu. A. D. Shewmon na s. 6-7 kritizuje WP ako aj Rubinsteina. TBF totiž predstavuje antientropickú dynamiku podporujúcu sebazachovu a sebaovýň. TBF prirovnáva k embryu spojenému káblom s materským ARO. Shewmon kritizuje aj Menzela, lebo Menzelom predstavená dekapitácia označuje myšlienkový experiment. Shewmon je aj proti úlohe mŕtveho darcu. Shewmon ako najvýznamnejší a najvplyvnejší kritik BD a TBF sa sústreďuje na antientropiu, ale nevšima si natoľko zdôvodnenie WP pre TBF: strata sebazachovávania v styku s prostredím.

M. Nair-Collins v ďalšom článku rozlišuje štyri pojmy smrti: 1) bežný, 2) biologický, 3) osobný, 4) právnický. Podľa neho biologická smrť nie je smrťou osoby. Na základe nominalizmu biologickú smrť nemožno definovať, iba opísať. Pri BD nenastáva biologická smrť, lebo funguje homeostáza. BD je podľa neho normatívny pojem, legálny by mal byť podľa tradičného kardiopulmonálneho kritéria. Podľa toho treba legálne dovoliť aj usmrtenie pri BD a odber orgánov pre transplantáciu pri informovanom súhlase. Iba takéto informácie zabezpečujú informovaný súhlas (9). Podľa nášho názoru Nair-Collins nesprávne určuje BD ako normatívny pojem, neodôvodnene zastáva nominalizmus. Biologickú smrť nemá podrobne vysvetlenú, lebo treba odlíšiť smrť organizmu ako celku od smrti subsystemov, orgánov, tkanív, buniek. Keďže určenie kritéria smrti prináleží medicíne, tá určuje biologickú smrť. Zamperetti s Bellomom namiesto TBF navrhujú názov *nezvratná apnoická kóma*. WP si všima súčasnú neuropatoló-

giu. Autori kritizujú legálnosť BD, lebo je proti biologickému pojmu smrti (10). Voči tomuto názoru možno uplatniť rovnakú námietku ako voči Nair-Collinsovi.

J. M. Haas, šéfredaktor časopisu *The National Catholic Bioethics Quarterly*, predstavuje súčasný postoj Katolíckej cirkvi k problému určenia smrti a k odberom orgánov na transplantáciu. Haas predstavuje všetky vyhlásenia najvyšších cirkevných predstaviteľov a jej grémií, najmä príhovor pápeža Jána Pavla II. z 29.8.2000, v ktorom Ján Pavol II. hovorí, že úplné a nezvratné zastavenie každej činnosti mozgu (čo sa označuje ako neurologické kritérium) dáva morálnu istotu pre rozhodovanie pracovníkov v zdravotníctve, aj pre možnosť odberu orgánov na transplantáciu. Pritom treba zachovať ďalšie predpoklady: úlohu mŕtveho darcu, informovaný súhlas. Tento názor nie je podľa Haasa neomylný, môže sa zmeniť s rozvojom medicíny. Haas kritizuje názory Shewmona, Byrneho, Brugera, Broskiewitza (11).

T. Rehbocková chápe BD ako hraničný stav medzi životom a smrťou. Kritizuje objektivismus, ktorý chápe druhého človeka ako objekt. Vyslovuje sa za personálny horizont zmyslu. Stretnutie s pacientom s BD predstavuje podľa nej interpersonálne stretnutie medzi osobami. V jej článku sa prejavuje vplyv Jonasa, podľa ktorého biologicky sa nedá určiť hranica života. Rehbocková život v telesnej forme chápe ako dýchanie, pulz, pohyb. Byť ešte živý a byť mŕtvy sú dva stavy jednej osoby. Vyslovuje sa za autonómiu a dôstojnosť osoby s BD. Odber orgánov je podľa nej pri BD dovolený, lebo stav BD je nezvratný, pacient už nemôže používať svoje orgány (12). Rehbocková používa viac fenomenologický opis povrchného náhľadu ako zdôvodnené tvrdenia.

V súhrnnom pohľade možno povedať, že kritici neurologického kritéria dosiaľ nepodali také zdôvodnenia svojich názorov, ktoré by ich umožňovali považovať za opodstatnené.

Použitá literatúra

1. Volek P.: *Určenie smrti človeka a darcovstvo orgánov*. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, 2009, 264 strán.
2. A definition of irreversible coma. Report from the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death. *Journal of the American Medical Association*, 205, 1968, s. 337-340.
3. Bernat, J. L., Culver, C. M., Gert, B.: On the Definition and Criterion of Death: Contemporary Controversies. In: *Annals of Internal Medicine*, 94, 1981, s. 389-394.
4. Vollmann, J.: Das Hirntodkriterium heute. Begriffsklärung und medizinethische Kontroverse. In: Schlich, T., Wiesenmann, C. (Hg.): *Hirntod. Zur Kulturgeschichte der Todesfeststellung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2001, s. 45-65.
5. Uniform Determination of Death Act. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: *Defining death: Medical, legal and ethical issues in the definition of the death*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1981, s. 199.
6. President's Council on Bioethics: *Controversies in the Determination of the Death*. A White Paper by the President's Council on Bioethics. Washington, D.C., december 2008 – WP.
7. Shewmon, A. D.: Brain Death: Can It Be Resuscitated? In: *Hastings Center Report*, 39, 2009, č. 2, s. 18-24.
8. And She's Not Only Merely Dead, She's Really Most Sincerely Dead. *Hastings Center Report*, 39, 2009, č. 5, s. 4-7.
9. Nair-Collins, M.: Death, Brain Death, and the Limits of Science: Why the Whole-Brain Concept of Death Is Flawed Public Policy. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38, 2010, č. 3, s. 667-683.
10. Zamperetti, N., Bellomo, R.: Total brain failure. A new contribution by the President's Council on Bioethics to the Definition of death according to the neurological standard. *Intensive Care Medicine* 35, 2009, č. 7, s. 1305-1307.
11. Haas, J. M.: Catholic Teaching Regarding the Legitimacy of Neurological Criteria for the Determination of Death. *The National Catholic Bioethics Quarterly*, 11, 2011, č. 2, s. 279-299.
12. Rehbock, T.: Personsein in Grenzsituationen. Anthropologische Kritik der Medizin und Medizinethik. *Ethik in der Medizin*, 23, 2011, č. 1, 15-24.

Korešpondencia/Correspondence to: Prof. Dr. phil. fac. theol. P. Volek, Katedra filozofie FF KU, Hrabovská cesta 1, 03401 Ružomberok, Slovenská republika, e-mail: volek@ff.ku.sk

VÝUČBA MEDICÍNSKEJ ETIKY NA LEKÁRSKEJ FAKULTE UNIVERZITY KOMENSKÉHO V BRATISLAVE

Mária Mojzešová, Jana Trizuljaková,
Vojtech Ozorovský

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Bratislava, Slovenská republika

Zámerom autorov príspevku bolo stručne analyzovať výučbu medicínskej etiky na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave, počnúc od roku 1927 výučbou filozofických a etických aspektov lekárstva cez založenie a činnosť Ústavu medicínskej etiky a bioetiky Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LFUK) v Bratislave v roku 1992 krátko po páde železnej opony, až po súčasné skúsenosti a aktuálne trendy vo výučbe tohto predmetu na LFUK v rámci Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky.

Autori zdôraznili silný etický náboj lekárskeho povolania. Práve kombinácia najmodernejších praktických postupov, vedy, empirie a humanity vytvára z lekárstva odbor stále príťažlivý pre nových adeptov lekárskej profesie. Konštatovali, že súčasní študenti medicíny budú spoluformovať náš svet v prvých desaťročiach tohto milénia. Sú tými, ktorí majú šancu do lekárskej starostlivosti znovu priniesť rozmer ľudskosti, skutočnú humanizáciu a základné etické princípy. Lekár má byť nositeľom dobra nielen pre človeka zdravého, či ešte viacej pre chorého, ale predovšetkým pre človeka s hendikepom, trpiaceho, nechceného, nevyliečiteľne chorého i zomierajúceho.

V úvode príspevku autori pripomenuli definície základných pojmov etika a medicínska etika z pohľadu výučby na lekárskej fakulte, pričom zdôrazňujú, že medicínska etika predpokladá uznanie dôstojnosti každej ľudskej osoby, najmä však človeka, ohrozeného chorobou, bezbranneho – život začínajúceho (prenatálne dieťa) alebo zo života odchádzajúceho (zomierajúci).

V ďalšej časti sa venovali prvopočiatkom výučby medicínskej etiky na Lekárskej fakulte v prvých rokoch jej existencie, kedy sa filozofické a etické aspekty lekárstva vyučovali v rámci Ústavu pre lekársku históriu, filozofiu a hodgeotiku, založenom v roku 1927.

V novodobej histórii výučby medicínskej etiky (po páde tzv. „železnej opony“ v štátoch strednej a východnej Európy) autori stručne opisujú iniciovanie a ustanovenie najprv postgraduálnej výučby (v roku 1991 na pôde Katedry medicínskej etiky IVZ), neskôr pregraduálnej výučby (1992) medicínskej etiky na Slovensku, ktorej priekopníkom bol Ústav medicínskej etiky a bioetiky, založený ako spoločné pracovisko vtedajšieho IVZ a LFUK v Bratislave. Po stručnej informácii o rozsahu a obsahu výučby medicínskej etiky na LFUK pod gesciou menovaného ústavu autori konštatujú, že v rámci transformácie Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny (SPAM, bývalého IVZ) na Slovenskú zdravotnícku univerzitu (SZU), ako aj v dôsledku iných nepriaznivých okolností, bolo k 1. 9. 2002 pôvodné spoločné pracovisko IVZ/SPAM a LFUK – Ústav medicínskej etiky a bioetiky, rozhodnutím príslušných riadiacich zložiek zrušené. Kompetencia pregraduálnej výučby medicínskej etiky na LFUK bola po tejto zmene presunutá na Ústav sociálneho lekárstva LFUK, ktorý bol na základe rozhodnutia vedenia LFUK od septembra 2002 premenovaný na Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK.

Autori v príspevku ďalej referujú o vlastných skúsenostiach, stratégií a trendoch vo výučbe medicínskej etiky v rámci LFUK. Ako pedagógovia, vyučujúci medicínsku etiku, autori pripomínajú, že neoddeliteľnou súčasťou prístupu k študentom – budúcim lekárom je náležite ich pripraviť pre potreby praxe, a to zvlášť pre oblasť profesionálneho hodnotenia a zvažovania etických aspektov a dôsledkov prijímaných medicínskych rozhodnutí. Študenti by si mali osvojiť presvedčenie, že úlohou lekára je postupovať vždy v najlepšom záujme pacienta, s prihliadnutím na oprávnené limity a záujmy spoločnosti. Učiteľ ma študentovi pomôcť naučiť sa porozumieť zložitým etickým problémom, kriticky rozmyšľať a rozlišovať, ako aj prijímať a niesť osobnú zodpovednosť za prijaté rozhodnutia v jeho budúcej lekárskej praxi.

Literatúra u autorov.

Korešpondencia/Correspondence to: MUDr. M. Mojzešová, PhD., Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK, Sasinkova 4, 81108 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: maria.mojzesova@fmed.uniba.sk

VÝUČBA ETIKY V OŠETROVATELSTVE NA FAKULTE OŠETROVATELSTVA A ZDRAVOTNÍCKYCH ODBORNÝCH ŠTÚDIÍ SLOVENSKEJ ZDRAVOTNÍCKEJ UNIVERZITY V BRATISLAVE

Terézia Krčméryová, Mária Musilová,
Zuzana Grabczak

Ústav zdravotníckej etiky, Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Bratislava, Slovenská republika

Vzdelávanie a výchova zdravotníckych pracovníkov predstavuje veľmi náročnú a zodpovednú úlohu. Jedinou univerzitou v Slovenskej republike (SR), ktorá je výlučne zameraná na vzdelávanie v zdravotníckych odboroch vo všetkých troch stupňoch vysokoškolského štúdia a v postgraduálnom vzdelávaní (špecializačné, certifikačné štúdium a kontinuálne vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov) je Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave (SZU). Vznikla 1. septembra 2002 zákonom Národnej rady SR č. 401/2002 Z. z. ako nástupnícka organizácia Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny. Je štátnou vysokou školou univerzitného typu pôsobiaceou v rezorte Ministerstva zdravotníctva SR. Je jedinou inštitúciou v SR, ktorá už od roku 1953 (pod rôznymi názvami) systematicky a komplexne zabezpečuje vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov. SZU má v súčasnosti štyri fakulty: Fakultu ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií (FOaZOŠ), Lekársku fakultu (LF), Fakultu verejného zdravotníctva (FVZ) a Fakultu zdravotníctva (FZ) v Banskej Bystrici.

Jedinečnosť univerzity ako nepolitickej inštitúcie je zakotvená v Štatúte univerzity, ktorý definuje jej poslanie v duchu hodnôt demokracie, humanizmu a tolerance, s úlohou viesť študentov k dodržiavaniu zásad Hippokratovej prisahy, k ochrane ľudského života a zdravia od počatia až po dôstojnú prirodzenú smrť. Implementácia poslania univerzity do prípravy budúcich zdravotníckych pracovníkov, ako aj do vzdelávania zdravotníkov v praxi sa významnou mierou realizuje práve výučbou profesijnej etiky. Analýza viacročných skúseností s výučbou etiky v ošetrovateľstve, ako aj profesijnej etiky vo všetkých ne-

lekárskych študijných programoch uskutočňovaných na FOaZOŠ od akademického roku 2003-2004 vedie k uvedomeniu si dosiahnutých pozitív, ale aj k definovaniu rezerv a hľadaniu nových možností zlepšenia.

Výučba sa uskutočňovala prevažne v dennej a v externej forme štúdia v študijných programoch ošetrovateľstvo, pôrodná asistencia, fyzioterapia, urgentná zdravotná starostlivosť, rádiologická technika a sociálna práca (so zameraním na sociálno-zdravotnú starostlivosť o seniorov), v menšej miere aj v špecializačnom štúdiu.

Nezastupiteľnú úlohu profesijnej etiky v systéme vzdelávania budúcich zdravotníckych pracovníkov, ako aj zdravotníkov v praxi, zdôrazňuje aj Nariadenie Vlády č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, systave špecializačných odborov a systave certifikovaných pracovných činností. V prílohe č. 2 tohto dokumentu sú stanovené štandardy vzdelávania na získanie odbornej spôsobilosti na výkon odborných pracovných činností v zdravotníckych povolaniach, ktoré určujú rozsah, obsah a zameranie vzdelávania, kde profesijná etika má definované a nezastupiteľné miesto.

Od školského roku 2003-2004 sa na FOaZOŠ SZU realizovala výučba profesijnej etiky spolu u 747 študentov denného štúdia (tabuľka 1). V externej forme štúdia sa výučba realizovala spolu pre 1879 študentov (tabuľka 2). Prehľad vývoja počtu študentov v dennej a v externej forme štúdia podľa jednotlivých akademických rokov a študijných odborov (tabuľka 1 a 2) zobrazuje stúpajúcu tendenciu dennej a klesajúcu externej formy štúdia.

Z osobitnej analýzy výsledkov pedagogického procesu uskutočnenej na našom pracovisku v sledovanom období (šk. roky 2003/4 – 2010/11) za najzaujímavejšie považujeme zistenia týkajúce sa hodnotenia prínosu predmetu profesijná etika zo strany študentov a seba-hodnotenie študentov vo vzťahu k schopnosti vyjadriť vlastný názor k vybranému etickému problému. Ako vyplynulo z realizovaného dotazníkového prieskumu a analýzy seminárnych prác študentov, až 88% študentov považovalo za prínos predmetu profesijná etika skutočnosť, že ich tento predmet prinútil rozmyšľať, uvažovať; 70% študentov ocenilo možnosť vyjadriť vlastný názor k preberaným etickým problémom; 64% ocenilo nové vedomosti, ktoré sa dozvedeli; 52% za prínos považovalo získanie praktických informácií pre zdravotnícku prax a 35% hodnotilo tento predmet ako predmet bez prežívania stresu, ostatné vyjadrenia boli málo početné. Vlastný názor dokázalo jasne sformulovať 56% študentov, takmer 20% študentov však nedokázalo vyjadriť žiadny názor k etickému problému, ostatní študenti formulovali vlastný názor nejednoznačne, alebo iba v náznakoch. Aj keď výsledky analýzy vyznievajú pozitívne, realita v praxi nás neuspokojuje a núti nás hľadať nové možnosti a prístupy.

V sledovanom období sme sa vo výučbe profesijnej etiky na FOaZOŠ SZU sústredili najmä na doradenie viacerých koncepčných problémov (napr. zjednotenie spôsobu ukončovania predmetu skúškou a názvu predmetu v jednotlivých odboroch; spôsobu priebežnej kontroly vedomostí; stanovenie vzájomného pomeru prednášok a seminárov a pod.) a ujasnenie špecifického obsahového zamerania výučby podľa potrieb jednotlivých študijných odborov pri zachovaní nevyhnutného spoločného základu. Za pozitívum považujeme postupné zvýšenie počtu hodín venovaných výučbe profesijnej etiky u študentov denného štúdia, čoraz častejšie zapájanie odborníkov z praxe do výučby (podľa jednotlivých špecifických tém), zapojenie sa do projektu e-learningu s vypracovaním príslušných špecifických modulov, narastajúci záujem študentov o spracovanie prác ŠVOČ a záverečných prác s etickou tematikou.

Naším cieľom do budúcnosti je nielen kvalitnejšie odovzdávanie vedomostí z profesijnej etiky u našich študentov, preferovaním najmä aktívnych foriem výučby s prácou v malých skupinách, ale najmä napomáhanie postupného získavania ich osobnostnej zrelosti a etickej kompetencie – s motivovaním študentov k záujmu o etické problémy aj po ich nástupe do praxe. Získané vedomosti a schopnosti študentov by sa totiž mali premietiť do každodenného správneho rozhodovania a etického rozlišovania pri konkrétnej práci s pacientom.

Naučiť študentov vidieť existujúce problémy, postupne zvyšovať etickú senzitivitu zdravotníckych pracovníkov, byť vnímavým na požiadavky študentov pri výučbe profesijnej etiky, rozvíjať dialóg medzi jednotlivými pracoviskami v rámci SR, ako aj ďalej rozširovať doterajšiu spoluprácu s obdobnými pracoviskami v zahraničí – predstavujú naše prioritné úlohy v najbližšom období. Uvedomujeme si pritom našu závažnú profesionálnu, ale aj morálnu zodpovednosť, keďže výučba profesijnej etiky je jednou z konkrétnych možností ako zlepšiť úroveň etického rozhodovania a konania zdravotníckych pracovníkov v praxi.

Tabuľka 1

Rozsah výučby v jednotlivých odboroch v dennej forme štúdia na Fakulte ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave (etika je povinným predmetom vo všetkých odboroch)

Rok	OŠE	PA	FZT	UZS	RTG	Spolu
2003-04	87	25	—	—	—	112
2004-05	76	10	—	—	—	86
2005-06	37	10	16	—	—	63
2006-07	27	14	17	21	—	79
2007-08	22	16	25	31	—	94
2008-09	32	17	24	23	—	96
2009-10	25	16	25	25	—	91
2010-11	41	20	30	24	11	126
Spolu	347	128	137	124	11	747

OŠE – ošetrovateľstvo, PA – pôrodná asistencia, FZT – fyzioterapia, UZS – urgentná zdravotná starostlivosť, RTG – rádiologická technika

Tabuľka 2

Rozsah výučby v jednotlivých odboroch v externej forme štúdia na Fakulte ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave (etika je povinným predmetom vo všetkých odboroch)

Rok	OŠE	PA	UZS	SP	spolu
2003-04	--	25	--	--	25
2004-05	362	38	--	--	400
2005-06	389	45	31	--	465
2006-07	156	29	23	--	208
2007-08	138	22	73	13	246
2008-09	144	19	85	--	248
2009-10	106	14	64	--	184
2010-11	60	13	30	--	103
Spolu	1355	205	306	13	1879

OŠE – ošetrovateľstvo, PA – pôrodná asistencia, UZS – urgentná zdravotná starostlivosť, SP – sociálna práca

Korešpondencia/Correspondence to: Doc. MUDr. T. Krčméryová, PhD., Ústav zdravotníckej etiky, Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, Limbová 12 – 14, 83303 Bratislava, Slovenská republika
e-mail: terezia.krcmeryova@szu.sk

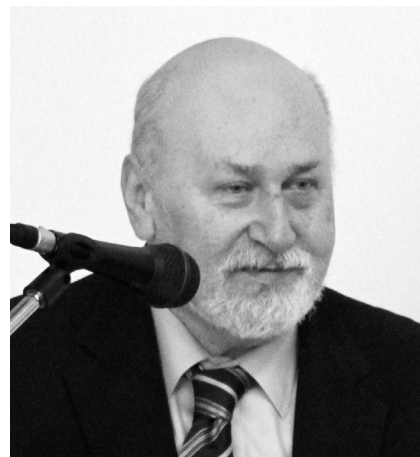
FOTOGALÉRIA / PHOTOGALLERY



Prof. Peter Volek
Ružomberok



Prof. Marta Munzarová
Brno



Doc. Alojz Rakús
prodekan LF SZU v Bratislave

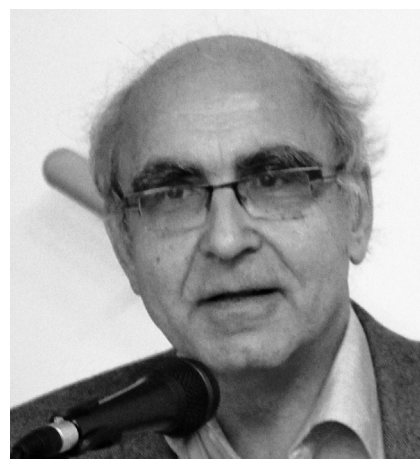


Účastníci./Participants.



Doc. Mária Mojzešová
Bratislava

Doc. Terézia Krčméryová
Bratislava



Doc. Jiří Šimek
České Budějovice - Praha

Sympóziu s medzinárodnou účasťou – „Etika v súčasnej medicíne a zdravotnej starostlivosti“:
Symposium with International Participation
– “Ethics in Contemporary Medicine and Health Care”



Doc. M. Musilová, dekanka FOa ZOŠ SZU,
 odovzdáva menovací dekrét novému prednostovi
 ÚZE Prof. J. Glasovi



Doc. Mária Musilová
 dekanka FOaZOŠ SZU v Bratislave



Prof. Jozef Glasa
 Bratislava



Prof. Johannes Bonelli
 Viedeň



Prof. Mathias Beck
 Viedeň



Účastníci
 Participants



Účastníci
 Participants

(continued from p. 1)

For new technologies to become accepted by society, they have to be aligned with societal needs and values. ICT generally has been very successful in delivering new processes and products that have been embraced by consumers. However, new generations of ICT technologies are more controversial, as their increased pervasiveness into people's daily life and into social infrastructure also raise number of ethical, legal and social issues. Developments in areas such as biometrics (i.e. body scanners), telecare technologies and ambient intelligence raise questions regarding privacy, coercion and solidarity. These issues need to be assessed early on by policy makers, but expert assessment alone do not suffice. In order to optimally align innovation with societal needs and values, early engagement of producers with users and stakeholders is also of paramount importance. Both current innovation practices and expert assessment frameworks are in need of improved conditions for early communication and dialogue.

René von Schomberg

DOKUMENTY / DOCUMENTS

RESOLUTION 1763 (2010)¹ THE RIGHT TO CONSCIENTIOUS OBJECTION IN LAWFUL MEDICAL CARE

Council of Europe – Parliamentary Assembly

1. No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason.

2. The Parliamentary Assembly emphasises the need to affirm the right of conscientious objection together with the responsibility of the state to ensure that patients are able to access lawful medical care in a timely manner. The Assembly is concerned that the unregulated use of conscientious objection may disproportionately affect women, notably those with low incomes or living in rural areas.

3. In the vast majority of Council of Europe member states, the practice of conscientious objection is adequately regulated. There is a comprehensive and clear legal and policy framework governing the practice of conscientious objection by health-care providers ensuring that the interests and rights of individuals seeking legal medical services are respected, protected and fulfilled.

4. In view of member states' obligation to ensure access to lawful medical care and to protect the right to health, as well as the obligation to ensure respect for the right of freedom of thought, conscience and religion of health-care providers, the Assembly invites Council of Europe member states to develop comprehensive and clear regulations that define and regulate conscientious objection with regard to health and medical services, and which:

4.1. guarantee the right to conscientious objection in relation to participation in the medical procedure in question;

4.2. ensure that patients are informed of any conscientious objection in a timely manner and referred to another health-care provider;

4.3. ensure that patients receive appropriate treatment, in particular in cases of emergency.

1. Assembly debate on 7 October 2010 (35th Sitting) (see Doc. 12347, report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mrs. McCafferty; and Doc. 12389, opinion of the Committee on Equal Opportunities for Women and Men, rapporteur: Mrs. Circene). Text adopted by the Assembly on 7 October 2010 (35th Sitting).

Text taken from the Council of Europe webpage at <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1763.htm>

WMA DECLARATION ON END-OF-LIFE MEDICAL CARE

World Medical Association (WMA)

Adopted by the 62nd WMA General Assembly, Montevideo, Uruguay, October 2011

INTRODUCTION

All people have the right to high-quality, scientifically-based, and humane healthcare. Therefore, receiving appropriate end-of-life medical care must not be considered a privilege but a true right, independent of age or any other associated factors. The WMA reaffirms the principles articulated in the WMA Declaration on Terminal illness and the WMA Declaration on Euthanasia. These Declarations support and complement the Declaration on End of Life Medical Care.

Palliative care at the end of life is part of good medical care. The need for access to improved quality palliative care is great, especially in resource-poor countries. The objective of palliative care is to achieve the best possible quality of life through appropriate palliation of pain and other distressing physical symptoms, and attention to the social, psychological and spiritual needs of the patient.

Palliative care may be provided at home as well as in various levels of health care institutions.

The physician must adopt an attitude to suffering that is compassionate and humane, and act with empathy, respect and tact. Abandonment of the patient when he or she needs such care is unacceptable medical practice.

RECOMMENDATIONS

1. Pain and symptom management

1.1 It is essential to identify patients approaching the end of life as early as possible so that the physician can perform a detailed assessment of their needs. A care plan for the patient must always be developed; whenever possible, this care plan will be developed in direct consultation with the patient.

For some this process may begin months or a year before death is anticipated. It includes recognising and addressing the likelihood of pain and other distressing symptoms and providing for patients' social, psychological and spiritual needs in the time remaining to them. The primary aim is to maintain patients' dignity and their freedom from distressing symptoms. Care plans pay attention to keeping them as comfortable and in control as possible and recognise the importance of supporting the family and treating the body with respect after death.

1.2 Important advances in the relief of pain and other distressing symptoms have been made. The appropriate use of morphine, new analgesics, and other measures can suppress or relieve pain and other distressing symptoms in the majority of cases. The appropriate health authorities must make necessary medications accessible and available to physicians and their patients. Physician groups should develop guidelines on their appropriate use, including dose escalation and the possibility of unintended secondary effects.

1.3 In a very limited number of cases, generally in the very advanced stages of a physical illness, some symptoms may arise that are refractory to standard therapy. In such cases, palliative sedation to unconsciousness may be offered when life expectancy is a few days, as an extraordinary measure in response to suffering which the patient and clinician agree is intolerable. Palliative sedation must never be used to intentionally cause a patient's death or without the agreement of a patient who remains mentally competent. The degree and timing of palliative sedation must be proportionate to the situation. The dosage must be carefully calculated to relieve symptoms but should still be the lowest possible to achieve a benefit.

2. Communication and consent; ethics and values

2.1 Information and communication among the patient, their family and members of the health care team is one of the fundamental pillars of quality care at the end of life. The patient should be encouraged to express his or her preferences regarding care, and his or her emotions and existential angst must be taken into consideration.

2.2 Ethically-appropriate care at the end of life should routinely promote patient autonomy and shared decision-making, and be respectful of the values of the patient and his or her family.

2.3 Physicians should directly discuss a patient's preferences with the patient and/or the patient's substitute health care decision maker, as appropriate. These discussions should be initiated early and routinely offered to all patients and should be revisited regularly to explore any changes patients may have in their wishes, especially as their clinical conditions change. Physicians should encourage their patients to formally document their goals, values and treatment preferences and to appoint a substitute health care decision maker with whom the patient can discuss in advance his or her values regarding health care and treatment. Patients who are in denial about the implications of their condition may not want to engage in such discussion at some stages of their illness, but should know that they can change their minds. Because documented advance directives are often not available in emergency situations, physicians should emphasize to patients the importance of discussing treatment preferences with individuals who are likely to act as substitute health care decision makers.

2.4 If a patient is capable of giving consent, care should be based on the patient's wishes as long as preferences can be justified medically, ethically and legally. Consent needs to be based on sufficient information and dialogue, and it is the physician's obligation to make sure that the patient is adequately treated for pain and discomfort before consent is obtained in order to assure that unnecessary physical and mental suffering do not interfere with the decision-making process.

2.5 The patient's next-of-kin or family should be informed and involved in the decision-making process, provided the patient is not opposed to this. If the patient is unable to express consent and an advance directive is not available, the views of the health care substitute deci-

sion maker, appointed by the patient on care and treatment, must be considered.

3. Medical records and medico-legal aspects

3.1 Physicians caring for a patient in the final stages of life must carefully document treatment decisions and the reasons for choosing particular procedures, including the patient's and family's wishes and consent, in the progress notes of the medical records. An adequate medical record is of the utmost importance for continuity and quality of medical care in general and palliative care in particular.

3.2 The physician must also take into account that these notes may serve a medico-legal purpose, e.g., in determining the patient's decision-making capacity.

4. Family members

It is necessary to acknowledge the importance of the family and the emotional environment of the patient. The needs of the family and other close caregivers throughout the course of the illness must be recognized and attended to. The health care team should promote collaboration in the care of the patient and provide bereavement support, when required, after the patient's death. Children's and families' needs may require special attention and competence, both when children are patients and dependents.

5. Teamwork

Palliative care is usually provided by multiprofessional and interdisciplinary teams of healthcare and non-healthcare professions. The physician must be the leader of the team, being responsible, amongst other obligations, for diagnosis and medical treatment. Continuity of care is very important. The team should do all it can to facilitate a patient's wish to die at home, if applicable and possible.

6. Physician training

The increasing number of people who require palliative care and the increased availability of effective treatment options mean that end-of-life care issues should be an important part of undergraduate and postgraduate medical training.

7. Research and education

More research is needed to improve palliative care. This includes, but is not limited to, general medical care, specific treatments, psychological implications and organization. The WMA will support efforts to better educate physicians in the skills necessary to increase the prevalence and quality of meaningful advance care planning.

Conclusion

The care that a people give to dying patients, within available resources, is an indication of their degree of civilisation. As physicians representing the best humanitarian tradition, we should always commit ourselves to delivering the best possible end-of-life care.

The WMA recommends that all National Medical Associations develop a national policy on palliative care and palliative sedation based on the recommendations in this declaration.

Text taken from the webpage of the World Medical Association at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e18/index.html>

WMA STATEMENT ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

World Medical Association (WMA)

Adopted by the 62nd WMA General Assembly, Montevideo, Uruguay, October 2011

The social determinants of health are: the conditions in which people are born, grow, live, work and age; and the societal influences on these conditions. The social determinants of health are major influences on both quality of life, including good health, and length of disability-free life expectancy. While health care will attempt to pick up the pieces and repair the damage caused by premature ill health, it is these social, cultural, environmental, economic and other factors that are the major causes of rates of illness and, in particular, the magnitude of health inequalities.

Historically, the primary role of doctors and other health care professionals has been to treat the sick - a vital and much cherished role in all societies. To a lesser extent, health care professionals have dealt with individual exposures to the causes of disease - smoking, obesity, and alcohol in chronic disease, for example. These familiar aspects of life style can be thought of as 'proximate' causes of disease.

The work on social determinants goes far beyond this focus on proximate causes and considers the "causes of the causes". For example, smoking, obesity, alcohol, sedentary life style are all causes of illness. A social determinants approach addresses the causes of these causes; and in particular how they contribute to social inequalities in health. It focuses not only on individual behaviours but seeks to address the social and economic circumstances that give rise to premature ill health, throughout the life course: early child development, education, work and living conditions, and the structural causes that give rise to these living and working conditions. In many societies, unhealthy behaviours follow the social gradient: the lower people are in the socioeconomic hierarchy, the more they smoke, the worse their diet, and the less physical activity they engage in. A major, but not the only, cause of the social distribution of these causes is level of education. Other specific examples of addressing the causes of the causes: price and availability, which are key drivers of alcohol consumption; taxation, package labelling, bans on advertising, and smoking in public places, which have had demonstrable effects on tobacco consumption. The voice of the medical profession has been most important in these examples of tackling the causes of the causes.

There is a growing movement, globally, that seeks to address gross inequalities in health and length of life through action on the social determinants of health. This movement has involved the World Health Organisation, several national governments, civil society organization, and academics. Solutions are being sought and learning shared. Doctors should be well informed participants in this debate. There is much that can happen within the practice of medicine that can contribute directly and through working with other sectors. The medical profession can be advocates for action on those social conditions that have important effects on health.

The WMA could add significant value to the global efforts to address these social determinants by helping doctors, other health professionals and National Medical Associations understand what the emerging evidence shows and what works, in different circumstances. It could help doctors to lobby more effectively within their countries

and across international borders, and ensure that medical knowledge and skills are shared.

The WMA should help to gather data of examples that are working, and help to engage doctors and other health professionals in trying new and innovative solutions. It should work with national associations to educate and inform their members and put pressure on national governments to take the appropriate steps to try to minimise these root causes of premature ill health. In Britain, for example, the national government has issued a public health white paper that has at its heart reduction of health inequalities through action on the social determinants of health; several local areas have drawn up plans of action; there are good examples of general practice that work across sectors improve the quality of people's lives and hence reduce health inequalities. The WMA should gather examples of good practice from its members and promote further work in this area.

Text taken from the webpage of the World Medical Association at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s2/index.html>

WMA STATEMENT ON THE PROFESSIONAL AND ETHICAL USE OF SOCIAL MEDIA

World Medical Association (WMA)

Adopted by the 62nd WMA General Assembly, Montevideo, Uruguay, October 2011

DEFINITION

Social Media is generally understood to be a collective term for the different platforms and applications that allow user-generated content to be created and shared electronically.

PREAMBLE

The objectives of the proposed policy are to:

- Examine the professional and ethical challenges related to the increasing usage of social media by physicians, medical students and patients.
- Establish a framework that protects their respective interests.
- Ensure trust and reputation by maintaining high professional and ethical standards.

The use of social media has become a fact of life for many millions of people world wide including physicians, medical students and patients.

Interactive, collaborative tools such as wikis, social networks, chat rooms and blogs have transformed passive Internet users into active participants. They are means for gathering, sharing and disseminating personal information, including health information, socializing and connecting with friends, relatives, professionals etc. They can be used to seek medical advice, and patients with chronic diseases can share their experiences with each other. They can also be used in research, public health, education and direct or indirect professional promotion.

The positive aspects of social media should be recognized such as in promoting healthy life style, in empowering patients and in reducing patients' isolation.

Areas, which may require special attention:

- Sensitive content, photographs, other personal materials posted on online social forums often exists in the public domain and have the capacity to remain on the internet permanently. Individuals may not have control over the ultimate distribution of material they post on-line.
- Patient portal, blogs and tweets are not a substitute for one on one consultation with physicians but may widen engagement with health services amongst certain groups. Online "friendships" with patients may also alter the patient-physician relationship, and may result in unnecessary, possibly problematic physician and patient self-disclosure.
- Each party's privacy may be compromised in the absence of adequate and conservative privacy settings or by their inappropriate use. Privacy settings are not absolute; social media sites may change default privacy settings unilaterally, without the user's knowledge. Social media sites may also make communications available to third parties.

Interested stakeholders such as current/prospective employers, insurance companies and commercial entities may monitor these Internet web sites for various purposes such as to better understand their customer's needs and expectations, to profile job candidates or to improve a product or a service.

RECOMMENDATIONS

The WMA urges their NMA's to establish guidelines for their physicians addressing the following issues:

1. To maintain appropriate boundaries of the patient-physician relationship in accordance with professional ethical guidelines just as they would in any other context.
2. To study carefully and understand the privacy provisions

of social networking sites, bearing in mind their limitations.

3. For physicians to routinely monitor their own Internet presence to ensure that the personal and professional information on their own sites and, to the extent possible, content posted about them by others is accurate and appropriate.
4. To consider the intended audience and assess whether it is technically feasible to restrict access to the content to pre-defined individuals or groups.
5. To adopt a conservative approach when disclosing personal information as patients can access the profile. The professional boundaries that should exist between the physician and the patient can thereby be blurred. Physicians should acknowledge the potential associated risks of social media and accept them, and carefully select the recipients and privacy settings.
6. To provide factual and concise information, declare any conflicts of interest and adopt a sober tone when discussing professional matters.
7. To ensure that no identifiable patient information be posted in any social media by their physician. Breaching confidentiality undermines the public's trust in the medical profession, impairing the ability to treat patients effectively.
8. To draw the attention of medical students and physicians to the fact that online posting may contribute also to the public perception of the profession.
9. To consider the inclusion of educational programs with relevant case studies and appropriate guidelines in medical curricula and continuing medical education.
10. To bring their concerns to a colleague when observing his or her clearly inappropriate behavior. If the behaviour significantly violates professional norms and the individual does not take appropriate action to resolve the situation, physicians should report the conduct to appropriate authorities.

Text taken from the webpage of the World Medical Association at <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s111/index.html>

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. Medzinárodný, dvojazyčný, vedecko-odborný časopis pre otázky medicínskej etiky a bioetiky. Je určený najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti v Slovenskej republike a v zahraničí, zvlášť členom etických komisií. Má za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií a dialóg na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, významné materiály a dokumenty, kurz pre členov etických komisií, listy redakcii a recenzie. Pôvodné vedecké a odborné práce publikované v časopise sú recenzované a musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám. Založený v roku 1994 Nadáciou Ústav medicínskej etiky a bioetiky. Počas prvých rokov existencie tvorba časopisu nadväzovala na vedecko-odborné aktivity Ústavu medicínskej etiky a bioetiky, spoločného pracoviska Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. International, bilingual, scientific - professional journal for medical ethics and bioethics. It is devoted to the broadest medical and health care professional public in the Slovak Republic and abroad. Journal pays special attention to the informational and educational needs of ethics committees' members. It aims to foster international exchange of information and dialogue in the field of medical ethics and bioethics. The journal publishes information on actual activities and events in the field of medical ethics and bioethics, original papers, review articles, important materials and documents, continuous course for ethics committees' members, letters to the editor and book reviews. Original research and review papers published in the journal are peer-reviewed and they must abide to the usual international standards. The journal was founded in 1994 by the Institute of Medical Ethics and Bioethics Foundation. During the early years of its existence, editing of the journal was related to the scientific and professional activities of the Institute of Medical Ethics and Bioethics, the joint centre of the Institute for Postgraduate Education of Health Care Professionals (IPEHCP) and the Faculty of Medicine of the Comenius University (FM CU) in Bratislava.

■ Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Výkonná redaktorka/Executive Editor: H. Glasová ■ Redakčná rada/Editorial Board: J. Dačok, R. Frydrieh, M. Glasová, K. Glasová, T. Krčméryová, J. Labus¹, J. Matulník, J. Palaščák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: M. Babál¹, A. Bajan, I. Duriš, A. Kapellerová, E. Kolibáš, Š. Krajčík, V. Krčmery ml., M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, M. Makai¹, E. Mathéová, M. Mojzešová, P. Mráz, M. Pavlovič, J. Porubský, J. Trizuljaková ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), L. Gormally (London), T. Hope (Oxford), H. Klaus (Washington, DC), S. Leone (Palermo), T. Lajkep (Brno - Brussels), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), D. Sacchini (Rome), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Prague), K. Šipr (Brno), H. Watt (London) ■ Adresa redakcie: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Vysoká 32, 811 06 Bratislava 1 ■ E-mail: jozef.glasa@szu.sk ■ Tel./fax: (00421-2) 5292.0014 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipel'ská 3, 821 07 Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f. ■ © Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f., Bratislava, Slovak Republic.

Sanofi-aventis



**Svetový líder
v starostlivosti
o zdravie
so zameraním
na potreby pacientov**

Hlavné prínosy sanofi-aventis

- Široké portfólio liekov:
lieky na predpis, voľnopredajné lieky a generiká
- Svetový líder v oblasti vakcín
- Významné postavenie v segmente veterinárnych liekov
- Vyvážené pôsobenie na tradičných a rozvíjajúcich sa trhoch,
jednotka v Európe a v rozvojových krajinách

Kód materiálu: SK.SAV.10.04.07
Dátum prípravy: 5. 5. 2010