

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Spring - Summer 2016 Vol. 23 No. 1 - 2

OBSAH / CONTENTS

■ Citáty/Quotations	1
- WMA Declaration on Euthanasia. / Deklarácia o eutanázii. WMA	1
- WMA Statement on Physician-Assisted Suicide. / Vyhlásenie o lekárom asistovanom suicídiu. WMA	1
- Stanovisko Prezídia Slovenskej lekárskej spoločnosti k propagácii homeopatie. SLS	1,8
■ Pôvodné práce/Original Papers.....	2
- Aktuálne etické výzvy z pohľadu neurológie. / Current Ethical Challenges from the Point of View of Neurology. G. Timárová	2
■ Dokumenty/Documents	9
- WMA Statement on Mobile Health. / Vyhlásenie o mobilnom zdraví. WMA	9
- WMA Guidelines on Promotional Mass Media Appearances By Physicians. / Odporúčania pre promočné vystúpenia lekárov v masmédiách. WMA	10
■ Konferencie/Conferences	10
- Súčasná medicína, zdravotníctvo a integrálna ekológia Laudato si. J. Glasa	10
- 24. kongres FIAMC, Manila (Filipíny). J. Glasa	11

CITÁTY / QUOTATIONS

WMA Declaration on Euthanasia*

Adopted by the 39th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015

Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness.

WMA Statement on Physician-Assisted Suicide*

Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015

Physician-assisted suicide, like euthanasia, is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. However the right to decline medical treatment is a basic right of the patient and the physician does not act unethically even if respecting such a wish results in the death of the patient.

Stanovisko Prezídia Slovenskej lekárskej spoločnosti k propagácii homeopatie

Prezídium Slovenskej lekárskej spoločnosti sa na svojom riadnom zasadnutí dňa 14. júna 2016 v Bratislave zaoberalo odbornými a etickými otázkami, ktoré v odbornej i širšej verejnosti vyvolala aktuálna billboardová kampaň určená na propagáciu homeopatie. K uvedenej veci sa rozhodlo zaujať nasledovné stanovisko:

Homeopatia predstavuje liečiteľský systém z okruhu tzv. alternatívnej medicíny, ktorý je založený na vedecky neoverených predpokladoch, teóriách a praktikách, ktoré sú v príkrom rozpore s vedecko-odbornou podstatou a správnu praxou súčasnej medicíny. Preto homeopatické postupy alebo prostriedky (vrátane tzv. homeopatických liekov) nemožno, ako také, považovať za lekárske prostriedky či postupy lege artis. Nemožno ich teda z lekárskeho hľadiska pacientom odporúčať alebo aplikovať tak, akoby to boli overené postupy alebo prostriedky dnešnej medicíny. Svojou povahou a vlastnosťami sa tieto postupy a prostriedky jednoznačne nachádzajú mimo oblasti vedeckej medicíny.

(continued, p. 8)

* Text prevzatý z webovej stránky Svetovej asociácie lekárov / Text taken from the web-page of the World Medical Association (WMA): <http://www.wma.net>

AKTUÁLNE ETICKÉ VÝZVY
Z POHĽADU NEUROLOGIE

Gabriela Timárová

II. neurologická klinika Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Univerzitnej nemocnice Bratislava, pracovisko Nemocnica akademika L. Dérera, Bratislava

Úvod

Rozvoj každého ľudského spoločenstva je možný jedine vtedy, ak ako celok stojí na určitých mravných hodnotách a zásadách, ktorých dodržiavanie vedie k jeho stabilite, a súčasne rešpektované autonómne postavenie jednotlivých členov spoločenstva zabraňuje potláčaniu či zneužitiu jednotlivca. Etika je formou systematickej filozofickej reflexie o etose, to znamená o mravnom hodnotení ľudského správania, konania, „mravov“ či zvykov vo vzťahu k životu človeka, ktorý by sa dal považovať za dobrý. Mravnosť (a jej reflexia v profesijnej etike) vždy patrila k lekárskemu povolaniu ako jeho integrálna súčasť.

Uplynulé 20. storočie prinieslo do medicíny prudký nárast poznatkov o *etiopatogenéze ľudských chorôb* (genetika, molekulárna biológia a i.), *nové možnosti prevencie a liečby* (antibiotiká, vakcinačné programy, nové liečivá, terapeutické aplikácie kmeňových buniek, biologická liečba a i.), ako aj *výraznú technologizáciu* (umelá pľúcna ventilácia, dialýza, parenterálna výživa, robotika a i.).

Tento pokrok medicíny a zdravotnej starostlivosti umožnil, osobitne počnúc druhou polovicou 20. storočia, znížiť mortalitu a morbiditu mnohých ochorení, ako aj zlepšiť kvalitu života. Na druhej strane však – vo svetle reflexie nacistickej eugeniky a holokaustu, ako aj iných zločinov proti ľudskosti spáchaných počas 2. svetovej vojny, ale tiež v dôsledku opakujúcich sa morálnych zlyhaní popredných osobností či inštitúcií sveta vedy, zdravotníctva, farmaceutického a iného priemyslu či poľnohospodárstva, politiky – vývoj nových biomedicínskych a technologických možností stavia dnešné ľudstvo pred náročné, nezriedka veľmi komplikované etické výzvy.

Neurologia, ako významná súčasť dnešnej medicíny, reflektuje jednak všeobecné medicínsko-etické problémy a jednak má špecifické pole vlastných etických diskusií či konfrontácií [8]. Vychádzajúc zo súčasného stavu a v súvislosti s rozvojom modernej medicíny sú neuroológovia dnes nútení uvažovať aj nad mnohými novými etickými výzvami. Vyplyvajú z nevyhnutného, obnoveného zadefinovania *cieľov, nových perspektív a priorít*, ktoré by mala neurologia sledovať na začiatku nového tisícročia (implementácia konvergujúcich technológií: nano-, bio-, info-, neurovedy; aktívne implantáty; kyborgizácia človeka; antropotechnika a i.; riešenie finančných aspektov, zdravotných politík, úloh verejného zdravotníctva; účinná prevencia chorôb nervového systému a i.).

Podstatným prvkom v pochopení a rozvíjaní etických pravidiel medicíny sú dnes otvorené, multidisciplinárne diskusie a kontakty odborníkov pochádzajúcich z niekedy veľmi odlišných profesijných, kultúrnych a náboženských prostredí. Závažné ekonomické, sociálne a vedecko-odborné dôvody, ktoré sa nahromadili v jednotlivých krajinách na začiatku 21. storočia, vedú tvorcov zdravotných politík k tomu, aby sa aktívnejšie pokúšali o nevyhnutné reformy zdravotníctva a medicíny. Tieto reformy však môžu byť kontraproduktívne, pokiaľ sa dnes nanovo nepodarí jasne zadefinovať *nevyhnutné hodnoty a ciele medicíny* [1].

Etika biomedicínskeho výskumu

Vo verejnom priestore nateraz ešte pretrvávajú predstava, že výsledky vedy, osobitne pokrok dosahovaný v biomedicínskej oblasti, majú slúžiť predovšetkým na prospech človeka a ľudstva, na jeho oslobodenie od útrap. Mali by teda byť zamerané predovšetkým na zlepšenie zdravia jednotlivcov i celej populácie, na záchranu či predĺženie života a na zlepšenie jeho kvality. Realita však dnes nezriedka tlačí vedcov k tomu, aby boli predovšetkým obchodníkmi: veda je sponzorovaná, aby produkovala také výsledky, ktoré sa bezprostredne môžu uplatniť na trhu – majú to byť produkty, ktoré sa predávajú, konzumujú a zhodnocujú v ďalšej reprodukcii [13]. Zároveň pozorovať narastajúcu nedôveru verejnosti voči vede, jej predstaviteľom, organizáciám, aj voči tradičným autoritám. (Bližšia analýza týchto javov presahuje priestor tohto príspevku.)

Etické otázky ochrany osôb, ktoré vstupujú ako účastníci do projektov biomedicínskeho výskumu, boli prítomné v uvažovaní jeho veľkých, zakladajúcich osobností od počiatku. Na prelome 19. a 20. storočia ich riešenie ojedinele viedlo až k prijatiu špeciálnych právnych predpisov (Prusko, 1900 [17]; bližšie v [19]). Odsúdenie neľudských „lekárskych“ výskumov počas 2. svetovej vojny prinieslo *Norimberský kódex* (1947) a neskôr *Helsinskú deklaráciu* (1964) Svetovej asociácie lekárov (angl. *World Medical Association*) [23], avšak objavovaniu sa neetických výskumných projektov sa tým nezabránilo. Preto sa v Spojených štátoch amerických (USA) začala táto problematika už v 60. rokoch 20. storočia intenzívnejšie riešiť (odborné usmernenia, právne normy, vznik bioetiky ako vedeky disciplíny). V Európe bola problematika medicínskej etiky tradične prítomná v kontexte vývoja filozofie a teológie. Pre jej vývoj ako bioetiky, pre vznik etických komisií a iných štruktúr, ako aj pre vývoj samotného bioetického myslenia v konfrontácii s európskou filozofickou a teologickou tradíciou však boli impulzy z prostredia a vývoja bioetiky v USA veľmi významné [4].

V krajinách bývalého „sovietskeho bloku“, vrátane Česko-slovenska, bol výskum pod prísnu kontrolou štátu. To platilo aj pre biomedicínsky výskum – či už základný, alebo aplikovaný, klinický. V niektorých oblastiach prichádzala k jeho dnes viac alebo menej známym zneužitiam (psychiatria, športový doping, vojenský výskum a i.) alebo k nezdravej, niekedy až bizarnej ideologizácii (napr. odmietanie genetiky). Z hľadiska bežného lekára – výskumnika základný rámec predstavovali zásady hippokratovskej etiky, osobitne v zmysle požiadaviek princípov *beneficencie* (prospešnosti) a *non-maleficencie* (neškodnosti) (princíp *autonómie* – a s ním spojená problematika informovaného súhlasu – neboli natoľko v popredí záujmu).

Po politických zmenách, ktoré začali aj na Slovensku novembrovými udalosťami roku 1989, sa vývoj etického myslenia aj vývoj príslušnej legislatívy rýchlo napojili na existujúce európske, resp. medzinárodné úsilia [5]. Počnúc rokom 1990 postupne vznikol funkčný systém etických komisií [6] a prvé pracoviská zdravotníckej etiky a bioetiky v univerzitnom prostredí. Vstupom Slovenskej republiky do Európskej únie (EÚ) v roku 2004 prišlo k zosúladieniu príslušných právnych predpisov aj v oblasti biomedicínskeho výskumu, vrátane klinických skúšaní liečiv a zdravotných pomôcok.

Dva póly dnešného prístupu z etického hľadiska predstavuje na jednej strane favorizácia obchodných záujmov a „aplikovaného výskumu“, alebo „záujmov vedy“ či „záujmov spoločnosti“, kde sa ochrana dôstojnosti, práv a oprávnených záujmov pacienta niekedy vníma ako „brzda (pokroku)“. Opačný pól predstavuje prebyrokratizované „riešenie“ problému konfliktu záujmov, ktoré niekedy vedie až k vylúčeniu kvalifikovaných odborníkov z odborných rozhodovacích procesov.

Právny rámec pre riešenie etických otázok ochrany dôstojnosti, ľudských práv a oprávnených záujmov pacienta je dnes vo väčšine krajín veľmi podrobne rozpracovaný. Je aj pred

metom úprav pomocou nástrojov medzinárodného práva. Medzi najvýznamnejšie príklady patrí medzinárodný *Dohovor na ochranu ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny (Dohovor o ľudských právach a biomedicíne; Oviedo, 1997) [3]*, spolu s *dodatkovými protokolmi* k tomuto dohovoru.

Etické normy a pravidlá pre oblasť biomedicínskeho výskumu sú definované v mnohých medzinárodných dokumentoch, ktoré majú charakter odporúčaní (angl. *guidelines*), etických kódexov alebo deklarácií. Najväčší význam nadobudla už spomínaná *Helsinská deklarácia* (WMA, 1964; posledne aktualizovaná v roku 2013) [23] a deklarácie UNESCO: *Univerzálna deklarácia o ľudských právach a biomedicíne* (2005), *Medzinárodná deklarácia o ľudských genetických údajoch* (2003) a *Univerzálna deklarácia o ľudskom genóme a ľudských právach* (1997) [7,8]. Dôležité sú aj pomerne podrobné odporúčania CIOMS pre oblasť etiky biomedicínskeho výskumu (1982, posledne novelizované v roku 2002, ich nová revízia sa v súčasnosti pripravuje).

V príslušných právnych predpisoch platných pre členské štáty EÚ má osobitný význam problematika klinického skúšania liečiv, zdravotných pomôcok a medicínskych prístrojov. V súčasnosti sa intenzívne pracuje na príprave dôslednej implementácie nového nariadenia o klinických skúšaní liečiv (*Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady č. 536/2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne účely*) [16], ktorého predpisy nahradia dosiaľ platnú Smernicu 2001/20/EK.

Na dodržiavanie etických požiadaviek vo vzťahu k biomedicínskemu výskumu, vrátane klinických skúšaní, dohliadajú **etické komisie** (pre výskum v lôžkových zariadeniach: lokálne/nemocničné; pre ambulatné klinické štúdie: etické komisie pri VÚC (vyššie územné celky) [9]. Osobitné úlohy plní Etická komisia Ministerstva zdravotníctva, ktorá konkrétne výskumné projekty prakticky neposudzuje (výnimočne poskytuje konzultácie k osobitne závažným etickým otázkam na žiadosť iných etických komisií). V súčasnosti sa diskutuje zabezpečenie etického posudzovania medzinárodných klinických skúšaní produktov a liekov podľa režimu zavedeného spomínaným novým nariadením EÚ [16]. Na tieto účely bude pravdepodobne zriadená osobitná etická komisia, ktorej sekretariát bude umiestnený na štátnom ústave pre kontrolu liečiv (ŠÚKL).

Základnou požiadavkou pre povolenie a realizáciu každého biomedicínskeho výskumu, vrátane klinických skúšaní produktov, liekov alebo zdravotných pomôcok, je dôkladné informovanie zdravého dobrovoľníka či pacienta (podľa *zákona NR SR č. 576/2004 Z. z.* [26]) o všetkých dôležitých aspektoch výskumu, osobitne o potenciálnom prínose a rizikách, spojených s jeho účasťou v danom výskume, ktoré je dôležitým predpokladom pre získanie jeho **informovaného súhlasu**. Výskum s účasťou ľudí je z etického hľadiska prípustný len vtedy, ak očakávané poznatky sú významné (najmä z vedeckého alebo spoločenského hľadiska) a nemožno ich získať iným spôsobom – napríklad výskumom na zvieratách.

Platné právne predpisy, v súlade s *Dohovorom o ľudských právach a biomedicíne* (Oviedo, 1997) [3] a jeho *dodatkovými protokolmi*, definujú podmienky, pri splnení ktorých možno do medicínskeho výskumu zaradiť aj osoby, ktoré pre svoj zdravotný stav alebo aktuálne kognitívne a rozumové schopnosti nie sú schopné právne validný informovaný súhlas poskytnúť. To je zvlášť dôležité z pohľadu neurológie, kde sa biomedicínsky výskum i klinické skúšania nezriedka realizujú práve u osôb s poruchami vedomia, kognitívnych funkcií a osobnosti, a to aj s použitím invazívnych vyšetrovacích alebo liečebných metód (napr. endovaskulárne výkony pri akútnych cievnych mozgových príhodách) a v značne ohraničenom časovom priestore pre prijatie príslušných rozhodnutí (napr. urgentné stavy a nedostupnosť príbuzných resp. zákonného zástupcu pre udelenie súhlasu so zaradením pacienta do výskumu a i.).

Spríevodným aspektom súčasnej elektronizácie zdravotníctva a národného i medzinárodného biomedicínskeho (aj neurologického) výskumu je tvorba veľkých **databáz údajov** o zdravotnom stave konkrétnych osôb, ktoré sa navzájom pre-pájajú na národnej aj na medzinárodnej úrovni. S ich tvorbou súvisí verejná dôvera, možnosť vystúpenia konkrétnej osoby z danej databázy (vymazanie jej údajov), *ochrana osobných údajov*, komercializácia, bezpečnosť, prenos údajov v národnom a medzinárodnom meradle a jeho zabezpečenie, spoľahlivosť dátových bánk, ochrana zraniteľných (vulnerabilných) skupín obyvateľstva a iné otázky. Súkromie vo výskume je v klasickom kontexte chápané tak, že získavané osobne identifikovateľné údaje nebudú poskytované tretej strane. Dnešný výskum sa však uskutočňuje v obrovských medzinárodných projektoch, dáta sú ukladané a spracovávané vo viacerých počítačových systémoch a posielané internetovými sieťami prakticky po celom svete. To predstavuje náročné podmienky pre zabezpečenie adekvátnej ochrany dát. Tieto otázky sa ešte zvyrazňujú v prípade **biobáňk**, t.j. veľkých súborov profesionálne uchovávaného biologického materiálu ľudského pôvodu, kombinovaných s databázami im prislúchajúcich údajov. Legálne, etické a sociálne podmienky a dôsledky aplikácie výsledkov biomedicínskeho výskumu a využitia výskumných databáz a biobáňk sú preto dnes dôležitou prioritou etického dohľadu.

Klasické etické princípy pre oblasť biomedicínskeho výskumu sú stále platné. Ich interpretácia sa však časom obohacuje o nové hľadiská – a obracia sa k novým problémom, ktoré prináša akcelerovaný vedecký a technologický pokrok. S rozvojom nových technológií nie je vždy už od počiatku jasné, čo bude pre pacienta skutočným prínosom a čo môže byť nebezpečné alebo škodlivé. Nejde len o bezprostredné ohrozenie zdravia a života. Mnohé dôsledky sa prejavajú až so značným časovým odstupom, prípadne až v budúcnosti: v našich dnešných rozhodnutiach ide nezriedka už aj o významné, možno nezvratné ovplyvnenie života a zdravia tých, ktorí tu raz budú žiť po nás.

Etickou výzvou sa stali **genetické informácie**, ktoré nás na jednej strane môžu posunúť k zdravšiemu životnému štýlu, na druhej strane môžu byť zneužitú na nespravodlivú diskrimináciu osôb v systémoch zdravotného poistenia a v možnostiach zamestnať sa. Zaujímavé etické, právne aj sociálne otázky vyvolal aj *Projekt ľudského genómu* (realizovaný v rokoch 1990 – 2003) [11, 21]. Na ich riešenie sa verejné konzorcium projektu rozhodlo vyčleniť až 5% z jeho každoročného rozpočtu. Na základe rozvoja **funkčnej genomiky** budeme čoskoro poznať nielen genómový lokalizáciu a molekulovú podstatu mnohých chorôb (sem patrí významná časť neurologických ochorení), ale do možností ľudského pôsobenia sa budú potenciálne dostávať všetky časti ľudského genómu a s nimi spojené molekulové regulačné mechanizmy. Otvorí to celkom nové možnosti molekulovej genetickej diagnostiky – a pravdepodobne aj účinnej terapie (už v súčasnosti je genomický prístup základom vývoja mnohých biologických liečiv – bioterapeutík).

Postupy zásahov do ľudského genómu môžu viesť k snahám o **modifikáciu ľudských vlastností** s cieľom urobiť ich „dokonalejšími“ (transhumanistické úsilie o riadenú evolúciu). Kým budú k dispozícii technológie na účinné genómové modifikácie, prípadne na cielené zásahy na iných úrovniach (napr. ovplyvnenie epigenetických mechanizmov a i.), bude sa musieť naliehať vyriešiť viaceré etických problémov. Napríklad problém, či a ako si všetci občania budú uplatňovať právo na to, aby boli „normálni“ (nepostihnúťi, zdraví) alebo aby mali nimi zvolené „hyper-vlastnosti“? Kto a na základe akých kritérií bude určovať, čo je „normálne“? Budú to určovať samotní jednotlivci? Ešte pred počatím či narodením ich rodičia? Štát? Alebo výbory uznaných expertov? Keďže genetické manipulácie sa budú realizovať na zárodočných bunkách alebo na včasných ľudských embryách, ako sa bude rešpektovať právo jednotlivca na sebaurčenie a autonómiu?

Budú tieto možnosti dostupné všetkým – alebo iba privilegovaným?

Špecifickú kapitolu v oblasti neurologického výskumu predstavuje výskum funkčných štruktúr a prepojení mozgu – a to s využitím metód **funkčného zobrazovania mozgu**. Jedným z často diskutovaných problémov sú nové aplikácie týchto postupov v štúdiu vzťahov medzi aktivitou určitých oblastí mozgu a úmyselným, vôľovým rozhodovaním človeka – napríklad aj v kontexte úmyselného klamaní, skúmaného detektormi ľži. Napriek skepticizmu mnohých expertov však táto technológia už bola aj komercializovaná.

Jednoduchšiu formu predstavuje tzv. *neuromarketing*, pri ktorom sa vizualizujú vedomé alebo neuvedomené rozhodnutia potenciálnych kupujúcich pre určitý produkt.

V súčasnom výskume činnosti ľudského mozgu (*neurovedy* – vedy o mozgu, aj ako súčasť *konvergujúcich technológií*) bolo definovaných množstvo neuropsychologických cieľov, včítane štúdiá možnosti ovplyvnenia kognitívnych schopností, osobností, inteligencie, mentálnej alebo emočnej zraniteľnosti alebo predpovedania sklonu k agresivite či násilnej kriminalite. Praktickou i etickou otázkou sa dnes už stáva problém ako zabezpečiť súkromie ľudského myslenia, skutočnú autonómiu individuálneho alebo skupinového rozhodovania (ochrana proti rôznym možnostiam manipulácie), ako zabrániť zneužitiu čiastkových zistení a nových technológií napríklad v súdnych procesoch, v možnostiach zamestnania alebo v zdravotnom (a životnom) poistení. Je možné nerešpektovať etické bariéry pri výsluchu predpokladaných teroristov, vojnových zajatcov, či osôb podozrivých z páchania závažnej trestnej činnosti?

Niektoré zaujímavé fenomény spojené s činnosťou mozgu môžu vyústiť až do filozofických úvah o autonómii vôle či svojprávnosti človeka. Napríklad v súvislosti s fenoménom tzv. cudzej ruky (angl. *alien hand*; ide o pohyby najčastejšie ľavej ruky, nekontrolovateľné vôľou postihnutého, pri niektorých frontálnych a parietálnych léziách mozgu v nedominantnej hemisfére pri cievnnej mozgovej príhode alebo pri fronto-bazálnej degenerácii) viedlo zistenie prítomnosti štrukturálnej lézie mozgu k úvahe, či aj samotné vôľové a rozhodovacie procesy človeka nie sú len autonómne prebiehajúce molekulárno-biologické deje, nezávisle vznikajúce v mozgu za istých podmienok. To by mohlo dokonca viesť k spochybneniu autonómneho rozhodovacieho procesu človeka z hľadiska vyjadrenia a uplatňovania jeho vlastnej vôle, až po reflexiu možných právnych dôsledkov [10].

Etika pri výkone zdravotníckeho povolania

Lekár tretieho tisícročia bude vo svojej každodennej praxi často konfrontovaný s etickými aspektmi svojej činnosti. Významnú zložku profesionality lekára budú vždy tvoriť ľudsky správne etické postoje k pacientom, ich najbližším príbuzným, ako aj voči kolegom/ kolegyniam v rámci ošetrojúceho tímu, voči vlastnej profesii a danej spoločnosti, v oblasti biomedicínskeho výskumu a pri implementácii nových medicínskych poznatkov a technológií v liečebnej a preventívnej starostlivosti. Povinnosť poznať a zaujímať takéto morálne postoje je definovaná v **deontologickom kódexe** zdravotníckeho pracovníka (lekára, farmaceuta, sestry a i.), vydávanom príslušnou profesijnou komorou [7, 8].

V minulosti pri starostlivosti o pacienta prevažoval vo vzťahu k nemu a jeho požiadavkám či názorom tzv. **paternalistický model** správania lekára (maximálna podriadenosť pacienta voči lekárovým rozhodnutiam, spojená s maximálnou lojalitou lekára voči pacientovi: model „dobrého otca a poslušného dieťaťa“). V zmysle tzv. *terapeutického privilégia* tento model umožňoval neinformovať pacientov pravdivo o závažnej diagnóze: pri malých terapeutických možnostiach v minulosti prevažovali skôr obavy zo zhoršenia priebehu ochorenia a z psychického poškodenia pacienta pri úplnom vyja-

vení nepriaznivej pravdy. Pripúšťala sa tzv. milosrdná lož (lat. *pia fraus*). Na druhej strane, možnosti pacienta podieľať sa na rozhodovaní o uvažovanej diagnostike alebo liečbe boli veľmi obmedzené. Tieto oblasti boli v plnej kompetencii i zodpovednosti lekára. Napriek (nie vždy domyslenej) kritike predstavuje paternalistický model vo svojej zjemnenej podobe aj v súčasnosti užitočnú predstavu o vzájomných povinnostiach a rešpekte vo vzťahu medzi lekárom a pacientom: osobitne z toho dôvodu, že pacient je v tomto vzťahu z dôvodu svojej choroby alebo zdravotného postihnutia v oslabenom, zraniteľnom postavení. Vzájomná dôvera je pre dobré fungovanie tohto vzťahu nevyhnutne potrebná. Jej ničenie, napríklad neuváženými mediálnymi kampaňami zameranými voči lekárom a zdravotníkom, ich škandalizácia, prináša následne nemalé škody (zlyhania liečby) i riziko poškodenia pacientov (napríklad keď vyhľadávajú rôznych samozvaných liečiteľov alebo pomoc „záračných metód“ tzv. alternatívnej medicíny).

Súčasný prístup vychádza zo zvýšeného rešpektovania **autonómie pacienta**. Uprednostňuje sa vnímanie pacienta ako partnera pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti a tiež pri príprave a realizácii biomedicínskeho výskumu, vrátane klinických skúšaní nových liečiv, zdravotných pomôcok, prístrojov či iných nových postupov diagnostiky a liečby. Ide o rešpektovanie ľudskej dôstojnosti každého človeka, ktorá je daná už samotnou príslušnosťou jedinca k ľudskému rodu. Z tohto základu vychádzajú požiadavky na rešpektovanie osobnej identity, integrity, neodňateľných ľudských práv i oprávnených záujmov pacienta. Uplatňuje sa požiadavka na plnú informovanosť pacienta o jeho zdravotnom stave (aj podľa zákona NR SR č. 576/2004 Z. z., najmä §6 a súvisiace predpisy) [26], aby sa zabezpečila jeho spolupráca a dôvera. Pozitívny prínos partnerského modelu, v jeho ideálnej podobe, pre obe strany vzťahu pacient – lekár (iný zdravotník) je zásadný.

V oblasti zdravotníctva sa zvýšená pozornosť uplatneniu etického princípu autonómie pacienta prejavila v úsilí o formulovanie a účinnejšie presadzovanie **práv pacientov**. Boli vyjadrené napríklad v *Lisabonskej deklarácii práv pacientov Svetovej asociácie lekárov* (1981; posledná novela v roku 2015) [24] a v *Deklarácii práv pacientov v Európe* (1994), vypracovanej európskou úradovňou Svetovej zdravotníckej organizácie [22]. Aj zo strany samotných pacientov sa objavili konkrétne snahy o účinnejšie presadzovanie a lepšie formulovanie svojich práv. Aj na Slovensku vznikli a vyvíjajú činnosť početné **pacientske organizácie**. Ich prínos možno zvyčajne hodnotiť veľmi pozitívne, osobitne, ak sú schopné udržať si potrebnú nezávislosť vo svojom konaní a rozhodovaní a nestanú sa „predĺženou rukou“ farmaceutických spoločností, ktoré finančne podporujú ich činnosť. Potrebná kultúra manažmentu možných konfliktov záujmov sa ešte nie vždy dostatočne uplatňuje, hoci k dispozícii sú viaceré pozoruhodné konsenzné materiály o korektnej spolupráci všetkých zainteresovaných stránok (angl. *stakeholders*), pripravené s týmto cieľom (napríklad [2]).

Popri náraste autonómie a zvyšujúcej sa emancipácii pacienta však zároveň v súčasnej dobe dochádza aj k jeho značnému zneisteniu, k **strate dôvery** pacienta k lekárovi. V dnešnej realite nekritického prijímania informácií prostredníctvom internetu (*Dr. Google univerzita*, rôzne sociálne siete – napr. *Facebook*) sa vzťah pacient – lekár nezriedka vyvíja nežiaducim smerom. Zo strany pacienta hrozí jeho prechodom na iracionálne alebo aj nebezpečné diagnostické a liečebné procedúry, ako aj zanedbaním alebo oneskorením potrebnej liečby (napr. v onkológii). Zo strany lekára môže prejsť do nežiaduceho praktizovania tzv. **defenzívnej medicíny**: pod vonkajším tlakom prostredia (hrozba právnych postihov, tlak médií, nátlak samotných pacientov – zvyčajne neoprávnený) sa rozhoduje pre nadmerný počet vyšetrení či pre nadmernú liečbu. Výsledkom je nielen plytvanie obmedzenými zdravotníckymi zdrojmi, ale aj zbytočné zaťažovanie či až poškodenie pacienta.

Pri zdôrazňovaní práv pacienta sa dnes často zabúdajú pripomenúť aj **práva lekára**. Napríklad jeho právo za určitých okolností (pozri §12 zákona NR SR 576/2004 Z. z. a súvisiace predpisy [26]) poskytnutie zdravotnej starostlivosti odmietnuť (netýka sa to neodkladného, život zachraňujúceho výkonu). Ide predovšetkým o výkony, ktoré sú pre pacienta nepotrebné, neúnosne rizikové či dokonca škodlivé – a tiež o výkony, na ktoré sa vzťahuje uplatnenie *výhrady svedomia* [7,8].

V posledných desaťročiach sa v mnohých smeroch zmenili stratégia i taktika diagnostického, liečebného aj preventívneho procesu. Je to dôsledkom exponenciálneho nárastu poznatkov, ktoré prináša akcelerovaný vedecký a technologický pokrok. Niektoré z vyšetrovaní sú invazívne, niektoré liečebné postupy rizikové. Je pochopiteľné, že od lekára sa vyžaduje, aby poznal a dokázal vo svojej každodennej praxi predvídať aj mnohoraké morálne (etické) a sociálne dopady a dôsledky svojich rozhodnutí.

Závažným medicínskym, zdravotníckym aj etickým problémom súčasnosti je starostlivosť o **starých, nevyliciteľne chorých** a o pacientov závislých od ošetrovateľskej starostlivosti, z ktorých mnohí sú práve pacientmi neuroológov (napr. pacienti s neurodegeneratívnymi, malígnymi alebo cerebrovaskulárnymi ochoreniami). V takýchto prípadoch, keď nemôžeme pacientovi zabezpečiť vyliečenie (angl. *cure*), poskytujeme mu adekvátnu paliatívnu liečbu, ošetrovateľsko-rehabilitačnú liečbu a psychologickú podporu (angl. *care*). Je závažnou, neoddeliteľnou súčasťou zdravotnej starostlivosti, s povinnosťou jej primeraného zabezpečenia zo strany každého príslušného lekára a zdravotníckeho pracovníka. Niektoré špecifické možnosti umožňujú neuroológovi sa v náležitej interdisciplinárnej spolupráci zmysluplne a účinne podieľať na zlepšení kvality života týchto pacientov (napr. liečba bolesti, liečba polyneuropatií a i.).

Neuroológ sa dnes častejšie stretáva aj s etickými otázkami, ktoré prichádzajú v súvislosti so starostlivosťou o **terminálne chorých a umierajúcich** pacientov. Na jednej strane je to otázka dôstojného, pokojného dožitia života, zmiernenia utrpenia adekvátnym využitím paliatívnej (vrátane účinnej analgetickej) liečby, prípadne aj paliatívnej sedácie. Na druhej strane sú to otázky nepokračovania v tzv. **úpornej liečbe** (t.j. zbytočnej a neprimeranej liečbe, angl. *futile treatment*), ktorá sa považuje za neeticú. Nejde totiž o liečbu, ktorá by prinášala pacientovi skutočný prospech. Ide skôr o neprimerané, nadmerne zatažujúce, rizikové či invazívne medicínske výkony, prípadne o predlžovanie procesu umierania, ktorý sa už začal. Takáto neeticá „liečba“ pacientovi len zvyšuje alebo predlžuje utrpenie. Preto sa u pacienta v klinicky jasných, spoľahlivo definovaných prípadoch ani nemá začať.

V prípade nezačatia alebo ukončenia úpornej liečby však nejde o **eutanáziu** – t.j. o úmyselné usmrtenie mentálne kompetentného, zvyčajne nevyliciteľne alebo terminálne chorého pacienta lekárom na žiadosť tohto pacienta. Hlavné námietky voči eutanázii (hoci niektoré štáty eutanáziu pri splnení určitých podmienok dekriminalizovali) sú jej neeticosť a nezlučiteľnosť s výkonom povolania lekára, ktorý má liečiť a starať sa o pacienta (angl. *cure and care*). Závažné sú aj obavy (pri eventuálnej strate alebo degradácii morálneho/etickeho povedomia zdravotníckych profesií a širokej verejnosti) z možnosti zneužitia „eutanázie“ (aj tzv. *asistovanej samovraždy*) na likvidáciu starých, zdravotne postihnutých alebo nevyliciteľne chorých osôb (napríklad z dôvodu „konečného riešenia“ ekonomickej záťaže pre spoločnosť). Mravná integrita zdravotníckeho pracovníka sa dnes prejavuje aj v jeho schopnosti primerane sprevádzať pacienta (a jeho príbuzných) touto neľahkou fázou života [12].

Špecifickú problematiku v neuroológii predstavuje starostlivosť o zdravotne (mentálne) postihnutých pacientov a o osoby s výrazným kognitívnym deficitom a demenciou. Pre **obmedzenú spôsobilosť** na pochopenie informácií o svojom zdravotnom stave a udelenie riadneho informovaného sú-

hlasu sa pri starostlivosti o týchto pacientov musíme riadiť podľa príslušnej zákonnej normy a v duchu etických požiadaviek tzv. *najlepšieho záujmu pacienta*. Úlohou lekára je predovšetkým zabezpečiť poskytnutie potrebnej zdravotnej starostlivosti – a zároveň ochrániť pacienta pred úpornou liečbou, ako aj pred nadmerným, škodlivým diagnostikovaním a liečením defenzívnej medicíny [1, 7, 8]. Nezriedka je lekár svedkom, v lepšom prípade iniciátorom riešenia závažných sociálnych, prípadne rodinných problémov týchto pacientov v súvisi so zabezpečením potrebnej starostlivosti, opatery.

Osobitnú výzvu pre neuroológiu predstavujú pacienti s **paralýzou všetkých končatín a zachovanými kognitívnymi funkciami**, nezriedka s potrebou trvalej umelej pľúcnej ventilácie, pripútaní na lôžko (napr. locked-in syndróm, amyotrofická laterálna skleróza, kvadruplégia po léziách miechy a i.). Novšími technickými pomôckami (napr. polohovacie či samoohybné lôžka, počítače riadené jazykom, pohľadom, zvukom) a potrebnou komplexnou rehabilitačnou starostlivosťou sa v súčasnosti dá u nich dosiahnuť určitá pozitívna kvalita života, jeho prežívania, poskytnúť pomoc a podporu v objavovaní jeho zmyslu. Veľmi potrebná je aj starostlivosť o spirituálne potreby (nielen) týchto pacientov. Často ich pomôže naplniť náboženstvo (tzv. duchovná služba v nemocniciach a iných zariadeniach, či poskytovaná doma). Tieto potreby však v rôznej intenzite vnímajú všetci ľudia – aj tí, ktorí žiadne náboženstvo nevyznávajú: ich naliehavosť sa nezriedka zvyšuje so zhoršovaním zdravotného stavu alebo či postihnutia. Ich nenaplnenie zvyšuje mieru ich utrpenia [20].

Zdraví ľudia, príbuzní aj známi takýchto pacientov kvalitu ich života často vnímajú ako veľmi zlú, neakceptovateľnú, ba „horšiu ako smrť“. Môžu sa tu natiskať neodbytné otázky o zbytočnosti takého života, o neprimeraných ekonomických a ľudských nákladoch na jeho „udržiavanie“ či o oprávnenosti eutanázie. Argumentácia v prospech pokračovania potrebnej starostlivosti tu nie je vždy ľahká. Tieto situácie sú náročné aj pre jej poskytovateľov – tak pre zdravotníkov, pre iné pomáhajúce profesie, ako aj pre rodinných príslušníkov a známych pacienta, alebo pre iné osoby poskytujúce starostlivosť či inú podporu. Tieto osoby tiež poskytujú určitú podporu a starostlivosť, vrátane kvalifikovanej pomoci a sprevádzania (hrozí syndróm vyhorenia alebo iné poruchy z psychického či fyzického vyčerpania). Žiada sa tiež, aby lekár mal v týchto veciach vlastné, hlboko osobné, dostatočne znútornené a pozitívne stanovisko. Len tak bude schopný viesť členov ošetrovateľského tímu – a poskytovať potrebnú podporu a starostlivosť, ako sa to od neho očakáva.

Pacienti, ktorí taktiež vyvolávajú otázky o zmysle ich života a prežívania, sú aj pacienti v permanentnom **vegetatívnom stave** (PVS) a pacienti v **stave minimálneho vedomia**. Pri dobrej ošetrovateľskej starostlivosti sú v tomto stave schopní prežívať roky, ba desaťročia. Dýchajú samostatne a majú zachované funkcie mozgového kmeňa pri prakticky chýbajúcich prejavoch kognitívnych funkcií a úplne minimalizovanej alebo najčastejšie úplne absentujúcej schopnosti komunikovať s vonkajším svetom. Vystávajú tu viaceré neľahké etické dilemy. Napríklad otázka ako postupovať v prípade akútnych, život ohrozujúcich komplikácií? Či je etické predlžovať takúto formu života „za každú cenu“ – a akú starostlivosť či liečbu už smieme či musíme považovať za úpornú (napríklad opakovaná evakuácia recidivujúceho intracerebrálneho hematómu u pacienta v PVS)? Pre mnohé tieto situácie nenájeme vždy oporu v súčasnej legislatíve. Napomôcť, pri dobrom fungovaní, by mohla konzultácia príslušnej etickej komisie a uskutočnenie *kolektívneho rozhodovacieho procesu*.

V otázke definovania **smrti človeka**, pokiaľ sa jeho vitálne funkcie udržiavajú umelou podporou (ventilácia, krvný obeh atď.), väčšina štátov sveta postupne prešla k *definícii smrti človeka ako biologickej smrti celého mozgu* (v súlade s touto s definíciou je aj u nás platná legislatíva – §43 zákona NR SR č. 576/2004 Z. z. a súvisiace predpisy[26]) v zmysle modifiko-

vaných *Harvardských kritérií* na určenie **mozgovej smrti** (prvý raz publikovaných v roku 1968). Dnes sa takáto definícia, v súlade s aktuálnymi poznatkami vedy a možnosťami prísľušných pomocných vyšetrení, využíva na konštatovanie smrti v prípade zvažovania ukončenia úpornej intenzívnej starostlivosti (o človeka, ktorý už zomrel) a v prípade overenia úmrtia u potenciálneho mŕtveho darcu orgánov a tkanív na transplantáciu. Rozhodnutie o konštatovaní mozgovej smrti však musí byť úplne oddelené od rozhodnutia o transplantácii/transplantáciách. Musí byť tiež v súlade so stanoveným odborným postupom a prísľušnými predpismi. Námietyky voči takto definovanej smrti človeka bývajú filozofické a náboženské. Nezriedka sú dnes živé internetovými diskusiami a šírením rôznych *konšpiračných teórií* nedostatočne informovanými laikmi.

V otázke súhlasu potrebného pre odber orgánov od mŕtveho darcu nie je v európskych krajinách rovnaký prístup. V niektorých štátoch platí *princíp výslovného súhlasu* (angl. *opting in*) (napr. Nemecko, Veľká Británia, Francúzsko, USA) a pre odber orgánov je nutný výslovný predchádzajúci súhlas danej osoby, prípadne, ak to umožňuje zákon, súhlas blízkej osoby. V iných krajinách platí *princíp predpokladaného súhlasu* (napr. Slovensko, Česká republika, Belgicko, Rakúsko, Maďarsko a i.), ktorý sa považuje za udelený, pokiaľ občan preukázateľne nevyjadril nesúhlas s posmrtným darovaním svojich orgánov alebo tkanív na transplantáciu. Zákon nevyžaduje súhlas príbuzných alebo blízkych osôb mŕtveho darcu. Napriek tomu sa v praxi takýto súhlas v komunikácii s príbuznými alebo blízkymi osobami darcu žiada – a ich prípadný nesúhlas sa rešpektuje. Negatívne zážitky a postoje blízkych osôb darcu (ľudia zvyčajne túto legislatívu nepoznajú) môžu zvyšovať napätie medzi zdravotníckymi pracovníkmi a obyvateľstvom – a v konečnom dôsledku poškodzovať i samotný transplantáčny program.

Príkladom úspešného riešenia tohto problému, s aktuálne najlepšou odberovou aktivitou na svete, je Španielsko. Dáva sa za príklad ako krajina, kde sa uplatňuje princíp predpokladaného súhlasu, ale zároveň sa musí získať aj súhlas príbuzných. Vysoká odberová aktivita sa dosiahla dobrou edukáciou obyvateľstva, rozumnou zdravotníckou politikou, vysokou aktivitou transplantáčnych koordinátorov a pozitívnou medializáciou problematiky. Z etického hľadiska je pozitívne, že príbuzní sú zainteresovaní – a nie sú vytláčaní z rozhodovacieho procesu, hoci vzhľadom na (zvyčajne neočakávané) úmrtie blízkeho človeka sa nachádzajú v ťažkej, stresujúcej situácii. Princíp predpokladaného súhlasu im v tomto prípade môže uľahčiť uvažovanie a rozhodovanie o tom, či by ich príbuzný bol v skutočnosti ochotný darovať svoje orgány alebo tkanivá na transplantáciu. V mnohých prípadoch im rozhodnutie v prospech transplantácie môže pomôcť vyrovnáť sa lepšie s bolestnou stratou blízkeho človeka, osobitne v dlhodobjšom časovom horizonte.

Niektoré osobitné otázky

Pre riešenie problematiky eticky hraničných stavov sa v nemocniciach po celom svete zriaďujú vhodné štruktúry, ktoré majú poskytovať konzultačnú podporu pre zdravotníckych pracovníkov, príbuzných pacienta – i pre samotných pacientov. Často ide o (tzv. nemocničné) **etické komisie** alebo o službu špeciálne vzdelaných odborníkov – etických konzultantov, prípadne o rôzne definované a organizované **etické konzultačné služby**, ktorú zabezpečuje tím odborne kvalifikovaných pracovníkov zamestnaných daným zdravotníckym zariadením (zvyčajne veľké, univerzitné nemocnice a pod.). V mnohých prípadoch však podobné konzultácie a podporu poskytuje **duchovná služba**, dnes spravidla v ekumenickom (pokiaľ ide o kresťanské cirkvi), prípadne aj v pluralitnom, viac-náboženskom usporiadaní (podieľajú sa na nej, podľa požiadaviek príslušných veriacich, duchovní rôznych náboženstiev). Duchovná služba, ako sme už uviedli, sa môže

významne podieľať na napĺňaní spirituálnych potrieb pacienta – a to dokonca, primeranou humánnou pozornosťou, záujmom a starostlivosťou, aj u osôb bez náboženského vyznania.

Zaujímavou možnosťou sú snahy v USA o zavedenie tzv. **integrovaných etických programov**. Princípom je každodenná dostupnosť individuálnych etických konzultácií o problémových pacientoch a aktívne uplatňovanie etického hodnotenia v manažmente fungovania zdravotníckych zariadení. Tento prístup môže byť zaujímavou inšpiráciou ako pristupovať k etickým problémom aj v zdravotníckych zariadeniach mimo USA, včítane strednej a východnej Európy [14].

Pre etické hodnotenie v neurologii a neurovedách (*neuroetika*) sa v súčasnosti otvára mnoho nových problémov aj v oblasti priamych alebo nepriamych **mozgových intervencií** [8].

Jedným z nových problémov je tzv. *kozmetická psychofarmakológia*. Jej cieľom nie je liečba, ale zlepšenie vlastností daného človeka. Ide napríklad o použitie psychofarmák na zvýšenie psychického výkonu, ktoré sa účelovo zdôvodňuje akousi „kognitívnu slobodu“ jednotlivca. Medzi súvisiace etické otázky patrí legalita získavania takýchto psychofarmák, možnosť ohrozenia ich dostupnosti pre chorých (tlak na ich cenu pri vysokom dopyte solventných zdravých záujemcov) či rezultujúce nerovnoprávne postavenie jedincov v sociálnej kompetícii. Závažnou otázkou je aj vznik psychickej a fyzickej závislosti, ako aj ďalšie potenciálne nežiaduce účinky takýchto liečiv. Problematickým ostáva tiež definovanie ich skutočného prospechu pre daného jednotlivca, pre konkrétnu komunitu či pre celú spoločnosť.

Rýchly rozvoj zaznamenávajú v súčasnosti aj *nefarmakologické metódy*, schopné významne ovplyvňovať mozgové funkcie u človeka. Ide o nové možnosti liečby neurologických a psychiatrických ochorení založené na využití *nanotechnológií*, invazívnych *mozgových stimulácií* (hlboká mozgová stimulácia, rezponzívna mozgová stimulácia) a neinvazívnych transkraniálnych stimulačných metód. Výskum myšlienkami riadených prevodníkov (angl. *interface/s*), umožňujúcich komunikáciu paralyzovaných pacientov s robotmi a počítačmi, je nateraz ešte v predklinickom štádiu. Uvažované nové možnosti prepojenia ľudského mozgu s počítačom, pri ktorom by sa vybrané informácie prenášali do mozgu nie učením, ale „nahraťím“ (angl. *download*); výskum mikro- alebo nanoelektronických súčiastok (čipov), ktoré by dokázali pri poruchách pamäti nahradiť porušené spoje v hipokampe (degeneratívne ochorenia, úrazy, cieвне mozgové príhody, epilepsia) alebo by umožnili korektné napojenie a regeneráciu nervových dráh po transverzálnych prerušeníach miechy, či iné uvažované postupy, ktoré na prvý pohľad môžu pripomínať predstavy autorov science fiction, prinášajú už dnes veľmi závažné etické otázky.

Ide predovšetkým o posúdenie týchto možností z hľadiska skutočného prospechu (*princíp beneficencie*) a neškodnosti (*princíp non-maleficencie*) pre konkrétneho človeka – ale aj o posúdenie ich významu pre vývoj spoločnosti a človeka ako druhu v blízkej či vzdialenejšej budúcnosti (transhumanistické ašpirácie). Otázka zodpovednosti voči budúcim generáciám – i voči ľudstvu ako celku (napr. ľudský genóm ako spoločné dedičstvo ľudstva), voči „prirodzenosti človeka“ nebola nikdy naliehavejšia. Niektoré etické otázky sa týkajú spravodlivosti vo využití týchto prostriedkov, ich dostupnosti: „Majú byť iba pre finančne alebo spoločensky privilegované skupiny? Iba pre pacientov v rámci medicínskej oprávnenej liečby? Z akých zdrojov budú financované?“ Iné dôsledkom pre spoločnosť a jednotlivca či skupinu v nej: „Bude ľudstvo budúcnosti ešte viac rozdelené? Rozšíri sa všeobecný systém kást? Ako sa vyrieši osobná bezpečnosť, ochrana súkromia a autonómia ľudí s aktívnymi implantátmi (možnosť diaľkového ovládania cez počítačové siete, otázka potlačenia osobnej voľby v rozhodovacom procese riadením zvonku, možnosť krádeže tvorivých myšlienok a i.). Aký bude človek budúcnosti?

Post-človek? Kto určí jeho vlastnosti? Kto bude rozhodovať o smerovaní aktívnej evolúcie? Iné použitia technologických možností, ktoré už sú dnes medzi nami: „Bude možné uchovať v elektronickej forme vedomie, spomienky, vzorce myslenia, cítenia, prežívania konkrétneho človeka? Aké miesto a úlohy tu bude mať neurológ a neurológia budúcnosti? Podľahne vízií neohraničeného, nekonečného „pokroku“ za každú cenu – alebo sa pripojí k ochrantom vývoja podľa princípu skutočného dobra ľudskej osoby? Kto ale zadefinuje „skutočné dobro“ – a charakteristiky „ľudskej osoby“ v dobe post-človeka?“

Dôležitú oblasť, s mnohorakými etickými dôsledkami, predstavuje v neurológii liečba ľudskými **kmeňovými bunkami**. Podľa u nás platnej legislatívy nie je možné použiť ľudské **embryonálne kmeňové bunky** (pochádzajúce zo živého ľudského zárodka) ani na biomedicínsky výskum u človeka ani na experimentálnu liečbu pacientov. Nie je to tak však ani vo všetkých krajinách EÚ (napr. Holandsko, Švédsko, Nemecko). Doterajšie pokusy experimentálnej liečby embryonálnymi kmeňovými bunkami prakticky zlyhali pre závažné nežiaduce účinky – ide najmä o vznik zhubných tumorov. K takémuto vývoju totiž predisponujú práve charakteristické biologické vlastnosti týchto buniek – nezrelosť a schopnosť rozmnožovania.

Embryonálne kmeňové bunky geneticky zhodné s bunkami konkrétneho pacienta by z technického hľadiska umožňovali metódy **klonovania človeka** (tzv. klonovanie na výskumné účely – predtým nesprávne označované ako „terapeutické klonovanie“), pri ktorých vzniká živé ľudské embryo predstavujúce klon daného jedinca. K týmto metódam nateraz vo všeobecnosti panuje odmietavé stanovisko (s výnimkami na rôznych miestach planéty, vrátane Európy) – a to pre mnohé závažné etické dilemy, osobitne vzhľadom na predpokladané negatívne dôsledky pre ľudskú spoločnosť a vývoj samotnej ľudskej civilizácie.

S uvedenými otázkami súvisí aj etická problematika **pokusov na ľudských embryách** vo všeobecnosti. Ide o definovanie počiatku človeka ako jedinca, prípadne jedinca s prislúchajúcimi právami (riešenie *morálneho a právneho statusu ľudskeho embrya*), v kontraste s jeho *použitím* „v záujme vedy (a spoločnosti)“. Predstavuje to etický problém zvecnenia, inštrumentalizácie embrya – t.j. zaobchádza sa s ním ako s vecou, preto „musí“ byť (účelovo) definované ako „nie človek“, alebo ako „ešte nie človek“. Ináč by takéto postupy boli nemysliteľné. Iným problémom je možnosť ďalšieho zneužitia týchto techník na kreovanie jedincov požadovaných vlastností (angl. *designer babies*) v spojení s rozličnými metódami génových manipulácií [15].

Liečba ľudskými **somatickými (adultnými) kmeňovými bunkami** zaznamenala už dosiaľ mnohé úspechy. Celá oblasť sa rozvíja exponenciálnym spôsobom. Použitie vlastných hematopoetických kmeňových buniek pacienta podaných intravenózne sa napríklad s určitým úspechom vyskúšalo v liečbe *sclerosis multiplex* [18]. Keďže pri získavaní týchto buniek (podľa vzťahu darcu a potenciálneho príjemcu sú najčastejšie *autológne* (ten istý organizmus) alebo *heterológne* (rôzne organizmy toho istého druhu)) neprichádza k zničeniu živého ľudského embrya, nie sú z tohto hľadiska zásadné etické námietky k ich využívaniu vo výskume alebo v liečbe. Etické otázky pochopiteľne ostávajú ohľadom bezpečnosti (riziká), účinnosti a celkového prospechu takýchto liečebných postupov. Sú prakticky zhodné s etickým hodnotením nových, nezriedka až revolučných diagnostických alebo terapeutických možností, ktoré prináša vývoj biomedicínskych vied a technológií.

Podobne možno z etického hľadiska hodnotiť využitie **indukovaných pluripotentných kmeňových buniek**, ktoré sa získavajú zo somatických buniek darcu (Nobelova cena za medicínu v roku 2012 [25]), prípadne pluripotentných kmeňových buniek získaných z iných zdrojov (napr. pupočníková krv, zubná pulpa, kostná dreň a i.).

Od plného využitia liečby ľudskými kmeňovými bunkami sa očakáva, v rámci rýchlo nastupujúcej **regeneratívnej medicíny**, podstatný pokrok v liečbe závažných neurologických (a mnohých iných) chorôb, pri ktorých prichádza k poškodeniu alebo zničeniu funkčného tkaniva – v neurológii ide predovšetkým o neuróny a ich súčasti, ale aj o rôzne podporné bunky centrálného nervového systému (glia) (napr. Parkinsonova choroba, degeneratívne choroby mozgu a miechy, Alzheimerova demencia a iné typy demencií, poškodenia oblastí mozgu nádorom, mozgovou cievnuou príhodou, toxickými látkami a i.).

Možno uzavrieť, že zoči-voči týmto novým terapeutickým (aj diagnostickým) možnostiam sa budú nároky na klinickú prácu neurológa ďalej zvyšovať. To zaiste bude platiť aj pre oblasť etického hodnotenia jeho vlastnej práce, vrátane posúdenia etickej akceptability týchto nových postupov a ich aplikácie v klinickej praxi vo všeobecnosti – a u konkrétneho pacienta.

Záver

V súčasnej medicíne nateraz dominuje princíp „od diagnózy k liečbe“, menej sa venuje prevencii a možnostiam zvyšovania miery „pozitívneho zdravia“ na úrovni jednotlivca, definovaných komunit i celých spoločností. Fragmentácia organizmu pacienta na súbor orgánov a telesných systémov, s nedostatočnou pozornosťou samotnej osobe pacienta, jeho psychickým, sociálnym a spirituálnym potrebám, vedie často k vzájomnému odcudzeniu a nedôvere vo vzťahu medzi pacientom a lekárom či osobami iných pomáhajúcich profesií. Bohatý, korektný a pevný vzťah medzi lekárom (zdravotníckym pracovníkom) a pacientom, z ktorého medicína v minulosti vychádzala, však zostáva aj dnes základnou a trvalou potrebou. Nezriedka nenaplnenou a podceňovanou. Je nielen východiskovým bodom adekvátnej prípravy na lekárske či iné zdravotnícke povolanie, ale umožňuje tiež lekárovi porozumieť pacientovi ako jednotlivcovi. V praktickej, klinickej neurológii sa dnes vyskytuje osobitne mnoho závažných, komplexných etických dilem. Okrem náročnosti zvládnutia aktuálnych poznatkov, znalostí a špecifických výkonov samotného medicínskeho odboru ide totiž pri poskytovaní neurologickej liečby a starostlivosti často o pacientov, kde prítomná fyzická a psychická dezintegrácia v dôsledku choroby alebo zdravotného postihnutia vedie k ich vysokej zraniteľnosti. Narastajúce etické výzvy predstavuje aj rýchlo napredujúci biomedicínsky výskum v neurológii a aplikácie jeho výsledkov pri zachovaní a rešpektovaní dôstojnosti, ľudských práv a oprávnených záujmov osôb, ktoré sa ho zúčastňujú. Toto je obzvlášť komplikované a náročné nielen vo výskume, ale aj v celej praktickej, klinickej neurológii: postihnutie nervového systému totiž zvyčajne zmení život daného pacienta navždy.

Literatúra

- Callahan D. Cíle medicíny. Určení nových priorit. Závěrečná zpráva mezinárodního multicentrického výzkumního projektu Hastings Center Report (český překlad). *Med. Etika Bioet.* 1997; 4(1): 3-20.
- Consensus Framework for Ethical Collaboration between Patients' Organisations, Healthcare Professionals and the Pharmaceutical Industry.* IAPO Health-care Industry Partners Framework 2012. Dostupné na: <http://www.patientsorganizations.org/partners>.
- 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.* Directorate of Legal Affairs. Council of Europe. CETS: 164, Oviedo 1997. Dostupné na: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>.
- Dell'Oro R., Viafora C. Bioethics: A History. International Scholars Publications (ISP), 1. vyd., 1996, ISBN 1573090484, 313 strán.
- Glasa J. Bioethics and the challenges of a society in transition: The birth and development of bioethics in post-totalitarian Slovakia. *Kennedy Institute of Ethics J.* 2000a; 10(2): 165-170.
- Glasa J. Ethics committees (HECs/IRBs) and healthcare reform in the Slovak Republic: 1990-2000. *HEC Forum* 2000b; 12(4): 358-366.
- Glasa, J.: Stručný prehľad biomedicínskej etiky pre pracovníkov vo verejnom zdravotníctve. *Med. Etika Bioet.* 2009, 16(1-2): 17-26.
- Glasa J. Vybrané etické problémy v neurológii. *Med. Etika Bioet.* 2010; 17(3-4): 4-13.
- Glasa J., Glasová M., Krčméryová T., Glasová H. Etická ko-

misia: typy, podmienky členstva, spôsob práce a hlavné oblasti činnosti – vybrané praktické aspekty. *Med. Etika Bioet.* 2011; 18(1-2): 21-26. **10.** Chesire W.P. Does alien hand syndrome refute free will? *Ethics & Medicine* 2010; 2: 71-74. **11.** International Human Genome Sequencing Consortium. Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature* 2001; 409 (6822): 860-921. **12.** Kukumberg P. O etickom pozadí neurologie - 1. časť. *Neurologie pro praxi* 2003; 4: 213-215. **13.** Lajpek T. Zamyšlení nad lékařskou etikou v postmoderní době. *Med Etika Bioet* 1997; 4(2): 9-10. **14.** Matějček J. Program IntegratedEticsR jako příklad systémového přístupu k řešení etických problémů ve zdravotnických zařízeních. *Med Etika Bioet* 2013; 20(3-4): 7-10. **15.** Memorandum of the International Conference „Stem Cell Technologies: Clinical, Scientific, Legal and Ethical Aspects in the European Union“. Kaunas, Litva, 2013. Dostupné na: http://ar14.library.sk/.../detail-sllk_un_cat-0100054. **16.** Nariadenie Európskeho parlamentu a Rady č. 536/2014 o klinickom skúšaní liekov na humánne účely, *Úradný vestník EÚ*, 27. 5. 2014, L158/1-76, dostupné na: http://ec.europa.eu/health/files/eudralex/vol-1/reg_2014_536/reg_2014_536_sk.pdf **17.** Preussisches Ministerium fuer Religion, Unterricht und Medizin (1900): Instruktionen fuer die Direktoren der Krankenanstalten und andere medizinische Einrichtungen. *Zentralblatt der gesamten Unterrichtsverwaltung in Preussen* 2000; 188-189 [Engl. transl.: Annas GJ, Grodin MA (1992) The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. New York NY: Oxford U Press, 127]. **18.** Rice C.M., Kemp K., Wilkins A., Scolding N.J. Cell therapy for multiple sclerosis: an evolving concept with implications for other neurodegenerative diseases. *Lancet.* 2013 Oct 5;382 (9899):1204-1213. **19.** Sass H.-M.: Ambiguities In Judging Cruel Human Experimentation: Arbitrary American Responses to German and Japanese Experiments. *Eubios Journal of Asian and International Bioethics* 2003; 13:102-4. **20.** Svatošová M. Víme si rady se spirituálními potřebami nemocných? Grada, Praha, 1.vyd. 2012, ISBN 978-80-247-4107-9, 112 strán. **21.** Venter J.C.; et al. (2001). The sequence of the human genome. *Science* 2001; 291(5507): 1304- 1351. **22.** WHO: *Declaration on the Promotion of Rights of Patients in Europe* [Deklarácia o podpore práv pacientov v Európe], WHO, 1994, dostupná na: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf **23.** *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* 64th WMA General Assembly, Fortaleza Brazil 2013. Dostupné na www.wma.net: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>. **24.** *WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient* [Lisabonskej deklarácie práv pacientov], WMA 1981...2015, dostupná na: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/> **25.** Yamanaka S. The winding road to pluripotency (Nobel Lecture), reprinted in: *Angew. Chem. Int. Ed. Engl.* 2013; 52(52):13900-13909. **26.** Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, dostupný na: <http://www.zakonypreludi.sk/zz/2004-576>.

Podakovanie

Autorka ďakuje prof. MUDr. Jozefovi Glasovi, CSc., PhD. za pozorné prečítanie a konštruktívne pripomienky k rukopisu.

(Continued from p. 1.)

Riziká, spojené s prípadným použitím homeopatických postupov alebo prostriedkov, najmä nebezpečenstvo vyplývajúce zo zanedbania alebo oneskoreného poskytnutia potrebnej lekárskej starostlivosti a liečby sú zodpovednosťou osôb, ktoré homeopatiu vykonávajú, propagujú alebo užívajú.

Odborné spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti, lekárske alebo zdravotnícke fakulty a školy, stavovské organizácie lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov, ako aj príslušné štátne regulačné orgány majú povinnosť zastávať vedecky overené, kritické poznatky a profesionálne postoje vo vzťahu k homeopatii. Tieto je potrebné implantovať do odborných aktivít pregraduálneho, špecializačného a kontinuálneho vzdelávania, ako aj osobného profesijného rozvoja lekárov, farmaceutov a ostatných zdravotníckych pracovníkov. Zároveň majú nezastupiteľnú úlohu a povinnosť sa v korektnej, odbornej spolupráci s pracovníkmi masovokomunikačných médií podieľať na pravdivom a zrozumiteľnom informovaní či vzdelávaní pacientov, ich blízkych, ako aj širokej verejnosti.

Bratislava, 14. júna 2016

Za Prezídium SLS:

Dr. h. c. Prof. MUDr. Ján Breza, DrSc., v. r., prezident SLS

Timárová, G.: Aktuálne etické výzvy z pohľadu neurologie. / Current Ethical Challenges from the Point of View of Neurology. *Med. Etika Bioet.* 2016; 23(1-2): 2-8.

Abstrakt

Neurologia sa riadi etickými a právnymi pravidlami platnými pre medicínu vo všeobecnosti, ale musí sa zaoberať aj mnohými špecifickými otázkami, ktoré vyplývajú z jej náplne ako medicínskeho odboru a tiež tými, ktoré prinášajú výsledky rýchlo napredujúceho biomedicínskeho výskumu a rozvoj nových technológií. Prehľadová práca autorky – klinickej neurologičky sa usiluje zaujať stanovisko k aktuálnym etickým výzvam, ktoré súčasný kontext zdravotnej starostlivosti a komplikovaný vedecký, technologický a spoločenský vývoj znamenajú najmä pre dnešnú neurologickú prax. Všíma si aj nové, aktuálne etické otázky spojené s klinickou a vedeckovýskumnou aplikáciou najnovších diagnostických alebo potenciálne terapeutických metód (napr. funkčné zobrazovacie metódy mozgu, rôzne formy mozgovej stimulácie, najnovší vývoj vo farmakoterapii a i.), ako aj s ich možným antropotechnickým použitím na napĺňanie problematických transhumanistických ambícií. Autorka uzatvára, že neuroológ musí dnes viac ako kedykoľvek predtým dôkladne poznať a v praxi kompetentne aplikovať etické princípy, zásady a pravidlá svojho odboru, vrátane adekvátneho riešenia nových etických otázok vznikajúcich jeho akcelerovaným rozvojom.

Kľúčové slová: neurologia, neurovedy, biomedicínska etika, neuroetika, diagnostika a liečba, neurologická starostlivosť, mozgová stimulácia

Abstract

Neurology follows ethical and legal rules valid for medicine in general, but it also has to deal with many specific questions that stem from its professional content as a medical discipline and also with those brought about by a speedy progress of biomedical research and new technological development. The review paper of the author – an active clinical neurologist, aims at reflecting and taking view upon current ethical challenges posed by the present context of the health care and also by the complicated, complex scientific, technological and social development for the nowadays practice of neurology. She pays attention also to the new ethical problems related to the clinical and research applications of novel diagnostic and/or potentially therapeutic modalities (e.g. functional brain imaging, various forms of brain stimulation, new pharmacotherapeutics etc.), as well as with their potential antropotechnic use aimed at fulfilling some problematic transhumanist ambitions. Author concludes that a neurologist at present, much more than any time in the past, must master in depth ethical principles and rules of conduct applicable within the broad area of his/her discipline and be able to apply them in a consistent, competent manner in his/her practice. Including adequate dealing with novel ethical dilemmas posed by the accelerated development of his/her discipline.

Key words: neurology, neurosciences, biomedical ethics, neuroethics, diagnostics and therapy in neurology, care in neurology, functional brain imaging, brain stimulation

Adresa na korešpondenciu/Address for Correspondence: MUDr. Gabriela Timárová, PhD., II. neurologická klinika LFUK a UNB, Nemocnica ak. L. Déřera, Limbová 5, 83305 Bratislava – Kramáre, tel: +421-2-5954.2501
E-mail: gabriela.timarova@kr.unb.sk

WMA STATEMENT ON MOBILE HEALTH

Adopted by the 66th WMA General Assembly, Moscow, Russia, October 2015

PREAMBLE

Mobile health (mHealth) is a form of electronic health (eHealth) for which there is no fixed definition. It has been described as medical and public health practice supported by mobile devices, such as mobile phones, patient monitoring devices, personal digital assistants (PDAs), and other devices intended to be used in connection with mobile devices. It includes voice and short messaging services (SMS), applications (apps), and the use of the global positioning system (GPS).

Sufficient policies and safeguards to regulate and secure the collection, storage, protection and processing of data of mHealth users, especially health data, must be implemented. Users of mHealth services must be informed about how their personal data is collected, stored, protected and processed and their consent must be obtained prior to any disclosure of data to third parties, e.g. researchers, governments or insurance companies.

The monitoring and evaluation of mHealth should be implemented carefully to avoid inequity of access to these technologies. Where appropriate, social or healthcare services should facilitate access to mHealth technologies as part of basic benefit packages, while taking all the required precautions to guarantee data security and privacy. Access to mHealth technologies should not be denied to anyone on the basis of financial status or a lack of technical expertise. mHealth technologies cover a wide spectrum of functions.

They may be used for:

- Health promotional (lifestyle) purposes, such as apps into which users input their calorie intake or motion sensors which track exercise.
- Services which require the medical expertise of physicians, such as SMS services providing advice to pregnant women or wearable sensors to monitor chronic conditions such as diabetes. mHealth technologies of this nature frequently meet the definition of a medical device and should be subject to risk-based oversight and regulation with all its implications.
- mHealth may also be used to expedite the transfer of information between health professionals, e.g. providing physicians with free, cross network mobile phone access in resource poor settings.
- Technological developments and the increasing prevalence and affordability of mobile devices have led to an exponential increase in the number and variety of mHealth services in use in both developed and developing countries. At the same time, this relatively new and rapidly evolving sector remains largely unregulated, a fact which could have potential patient safety implications.
- mHealth has the potential to supplement and further develop existing healthcare services by leveraging the increasing prevalence of mobile devices to facilitate access to healthcare, improve patient self-management, enable electronic interactions between patients and their physicians and potentially reduce healthcare costs. There are significant regional and demographic variations in the potential use and benefits of mHealth. The use of certain mHealth services may be more appropriate in some settings than others.

- mHealth technologies generally involve the measurement or manual input of medical, physiological, lifestyle, activity and environmental data in order to fulfil their primary purpose. The large amount of data generated in this way also offers huge scope for research into effective healthcare delivery and disease prevention. However, this secondary use of personal data also has great potential for misuse and abuse, of which many users of mHealth services are unaware.
- The expansion of mHealth services has been largely market driven and many technologies have been developed in an uncoordinated, experimental fashion and without appropriate consideration of data protection and security or patient safety aspects. It is often impossible for users to know whether the information provided via mHealth stems from a reliable medical source. Major challenges faced by the mHealth market are the quality of mHealth technologies and whether their use ultimately helps patients or physicians achieve the intended purpose.
- Comprehensive regulation and evaluation of the effectiveness, quality and cost effectiveness of mHealth technologies and services is currently lacking, which has implications for patient safety. These factors are crucial to the integration of mHealth services into regular healthcare provision.

RECOMMENDATIONS

The WMA recognises the potential of mHealth to supplement traditional ways of managing health and delivering healthcare. While mHealth may offer advantages to patients otherwise unable to access services from physicians, it is not universally appropriate, nor is it always an ideal form of diagnosis and treatment option. Where face-to-face treatment is available this is almost always advantageous to the patient.

The driving force behind mHealth must be the need to eliminate deficiencies in the provision of care or to improve the quality of care.

The WMA urges patients and physicians to be extremely discerning in their use of mHealth and to be mindful of potential risks and implications.

A clear distinction must be made between mHealth technologies used for lifestyle purposes and those which require the medical expertise of physicians and meet the definition of medical devices. The latter must be appropriately regulated and users must be able to verify the source of information provided. The information provided must be clear, reliable and non-technical, and therefore comprehensible to lay people.

Concerted work must go into improving the interoperability, reliability, functionality and safety of mHealth technologies, e.g. through the development of standards and certification schemes.

Comprehensive and independent evaluations must be carried out by competent authorities with appropriate medical expertise on a regular basis in order to assess the functionality, limitations, data integrity, security and privacy of mHealth technologies. This information must be made publicly available.

mHealth can only make a positive contribution towards improvements in care if services are based on sound medical rationale. As evidence of clinical usefulness is developed, findings should be published in peer reviewed journals and be reproducible.

Suitable reimbursement models must be set up in consultation with national medical associations and healthcare providers to ensure that physicians receive appropriate reimbursement for their involvement in mHealth activities.

A clear legal framework must be drawn up to address the question of identifying potential liability arising from the use of mHealth technologies.

Physicians who use mHealth technologies to deliver health-care services should heed the ethical guidelines set out in the WMA Statement on Guiding Principles for the Use of Telehealth for the Provision of Health Care.

It is important to take into account the risks of excessive or inappropriate use of mHealth technologies and the potential psychological impact this can have on patients.

Text prevzatý z webovej stránky Svetovej asociácie lekárov / Text taken from the web-page of the World Medical Association (WMA): <http://www.wma.net>

WMA GUIDELINES ON PROMOTIONAL MASS MEDIA APPEARANCES BY PHYSICIANS

Adopted by the 66 th WMA General Assembly, Moscow, Russia, October 2015

PREAMBLE

Mass media can effectively play diverse roles in medical communication. Physicians, as professionals and experts can contribute to improved public health by providing the public with accurate health related information. Mass media provides a channel through which physicians may contribute to society by leveraging mass media appearances in positive ways.

However, the increase in instances of physicians' frequent appearances on mass media to recommend unproven treatments or products and to use such appearances for marketing purposes is posing a serious concern. The public may readily accept groundless recommendations by physicians and may develop unrealistic expectations. The subsequent confusion and disappointment can damage the patient-physician relationship.

This issue is more serious in some countries where there are different systems of medicine, including alternative medicine.

RECOMMENDATIONS

The WMA recommends the following guidelines regarding mass media appearances by physicians to prevent them from being involved in commercial activities that may compromise professional ethics and to contribute to patient safety by ensuring physicians providing accurate, timely, and objective information.

Accurate and Objective Delivery of Scientifically Proven Medical Information

When appearing in media, physicians shall provide objective and evidence-based information and shall not recommend medical procedures or products that are not medically proven or justified.

A physician shall not use expressions that may promote unrealistic patient expectations or mislead viewers about the function and effect of medical procedures, drugs or other products.

Physicians shall include important information including possible adverse effects and risks when explaining medical procedures, drugs, or other products.

Not Abusing Mass Media as a Means of Advertisement

Physicians should not recommend specific products by either specifically introducing or intentionally highlighting the name or trademark of a product.

Physicians shall practice prudence regarding personal appearances on home shopping programs. The physician should have no financial stake in the products being sold.

Physicians shall not be a part of mass media advertisement on any product, which is harmful to human, and/or environment.

Maintaining Professional Integrity

Physicians shall not require or receive economic benefits for mass media appearances other than a customary appearance fee.

Physicians shall not provide economic benefits to broadcasting personnel in order to secure mass media appearances.

Physicians shall not engage in the promotion, sale or advertising of commercial products and shall not introduce false or exaggerated statements regarding their qualifications such as academic background, professional experience, medical specialty and licensure as a specialist, for the benefit of the economic interests of any commercial entity.

Text prevzatý z webovej stránky Svetovej asociácie lekárov / Text taken from the web-page of the World Medical Association (WMA): <http://www.wma.net>

KONFERENCIE / CONFERENCES

SÚČASNÁ MEDICÍNA, ZDRAVOTNÍCTVO A INTEGRÁLNA EKOLÓGIA LAUDATO SI

Tradičná konferencia Subkomisie pre bioetiku TK KBS a Rady KBS pre pastoráciu v zdravotníctve sa pod vedením ich spoločného predsedu Mons. Milana Lacha SJ uskutočnila v piatok 17. júna 2016 v konferenčných priestoroch hotela Congress Hotel Centrum v Košiciach.

Náplň podujatia pod titulom *Súčasná medicína a zdravotníctvo v starostlivosti o človeka a jeho životné prostredie: Integrálna ekológia Laudato si* voľne nadväzovala na medzinárodnú konferenciu Pápežskej rady pre pastoráciu v zdravotníctve vo Vatikáne v novembri minulého roka. Na príprave konferencie sa podieľali aj Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Rehoľa sv. Alžbety a Onkologický ústav sv. Alžbety v Bratislave, Hospitálska rehoľa a Fakultná NsP Milosrdní bratia v Bratislave, Ústav zdravotníckej etiky Slovenskej zdravotníckej univerzity a Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f. v Bratislave, ako aj Slovenská spoločnosť klinickej farmakológie, o. z. SLS. Výsledkom tejto spolupráce bol hodnotný odborný program, v ktorom zazneli prednášky z vybraných oblastí medicíny, etiky a teológie, ako aj praktické príspevky venované starostlivosti o spirituálne potreby dnešného človeka – pacienta i zdravotníka.

Účastníkov konferencie v úvode pozdravili Mons. Bernard Bober, košický arcibiskup – metropolita, a Mons. Milan Chatur, košický eparcha. Lekársku fakultu UPJŠ zastupoval na slávnostnom otvorení podujatia konferenciu doc. František Sabol.

Odborný program uviedla prednáška prof. Jána Dačoka SJ (Rím – Trnava), ktorá predstavila základné obsahové línie encykliky pápeža Františka Laudato si s osobitným pohľadom na jej kľúčové podnety pre súčasnú medicínu a zdravotníctvo („starostlivosť o človeka a jeho životné prostredie“). Prednášateľ zdôraznil, že encyklika nastojuje novým spôsobom najpalčivejšie problémy súčasnosti a budúcnosti ľudskej civilizácie.

zácie v 21. storočí, pričom pri zastáva človeka, jeho dôstojnosti, života, šťastia – i budúcnosti. Naliehavo požaduje nové riešenia, novú kultúru a nové, úprimné iniciatívy v prospech „nášho spoločného domu“, všetkých ľudí, aj tých, ktorí prídu po nás, aj tých najslabších, vylúčených, chudobných, chorých a znevýhodnených. Ak Cirkev sa slovami pápeža nezriedka predstavuje ako „frontová poľná nemocnica“, potom v encyklike sa nachádza množstvo podnetov, ako majú kresťania, i všetci ľudia dobrej vôle čeliť nástrahám a sústredenému smrtiacemu tlaku dnešnej „kultúry smrti“.

Jednotlivé odborné sekcie konferencie sa v prezentovaných príspevkoch zamerali na: 1. súvislosti medzi narušeným prírodným prostredím a zdravím človeka („chorá planéta – chorí ľudia“), 2. vzťah narušeného sociálneho (a rodinného) prostredia a zdravia („chorá spoločnosť – chorí ľudia“), 3. otázky spirituálnych potrieb pacientov a zdravotníkov vo vzťahu k ich náležitej formácii, podpore a sprevádzaniu.

Napriek tradične nabitému prednáškovému programu sa organizátorom podarilo „ušetriť“ čas aj na zaujímavú diskusiu, ktorá živo pokračovala aj v prestávkach plenárneho rokovania. Temer 150 registrovaných účastníkov zo všetkých kútov Slovenska spolu s prítomnými odborníkmi a duchovnými predstaviteľmi vytvorilo príjemnú pracovnú atmosféru.

Očakávané riešenia nastolených problémov nebude možné zabezpečiť bez konkrétnej angažovanosti všetkých zainteresovaných – počnúc zdravotníckymi pracovníkmi všetkých kategórií, s účasťou ostatných pomáhajúcich profesií a s podporou duchovných osôb i dobrovoľníkov duchovnej služby. Je potrebné dúfať – i požadovať, aby očakávané zmeny v slovenskom zdravotníctve vytvorili pre tieto pozitívne snahy a iniciatívy potrebné inštitucionálne, organizačné, aj ekonomické podmienky.

Prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.

24. KONGRES FIAMC – KATOLÍCKY LEKÁR V ÉRE SEKULARIZÁCIE A TECHNOLOGIE

Manila (Filipíny), 1.- 4. októbra 2014

V dňoch 1. – 4. októbra 2014 sa v Manile, hlavnom meste Filipín, konal 24. svetový kongres katolíckych lekárov. Odborným a duchovným garantom kongresu bola Svetová federácia asociácií katolíckych lekárov (FIAMC). Bol zároveň oslavou 78. výročia založenia Zväzu katolíckych lekárov Filipín (CPGP) a jeho celonárodným výročným kongresom.

Hlavnou témou podujatia boli výzvy, ktoré dnes pre lekára – kresťana predstavuje pokračujúca sekularizácia postmoderných spoločností a nové biotechnológie, keďže podstatne menia tvár i život súčasnej medicíny.

Kongres sa konal v historickom *Hoteli Manila* na brehu Mnilskej zátoky, za veľkej pozornosti predstaviteľov katolíckej Cirkvi Filipín, hlavného mesta Manila i celého spektra národných akademických a katolíckych inštitúcií a iniciatív. Priateľská atmosféra sa niesla v duchu srdečnej filipínskej pohostinnosti a živej farebnosti.

Optimistická kulisa podujatia však nič neubrala zo závažnosti tém, ktoré sa na kongrese preberali. Poukázali názorne i konkrétne na narastajúci počet i naliehavosť problémov, s ktorými sa dnes katolícky lekár a každý kresťan pracujúci v zdravotníctve alebo v oblasti biomedicínskych vied a nových biotechnológií denne stretáva.

Ako sa konštatovalo, dnes sa od kresťanského zdravotníka vyžaduje oveľa viac, ako len zvládnutie medicínskej techniky a technológií v poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Musí ísť o ozajstné nasadenie celého človeka v službe pacientovi, blížnemu. Jednotlivcovi, rodine, spoločenstvu – až po globálnu úroveň a praktický ohľad na dobro budúcich generácií.

Zvlášť sa však dnes kresťanský zdravotník musí venovať tomu pacientovi, ktorý je – dnes viac ako v minulosti – opustený, zraniteľný, zneužívaný, vytláčaný na okraj spoločnosti, kľamaný, prenasledovaný a rôznym spôsobom znevýhodnený. Toto sa deje osobitne v dôsledku narastajúcej chudoby, sociálnej nespravodlivosti a vykorisťovania, ktoré sú až príliš často spojené s chybným a pokryteckým nastavením i „správaním“ zdravotníckych systémov – a osôb, či organizácií majúcich vplyv na ich riadenie a financovanie. Zdravotnícke systémy sú dnes nezriedka zamerané skôr na bezohľadné obohacovanie sa vplyvných záujmových skupín než na službu pre spoločné dobro. Navyše sú často sužované korupciou, nezmyselným plytvaním a všeobecným nedostatkom zdrojov. K tomu pristupujú aj závažné zdravotné a humanitárne katastrofy, ktoré postihujú mnohé oblasti dnešného sveta (Afrika, Sýria, Irak, Palestína), či závažná hrozba nových epidémií (napr. ebola). V otváracom referáte kongresu na tieto výzvy delegátov upozornil manilský kardinál Oswald Gracias (jeden z najbližších spolupracovníkov súčasného pápeža).

Úspešné pôsobenie kresťana v dnes prevažne sekularizovanom zdravotníctve je nevyhnutné založiť na zdravých koreňoch individuálneho (i spoločného) duchovného života. Predovšetkým na živej osobnej modlitbe, pozornom čítaní Písma a formovaní citlivého a správneho svedomia. Formácii kresťanského lekára, ktorá má poctivo odpovedať na konkrétne problémy dneška – a má byť celoživotná; medicínskemu vzdelávaniu – osobitne dynamizujúcemu spojeniu dôkladného medicínskeho a humanitného poznania (oblasť vied a technológií, vrátane hlbšieho štúdia bioetiky) a prehĺbeného poznania viery (oblasť teológie); a tiež praktickému životu modlitby katolíckeho lekára a zdravotníka v dnešnom svete sa venovali plenárne zasadnutia a diskusie prvého pracovného dňa kongresu. Na to nadviazali témy z okruhu definovania a posilnenia osobnej identity a integrity katolíckeho lekára, vrátane oblasti duševnej a duchovnej, ako nevyhnutných predpokladov jeho úspešného profesionálneho pôsobenia.

Kresťanský lekár a zdravotník dnes zvyčajne pracuje a musí obstať (rovnako po medicínskej, ako aj po morálnej či etickej stránke) v prevažne nekatolíckom či odkresťančenom prostredí, prípadne v prostredíach nábožensky lahostajných či dokonca bojovne ateistických – alebo v kontextoch charakterizovaných rozhodujúcim vplyvom iných náboženstiev (osobitne islam, hinduizmus, budhizmus a iné).

Zvláštny problém predstavujú pseudo-religiózne fenomény z okruhu New Age, novo pohanstva, ako aj mnohé iracionálne, „magické“, „naturálne“, či „ezoterické“ postupy z oblasti tzv. alternatívnej medicíny. Zneužívajú ťažkú situáciu, zraniteľnosť a zúfalú dôveru chorého alebo jeho blízkych. Predstavujú v súčasnosti závažný a narastajúci problém.

Kresťanský lekár a zdravotnícky pracovník by mal nachádzať väčšiu podporu u svojich kolegov z radov kresťanov, ale aj zo strany predstaviteľov Cirkvi a duchovných osôb. Veľmi potrebná je duchovná podpora jeho poslania a povolania. Ukaže sa naliehavá potreba intenzívnejšej pastoračnej starostlivosti o zdravotníckych pracovníkov, a to už počas rokov ich lekárskeho alebo zdravotníckeho štúdia. V práci medzi študentmi medicíny a zdravotníckych odborov, vzhľadom na osobitné špecifiká a morálnu náročnosť týchto povolání, je potrebné kľásť zvláštny dôraz na vytváranie živých spoločenstiev, formáciu svedomia a poctivé, prehĺbené vzdelávanie v otázkach bioetiky.

Zvlášť potrebná je osobitná ľudská i duchovná podpora a pomoc lekárom a zdravotníkom v praxi, kde sa dnes kladú veľké nároky na ich vytrvalosť a psychickú i duchovnú odolnosť. Kresťanský lekár a zdravotník dnes často pracuje v prostredí zdravotníctva, ktoré je deformované nespravodlivými zákonmi, prípadne zákonmi vyslovene, niekedy zámerne odporúčacími kresťanským morálnym postojom. Nesúhlas s takýmito zákonmi predstavuje pre kresťanského lekára a zdravotníka závažný konflikt vo svedomí. Uplatňovanie práva na vý-

hradu svedomia však nie je ani zďaleka jednoduché, či samozrejme. V mnohých, dokonca i v pôvodne „kresťanských krajinách“ Európy dochádza k závažným porušeniam tohto základného ľudského práva (sloboda svedomia) a k nespravodlivej diskriminácii či prenasledovaniu.

Svedectvu neohrozenej profesijnej etiky boli venované konkrétne príspevky z rozličných končín sveta. Pre náš región je osobitne významný prípad popredného poľského gynekológa prof. Bogdana Chazana, ktorého pre odmietnutie vykonania umelého potratu zo strany nemocnice Svätej rodiny vo Varšave a odmietnutie poukázania pacientky do zdravotníckeho zariadenia, ktoré by potrat vykonalo, odvolali z postu riaditeľa tejto nemocnice, hoci nemocnica za jeho viacročného riaditeľského pôsobenia zaznamenala nebyvalý, veľmi úspešný rozvoj. Na kongrese zazneli svedectvá o mimoriadnom nasadení kresťanských lekárov a zdravotníkov v rozličných humanitárnych, medicínskych a zdravotníckych rozvojových projektoch, často realizovaných v tých najchudobnejších, najopustenejších končinách sveta.

Osobitne silné boli prednášky a osobné svedectvá venované spojeniu profesijnej, etickej a duchovnej identity v osobe a živote kresťanského lekára a zdravotníka. Pre neho má byť neprekonateľným ideálom – a zároveň veľmi blízkym životným modelom P. Ježiš Kristus, najlepší a najlaskavejší Lekár všetkých čias. Prihovára sa neustále a osobne všetkým, ktorí ho počúvajú, v hĺbke ich srdca. Lekárom a zdravotníkom zvlášť aj v podobenstve o milosrdnom Samaritánovi, ktorý neváhal zastaviť sa pri ozbíjanom, „neperspektívnom“, zranenom, vlastne umierajúcom človeku svojich čias – a postarať sa o neho pozorne, účinne, obetavo a s bratskou láskou.

Na záver prijali účastníci kongresu stručné uznesenie, ktorého slovenský preklad je uverejnený za textom tejto informácie.

Prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.

UZNESENIA KONGRESU

V dňoch 1. – 4. októbra 2014 FIAMC a CPGP zorganizovali 24. svetový kongres FIAMC a súčasne 78. výročný kongres CPGP, ktorý sa zamerával na tému „Katolícky lekár v ére sekularizácie a technológie“. Medzinárodného kongresu, ktorý sa konal v hoteli „Manila“ v Manile sa zúčastnilo dvesto sedemdesiat päť (275) účastníkov. Prednášky, modlitby a bratské agapé sa harmonicky spojili a urobili toto zhromaždenie katolíckych lekárov, duchovných a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti plodným a radostným.

Hrdo a verejne prejavujeme svoju katolícku identitu prostredníctvom týchto uznesení:

- pracovať spoločne pre to, čo je správne, bez ohľadu na to, čo nás to bude stáť,
- podporovať dôstojnosť človeka a práva každej ľudskej bytosti,
- brániť slobodu svedomia a náboženskú výhradu svedomia,
- chrániť život od momentu počatia uprostred prostredia kultúry smrti,
- byť lojálni a verní učeniu magistéria Cirkvi,
- uznávať, že napriek kultúrnym rozdielom, náš prístup k vede je vedený etikou a vierou, a
- rozširovať radosť zo služby Bohu prostredníctvom starostlivosti o Jeho chudobných.

FIAMC schválil a prijal toto uznesenie dňa 4. októbra roku Pána 2014.

Anglický originál textu uznesenia: <http://worldcongressfiamcmanila2014.weebly.com/resolution.html>.

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. Medzinárodný, dvojjazyčný, 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, edukačné texty 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 a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave.

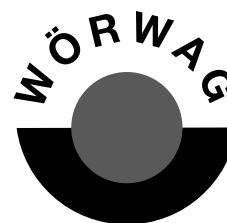
Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics. International, bilingual, scientific – professional journal for medical ethics and bioethics. It is devoted to the broadest medical and health care professional public in the Slovak Republic and abroad. Journal pays special attention to the informational 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 and the Faculty of Medicine of the Comenius University in Bratislava.

■ Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Výkonná redaktorka/Executive Editor: H. Glasová ■ Redakčná rada/Editorial Board: J. Ďačok, M. Glasová, T. Krčméryová, J. Matulník, J. Palaščík, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák, J. Viglaš ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: M. Bernadič, J. Bielik, E. Kolibáš, Š. Krajčík, M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, E. Mathéová, M. Mojžešová, M. Pavlovič, J. Porubský, J. Trizuljaková ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), L. Gormally (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. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Prague), K. Šipr (Brno), H. Watt (Oxford) ■ Adresa redakcie: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Vysoká 32, 811 06 Bratislava 1 ■ E-mail: jozef.glasa@szu.sk ■ Tel.: (00421) 905.208.146 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipeľská 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.

ISSN 1335-0560

Included into Medline (partially) and Bibliographia medica slovacica
www.bioetika.sk, www.bioethics.sk

PRINTED IN SLOVAKIA



Toto číslo časopisu vychádza so sponzorským príspevkom spoločnosti

PHARMA