

# Priziv savjesti u medicini - pregled novijih rasprava i promišljanja

---

Grahovac, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:619969>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-21**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU  
MEDICINSKI FAKULTET**

**Ivana Grahovac**

**Priziv savjesti u medicini - pregled novijih  
rasprava i promišljanja**

**DIPLOMSKI RAD**



**Zagreb, 2020.**

Ovaj diplomski rad izrađen je pri Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ pod vodstvom prof. dr. sc. Ane Borovečki i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2019. / 2020.

# SADRŽAJ

## 1. SAŽETAK

## 2. SUMMARY

## 3. UVOD..... 1

## 4. SAVJEST..... 2

4.1. Definicija savjesti..... 2

4.2. Elementi savjesti ..... 4

4.3. Savjest i integritet..... 5

## 5. PRIZIV SAVJESTI..... 7

5.1. Definicija priziva savjesti ..... 7

5.2. Povijesni pregled i pravni okvir priziva savjesti ..... 8

5.3. Povijesni pregled i pravni okvir priziva savjesti u medicini ..... 9

## 6. PREGLED NOVIJIH RASPRAVA I PROMIŠLJANJA O PRIZIVU SAVJESTI U MEDICINI ..... 11

6.1. Sloboda savjesti ..... 11

6.2. Sloboda savjesti i sloboda religije ..... 12

6.3. Savjesno djelovanje ..... 13

6.4. Moralni djelatnici ..... 14

6.5. Medicinski čin ..... 14

6.6. Priziv savjesti i sociološki značaj ..... 17

6.7. Priziv savjesti, moralni pluralizam i liberalna dilema ..... 18

6.8. Priziv savjesti i tolerancija ..... 20

6.9. Vrijednost priziva savjesti u medicini ..... 22

6.10. Učestalost priziva savjesti u medicini ..... 23

6.11. Alternativni koncept savjesne predanosti ..... 23

6.12. Etika priziva savjesti u medicini ..... 24

6.13. Treba li priziv savjesti u medicini biti dopušten? ..... 24

6.14. Polemika - priziv savjesti i profesionalizam .....	31
6.15. Polemika - priziv savjesti, kliničko prosuđivanje i diskrecijski prostor.....	37
6.16. Polemika - problematika izravnog i neizravnog sudjelovanja u činu .....	41
6.17. Polemika - institucionalni priziv savjesti .....	43
6.18. Polemika - priziv savjesti u reproduktivnoj medicini .....	44
6.19. Polemika - priziv savjesti u intenzivnoj medicini i jedinicama intenzivne skrbi .....	54
6.20. Polemika - priziv savjesti i eutanazija .....	56
<b>7. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>61</b>
<b>8. ZAHVALE .....</b>	<b>62</b>
<b>9. LITERATURA .....</b>	<b>63</b>
<b>10. ŽIVOTOPIS .....</b>	<b>70</b>

## 1. SAŽETAK

### Priziv savjesti u medicini – pregled novijih rasprava i promišljanja

Ivana Grahovac

Priziv savjesti odluka je pojedinca da će postupiti prema nalogu vlastite savjesti, a ne prema vanjskom nalogu drugog aktera, poput države ili poslodavca. Ujedno je riječ o pravu koje proizlazi iz slobode savjesti te je zajamčeno brojnim međunarodnim sporazumima. U medicini, promišljanja i rasprave o prizivu savjesti duboko ulaze u propitkivanja svrhe medicine, definiranja uloge medicine i sadržaja medicinskog čina te razumijevanja medicinskih djelatnika kao moralnih djelatnika kojima je očuvanje vlastitog moralnog integriteta središnje po cjelovitost u poimanju samih sebe. Priziv savjesti u medicini najčešće se ulaže zbog etičkih, moralnih, ali i znanstvenih uvjerenja po pitanju početka i kraja života, no s brzim razvojem medicine i biotehnologije, medicinsku zajednicu očekuje sve veći broj novih bioetičkih izazova koji će zahtijevati sveobuhvatna promišljanja i mudra prosuđivanja pri izboru djelovanja. Analiza literature u posljednjih deset godina pokazuje kako se polemike pretežno vode na polju odnosa liječnika i pacijenta, tumačenja profesionalizma, kliničke prosudbe i diskrecijskog prostora, kao i zakonodavnog uređenja te potrage za kompromisnim rješenjima u pluralističkim društvima. Dio medicinske zajednice koji smatra da priziv savjesti u medicini mora biti omogućen i zaštićen, poziva se na nužnost poštivanja slobode savjesti i važnost djelovanja prema istoj, neodvojivost privatnog i profesionalnog dijela ljudske osobnosti te nužnost poštivanja različitih moralnih uvjerenja i rasuđivanja u tolerantnim društvima. S druge strane, dio medicinske zajednice koji nije sklon omogućavanju prava na priziv savjesti u medicini, obrazlaže to razumijevanjem medicine kao one u kojoj su prava pacijenata na prvom mjestu te je dužnost zdravstvenih djelatnika pružiti sve legalne postupke kako se pacijenti ne bi susretali s preprekama poput smanjene dostupnosti legalnih postupaka ili stigme zbog traženja istih. Zasad je prevladavajući stav medicinske i pravne struke da pravo na priziv savjesti zdravstvenih djelatnika treba poštivati te u određenoj mjeri zakonom zaštititi.

**Ključne riječi:** priziv savjesti, medicina, moralni integritet, zakon

## **2. SUMMARY**

### **Conscientious objection in medicine - a review of recent discussions and deliberations**

**Ivana Grahovac**

Conscientious objection is the decision of an individual to act according to the order of one's own conscience and not according to the external order of another actor, such as the state or the employer. At the same time, it is a right arising from freedom of conscience, guaranteed by numerous international agreements. In medicine, reflections and debates on the appeal of conscience go deep into questioning the purpose of medicine, defining the role of medicine and the content of the medical act, as well as understanding of health care providers as moral agents to whom the preservation of one's own moral integrity is central to wholeness in the conception of oneself. Conscientious objection in medicine is most often exercised because of ethical, moral, but also scientific beliefs and convictions about the beginning and the end of life. With the rapid development of medicine and biotechnology, the medical community expects an increasing number of new bioethical challenges that will require comprehensive deliberation and wise judgment when choosing an action. An analysis of the literature from the last ten years shows that polemics are predominantly in the field of doctor - patient relationship, interpretation of professionalism, clinical judgment and space of discretion, as well as legislative regulation and the search for compromise solutions in pluralistic societies. The part of the medical community that believes that the appeal of conscience in medicine must be enabled and protected, calls for the need to respect freedom of conscience and the importance of acting accordingly, the inseparability of private and professional parts of human personality and the need to respect different moral beliefs and judgments in tolerant societies. On the other hand, the part of the medical community that is not inclined to allow the right to conscientious objection in medicine, explains this by understanding medicine as one in which the rights of patients come first and it is the duty of health care workers to provide all legal procedures to ensure that patients do not encounter obstacles such as reduced availability of legal procedures or the stigma of seeking them. For the time being, the prevailing position of the medical and legal profession is that the right to conscientious objection by health care professionals should be respected and to a certain extent protected by law.

**Keywords:** conscientious objection, medicine, moral integrity, law

### 3. UVOD

Misterijem savjesti bavili su se kroz povijest mnogi filozofi, teolozi, pravnici, liječnici, književnici i drugi umjetnici, nastojeći odgonetnuti kako ona nastaje i gdje joj je izvorište, u kakvom je odnosu s rasuđivanjem i voljom te na što nas potiče i obvezuje. Tim se pitanjima nužno bave i oni koji promišljaju o prizivu savjesti te još više oni koji, suočeni s opasnošću za vlastitu savjest, a time i vlastito poimanje sebe, odlučuju poduzeti ili ne poduzeti određeni čin. Mnogo je ispisanih redaka o herojima koji su duboko dojmili svijet, kada su postupivši prema savjesti, činili hrabra i dobra djela. Tako je zanimljivo prisjetiti se kako je djelovanje prema savjesti u središtu radnje antičke tragedije „Antigona“ koju je u 5. stoljeću prije Krista napisao Sofoklo. Priča je to o herojskom činu mlade žene koja pokušava pokopati svoju braću i odati im počast, kako joj nalaže božanski zakon, unatoč kraljevoj zabrani. Zbog takvog djelovanja suprotnog zakonu koji je na snazi, osuđena je na smrt, no znakovito je kako narod suosjeća s njom i opravdava njen postupak. Od umjetničkih djela novijeg kova koji se bave pitanjem savjesti, uspjehom i značajem ističu se dva filma. Prvi je „Greben spašenih“ prema istinitoj priči o Desmondu Dossu, američkom vojniku koji nije želio nositi oružje i ubijati, ali je osjećao kao svoju dužnost prijaviti se u vojsku kako bi služio svojoj domovini i sunarodnjacima tijekom Drugog svjetskog rata. Unatoč mnogim prvotnim odbijanjima, ismijavanjima pa čak i nasilju iz redova vlastitih suboraca, na kraju svojom hrabrošću i dosljednošću, kao nenaoružani bolničar na prvim linijama, spašava 75 ranjenika te postaje prvi vojnik s prizivom savjesti koji dobiva Kongresnu medalju časti u svojoj domovini. Drugi film je „Skriveni život“ koji je također snimljen prema istinitom događaju i koji u središte stavlja pitanje savjesti i očuvanja vlastitog moralnog integriteta. Glavni protagonist je Franz Jägerstätter, austrijski seljak, koji se u vrijeme Drugog svjetskog rata odbija pridružiti nacističkoj vojsci i položiti prisegu Hitleru, svjestan da će ga to odvesti u zatvor, a zatim i u smrt. Ono što posebno potiče na promišljanje jest situacija u kojoj je on učinio taj izbor - kada se činilo da je taj otpor uzaludan, da neće ništa promijeniti i da će teške posljedice snositi i on i njegova obitelj. Potonje se obistinilo, no povijest je još jednom pokazala da nijedan otpor nije uzaludan, makar plodove tog otpora baštatile naredne generacije, a ne zaslužni znani i neznani heroji. Ovih nekoliko primjera, od mnoštva koje postoji, pokazatelj su kako se društvo ponekad divi protagonistima iz davnih vremena koji su prema vlastitoj savjesti odlučili birati dobro, unatoč opasnostima u koje ih je takav čin doveo, istovremeno nemajući sluha za suvremene protagoniste iz redova svakodnevnih zanimanja koji često budu ostavljeni da sami vode svoje bitke, uvjereni kako su to samo *njihove* bitke. Promišljanja o savjesti i izazovi na koje ona odgovara, posebno u struci koja se jedino i smije



obavljati savjesno, poticaj su da tema priziva savjesti bude tema ovog diplomskog rada. Ovaj rad na jednom mjestu daje pregled novijih promišljanja i rasprava o prizivu savjesti u medicini. U mnoštvu mišljenja, radova, članaka i rasprava izdvojena su ona koja su se u posljednjih 10 godina istaknula kvalitetom i citiranošću unutar medicinske zajednice te su reprezentativna za raznolika mišljenja koja postoje ne samo u medicinskoj zajednici, već u društvu u cjelini.

## **4. SAVJEST**

### **4.1. Definicija savjesti**

Da bismo mogli govoriti o prizivu savjesti u medicini, potrebno je prvo razjasniti pojam savjesti, a zatim i priziva savjesti u širem smislu.

Smatra se da pojam „savjest“ potječe iz antičko - kršćanske tradicije te da je prema Demokritu oblikovan od prvotnog pojma „synderesis“ ili „synteresis“ (grč. „su-znanje“), urođene sposobnosti kojom ljudska bića spoznaju moralni zakon, do pojma prema Ciceronu koji je grčku riječ „synderesis“ preveo kao „conscientia“ (lat. „savjest“). (1, 2)

Medicinska zajednica, iako češće usmjerena na praktične svakodnevne izazove, dala je i mnoga vrijedna filozofska promišljanja o savjesti. Neka od njih istaknut ću u sljedećim odlomcima.

Prema promišljanju liječnice Jasenke Markeljević (2), savjest je svojstvena ljudskom biću kao kompleksna kategorija ljudskog uma koja je trajno u interaktivnom odnosu s voljom. Markeljević objašnjava da savjest kao moralna paradigma opaža, kreira, oblikuje, prosuđuje i vrednuje izvor, sadržaj i posljedice svojih namjera, odluka i postupaka, uočavajući tako razliku između dobra i zla. Za iracionalnu komponentu naše svijesti, odnosno emotivnu i intuitivnu sferu koja se isprepliće s racionalnim, svjesnim elementima ljudske biti, kaže da može biti udružena s voljom pojedinca te pročišćavati ili izobličavati izričaj savjesti. Uloga naše svijesti, kaže Markeljević, može biti usmjerena prema spoznaji apsolutne istine, odnosno izričaja pročišćenog "glasa savjesti" i oblikovanja morala ili, ovisno o našoj volji, našem izboru i spoznaji vrijednosnog sustava svijest može utjecati na zapuštanje vlastitog bića te izobličavanje i utišavanje „glasa savjesti“.

Jedno od promišljanja koje se ističe svojom širinom i dubinom svakako je ono Daniela P. Sulmasyja (3), istaknutog američkog liječnika, profesora i bioetičara.

Sulmasy smatra da prije započinjanja dublje rasprave o tome što je savjest, prvo treba razmotriti ideju da postoje dva široka načina razmišljanja o savjesti - retrospektivno i prospektivno. Retrospektivnu savjest opisuje kao onu koja je uznemirena stvarima koje smo učinili ili nismo uspjeli učiniti, te se ta savjest naziva ponekad još i sudbenom, stoga se uz nju veže emocija krivnje. No, Sulmasy naglašava kako nije svaka krivnja loša, već da su neki slučajevi ove emocije znak zdrave i zrele savjesti. Prospektivnu savjest, ponekad nazivanu legislativnom, objašnjava kao onu koja upozorava na stvari za koje očekujemo da ćemo ih činiti ili ne činiti te da većina tema u domeni medicinske etike je upravo vezana uz prospektivne aspekte savjesti, i one individualne i one od strane institucija.

Također, prije nego što možemo zaključiti što savjest jest, Sulmasy smatra da trebamo razlučiti što nije. Osvrće se na česta viđenja savjesti, poput onih da je riječ o izrazitoj mentalnoj sposobnosti, intuitivnom moralnom osjećaju koji određuje ispravnost i pogrešnost postupaka, te ih naziva nepotpunima. Kao primjer navodi Childressovu (4) definiciju savjesti kao privatnog, stalnog, etički skladnog dijela ljudskog karaktera koji djeluje kao unutarnje odobrenje koje se ostvaruje kritičkim razmišljanjem o određenoj radnji ili izostanku iste. Sulmasy (3) smatra da takve definicije savjesti nisu korisne i da savjest nije mali glas koji svakom od nas nepogrešivo šapuće o onome što bismo trebali učiniti. Također, smatra i da savjest nije samo ni moralna intuicija ni skup osjećaja ni motiv, bio on emocija ili uvjerenje. Udio intuicije u donošenju moralnih odluka stavlja u razinu onoga što se u srednjem vijeku nazivalo *synderesis* te objašnjava kako su i Peter Lombard i sveti Bonaventura i sveti Toma Akvinski razlikovali savjest (*conscientia*) i suznanje (*synderesis*). Nastavlja kako se *synderesis* shvaća kao sposobnost uvažavanja temeljnih moralnih načela, onih koje nije moguće u potpunosti opravdati na temelju drugih temeljnijih moralnih načela, ali će biti očita na način da će osoba prepoznati da je nešto za njega dobro, a nešto loše. Dodaje i kako *synderesis* može služiti intuitivnoj prosudbi o istinitosti vrlo temeljnih moralnih pretpostavki kao što je ona da dobro treba činiti, a zlo izbjegavati, no ističe kako te intuicije nisu djela savjesti jer je objekt *synderesisa* oblik moralnog znanja, dok je objekt savjesti nešto drugo.

Dok Mill (5) smatra savjest kompleksnim skupom osjećaja koji nas sprječavaju da činimo pogrešno, Sulmasy (3) smatra da se savjest ne može svesti na emocije, iako one jesu međusobno povezane. Također, naglašava kako aktivnost savjesti ne mora nužno biti smatrana lošom ili neugodnom ili pak suprotnom našim najistinitijim i najdubljim željama.

Nadalje, objašnjava kako savjest ne treba miješati s motivom jer "sama savjest nije ono što nas tjera da djelujemo ispravno ili pravedno, premda prosudbe savjesti mogu na kraju dovesti do motivacijskog stanja". Objašnjavajući što savjest nije, završava s napomenom da savjest nije sastavljena ili usmjerena na određeni normativni sustav ili teorijski okvir ili skup načela te ističe kako savjest, kao funkcija moralne psihologije, nadvisuje sve normativne sustave.

Nastojeći razložiti što sve savjest jest, Sulmasy (3) kaže da je savjest spoj volje i rasuđivanja, i to volje koja je usmjerena prema podrijetlu i rasuđivanja koje je okrenuto prema specifičnim moralnim činima. Smatra da savjest proizlazi iz temeljnog opredjeljenja ili namjere da se bude moralan, opredjeljenja kojim se održavaju najdublja moralna uvjerenja s kojima pojedinac sam sebe poistovjećuje, a očituje se kroz djela savjesti - prosudbe savjesti koje nam govore da ono što je učinjeno ili se namjerava učiniti krši temeljnu obvezu o bivanju moralnim. "Kao takva, savjest je najviše temeljna od svih moralnih dužnosti - dužnost je to da objedini nečije moći razuma, emocija i volje u integriranu moralnu cjelinu koja se temelji na najvišim temeljnim moralnim načelima i identitetu (te osobe). Oskudijevati tom temeljnom predanošću moralnom integritetu znači biti manje od potpuno ljudskog." (3) Dodaje kako to ne znači da osoba ne može zastraniti i odabrati pogrešno zbog drugih utjecaja i želja, što objašnjava pojmom „akrazija“ - slabost volje. Također, ističe kako savjest nije nepogrešivi moralni vodič jer su moralne greške moguće kroz nepoznavanje činjenica, ispravnih moralnih pravila, pogrešno rasuđivanje, emocionalnu neuravnoteženost ili loše prosuđivanje. Ljudi mogu odabrati savjesno i pogrešno. Upravo zato zaključuje kako pojam savjesti sa sobom nosi i obvezu ispravnog oblikovanja savjesti koja nalazi pravni izraz u pojmu dužne revnosti. Poziva na odgovornost za učenje vlastite savjesti prihvaćanju moralnih načela i točnom poznavanju podataka koji su potrebni za donošenje ispravne odluke te zaključuje kako je zbog takve temeljne predanosti moralu gotovo nemoguće predložiti išta važnije za moralni život od savjesti. To da bismo trebali djelovati u skladu s našim najdubljim uvjerenjima o moralnosti, odnosno da bismo trebali djelovati savjesno, čini se jednim od onih pravila koje nam se javlja intuitivno, suznanjem. Sulmasy zaključuje da ako odbacimo tu pretpostavku, sigurno nema smisla raspravljati o medicinskoj etici ili etici uopće. (3)

## **4.2. Elementi savjesti**

Priznati liječnik i profesor Lauris Christopher Kaldjian sa Sveučilišta u Iowi također smatra kako je potrebno prvo razjasniti što je to savjest jer će upravo naša uvjerenja o savjesti odrediti

stupanj do kojeg mislimo da priziv savjesti treba uvažiti, o čemu piše u jednom od svojih radova (6). Ističe tri aspekta savjesti kao posebno bitna za procijeniti: racionalnost, autoritet i nedjeljivost, koja su zapravo sukladna i drugim suvremenim filozofskim mišljenjima kako savjest ima tri dimenzije: moralno rasuđivanje, moralni osjećaj i moralnu motivaciju (Broad 1940., Langston 2001.).

Kaldjian (6) tvrdi da ukoliko prihvatimo kako savjest uključuje racionalnost, odnosno moralno rasuđivanje, utoliko bi bilo netočno tretirati savjest samo kao osobnu brigu ili privatnu moralnu osjetljivost, već ju je potrebno razumjeti kao nešto što možemo artikulirati i tako koristiti za moralni dijalog. Uska povezanost savjesti s moralnim prosuđivanjem, zauzvrat objašnjava zašto je savjest jednako važna za profesionalni i javni život kao i medicinska etika. (6, 7)

Kada govori o autoritetu, savjest smatra krajnjim moralnim autoritetom svakog pojedinca zbog njegove moralne odgovornosti da postupa u skladu s moralnim uvjerenjima i procjenama koje smatra istinitima te objašnjava kako su zaključci savjesti uvijek obvezujući po osobu upravo zato što savjest predstavlja konačnu i najbolju procjenu onoga što osoba vjeruje da je ispravno - čak i ako je ta procjena zapravo pogrešna. Kaldjian ističe kako svaki pojedinac ima odgovornost vlastitu savjest i ispravno oblikovati kroz vrijeme i ispravno obavještavati u određenim situacijama o relevantnim činjenicama, moralnim vrijednostima i izvorima smjernica te da takvog pojedinca rezultati savjesti obvezuju jer predstavljaju njegov najbolji moral u trenutku odluke. (6)

Nedjeljivost smatra trećim bitnim aspektom savjesti te se ne slaže s argumentima o tome da se savjest ili integritet mogu podijeliti na osobni i profesionalni dio ili da savjest može biti odijeljena od profesionalnog i pridana osobnom životu pojedinca. Naglašava kako integritet i savjest podrazumijevaju cjelovitost moralnog karaktera. (6)

### **4.3. Savjest i integritet**

Mnogi autori u svojim radovima također govore o povezanosti savjesti i integriteta.

Tako M. Neal, viša predavačica s Pravnog fakulteta Sveučilišta u Strathclydeu, i S. Fovargue, profesorica Pravnog fakulteta Sveučilišta Lancaster, u jednom zajedničkom radu (8) priznaju da postoji jaka veza između savjesti i integriteta, no u drugom radu (9) dodaju i da samo

prepoznavanje te veze dovodi do konflikta te da se argumentacija ne bi trebala zaustaviti na dokazivanju navedene poveznice, kao što mnogi to čine, objašnjavajući kako povezanost savjesti i integriteta, sama po sebi, ne iznosi odlučujući razlog zašto osigurati zaštitu interesa na strani "savjest / integritet" sukoba.

M. Wicclair (10), profesor filozofije i bioetike na Sveučilištu u Pittsburghu, ističe da očuvanje moralnog integriteta može biti od najveće važnosti za pojedince. Objašnjava kako očuvanje moralnog integriteta može biti esencijalna komponenta čovjekove predodžbe o dobrom ili smislenom životu, stoga može imati intrinzičnu vrijednost ili vrijednost za pojedinu osobu. Upozorava i kako gubitak moralnog integriteta može biti poražavajući jer ne samo da može rezultirati snažnim osjećajem krivice, kajanja i stida te gubitkom samopoštovanja, već može narušiti vlastitu sliku ili identitet osobe. Zaključuje da takvo razumijevanje moralnog integriteta i njegovog značaja za liječnike, koji se savjesno protive pružanju medicinske usluge, potkopava tvrdnju da odbijanja temeljena na savjesti nisu ništa više od osobnih osjećaja ili privatnih prioriteta liječnika te da pruža razlog za osiguravanje prava na priziv savjesti liječnicima kako bi se mogli baviti medicinom bez ugrožavanja vlastitog moralnog integriteta.

Kaldjian (6) smatra da kada prepoznamo središnju ulogu koju savjest igra u životu liječnika, prepoznamo da najdublji motivi liječnika za vlastitu profesionalnu etiku proizlaze iz njihovog integriteta kao ljudskih bića. Ističe kako je očuvanje integriteta preduvjet za cvjetanje zdravstvenih struka. Daljnje razvijanje profesionalnih i pravnih uređenja koja omogućuju priziv savjesti onim liječnicima koji su pažljivo razmislili o kontroverznim medicinskim postupcima i zaključili kako ih savjest obvezuje da ih ne izvršavaju ili upućuju na njih, smatra bitnim načinom kojim se podržava liječnikov moralni integritet. Time se liječnikov izostanak sudjelovanja ne interpretira kao napuštanje pacijenta ili ometanje, već kao razmotreni odgovor na ozbiljno etičko neslaganje oko toga što je u najboljem interesu pacijenta i što predstavlja zdravstvenu potrebu za razliku od pacijentove želje. Kaldjian zaključuje da u slučaju takvog neslaganja, liječnici trebaju uključiti svoje pacijente u iskren dijalog pun poštovanja kojim objašnjavaju vlastito rasuđivanje i ne uskraćuju pacijentima slobodu na neslaganje i traženje drugog liječnika.

## 5. PRIZIV SAVJESTI

### 5.1. Definicija priziva savjesti

Priziv ili prigovor savjesti je pravni institut koji predstavlja pozivanje osobe na slobodu savjesti prilikom odbijanja postupanja na propisani način, odnosno prilikom traženja izuzeća od takve obaveze, i to zbog svojih moralnih, etičkih ili vjerskih uvjerenja, o čemu u svom radu "Pravo zdravstvenih radnika na priziv savjesti" piše J. Čizmić. (1) Dodatno pojašnjava kako je priziv savjesti istovremeno i pravo i odluka pojedinca da izvrši ili odbije izvršiti neku radnju, suprotno zakonu, propisu ili nekoj drugoj odredbi, jer bi se njezino izvršenje protivilo savjesti osobe te ističe kako "po svojoj naravi priziv savjesti nije pravno pravo, već je moralno pravo ili, točnije, moralna dužnost, jer u području morala egzistira pravo kao korelacija dužnosti".

Doktor prava G. Puppink (11) također smatra da je priziv savjesti prvenstveno moralna i legalna dužnost koja sili osobu da odbije izvršenje nepravedne naredbe. Objašnjava kako su dužnosti i prava u uzajamnoj vezi, uzrokujući jedni druge, te da je pravo na priziv savjesti postepeno priznato tako da osobe s prizivom savjesti mogu slijediti upute svoje savjesti bez gubitka posla, slobode ili života.

Na sličan način priziv savjesti definira i ostatak medicinske i pravne zajednice te oko same definicije ne postoje veći prijepori.

Tako prema Wicclairu (12), osoba se upušta u čin priziva savjesti kada odbija izvršiti neku radnju ili pružiti uslugu zato što bi to bilo protivno njenoj savjesti. Definiciju dodatno proširuje u kontekstu zdravstvene zaštite kada kaže da se liječnici, medicinske sestre i farmaceuti upuštaju u čin priziva savjesti kada odbijaju pružiti legalna i profesionalno prihvatljiva dobra i usluge koje spadaju u područje njihove profesionalne nadležnosti i kada opravdavaju svoje odbijanje tvrdeći da je to čin savjesti ili da se temelji na savjesti.

Zanimljivo je spomenuti kako u priziv savjesti u kontekstu zdravstvene zaštite H. Shanawani (13) ubraja i slučajeve kada roditelji ne daju pristanak na određene zahvate za svoju djecu.

## 5.2. Povijesni pregled i pravni okvir priziva savjesti

Primjere priziva savjesti, kao čina kojim osoba odbija izvršiti čin koji njezina savjest prosuđuje moralno pogrešnim ili pak kada motivirana vlastitom savješću izvršava čin suprotan ustaljenim normama, možemo vidjeti kroz cijelu ljudsku povijest, a neke od takvih primjera navela sam u uvodu ovoga rada. No, smatra se da je priziv savjesti kao pravni institut uspostavljen na suđenjima nacističkim vođama u Nürnbergu (1945. - 1946.). Naime, njihova se obrana zasnivala na opravdanju kako su samo izvršavali legalne naredbe koje su dobili od nadređenih, no međunarodnopravna komisija potvrdila je načela dužnosti i odgovornosti prema vlastitoj savjesti rekavši „činjenica da je osoba slijedila naredbe svoje Vlade i nadređenih, ne oslobađa ju od odgovornosti koju ima unutar međunarodnog prava, s obzirom da je moralni izbor toj osobi bio moguć.“ (11, 14)

Priziv savjesti komponenta je slobode savjesti te pravo na priziv savjesti proizlazi iz slobode savjesti, koja je prepoznata u pozitivnom pravu, a posebno je zajamčena čl. 18. *Opće deklaracije o ljudskim pravima* i čl. 9. *Europske konvencije o ljudskim pravima*. (1, 11)

Upravo je *Opća deklaracija o ljudskim pravima*, koju je 1948. godine proglasila Opća skupština Ujedinjenih naroda, jedan od najutjecajnijih dokumenata u području definiranja i zaštite ljudskih prava. U čl. 18. stoji: „Svatko ima pravo na slobodu mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi; to pravo uključuje slobodu promjene vjeroispovijedi ili uvjerenja i slobodu da pojedinačno ili u zajednici s drugima, javno ili privatno, iskazuje svoju vjeroispovijed ili uvjerenje poučavanjem, bogoslužjem, praktičnim vršenjem i obredima.“ (15) čime se potvrđuje pravo na slobodu savjesti.

Osim toga, u čl. 1. iste deklaracije stoji: „Sva ljudska bića rađaju se slobodna i jednaka u dostojanstvu i pravima. Ona su obdarena razumom i sviješću te trebaju jedna prema drugima postupati u duhu bratstva.“ (15), što Puppincck smatra još temeljnijim po pitanju prava na slobodu savjesti. (11)

Rjeđe se ističe, a vrlo je zanimljivo i značajno, to što već u Preambuli deklaracije stoji „budući da je nepoštivanje i zanemarivanje ljudskih prava rezultiralo barbarskim postupcima koji vrijeđaju savjest čovječanstva i da je izgradnja svijeta u kojemu će ljudska bića uživati slobodu govora i uvjerenja te biti slobodna od straha i neimaštine, proglašena najvećom težnjom svih ljudi“ (15), čime se savjesti daje ključno mjesto u stvaranju pravednog svijeta.

Zatim je Vijeće Europe 1950. godine donijelo *Europsku konvenciju za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda* (skr. *Europska konvencija o ljudskim pravima*) (16), međunarodni ugovor koji obvezuje zemlje potpisnice, a u kojoj je također potvrđena sloboda mišljenja, savjesti i vjeroispovijedi (čl. 9.) na način na koji je ona definirana u Općoj deklaraciji o ljudskim pravima.

Navedene slobode na isti su način prepoznate prvo u *Međunarodnom paktu o građanskim i političkim pravima* iz 1966. (čl. 18.) (17), a zatim u *Povelji Europske unije o temeljnim pravima* iz 2000. godine, u kojoj je, osim slobode savjesti, definiran i priziv savjesti na sljedeći način: „Priznaje se pravo na prigovor savjesti, u skladu s nacionalnim zakonima koji uređuju ostvarivanje tog prava.“ (čl. 10, st. 2.). (18)

Većina nacionalnih zakonodavstava priznaje i štiti pravo na slobodu savjesti, a mnoga od njih i pravo na priziv savjesti. Što se tiče hrvatskog pravnog sustava, priziv savjesti prepoznat je kao pravna kategorija čl. 40. *Ustava Republike Hrvatske* u kojem stoji: „Jamči se sloboda savjesti i vjeroispovijedi i slobodno javno očitovanje vjere ili drugog uvjerenja.“, a u čl. 47. dodatno je definiran prigovor savjesti onima koji nisu pripravnici sudjelovati u obavljanju vojničkih dužnosti radi vjerskih ili moralnih razloga (19). Priziv savjesti dodatno je definiran i reguliran u Zakonu o liječništvu, Zakonu o dentalnoj medicini, Zakonu o sestrinstvu i Zakonu o medicinski pomognutoj oplodnji, o čemu će više biti riječi u nastavku.

### **5.3. Povijesni pregled i pravni okvir priziva savjesti u medicini**

Savjest je oduvijek u medicini zauzimala posebno mjesto o čemu nam svjedoči Hipokratova zakletva (20), a zatim i Ženevska zakletva iz 1948. godine (21), koju i danas polažu mnogi liječnici diljem svijeta. U njoj stoji: „U času kada stupam među članove liječničke profesije, svečano obećajem da ću svoj život staviti u službu humanosti. Prema svojim učiteljima sačuvat ću dužnu zahvalnost i poštovanje. Svoje ću zvanje obavljati savjesno i dostojanstveno. Najvažnija će mi briga biti zdravlje mogega pacijenta. Poštovat ću tajne onog tko mi se povjeri. Održavat ću svim svojim silama čast i plemenite tradicije liječničkog zvanja. Moje kolege bit će mi braća. U vršenju dužnosti prema bolesniku neće na mene utjecati nikakvi obziri vjere, nacionalnosti, rase, političke ili klasne pripadnosti. Apsolutno ću poštovati ljudski život od samog začetka. Niti pod prijetnjom neću dopustiti da se iskoriste moja medicinska znanja suprotno zakonima humanosti. Ovo obećajem svečano, slobodno, pozivajući se na



svoju čast.“, iz čega proizlazi zaključak kako moderne medicine nema bez poštivanja savjesti i dostojanstva svake osobe i očuvanja plemenite svrhe medicine.

Bitno je razumjeti kako se potreba za definiranjem i ozakonjenjem priziva savjesti u medicini javila ponajprije s ozakonjenjem pobačaja pa je tako priziv savjesti u nacionalno zakonodavstvo prva unijela Velika Britanija 1967. godine, kada je ozakonila pobačaj. Takvu praksu pratile su i druge države pa je tako Francuska to učinila 1975. godine, a tom je prilikom njihova ministrica zdravstva Simone Veil ustvrdila kako je očigledno da nijedan liječnik ili medicinski tehničar neće ikada biti obavezan izvršiti pobačaj. (22, 23)

Vrlo važno očitovanje o prizivu savjesti u medicini ono je *Parlamentarne skupštine Vijeća Europe* koja je u *Rezoluciji 1763* iz 2010. godine ustvrdila da: „Niti jedna fizička ili pravna osoba neće biti podvrgnuta prisili, neće se držati odgovornom, niti će ju se na bilo koji način diskriminirati ukoliko odbije izvršiti, osigurati prostorije za izvršavanje, pomoći izvršavanju ili se sama podvrgnuti abortusu, izvršiti pobačaj ili eutanaziju, ili bilo koji drugi čin koji bi iz bilo kojeg razloga za posljedicu imao smrt ljudskog fetusa ili embrija.“ (24) U *Rezoluciji 1928* iz 2013. godine *Parlamentarna skupština Vijeća Europe* poziva države da „osiguraju pravo dobro definiranog priziva savjesti u vezi s moralno osjetljivim pitanjima, poput vojne službe ili drugih usluga vezanih za zdravstvenu skrb i obrazovanje.“ (25)

*Međunarodna federacija ginekologije i opstetricije* (FIGO) u knjizi „Etička pitanja u ginekologiji i opstetriciji“ navodi kako „liječnici imaju pravo na provođenje i na prigovor provođenju medicinskih procedura u skladu s osobnom savješću“ te da se „ni od jednog liječnika (ili člana medicinskog tima) ne treba očekivati da izvršava pobačaje“. (26)

U Hrvatskoj, pravo na priziv savjesti u medicini regulirano je i zaštićeno Zakonom o liječništvu, Zakonom o dentalnoj medicini, Zakonom o sestrinstvu i Zakonom o medicinski pomognutoj oplodnji, a potvrđeno je i u Etičkom kodeksu primalja i Kodeksu ljekarničke etike i deontologije. (1)

*Zakon o liječništvu* u čl. 20. kaže da „Radi svojih etičkih, vjerskih ili moralnih nazora, odnosno uvjerenja liječnik se ima pravo pozvati na priziv savjesti te odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta, ako se to ne kosi s pravilima struke te ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta.“ Prema istom članku, liječnik je obavezan pravovremeno obavijestiti pacijenta da se poziva na priziv savjesti te ga uputiti drugom liječniku koje to pravo ne upotrebljava, te obavijestiti o tome svog nadređenog,

odnosno poslodavca. (27)

Na sličan način formulirane su odredbe i u preostalim spomenutim zakonima. (1)

*Kodeks medicinske etike i deontologije* u članku 2. točki 15. određuje da liječnik ima pravo na priziv savjesti, ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta, te da o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta i uputiti ga drugom liječniku iste struke. (28)

*Etički kodeks primalja* odredbom u članku 2. točki 20. propisuje da primalja ima pravo na priziv savjesti ako time ne uzrokuje trajne posljedice za zdravlje ili ne ugrozi život pacijenta/ice te da o svojoj odluci mora pravodobno obavijestiti pacijenta/icu te uputiti drugoj primalji. (29)

*Kodeks ljekarničke etike i deontologije* u članku 12. točki 3. određuje da magistar farmacije ima pravo priziva savjesti samo ako time ne dovodi u opasnost zdravlje i život bolesnika. (30)

## **6. PREGLED NOVIJIH RASPRAVA I PROMIŠLJANJA O PRIZIVU SAVJESTI U MEDICINI**

Analizom velikog broja radova koji predstavljaju promišljanja i nude rasprave o prizivu savjesti u kontekstu medicinske djelatnosti, utvrđena je značajna širina argumentacije u istima. Iako je većina radova djelo medicinskih stručnjaka te su objavljeni u medicinskim stručnim časopisima, argumentacija se, ugrubo rečeno, zasniva na pravnim činjenicama, filozofskim promišljanjima i medicinskim saznanjima. U nastavku su prikazana promišljanja i rasprave prema okosnicama argumentacije onih autora koji su se istaknuli značajem i citiranošću radova.

### **6.1. Sloboda savjesti**

Pregled promišljanja prikladno je započeti sa slobodom savjesti, čija je važnost pravne zaštite već istaknuta u dijelu rada koji se bavi pravnim okvirima. D. Weinstock (31), profesor na Pravnom fakultetu Sveučilišta McGill, smatra da bi država trebala štiti slobodu savjesti i

obrazlaže to pomoću dva argumenta - internog i eksternog. Interni argument odnosi se na zaštitu savjesti osobe budući da je njen osjećaj sebe kao osobe djelomično utvrđen promišljanjima o moralnim pitanjima pa država koja ne bi štitila savjest i koja ne bi dopuštala osobi da djeluje prema zaključcima vlastitih moralnih prosudbi, ne bi pokazala odgovarajuće poštovanje za nju kao moralnog djelatnika, stoga bi se osoba osjetila nepoštivanom u temeljnom smislu. Eksterni argument odnosi se na interes države da njeni građani posjeduju određene kvalitete. Naime, zaključuje Weinstock, dobre demokracije zahtijevaju da su građani ohrabreni i osnaženi za vlastita promišljanja o složenim pitanjima političkog morala, a jamstvo čvrstog prava na slobodu savjesti je dobar način kojim se potiče moralno uključeno i aktivno građanstvo.

Značajno je i mišljenje Puppinka (11) koji smatra kako zakon ne može biti početak i kraj pravde te da poštivanje zakona ne proizlazi iz njegova formalizma, već poštivanje treba zaslužiti i usmjeriti prema dobru. Stoga zaključuje da država, priznajući slobodu savjesti, priznaje da postoji dimenzija čovjeka nad kojom država nema vlasti i čime odustaje od vlastite totalitarnosti.

## **6.2. Sloboda savjesti i sloboda religije**

Iako se sloboda savjesti i sloboda religije često spominju zajedno i u istom kontekstu, većina liberalno-demokratskih ustava razlikuje ih barem verbalno, a ovdje iznosim distinkciju koju je učinio Weinstock (31). On smatra da sloboda savjesti štiti sposobnost djelatnika da kritički promišlja o moralnim i političkim pitanjima koja se pojavljuju u društvu i u profesionalnom životu, dok sloboda religije štiti sposobnost pojedinca da postigne dioništvo u praksama i ritualima čija je moralna funkcija posvećivanje života u svjetovno proširenom narativu. Smatra da je teže odobriti zdravstvenim djelatnicima priziv savjesti na temelju slobode religije nego na temelju slobode savjesti, iako je u oba slučaja riječ o 'unutarnjim razlozima'. Objašnjava kako se razlika očituje u relevantnim 'vanjskim' razlozima prisutnima u slučaju moralne savjesti, za koje ne postoji analogija u slučaju religiozne savjesti. No, ističe kako se taj argument primjenjuje samo na one religiozne zahtjeve koji ne mogu biti prevedeni u moralni rječnik te dodaje kako bi mogli postojati i razlozi da se osiguraju zahtjevi religioznih osoba na izuzeće, ne zbog prirode zahtjeva, već zbog korisnih učinaka koje prisutnost religioznih osoba može imati u kontekstu zdravstvenih institucija u multireligioznim društvima.

Liječnik K. Powel (32) pak ističe kako vjerska sloboda ne znači jednostavno da je vjericima dopušteno okupljanje u osamljenim zgradama za privatno pjevanje i molitvu. Umjesto toga, podrazumijeva poštovanje prema načinu na koji vjerske obveze oblikuju ljudsku savjest u vezi s pitanjima kako treba djelovati u svim domenama života, uključujući njihov rad u zdravstvu. Dodaje i kako priziv savjesti nije ograničen na one koji ispovijedaju religiju jer savjest imaju i ateisti i drugi koji su izričito nereligiozni, te da je i ta savjest informirana moralnim uvjerenjima o tome kako živjeti i djelovati.

### **6.3. Savjesno djelovanje**

Liječnik Toni C. Saad (33) opisuje savjest kao čin rasuđivanja kojim se u konkretnoj situaciji primjenjuje opće moralno načelo kako bi se donio sud o tome kako treba ili ne treba djelovati te objašnjava kako je svaka savjesna prosudba zaključak dviju premisa - prve koja se sastoji od općeg moralnog načela, poput one da je pogrešno ubijati nevine osobe, i druge koja se sastoji od specifičnog načela za neku činjenicu ili okolnost, poput one da je Sokrat osoba. Pri donošenju presude o tome kako treba postupiti, savjest primjenjuje prvu opću premisu na drugu specifičnu premisu, stoga bi na ovom primjeru savjest zaključila kako je pogrešno ubiti Sokrata. Saad nam ovim primjerom pokazuje kako je savjest neophodna za praktično rasuđivanje. Također, zanimljivo primjećuje kako se o savjesti najčešće govori kada su njeni zahtjevi u sukobu s vanjskim zahtjevima, no naglašava da ona djeluje u svim praktičnim rasuđivanjima, uključujući i kliničke. Svaki put kada zdravstveni djelatnik nastoji činiti ispravno i postići dobrobit pacijenta, primjenjuje opće moralno načelo na specifičnu situaciju, dakle koristi svoju savjest. Nadalje, tvrdi kako na postojanost ovog principa ne utječe činjenica da različiti ljudi, vodeći se svojom savješću, dolaze do različitih zaključaka. Saad kaže da činjenica što postoji mnogo neslaganja oko intermedijarnih premisa, kao i pri interpretaciji činjenica, ne ometa slijed koji je opisao - nastojati činiti dobro zahtijeva savjest, do kojeg god to krajnjeg ishoda dovelo. Zaključuje kako moralna raznolikost ne samo da ne isključuje priziv savjesti, već zahtijeva upravo suprotno, očuvanje priziva savjesti kako se moralna raznolikost koja proizlazi iz života u pluralističkom društvu ne bi izbrisala.

#### **6.4. Moralni djelatnici**

Pojam moralnog djelatnika, koji se proteže kroz radove mnogih autora, detaljno su opisale M. Neal i S. Fovargue koje ističu da pojedinci ne postaju moralnim djelatnicima odjednom, već razvijaju moralno djelovanje kroz složen proces promatranja, promišljanja i djelovanja. Objašnjavaju kako u nekom trenutku tijekom moralnog razvoja stječu dužnost razvijanja, održavanja i ostvarivanja svojeg moralnog djelovanja, dužnost ozbiljnog promišljanja o moralnim pitanjima, dužnost oblikovanja prosudbi o ispravnom načinu postupanja te dužnost da tako i postupaju. Zaključuju kako je riječ o vitalnom interesu pojedinca da postane i ostane moralni djelatnik, zbog čega se, smatraju, priziv savjesti i štiti. (9)

Dodaju kako se glavna šteta kršenja savjesti sastoji, ne u nastanku negativnih emocionalnih i psiholoških stanja, već u nasilju učinjenom pojedincima kao moralnim djelatnicima i integritetu njihovog moralnog djelovanja. (8)

Nadovezuju se promišljanjem kako moralna pouzdanost zahtijeva pravilno funkcioniranje moralnog djelovanja te tvrde kako bi pritisak na zdravstvene djelatnike da odijele svoje moralne obveze, na način da paralelno žive "profesionalne" i "osobne" živote u kojima bi primjenjivali kontradiktorne skupove vrijednosti, narušio njihov integritet. Stoga zaključuju kako je rješenje upravo u omogućavanju priziva savjesti te naglašavaju kako je ono nužno da bi se sačuvao integritet djelatnika, a time i moralna pouzdanost te u konačnici dobar profesionalizam jer ugrožavanje jednog elementa ugrožava ostale. Dodaju i da su, prema njihovom mišljenju, pouzdanost i integritet temeljniji za odnos djelatnika i pacijenta, nego spremnost da se izvrši svaki postupak te da omogućavanje priziva savjesti podržava temeljne profesionalne vrijednosti. (9)

#### **6.5. Medicinski čin**

Bioetičari N. K. Gamble i M. Pruski (34) smatraju da je ključno pitanje u raspravama o prizivu savjesti ostalo nedovoljno istraženo: „Ako je liječnik dužan izvršavati ‘medicinske djelatnosti’, što je medicinska djelatnost?“ te nude široku paletu promišljanja koja su sažeta u nastavku.

Raspravu započinju propitkivanjem može li svaki čin licenciranog liječnika biti kvalificiran kao medicinski čin te navode primjere o kojima su već pisali Sharif i suradnici te Nice i suradnici,

a koji pokazuju do čega dovodi slijeđenje načela prema kojem su medicinska regulatorna tijela ona koja u svakom trenutku definiraju što se smatra medicinskim činom, poput toga da bismo trebali kao medicinski čin prihvatiti čin liječnika u suvremenoj Kini koji uzima bubrege osuđenim zatvorenicima kako bi ih presađivao pacijentima s bubrežnim zatajenjem čije "potrebe to zahtijevaju" ili pak postupke nacističkih liječnika koji su bili legalni te su bili dio njihovih profesionalnih obveza. Upravo na primjeru nacističkih liječnika objašnjavaju kako zakon i moć mogu postati kriteriji istine ako se prihvati razumijevanje prema kojem je jedino važno da liječnici podržavaju sve legalne mogućnosti. Prema takvom kriteriju nacisti bi imali potpuno pravo na vlastito razumijevanje što medicina uključuje. Kao alternativu, Gamble i Pruski ističu stajalište prema kojem istina i moralnost nadilaze ljude, vlast i politiku zbog čega nije uloga vlade ili upravljačkih medicinskih tijela da stvaraju vlastite 'istine', nego da otkrivaju, prepoznaju i pristaju na istinu koja ih nadilazi, analogno načinu kojim prepoznaju znanstvenu istinu o prirodnom svijetu. Pritom podsjećaju na ishod Nürnberških procesa za koje kažu da ako predstavljaju išta više od pobjede pravde, da se čini kako stoje iza načela da se istina, etika i pravda pronalaze razumom, a ne diktiraju vlašću. (34)

Ovdje vrijedi spomenuti i Sulmasyjevo (35) promišljanje koji smatra da, kao opće pravilo, znatno veće moralno opravdanje treba zahtijevati kako bi se prisililo nekoga da izvrši radnju u ime tolerancije, od onog moralnog opravdanja koje treba zahtijevati kako bi se prisililo nekoga da se suzdrži od radnje u ime tolerancije. Također, dodaje da je potreban veći stupanj škodljivosti po zajedničko dobro ili dobro uređeno funkcioniranje države kako bi se prisililo ljude na javno djelovanje protivno njihovoj savjesti, nego kako bi ih se prisililo da se suzdrže od javnog djelovanja za koje osjećaju da su motivirani savješću.

Rasprava o medicinskom činu nužno ulazi u raspravu o tome što je zdravlje i koja je svrha medicine.

Gamble i Pruski (34) ističu da svrha medicine nije samo svladati bolest ili smrt, već unaprijediti zdravlje, koje je krajnji cilj svakog medicinskog djelovanja, te pomoći cjelovitost osobe. Smatraju da je razlika između onoga što čini kliničku praksu i onoga što čini medicinu od presudnog značaja za utvrđivanje obaveza liječnika i, suprotno tome, opsega postupaka koje liječnici ne mogu biti primorani činiti. Podsjećaju na Beauchampa i Childressa koji su ustvrdili kako liječnici mogu biti prikladni za obavljanje uloga koje same po sebi nisu medicinske, kao što je nadzor nad kaznenim postupcima, procjena dokumentacije u vezi s osiguranjem i ocjena radne sposobnosti. Spominju i distinkciju koju je dao Cameron prema kojoj je fokus one vrste djelovanja koju smatramo medicinskom na liječenju, dok je fokus onih djelovanja koje

označavamo sociološkima na tehnici i zadovoljstvu korisnika. Podsjećaju i na Watta koji naglašava kako liječnici ne bi trebali biti prisiljeni izvršavati ono što nije usmjereno ka promociji zdravlja i što čak može biti protivno funkciji zdravlja.

Gamble i Pruski (34) smatraju da će razumijevanje što medicina jest pomoći djelatnicima da razumiju opseg medicinske prakse te da je utvrđivanje da je nešto medicinski čin samo prvi korak u etičkom medicinskom odlučivanju jer medicinski čini nisu inherentno etični i moguće je da medicinski čin bude izvršen na neetičan način. Naglašavaju kako su medicinski čini, kao i sva ljudska djela, vođena moralnim načelima te da je odluka da se traga za zdravljem ono što nekoga stavlja u domenu medicine i medicinskog djelovanja.

Unutar onoga što se uobičajeno smatra medicinskom etikom, Gamble i Pruski (34) čine distinkciju između etike medicinskog čina i etike sociokliničkih čina. Medicinski čin je postupak usmjeren na postizanje zdravlja pacijenta, dok je socioklinički čin onaj koji se poduzima u odsustvu patologije ili ne liječi simptome patologije. Tako kao primjere medicinskog čina navode postupak plastične kirurgije u liječenju žrtve opekline ili propisivanje estrogeno-progestinskih tableta u liječenju endometrioze, dok kao primjere sociokliničkog čina uzimaju plastičnu kirurgiju u kozmetičke svrhe ili propisivanje estrogeno-progestinskih tableta kako bi se izazvala privremena neplodnost. Naglašavaju da time ne žele reći da su neki ili svi socioklinički čini ispravni ili pogrešni, već samo da nisu medicinski. Argumentacija koju navode ne služi kao temelj za zabranu izvršavanja sociokliničkih čina, ali služi kao pokazatelj da je potrebno dodatno opravdanje ako se sudjelovanje u njima želi nametnuti.

Najčešće pitanje prilikom rasprava o prizivu savjesti u medicini jest ono trebaju li liječnici izvršavati pobačaje pa Gamble i Pruski (34) i na tom primjeru ukazuju na razliku koja proizlazi iz namjere s kojom se taj čin želi izvršiti. Tako kažu da pobačaj nikad ne predstavlja medicinski čin u normalnoj trudnoći jer ona nije patološko stanje, već naprotiv znak zdravlja, pa pobačaj u normalnoj trudnoći opisuju kao socioklinički čin. S druge strane, pobačaj u slučaju ektopične trudnoće ili drugog ekvivalentnog scenarija može biti medicinski čin, kad tretira po život opasno patološko stanje.

Objašnjavaju da se izvršavanje ne-medicinskog čina može očekivati od liječnika samo onda kad direktno podržava medicinski čin, a da ih u svim drugim slučajevima imaju pravo odbiti izvršiti temeljem svoje savjesti. Ono što se od liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika može očekivati jest da izvršavaju i podržavaju medicinske čine - čine usmjerene ka pacijentovom

zdravlju, ali da ih se ne može prisiliti da pružaju ili podržavaju usluge koje nisu medicinske naravi, čak i kada takve aktivnosti podržavaju druge društveno poželjne težnje, jer nemaju inherentnu profesionalnu dužnost činiti ih. Naglašavaju da to ne znači da zdravstveni djelatnici ne mogu ili ne smiju pružati ne-medicinske usluge, već da nisu pod nikakvom obavezom da ih pruže. Zaključuju da su medicinski djelatnici dužni izvršavati medicinske čine etično i trebali bi biti slobodni prigovoriti na one čine čija je namjera suprotna središnjoj svrsi liječnika - liječenju, stoga Gamble i Pruski smatraju da priziv savjesti mora biti dopušten u određenoj mjeri. (34)

## **6.6. Priziv savjesti i sociološki značaj**

Kaldjian (6) opisuje čin legalizacije nekog postupka kao snažan društveni fenomen koji donosi određenu opravdavajuću pretpostavku. Drugim riječima, ako je nešto legalno, pretpostavlja se da je opravdano i stoga, barem za neke ljude, vrijedno činjenja. Dodaje kako legalizacija predstavlja pečat društvenog odobravanja, stoga i zrcali postojeće stavove i pomaže u oblikovanju budućih očekivanja. Objasňuje kako je to važan pokretač onih koji kritiziraju liječnike koji imaju priziv savjesti na moralno kontroverzne, ali legalne medicinske postupke. No, ističe kako normativna pitanja etike ne mogu biti ostavljena po strani zbog kontingentnih činjenica legalizacije te podsjeća kako je to vidljivo upravo u perzistirajućim kontroverzama oko određenih medicinskih postupaka, unatoč njihovoj legalizaciji. Kaldjian smatra kako je upravo vjerodostojnost tih pitanja ono što može objasniti zašto su odgovori profesionalnih organizacija i zakonodavnih tijela na priziv savjesti liječnika ponekad pozitivni - zbog pretpostavke da su liječnici pomno razmotrili i zaključili kako određeni kontroverzni medicinski postupci ne doprinose zdravlju ili proturječe bitnim etičkim vrijednostima.

Puppink (11) je to izrekao na sljedeći način: „Priziv savjesti nije samo aspekt slobode savjesti, nego je ujedno i signal upozorenja za cijelo društvo. Ako mnogi ljudi odbijaju izvršiti čin, javne vlasti ne bi ih trebale prisiljavati, već bi trebale ispitati razloge za takvo odbijanje, jer nije zakon, već osobna savjest krajnji svjedok pravde.“



## 6.7. Priziv savjesti, moralni pluralizam i liberalna dilema

Kaldjian (6) objašnjava kako su zapadna demokratska društva i zdravstvene profesije u njima obilježene moralnim pluralizmom koji se očituje kroz suprotnosti temeljnih uvjerenja i vrijednosti na kojima počivaju etička uvjerenja, zbog čega su etičke razlike očekivane, kako među građanima, tako i među zdravstvenim djelatnicima. Nadalje, objašnjava kako će neke od tih razlika imati praktične implikacije po načine na koje su profesionalci voljni vršiti, a pacijenti voljni primiti zdravstvenu zaštitu. Ističe kako takve praktične implikacije uključuju naš odgovor na etički sporne prakse i načine na koje održavamo ili ugrožavamo svoj individualni integritet, onu kvalitetu moralnog života koja se odnosi na „stabilnost, pouzdanost, cjelovitost i integraciju moralnog karaktera“ o kojoj su govorili T. Beauchamp and J. Childress. Navodi kako se taj integritet ponekad naziva "savjesnom praksom", procesom moralne integracije u kojem se izbori i postupci djelatnika usklađuju s njegovim temeljnim uvjerenjima i vrijednostima vezanim za ono što bi trebao ili ne bi trebao činiti u danoj situaciji.

U kontekstu socioloških i političkih okolnosti prisutnih u zapadnom društvu, zanimljivo mišljenje ponudila je Vegard Bruun Wyller (36), profesorica na Institutu kliničke medicine Sveučilišta u Oslu u svom radu „Priziv savjesti i liberalna dilema“. Wyller smatra da je rasprava o pravu na priziv savjesti ilustracija liberalne dileme jer, kako kaže, “kad se tolerancija učini apsolutnom, u praksi postaje netolerantna.”

Opisuje kako je riječ o sukobu između dva uvjerenja, onog idealista i onog pragmatičara. Idealista opisuje kao onoga koji pripada manjini, pristaje uz određena opća moralna načela i tvrdi da ta načela povremeno "zamjenjuju zakon". Iako kaže da će idealist često biti kršćanin ili musliman, dodaje kako to nije nužno jer svoje stavove može opravdati i svjetovnim konceptima te kao primjer navodi ideju prirodnog prava koja je osnova *Opće deklaracije o ljudskim pravima*. Kada je u pitanju pobačaj, idealistu pripisuje stav prema kojem je fetus potpuna ljudska individua, stoga savjetovanje o pobačaju uvijek dotiče dvije osobe - majku i nerođeno dijete. Zaključuje kako će liječnici takvoga stava izbjegavati sve što narušava dostojanstvo fetusa te njihov zahtjev za pravom na priziv savjesti u slučaju pobačaja opisuje logičnim. Zanimljivo je što smatra da se ta logika raspada u onim slučajevima u kojima idealisti nastoje osigurati postupak upućivanja te da idealističko gledište zahtijeva nešto 'više' od pasivnog prigovora i ugovorenog pregleda u susjednoj prostoriji, gdje je to 'više' u konačnici sprječavanje prekida trudnoće. Kao jedno od rješenja predlaže da idealisti unaprijed obznane svoja uvjerenja, zajedno s postupcima koje nisu voljni izvršavati. Smatra da na taj način, žena koja traži pobačaj može sama odlučiti kojeg će liječnika konzultirati. Kao dodatnu korist ističe

da na taj način idealisti mogu tražiti vidljivost koja će im pomoći pomaknuti javno mnijenje u željenom smjeru.

Pragmatičara opisuje kao onoga koji pripada većini, skeptičan je spram općih moralnih načela i vjeruje da se moral ponajprije očituje u zakonima društva koji su oblikovani racionalnim razmišljanjem i demokratskim procesima. Opisuje kako će pragmatičar smatrati da se zdravstveni djelatnici moraju pridržavati zakona, a kao razlog navodi ugovor kojim se, u ime društva, zdravstvenom djelatniku propisuju zadaci. Zaključuje da će pragmatičar pristajati uz liberalne političke ideje, kao što je tolerancija, dok će savjest promatrati kao privatnu stvar, povezanu s emocijama i, stoga, nepouzdan vodič do moralnih uvida. Kada je u pitanju pobačaj, pragmatičaru pripisuje stav prema kojem fetus nema ista prava kao osoba koja je rođena, stoga se savjetovanje o pobačaju primarno tiče zbrinjavanja trudne žene. Ističe kako su liječnici s pragmatičnim uvjerenjima skloni biti kritični spram svojih kolega - idealista. I dok će se snažno protiviti tome da se ono što smatraju privatnim shvaćanjima morala uvodi u liječničke konzultacije, istovremeno će upozoravati na potkopavanje društvenog ugovora koji je, prema njihovom mišljenju, preduvjet za obavljanje liječničke profesije. Takva kritika, ističe Wyller, djeluje logično u svjetlu pretpostavki pragmatičara, no nakon detaljnijeg uvida, oborena je vlastitim argumentima. Ona to objašnjava na sljedeći način: "Prema vlastitim temeljnim pogledima, tolerantni pragmatičar mora nužno tolerirati kolege koji tvrde da moralna gledišta nisu privatne prirode, već imaju univerzalnu valjanost. Da bi ostao vjeran svojim vlastitim pogledima, mora pretpostaviti pragmatičan pogled kolega koji tvrde da se medicinska profesija ne oslanja na socijalni ugovor, već na osnovu povijesne vrijednosti profesije. A što bi pragmatičar učinio da vlada odluči usvojiti zakone koji krše temeljne liberalne ideje, primjerice potpunu zabranu pobačaja? Bi li ustao u znak protesta? Da to učini, više ne bi bio pragmatičar."

Zaključuje da „društvo mora zaštititi slobodu savjesti i osigurati pravo na priziv savjesti - ako to ne učini, izdat će vlastite temeljne liberalne ideje“, pritom ističući da političari imaju dva zadatka. Prvi je taj da osiguraju građanima prava koja izvire iz zakona o pobačaju, u skladu sa željama većine, što naziva primarno praktičnim izazovom. Drugi je taj da političari moraju zaštititi slobodu savjesti, među ostalim tako što će osigurati jednakost u društvenom sudjelovanju manjine idealista, što pak podrazumijeva legalno definiranu mogućnost priziva savjesti.

Sličan stav zauzima i Sulmasy (35) koji objašnjava kako pluralističko liberalno demokratsko društvo treba jačati neovisnost svojih profesija ako želi cvjetati i ako želi održati zdravu, pluralističku demokraciju. Kao primjer navodi liječnike koji ne bi trebali biti ni djelatnici tržišta,

prodavajući usluge po najvišoj cijeni koju tržište može izdržati i time izražavajući nemar prema moralnoj obvezi profesije da se vlastiti interes povuče ispred ideala službe, a ni djelatnici države jer to može rezultirati i etičkim zvjerstvima, poput sudjelovanja liječnika u mučenju ili pak psihijatrijskoj institucionalizaciji političkih disidenata. Zaključuje da su pacijenti oni koji pate kada liječnici postanu djelatnici tržišta ili države te da je zbog složene prirode moralnih i medicinskih odluka s kojima se profesionalci suočavaju, u interesu društva njegovanje neovisne profesionalne kulture i posljedično poštivanje širokog diskrecijskog prostora koje mora biti dozvoljeno individualnom liječniku.

Powel (32) također tvrdi da je razumno omogućavanje priziva savjesti karakteristika zakona u moralno pravednom društvu, pritom istaknuvši da se zakon usredotočuje na suživot različitih razumijevanja, motiva i modela djelovanja te navodi primjere kako američki zakon konzistentno i uzastopno podržava pravo na priziv savjesti. Podsjeća da je moralni temelj zakonskog prava na priziv savjesti potvrdio i proširio Hobby Lobby 2014. godine, izložen u Memorandumu generalnog odvjetnika 2017. godine i kodificiran konačnim pravilom savjeta od strane Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi u svibnju 2019. godine, a kojim se proglasilo kako vlada ne bi smjela teret djelovanja protivnog vlastitoj savjesti prisilno stavljati na pojedinca, niti na njeno poslovanje. (37)

Powel (32) ističe da, u pravednom društvu, moralni pluralizam prepoznaje vrline i praktične benefite omogućavanja različitosti i priziva savjesti te da su razumni dogovori moralno ispravni. Dodaje i kako je u prošlosti naglasak bio na slobodi religije, ali kako različite etičke tvrdnje mogu proizlaziti iz religijskih i sekularnih poredaka.

## **6.8. Priziv savjesti i tolerancija**

Sulmasy (35) smatra da čvrstu granicu tolerancije postavlja stav prema kojem bi bilo nepravedno tražiti toleranciju za netolerantno djelovanje te tvrdi kako bi takav moralni sustav u sebi bio nekonzistentan. Kako bismo razlikovali priziv savjesti koji je vrijedan poštivanja od netolerancije, Sulmasy kaže da je potrebno razlikovati individualni moralni prigovor spram skupa činova, koji zaslužuje širok prostor tolerancije, u odnosu na individualni moralni prigovor spram skupa osoba, koji bi bio netolerantan. Iskrenim prizivom savjesti, kojeg treba poštivati i omogućiti, smatra onaj koji je usmjeren spram određenog čina kojeg bi kliničar odbio izvršiti svakoj osobi koja ga traži, neovisno o rasi, religiji, rodu ili seksualnoj orijentaciji. Kao primjer

navodi odbijanje zahtjeva svakom pacijentu za asistiranom samoubojstvom, što bi bio prigovor spram čina, a ne spram osobe te bi takav trebalo tolerirati. Kao primjer prigovora koji ne može biti toleriran jer je usmjeren spram osobe, a ne spram čina, navodi odbijanje rektalnog pregleda za muškog homoseksualca, ali ne i za druge pacijente.

Na sličan način i Wicclair (10) razlikuje dvije vrste priziva savjesti: onaj kojim se odbija pružiti medicinska usluga svakome jer liječnik vjeruje da je ta usluga, poput hitne kontracepcije ili pobačaja, neetična te onaj kojim se odbija pružiti medicinska usluga isključivo specifičnoj grupi pacijenata, poput Afroamerikanaca, muslimana, homoseksualnih žena i muškaraca ili neudanih žena. Wicclair objašnjava kako se potonje može temeljiti na uvredljivoj diskriminaciji te je u tim slučajevima u suprotnosti s ustaljenim normama medicinske profesije.

Prema Sulmasyju (35), kad je u pitanju priziv savjesti spram pacijentovog ponašanja ili ponašanja neke treće strane koja je uključena u pacijentov slučaj, a u kojem kliničar ne želi sudjelovati, da bi priziv bio toleriran, kliničar bi trebao dokazati kako je medicinski čin koji odbija izvršiti važan za ponašanje kojem prigovara te mora sadržavati kriterije moralne složenosti i biti konzistentno primjenjivan u svim slučajevima za sve pacijente koji bi bili uključeni u moralno neprihvatljivo ponašanje. Kao primjer navodi slučaj u kojem liječnik odbija potvrditi da je zatvorenik medicinski sposoban za oblik legalnog „pojačanog ispitivanja“ jer takav oblik ispitivanja smatra mučenjem. Da bi takav prigovor bio valjan, Sulmasy smatra da se prigovor treba ulagati za svakog zatvorenika te je potrebno ustvrditi da je čin potvrđivanja od strane liječnika važan za provođenje tog ispitivanja i da je potvrđivanje oblik suučesništva u činu koji liječnik smatra nemoralnim oblikom mučenja.

McConnell (38) smatra da Sulmasy, svojim argumentima o toleranciji, daje jednaku težinu interesima pacijenata i liječnika te na taj način zanemaruje fiducijaran odnos kakav smatra da bi liječnici trebali imati sa svojim pacijentima - odnos u kojem interese pacijenata stavljaju ispred svojih. Sulmasyju prigovara i što se u zahtjevima za tolerancijom nije dotaknuo pitanja osjetljivosti pacijenata čija je autonomija narušena ili smanjena te navodi primjer hipohondra koji bi mogao tražiti liječenje za bolesti koje nema. Implicira da bi, vodeći se Sulmasyjevom argumentacijom, mogli zaključiti kako liječnik ne mora odbiti pružiti liječenje ukoliko ono neće uzrokovati ozbiljnu bolest, ozljedu ili smrt, iz čega izvodi zaključak kako je Sulmasy postavio preširok prostor liječničke diskrecije.

Sulmasy (35) u raspravu uvodi i argument pravila većine - ideju da većina određuje legalnost postupka i obvezuje druge na izvršavanje istog. Navodi hipotetski primjer što bi se dogodilo da 50.1 % populacije zemlje prihvati oblik islamskog vjerovanja koje uključuje potporu ženskom obrezivanju te posljedično najviši državni sud proglasi da je pravo na žensko obrezivanje zajamčeno ustavom. Postavlja pitanje bi li takvo društvo trebalo zahtijevati od licenciranih liječnika da izvršavaju tu proceduru, samo zato što je društvo odlučilo da je legalno izvršiti ju, ili bi li društvo trebalo prisiliti kliničare, koji se pozivaju na priziv savjesti, da upute onima koji će biti voljni izvršiti sporni čin. Sulmasy smatra da bi to bilo povrh onoga što istinska pluralistička liberalna demokracija treba zahtijevati od svojih građana te utvrđuje da to što netko ima pravo na postupak, ne obvezuje sve koji su ga sposobni izvršiti da to na zahtjev i učine. Zaključuje kako bi tolerantna društva postavila vrlo visok prag za prisiljavanje izvršavanja postupka koji krši nečiju savjest. Savjesno suzdržavanje od radnji, kad takva suzdržanosti ne predstavlja rizik za nastanak bolesti, ozljede ili smrti, ne bi trebala doseći razinu na kojoj se takva savjest odbija.

Ovakvom argumentacijom Sulmasy želi pokazati kako nas zakon i moć mogu dovesti na sklizak teren, u kontradikciju vrijednostima koje zagovaramo, te ukazuje da "tolerancija izvire iz poniznosti: iskrenog priznanja da su nečije moralne prosudbe pogrešive". (35)

## **6.9. Vrijednost priziva savjesti u medicini**

Vrijednost i važnost priziva savjesti u medicini proteže se kroz radove mnogih autora pa tako i kroz pregled njihovih promišljanja u ovom radu. Ovdje izdvajam logički niz koji dobro opisuje univerzalnu vrijednost savjesti u medicini, a donosi ga Toni C. Saad (33). Kada govori o zdravstvenoj zaštiti, kaže da je riječ o težnji kojoj je cilj zdravlje i u čijoj srži postoji moralni nagon da se traži dobro drugoga, pri čemu je relevantan aspekt dobra biti zdrav. Objašnjava kako zdravstvena zaštita ne postoji radi financijske dobrobiti svojih liječnika ili proizvoljnih sklonosti pacijenata, već radi postizanja dobra svojstvenog sebi - zdravlja te da se i standardi, koje postavljamo za prosuđivanje medicine, određuju u odnosu prema tom krajnjem ishodu. Naglašava da se medicina ne regulira samo izvana profesionalnim kodeksima i propisima, već i iznutra - moralom. Pritom se poziva na Pellegrina koji je to objasnio kao unutarnji moral koji nadilazi vanjske norme koje nisu specifične za zdravstvo. Takva potraga za dobrim zahtijeva savjest koja je potrebna u svakoj praktičnoj prosudbi, uključujući i kliničku.

I mnogi drugi autori u središte medicinskog djelovanja stavljaju savjest i moral, a zašto je prilikom promišljanja o medicinskim postupcima nužno promišljati o moralu, dobro je ilustrirao Weinstock (31). Medicinsku praksu naziva moralnim mitskim poljem jer zdravstveni djelatnici često djeluju na granici između života i smrti te ističe kako se s brzim razvojem biomedicinskih tehnologija, posebno na području genetike i potpomognute reprodukcije, postavlja pitanje i o tome što znači biti ljudsko biće. Dodaje kako mnoga zakonodavstva nastavljaju odbacivati zakonska ograničenja, koja su dosad sprječavala zdravstvene djelatnike da izvršavaju određene medicinske postupke, stoga će se mnogi djelatnici naći u situacijama u kojima će se očekivati da izvrše postupke na koje bi mogli imati prigovore zbog vlastitih načela.

#### **6.10. Učestalost priziva savjesti u medicini**

Iako ne postoje službene statistike o korištenju priziva savjesti u medicini koje bi bile reprezentativne za veća geografska područja, Christina Zampas (39) s Pravnog fakulteta Sveučilišta u Torontu tvrdi da je praksa priziva savjesti zdravstvenih djelatnika u porastu u svijetu, a najčešća je u reproduktivnim zdravstvenim ustanovama zbog religijskih ili moralnih vrijednosti utemeljenih na uvjerenju kad počinje život, posebno u kontekstu pobačaja i kontracepcijskih sredstava, uključujući i pružanja informacija povezanih uz te usluge. Takvu praksu smatra problematičnom, no kaže da etički standardi mogu pružiti određene odgovore jer su postojeći pomogli oblikovati razvoj nacionalnih zakona, ali i utjecati na razvoj međunarodnih zakona o ljudskim pravima u tom području. Naziva to dobrodošlim, istovremeno upozoravajući na preostale pukotine u etici i zakonu.

#### **6.11. Alternativni koncept savjesne predanosti**

Pozivajući se na Dickensa, Cook i Harris, o konceptu savjesne predanosti kao alternativnom okviru koji se razvio nasuprot konceptu priziva savjesti pišu Chavkin, Leitman i Polin (40), objašnjavajući kako taj koncept prepoznaje one pružatelje koje njihova savjest motivira da dostave reproduktivne usluge i koji skrb o pacijentu stavljaju kao prioritet ispred prianjanja uz vjerski nauk ili vjerski osobni interes. Podsjećaju da FIGO u „Rezoluciji o prigovoru savjesti“

(26) artikulira taj princip na sljedeći način: „Liječnici imaju pravo na poštivanje svojih uvjerenja temeljenih na savjesti u pogledu i ne poduzimanja i poduzimanja zakonitih postupaka.“

## **6.12. Etika priziva savjesti u medicini**

Mark Wicclair, u knjizi „Priziv savjesti u zdravstvenoj zaštiti: etička analiza“ (12), prilikom propitkivanja što predstavlja stvaran priziv savjesti, temeljen na savjesti, za razliku od slučajeva u kojima netko samo ne želi raditi svoj posao, distinkciju čini na način da kaže da je djelatnikovo odbijanje pružanja dobra ili usluge temeljeno na savjesti ako i samo ako djelatnik ima temeljni skup moralnih (tj. etičkih ili religijskih) uvjerenja, pružanje dobra ili usluge nije spojivo s djelatnikovim temeljnim uvjerenjima i djelatnikovo odbijanje se temelji na njegovim temeljnim moralnim uvjerenjima.

U istoj je knjizi (12) grupirao niz stajališta o etici priziva savjesti u tri skupine: teza inkompatibilnosti, apsolutizam savjesti i kompromisni pogled.

Prema tezi inkompatibilnosti, profesionalne dužnosti nisu kompatibilne sa zahtjevima za prizivom savjesti, stoga bi zdravstveni djelatnici uvijek trebali izvršavati svaki legalan, siguran i, iz perspektive pacijenta, koristan postupak koji pacijent zatraži.

Prema pogledu nazvanom apsolutizam savjesti, zdravstveni djelatnici bi trebali biti slobodni odbiti izvršiti svaku aktivnost koju smatraju nemoralnom, uključujući informiranje pacijenata o terapijskim mogućnostima i upućivanje kolegama koji izvršavaju sporne aktivnosti.

Kompromisni pogled na priziv savjesti, za kojeg podsjeća kako ga Robert Card naziva još umjerenim pogledom, zdravstvenim djelatnicima trebalo bi biti dozvoljeno odbiti izvršiti siguran i legalan medicinski postupak pod određenim okolnostima. Pritom, od zdravstvenih djelatnika trebalo bi se zahtijevati da uvijek obavijeste svoje pacijente o relevantnim terapijskim mogućnostima i da ih upute kolegama koji će pružiti postupak.

## **6.13. Treba li priziv savjesti u medicini biti dopušten?**

U konačnici, pitanjem opravdanosti priziva savjesti u medicini te potrebom i nužnošću pravne zaštite istog bave se izravno ili neizravno svi oni koji pišu o ovoj temi. U nastavku donosim

pregled promišljanja i rasprava koja pokrivaju čitav spektar stavova s kojima se izravno prilazi navedenom pitanju.

Weinstock (31) smatra da bi priziv savjesti u medicini trebalo dopustiti, ali pod određenim uvjetima. Pruža četiri vrste razloga zbog kojih bi se zdravstvenim djelatnicima trebalo odobriti ograničeno pravo da odbiju određeni postupak temeljem priziva savjesti.

Prvi argument koji ocrtava ono što Weinstock naziva internim argumentom jest potreba da zdravstvenim djelatnicima bude dozvoljen određeni prostor kroz koji će moći izraziti propitkivanje i kritičko promišljanje o zahtjevima koji im se stavljaju u zdravstvene okvire i izvan tih okvira, zato što njihovo samopoštovanje zahtijeva mogućnost da mogu izražavati ono što vide bitnim za doživljaj samih sebe kao moralnih djelatnika.

Drugi argument ocrtava ono što naziva vanjskim argumentom, a to je da zdravstvene ustanove imaju koristi od zdravstvenih djelatnika koji se osjećaju osnaženo za promišljanja o zakonima, pravilima, kodeksima ponašanja i protokolima koji upravljaju njihovim profesionalnim radom zato što su u svom radu u svakodnevnoj interakciji s pacijentima i drugim zdravstvenim djelatnicima, za što je moralno prosuđivanje i djelovanje potrebno. Naglašava kako bi rad zdravstvenih djelatnika bio nemoguć kad ne bi osjećali da imaju prostor za takva prosuđivanja te kako je upravo priznavanje prava na savjesno izuzeće jedan od elemenata kroz koji im je omogućeno da razviju moralno djelovanje potrebno za njihov profesionalni rad. Ističe i kako je takvo pravo nužno, a ne samo dovoljan uvjet, te dodaje da obrazovanje zdravstvenih djelatnika mora pružiti alate pomoću kojih oni mogu ostvariti svoju sposobnost za moralno djelovanje u zdravstvenim ustanovama. Smatra i da takvi osnaženi zdravstveni djelatnici, koji osjećaju da postoji zaštićena sfera unutar koje mogu promišljati o složenim moralnim pitanjima koja se javljaju u njihovom radu, mogu postati korisni i konstruktivni sudionici u širim debatama o zdravstvenoj politici na svim razinama. Zaključuje kako su zdravstveni djelatnici na prvim linijama i da bismo kao društvo bili na gubitku ako znanje koje posjeduju ne bismo mogli čuti zbog njihovog osjećaja da nisu sposobni sudjelovati u raspravama.

Treći Weinstockov argument zasniva se na činjenici kako je zdravstvena okolina puna moralnih prijepora te da ustanove moraju donijeti odluke poput hoće li ili neće dozvoliti pobačaj, smrt uz pomoć liječnika, razne kontroverzne prakse u području pomognute reprodukcije, i to dok moralne debate u civilnom društvu traju, a razumni ljudi se nastavljaju ne slagati. Stoga, zaključuje, prepoznavanjem prava zdravstvenih djelatnika da odbiju određeno postupanje, izražavamo poštovanje spram moralnog djelovanja onih koji imaju razumna različita mišljenja, iako smo kao društvo možda odlučili prihvatiti određeno postupanje.



Četvrti argument temelji se na postojanju razloga za neslaganje koji izvire iz činjenice da politike, pravila i protokoli u neidealnom svijetu ponekad odražavaju pritisak koji je izvršen pogrešnom vrstom argumenata i interesa, te je i iz tog razloga potrebno zaštititi moralno djelovanje i sposobnost za moralno promišljanje i prosuđivanje zdravstvenih djelatnika.

Kaldjian (6) također podržava pravo na priziv savjesti te smatra da oni koji liječnički priziv savjesti vide kao kršenje profesionalizma i koji misle da bi istinski altruističan liječnik trebao biti voljan žrtvovati svoj integritet radi želje pacijenata jer smatraju kako je pomaganje pacijentima da zadovolje svoje potrebe i udovolje njihovim preferencijama važnije od očuvanja integriteta liječnika, navodeći kao primjere Cantora te Savulescu i Schuklenka, ne razumijevaju savjest kao integritet, a što bi im pomoglo uočiti njenu centralnu važnost u djelovanju. Tvrdi kako je savjesna praksa ključna za moralnu cjelovitost koja ostaje netaknuta spremnošću da izdrži prihvatljive moralne tenzije, kao i odlučnošću da se odbace neprihvatljivi moralni kompromisi koji narušavaju integritet. Time se, naglašava Kaldjian, ne poriče postojanje teških moralnih dilema koje od nas zahtijevaju žrtvovati manju moralnu vrijednost za veću, no u tom su slučaju savjest i integritet ispunjeni, a ne žrtvovani. Kako objašnjava, savjesna praksa je stvar spoznaje da čovjek postupa po najboljim moralnim prosudbama, što zahtijeva duboko poštovanje jer ne možemo žrtvovati svoje temeljne moralne obveze bez da nanesimo štetu sebi kao osobama.

Nadalje, objašnjava kako će stupanj do kojeg je društvo spremno izaći u susret liječnicima s prizivom savjesti odražavati uvjerenja tog društva ne samo o pobačaju, samoubojstvu uz pomoć liječnika i eutanaziji, već i o stupnju poštivanja prakse priziva savjesti i razini tolerancije za moralnu raznolikost. Kaže kako su zakonodavne klauzule formalni način na koji se takav izlazak u susret očituje te, pozivajući se na Lynn D. Wardle, da su namijenjene pružanju bitne pravne zaštite zdravstvenim djelatnicima koje temeljna uvjerenja i vrijednosti sprječavaju u pružanju, sudjelovanju ili upućivanju pacijenata na moralno kontroverzne, ali ipak legalne usluge. Podsjeća i na tvrdnje Theriota i Connellyja o razlozima koji upućuju na to da su postojeće klauzule o savjesti previše ograničene, da im nedostaje smislene primjene i da ih sudovi premalo poštuju. Kaldjian zaključuje da u slučajevima kad su klauzule o savjesti istinske, one služe kao potvrda društva da u okruženju kontroverznih praksi, sloboda koju su neke stranke stekle legalizacijom, ne bi trebala biti plaćena kompromitiranom savješću drugih. Naglašava kako je izazov odrediti treba li određenu praksu smatrati moralno kontroverznom i da li prijetnja slobodi pacijenta ikada opravdava postavljanje zakonskih ograničenja na slobodu i savjest liječnika.

Wicclair (10) dijeli Kaldjianovu naklonost očuvanju priziva savjesti u medicini, no ne slaže se s argumentacijom koju Kaldjian nudi. Smatra kako se njegova obrana priziva savjesti oslanja na "debeli" koncept savjesti, onaj sa specifičnim karakteristikama, kao što je kapacitet za moralno rasuđivanje, dok Wicclair nudi obranu priziva savjesti koja se oslanja, kako kaže, na relativno "tanak" koncept savjesti kao djelatnikovog sržnog moralnog uvjerenja. Misli da će kritičari priziva savjesti teže prihvatiti Kaldjianovu argumentaciju kako je odbijanje pružanja određene medicinske usluge temeljeno na moralnom rasuđivanju, umjesto njegove argumentacije kako je temeljeno na sržnim moralnim uvjerenjima. Smatra da je potrebno omogućiti priziv savjesti liječnicima kako bi mogli izbjeći djelovanje suprotno njihovim temeljnim moralnim uvjerenjima i na taj način sačuvati vlastiti moralni integritet. Zato predlaže kriterije pomoću kojih bi se ustanovilo kako je liječnikovo odbijanje da pruži određenu medicinsku uslugu temeljeno na savjesti: ako liječnik posjeduje temeljni skup moralnih uvjerenja, ako je pružanje medicinske usluge nespojivo s liječnikovim temeljnim moralnim uvjerenjima i ako je liječnikovo odbijanje temeljeno na njegovim temeljnim moralnim uvjerenjima. (10, 12)

Osim toga, Wicclair (10) se osvrće na dio Kaldjianove argumentacije (6) u kojoj on odobrava način na koji je američko Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2017. godine predložio pravilo kojim bi dopustio zdravstvenim djelatnicima da odbiju pružiti ili pomoći (asistirati) u obavljanju usluga koje su suprotne njihovoj savjesti. Pritom je, prema Wicclairiovom mišljenju, asistiranje široko definirano jer uključuje sudjelovanje u bilo kojoj aktivnosti koja ima jasnu vezu s postupkom, zdravstvenom uslugom ili programom zdravstvene službe ili istraživačkom aktivnošću, što uključuje i savjetovanje, upućivanje, osposobljavanje i druge dogovore za postupak, zdravstvenu uslugu ili istraživačku aktivnost. Budući da takvo pravilo Wicclair smatra nespojivim s tumačenjem načela o pacijentovom interesu na prvom mjestu, ne čudi što smatra da je Kaldjian učinio propust u razmatranju profesionalnih obveza liječnika odobravanjem takvog pravila. Wicclair smatra i da je ponešto revidirana definicija „asistiranja u izvedbi“ koja je izdana u svibnju 2019. godine i dalje pretjerano široka te ne pruža značajnu zaštitu pacijentima.

S druge strane, Wicclair (10) upućuje i kritiku suprotne argumentacije, one kojom se želi reći kako je priziv savjesti u medicini nekompatibilan s načelom pacijentovog interesa na prvom mjestu te kao reprezentativan primjer takve argumentacije navodi članak Stahla i Emanuela (41) koji se pozivaju na *Kodeks medicinske etike* Američkog medicinskog udruženja (AMA), točnije na etičku odgovornost liječnika o stavljanju pacijentova blagostanja ispred vlastitog

interesa. No, Wicclair (10) podsjeća da taj isti *Kodeks* prepoznaje vrijednost priziva savjesti kada tvrdi kako je očuvanje mogućnosti da liječnik djeluje ili se suzdrži od djelovanja u skladu s nalogima vlastite savjesti u svom profesionalnom radu, važno za očuvanje integriteta medicinske struke, kao i integriteta pojedinog liječnika, na koje se i pacijenti i javnost oslanjaju. Dodaje kako u *Kodeksu* još stoji kako bi liječnici trebali imati znatnu širinu da rade u skladu s dobro promišljenim, dubokim uvjerenjima koja su središnja za njihov identitet. Stoga, Wicclair tvrdi, ukoliko *Kodeks* predstavlja temelj za interpretaciju načela pacijentova interesa na prvom mjestu, utoliko možemo zaključiti da priziv savjesti nije nekonzistentan s tim načelom.

Jedan od autora na čiju se argumentaciju osvrću mnogi drugi jest Julian Savulescu (42), profesor praktične filozofije na Sveučilištu u Oxfordu, a razlog tomu je što bismo ga na spektru stavova spram priziva savjesti mogli svrstati na sam kraj onog dijela spektra koji se protivi prizivu savjesti u medicini, s obzirom na to da smatra kako isti u pravilu ne bi trebalo tolerirati, uz otvoren mali prostor za pojedine iznimke.

Tako u jednom od svojih radova (42) zastupa stav da za savjest liječnika nema puno mjesta u pružanju suvremene medicinske skrbi te da je ono što treba pružiti pacijentima definirano zakonom i razumijevanjem pravedne raspodjele ograničenih medicinskih sredstava, što zahtijeva razumnu predodžbu o dobru pacijenata i njihovim željama. U istom radu iznosi stav kako oni koji nisu spremni pacijentu ponuditi zakonom dopuštenu, učinkovitu i korisnu skrb jer je ona u sukobu s njihovim vrijednostima, ne bi trebali biti liječnici. Zaključuje kako liječnici ne bi trebali nuditi djelomične medicinske usluge ili djelomično izvršavati svoje obveze u skrbi za svoje pacijente.

Zanimljivo je primijetiti kako Savulescu promatra sponu između vrijednosti i skrbi. Budući da kaže „Liječnici su oduvijek davali posebno mjesto vlastitim vrijednostima u pružanju zdravstvene zaštite.“, možemo zaključiti kako priznaje da su te vrijednosti tijekom ljudske povijesti odigrale značajnu ulogu i možemo pretpostaviti kako bi se s time složili i mnogi drugi autori, čak i oni s drugog kraja - ranije spomenutog - spektra. No, ono što ih razlikuje jest upravo njihovo vlastito vrednovanje navedene činjenice. Dok Savulescu takvu tradiciju naziva paternalističkom jer smatra kako proizlazi iz činjenice da su liječnici uvijek imali veće znanje o učincima medicinskih postupaka što je poticalo uvjerenje da bi oni trebali odlučivati koji su postupci prikladni za pacijente, drugi autori (6, 10, 33-35) spomenutu činjenicu o liječnicima kojima su kroz povijest vlastite vrijednosti bile bitne u njihovom liječničkom pozivu, ne promatraju kroz prizmu paternalističkog stava, već kroz prizmu nastojanja da se zaštiti i očuva dostojanstvo i integritet svih uključenih dionika - i pacijenata i liječnika.

Znakovito je i kako Savulescu u nastavku razdvaja ono što je prethodno povezao. Naime, priznaje da danas pacijenti više sudjeluju u donošenju odluka o svom zdravlju te se poštuju njihova autonomija, ali istovremeno ističe kako se u novije vrijeme vrijednosti liječnika pojavljuju kroz pravo na priziv savjesti. Protiv tog prava iznosi sljedeće argumente: neučinkovitost i nejednakost, nedosljednost, obveze liječnika i diskriminacija.

Poziva se na vlastito istraživanje u kojem je 80% kliničkih genetičara i opstetričara specijaliziranih za ultrazvuk smatralo da bi prekid trudnoće trebao biti dostupan za normalnu trudnoću od 13 tjedana ako to žena želi iz karijernih razloga, no međutim, samo je oko 40% njih bilo spremno izvršiti prekid trudnoće. Želeći time pokazati kako usluga koju primaju pacijenti ovisi o vrijednostima liječnika, problematičnim ističe to što pacijenti moraju tražiti liječnike kako bi dobili uslugu na koju imaju pravo. Smatra da to dovodi do neučinkovitosti i troši resurse. Problematizira i to što neki pacijenti, manje informirani o svojim pravima, neće dobiti uslugu koju su trebali dobiti te zaključuje kako je riječ o neopravdanoj nejednakosti.

Nadalje, smatra da ako postoji opravdanje za ugrožavanje skrbi pacijenta, pritom pretpostavljajući da priziv savjesti liječnika predstavlja ugrozu za pacijenta, mora biti riječ o ozbiljnom riziku za fizičku dobrobit liječnika. No, propitkuje kako vjerske ili druge vrijednosti mogu biti dovoljne osnove za priziv savjesti, ako se osobni interes i samoočuvanje pritom ne smatraju takvima, pozivajući se na primjer kako u tijeku neke zarazne bolesti, liječnik specijalist koji bi više vrednovao vlastiti život od dužnosti da liječi pacijente na taj bi način iskazao set vrijednosti koje su nekompatibilne s liječništvom. Time nastoji ukazati na nedosljednost prakse priziva savjesti. Drugi autori (6, 10, 34) ovakvu argumentaciju odbacuju objašnjavajući razlike u izvršavanju medicinskog čina i pružanju drugih usluga koje nisu u sebi medicinski čin ili ne ispunjavaju svrhu medicine.

Savulescu, zatim, polemizira da ako ne dopuštamo da moralne vrijednosti ili osobni interesi narušavaju pružanje pravednih i legalnih zdravstvenih usluga, ne smijemo dopustiti da ih naruše i druge vrijednosti, poput vjerskih vrijednosti. Pritom kaže: „Biti liječnik znači biti voljan i u mogućnosti ponuditi odgovarajuće medicinske intervencije koje su zakonite, korisne, koje pacijent želi i koje su dio pravednog zdravstvenog sustava.“ Na tu su se tvrdnju o obvezama liječnika kritički osvrnuli mnogi autori, no zanimljivo je kako se i jedna velika organizacija, Britanska zdravstvena organizacija (BMA), u svojim smjernicama o prizivu savjesti i izražavanju vlastitih vjerskih i kulturnih pogleda za liječnike (43), osvrnula upravo na tu tvrdnju nazvavši ju restriktivnim stavom koji ne podupiru, djelomično zato što je pravo na priziv savjesti spram sudjelovanja u pobačaju i liječenju neplodnosti već predviđeno zakonom. Dodaju i kako bi BMA podržala zahtjev liječnika koji želi iskazati priziv savjesti na prestanak održavanja na životu pacijenta, ako je na raspolaganju drugi liječnik koji je spreman preuzeti zadatak.

Četvrti razlog zbog kojeg Savulescu smatra da prizivu savjesti nema mjesta u medicini jest diskriminacija. Ističe kako se ponekad religijske vrijednosti smatraju posebnima, ali da tretiranje religijskih vrijednosti drukčije od sekularnih moralnih vrijednosti jest diskriminatorno spram sekularnog, te dodaje kako i druge vrijednosti mogu biti središnje konceptu dobrog života kao i religijske.

Ipak, pomalo nedosljedno svemu prethodno izrečenom, kaže i: „Argument koji ide u prilog dopuštanju prigovora savjesti je taj da ako se to ne učini, čini šteti liječniku i ograničava slobodu. To je istina. Kad se liječnikove vrijednosti mogu prihvatiti bez ugrožavanja kvalitete i učinkovitosti javne medicine, one bi, naravno, trebale biti prihvaćene.“ Dakle, u određenim slučajevima voljan je priznati pravo na priziv savjesti te priznaje istinitost argumenata koji idu u korist dopuštanju priziva savjesti, no ne smatra ih dovoljnima, nego bi stanje okoline bilo ono na temelju čega bi se trebalo odlučivati o dopustivosti priziva u pojedinom slučaju. U svom se radu ne osvrće na moguću posljedicu usvajanja takvog pristupa - diskriminaciju onih liječnika koji nisu okruženi kolegama koji će umjesto njih pružiti uslugu, što bi liječnike jednakih vrijednosti stavilo u nejednak položaj isključivo zbog vanjskih okolnosti.

Kada predlaže značajna ograničenja prava na priziv savjesti, Savulescu ih opravdava željom da se osigura legalno, pravedno i učinkovito pružanje zdravstvene zaštite. Prvo takvo ograničenje odnosi se na studente medicine i pripravnike za koje kaže da moraju biti svjesni obveza profesije te ih biti spremni poduzeti ili ne postati liječnici. Drugo ograničenje koje predlaže jest da je medicinska struka dužna osigurati da svi pacijenti budu upoznati sa čitavim nizom usluga na koje imaju pravo. Treće ograničenje odnosi se na upućivanje pacijenata. Naime, ističe kako bi svatko s potencijalnim prizivom savjesti morao osigurati da pacijenti pravovremeno budu obaviješteni i dobiju skrb na koju imaju pravo od drugog stručnjaka tako da nije ugrožen njihov pristup skrbi. Četvrto ograničenje koje predlaže svrstava ga na sam početak ili kraj - ranije spomenutog - spektra jer zastupa stav da „Liječnici koji ugrožavaju pružanje medicinskih usluga pacijentima na temelju savjesti, moraju biti kažnjeni oduzimanjem dozvole za rad i drugim pravnim mehanizmima.“ Posljednje ograničenje odnosi se na izražavanje i uzimanje u obzir različitih vrijednosti, postupke za koje smatra da im je mjesto na razini politike vezane uz javnu medicinu.

Savulescu svoja promišljanja završava time kako vrijednosti i savjest imaju različite uloge u javnom i privatnom životu te da bi trebale utjecati na raspravu o tome kakav zdravstveni sustav pružiti, ali da ne bi trebale utjecati na skrb koju pojedinačni liječnik nudi svom pacijentu. Zaključuje da su vrata „medicine vođene vrijednostima“ vrata Pandorine kutije nesnošljive, netrpeljive i diskriminatorne medicine te da javni službenici moraju djelovati u javnom interesu, a ne u svom.

Argumentaciju u mnogo čemu sličnu Savulescuovoj nude i Schuklenk i Smalling (44) koji u radu naslovljenom „Zašto medicinski profesionalci nemaju moralno uporište za ostvarivanje priziva savjesti u liberalnim demokracijama“ opisuju slučajeve priziva savjesti u liberalnim zapadnim demokracijama te ističu kako se tipični slučajevi ne pojavljuju spram nerazumnih i kontroverznih profesionalnih usluga, koje bi, primjerice, uključivale mučenje, već spram pružanja profesionalnih usluga koje su nekontroverzno legalne i koje pacijenti imaju pravo dobiti. Nevjerojatnim smatraju da profesionalci, koji se dobrovoljno opredijele za profesiju, imaju pravo ne pružati usluge koje su unutar opsega profesionalne djelatnosti i za koje društvo očekuje da im budu pružene. Kao razloge za takav stav navode da će poštivanje privatnih izbora temeljenih na savjesti rezultirati posljedicama koje su mogle biti izbjegnute, poput suboptimalnog pristupa zdravstvenoj zaštiti, nejednakog preopterećenja liječnika te nepredvidivog i nepravednog pružanja usluga. Iako si postavljaju pitanje što s onima koji su se pridružili profesiji prije nego što se dogodila određena promjena u opsegu usluga koje se pružaju, nisu skloni priznati pravo na priziv savjesti, no dopustili bi određene iznimke za one koji su radili dugo vremena pod drukčijim uvjetima.

#### **6.14. Polemika - priziv savjesti i profesionalizam**

Wicclair (10) smatra da oni koji se protive omogućavanju priziva savjesti u medicini, čine to zato što smatraju da u medicini nema mjesta individualnim moralnim prosudbama liječnika jer bi liječnici trebali biti vođeni isključivo svojim profesionalnim obavezama, stoga priziv savjesti smatraju nekompatibilnim profesionalnim obavezama liječnika. Wicclair u njihovoj argumentaciji razlikuje dva načela koja se tiču profesionalnog pristupa te objašnjava njihovu manjkavost.

Prvo načelo naziva „načelo pacijentovih interesa na prvom mjestu“ (The Patients' Interests First Principle, PIFP) prema kojem liječnici imaju obvezu staviti pacijentove interese ili dobrobit ispred vlastitih interesa. Ipak, Wicclair tvrdi da je takvo načelo općenito te da je potrebno odrediti njegov opseg i implikacije. Smatra kako su limiti ovom načelu nužni, a neki već i postojeći jer da nisu, liječnici ne bi bili u mogućnosti ići na odmor, odbiti kućne pozive, ograničiti radne sate, odbiti se izložiti financijskim gubitcima, iznimnom riziku od štete i slično. Zaključuje kako je riječ o valjanom načelu koje podržava ograničenja omogućavanja priziva savjesti kako bi se zaštitilo zdravlje i dobrobit pacijenata, ali smatra da to načelo ne dokazuje kako je priziv

savjesti nekompatibilan profesionalnim obavezama, kao što to, prema njegovom mišljenju, pogrešno tumače protivnici priziva savjesti.

Drugo načelo naziva „načelo opsega profesionalne djelatnosti“ (The Scope of Professional Practice Principle, SOPPP) prema kojem su liječnici obavezni pružiti sve usluge unutar opsega svoje profesionalne djelatnosti, pri čemu ta obveza proizlazi iz njihovog dobrovoljnog opredjeljenja za bavljenje medicinom, kao i razumnog očekivanja društva da pružaju navedene usluge. Podsjeća kako Schuklenk i Smalling (44) smatraju da bi oni liječnici koji ne žele ispunjavati sve obaveze trebali biti zamijenjeni s onima koji će biti voljni odrađivati sve poslove. Wicclair (10) smatra da je takvo načelo, koje bi zahtijevalo da liječnici imaju profesionalnu dužnost pružiti sve legalne i profesionalno prihvatljive medicinske usluge, neodrživo. Obrazlaže to činjenicom kako medicina ima mnogo specijalizacija i subspecijalizacija te liječnici nisu dužni obavljati one postupke koji su izvan opsega njihove specijalizacije i subspecijalizacije. Nadalje, podsjeća kako se liječnici često i unutar specijalizacije i subspecijalizacije dodatno usmjere i ograniče opseg onoga čime se bave pa tako, navodi, postoje i specijalisti ginekologije i opstetricije koji ne porađaju djecu. Ističe kako liječnici imaju široku diskreciju unutar legitimnog opsega profesionalne djelatnosti, čime prokazuje nedosljednost argumentacije u kojoj se tvrdi da oni liječnici koji odbijaju pružiti medicinsku uslugu, bilo zbog savjesti ili nekih drugih razloga, krše obvezu da pružaju sve usluge koje su dio profesionalne djelatnosti. Osvrće se i na tvrdnje Schuklenka i Smallinga (44) o društvu kao onom tko određuje opseg profesionalne djelatnosti, želeći time, kako Wicclair tumači, značajno ograničiti diskrecijski prostor liječnika. No, Wicclair tvrdi da je takva argumentacija zapravo protivna tezi o nekompatibilnosti medicine i priziva savjesti upravo zato što i društvo i zakoni uglavnom prihvaćaju i štite priziv savjesti u medicini. Kao primjer navodi zakonodavstvo koje nudi zaštitu priziva savjesti na način da omogućuje liječnicima da odbijaju, na primjer, izvršiti pobačaj ili propisati hitnu kontracepciju. U takvim se slučajevima ne može tvrditi da liječnici ne ispunjavaju svoju dužnost unutar opsega društveno određene profesionalne djelatnosti.

Wicclair (10) naglašava da su neslaganja liječnika oko opravdanosti i dobrobiti određenih medicinskih intervencija po pacijentovo zdravlje legitimna te da liječnici nisu obvezni pružati sve medicinske postupke koji zadovoljavaju prevladavajuće standarde. Cilj omogućivanja priziva savjesti jest omogućiti liječnicima da odbiju pružiti one medicinske usluge koje su u suprotnosti onom opsegu medicinskih postupaka koje smatraju prihvatljivima. Ipak, ističe da nije povlastica individualnih liječnika da odrede opseg medicinskih intervencija te da su određena ograničenja takvog omogućavanja priziva savjesti potrebna. Zaključuje kako priziv

savjesti treba biti omogućen uz napomene da pacijentu ne smije biti onemogućen pravovremen pristup relevantnim informacijama o profesionalno prihvatljivim i klinički primjerenim medicinskim uslugama te pravovremeno upućivanje, savjetovanje i pristup istima.

Schuklenk i Smalling (44) smatraju da bi prilikom postavljanja prikladnih ograničenja na opseg priziva savjesti, jedino ispravno bilo testirati iskrenost prigovora i istinitost uvjerenja na kojima su bazirani te omogućiti priziv savjesti samo onima koji prođu oba testa, no zaključuju da je sporno pokušavati utvrditi istinu ili vjerodostojnost stavova te da je nemoguće utvrditi posjeduju li osobe doista takve stavove za koje se zalažu. Ističu da će prihvaćanje bilo kojeg drugog kriterija na temelju kojeg bi se dozvoljavao priziv savjesti, osim kriterija istinitosti ili iskrenosti, otvoriti prostor proizvoljnom širenju raspona djelovanja u kojima bi priziv savjesti bio dozvoljen te smatraju da bi to dovelo do štetnih posljedica za pacijente i kolege. Iako načelno Schuklenk i Smalling nisu skloni priznati potrebu za prizivom savjesti, u slučaju da se istinitost ili vjerodostojnost stavova iz kojih proizlazi nečiji priziv savjesti pokaže postojanim, može se zaključiti da bi ga u tom ograničenom opsegu ipak tolerirali.

No, Neal i Fovargue (9) upozoravaju na njihovu nedosljednost s obzirom na to da Schuklenk i Smalling (44) u istom radu kažu da bi omogućavanje priziva savjesti potkopalo neke od razloga zbog kojih je medicinska struka stvorena te da zdravstveni djelatnici uvijek moraju prioritzirati pacijentove interese u odnosu na vjernost vlastitim moralnim obvezama. Stoga se Neal i Fovargue pitaju kako je, vodeći se takvim stavom, dosljedno omogućiti ijedan priziv savjesti. Osim toga, upozoravaju da bi dokaz „istine“ imao dalekosežniji utjecaj na raspravu nego što Schuklenk i Smalling pretpostavljaju te kao primjer navode priziv savjesti u kontekstu pobačaja, gdje je relevantno uvjerenje da je pobačaj moralno zabranjeno ubijanje. Ukoliko bi se to pokazalo istinitim, posljedice tog otkrića nadišle bi pitanja o dopustivosti priziva savjesti i pokrenule bi ozbiljna pitanja može li pobačaj, i u kojim okolnostima, uopće biti dopušten. Nadalje, osvrću se na tvrdnje drugih autora kojima se polemizira o dopustivosti priziva savjesti samo onda kada bi moralna dopustivost postupka bila sporna ili kada bi vjerojatnost da priziv savjesti utjelovljuje moralnu istinu bila procijenjena mogućom od strane nepristranog promatrača. Smatraju da bi prihvaćanje takvog stava, u slučajevima u kojima bi se dokazala spornost zatraženog postupka ili moralna istina prigovora postupku, dovelo do potrebe da se ispita smije li uopće sam postupak biti dopušten.

Kada se osvrću na prijedlog Schuklenka i Smallinga (44) o iskrenosti priziva i istinitosti uvjerenja kao testa kojim se odlučuje o omogućavanju priziva savjesti, Neal i Fovargue (9)



smatraju kako se smije očekivati od zdravstvenih djelatnika da budu voljni pokušati artikulirati svoj prigovor kao gestu u dobroj vjeri spram moralne zajednice, no isto tako naglašavaju kako odluka o tome hoće li se određeni priziv savjesti dopustiti ili neće, ne bi trebala ovisiti o tome koliko djelatnici taj zahtjev uspješno artikuliraju jer testovi dizajnirani da utvrde izvornost, razumnost ili istinitost prigovora mogu privilegirati one koji će se sigurnije i artikuliranije izražavati, bez obzira na iskrenost njihovih zahtjeva. Ipak, ukoliko bi postojao dokaz neiskrenog zahtjeva za prizivom savjesti, smatraju da ga nije potrebno uvažiti. Kao primjer navode slučaj u kojem bi netko želio izbjeći sudjelovanje u izvršavanju pobačaja zato što mu takva vrsta posla nije zanimljiva, a ne zato što na nju ima moralni prigovor. Podsjećaju da priziv savjesti postoji kako bi se zaštitio integritet djelatnika pa ako nema iskrenog moralnog prigovora na postupak, ne može biti ni rizika da će izvršavanje navedenog postupka narušiti djelatnikov integritet, a kada integritet djelatnika nije u pitanju, nema potrebe ni za njegovom zaštitom pomoću priziva savjesti.

U polemiku o prizivu savjesti i profesionalizmu uključio se i Kaldjian (6) svojom reakcijom na izjavu Američke pedijatrijske akademije (AAP) u kojoj se tvrdi da su oni koji savjest proglašavaju sastavnim dijelom profesionalizma krivi za nerazlikovanje profesionalnih i neprofesionalnih obaveza. Kaldjian ističe kako autori izjave pogrešno tvrde da priziv savjesti obično nije temeljen na medicinskom znanju, već na moralnim, religijskim ili političkim uvjerenjima, čime znanje pripisuju profesionalnoj domeni, a vjerovanje neprofesionalnoj. Smatra kako su takve tvrdnje nevjerojatne ako prihvaćamo da cjelovitost i savjest zahtijevaju osnovnu moralnu integraciju u svaki ljudski život. Ističe i da negiraju nerazdvojnost znanosti i etike u medicini te zanemaruju moralni pluralizam društva.

Zahtjevi načela profesionalizma motivirali su Neal (45) na identifikaciju različitih stupnjeva ispravnosti postupaka: paradigmatički ispravne, očito ispravne i granično ispravne, na temelju kojih Neal i Fovargue (9) predlažu koncept granične zone ispravnog postupanja. Objašnjavaju kako se radi o kategoriji postupaka koja je rubno ili privremeno ispravna zato što je ili etički sporna ili vrlo rizična ili usmjerena ka stvaranju potraživanog društvenog dobra koje nije prevencija, liječenje ili upravljanje bolešću. Smatraju da se priziv savjesti treba omogućiti jedino za takve postupke koji su, iako legalni i prihvaćeni kao dio medicinske prakse, ispravni u takvom rubnom smislu. Naglašavaju kako se takvom vrstom ograničenja priziva savjesti ne radi kompromis, već postavlja načelna granica samog omogućavanja priziva savjesti. Ističu da su svjesne kako će se postupci unutar kategorije granično ispravnog zasigurno mijenjati kroz vrijeme, no smatraju kako neće biti riječ o pravocrtnoj ekspanziji, već da će novi

kontroverzni i rizični postupci biti uključeni u kategoriju, a da će neki postupci izaći iz kategorije „granično ispravnog“ i ući u kategoriju „očito ispravnog“ jer će postati manje rizični ili će procesom normalizacije prestati biti kontroverzni. Na kraju, Neal i Fovargue ističu kako ne pronalaze načelni ili praktični razlog zbog kojeg bi se priziv savjesti smatrao nekompatibilnim dobrom profesionalizmu u zdravstvenoj zaštiti te naglašavaju kako načelo, koje govori o vezi utemeljenoj na povjerenju i sigurnosti kao ključnoj u zdravstvenoj zaštiti, pretpostavlja moralnu pouzdanost zdravstvenih djelatnika, što pak pretpostavlja integritet djelatnikovog moralnog djelovanja. Stoga zaključuju kako je postojanje priziva savjesti radi zaštite integriteta djelatnika, ujedno i ključan alat u očuvanju profesionalizma u zdravstvenoj zaštiti.

Na tvrdnje kako prizivu savjesti nema mjesta u javnim licenciranim ustanovama te da osoblje s prizivom savjesti može naći posao negdje drugdje, Sulmasy (35) odgovara da su takvi argumenti u sebi netolerantni i da posrću zbog dubokog nerazumijevanja pojma profesije, prirode profesionalnog rasuđivanja i prosudbe te odgovarajućeg mjesta profesije u pluralističkim liberalnim demokracijama. Objašnjavajući pojam profesije (struke), poziva se na Barkera i objašnjava kako taj pojam ne može biti sinonim za riječ posao (zaposlenje) jer sve profesije zahtijevaju složen i visoko specijaliziran fond znanja koji je istovremeno i apstraktan i praktičan te obično zahtijeva opsežno napredno obrazovanje, što je, zaključuje Sulmasy, zasigurno istinito za medicinsku profesiju. Sljedeći argument koji uvodi jest da profesija uključuje donošenje različitih odluka i obavljanje potencijalnih zadataka, ovisno o specifičnim okolnostima onog tko traži profesionalnu pomoć. Kao primjer uzima da vozač taksija, što definira kao posao, a ne profesiju, uvijek pruža vožnju taksijem, dok liječnik, kojemu dolazi pacijent s abdominalnom boli, kliničkom će prosudbom odlučiti što je indicirano pružiti - apendektomiju, kolecistektomiju, laksativ, inhibitor protonske pumpe ili nešto drugo što procijeni indiciranim. Sulmasy dodatno naglašava kako profesija zahtijeva posebnu moralnu orijentaciju prema službi, čak i do točke brisanja vlastitog interesa u korist potreba onih koje struka služi. Kao primjer da se profesionalci moraju držati višeg standarda etike od običnih građana, uzima prodavača cipela koji nema moralnu obvezu obavijestiti vas da su cipele ružne ako ste za njih voljni platiti, dok liječnik ima moralnu obvezu ne pružati nepotrebne medicinske usluge, kao što je na primjer CT pretraga za glavobolju zbog napetosti mišića, čak i kad bi to pacijent tražio i liječnik bi mogao zaraditi pružajući navedenu uslugu. Sulmasy zaključuje da profesionalne prosudbe nisu instrumentalne i nisu primarno orijentirane prema zadovoljavanju preferencija korisnika, već prema realizaciji dobra unutar prakse struke. Dodaje kako je suglasnost pacijenata nužna, no kako njihove preferencije nisu indikacije. Ovakvim nizom argumenata o moralnim i intelektualnim razlikama između profesija i drugih zanimanja,

Sulmasy smatra da je opravdana širina koju liječnici imaju u donošenju odluka o tome što učiniti za one kojima služe te podsjeća kako je to Pellegrino nazvao „liječnikovim diskrecijskim prostorom“.

Sulmasyjevo promatranje medicine kao profesije koju krasi poseban značaj komentirao je u svom radu Toni C. Saad (33). On ističe da, iako ulozi vjerojatno jesu veći nego u drugim područjima, zdravstvena zaštita nije moralna na neki poseban način jer njome upravljaju ista moralna načela na koja su obvezani svi članovi ljudskog društva, stoga se ne nalazi u nekoj drugoj moralnoj kategoriji. S obzirom na to da zdravstvena zaštita može učiniti više štete nego ostala zanimanja, može se smatrati posebno bitnom ili ozbiljnom, no u konačnici, riječ je o samo jednom od mnogih područja moralnog djelovanja upravljanim istim moralnim načelima. Zaključuje kako se uloga savjesti u težnji za dobrim, izbjegavanju šetnoga i praktičnom prosuđivanju primjenjuje i u politici, obrazovanju, umjetnosti, novinarstvu i poljoprivredi, te kako visoki ulozi i jasnije sporne mogućnosti zdravstvene zaštite ne impliciraju da ostatak društva djeluje na razini koja je isključivo tehnička i obična. Bez obzira na zanimanje, ističe Saad, nitko ne bi trebao biti prisiljen učiniti nešto što smatra štetnim po drugoga, te zaključuje kako je priziv savjesti pravo da se odbije drugome naškoditi.

Jedan od argumenata na koji se može naići u literaturi jest da država može tražiti liječnika da obavlja sve za što je bio obučen i sve za što je licenciran. Sulmasy (35) odgovara kako takav argument ne stoji te kao primjer navodi kirurge koji se mogu odlučiti usavršiti u jednoj vrsti kirurgije, bez da ga država traži da obavlja sve operacije za koje je bio obučen. Objašnjava kako je licenca struke ona koja dopušta te ukazuje na distinkciju da je onima koji imaju licencu struke dopušteno obavljati ono što je unutar njihovog djelokruga, no ne traži se da sve što mogu i moraju provoditi.

S time se slaže i Powel (32) koji također ističe kako profesionalno prihvaćene, legalne i željene medicinske usluge ne pružaju svi doktori cijelo vrijeme na svim lokacijama. Smatra kako problem pristupa ne može nadići važnost savjesti i da vlade ne smiju u ime pristupa prisiljavati liječnike da izvršavaju intervencije koje liječnici smatraju nemoralnima. Poručuje kako se autonomija pacijenta ne smije poistovjetiti s osnaživanjem pacijenta da prisili liječnika da djeluje suprotno vlastitom shvaćanju znanosti, zdravlja ili morala, te zaključuje da je za identitet mnogih liječnika presudno izabirati kako će ispunjavati vlastiti poziv s integritetom. Stoga, zagovara poštivanje i razumno omogućavanje priziva savjesti u medicini. Smatra da visokokvalitetna medicinska skrb zahtijeva poznavanje svih lokalnih ograničenja i

prilagođavanje istima kako bi se pružili najbolji savjeti i skrb unutar njih, stoga kada govori o razumnom omogućivanju priziva savjesti, objašnjava kako nije nerazuman teret očekivati da opstetričar, koji propisuje sporna sredstva poput abortivnih, zna ima li lokalni ljekarnik priziv savjesti na izdavanje tih lijekova. Slično tome, Powel tvrdi, razumno bi bilo očekivati da liječnik palijativne skrbi, koji propisuje smrtonosne doze tableta u svrhu pomognutog samoubojstva, zna koji je obližnji ljekarnik voljan izdati sredstvo.

### **6.15. Polemika - priziv savjesti, kliničko prosuđivanje i diskrecijski prostor**

Sulmasy (35) objašnjava kako razum zahtijeva da stručnjacima bude odobren širok diskrecijski prostor jer su stručne prosudbe u medicini u svim slučajevima i tehničke i moralne. Kao primjer navodi i svakodnevnne slučajeve gdje jedan liječnik može odlučiti propisati antifungalni lijek za deformirani nožni nokat bez mikrobiološke pretrage jer će svoju odluku temeljiti na visokoj vjerojatnosti da se radi o gljivičnoj infekciji, uzimajući u obzir i činjenice da provođenje pretrage košta te da može biti i lažno negativna, dok će drugi liječnik odbiti propisati antifungalni lijek dok se mikrobiološkom pretragom ne ustvrdi prisutnost gljivične infekcije. Ističe kako zahtjevi za uniformnošću pri donošenju odluka ne bi bili ni mudri ni realistični te da nijedno razumno društvo ne bi tražilo od liječnika da mora uvijek postupiti onako kako je pacijent zatražio. Sulmasy, stoga, zaključuje kako je u etički kontroverznim intervencijama još važnije poštivati i zaštititi širok diskrecijski prostor za liječnike te kako je u dubokom interesu društva promovirati dobru medicinu i očuvati savjesne djelatnike, pogotovo zato što ne može svaka medicinska odluka biti propisana u zakonodavstvu. Dodaje kako je medicina znanstveno informirana, ali da je sama praksa na kraju umjetnost.

O diskrecijskom prostoru piše i Doug McConnell (38) kada analizira argumente koje Savulescu i Schuklenk (44) izražavaju u korist gotovo nekritičkog podlaganja zakonskim obvezama u liječničkoj struci. McConnell tvrdi da unatoč tome što Savulescu i Schuklenk ne govore eksplicitno o diskrecijskom prostoru, njihov se stav može izvesti temeljem njihovih stavova o limitu koji zahtijevaju za priziv savjesti. Ta najčvršća granica diskrecijskog prostora za njih je zakon, stoga smatraju da liječnici ne smiju pružiti uslugu koja je ilegalna, kao i da ne smiju odbiti pružiti uslugu ako bi odbijanje bilo ilegalno. McConnell se poziva na primjere koje navode - liječnik ne smije izvršiti eutanaziju tamo gdje je ilegalna, jednako kao što mora uništiti višak embrija nastalih *in vitro* oplodnjom ako je ilegalno sačuvati ih. Zaključuje kako takva

argumentacija ne samo da onemogućuje liječnike u djelovanju na temelju savjesti ako ona nije u skladu sa zakonom, već bi takvo djelovanje povlačilo i sankcije.

No, McConnell (38) se ne slaže ni sa Sulmasyjevim (35) odbijanjem ograničenja diskrecijskog prostora profesionalnim pravilima. Naime, Sulmasy smatra da bi takva pravila zbog složenosti kliničkih odluka bila štetna za medicinsku praksu, no McConnell takav stav smatra neopravdanim te zagovara postavljanje profesionalnih pravila dovoljno općenito da se takav problem izbjegne. Priznaje da bi širi diskrecijski prostor mogao biti opravdan jer promiče druge vrijednosti, poput veće vjerske tolerancije, no smatra da stupanj vjerske tolerancije zahtijevan takvim širokim diskrecijskim prostorom uključuje razmjenu s dobrom medicinom. Zaključuje kako će dobra medicina biti puno bolje promovirana u žim diskrecijskim prostorom, koji je ograničen profesionalnim pravilima i prilagođen navedenim dobrima. Dodatno pojašnjavajući, ističe da bi javni zdravstveni sustav trebao usvojiti koncept dobre medicine koja je dovoljno široka da bude prihvatljiva javnosti, imajući u vidu razumne individualne zamisli te iste javnosti o tome što je dobra medicina. Smatra da se unutar takve široke javne slike dobre medicine može uspostaviti skup profesionalnih pravila čija bi specifičnost ovisila upravo o širini same slike. Što smo sigurniji da je određena praksa nužna za dobru medicinu, više obvezujućim možemo postaviti pravilo koje promiče tu praksu, pritom povećavajući kazne za kršenje navedenog pravila, kaže McConnell. Također, smatra da je važno uočiti kako se može prihvatiti da će koncept dobre medicine najbolje biti promoviran koristeći profesionalna pravila kojima se ograničava diskrecijski prostor, ali i dalje se ne slagati s promišljanjima Savulescu i Schuklenka. Kompromisnim pristupom McConnell opisuje prihvaćanje autoriteta uspostavljenih profesionalnih pravila i zakona, ali istovremeno davanje prava na priziv savjesti liječnicima dokle god mogu pokazati da je njihova pozicija dosljedna razumnom konceptu dobre medicine. Iako McConnell poziva na ograničavanje pozicije na sekularne koncepte dobre medicine, smatra kako neke prakse, koje se uglavnom promatraju kao religijske, mogu biti kompatibilne s tim konceptom. Pritom se poziva na Weinstockov (31) primjer kako odbijanje izvršavanja pobačaja iz vjerskih razloga može biti prihvatljivo jer se podudara s prihvatljivim sekularnim konceptom dobre medicine.

Objašnjava kako je situacija ista i u privatnom zdravstvenom sustavu dokle god je privatna institucija posvećena razumnom konceptu objektivno dobre medicine. Smatra da bi ustanove trebale uspostaviti profesionalna pravila kako bi promovirale koncept dobre medicine koji će ograničiti diskrecijski prostor liječnika prema tim pravilima. Naglašava kako privatne, posebno religijske, zdravstvene ustanove mogu ograničiti diskrecijski prostor svojih liječnika više nego javni sektor zato što privatne institucije mogu promovirati relativno uski koncept dobre medicine koji ne treba opravdavati širokoj publici.

Vrlo opsežnu analizu priziva savjesti u medicini i odnosa s kliničkim prosuđivanjem ponudio je u svom radu Saad (33). Kao i Sulmasy, Saad je mišljenja da odluke koje donosimo vođeni savješću mogu biti ono što odlučimo učiniti i ono što odlučimo ne učiniti, odnosno „Ako vodi prema dobru - trebam učiniti x za ovog pacijenta jer bi mu to koristilo - također se udaljava od lošeg - ne bih trebao učiniti y jer bi to bilo štetno.“ Također, smatra da svako donošenje savjesne prosudbe ima potencijal potaknuti nastanak priziva savjesti, no ističe kako se priziv savjesti aktualizira samo kada to zahtijevaju vanjski uvjeti. Naime, ne može se iskazati prigovor situacijama u kojima ne postoje zahtjevi ili očekivanja da se djeluje na nesavjestan način. Nastanak priziva savjesti događa se kad su takvi vanjski zahtjevi ili očekivanja nepomirljivi sa savješću, odnosno kad se nazire kršenje „prvo, ne škoditi“ principa. Kao primjer takvog promišljanja uzima opstetričara koji fetus smatra nositeljem ljudskog prava na život, stoga i zahtjev za elektivnim pobačajem nepomirljivim svojoj savjesti. Zbog stjecanja šire slike, zanimljivo je Saadovo tumačenje u nastavku primjera. Naime, kaže da savjest tog opstetričara nije temeljno različita od savjesti ostalih kolega, nego da temeljni princip „prvo, ne škoditi“ koji svi oni dijele, taj opstetričar pridaje i nerođenome. Objašnjava to neslaganjem o moralnosti ciljeva koje dovodi do nepomirljivosti predloženog djelovanja sa zahtjevima savjesti da se čini dobro i izbjegava štetiti. Ipak, Saad smatra da puno češće dolazi do sukoba zbog moralnosti sredstava te da takva vrsta neslaganja također može rezultirati prizivom savjesti.

Objašnjavajući dvije vrste priziva savjesti koje razlikuje, onaj prema cilju i onaj prema sredstvima kojima se postiže cilj, naglašava kako se, kod općenitog govora o prizivu savjesti, uglavnom misli na priziv savjesti prema cilju koji nastaje kada se, nad moralnošću određenog cilja, sukobe zahtjevi savjesti s vanjskim zahtjevima. Kao najistaknutiji primjer u medicini navodi pobačaj, pri čemu se osoba poziva na priziv savjesti jer vjeruje da je namjerno ubijanje pogrešno samo po sebi. Savjest to potvrđuje primjenjujući opći moralni princip o oduzimanju nevinog života na slučaj nerođenog života te obavještava osobu da se suzdrži od izvršavanja pobačaja ili voljnog pomaganja u pobačaju. Od ostalih primjera navodi problematiku eutanazije, osakaćivanja ženskih genitalija, medicinske pomoći pri smrtnoj kazni u onim zakonodavstvima gdje je takva kazna legalna te kontracepcije i sterilizacije. U slučaju pobačaja i eutanazije, Saad objašnjava kako će se načelo o pogrešnosti namjernog ubijanja nevinog, nepomirljivo sukobiti sa svakim vanjskim očekivanjem da se djeluje na način koji krši ovo opće moralno načelo. U slučaju ženskog genitalnog osakaćenja, kontracepcije i sterilizacije, načelo je drukčije, a moglo bi se svesti na pogrešnost namjernog osakaćivanja ili izopačivanja prirodne funkcije tijela, pa svatko tko se vodi tim načelom smatrat će nesavjesnim izvršiti ili pomoći navedeno. Saad naglašava kako poanta nije obraniti takva etička načela, već

pokazati da ako se netko vodi određenim načelima, tada je dužan i savjesno prigovoriti kad se vanjski zahtjevi sukobe s tim načelima, ukoliko želi ostati dosljedan. Češći oblik priziva savjesti, uz kojeg se vežu minimalne polemike, odnosi se na one slučajeve u kojima uzrok konflikta nije predložen cilj, već sredstva kojima se taj cilj postiže. Dakle, nije sporna moralna prihvatljivost cilja, već predložena sredstva koja tvore neprimjeren čin. Takav priziv savjesti Saad poistovjećuje s kliničkim prosuđivanjem. Svakodnevni primjeri u medicini koje navodi, a koji su pokazatelj kako liječnik i pacijent (ili pacijentova obitelj) mogu jednako željeti postići dobrobit pacijenta - njegovo zdravlje, no razlikovati se u željenom načinu kako će se ono postići, primjeri su kada liječnik odbije propisati određeni lijek za koji u tom specifičnom slučaju procjenjuje da ne postoji indikacija ili kada odbije izvršiti određeni zahvat, primjerice, visokorizičnu operaciju. Takvi primjeri prigovora na postupke, kojima se želi postići krajnji cilj - zdravlje, svakodnevna su pojava u medicini, a liječnici ih nemaju obvezu izvršiti ako smatraju da su štetni po pacijenta.

Ovakvo Saadovo promišljanje nameće pitanje zašto za neke postupke u medicini smatramo da je pacijentov zahtjev dovoljan razlog da se liječnike uvjetuje da ih izvršavaju, dok za neke, odnosno većinu njih, nije. Jedan od argumenata jest, koji zastupa Giubellini (46), da postoji jasna granica između priziva savjesti i kliničkog prosuđivanja, pri čemu je priziv savjesti moralna, a kliničko prosuđivanje tehnička kategorija te bi samo kliničko prosuđivanje smjelo biti dopušteno. Saad (33) se slaže da možemo razlikovati te dvije kategorije, no smatra ih neodvojivima jer je, kako kaže, svako kliničko prosuđivanje moralni čin. Smatra da se sugeriranjem kako su klinički prigovori isključivo tehničke prirode, a prigovori na krajnji cilj moralne prirode, propušta uvidjeti da su obje vrste prigovora u skladu s praktičnim razumom, kao i to da oboje zahtijeva primjenu općeg moralnog načela na danu situaciju kako bi se donijela praktična prosudba o tome kako postupiti ili suzdržati se od postupanja. Zaključuje kako bi, vodeći se argumentom o suštinskoj sličnosti priziva savjesti i kliničkog prosuđivanja, bilo nedosljedno dopustiti ili zabraniti jedno, a ne i drugo. Polemizira da bismo se trebali zapitati na kojim temeljima savjest može biti zadovoljena, ako bismo zaključili da liječnici i dalje imaju pravo na klinički prigovor, ali ne i na prigovor pobačaju, eutanaziji i sličnim spornim postupcima. Stav da zdravstveni djelatnici mogu, odnosno moraju, koristiti praktično prosuđivanje u svom kliničkom radu, osim „kad se tiče x, y ili z, čini se proizvoljno“ i, kako kaže, zapravo sugerira da cijela debata nije zapravo o savjesti, već o, kako ih naziva, „uobičajenim osumnjičenicima“, kao što su pobačaj i eutanazija, te da je odbojnost prema prizivu savjesti zapravo odbojnost prema specifičnim pogledima na „uobičajene osumnjičnike“. Naglašava kako je problem ove pozicije, osim što nije u skladu sa stvarnošću

na kojoj se temelji etičko odlučivanje, poteškoća da se iznesu tvrdnje protiv priziva savjesti općenito pa su protivnici priziva savjesti primorani priznati kako se zapravo ne suprotstavljaju prizivu savjesti, već prizivu savjesti na kontroverzne postupke. Saad zaključuje da „Čineći to, oni moraju tvrditi da ova šačica kontroverznih postupaka zaslužuje poseban status u zakonu ili politici kako bi se osiguralo da se osobe s prizivom savjesti ne upliću u ono što smatraju posebnim djelima. Zbog toga se čini da je neprijateljstvo prema prizivu savjesti zapravo neprijateljstvo prema onima koji se ne slažu s postupcima koje društvo obično sankcionira.“

### **6.16. Polemika - problematika izravnog i neizravnog sudjelovanja u činu**

Na pitanje nosi li neizravno sudjelovanje u činu jednaku moralnu odgovornost kao i izravno sudjelovanje te zaslužuju li odbijanje izravnog i neizravnog sudjelovanja u činu jednaku razinu zaštite, ne postoji konsenzus čak niti među predstavnicima, po pitanju priziva savjesti, načelno srodnih stavova.

U *Kodeksu medicinske etike* Američkog medicinskog udruženja (47) stoji: „Kad duboko posjedovana, dobro razmotrena osobna uvjerenja navedu liječnika da odbije upućivanje, liječnik bi pacijentima trebao ponuditi nepristrano usmjeravanje o tome kako se informirati o pristupu željenim uslugama.“ Kaldjian (6) ovakvu smjernicu tumači kao pokazatelj poštivanja privilegije liječnika s prizivom savjesti da odbije upućivanje te smatra kako ona zrcali svijest da legalizacija sama po sebi ne rješava normativni problem moralne kontroverze.

Zanimljiv i detaljno razrađen pogled na pitanje iz uvoda poglavlja daje Puppinc (11). Za početak, pozivajući se na obrazloženje Europskog suda za ljudska prava u slučaju *Eweida protiv Ujedinjenog Kraljevstva*, objašnjava da mora postojati dovoljno bliska i izravna veza između čina i uvjerenja iz kojeg čin proizlazi, što se utvrđuje na temelju činjenica u svakom pojedinom slučaju. Takav priziv savjesti shvaća se ozbiljno jer osoba snosi moralnu odgovornost za čin. Za primjer uzima opstetričara koji je zatražen da izvrši pobačaj na koji ima priziv savjesti. U slučaju kad bi morao izvršiti takav čin kojem se protivi, snosio bi moralnu odgovornost jer je veza bliska i izravna. U slučaju da ne izvrši navedeni čin, ali sudjeluje na neki način u postupku, npr. ukazujući na liječnika koji bi mogao izvršiti čin, potrebna je evaluacija veze između čina i uvjerenja. Puppinc predlaže klasični kriterij moralne filozofije kojim se distinkcija evaluira prema tome je li veza izravna ili neizravna, formalna ili materijalna,



bliska ili udaljena. Puppincck dodatno razrađuje kako postojanje „izravne veze“ znači da bi pojedinac, izvršenjem čina kojem se protivi, izravno surađivao u zlu koje mu zamjera njegova savjest. Pozivajući se na Jacquesa Suaudeaua, koji suradnju opisuje izravnom kada nema sumnje u odlučnu namjeru tog pojedinca, Puppincck objašnjava kako je farmaceut moralno odgovoran na izravan način kada prodaje abortivni proizvod ženskom kupcu jer takav proizvod ne ostavlja sumnje u pogledu njegove buduće uporabe i učinaka. Ipak, u slučaju kontraceptivnih metoda, koje mogu biti propisane i u druge svrhe, a ne samo kao kontracepcija, smatra da moralna odgovornost nije izravna. Kako bi priziv savjesti bio opravdan, Puppincck smatra da je nužno i postojanje „bliske veze“ te navodi nekoliko primjera takve bliske veze. Liječnik s prizivom savjesti koji ukazuje ženi na adresu kolege koji izvršava pobačaje jest moralno odgovoran s obzirom na to da će ta informacija doprinijeti izvršenju pobačaja. Na isti način, farmaceut koji prodaje abortivne tablete nije manje odgovoran od sestre koja ih daje ili liječnika koji izvršava kirurški pobačaj te naglašava kako je ovdje metoda pobačaja nevažna za procjenu bliskosti veze i moralne odgovornosti. Zanimljivo je što bliskom vezom opisuje ne samo propisivanje i prodaju abortivnih pilula, već i proizvodnju. Navodi i primjer osobe koja pomaže u samoubojstvu pripremajući otrov. Puppincckova promišljanja dobar su temelj za promišljanja o prizivu savjesti u kontekstu obveze upućivanja ili informiranja, što je čest sadržaj mnogih rasprava i stvarna situacija s kojom se susreću pacijenti i medicinski djelatnici. Ovakva promišljanja ukazuju na potrebu procjene svakog pojedinog slučaja i zamke generaliziranih pravila, često nametnutih od strane zakonodavstava.

Osim izravnog i neizravnog sudjelovanja u spornom činu, medicinski djelatnici mogu se pronaći u moralnoj dvojbi kada moraju odlučiti hoće li izvršiti čin koji istovremeno može imati i dobar i loš učinak. Puppincck (11) objašnjava kako problematika čina s dvostrukim učinkom, odnosno situacije u kojoj isti čin ima i dobar i loš učinak, proizlazi iz pitanja smijemo li prigovoriti takvom činjenju zbog lošeg učinka kao jedne od posljedica. Pozivajući se na moralnu teologiju sv. Tome Akvinskog, kaže da je prvo potrebno potvrditi da je dobar učinak jedina namjera čina, a zatim da loš učinak nije poželjan sam po sebi, da dobar učinak proizlazi iz čina, a ne iz lošeg učinka te da loš učinak nije nesrazmjeran dobrom. Prema navedenoj teoriji čina s dvostrukim učinkom, kako objašnjava Puppincck, u slučaju trudne žene čiji je život u opasnosti, liječnika koji se u načelu protivi pobačaju ne bi sprječavala savjest, nego bi čak bio obvezan njome, da propiše liječenje koje kao nuspojavu može izazvati pobačaj. Objašnjava kako u takvom slučaju, liječenju nije cilj pobačaj, već spašavanje života žene, a vrijednost života žene proporcionalna je vrijednosti nerođenog djeteta te zaključuje kako je riječ o neizravnoj vezi

između čina i učinka. Smatra kako se u ovakvim slučajevima liječnik ne može pozvati na priziv savjesti jer bi time prekršio svoju dužnost skrbi. Dodatno pojašnjava kako je situacija različita kada žena izrazi želju za pobačajem iz osobnih razloga te za primjer uzima njezinu ekonomsku situaciju. Puppinck ističe kako u tom slučaju traženi dobar učinak, kao što je ograničenje izdataka, nije proporcionalan vrijednosti žrtvovanog života i rezultatima lošeg učinka.

### **6.17. Polemika - institucionalni priziv savjesti**

Pravo na savjest najčešće se smatra načinom kako sačuvati moralni i vjerski integritet pojedinca, stoga se to pravo i najčešće razumijeva kao ono koje pripada pojedincu, a ne instituciji. (40) Ipak, postoje razmišljanja kako i institucije posjeduju nešto nalik savjesti. Tako Wicclair (48) tvrdi da je bolnička misija analogna savjesti i identitetu, nalik onome pojedinca, zbog čega ju treba poštivati. Chavkin, Leitman i Polin u svom radu (40) kažu da drugi osporavaju takve tvrdnje zato što institucije zdravstvene zaštite imaju dozvolu država (licencirane su), često dobivaju javna sredstva i mogu biti jedini pružatelji zdravstvenih usluga u zajednicama. Budući da državna licenca ovim profesijama daje monopol na javne usluge, smatraju da profesije imaju kolektivnu obvezu pružati nediskriminatoran pristup svim zakonitim uslugama te navode da postoje razmišljanja kako ograničenja mogu biti proširena i na one koji pružaju zdravstvene usluge u privatnom sektoru. I Wicclair (48) smatra da s obzirom na to da licenca daje određena prava i privilegije instituciji, nastaju recipročne obveze, uključujući obveze zaštite pacijenata od onoga što im može nauditi te obveza promicanja njihovog zdravlja i poštivanja njihove autonomije. Kad je riječ o razlikama u obavezama i pravima ovisno o tome radi li pružatelj u javnom ili privatnom sektoru, Wicclair navodi da su pružatelji u javnom sektoru zaposlenici države te da imaju obaveze služiti javnosti za veće dobro, pružajući najviši „standard skrbi, na način na koji je propisan u zakonima i politikama države“. Chavkin, Leitman i Polin (40) zaključuju kako je teže utvrditi odbijanje na temelju savjesti u privatnom sektoru jer kliničari obično imaju diskreciju nad uslugama koje odluče ponuditi, iako se i na njih odnose iste profesionalne obveze pružanja informacija i upućivanja pacijenata.

## 6.18. Polemika - priziv savjesti u reproduktivnoj medicini

Dosadašnji dio rada prikazuje promišljanja i rasprave koje su se odnosile na šire poimanje priziva savjesti u medicini, iako su se i kroz njih provlačili aspekti polemike koja slijedi. U nastavku je prikazan pregled promišljanja i rasprava o prizivu savjesti isključivo u domeni reproduktivne medicine, što i jest područje medicine u kojem se priziv savjesti najčešće ulaže, stoga i područje iz kojeg izvire najveći broj polemika oko istog. Priziv savjesti najčešće se ulaže u slučajevima pobačaja na zahtjev, propisivanja i izdavanja kontraceptivnih sredstava, provođenja postupaka prenatalne dijagnostike, medicinski pomognute oplodnje i sterilizacije. (49) Ulažu ga najčešće ginekolozi i opstetričari, no i liječnici drugih specijalizacija poput anesteziologije, zatim primalje, medicinske sestre i farmaceuti. (50)

Pobačaj je svaki prekid trudnoće do kojeg može doći spontano ili namjerno (inducirano). Postupak induciranog (arteficijalnog) pobačaja može biti kirurški i medikamentozni, ovisno o tjednu trudnoće u kojem se izvršava, dostupnosti metoda i preferenciji. (51) Iako su se pobačaji izvršavali prirodnim metodama i drugim učinkovitim načinima i prije razvitka moderne medicine (52) i ozakonjenja pobačaja diljem svijeta, o čemu nam posredno svjedoči i Hipokratova zakletva (20) s obzirom na to da u njoj stoji „Isto tako neću dati ženi sredstvo za pometnuće ploda.“, pobačaj je tijekom najvećeg dijela povijesti bio zabranjen. Val ozakonjenja pobačaja koji je započeo u 20. stoljeću, posebno od druge polovice 20. stoljeća, donio je nove prijepore u javni prostor. (53) Na „vječno“ pitanje o moralnosti pobačaja, nadovezale su se rasprave o ulozi države u zaštiti života i zdravlja te redefiniranju uloge liječnika i posljedično prizivu savjesti dijela medicinske zajednice.

Važno je znati da pobačaj nije priznat kao međunarodno ljudsko pravo jer ne postoji pravno obvezujući međunarodni dokument koji bi ga definirao takvim, već je ostavljen nacionalnim zakonodavstvima da se opredijele i urede to pitanje vodeći se vrijednostima vlastitoga naroda. *Program djelovanja* Međunarodne konferencije o stanovništvu i razvoju (Kairo, 1994.) (54) je međunarodni sporazum koji definira reproduktivno zdravlje te uređuje pobačaj kao uslugu u članku 8.25 na sljedeći način: „Ni u kojem slučaju pobačaj se ne smije promicati kao metoda planiranja obitelji. Sve vlade i relevantne međuvladine i nevladine organizacije pozivaju se da ojačaju svoju predanost zdravlju žena i da se bave utjecajem nesigurnog pobačaja na zdravlje kao glavne javnozdravstvene brige te da smanje pribjegavanje pobačaju kroz proširene i poboljšane usluge planiranja obitelji. Prevenciji neželjenih trudnoća uvijek se mora dati najveći prioritet i svaki pokušaj treba biti učinjen kako bi se uklonila potreba za pobačajem. Žene s

neželjenom trudnoćom trebale bi imati pristup pouzdanim informacijama i suosjećajnom savjetovanju. Sve mjere ili promjene povezane s pobačajem unutar zdravstvenog sustava mogu se odrediti samo na nacionalnoj ili lokalnoj razini u skladu s nacionalnim zakonodavnim postupkom. U okolnostima u kojima pobačaj nije u suprotnosti sa zakonom, takav pobačaj trebao bi biti siguran. U svim bi slučajevima žene trebale imati pristup kvalitetnim uslugama za rješavanje komplikacija nastalih pobačajem. Usluge postabortivnog savjetovanja, edukacije i planiranja obitelji trebaju biti ponuđene bez odlaganja, što će također pomoći da se izbjegnu ponovljeni pobačaji.“ U kontekstu rasprave o pravnoj obvezi država i liječnika da osiguraju izvršenje pobačaja, zanimljivo je uočiti kako nigdje ne stoji da pobačaj mora biti legalan, već jedino da mora biti siguran ako je legalan. Ipak, većina država ozakonila je pobačaj. U tim okolnostima, države uglavnom dozvoljavaju i pobačaj i priziv savjesti na postupak pobačaja. Takvu praksu podržava i Europski sud za ljudska prava koji je u slučaju *R.R. protiv Poljske* (55) izjavio da su „države obvezne organizirati sustav zdravstvenih usluga na takav način da osiguraju da učinkovito korištenje slobode savjesti zdravstvenih djelatnika u profesionalnom kontekstu, ne sprječava pacijente u pristupu uslugama na koje imaju pravo prema važećem zakonodavstvu“.

Prema statistici na stranici Centra za reproduktivna prava (56), 59 % žena reproduktivne dobi u svijetu živi u državama koje su ozakonile pobačaj na zahtjev, od čega njih 23 % živi u državama u kojima je on dostupan na širokim ekonomskim i socijalnim osnovama. Zatim, 14 % žena reproduktivne dobi živi u državama u kojima je pobačaj legalan iz zdravstvenih razloga, a 22 % žena reproduktivne dobi živi u državama u kojima je pobačaj dozvoljen kako bi se spasio život žene. 5 % žena reproduktivne dobi živi u državama u kojima je pobačaj u potpunosti zabranjen. Vodeći se ovakvim brojkama, mogli bismo zaključiti kako se ipak manji broj žena reproduktivne dobi suočava s nedostupnošću pobačaja zbog zakonske prepreke, naravno, svjesni moguće značajne nedostupnosti uslijed drugih prepreka. Ipak, ta bi analiza premašivala opseg ovog rada. Ono što zasigurno iz navedenih brojki možemo zaključiti jest kako je u najvećem dijelu svijeta pobačaj na zahtjev u nekoj mjeri legalan, stoga se i velik broj medicinskih djelatnika, a pogotovo liječnika, susreće s njime te prihvaća ili ne prihvaća izvršavati ga ili u njemu sudjelovati.

Od ostalih postupaka koji u reproduktivnoj medicini izazivaju etičke polemike, 20. stoljeće bilo je značajno zbog razvoja i legalizacije kontracepcije te otkrića medicinski pomognute oplodnje i prenatalne dijagnostike. Navedeni postupci, iako danas u većem dijelu svijeta legalni, i dalje su predmet rasprava o svrsi medicine kao onoj koja nastoji izliječiti i očuvati zdravlje te o ulozi

liječnika u tome postupku. Ono što često u raspravama jedni zanemaruju, a drugi ističu, jest činjenica da izvršavanje navedenih postupaka nije bila uloga liječnika te da zaštita integriteta liječnika kroz omogućavanje priziva savjesti nije privilegija, već pravo koje su dobili zato što su ozakonjeni postupci koje do tada, ne samo da nisu bili dužni obavljati, nego nisu smjeli obavljati.

Tako C. Zampas (39) u svom radu ističe kako je pravo na reproduktivnu zdravstvenu zaštitu utemeljeno u brojnim ljudskim pravima, uključujući pravo na život, zdravlje, nediskriminaciju, privatnost te slobodu od nečovječnog i ponižavajućeg postupanja, stoga zaključuje kako takva prava obvezuju države da osiguraju transparentan pristup zakonom dozvoljenim reproduktivnim uslugama te da uklone barijere koje ograničavaju pristup takvim uslugama, kao što je, prema njenom mišljenju, priziv savjesti.

Slično misle i K. Morrell i W. Chavkin (49) koje u svom radu opisuju priziv savjesti u kontekstu reproduktivne zdravstvene skrbi kao globalno široko rasprostranjen fenomen koji predstavlja prepreku do usluga poput pobačaja, medicinski pomognute oplodnje, prenatalne dijagnostike, kontracepcije, hitne kontracepcije, sterilizacije, itd. Dodaju kako priziv savjesti predstavlja veću prepreku za točno određene skupine te u tom kontekstu govore o adolescentima kao o vulnerabilnoj grupi kojoj je potrebna zaštita temeljnih ljudskih prava i pristup sveobuhvatnoj reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti, no nije jasno na temelju kojih podataka donose takve tvrdnje. I same priznaju da „stupanj do kojeg je priziv savjesti ugrozio seksualnu i reproduktivnu zdravstvenu skrb za adolescente je nepoznat“. Poručuju kako postoji međunarodni konsenzus oko priziva savjesti, a tumače ga na način da pružatelji zdravstvenih usluga imaju pravo na priziv savjesti, ali da to pravo treba biti sekundarno njihovoj primarnoj savjesnoj dužnosti pružanja dobrobiti i sprječavanja štetnosti.

Još oštrij stav po pitanju prava na priziv savjesti zauzimaju C. Munthe i M. E. J. Nielsen (50) koji se u svom radu osvrću na slučajeve dobrovoljnog zaposlenja liječnika, medicinskih sestara i tehničara te primalja u zdravstvenom sustavu i njihovog odnosa prema medicinskom postupku pobačaja u zakonodavstvu koje ga dozvoljava. Smatraju da priziv savjesti u takvom okruženju ne treba biti zakonom omogućen. Tvrdi kako je takav zaključak utemeljen na nekoliko osnovnih etičkih zahtjeva vezanih uz temeljna načela vladavine prava, nediskriminacije i jednakosti pred zakonom. Smatraju da se ova rasprava ne treba voditi na polju moralnosti pobačaja, prava na građanski neposluš, moralnih razloga za slijeđenje savjesti ili djelovanja protiv percipirano nemoralnih ili stvarno nemoralnih smjernica.

Navedenim promišljanjima o prizivu savjesti u kontekstu medicinskih usluga u području reproduktivne zdravstvene skrbi doprinosi u svojem članku i J. Bitzer (57), koji se pita što bismo trebali učiniti s onima koji svoju osobnu savjest stavljaju iznad profesionalnih dužnosti. Promišljanje započinje na temelju vlastitog primjera, dajući odmah do znanja da kao liječnik izvršava pobačaje te kako bi i njemu savjest rekla da uništava život i tako djeluje protiv temeljne moralne i etičke vrijednosti. Priznaje kako uistinu postoji sukob između njegovih profesionalnih i etičkih dužnosti prema ženi i njegovih općih profesionalnih i etičkih dužnosti prema novonastalom životu - embriju ili fetusu. Ipak, zaključuje kako u takvom sukobu njegove dužnosti prema ženi nadilaze sve ostale jer bez njezina tijela ne bi bilo novog života, a bez njezine potpore ne bi bilo dobrog života. Poručuje da je izvršavanje pobačaja čin temeljen na profesionalnoj etici, odnosno na savjesnoj odluci u rješavanju etičkog sukoba. Na kraju, dolazi do zaključka kako imamo dvije opcije. Prva je dozvoliti priziv savjesti kao etičku vrijednost, ali jasno ju definirati i naznačiti njezina ograničenja spram profesionalnih dužnosti zdravstvenih djelatnika i prava žena na dobivanje abortivne skrbi koja je učinkovita, sigurna i usmjerena pacijentu. Druga mogućnost bila bi onemogućavanje priziva savjesti, posebno u pogledu pobačaja i ženskog reproduktivnog zdravlja.

Na javnu raspravu poziva i skupina autora u svom „Prijedlogu za objavljivanje europskih institucija u vezi s regulacijom priziva savjesti na pobačaj“ (58). Oni smatraju kako zdravstveni djelatnik, koji koristi pravo na priziv savjesti, ne bi trebao raditi u abortivnoj skrbi i da bi žene trebale imati pristup, bez odgode, drugom zdravstvenom djelatniku koji nema priziv savjesti kako bi se osiguralo optimalno liječenje. Dodaju i kako informacije o kontracepciji, uključujući informacije o dobrovoljnom pobačaju, moraju biti dostupne ženi. Također, pozivajući se na ranija istraživanja koja govore o psihološkom stresu žena prilikom čekanja na zatraženi pobačaj, preporučuju da se odgode pobačaja trebaju izbjegavati. Smatraju da zdravstvene vlasti trebaju organizirati javne, ne-religijske bolnice, tako da u svakom području postoji javna bolnica koja pruža skrb za žene koje traže pobačaj. Smatraju da trenutne mjere koje upravljaju načelom priziva savjesti negativno utječu na pristup uslugama seksualnog i reproduktivnog zdravlja te da bi ih trebalo promijeniti. Zaključuju kako bi zdravstvene službe trebale usvojiti mjere kojima se jamči da ženino pravo na dobrovoljni pobačaj nije ograničeno stavom liječnika o načelu priziva savjesti. Ističu da su i Međunarodna federacija ginekologa i opstetričara (FIGO) i Europski parlament iznijeli poseban zahtjev kako bi se spriječilo da se priziv savjesti koristi kao metoda za ograničavanje ženskog pristupa dobrovoljnom pobačaju i da se osigura zajednički profesionalni pristup rješavanju ovog pitanja.

C. Fiala, K. Gemzell Danielsson, O. Heikinheimo, J. A. Guðmundsson i J. Arthur napisali su članak (59) koji također ide vrlo daleko u zahtjevima za ograničenje priziva savjesti. Naime, oni kao dobre primjere navode Švedsku, Finsku i Island gdje ne postoji pravo na priziv savjesti i gdje se od medicinskog osoblja koje radi u bolnicama i na odjelima za ginekologiju i opstetriciju traži pružanje svih legalnih usluga. Ključnim ističu obavezni trening u abortivnoj skrbi za sve specijaliste ginekologije i opstetricije, kao i primalje, te smatraju kako to dovodi do višestruko pozitivnog efekta, od brzog i neosuđujućeg pristupa pobačaju, preko podjele posla između kolega i izostanka stigme zato što izvršavaju pobačaje, do izostanka negativnog utjecaja priziva savjesti i potrebe za regulacijom. Kažu da se većina onih koji ne žele raditi pobačaje, može odlučiti za drugu specijalizaciju te da samo mali broj zdravstvenih djelatnika želi raditi u području u kojem postoje postupci na koje imaju prigovor te da su to primarno oni druge kulturne pozadine ili oni koji su se školovali u inozemstvu. No, njihova prava i okolnosti ne razrađuju i ne nude odgovor. Zaključuju kako je potrebno onemogućavanje priziva savjesti i održavanje zabrane priziva savjesti unatoč svim izazovima, te ističu kako to zahtijeva prethodno prihvaćanje ženskih građanskih prava od strane vlade i društva, uključujući i pravo na sveobuhvatnu zdravstvenu skrb. Smatraju da religijska uvjerenja zdravstvenih djelatnika trebaju biti poštivana na individualnoj razini, kao i svačija osobna uvjerenja, ali da zdravstveni djelatnici imaju javnu obvezu ne nametati svoja uvjerenja na pacijente. Primjere Švedske, Finske i Islanda navode kao one koje treba promovirati od strane stručnih medicinskih tijela kako bi se postigli pozitivni ciljevi, od kojih navodi potpuno onemogućavanje priziva savjesti u reproduktivnoj zdravstvenoj skrbi i iskorjenjivanje stigme koja je još uvijek povezana s namjernim pobačajem.

U polemici o prizivu savjesti nastupaju isključivo sa stajališta osiguravanja onog što smatraju pozitivnim utjecajem na žensko zdravlje i prava, a ne dotiču se mogućih negativnih utjecaja - bilo samog postupka pobačaja na žene koje će se za njega potencijalno odlučiti bez savjetovanja i informirane odluke o svim mogućim, pa i negativnim, posljedicama, bilo negativnog utjecaja na zdravstvene djelatnike i njihovu nemogućnost da rade u skladu sa svojom savješću i da u najtežim etičkim pitanjima donose odluku u skladu sa svojom savješću. Autori pokazuju da visoko vrednuju osiguravanje što dostupnijeg pobačaja, dok ne uzimaju u obzir širi kontekst ljudskih prava te činjenicu kako pravo na pobačaj nije međunarodno pravo, stoga prakse pojedinih zemalja ne treba nužno nametati drugima, što je i stav međunarodne zajednice. (54)

Čest argument onih koji nisu skloni odobravanju priziva savjesti u medicini, odnosi se na smanjenu dostupnost medicinske usluge kao posljedicu priziva savjesti. U nastojanju da

rasvijetle posljedice odbijanja skrbi za žene i zdravstvene sustave na temelju savjesti, a u nedostatku empirijskih podataka, Chavkin, Leitman i Polin (40) razvile su logičke modele koji označavaju vjerojatne posljedice ako se određena komponenta skrbi odbije. Pritom su pokušale izolirati utjecaj priziva savjesti na svaku od 5 unaprijed određenih komponenti zdravstvene skrbi, iako su priznale teškoće identificiranja utjecaja pripisivih drugim barijerama po pristup, kao što su ograničeni resursi, neodgovarajuća infrastruktura, neuspjeh u provođenju politika, sociokulturni običaji i neodgovarajuće razumijevanje relevantnog zakona od strane i pružatelja usluge i pacijenata.

Započele su od pretpostavke da odbijanje skrbi dovodi do manjeg broja kliničara koji pružaju određene usluge i na taj način do ograničenog pristupa tim uslugama, dok se oni koji nastavljaju pružati sporne usluge mogu suočavati sa stigmom ili postati preopterećeni. Stoga navode i vjerojatne zdravstvene ishode za pacijente, kao i posljedice odbijanja skrbi za obitelji, zajednice, zdravstvene sustave i pružatelje usluga.

Prvi logički model koji su razvile odnosi se na odbijanje izvršenja pobačaja zbog priziva savjesti liječnika, a smatraju da će utjecaj priziva biti manji u zemljama s dostupnim, sigurnim i legalnim uslugama pobačaja jer će tamo žene vjerojatnije pronaći liječnika koji je voljan izvršiti pobačaj, nego u zemljama u kojima je pristup u većoj mjeri ograničen. Kao moguće posljedice koje je potrebno uzeti u obzir predlažu povećan rizik za maternalno mentalno zdravlje, veće stope nesigurnih pobačaja, povećan maternalni morbiditet i mortalitet te povećane troškove za pojedince, zajednice i zdravstvene sisteme.

Sljedeći logički model odnosio se na priziv savjesti u postupcima medicinski pomognute oplodnje te su se orijentirale na posljedice u zemljama sa srednjim do visokim dohotkom jer su u zemljama s niskim dohotkom razlozi smanjenog pristupa postupcima medicinski pomognute oplodnje uglavnom ekonomski i infrastrukturni. Navode primjere kada liječnici nisu htjeli izvršavati postupke zbog svojih moralnih ili vjerskih uvjerenja te su ih okarakterizirale suprotnima najboljoj medicinskoj praksi. Tako navode kako postoje izvještaji o liječnicima u Latinskoj Americi koji ne vrše postupke selekcije ili redukcije zametaka, kao ni postupke krioprezervacije zametaka. Problematiziraju i nedostupnost preimplantacijske genetičke dijagnostike, no napominju kako je riječ o nedostupnosti uslijed zakonske zabrane takve dijagnostike, a ne priziva savjesti. Posljedice koje ističu kao moguće, uz one već navedene u prethodnom logičkom modelu, su zakašnjela dijagnostika, pobačaji u drugom tromjesečju zbog anomalija detektiranih prenatalnom dijagnostikom umjesto preimplantacijskom genetičkom dijagnostikom, povećane stope spontanih pobačaja, povećani broj IVF ciklusa da bi se postiglo rođenje, povećane stope carskih rezova i potrebe za maternalnom i



neonatalnom intenzivnom njegom te povećan broj neonatusa s teškim genetskim abnormalnostima.

Kako dostupnost kontracepcije te raspon kontraceptivnih sredstava i usluga ovisi o okolini, autorice zaključuju da je korištenje kontracepcije uglavnom povezano s razinom prihoda. Što se tiče samog priziva savjesti zdravstvenih djelatnika kao barijere po dostupnost kontracepcije, u ovom trećem logičkom modelu ističu primjere odbijanja pružanja specifičnih metoda kontracepcije, poput hitne kontracepcije ili sterilizacije. Također, ističu da ponekad zdravstveni djelatnici ne žele omogućiti kontracepciju svim ili određenim grupama žena. Uz prethodno navedene moguće posljedice, ovdje dodaju i povećanu stopu neželjenih trudnoća, povećanu dojenačku smrtnost i gubitak fetusa, povećane mogućnosti trudnoća kao posljedica seksualnog zlostavljanja ili u onih žena s medicinskim rizikom te povećane stope pobačaja i nesigurnog pobačaja.

U sljedećem logičkom modelu problematiziraju slučajeve u kojima trudnoća predstavlja rizik za maternalno zdravlje ili slučajeve u kojima je gubitak trudnoće neizbježan. Smatraju da priziv savjesti na dovršenje takve trudnoće ili dijagnostičke postupke koji mogu naškoditi fetusu ili izazvati spontani pobačaj mogu dovesti, uz prethodno navedene posljedice, i do veće potrebe za medicinskim i kirurškim intervencijama, povećanih rizika za kirurški hitne zahvate, povećanog rizika neplodnosti, povećanog broja zahtjeva za medicinski pomognutom oplodnjom.

U petom logičkom modelu bave se dostupnošću prenatalne dijagnostike i objašnjavaju kako ona značajno varira ovisno o okolini. Zemlje niskog dohotka imaju pristup ograničenim postupcima testiranja, a u takvim zemljama, navode autorice, priziv savjesti na postupke prenatalne dijagnostike će dodatno ograničiti pristup uslugama. Potencijalne posljedice koje navode bio bi veći broj žena lišen informacija o stanju fetusa, nedostatak znanja koje isključuje odlučivanje o pobačaju ili nastavku trudnoće, veći broj obitelji kojima nedostaje prilika da se pripreme za komplicirane porođaje ili da osiguraju financijske i emotivne resurse potrebne za nadolazeću skrb, veći broj žena koje nose fetuse s fatalnim ili teškim anomalijama, potreba za sofisticiranijim sredstvima na porođaju te povećan rizik fetalne i dojenačke smrtnosti.

Autorice nastoje pokazati kako takva povećana potreba za specijaliziranim uslugama i osobljem, prikazana kroz navedenih pet logičkih modela, opterećuje i preusmjerava ljudske i infrastrukturne resurse koje bi trebale biti dostupne za druga prioritetna zdravstvena stanja. Ipak, ističu kako je teško izdvojiti utjecaj pripisiv prizivu savjesti te smatraju kako se radi o jednoj od mnogih prepreka reproduktivnoj zdravstvenoj zaštiti. Važno je osvijestiti kako je riječ o logičkim modelima koji mogu ponuditi vrijedan temelj za rasprave, no kako nije riječ o empirijski dokazanim posljedicama.

S druge strane, među onim pripadnicima medicinske zajednice koji su skloni omogućavanju priziva savjesti, makar uz određena ograničenja, upravo je slučaj pobačaja na zahtjev reprezentativan primjer slučaja u kojem će priziv savjesti biti skloni uvažiti.

To je ujedno i jedna od najčešćih situacija u kojima se liječnici pozivaju na priziv savjesti, a Sulmasy (35) smatra da bi ginekolozima trebalo biti dopušteno savjesno odlučiti žele li biti obučeni kako izvršiti pobačaj i, za one koji budu obučeni, je li pobačaj indiciran u spolno selektivne ili druge kontroverzne razloge. Ističe kako velika većina ginekologa ne izvršava pobačaje, bilo zbog osobnog moralnog neslaganja ili nenaklonosti. Zaključuje kako država ne bi trebala zahtijevati od svih ginekologa da izvršavaju pobačaje, niti od svih obiteljskih liječnika da propisuju kontracepciju, niti od svih pedijatara da daju hormon rasta na zahtjev. Ujedno kritizira argumente poput onih kako zahtjev za prizivom savjesti ne bi trebao biti toleriran jer osoba mora putovati na određenu udaljenost kako bi dobila medicinsku uslugu. Sulmasy se s takvom argumentacijom ne slaže te granicu za netoleriranje priziva savjesti ne postavlja pri otežanom pristupu određenoj medicinskoj usluzi, ako nije riječ o slučajevima u kojima je pacijent blisko suočen sa smrću te je određena intervencija nužna kako bi mu se spasio život. Ističe i da su takvi slučajevi izrazito rijetki te da oni koji se protive osiguravanju priziva savjesti često idu vrlo široko kako bi pronašli slučajeve u kojima rješenja, koja su zadovoljila potrebe i uvjerenja svih strana, nisu nađena. Također, osvrće se i na čestu argumentaciju kako žene umiru zbog priziva savjesti liječnika i posljedično otežanog pristupa pobačaju te odgovara da ne postoje dokumentirani slučajevi žena koje su umrle u Sjedinjenim Američkim Državama u više od četiri desetljeća, koliko je pobačaj legalan, zbog otežanog pristupa pobačaju kao posljedice priziva savjesti liječnika. Zaključuje kako je priziv savjesti na pobačaj manje opasan od samog pobačaja, s obzirom na to da, kako navodi, postoje dokumentirani slučajevi žena koje su umrle od legalnog pobačaja, iako se to događa krajnje rijetko.

Toni C. Saad u svom radu (33) ističe slaganje sa stavom Myskja and Magelssena o tome kako pravo na priziv savjesti spram onog što se razumno može promatrati kao ubijanje, a zbog ozbiljnosti takvog čina, mora biti zaštićeno zakonom u svakom društvu koje tvrdi da je liberalno i pluralističko. Saad dodaje da bi priziv savjesti trebao biti zaštićen i u slučaju onog što se razumno može promatrati kao postupak koji će škoditi. Objasnjava kako je ubijanje samo jedna od mnogih mogućnosti štete i podsjeća kako je jedno od načela medicine "prvo, ne škoditi". Dodaje kako priziv savjesti u zdravstvenom sustavu ili drugdje može biti definiran kao pravo da se odbije naškoditi te podsjeća na smjernice Općeg medicinskog vijeća Ujedinjenog

Kraljevstva (60) prema kojima liječnik, ako smatra da određeni postupak nije od sveukupne dobrobiti za pacijenta, treba s pacijentom razgovarati o tome i saznati razloge njegovog zahtjeva. Ako nakon razgovora liječnik i dalje smatra da zatraženi postupci nisu od sveukupne dobrobiti, nije dužan izvršiti postupak.

Puppinck (11) podsjeća da *Francuski rječnik bioetike i biotehnologije* za područje primjene priziva savjesti u medicinskoj sferi kaže da se tiče svih medicinskih neterapijskih djela koje nose sjeme rizika da naštetite integritetu ili dostojanstvu pojedinca ili reifikaciji ljudske osobe. Objašnjava kako, da bi medicinski čin bio dozvoljen, mora biti terapijski, poštivati načela dostojanstva i prvenstva ljudskog bića te integriteta i neiskoristivosti ljudskog tijela. Tvrdi da su zakoni koji dopuštaju pobačaj, kontracepciju, sterilizaciju ili znanstvena istraživanja na osobi (uključujući embrij) uveli odstupanja od tih načela. Dodatno pojašnjava da upravo kada zakonodavac dopušta odstupanje od takvih načela, on to prilično često prati klauzulom savjesti. Kao primjer uzima proces dekriminalizacije pobačaja te kaže da ako zakonodavac pritom ustanovi klauzulu savjesti, to ne čini iz poštovanja za različitosti pojedinačnih mišljenja o pobačaju, već zato da nitko ne bi bio dužan sudjelovati u postizanju objektivnog zla koje je strano uobičajenoj medicinskoj praksi, iako nužno sa stajališta zakonodavca. Pritom zakonodavac prepoznaje moralnu nesavršenost svojih zakona i ograničava njihov prisilni karakter jer bi prisiljavanje medicinskih stručnjaka da osobno sudjeluju u kršenju ovih načela bilo suprotno pravdi, čak i ako društvo kolektivno smatra da je takvo odstupanje potrebno. Dodaje kako to objašnjava i zašto se u Sjedinjenim Američkim Državama nikoga ne može prisiliti na sudjelovanje u izvršenju smrtne kazne.

Na istom su tragu i Blackshaw i Rodger (61) koji se osvrću na, prethodno u ovom radu opisane, argumentacije protivnika priziva savjesti na pobačaj (Savulescu, Schuklenk, Smalling, Fiala, Arthur, Giubilini). Objašnjavaju da navedeni autori tvrde ili pretpostavljaju da je pobačaj blagotvoran medicinski postupak, ali da za to ne pružaju nikakve dokaze. Smatraju da je u slučaju trudnoće važno razlikovati blagotvornost i kliničku indicaciju. Ističu kako to što pobačaj može imati socioekonomske prednosti ili manje zdravstvene prednosti, ne čini ga klinički indiciranim jer bi u tom slučaju pobačaj bio klinički indiciran za sve trudnoće, što nazivaju apsurdnim. Prema njihovom mišljenju, trudnoća bi morala predstavljati značajno povišen rizik iznad uobičajenog rizika trudnoće da bi pobačaj bio klinički indiciran. Navode dokaze prema kojima većina pobačaja nije klinički indicirana te kako se u većini slučajeva ne čine zbog zdravstvenih razloga. U slučaju očuvanja mentalnog zdravlja kao razloga za pobačaj, navode raznolikost u rezultatima istraživanja - od onih koja su pokazala da namjerni pobačaj

predstavlja rizik za mentalno zdravlje, preko onih koja nisu ustanovila utjecaj na mentalno zdravlje, do onih koja nisu pronašla jasne dokaze da smanjuje rizike po mentalno zdravlje. Stoga zaključuju kako većina pobačaja ne doprinosi značajnoj zdravstvenoj blagotvornosti te smatraju da to čini nevaljanima argumente prema kojima bi priziv savjesti u slučaju pobačaja trebao biti nedopustiv jer uključuje odbijanje korisnog medicinskog postupka. Naglašavaju kako u tim slučajevima liječnici imaju pravo odbiti izvršavati pobačaje i podsjećaju kako liječnici inače imaju širok prostor savjesne diskrecije u odlučivanju što će osigurati najveću kliničku dobrobit za njihove pacijente. Pozivaju se na Opće medicinsko vijeće Ujedinjenog Kraljevstva (60) koje savjetuje da zakon ne zahtijeva od liječnika da pruža liječenje ili izvršava postupke koje procjenjuje klinički neprikladnima ili da nisu od ukupne dobrobiti za pacijenta. Nadovezuju se i na stajalište Montgomeryja (62) koji, vodeći se načelom profesionalne diskrecije koja je priznata u zdravstvenom zakonu Ujedinjenog Kraljevstva, tvrdi kako u većini slučajeva nije potrebno govoriti o prizivu savjesti spram pružanja pobačaja jer liječnik može na temelju dokaza razumno zaključiti da pobačaj nije klinički indiciran i iskoristiti profesionalnu diskreciju da odbije postupak.

I u Hrvatskoj se javne rasprave o prizivu savjesti najčešće odvijaju u kontekstu reproduktivne medicine, s naglaskom na izvršavanje pobačaja te propisivanje i izdavanje kontraceptivnih sredstava. Kako zasad ne postoji velik broj stručnih članaka koji bi se bavili ovim pitanjima, A. Borovečki i S. Babić-Bosanac (63) kroz kvalitativnu analizu digitalnih medija željele su istražiti krajolike znanja povezane s pitanjem priziva savjesti i pobačaja u Hrvatskoj. Korišteni koncept krajolika znanja pokušava opisati višesmjernu komunikaciju znanja među mnogim sudionicima koji koriste moderne i tradicionalne tehnologije posebno u području znanosti i zdravstvene zaštite. Tako su otkrile da se unutar socijalnog i zdravstvenog konteksta, diskurs o prizivu savjesti i pobačaju obično stvara kada određeni sporni slučaj ili situacija dobiju pažnju javnosti te da su glavni kreatori takvog diskursa u Hrvatskoj novinari, pacijenti i nevladine organizacije, dok su znanstvena ili medicinska zajednica, odnosno liječnici, medicinske sestre ili njihove profesionalne organizacije rijetko uključene. Uočile su kako sadržaj rasprava uglavnom proizlazi iz ideologije, kulture i tradicionalizma, dok su zakoni i podzakonski propisi manje prisutni te da je riječ uglavnom o novinskim člancima koje su pisali novinari, čiju kvalitetu znanja nije moguće provjeriti. S druge strane, postoji manjak znanstveno ispravnih i transparentnih izvora znanja od hrvatske znanstvene zajednice o problemu priziva savjesti i pobačaja. Borovečki i Babić-Bosanac došle su do zaključka kako u Hrvatskoj postoji problem s implementacijom priziva savjesti jer nije dovoljno jasan način kako se on može izraziti u slučaju pobačaja, što ostavlja prostor za sumnje na zloupotrebu istog. Navode da su glavna

pitanja koja se javljaju u javnim raspravama usmjerena na to kako izraziti priziv savjesti u pisanom obliku i kome, gdje bi takvi podaci trebali biti čuvani i kako to utječe na organizaciju zdravstvene zaštite, te u javnom prostoru često spomenuti problem kada se ista osoba u javnoj zdravstvenoj ustanovi poziva na priziv savjesti, dok u privatnoj izvršava pobačaje. Također, navode primjer kako javne rasprave mogu potaknuti reakciju institucija, podsjećajući na reakciju Ministarstva zdravstva u 2014. godini koje je, pod pritiskom javnosti, poručilo kako su sve bolnice u Mreži javne zdravstvene službe koje obavljaju djelatnost ginekologije dužne osigurati pružanje usluga prekida trudnoće. Ipak, ističu da takve sporadične javne rasprave o pobačaju i prizivu savjesti obično rezultiraju sukobom suprotstavljenih pogleda, što ne vodi ničem novom i nikad se ne pretvara u dijalog te da bi za dobro upravljanje javnim raspravama trebalo težiti pretvaranju sukoba u produktivan dijalog, kao i to da bi takve javne rasprave trebale biti više usmjerene na pronalazak rješenja. Također, smatraju da bi rješenje trenutne situacije trebalo biti temeljeno na ispravnim istraživačkim podacima o praksi priziva savjesti, čiji su preduvjet čestiti profesionalni mehanizmi samoregulacije koji ne bi smjeli ostaviti prostor sumnji na zloupotrebu priziva savjesti. Zaključuju kako bi Ministarstvo zdravstva zajedno s medicinskom strukom trebalo pomoći u stvaranju i implementaciji mogućih rješenja te da bi organizacija zdravstvene zaštite svima trebala omogućiti jednak pristup svim uslugama propisanim zakonima i podzakonskim propisima, na transparentan način, uzimajući u obzir osobna uvjerenja i medicinskih stručnjaka i pacijenata. Naglašavaju kako bi praksa priziva savjesti i protokoli trebali biti jasno definirani i implementirani kako bi se izbjegla zloupotreba, a kao polazište predlažu provođenje znanstveno utemeljenog istraživanja o vrijednostima hrvatskog stanovništva vezanim uz svakodnevni život i zdravstvene prakse.

### **6.19. Polemika - priziv savjesti u intenzivnoj medicini i jedinicama intenzivne skrbi**

Donošenje zahtjevnih odluka dio je svakodnevice liječnika u jedinicama intenzivne skrbi, a te odluke često nisu lišene etičkih dvojbi. Iako se priziv savjesti i u literaturi najčešće spominje u kontekstu reproduktivnih zdravstvenih usluga, značajan je i u radu onih medicinskih djelatnika koji se svakodnevno susreću s pitanjima održavanja pacijenata na životu i kraja života. Većina zakona i smjernica, kada propisuju pravila i donose preporuke vezane uz korištenje prava na priziv savjesti, odnose se na sve liječnike ili na sve medicinske djelatnike.

Stoga ovdje posebno ističem smjernice o prizivu savjesti u jedinicama intenzivne skrbi koje je predložilo Američko torakalno društvo (ATS) 2015. godine (64) zbog zanimljivog i studioznog

pristupa koji im je prethodio, a opisan je u citiranom radu. Skupina autora ističe kako su predložene smjernice konzistentne s onima drugih organizacija, poput onih Američkog društva opstetričara i ginekologa (ACOG), no pružaju specifičnije upute za procjenu i upravljanje prizivom savjesti u ustanovama intenzivne skrbi.

U analizi promišljanja koja su prethodila donošenju smjernica opisuju kako su razlozi u korist omogućavanja priziva savjesti u intenzivnoj medicini bili zaštita moralnog integriteta liječnika, poštivanje liječničke autonomije, unaprjeđenje kvalitete medicinske skrbi i identificiranje potrebnih promjena u profesionalnim normama i praksama. S druge strane, poštivanje temeljnih profesionalnih obveza, zaštita ranjivih pacijenata, sprječavanje pretjeranih zahtjeva spram drugih kliničara i zdravstvenih institucija te izbjegavanje uvredljivih diskriminacija bili su razlozi protiv omogućavanja priziva savjesti.

Kako bi postigli ravnotežu između dva etička cilja - zaštite pacijentovog pristupa legalnim, profesionalno prihvaćenim i inače dostupnim medicinskim uslugama i zaštite liječničkog moralnog integriteta - razvili su četiri preporuke za uspostavu smjernica o prizivu savjesti u intenzivnoj medicini.

U prvoj preporuci ističu kako bi se praksom priziva savjesti u jedinicama intenzivne skrbi trebalo upravljati kroz institucionalne mehanizme, a ne *ad hoc* od strane liječnika te kako bi zdravstvene ustanove trebale razviti i implementirati procedure koje potiču upravljanje pitanjem priziva savjesti na način da se on predvidi te da postoje jasni postupci o načinu na koji će se pristupiti u onim slučajevima u kojima nije bio predvidiv.

Zatim preporučuju da ustanove omoguće priziv savjesti u JIL-u ako to neće ometati pacijentov ili opunomoćenikov pravovremen pristup medicinskim uslugama ili informacijama, ako neće stvoriti pretjerane poteškoće drugim kliničarima ili ustanovi te ako priziv nije temeljen na uvredljivoj diskriminaciji.

Treća preporuka odnosi se na slučajeve kada liječnik izražava priziv savjesti na pružanje potencijalno neprikladnih ili uzaludnih medicinskih postupaka, no naglašavaju kako to ne bi trebalo smatrati dovoljnim opravdanjem za jednostrano odustajanje od liječenja ukoliko to pacijent ili opunomoćenik ne žele. Ipak, ostavljaju prostor da liječnik može koristiti priziv savjesti na način da zatraži od ustanove osobno izuzeće od pružanja medicinske usluge.

U završnoj preporuci zaključuju da bi ustanove trebale promovirati otvoreni moralni dijalog, unaprijediti mjere kako bi se minimalizirala moralna patnja i njegovati kulturu koja poštuje različite vrijednosti u okruženju intenzivne skrbi.

I dok dio medicinske zajednice zagovara uređenje prava na priziv savjesti na razini pojedinca, Američko torakalno društvo je zaključilo kako je razvijanje institucionalne strategije upravljanja prizivom savjesti ono što najbolje obećava istovremenu zaštitu pacijentova pristupa legalnim,

profesionalno prihvaćenim i inače dostupnim medicinskim uslugama te zaštitu kliničara u intenzivnoj skrbi od nepotrebnog pritiska da djeluju protiv vlastite savjesti. Strategija koju predlažu za upravljanje praksom priziva savjesti u ustanovama sastoji se od sedam komponenata i uključuje: unaprijed identificirati predvidive prizive savjesti; provoditi pravodobnu, nepristranu i neovisnu procjenu priziva savjesti; prikazati medicinske mogućnosti i pružati neprekinutu medicinsku skrb; uspostaviti protokole za siguran i pravovremen prijenos skrbi o pacijentu kao optimalan mehanizam za omogućavanje priziva savjesti; opisati mehanizam za pravovremene i transparentne evaluacije žalbi pacijenata, opunomoćenika i liječnika; institucionalne ili legalne posljedice po one liječnike koji odbiju pružiti legalnu, profesionalno prihvaćenu i inače dostupnu medicinsku uslugu u slučajevima kada priziv savjesti ne može biti omogućen; uspostaviti mehanizam za rutinski periodični retrospektivni osvrt slučajeva priziva savjesti.

Zaključuju kako bi se zaštita moralnog integriteta kliničara trebala smatrati važnim ciljem u ustanovama intenzivne skrbi i tvrde da se to može postići omogućavajući kliničarima priziv savjesti i njegovanjem kulture koja promiče otvoreni moralni dijalog. Dodaju i kako poštivanje savjesti liječnika može unaprijediti ukupnu kvalitetu medicinske skrbi u jedinicama intenzivne skrbi.

## **6.20. Polemika - priziv savjesti i eutanazija**

Suočavanje sa smrću osjetljivo je razdoblje u životu svake osobe i njezinih bližnjih. Ako je k tome obilježeno dugotrajnom bolešću i patnjom, pomisao kako bi bilo bolje da se takve muke što prije završe nije strana velikom broju ljudi. Kvaliteta života mnogima postaje mjerilo za svrhovitost tog istog života, a bol i patnja, često se tako razumijeva, narušavaju oboje. Osim toga, suočavanje sa smrću nešto je čemu moderan čovjek kroz život više ili manje uspješno uspijeva izbjeći uslijed napretka medicine, ali i čestog prepuštanja brige o umirućima zdravstvenim ili drugim specijaliziranim ustanovama. Još prije pedesetak godina, potvrdit će stariji, briga o umirućima i briga o mrtvom tijelu za pokop bili su dužnost članova obitelji. Doticaj današnjeg čovjeka sa smrću, prije nego što mu vlastita pokuca na vrata, često je dalek, posredan i neopipljiv. Takav razvoj događaja zasigurno je doprinio sve češćim raspravama o eutanaziji kao nečemu što osigurava mirnu, bezbolnu i, kako to vole reći podupiratelji eutanazije, dostojanstvenu smrt. S druge strane, razumijevanje boli i patnje kao žrtve koja ima svoju svrhu česta je u religioznih osoba koje kraj života ne promatraju kao nešto konačno.

Medicina, još uvijek u većini društava, kao odgovor na navedene poteškoće i potrebe nudi palijativnu medicinu i palijativnu skrb koje ujedinjuju cjelovit pristup osobi i nastoje razumjeti potrebe svake pojedine osobe, unaprjeđuju kvalitetu života, umanjuju bol i patnju te osiguravaju prirodan i dostojanstven tijek na kraju života. Ipak, pojedina društva integrirala su u medicinu čin eutanazije, suprotno višetisućljetnoj tradiciji i okosnici tradicionalnog pristupa - Hipokratovoj zakletvi (20), u kojoj među ostalim stoji: „Nikome neću, makar me za to i molio, dati smrtonosni otrov, niti ću mu za nj dati savjet.“

Eutanazija, izraz koji dolazi iz grčkog jezika i znači „dobra smrt“ (65), čin je namjernog okončanja čovjekova života radi ublažavanja patnje (66). Razlikujemo aktivnu i pasivnu eutanaziju. Aktivna eutanazija odnosi se na namjerni čin liječnika koji obično uključuje davanje smrtonosnih lijekova te ju možemo dodatno podijeliti na dobrovoljnu eutanaziju koja se izvršava na zahtjev pacijenta, nedobrovoljnu koja se izvršava kad pacijent nije u mogućnosti donijeti odluku te prisilnu bez pristanka pacijenta, dok se pasivna eutanazija odnosi na uskraćivanje ili odustajanje od liječenja nužnog za održavanje života (67). U novije vrijeme, uz eutanaziju, sve se više govori o samoubojstvu uz pomoć liječnika, pri kojem liječnik pruža sredstva pomoću kojih pacijent može završiti svoj život, obično na način da liječnik propiše smrtonosni lijek koji pacijent sam primjenjuje (67). I dok su u većini zemalja svi oblici aktivne eutanazije ili samoubojstva uz pomoć liječnika ilegalni, manji broj zemalja napravio je zaokret u shvaćanju uloge medicine na kraju ljudskog života te legalizirao neki od oblika namjernog izazivanja smrti i time doprinio sve većem broju rasprava o ispravnosti takvog puta. Tako je aktivna eutanazija legalna u Nizozemskoj, Belgiji, Kolumbiji, Luksemburgu i Kanadi, a samoubojstvo uz pomoć liječnika ili potpomognuto samoubojstvo legalno je u Švicarskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj, australskoj državi Victoria i u američkim saveznom državama Washington, Oregon, Colorado, Havaji, Vermont, Maine, New Jersey, Kalifornija i u okrugu Columbia (68). Stoga i rasprave o prizivu savjesti liječnika i drugih medicinskih djelatnika spram eutanazije i potpomognutog samoubojstva najčešće dolaze upravo iz tih zemalja, ili iz zemalja u kojima se vodi javna rasprava o mogućnosti ozakonjenja navedenih postupaka.

Kroz ovaj rad pitanje priziva savjesti medicinskih djelatnika u slučajevima eutanazije i potpomognutog samoubojstva provlačilo se kroz kontekst kraja života, svrhe medicine kao djelatnosti koja nastoji očuvati zdravlje i život te integriteta liječnika. U ovom dijelu dodatno iznosim novije rasprave koje su se odvijale u Kanadi, a zanimljive su u kontekstu kanadskog društva, uz kojeg se najčešće vezuju pridjevi liberalno i tolerantno.



Za početak, zanimljiv je izvještaj L. Vogel (69) o anketi provedenoj 2015. godine među kanadskim liječnicima kako bi se dobio uvid u stavove o pružanju medicinske pomoći pri umiranju. Kako Vogel navodi, 2015. godine Vrhovni sud Kanade jednoglasno je presudio da pacijenti koji se suočavaju s nesnosnom patnjom od „teškog i neizlječivog zdravstvenog stanja“ imaju ustavno pravo na samoubojstvo uz pomoć liječnika te je praksu bilo potrebno regulirati do veljače 2016. godine. Kako bi liječnici trebali odgovoriti na novu pravnu stvarnost, raspravljalo se na Generalnom vijeću Kanadskog liječničkog udruženja (CMA) u kolovozu 2015. godine. Prema rezultatima ankete provedene među članovima CMA, liječnici su u najvećoj mjeri bili protiv pružanja medicinske pomoći pri umiranju. Naime, samo 29% ispitanih reklo je da bi razmotrilo pružanje medicinske pomoći u umiranju ako ih pacijent zatraži, 63% bi odbilo, a 8% je bilo neodlučno. Od onih koji bi razmotrili pružanje takve pomoći, manji dio njih bi to učinio u slučaju bolesti koja nije terminalna (43%) ili psihološke patnje (19%). Raznolikost mišljenja očitovala se i po pitanju što bi liječnik trebao učiniti ako odbije pacijentov zahtjev za medicinskom pomoći u umiranju, s obzirom na to da je 29 % reklo da ne bi trebali ništa učiniti, dok bi 19 % podržalo upućivanje pacijenta kolegi, 17 % neovisnoj trećoj strani, a 8 % medicinskom administratoru.

J. Fletcher u svom radu također iz 2015. godine (70), nastoji predvidjeti rasplet situacije po kanadske liječnike i pokazati zašto liječnici ne bi smjeli biti prisiljeni sudjelovati u postupcima medicinske pomoći pri umiranju. Poziva se upravo na gore spomenutu brojku od 63 % kanadskih liječnika koji bi odbili pružiti takvu uslugu te ističe kako bi se na taj način velik broj liječnika mogao naći u sukobu sa zakonom. Objašnjavajući kako Kanada ima dugu tradiciju poštivanja priziva savjesti, poziva na oprez prilikom prisiljavanja bilo koga, uključujući i liječnike, da djeluju protiv svog moralnog kompasa. Budući da je članak pisao prije ozakonjenja medicinske pomoći u umiranju i potpomognutog samoubojstva, upozoravao je kako retorika oko provedbe promjene navedenih zakona sugerira kako su prava pacijenata suprotstavljena pravima liječnika. Fletcher naglašava kako bi onemogućavanje priziva savjesti na medicinsku pomoć u umiranju i potpomognuto samoubojstvo bilo štetno za medicinsku profesiju te da onemogućavanje priziva savjesti nije nužno kako bi se osiguralo pacijentovo pravo na pristup ovoj vrsti skrbi. Kao usporedbu navodi i primjer usluge pobačaja koja je dostupna ženama u Kanadi, dok se istovremeno liječnici, koji ga ne žele izvršavati i ne žele biti dio procesa upućivanja, mogu izuzeti od navedenih postupka. Podsjeća kako je medicinska profesija samu sebe definirala još od vremena Hipokrata kao onu koja „nikome neće dati otrov“ te da to povjerenje čini bitnu pozadinu odnosa između liječnika i pacijenta tijekom okončanja života. Zaključuje kako to što kanadsko društvo dopušta liječnicima

redefiniranje svoje uloge, ne bi trebalo primorati većinu liječnika koji to ne žele da odustanu od svojih uvjerenja.

S Fletcherom se slaže i T. P. Bouchard (71) te dodaje da bi za liječnika koji se poziva na priziv savjesti, upućivanje drugom liječniku za postupak na koji ulaže priziv, bio oblik sudjelovanja i odobravanje procesa kojeg vidi kao neprihvatljivog zdravstvenoj skrbi. Poziva na odmak od konformizma i poštivanje različitosti u takvim slučajevima te kaže: „Za liječnika koji vjeruje u praćenje pacijenta do prirodne smrti, eutanazija i potpomognuto samoubojstvo oblici su napuštanja pacijenta - odustajanje od kreativnog procesa kojim traži sve medicinske i nemedicinske načine pružanja suosjećajne, usmjerene na pacijenta i dostojanstvene skrbi na kraju života.“

Skupina stručnjaka u članku pod nazivom „Zašto priziv savjesti zaslužuje poštivanje“ (72) ističe važnost komentara J. Fletchera o dugovječnoj toleranciji unutar kanadske zdravstvene zajednice te analizira dodatne razloge zašto je potrebno poštivati priziv savjesti u slučaju smrti uz pomoć liječnika. Ističu kako ne postoji u kanadskom pravu ili medicinskoj etici dužnost liječnika da pruži pristup tzv. medicinskoj pomoći u umiranju te se pozivaju na Carter odluku (73) kojom je Vrhovni sud Kanade izričito naveo kako ozakonjenje smrti uz pomoć liječnika ne podrazumijeva dužnost liječnika da ju pruže. Zatim se pozivaju na činjenicu da liječnici često odbijaju određena liječenja koja smatraju nekorisnima ili štetnima, a kako se sva takva odbijanja terapije temelje na etičkom uvjerenju da je cilj liječenja pružiti korist i ne škoditi, zaključuju kako su sva odbijanja liječenja stvar savjesti, čime impliciraju da je na taj način potrebno promatrati i odbijanje pružanja smrti uz pomoć liječnika. Smatraju i da etičko opravdanje smrti uz pomoć liječnika ostaje diskutabilno jer se oslanja na neizvjesne metafizičke pretpostavke o dobrobiti smrti i suprotstavlja općeprihvaćenim osnovnim moralnim intuicijama o neprocjenjivoj intrinzičnoj vrijednosti ljudi. Zbog izrazite mogućnosti da je smrt ostvarena uz pomoć liječnika neetična, smatraju da liječnike koji ulažu priziv savjesti ne bi trebalo prisiljavati da olakšaju pristup takvoj smrti svojim pacijentima. Napominju i kako su liječnici etički suodgovorni kada namjerno upute pacijenta na određeni postupak, pa objašnjavaju da će oni, koji smrt uz pomoć liječnika smatraju neetičnom, i upućivanje na takvu uslugu smatrati vrlo neprimjerenim postupkom koji bi narušavao njihov moralni integritet. Kao posljednji argument navode da nepoštivanje priziva savjesti daje prednost moralnom konformizmu u odnosu na moralni integritet, čime se potkopava pouzdanost profesije te pozivaju na poštivanje priziva savjesti, čime se prioritizira moralni integritet, a što može

potaknuti kvalitetnu zdravstvenu skrb, poboljšati sigurnost pacijenta te predstavlja temelj za povjerenje društva u profesiju.

Na kraju, vrijedi istaknuti stav Kanadskog medicinskog udruženja (CMA) (74) spram priziva savjesti u slučajevima medicinske pomoći u umiranju. Smatraju da liječnici moraju moći slijediti svoju savjest bez diskriminacije kada odlučuju hoće li pružiti medicinsku pomoć u umiranju ili pomoći oko nje. Izražavaju podršku liječnicima koji iz moralnih obveza prema pacijentima i bilo kojih drugih razloga savjesti neće sudjelovati u smjernicama za odlučivanje, procjenama prihvatljivosti ili pružanju medicinske pomoći u umiranju. Ističu kako će zdravstveni sustavi morati primijeniti lako dostupan mehanizam kojem pacijenti mogu imati izravan pristup kako bi se liječnici mogli pridržavati vlastitih moralnih obveza bez uzrokovanja nepotrebnog odgađanja za pacijente. Važna napomena odnosi se na mogućnosti zaposlenja liječnika. Naime, CMA smatra da odluka liječnika o sudjelovanju ili nesudjelovanju u bilo kojem ili svim aspektima medicinske pomoći u umiranju ne bi trebale utjecati na opće mogućnosti zaposlenja. Dodaju i kako pravo pacijenata da zatraže medicinsku pomoć pri umiranju ne prisiljava pojedine liječnike da je pruže. Dotiču se i učenika (studenata) i ističu kako bi trebali biti podjednako slobodni slijediti svoju savjest bez rizika po ocjene i napredovanje u osposobljavanju.

## 7. ZAKLJUČAK

U ovom radu prikazan je pregled novijih rasprava i promišljanja o prizivu savjesti u medicini, iz kojih se može zaključiti kako je većina medicinske zajednica sve svjesnija potrebe da se o prizivu savjesti razgovora te da se taj dijalog vodi u dobroj namjeri i otvorenog duha. Vidljivo je da medicinska zajednica prepoznaje izazove koji proizlaze iz činjenice da određeni medicinski postupak, na koji pacijent ima zakonsko pravo, zdravstveni djelatnik može odbiti izvršiti ili pružiti na temelju vlastite savjesti. Analiza i pregled literature pokazali su raznolikost stavova i obrazloženja istih, pri čemu je većina autora ipak sklonija omogućiti priziv savjesti, barem u nekoj mjeri. Ipak, da bi se takav zaključak donio sa sigurnošću, potrebna bi bila sustavna analiza. Iako je riječ o novijim promišljanjima i raspravama, uglavnom onima u zadnjih 10 godina, s ponekom iznimkom u slučajevima u kojima se mnogo autora novijih radova bavilo argumentacijom značajnog rada starijeg od 10 godina, ta su promišljanja još uvijek dominantno usmjerena na već dobro poznate bioetičke izazove vezane uz početak i kraj života. No, kako su upravo to izazovi s kojima se najveći broj medicinskih djelatnika susreće u svakodnevnom radu, posve je očekivano da je tako. Ipak, sigurno je da razvoj medicine i biotehnologije svakim danom donosi nove bioetičke izazove i moralne dileme zbog kojih će medicinski djelatnici, u namjeri da ostanu i „moralni djelatnici“, morati tragati za istinitim i dobrim kako bi očuvali vlastiti moralni integritet, plemenit poziv liječničkog zvanja i moralno djelovanje usmjereno na dobrobit pacijenata.

I za kraj, voljela bih završiti jednim retkom koji mi se svidio jer mislim da pogađa bit - bit medicine i bit života: „Djelovati savjesno u srcu je etičkog života i u mjeri u kojoj liječnici odustaju od toga, oni više ne djeluju kao moralni djelatnici.“ (75)

## 8. ZAHVALE

Od srca zahvaljujem svojoj mentorici prof. dr. sc. Ani Borovečki na iskazanoj srdačnosti, susretljivosti, pomoći i razumijevanju u svakom trenutku suradnje na ovom radu. Tijekom cijelog fakultetskog obrazovanja, bez obzira radilo se o obaveznim ili izbornim predmetima, širina znanja i razina stručnosti koju je prof. Borovečki dijelila s nama na nastavi uvijek su bili dojmljivi i motivirajući.

Za bezuvjetnu ljubav, neizmjernu podršku, obilje razumijevanja i tisuće molitvi nikad neću moći dovoljno zahvaliti svojoj obitelji - mami Jasni, bratu Mislavu, sestri Ani, baki Ljubici i djedu Marijanu. Hvala im što su uvijek bili moji najvjerniji navijači i što su mi uvijek davali razlog za radost i smijeh. Ovo je naša zajednička diploma.

Za prijateljstvo zahvaljujem dragim prijateljicama s kojima sam dijelila gotovo sve najljepše i najteže trenutke studiranja, kao i ostalim dragim prijateljima koji su uvijek bili tu za mene i donosili mi radost. Mnogo je prekrasnih ljudi obogatilo moj život posljednjih godina, na čemu sam istinski zahvalna.

## 9. LITERATURA

1. Čizmić J. Pravo zdravstvenih radnika na „priziv savjesti“. Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci [Internet]. 2016 [pristupljeno 20.08.2020.];37(1):753-786.  
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/161345>
2. Markeljević J. Predavanje “Savjest i priziv savjesti” [Internet]. 2015 [pristupljeno 24. 8. 2020.]; Dostupno na: <https://www.hkld.hr/11-vijesti/129-cjelovito-predavanje-prof-markeljevic-savjest-i-priziv-savjesti>
3. Sulmasy DP. What is conscience and why is respect for it so important?. *Theor Med Bioeth.* 2008;29(3):135-149. doi:10.1007/s11017-008-9072-2
4. Childress JF. Appeals to conscience. *Ethics* 1979;89:315–35.
5. Mill, JS. *Three Essays: On Liberty, Representative Government, The Subjection of Women* ed. Jack Stillinger. New York: Oxford University Press; 1975, 5-141
6. Kaldjian LC. Understanding Conscience as Integrity: Why Some Physicians Will Not Refer Patients for Ethically Controversial Practices. *Perspect Biol Med.* 2019;62(3):383-400. doi:10.1353/pbm.2019.0022
7. Kaldjian, LC. *Practicing Medicine and Ethics: Integrating Wisdom, Conscience, and Goals of Care.* Cambridge: Cambridge University Press; 2014  
doi:10.1017/CBO9780511997891
8. Neal M, Fovargue S. Conscience and Agent-Integrity: A Defence of Conscience-Based Exemptions in the Health Care Context. *Med Law Rev.* 2016;24(4):544-570.  
doi:10.1093/medlaw/fww023
9. Neal M, Fovargue S. Is conscientious objection incompatible with healthcare professionalism?. *New Bioeth.* 2019;25(3):221-235.  
doi:10.1080/20502877.2019.1651935
10. Wicclair MR. Conscientious Objection, Moral Integrity, and Professional Obligations. *Perspect Biol Med.* 2019;62(3):543-559. doi:10.1353/pbm.2019.0032
11. Puppink, G. *Conscientious Objection and Human Rights. A Systematic Analysis,* 2017. <https://doi.org/10.1163/9789004341609>
12. Wicclair MR. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis.* Cambridge: Cambridge University Press; 2011. doi:10.1017/CBO9780511973727
13. Shanawani H. The Challenges of Conscientious Objection in Health care. *J Relig Health.* 2016;55(2):384-393. doi:10.1007/s10943-016-0200-4

14. Wikipedia contributors. Superior orders. Wikipedia, The Free Encyclopedia. July 17, 2020, 05:09 UTC. Pristupljeno 05.09.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Superior\\_orders&oldid=968089396](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Superior_orders&oldid=968089396).
15. Opća deklaracija o ljudskim pravima, NN 12/2009. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2009\\_11\\_12\\_143.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/medunarodni/2009_11_12_143.html)
16. (Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, pročišćeni tekst. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: [https://www.zakon.hr/z/364/\(Europska\)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda](https://www.zakon.hr/z/364/(Europska)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda)
17. Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima, [Internet]. 1966. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: [https://pravosudje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Pravo%20na%20pristup%20in formacijama/Zakoni%20i%20ostali%20propisi/UN%20konvencije/Medjunarodni\\_pakt\\_o\\_gradjanskim\\_i\\_politickim\\_pravima\\_HR.pdf](https://pravosudje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Pravo%20na%20pristup%20in formacijama/Zakoni%20i%20ostali%20propisi/UN%20konvencije/Medjunarodni_pakt_o_gradjanskim_i_politickim_pravima_HR.pdf)
18. Povelja Europske unije o temeljnim pravima, [Internet]. 2000. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/PDF/?uri=CELEX:12016P/TXT&from=EN>
19. Ustav Republike Hrvatske, pročišćeni tekst. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>
20. Wikipedia contributors. Hippocratic Oath. Wikipedia, The Free Encyclopedia. August 25, 2020, 02:03 UTC. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocratic\\_Oath&oldid=974794296](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Hippocratic_Oath&oldid=974794296).
21. Wikipedia contributors. Declaration of Geneva. Wikipedia, The Free Encyclopedia. July 11, 2020, 03:58 UTC. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Declaration\\_of\\_Geneva&oldid=967098196](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Declaration_of_Geneva&oldid=967098196).
22. Vargić H. Istina o prizivu savjesti (1): Nije ga 'izmislio' papa, utemeljen je u međunarodnom pravu, a postoji i u profesionalnoj vojsci. [Internet]. 1.9.2019. Pristupljeno 24.08.2020.; Dostupno na: <https://www.bitno.net/academicus/filozofija-academicus/istina-o-prizivu-savjesti-nije-ga-izmislio-papa-utemeljen-je-u-medunarodnom-pravu-a-postoji-i-u-profesionalnoj-vojsci/>
23. de la Hougue C. The Deconstruction of the Veil Law on Abortion, European Center for Law and Justice. [Internet]. Pristupljeno 24.08.2020.; Dostupno na: <https://eclj.org/la-dconstruction-de-la-loi-veil/french-institutions/la-dconstruction-de-la-loi-veil>

24. Parlamentarna skupština Vijeća Europe. Rezolucija 1763, Pravo na prigovor savjesti u legalnoj medicinskoj skrbi, st .1. [Internet]. 7.10.2010. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909&lang=en#>
25. Parlamentarna skupština Vijeća Europe. Rezolucija 1928, Očuvanje ljudskih prava u vezi s vjerom i uvjerenjem i zaštita vjerskih zajednica od nasilja, st 9.10. [Internet]. 24.4.2013. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=19695&lang=en>
26. Resolution on 'Conscientious Objection'. Reviewed and approved by the FIGO Executive Board, September 2005, and adopted by the FIGO General Assembly on 7 November 2006. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://www.figo.org/resolution-conscientious-objection-2006>
27. Zakon o liječništvu, pročišćeni tekst zakona. NN 121/03, 117/08. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/405/Zakon-o-lije%C4%8Dni%C5%A1tvu>
28. Kodeks medicinske etike i deontologije. NN 55/08, 139/15. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://www.hlk.hr/kodeks-medicinske-etike-i-deontologije.aspx>
29. Etički kodeks primalja. NN 120/08. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <https://www.komora-primalja.hr/datoteke/Eticki%20kodeks%20primalja%2022%2004%202011.pdf>
30. Kodeks ljekarničke etike i deontologije. [Internet]. Pristupljeno 25.08.2020.; Dostupno na: <http://www.hljik.hr/Okomori/Op%C4%87iaktikomore/Kodeks/tabid/234/Default.aspx>
31. Weinstock D. Conscientious refusal and health professionals: does religion make a difference?. *Bioethics*. 2014;28(1):8-15. doi:10.1111/bioe.12059
32. Powell K. Reasonable Accommodation of Conscientious Objection in Health Care Is Morally and Legally Required. *Perspect Biol Med*. 2019;62(3):489-502. doi:10.1353/pbm.2019.0028
33. Saad TC. Conscientious Objection and Clinical Judgement: The Right to Refuse to Harm. *New Bioeth*. 2019;25(3):248-261. doi:10.1080/20502877.2019.1649863
34. Gamble NK, Pruski M. Medical Acts and Conscientious Objection: What Can a Physician be Compelled to Do?. *New Bioeth*. 2019;25(3):262-282. doi:10.1080/20502877.2019.1649871
35. Sulmasy DP. Tolerance, Professional Judgment, and the Discretionary Space of the



- Physician. *Camb Q Healthc Ethics*. 2017;26(1):18-31.  
doi:10.1017/S0963180116000621
36. Wyller VB. Conscientious objection and the liberal dilemma. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2014;134(5):504-505. Published 2014 Mar 11. doi:10.4045/tidsskr.14.0221
37. Wikipedia contributors. *Burwell v. Hobby Lobby Stores, Inc.*. Wikipedia, The Free Encyclopedia. September 1, 2020, 03:49 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na:  
[https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Burwell\\_v.\\_Hobby\\_Lobby\\_Stores,\\_Inc.&oldid=976086883](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Burwell_v._Hobby_Lobby_Stores,_Inc.&oldid=976086883).
38. McConnell D. Conscientious objection in healthcare: How much discretionary space best supports good medicine?. *Bioethics*. 2019;33(1):154-161.  
doi:10.1111/bioe.12477
39. Zampas C. Legal and ethical standards for protecting women's human rights and the practice of conscientious objection in reproductive healthcare settings. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123 Suppl 3:S63-S65. doi:10.1016/S0020-7292(13)60005-3
40. Chavkin W, Leitman L, Polin K; for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;123 Suppl 3:S41-S56. doi:10.1016/S0020-7292(13)60002-8
41. Stahl RY, Emanuel EJ. Physicians, Not Conscripts - Conscientious Objection in Health Care. *N Engl J Med*. 2017;376(14):1380-1385. doi:10.1056/NEJMsb1612472
42. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. 2006;332(7536):294-297.  
doi:10.1136/bmj.332.7536.294
43. British Medical Association. Expressing your personal beliefs as a doctor  
Guidance on conscientious objection and expressing your religious and cultural views when practising as a doctor. [Internet]. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na:  
<https://www.bma.org.uk/advice-and-support/ethics/personal-ethics/expressing-your-personal-beliefs-as-a-doctor>
44. Schuklenk U, Smalling R. Why medical professionals have no moral claim to conscientious objection accommodation in liberal democracies. *J Med Ethics*. 2017;43(4):234-240. doi:10.1136/medethics-2016-103560
45. Neal M. Conscientious objection, 'proper medical treatment' and professionalism: the limits of accommodation for conscience in healthcare. In Adenitire J, editor, *Religious Beliefs and Conscientious Exemptions in a Liberal State*. Cambridge. 2019. p. 135-156

46. Giubilini A. The paradox of conscientious objection and the anemic concept of 'conscience': downplaying the role of moral integrity in health care. *Kennedy Inst Ethics J.* 2014;24(2):159-185. doi:10.1353/ken.2014.0011
47. AMA. Code of medical ethics. [Internet]. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/code-medical-ethics-overview>
48. Wicclair, M. Conscientious Refusals by Hospitals and Emergency Contraception. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2011; 20(1), 130-138. doi:10.1017/S0963180110000691
49. Morrell KM, Chavkin W. Conscientious objection to abortion and reproductive healthcare: a review of recent literature and implications for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015;27(5):333-338. doi:10.1097/GCO.0000000000000196
50. Munthe C, Nielsen ME. The Legal Ethical Backbone of Conscientious Refusal. *Camb Q Healthc Ethics.* 2017;26(1):59-68. doi:10.1017/S0963180116000645
51. MSD Priručnik dijagnostike i terapije. Inducirani pobačaj. [Internet]. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/ginekologija/planiranje-obitelji/inducirani-pobacaj>
52. Wikipedia contributors. Abortion. *Wikipedia, The Free Encyclopedia.* August 26, 2020, 06:24 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Abortion&oldid=975010327>.
53. Wikipedia contributors. Timeline of reproductive rights legislation. *Wikipedia, The Free Encyclopedia.* July 8, 2020, 17:19 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Timeline\\_of\\_reproductive\\_rights\\_legislation&oldid=966700743](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Timeline_of_reproductive_rights_legislation&oldid=966700743).
54. United Nations. International Conference on Population and Development Programme of Action. [Internet]. 2014; Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf)
55. R.R. v. Poland, App. No. 27617/04, Eur. Ct. H.R., para. 206. [Internet]. 2011. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: <http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-104911>
56. Centar za reproduktivna prava. [Internet]. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
57. Bitzer J. Conscientious objection – to be or not to be, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016; 21:3, 195-197, DOI: 10.3109/13625187.2016.1156246
58. Lertxundi, R., Ibarondo, O., Merki-Feld, G. S., Rey-Novoa, M., Rowlands, S., & Mar,

- J. Proposal to inform European institutions regarding the regulation of conscientious objection to abortion. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2016; 21(3), 198–200. doi:10.3109/13625187.2015.1135897
59. Fiala C, Gemzell Danielsson K, Heikinheimo O, Guðmundsson JA, Arthur J. Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(3):201-206. doi:10.3109/13625187.2016.1138458
60. General Medical Council. Personal beliefs and medical practice. [Internet]. Pristupljeno 26.08.2020.; Dostupno na: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/personal-beliefs-and-medical-practice/personal-beliefs-and-medical-practice>
61. Blackshaw B.P, Rodger D. Questionable benefits and unavoidable personal beliefs: defending conscientious objection for abortion. *J Med Ethics*. 2020;46(3):178-182. doi:10.1136/medethics-2019-105566
62. Montgomery J. Conscientious objection: personal and professional ethics in the public square. *Med Law Rev*. 2015;23(2):200-220. doi:10.1093/medlaw/fwv013
63. Borovečki A, Babić-Bosanac S. Discourse, ethics, public health, abortion, and conscientious objection in Croatia. *Croat Med J*. 2017;58(4):316-321.
64. Lewis-Newby M, Wicclair M, Pope T, et al. An official American Thoracic Society policy statement: managing conscientious objections in intensive care medicine. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191(2):219-227. doi:10.1164/rccm.201410-1916ST
65. Wikipedia contributors. Euthanasia. Wikipedia, The Free Encyclopedia. August 24, 2020, 20:54 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na: <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Euthanasia&oldid=974757393>.
66. NHS. Euthanasia and assisted suicide. [Internet]. Pristupljeno 27.08.2020.; Dostupno na: <https://www.nhs.uk/conditions/euthanasia-and-assisted-suicide/>
67. Annadurai K, Danasekaran R, Mani G. 'Euthanasia: right to die with dignity'. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(4):477-478. doi:10.4103/2249-4863.148161
68. Wikipedia contributors. Legality of euthanasia. Wikipedia, The Free Encyclopedia. September 4, 2020, 12:43 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Legality\\_of\\_euthanasia&oldid=9766947](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Legality_of_euthanasia&oldid=9766947)
- 85.
69. Vogel L. Many doctors won't provide assisted dying. *CMAJ*. 2015;187(13):E409-E410. doi:10.1503/cmaj.109-5136
70. Fletcher, J. Right to die in Canada: respecting the wishes of physician conscientious

- objectors. Canadian Medical Association Journal, 2015; 187(18), 1339–1339.
71. Bouchard TP. Respecting diversity: tolerating conscientious objection. CMAJ. 2016;188(9):675. doi:10.1503/cmaj.1150104
72. Goligher EC, Del Sorbo L, Cheung AM, et al. Why conscientious objection merits respect. CMAJ. 2016;188(11):822-823. doi:10.1503/cmaj.1150113
73. Wikipedia contributors. Carter v Canada (AG). Wikipedia, The Free Encyclopedia. June 9, 2020, 08:09 UTC. Pristupljeno 06.09.2020.; Dostupno na: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Carter v Canada \(AG\)&oldid=961577833](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Carter_v_Canada_(AG)&oldid=961577833).
74. Canadian Medical Association. Medical assistance in dying. [Internet]. Pristupljeno 27.08.2020.; Dostupno na: <https://policybase.cma.ca/en/permalink/policy13698>
75. Curlin, F.A., Lawrence, L.E., and Lantos, J.D. The Authors Reply. Correspondence: Religion, conscience and controversial practices. New England journal of medicine, 2007; 356 (18), 1889–1892.

## 10. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 14. 5. 1993. godine u Zagrebu, gdje sam živjela dio djetinjstva i završila prva četiri razreda osnovne škole. Drugi dio djetinjstva živjela sam u prekrasnom gradiću Klanjcu u Hrvatskom zagorju, gdje sam završila osnovnoškolsko obrazovanje. Obrazovni put nastavila sam u Gimnaziji Antuna Gustava Matoša u Zaboku, prije nego što sam se, upisavši Medicinski fakultet, ponovno vratila u Zagreb.

Moj put tijekom studija medicine zasigurno nije bio tipičan jer sam uvijek imala široke interese i izraženu želju za aktivnim doprinosom društvu već kroz studij. Tako sam tijekom gotovo cijelog studiranja bila aktivna članica *Međunarodne udruge studenata medicine Hrvatska* (CroMSIC), a najdražim razdobljem istaknula bih ono od ožujka 2016. do listopada 2017. godine kada sam bila lokalni dužnosnik u Odboru za ljudska prava i mir. U tom sam razdoblju bila supredsjednica organizacijskog odbora *3. simpozija o ljudskim pravima* (2016.) na temu dječjih prava te predsjednica organizacijskog odbora *4. simpozija o ljudskim pravima* (2017.) na temu prava i obaveza liječnika i pacijenata, oba međunarodnog karaktera. Organizirala sam i bila dio još mnogih studentskih akcija i inicijativa poput one „Medicinari velikog srca“ (2016.). Još jedan projekt koji je značajno obilježio moje studiranje te ga smatram izrazito vrijednim jest „Pogled u sebe – promicanje mentalnog zdravlja mladih“ u kojem sam sudjelovala od samih početaka 2015. godine pa sve do 2019. godine. U tom sam razdoblju, kao edukatorica mentalnog zdravlja, vodila cikluse radionica o mentalnom zdravlju u trećim razredima srednjih škola te sam bila članica organizacijskog odbora prvog i drugog simpozija o mentalnom zdravlju „Slušam te“ (2016., 2017.). Za aktivan rad na projektu „Pogled u sebe“ dobila sam Rektorovu nagradu za društveno koristan rad u akademskoj i široj zajednici (2018. / 2019.). Volontirala sam u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti dječje dobi u Gornjoj Bistri preko Studentske sekcije za pedijatriju te sam bila pratnja studentima tijekom terenske nastave u navedenoj bolnici u sklopu predmeta Temelji liječničkog umijeća 5.

Tijekom studija neprocjenjiva životna i profesionalna iskustva stekla sam na profesionalnoj razmjeni u Lisabonu, Portugal, u bolnici *Hospital de Santa Maria* na odjelu ginekologije i opstetricije (kolovoz 2017.) te na znanstvenoj razmjeni u Montrealu, Kanada, na Institutu za mentalno zdravlje Douglas na Sveučilištu McGill (kolovoz 2019.).

Predsjednica sam Svjetskog saveza mladih Hrvatska od prosinca 2019. godine, gdje bih kao najdraže iskustvo posebno istaknula organizaciju tri izdanja *Ljetne škole bioetike i ljudskih prava* u Šibeniku (2018., 2019., 2020.), kroz što sam usvojila vrijedna životna znanja i vještine.