

MEDICÍNSKA ETIKA A BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS ÚSTAVU
MEDICÍNSKEJ ETIKY
A BIOETIKY

JOURNAL
OF THE INSTITUTE
OF MEDICAL ETHICS
& BIOETHICS

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
July - August 1994 Vol. 1 No. 4

OBSAH / CONTENTS

- Od redakcie/Editorial 1
- Plánované podujatia/Forthcoming Events 2
- Etika v ošetrovatelstve/Ethics in Nursing 2
 - Sestry, profesia sestry a etické problémy *F. J. Fitzpatrick*
- Etické komisie/Ethics Committees 5
 - Niektoré aspekty publikačnej etiky v biomedicínskom výskume *M. Sámel*
- Dokumenty a materiály/Documents and Materials 6
 - International Code of Medical Ethics (World Medical Association)/ Medzinárodný kódex medicínskej etiky (Svetová asociácia lekárov) 6
 - Declaration of the Prague Conference on Ethical and Legal Aspects of Organ Transplantation, Prague, May 5 - 7, 1994/Deklarácia z pražskej konferencie o etických a právnych aspektoch orgánových transplantácií, Praha, 5. - 7. mája 1994 7
- Materiály z kurzov ÚMEB/Materials from the Courses of IMEB 8
 - Drug Addiction: Ethical and Legislative Aspects *U. Filibeck*
- Z kongresov a konferencií/Congresses and Conferences 11
 - Konzultačné stretnutie krajín s prebiehajúcou transformáciou ekonomiky o Medzinárodnej konferencii o populácii a rozvoji (Káhira, sept. 1994), Budapešť, 19. - 20. júla 1994 *J. Glasa*

OD REDAKCIE / EDITORIAL

Vážené kolegyně, kolegovia,

Júl '94

prázdninové číslo časopisu sa Vám prihovára dvoma inováciami. Počnúc ME&B č. 4/1994 sa budú v ňom viac menej pravidelne objavovať dve nové rubriky. Prvou z nich je "Etika v ošetrovatelstve", ktorou sa redakcia chce prihovoriť predovšetkým našim zdravotným sestram, ale aj ostatným zdravotníkom, ktorým leží na srdci zlepšenie, poľudštenie starostlivosti o našich pacientov. Ide nám aj o spoločné znovuobjavovanie potrebnej profesionálnej identity, prehlbovanie etickej, humánnej kompetencie a uvedomovanie si nezastupiteľnej zodpovednosti, dôstojnosti a hlbokých ľudských skutočností, prítomných v naplnení nenahraditeľného poslania zdravotníckych pracovníkov. Otvorením tejto rubriky redakcia chce tiež poskytnúť priestor pre Vaše názory a skúsenosti, ako aj pre artikulovanie etických otázok a problémov v ošetrovatelstve. Sme presvedčení, že okrem nevyhnutného zlepšovania ekonomických a technických podmienok našej práce, je oblasť zdravotníckej etiky a jej rozvíjanie jednou z podmienok *sine qua non* pre dosiahnutie skutočného pokroku a rozvoja slovenského zdravotníctva. Otvorením druhej rubriky "Materiály z kurzov ÚMEB" chceme vyjsť v ústrety požiadavkam absolventov a záujemcov o kurzy poriadané našim ústavom, najmä o kurzy s medzinárodnou účasťou. Preto budeme v časopise postupne uverejňovať dostupné texty prednášok a iných príspevkov, ktoré odozneli v rámci spomínaných školiacich akcií. Tieto materiály budeme spravidla uverejňovať v origináli, t. j. v tom jazyku, v ktorom boli prednesené. V tomto a budúcom čísle časopisu sa takto vraciame k minuloročnému Medzinárodnému kurzu o medicínskej etike, ktorý sa konal v Bratislave v júni 1993.

MUDr. Jozef Glasa

Dear colleagues,

July '94

the holiday issue of ME&B journal brings to you some innovations. Since No. 4/1994 we start two new more-less regular headings. First heading "Ethics in Nursing" is aimed to address in the first place the nurses, but also other health professionals, who are committed to an improvement, and humanizing of the care provided for our patients. The objective is also re-discovering of the necessary professional identity, deepening of our ethical, humane competence, and understanding of the unsubstitutable responsibility, dignity, and deep human issues, that are present in fulfilling the irreplaceable mission of health professionals. By starting this rubric the redaction aims also to offer a free space for sharing of your opinion and experience, as well as for articulation of ethical questions and problems in nursing. We do believe, that besides the very necessary improvement of the economical and technical conditions of our work, the field of health care ethics, and its development seems to be a condition *sine qua non* for an achievement of a real progress and development of our health care system. By opening the second heading "Materials from the Courses of IMEB" we fulfill requests and recommendations of participants and interested in the courses organized by our institute, especially those with an international participation. Therefore we shall publish available texts of lectures, or other contributions delivered within the IMEB courses or conferences. The materials will be published in the language of the original text, just slightly edited. In this and the next issue of ME&B we shall publish some manuscripts of the lectures delivered at the International Course on Medical Ethics, held in Bratislava in June 1993.

Joseph Glasa, M.D.

FORTHCOMING EVENTS

1. Školiace akcie Katedry medicínskej etiky IVZ (súčasťi ÚMEB) v Bratislave v školskom roku 1994

- 747*) MEDZINÁRODNÝ KURZ MEDICÍNSKEJ ETIKY/INTERNATIONAL COURSE IN MEDICAL ETHICS - "Etické aspekty zdravia v rodine a starostlivosti o rodinu"/"Ethics of Family Health and Care", 2. - 4. 9. 1994, Bratislava
- 748 WORKSHOP - "ETICKÉ PROBLÉMY TRANSPLANTÁCIÍ A ODBERU ORGÁNOV", 14. 10. 1994, Bratislava
- 749 WORKSHOP - "ETICKÉ KOMISIE V ZDRAVOTNÍCKYCH ZARIADENIACH", 9. 12. 1994, Bratislava
- 750 ZÁKLADNÝ KURZ V MEDICÍNSKEJ ETIKE, 19. - 21. 1. 1995, Bratislava
- 751 INTENZÍVNY KURZ MEDICÍNSKEJ ETIKY PRE VE DÚCICH ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV, 6. - 8. 2. 1995, Bratislava
- 752 WORKSHOP - "ETICKÉ KOMISIE V BIOMEDICÍNSKOM VÝSKUME", 7. 4. 1995, Banská Bystrica
- 753 MEDZINÁRODNÝ KURZ V MEDICÍNSKEJ ETIKE, LETO 1995/INTERNATIONAL COURSE IN MEDICAL ETHICS, SUMMER 1995, jún 1995, Bratislava (termín bude upresnený)

Prihlásiť sa možno obvyklým spôsobom (cestou oddelenia personálnej práce Vášho pracoviska), alebo priamo na našej adrese.

*)Číslo kurzu podľa ročenky IVZ.

2. Zahraničné podujatia

- Whose Death Is It Anyway? September 7 - 10, 1994, Bath (U.K.)
- Annual Intensive Five-Days Course on Medical Ethics, September 12 - 16, London (U.K.)
- What Do We Owe The Elderly? Allocating Social and Health Care Resources, September 15 - 16, 1994, Maastricht (The Netherlands)
- Genetic Futures: Animals, Plants, Humans and the Environment, September 19 - 22, 1994, Brisbane (Australia)
- Rationing in Health Care, September 23, 1994, London
- Ethical Review of Clinical Research, September 25 - 27, 1994, Cambridge (U.K.)
- Genetics in Europe Now, September 30, 1994, Berlin (Germany)
- Nursing Ethics in the 90s, September 30 - October 1, 1994, Toronto (Canada)
- Values in the Bioethical Debate between Western and Eastern European Countries, October 6 - 8, 1994, Pecs (Hungary)
- Psychiatric, Psychosocial, and Ethical Issues in Organ Transplantation, October 6 - 8, 1994, Richmond (USA)
- Annual Meeting of American Society of Law, Medicine, and Ethics, October 7 - 8, 1994, Pittsburgh (USA)
- 13. International Conference on the Social Sciences and Medicine, October 10 - 14, 1994, Balatonfüred (Hungary)
- Second World Congress on Bioethics, October 24 - 26, 1994, Buenos Aires (Argentina)
- Changes and Choices for IRBs, October 30 - November 1, 1994, Boston (USA)
- Biotechnology in European Society, November 21 - 22, 1994, The Hague (The Netherlands)
- The Exploitation of Mammals, November 25 - 26, 1994, Potters Bar (U.K.)

Bližšie informácie o uvedených akciách možno získať na adrese redakcie.

ETHICS IN NURSING

Redakcia ME&B sa rozhodla reagovať na mnohé požiadavky zo strany zdravotných sestier a ostatných zdravotníckych pracovníkov, ako aj na viaceré podnety vyučujúcich na stredných zdravotníckych školách na Slovensku a otvoriť počnúc štvrtým číslom časopisu zvláštnu rubriku na uverejňovanie materiálov, pôvodných príspevkov a prekladov vybraných textov o etických problémoch v ošetrovateľstve. Uvedomujeme si závažnosť otvárajúcej oblasti i naše skromné možnosti a obmedzené sily - preto redakcia privíta s vďakom hodnotné príspevky, ako aj Vaše podnety, názory, rady a skúsenosti.

Okrem toho chceme na tomto mieste uverejňovať na pokračovanie preklad pozoruhodného diela Dr. F. J. Fitzpatricka "Ethics in Nursing Practice", na ktorý sme získali súhlas vydavateľa. Kniha bola napísaná v spolupráci so širšou poradnou skupinou zdravotných sestier a profesoriek renomovaných zdravotníckych škôl v Londýne. Texty konzultovali významní odborníci z oblasti medicíny, ošetrovateľstva i spoločenských vied. Veríme, že uverejňované kapitoly poslúžia na zamyslenie a inšpiráciu nielen našich zdravotných sestier a ich vyučujúcich, ale tiež ich spolupracovníkov z radov lekárov.

SESTRY, PROFESIA SESTRY A ETICKÉ PROBLÉMY

F. J. Fitzpatrick

Ako sa má zdravotná sestra vysporiadať s etickými problémami, s ktorými sa stretáva vo svojej práci? A keď sa rozhoduje, ako v danej situácii konať - ako má analyzovať problémy, ktoré pred ňou stoja, a ako identifikovať morálne skutočnosti, o ktoré ide? Otázky tohto typu budú v centre pozornosti tejto knihy. Aby sme sa s nimi dostali ihneď do priameho kontaktu, všimnime si problém, s ktorým sa často stretávajú sestry na nemocničných oddeleniach. Zdravotná sestra z jednej londýnskej univerzitnej nemocnice ho vyjadrila takto:

"Je neraz ťažké odpovedať na otázky pacientov, ktorým práve diagnostikovali rakovinu. V mnohých prípadoch sa im nepovie nič o závažnosti ich ochorenia alebo prognózy. Od sestier sa očakáva, že túto informáciu neprežadia, ak ju chce lekár pred pacientom zatajiť. V našej nemocnici v sme mali pacienta prijatého na vyšetrenie, ktoré ukázalo, že má karcinóm rekta. Neinformovali ho o jeho stave, ale jednoducho mu oznámili, že mu treba urobiť kolostómiu. Z tejto správy bol zhrzený. Mali sme zakázané povedať mu, prečo má mať kolostómiu, lebo išlo o dosť nervózneho človeka a lekári predpokladali, že by táto správa narušila jeho stav. Pacient sa nás však neprestával pýtať, či má rakovinu. Naliehal na nás, že naozaj chce vedieť, ako to s ním je. Povedali sme to všetko lekárom, ale oni ho stále odmietali informovať."

Podobne sa môže stať, že vrchná sestra na sedení povie: "Dr. X prikazuje, aby pán A [pacient] nebol informovaný o svojom zdravotnom stave." Od každej sestry starajúcej sa o pána A sa potom zrejme bude vyžadovať, aby mu nepovedala pravdu o jeho stave, ale aby vhodne odbila všetky nepríjemné otázky, ktoré by mohol položiť. Mohlo by sa dokonca predpokladať, že sestra je morálne zaviazaná klamať pána A, povedať mu napríklad, že trpí nejakou liečiteľnou svalovou poruchou, kým v skutočnosti má paralýzu motoneurónov. Môže sestra súhlasiť s požiadavkami tohto druhu? Alebo je povinná odpovedať pacientovi pravdivo a povedať mu, čo vie o jeho stave a perspektívach?

Niektorí by povedali, že v podobných situáciách je správne, ak sestra potlačí svoje vlastné presvedčenie a urobí tak, ako prikázal lekár. Ak aj sestra rozmýšľa týmto spôsobom, mohla by uvažovať asi takto: "Nemyslím si, že je dobré takto odbíjať otázky pána A. Keby bolo po mojom, povedala by som mu celú pravdu. Nanešťastie to však nezáleží odomňa. Nie je mojou vecou

povedať mu, čo chce vedieť - je to úlohou lekára. Keby som povedala pánu A celú pravdu, uzurpovala by som si rolu lekára. Musím sa uspokojiť a robiť to, čo je mojou legitímnou úlohou, a nepokúšať sa preberať zodpovednosť, ktorá patrí iným.”

Sestra, ktorá rozmyšľala takto, zakladá evidentne svoje morálne rozhodovanie na určitej koncepcii svojej roly ako zdravotnej sestry. Aká je táto koncepcia? Je to predstava o sestre ako pravej ruke lekára - jej prvordadná lojalita nie je voči pacientovi, ale voči lekárovi, ktorý predpisuje pre pacienta liečbu: jej úlohou je zabezpečiť, aby sa predpísaná liečba presne realizovala, a tiež starať sa o pacienta vtedy, keď lekár nie je nablízku, aby sa mu mohol venovať osobne.[1]

Spomínaná koncepcia ošetrovateľstva bola svojho času veľmi rozšírená a uznávaná tak zdravotnými sestrami ako aj spoločnosťou vcelku. Proti nej stojí však pohľad na ošetrovateľstvo, ktorý nachádza vyjadrenie vo viacerých novšie formulovaných profesionálnych kódexoch.

Napríklad v kódexe vypracovanom v roku 1976 Royal College of Nursing sa uvádza: “Primárnou zodpovednosťou zdravotných sestier je chrániť a napomáhať dobro (well-being) a dôstojnosť každej individuálnej osoby, ktorú majú vo svojej starostlivosti.” [2] Ak vychádzame z tohto tvrdenia, potom je otázne, že sa sestra nemôže rozhodnúť o tom, či povie pacientovi o jeho stave jednoducho len na základe toho, že jeho lekár to tak prikázal. Ukazuje sa, že tu máme dve protichodné koncepcie ošetrovateľstva a dva opačné názory na to, ako sa má sestra zachovať.

Tieto úvahy nás vedú k nasledovnému záveru: problém nastolený príkazom lekára neinformovať pacienta o zdravotnom stave a jeho perspektívach, podobne ako mnoho morálnych problémov vznikajúcich v ošetrovateľskej praxi, možno inteligentne riešiť iba vtedy, ak je dopredu jasné, v čom spočíva skutočná rola zdravotnej sestry.

Vo všeobecnosti sú ľudia často morálne viazaní, na základe toho, že spĺňajú určitú rolu v spoločnosti, aby konali odlišne od ľudí, ktorí túto rolu nemajú. Napríklad rodič má také povinnosti voči svojim deťom, napríklad starať sa o ich materiálne zabezpečenie a vzdelanie, ktoré nemá púhy priateľ rodiny. Podobne, ako keď sa niekto stáva rodičom a preberá na seba úplne nový súbor povinností, aj ten, ktorý začína pracovať v určitom zamestnaní je morálne viazaný (prinajmenšom za normálnych okolností) vykonávať spoľahlivo činnosti, ktoré dané miesto obnáša. V niektorých zamestnaniach sú povinnosti zamestnanca presne popísané, alebo dokonca úplne vymenované v pracovnej zmluve. Tu ani nie je možnosť hlbšej analýzy ich podstaty. Avšak v iných zamestnaniach, vrátane ošetrovateľstva, sa potrebné praktické rozhodnutia môžu veľmi odlišovať zo dňa na deň, takže ani nie je možné zostaviť úplný zoznam príkazov a zákazov, podľa ktorého by sa dalo riadiť.

Je množstvo situácií, keď sestra cíti morálny tlak, aby konala určitým spôsobom. Tu by sa mohla pristaviť a položiť si otázku: “Je naozaj mojou úlohou urobiť to či ono? Mám vo svojom postavení právo vziať vec do vlastných rúk týmto spôsobom? Mám oprávnenie toto urobiť?” Takéto otázky sú v podstate otázkami o povahe legitímnej roly zdravotnej sestry a o rôznych kategóriách konania alebo ne-konania, na ktoré môže napĺňanie tejto roly oprávňovať. Prinajmenej niektoré z morálnych problémov, s ktorými sa sestra stretáva, bude vedieť riešiť vtedy, ak bude mať jasnú predstavu o tom, čo to skutočne znamená byť zdravotnou sestrou.

Rola zdravotnej sestry

Jedna z tradičných odpovedí na otázku o role zdravotnej sestry hovorí, že sestra je zaangažovaná v starostlivosti o ľudí, ktorí sú chorí alebo postihnutí alebo (ako v prípade niektorých ťarchavých žien) potrebujú zvláštnu a pravidelnú pozornosť, ak sa má predísť určitým rizikám pre ich život alebo zdravie. Podľa tejto línie uvažovania je starostlivosť o udržanie zdravia základnou ľudskou potrebou, ktorú ľudia za normálnych okolností uspokojujú prostredníctvom príjmu potravy, cvičením, udržiavaním náležitej telesnej teploty, atď.. Tento prirodzený spôsob zachovania zdravia sa môže narušiť z dvoch strán. Po prvé: akti-

vity, ktoré normálne udržujú zdravie a fyzickú pohodu, už nestačia na ich zabezpečenie. Ak sa to stane kvôli chorobe alebo úrazu, a keď pacient sám nie je schopný veci ovplyvniť, je potrebná pomerne intenzívna, dlhšie alebo kratšie trvajúca starostlivosť. Po druhé: pacient, následkom ochorenia alebo úrazu, nie je schopný vykonávať činnosti (ako príjem potravy, pohyb, ...), ktoré sú nevyhnutné pre zdravie. Aj v tomto prípade sa niekto iný musí o neho starať a zabezpečiť všetko potrebné pre navrátenie a zachovanie jeho zdravia. Činnosť zabezpečujúca pomoc a starostlivosť môže vyžadovať značnú zručnosť a skúsenosť, ako aj dôkladné znalosti o funkciách ľudského tela, podstate a následkoch pacientovho zdravotného stavu, komplikáciách, ktoré môžu nastať, a pod. Táto úloha - starostlivosť o pacienta s cieľom udržania alebo prinavrátania jeho zdravia, je vlastná zdravotnej sestry. V prípade pacientov, u ktorých plné prinavrátanie zdravia nie je možné, bude úlohou sestry pomáhať pacientovi aby si zachoval (v príznačnom prípade aj znovuzískal) takú mieru zdravia a telesnej pohody, ako je to len možné s ohľadom na jeho ochorenie. Táto koncepcia je dobre sumarizovaná v nasledujúcom súhrne práce zdravotnej sestry, citovaného z najznámejšej učebnice ošetrovateľstva od Virginie Hendersonovej “Základné princípy ošetrovateľskej starostlivosti” [3]:

“Jedinečnou funkciou sestry je pomáhať jednotlivcovi, chorému alebo zdravému, pri vykonávaní tých činností potrebných pre zdravie alebo jeho prinavrátanie (alebo pre pokojnú smrť), ktoré by vykonával bez pomoci, keby mal potrebnú silu, vôľu alebo znalosti. Má sa to robiť takým spôsobom, aby pacient čo najskôr znovu získal svoju samostatnosť. Tento aspekt svojej práce, túto časť svojej funkcie sestra iniciuje a kontroluje, v tejto je majstrom. Navyiac pomáha pacientovi vyplniť terapeutický plán predpísaný lekárom. Súčasne, ako člen zdravotníckeho tímu, pomáha ostatným jeho členom, ako na druhej strane oni pomáhajú jej, plánovať a uskutočňovať celkový program či už na zlepšenie zdravia, uzdravenie z choroby, alebo podporu pacienta pri zomieraní...

... primárnou zodpovednosťou zdravotnej sestry je pomáhať pacientovi v jeho dennom spôsobe života, alebo s tými činnosťami, ktoré obyčajne vykonáva bez pomoci, ako sú dýchanie, príjem potravy, vyprázdňovanie, oddych, spánok a pohyb, očistu tela a udržovanie ho v teple a náležite oblečené. Sestra tiež poskytuje pomoc pri zabezpečovaní takých aktivít, ktoré robia život niečím viac než len vegetatívnym procesom, menovite ide o sociálnu komunikáciu, učenie a zamestnanie, ktoré môžu byť rekreačné alebo produktívne. Inými slovami pomáha pacientovi udržať alebo vytvoriť si zdravý režim, ktorý by uskutočňoval sám, keby bol dostatočne silný, znalý vecí a naplnený láskou k životu.”

Ako sa v tomto prípade odlišuje rola sestry od roly lekára? Odpoveďou je, že lekár má špeciálne vedomosti a schopnosti, ktoré ho uschopňujú diagnostikovať ochorenie, určiť jeho prognózu a predpísať liečbu pre akútne chorého pacienta, to znamená - pre tie ochorenia, ktoré možno liečiť radikálnym zásahom do funkcií ľudského tela, napríklad chirurgickým zákrokom alebo liekmi. Lekár je tiež schopný predpísať paliatívnu liečbu na zmiernenie symptómov choroby u akútne, ako aj u chronicky alebo terminálne chorých. Vzdelanie a prax zdravotnej sestry nedávajú vedomosti a odbornosť na to, aby vykonávala prvú z týchto úloh. Z toho vyplýva, že pri liečbe akútnych ochorení, a v niektorých aspektoch starostlivosti o chronicky alebo terminálne chorých, sestra pomáha realizovať liečebný program predpísaný ošetrovateľským lekárom. Dokonca aj v tých prípadoch, keď sestra starostlivo vykonáva svoju úlohu pri terapeutických alebo chirurgických výkonoch, je ošetrovateľská starostlivosť, ktorú poskytuje, niečím, v čom je autoritou práve ona - a nie ošetrojúci lekár pacienta. Z tohto pohľadu je teda zvyčajne lekárovou prioritou vyliečenie ochorenia, alebo prinajmenšom snaha dosiahnuť maximum z toho, čo sa v tomto smere dá očakávať. Na druhej strane sestra sa zaoberá na prvom mieste starostlivosťou o pacientov. V niektorých prípadoch bude táto ošetrovateľská starostlivosť využitá na pomoc lekárovi pri jeho snáhach liečiť pacienta, ale v iných prípadoch (zahŕňajúcich celkom očividne prípady terminálneho ochorenia) takto využitá nebude.

Uvedeným chceme povedať, že rolu zdravotnej sestry môže-

me vidieť ako spojenie jej závislej a nezávislej funkcie. To znamená, že práca sestry zahŕňa činnosti, ktoré vykonáva ako nezávislý výkonný pracovník, a tiež tie, ktorými napomáha uskutočňovať liečebné programy predpísané iným zdravotníckym pracovníkom, obvyčajne lekárom. Vo svojej nezávislej funkcii sa sestra snaží podporovať a uvoľňovať pacientove vlastné telesné a psychické zdroje, aby znovu získal zdravie v čo najplnšej miere. Tento aspekt roly sestry je snáď najzrejmější v starostlivosti o mentálne postihnuté osoby, a tiež v práci sociálnej sestry a pri vykonávaní návštevných služieb. Pri týchto činnostiach sa sestra snaží nie natoľko robiť konkrétne služby pre pacientov, ako predovšetkým vychovávať a povzbudzovať ich k tomu, aby napomáhali svoje vlastné zdravie, alebo zdravie tých (napríklad detí a starých príbuzných), o ktorých sa starajú. Napomáhanie, rozvoj zdravia je preto v centre pozornosti sestry, keď pracuje ako nezávislý zdravotnícky pracovník. Avšak vo svojej závislej funkcii sestra prijíma, dočasne, rovnaký prístup k pacientovi, ako je prístup jeho ošetrojúceho lekára, a dáva do pohybu liečebný postup, ktorého cieľom je priamo ovplyvniť ochorenie pacienta.

Rola zdravotnej sestry je teda komplexná: zahŕňa tak jej nezávislú ako aj závislú funkciu. V závislosti od stavu pacienta, o ktorého sa stará, bude jedna z týchto funkcií sestry zvýraznená. Ak je pacient akútne chorý, musí byť dané ochorenie alebo poranenie účinne ovplyvnené skôr, než môžu vstúpiť do hry jeho prirodzené sily obnovy. V tomto prípade sa teda viac uplatní závislá funkcia sestry. Avšak akonáhle sa akútny stav podarilo zvládnuť, vzniká potreba, aby sa uplatnili pacientove prirodzené úzdravné sily - a tu sa stáva kriticky dôležitou nezávislá funkcia sestry. To platí aj v prípade chronického alebo terminálneho ochorenia, keď radikálny zásah do telesných procesov často nemôže priniesť pacientovi prospech.

Toto odlišenie roly lekára a zdravotnej sestry nemôžeme urobiť príliš naostro, pretože lekár sa nazaujíma výlučne iba o boj s ochoreniami, infekciami a nápravu telesných poškodení. Chápe, že radikálny zásah do telesných funkcií, napríklad medikamentózne alebo chirurgický, by sám nestačil na prinavrátenie pacientovho zdravia. Najdôležitejšiu úlohu pri navodení uzdravenia nehrajú natoľko liečebné postupy, ktoré predpisuje lekár, ale skôr prirodzené telesné zdroje pacienta. Medikamentózne alebo chirurgická liečba ako taká nereštauruje sama zdravie pacienta, ale skôr odstraňuje závažné prekážky, ktoré zabraňujú uplatneniu prirodzených úzdravných síl organizmu. Odlišenie medzi lekárskou a ošetrovateľskou rolou sa skutočne javí ako rozdielnosť v zdôraznení priorit. Lekár sústreďuje svoju pozornosť na efektívnosť liečebných zásahov do funkcií organizmu, pričom si uvedomuje, že tieto zásahy nemôžu dosiahnuť nič, pokiaľ vlastné úzdravné sily pacienta nebudú výkonné natoľko, aby boli schopné využiť efekt liečebných opatrení. Sestra naproti tomu kladie prirodzené úzdravné sily pacienta do centra svojej pozornosti. Avšak vediac, že tieto zdroje môžu byť odblokované v dôsledku choroby alebo poranenia, vidí ako súčasť svojej roly spoluprácu pri realizácii medikamentóznej alebo chirurgickej liečby.

Uvedená komplexnosť roly zdravotnej sestry nám môže objasniť, prečo viacerí autori neboli schopní nájsť žiaden jednotiaci princíp ošetrovateľstva [4]. Zamerali svoju pozornosť na pojem ošetrovateľstva vymedzený ako starostlivosť o pacientov - a potom poukazovali na to, že mnohé činnosti sestry - napríklad aplikácia chemoterapie, alebo resuscitácia pacientov pri zastavení srdca - sú v skutočnosti terapeutickými zásahmi do pacientovho organizmu. Poukazovali aj na to, že sestry v súčasnosti pravidelne vykonávajú liečebné činnosti zahŕňajúce použitie komplexných monitorovacích zariadení, ktoré boli predtým výlučnou doménou lekárov. Tieto postupy sú značne vzdialené od pojmu ošetrovateľskej starostlivosti v tradičnom slova zmysle. Tieto ťažkosti pominú, pokiaľ si uvedomíme, že rola sestry - ako sme popisali - je komplexná a obsahuje rovnako závislú ako aj nezávislú funkciu. To znamená, že žiadna zo spomínaných aktivít sama nevyplní túto rolu úplne. Môžeme uzavrieť, že ošetrovateľská starostlivosť - v zmysle uvedenom vyššie - predstavuje ťažisko činnosti zdravotnej sestry, i keď jej práca obsahuje aj

dalšie povinnosti, viac alebo menej úzko viazané na túto hlavnú činnosť. Vzhľadom k tomu, že sestra sa stará o zdravie pacienta ako celostvej osoby, je pochopiteľné, že jej práca sa čiastočne prekrýva s prácou lekára. Ako uvádza istý komentátor [5]:

“Ošetrovateľstvo je proces, prostredníctvom ktorého sa poskytuje starostlivosť jednotlivcom, rodinám, alebo skupinám osôb, primárne v okolnostiach a situáciách, ktoré vznikajú v súvislosti so zdravotnými problémami. Lekárska činnosť, na druhej strane, je primárne orientovaná na zistenie príčiny a liečbu ochorenia. V tejto definícii je dôležité zdôrazniť výraz “primárne”, pretože konkrétne podmienky, početnosť a iné okolnosti môžu zmeniť mieru prekrývania funkcií medzi ošetrovateľskými a lekáorskými povolaniami. Napríklad v odľahlých oblastiach sa sestry často približujú viac k praxi medicíny než ošetrovateľstva. Podobne lekár môže byť prítomný pri lôžku pacienta v pooperačnej izbe a starať sa o drobné odchýlky, ktoré sa objavujú v pooperačnom priebehu, vykonávajúci čosi oveľa bližšie ošetrovateľstvu, než samotnej medicíne.”

(Pokračovanie v budúcom čísle!)

Poznámky

- [1] “Prvá aj najužitočnejšia kritika, ktorú som kedy dostala od lekára” - napísala americká zdravotná sestra Sarah Docková v roku 1917 - “bola, keď mi povedal, že sa odomňa očakáva iba to, aby som bola jednoducho inteligentným strojom na splňanie jeho príkazov.” (citované podľa M. Benjamina, Hastings Center Report, Vol. 18, No. 2, April/May 1988, p. 38).
- [2] Royal College of Nursing of the United Kingdom, RCN Code of Professional Conduct - A Discussion Document (London 1976), p. 1.
- [3] Henderson, V.: Basic principles of nursing care. Geneva, 1977, p. 4 - 6. (Pozri aj vyjadrenie o ošetrovateľstve uvedené v práci Baroness MacFarlane of Llandaff, Casteldine, G.: A guide to the practice of nursing using the nursing process. London, 1982, p. 4 - 5.)
- [4] MacIntyre, A.: To whom is the nurse responsible? in: Murphy, C. P., Hunter, H.: Ethical problems in the nurse-patient relationship. Boston (USA), 1983, p. 79.
- [5] Chater, S.: Operation update: The search for rhyme and reason. New York (USA), 1976, pp. 5, 6.

Z anglického originálu - F. J. Fitzpatrick: Ethics in Nursing Practice. Basic Principles and their Application. The Linacre Centre, London, 1988, 290 pp., Chapter one: Nurses, The Nursing Profession and Ethical Problems, p. 1 - 13, - preložil a redakčne upravil MUDr. J. Glasa.

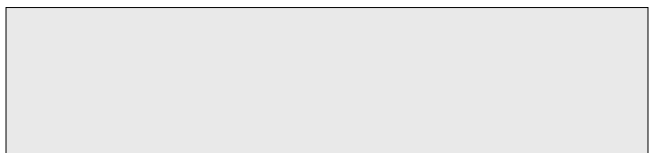
OZNAMY REDAKCIE

NEWS FROM THE EDITOR

● Časopis ME&B si možno objednať na adrese redakcie. V prípade, že úhrada predplatného presahuje Vaše súčasné možnosti a máte záujem o odber časopisu, uveďte túto skutočnosť na vyplnenej objednávke: budeme Vám časopis zasielať v tomto roku zdarma (sponzori)!

● Ponúkame priestor na prvej strane obálky na uverejnenie originálnych grafických prác s tematikou zdravia, ochorení, ľudského utrpenia, bolesti, zdravotníckej starostlivosti, a pod.. Ponuky prosíme konzultovať na adrese redakcie.

● Upozorňujeme na možnosť inzercie, resp. uverejnenia reklamy. Bližšie informácie na adrese redakcie.



ETHICS COMMITTEES**NIEKTORÉ ASPEKTY PUBLIKAČNEJ ETIKY
V BIOMEDICÍNSKOM VÝSKUME****M. Sámel***Ústav lekárskej biológie, Jesenitova lekárska fakulta UK, Martin*

V nadväznosti na správu o uzákonení zriaďovania etických komisií v rámci pôsobnosti Ministerstva zdravotníctva SR [4] ako aj publikáciu prekladu dokumentu známeho pod názvom "Helsinská deklarácia" (1964) [5], ktoré sa zameriavajú prevažne na etiku vo výskume s účasťou ľudských subjektov, považujeme za vhodné referovať tiež o literatúre o aktualizovaných zásadách etiky v publikačnej praxi ako výstupnej a neoddeliteľnej súčasť vedecko-výskumnej aktivity.

V našej nedávnej práci sme už spracovali literárny prehľad vo forme návrhu niektorých konkrétnych etických zásad pre prácu na živých zvieratách [2]. Súčasťou citovaného návrhu je kapitola o etických zásadách pre prácu s fetálnymi tkanivami človeka, ktorá podľa našich vedomostí ešte nebola u nás spracovaná.

Predpokladáme, že aj terajšiu správu budú môcť využiť etické komisie pri začiatkoch svojej činnosti. Obidve tieto práce považujeme za otvorený dokument, ktorý po diskusii sa bude určite ďalej priebežne dopĺňovať, ev. rozpracovávať.

Tento príspevok sme spracovali prevažne na základe inštrukcií platných pre prispievateľov do časopisov vydávaných americkou "The Endocrine Society". Svojím charakterom však ide o všeobecné dokumenty, ktoré obsahujú bibliografiu najzávažnejších prác týkajúcich sa etických zásad platných pre publikáciu aj v iných vedeckých spoločnostiach v USA, najmä chemickej, ako aj v oblasti všeobecnej medicíny [3].

Dokument "Ethical Guidelines for Publication of Research" [3] je netradičný, nakoľko obsahuje celý komplex etických pravidiel platných nielen pre autorov, ale tiež pre recenzentov a pre redaktorov časopisov. Má rozpracovaný aj zaujímavý systém možných sankcií za zistené porušenie etických zásad.

1. Povinnosti autorov

K zásadným povinnostiam autora patrí, aby o svojom výskume publikoval takú správu, ktorá bude zreteľná, čestná, presná a úplná. Každý rukopis by mal byť popisom ukončeného štúdia, alebo jeho ukončenej časti v prípade rozsiahlejšieho štúdia, podľa možnosti bez fragmentácie na viac publikácií. V prípade, že sa publikujú výsledky, ktoré sa už použili v inom časopise alebo boli prezentované na kongresoch, sympóziách a pod., majú sa tieto skutočnosti oznámiť redakcii aj so zaslaním príslušnej kópie.

K ďalším povinnostiam autora patrí:

- 1) popísať také detaily práce, aby ju mohli opakovať aj iní,
- 2) zahrnúť všetky známe relevantné údaje, teda aj tie, ktoré nie sú v prospech hypotézy, ktorá sa testuje,
- 3) citovať iba tie publikácie, ktoré súvisia priamo s novým prínosom či už výsledkov práce alebo ich interpretáciou.

Ako spoluautorov možno uviesť len tých pracovníkov, ktorí významne prispeli k práci po stránke intelektuálnej, alebo k jej spracovaniu. Teda autori by sa mali podieľať na koncepcii a plánovaní práce, interpretácii výsledkov, alebo na zostavení publikácie. Pracovníkom, ktorí síce pris-

peli k publikácii, ale v menšej miere, treba vysloviť poďakovanie v dodatku.

Pri zasielaní práce na uverejnenie je potrebné priložiť formulár s podpisom každého autora v zmysle autorského práva, ktorým každý potvrdzuje súhlas s konečnou verziou rukopisu a teda tiež verejnú spoluzodpovednosť za prácu. V prípade, ak sa redakcii neoznami skutočnosť, že niektoré výsledky sa už publikovali, bude to mať za následok sankcie (napr. vo forme zverejnenia mien autorov v tom zmysle, že porušili etické zásady platné pre publikovanie výsledkov výskumu, a. i.).

Vyššie uvedené ustanovenia sa nepovažujú za kompletne, sú však dostatočne detailné na to, aby každý mohol jednoznačne pochopiť podstatu etických zásad. Tieto zásady vychádzajú zo všeobecných pravidiel slušného správania vo vzťahu k vedeckému výskumu a jeho publikácii. Podstatu tu tvorí čestnosť, slušnosť a podriadenie osobných záujmov záujmom, ktoré sú spoločné pre vedeckých pracovníkov.

2. Čo sa autorom zakazuje

1) zaslať na publikovanie ako svoju prácu prácu iných, či už ako celok alebo ako jej časť - v tomto prípade ide o plagiarizmus, čiže krádež,

2) vymyslieť si správu o výskume či už ako celok alebo jej časť - ide o podvod alebo lož,

3) potlačenie alebo pozmenenie údajov, ktoré nie sú v zhode s vlastnou hypotézou - ide o sebecký nečestný postup.

Autor by mal čestne citovať práce iných, ktoré majú priamy vzťah ku vzniku alebo k výsledku popisovaného výskumu. Toto by sa malo uviesť už v úvode, ale najmä v diskusii práce.

Je neetické zaslať súčasne prácu ako celok, alebo podstatne zhodné výsledky výskumu na uverejnenie do viac ako jedného časopisu bez súhlasu oboch redakcií.

3. Povinnosti recenzentov

Kritické posudzovanie rukopisu patrí k podstatným štádiám publikácie. Každý vedecký pracovník má povinnosť zúčastniť sa na čestnom posudzovaní prác.

K prvej povinnosti recenzenta patrí urobiť kvalifikované, kritické a nezaujaté hodnotenie vedeckej a literárnej stránky správy o výskume v tých oblastiach, v ktorých má dostatočné poznatky a skúsenosti. Recenzent má vrátiť posudok rýchlo - v termíne určenom redaktorom. Ak to nemôže dodržať, rukopis by mal vrátiť ihneď.

Recenzent by nemal posudzovať rukopis v prípade:

1) ak sa necíti kompetentný hodnotiť príslušnú oblasť výskumu,

2) ak recenzent pociťuje, že môže dôjsť ku konfliktu v záujmoch, alebo že jeho hodnotenie rukopisu by nebolo nezávislé pre blízky osobný alebo profesionálny vzťah k autorovi.

V uvedených prípadoch rukopis by sa mal vrátiť ihneď redaktorovi s vysvetlením. Recenzent by mal oznámiť redaktorovi skutočnosť, ak už tento rukopis posudzoval pre niektorý iný časopis. Recenzentova kritika rukopisu, najmä v prípade, že celkový záver vyznieva nepriaznivo, by mala byť podložená primeranými citáciami. Recenzent by mal tiež vyhodnotiť, či sa správne citujú práce iných autorov. Je nutné oznámiť redaktorovi akúkoľvek podstatnú podobnosť hodnoteného rukopisu s inými už publikovanými prácami, alebo s iným rukopisom, ktorý sa súčasne zaslal na uverejnenie do niektorého iného časopisu.

Nie je dovolené ukazovať žiadnu časť posudzovaného rukopisu komukoľvek inému. V prípade, že recenzent má spolupracovníka alebo určitú časť konzultuje s niektorým kolegom, musí sa oznámiť táto skutočnosť, ako aj meno konzultanta redaktorovi.

Záver

Cieľom tejto správy je informovať našu širšiu vedeckú spoločnosť, ako aj novo-konštituované etické komisie o existencii citovaných dokumentov, nakoľko tieto už celkom detailne rozpracovali etické zásady v oblasti publikácie výsledkov vedeckého výskumu. Zaujímavé je oboznámiť sa aj s doterajšími problémami, ktoré sa vyskytli pri aplikácii týchto zásad v praxi - napríklad v USA. Citovanú redakčnú prácu [1] možno považovať za podnetnú diskusiu k tejto problematike.

Literatúra

- [1] Barker, K. L.: Implementing ethical guidelines for publication of research in endocrine society journals. (Editorial) *Endocrinology*, 134, 1994, s. 3-4.
- [2] Dobiaš, J., Bukovská, E., Sámel, M.: Etické zásady pri práci na živých zvieratách a pri práci s fetálnymi tkanivami človeka v biomedicínskom výskume. *Bratisl.lék.Listy*, 95, 1994 (v tlači).
- [3] Ethical Guidelines for Publications of Research. *Endocrinology*, 134, 1994, s. 1-2.
- [4] Glasa, J.: Ethical committees. *ME&B*, 1, 1994a, č.2, s. 5.
- [5] Glasa, J.: Helsinská deklarácia svetovej asociácie lekárov: "Odporúčania lekárom vykonávajúcim biomedicínsky výskum s účasťou ľudských subjektov". *ME&B*, 1, 1994b, č.2, s. 6-7.
- [6] Instructions to Authors: Ethical considerations. *Endocrinology*, 134, 1994, s. 15A.

Sámel, M.: Some aspects of publication ethics in biomedical research, *ME&B*, 1, 1994, No. 5, p. 5-6. Author aims to inform general scientific public, as well as newly constituted ethics committees in Slovakia about the ethical guidelines on publication of results of biomedical research published recently by the US Society of Endocrinology. He finds the guidelines instructive, practical, and well elaborated.

Address for correspondence/Adresa:

Prof. MUDr. Milan Sámel, DrSc.,

Ústav lekárskej biológie JLF UK,

Malá Hora 4, 037 54 Martin, Slovak Republic

DOKUMENTY A MATERIÁLY

DOCUMENTS AND MATERIALS

WORLD MEDICAL ASSOCIATION: INTERNATIONAL CODE OF MEDICAL ETHICS*)

Duties of Doctors in General

A DOCTOR MUST always maintain highest standards of professional conduct.

A DOCTOR MUST practise his profession uninfluenced by motives of profit. THE FOLLOWING PRACTICES are deemed unethical:

- (a) Any self advertisement except such as is expressly authorised by the national code of medical ethics.
- (b) Collaboration in any form of medical service in which the doctor does not have professional independence.
- (c) Receiving any money in connection with services rendered to a patient other than a proper professional fee, even with the knowledge of the patient.

ANY ACT OR ADVICE which could weaken physical or mental resistance of a human being may be used only in his interest.

A DOCTOR IS ADVISED to use great caution in divulging discoveries or new techniques of treatment.

A DOCTOR SHOULD certify or testify only to that which he has personally verified.

Duties of Doctors to the Sick

A DOCTOR MUST always bear in mind the obligation of preserving human life.

A DOCTOR OWES to his patient complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond his capacity he should summon another doctor who has the necessary ability.

A DOCTOR SHALL preserve absolute secrecy on all he knows about his patients because of the confidence entrusted in him.

A DOCTOR MUST give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others are willing and able to give such care.

Duties of Doctors to Each Other

A DOCTOR OUGHT to behave to his colleagues as he would have them behave to him.

A DOCTOR MUST NOT entice patients from his colleagues.

A DOCTOR MUST OBSERVE the principles of "The Declaration of Geneva" approved by the World Medical Association.

SVETOVÁ ASOCIÁCIA LEKÁROV: MEDZINÁRODNÝ KÓDEX MEDICÍNSKEJ ETIKY

Povinnosti lekárov vo všeobecnosti

LEKÁR JE POVINNÝ vždy dodržiavať najvyšší štandard profesionálneho konania.

LEKÁR JE POVINNÝ vykonávať svoje povolanie neovplyvnený motívmi zisku. NASLEDUJÚCE POSTUPY sa považujú za neetické:

- (a) Akákoľvek vlastná reklama, okrem takej, ktorú výslovne pripúšťa národný kódex medicínskej etiky.
- (b) Spolupráca v akomkoľvek type zdravotníckej starostlivosti, v ktorej lekárom nemá profesionálnu nezávislosť.
- (c) Prijímanie akýchkoľvek peňazí v súvislosti so starostlivosťou poskytnutou pacientovi okrem náležitého lekárskeho honoráru, a to aj s vedomím pacienta.

AKÝKOLIEK ZÁSAH ALEBO ODPORÚČANIE, ktoré by mohli oslabiť telesnú alebo duševnú odolnosť človeka, sa môžu použiť výlučne v jeho záujme.

LEKÁROVI SA ODPORÚČA zachovať veľkú opatrnosť pri zverejňovaní objavov alebo nových postupov liečby.

LEKÁR MÁ potvrdzovať alebo dosvedčovať len to, čo sám osobne overil.

Povinnosti lekára voči chorému

LEKÁR MUSÍ vždy pamätať na povinnosť chrániť ľudský život.

LEKÁR JE POVINNÝ zachovať voči pacientovi úplnú lojalitu a poskytnúť mu všetky prostriedky svojej vedy. Kedykoľvek nejaké vyšetrenie alebo liečba presahuje jeho kapacitu, má si prizvať iného lekára, ktorý má potrebné schopnosti.

LEKÁR MÁ zachovať absolútnu mlčanlivosť o všetkom, čo vie o svojich pacientoch, pre dôveru, ktorá mu bola zverená.

LEKÁR MUSÍ poskytnúť neodkladnú starostlivosť ako svoju humanitárnu povinnosť, pokiaľ sa nepresvedčí, že iní chcú a sú schopní takúto starostlivosť poskytnúť.

Povinnosti lekárov voči sebe navzájom

LEKÁR SA MÁ správať voči svojim kolegom tak, ako by chcel, aby sa oni správali voči nemu.

LEKÁR NESMIE odľakávať pacientov svojim kolegom.

LEKÁR MUSÍ DODRŽIAVAŤ princípy "Ženevskej deklarácie", schválenej Svetovou asociáciou lekárov.

*) English text taken from Mason, J. K., McCall Smith, R.A.: Law and Medical Ethics, Butterworths, London - Dublin - Edinburgh, 1991, p. 441 - 442. Translation/Preložil MUDr. J. Glasa.

DECLARATION OF THE PRAGUE CONFERENCE ON ETHICAL AND LEGAL ASPECTS OF ORGAN TRANSPLANTATION, Prague, May 5 - 7, 1994

Participants from 14 countries representing a wide variety of disciplines involved (medicine, law, philosophy, politics, health care management, patients associations) met in Prague from 5-7 May 1994 under the auspices of the International Association of Law, Ethics and Science and the Czech Central Ethics Committee to discuss ethical and legal aspects of organ transplantation. Recalling the Trieste Declaration on the Harmonisation of Policies in the Field of Organ Transplantation, and wishing to promote it in the context of multilateral cooperation within Europe, they drew the following points to the attention of public authorities and citizens in their own countries, as well as to European institutions:

1. Organ transplantation is now established as a reliable treatment and may therefore be used as a standard health care procedure. Conscious that organ transplantation practice has not developed in an identical fashion in every country, the participants emphasized the importance of strengthening multilateral cooperation in Europe. They called upon the European institutions, with the support of national governments, to set up an exchange programme in the field of continuing medical education for the health professionals involved.

2. Organ transplantation requires a well-structured organisational approach, both from an administrative and from a medical point of view, in order to promote an adequate public health response to the increasing complexities of organ transplantation practice. The participants noted with approval the excellent contribution of the existing European transplantation networks. They invited those countries where this approach had not so far been developed to take the necessary steps to promote this type of coordination. They supported strongly the development of a computerised information system and waiting lists based on common selection criteria for donors and recipients.

3. Organ transplantation is a matter of concern for everyone. It represents an act of individual and social solidarity. Organ transplantation and tissue grafting should be based on clear ethical rules within an appropriate legal framework. Most importantly these rules should concern: the essentially clinical nature of organ transplantation; respect for personal dignity; donor consent in whatever form is appropriate; the free, voluntary nature of the donation; the non-profit status of the establishments engaged in organ transplantation; respect for confidentiality; the competence of the health personnel involved and the safety of the procedures used.

4. National boundaries should not represent an obstacle to the free circulation of any organs for which medical criteria may require wider access. For this reason the participants called for an European agreement to facilitate this circulation. They were conscious that the variety of experience within European countries, resulting from different legal, cultural, social and economic situations, could give rise to abuses, in particular by allowing the development of commercial channels. In this context they supported the provision of the draft protocol of the proposed Council of Europe Convention outlawing the transplantation of any organs which have not been supplied by an accredited institution in the country concerned. They therefore proposed the establishment of an independent, multidisciplinary committee whose role would be to follow up this issue, and to make proposals for any action required.

5. Organ transplantation is an evolving technology, and for this reason, techniques such as xenografting may provide solutions to the problems created by the shortage of organs. The participants were conscious of the very high costs engendered by techniques such as organ transplantati-

DEKLARÁCIA Z PRAŽSKEJ KONFERENCIE O ETICKÝCH A PRÁVNÝCH ASPEKTOCH ORGÁNOVÝCH TRANSPLANTÁCIÍ, Praha, 5. - 7. mája 1994

Účastníci zo 14 krajín, reprezentujúci širokú škálu zainteresovaných vedeckých disciplín (medicína, právo, filozofia, politológia, manažment zdravotníctva, asociácie pacientov), sa stretli v Prahe v čase od 5. do 7. mája 1994 pod patronátom Medzinárodnej asociácie práva, etiky a vedy a Centrálnej etickej komisie Českej republiky, aby diskutovali o etických a právnych aspektoch orgánových transplantácií. Odvolávajú sa na Terstskú Deklaráciu o harmonizácii postupov v oblasti orgánových transplantácií a želajú si podporiť jej uplatnenie v kontexte multilaterálnej spolupráce v rámci Európy, (účastníci konferencie) chceli dať do pozornosti verejných autorít a občanov vo svojich krajinách, ako aj do pozornosti európskych inštitúcií, nasledovné skutočnosti:

1. Orgánové transplantácie sú v súčasnosti zavedené ako spoľahlivá liečebná metóda a preto sa môžu používať ako štandardný liečebný postup. Uvedomujúc si skutočnosť, že vykonávanie orgánových transplantácií sa nerozvinulo rovnakým spôsobom vo všetkých krajinách, účastníci (konferencie) zdôraznili význam posilnenia multilaterálnej spolupráce v Európe. Vyzvali európske inštitúcie, aby s podporou jednotlivých vlád založili výmenný program na poli kontinuálneho medicínskeho vzdelávania pre zdravotníckych pracovníkov (zúčastňujúcich sa na transplantáciách).

2. Orgánové transplantácie vyžadujú dobre štruktúrovaný organizačný prístup tak z administratívneho ako aj medicínskeho hľadiska, aby sa zabezpečila náležitá odpoveď verejného zdravotníctva na vzrastajúcu komplexnosť ich realizácie. Účastníci (konferencie) s ocenením poukázali na vynikajúci príspevok už existujúcich európskych transplantáčnych sietí. Vyzvali krajiny, v ktorých doteraz nebol tento prístup rozvinutý, aby podnikli potrebné kroky na zabezpečenie tohto typu koordinácie. Výrazne podporili vybudovanie komputerizovaného informačného systému, ako aj vypracovanie zoznamov čakateľov (na transplantáciu) založených na spoločných výberových kritériách tak pre darcov ako aj pre príjemcov (orgánov).

3. Orgánové transplantácie sú vecou týkajúcou sa každého (človeka). Reprezentujú akt individuálnej a sociálnej solidarity. Transplantácie orgánov a prenosy tkanív musia byť založené na jasných etických pravidlách v rámci náležitej právnej štruktúry. Tieto pravidlá by mali zahŕňať predovšetkým: podstatne klinickú povahu orgánových transplantácií, rešpektovanie osobnej dôstojnosti, súhlas darcu v akejkoľvek vhodnej forme, slobodný a dobrovoľný charakter darčovstva, neziskový charakter zariadení vykonávajúcich orgánové transplantácie, rešpektovanie dôvernosti informácií, kompetencia zúčastneného zdravotníckeho personálu a používané ochranné opatrenia.

4. Štátne hranice by nemali predstavovať prekážku voči voľnému pohybu orgánov, ku ktorým by na základe medicínskych kritérií bol potrebný širší prístup. Z tohto dôvodu účastníci (konferencie) požadovali vypracovanie európskej dohody na uľahčenie takéhoto pohybu. Vzali na vedomie skutočnosť, že existujúca rozdielnosť skúsenosti medzi jednotlivými európskymi krajinami, prameniaca z ich odlišnej právnej, kultúrnej, sociálnej a ekonomickej situácie by mohla viesť ku prípadom zneužitia, najmä dovoliť vznik komerčných kanálov. V tomto kontexte účastníci podporili požiadavku predbežného protokolu navrhovanej konvencie Rady Európy, ktorá by postavila mimo zákon transplantácie všetkých orgánov, ktoré by neboli dodané akreditovanou inštitúciou v tej - ktorej krajine. Preto navrhli aj založenie nezávislého, multidisciplinárneho výboru, ktorého úlohou by bolo sledovať túto vec a navrhovať všetky potrebné opatrenia.

5. Orgánové transplantácie sú vyvíjajúcou sa technológiou. Z tohto dôvodu môžu techniky, ako napríklad xenotransplantácia, predstavovať riešenie problémov tvorených ne-

on. They did not, however, believe that limitation of resources constituted a reason for hindering the transfer of such technologies to other countries which might benefit from them. In their view, cooperation designed to promote equitable access to health care would represent the highest expression of human solidarity. They believed that the present crisis in relation to social protection could provide an opportunity to sensitise all those individuals and groups concerned to ethical issues in relation to limited health care resources. They expressed the strong belief that access to individual health systems should not be denied on grounds of nationality only.

Slovak traslation/Preložil MUDr. J. Glasa

dostatkom orgánov. Účastníci si uvedomovali veľmi vysoké náklady, ktoré predstavujú techniky transplantácií orgánov. Avšak neboli toho názoru, že by obmedzenia z titulu nedostatku zdrojov mali byť príčinou zabránenia prenosu týchto technológií do ďalších krajín, ktoré by z nich mohli mať úžitok. Podľa ich názoru by spolupráca, zameraná na zabezpečenie spravodlivej dostupnosti zdravotníckej starostlivosti, predstavovala najvyššie vyjadrenie ľudskej solidarity. Vyjadrili presvedčenie, že súčasná kríza v oblasti sociálneho zabezpečenia by mohla byť príležitosťou senzibilizovať všetkých jednotlivcov a skupiny, zaoberajúce sa etickými problémami vo vzťahu k obmedzeným prostriedkom na zdravotnícku starostlivosť. (Účastníci konferencie) tiež vyjadrili presvedčenie, že dostupnosť (transplantácií) jednotlivým zdravotníckym systémom nesmie byť obmedzovaná na základe národnosti.

MATERIÁLY Z KURZOV ÚMEB

MATERIALS FROM COURSES OF IMEB

International Course on Medical Ethics, Bratislava, IMEB - PMI, June 24 - 27, 1994

DRUG ADDICTION: ETHICAL AND LEGISLATIVE ASPECTS

Umberto Filibeck, D.A.C.C.

*United Nations Interregional Crime and Justice
Research Institute, Roma, Italy*

I would first of all like to thank Dr. V. Krčméry for his kind invitation to take part in this meeting and for the pleasant hospitality offered to me by the Postgraduate Medical School in Bratislava. My report consists of a synopsis of the international trends developing in the treatment which the public services should be offering to drug addicts out of related legislative and ethical aspects. In connection with the various aspects I shall refer mainly to the problems concerning heroin addicts.

Already in 1961 the Single Convention on narcotic drugs stated (art. 38) that the Parties (the signatory States) should give special attention to the measures to be adopted to provide addicts with treatment and to ensure their rehabilitation. In other words, a double-sided form of intervention was envisaged: on the one side, the medical treatment and care of addicts, on the other their rehabilitation, since medical treatment alone was recognized as insufficient. Furthermore, the Convention expressed the hope that facilities would be set up for the treatment of drug addicts by those Parties which were facing a serious problem of drug addiction and had the necessary economic resources.

In 1988, with the Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances it was established that the Parties should take appropriate measures to reduce illegal demand for narcotic drugs in order to alleviate human suffering. I would like to emphasize this aim, "in order to alleviate human suffering", because no physician can fail to recognize that one is morally bound to treat drug addicts like any other sick person in need of care; and hence that there is a need to intervene with treatment which, if unable to cure him, should at least reduce the drug addict's suffering.

In 1990 the United Nations adopted a further document on the matter of drugs. This is not a convention, nor it is a strictly technical document. It is Global Programme of Action adopted by the United Nations General Assembly on 23 February 1990, in the course of its 17th Special Session given over to the question of international cooperation against the illicit production, supply, demand, trafficking and distribution of narcotic and psychotropic substances.

Point 34 of this Programme encourages WHO to work with Governments in order to facilitate access to drug treatment programmes. This is a new concept introduced into the framework of documents adopted at the United Nations level. The need to facilitate access to treatment programmes originates from the assumption that no longer is it sufficient simply to have available services and treatment for drug addiction, but it becomes expedient to make sure that these services are used by those who need them, without their having to face organizational, and evidently also legislative, problems.

Any legislation which punishes the use of narcotic drugs certainly cannot facilitate access to treatment programmes. Any legislation which, though it envisages penalties for those found in possession of narcotic drugs for personal use, does not punish the actual consumption of such substances or even the related foregoing possession, is in already a piece of legislation which facilitates access to treatment. If, moreover, as is the case in Italy, anyone applying for treatment is guaranteed anonymity, then the addict encounters no legislative deterrents to entering treatment programmes.

Moreover, it is true that the 1988 United Nations Convention expressly states (art. 3, para.2) that each party: "shall adopt such measures as may be necessary to establish as a criminal offence under its domestic law, when committed intentionally, the possession, purchase or cultivation of narcotic drugs" for: "unauthorized" personal consumption, but it is equally true that the same Convention does not expressly state that the use of narcotic drugs as such should be established as a criminal offence.

Within the European Community, in addition to Italy, other countries have legislation which does not punish the use of drugs, although several declare it to be illegal. These countries are Germany, Denmark, Belgium, Portugal. Ireland and the United Kingdom only penalize the use of opium, not of other substances. Spain punishes neither use nor possession for personal use. In Greece drug use in itself is not a criminal offence, but is taken into consideration in drug addiction charges. Addicts, however, are not liable to prosecution, but are placed in a specialist medical establishment under a compulsory therapy order. This last approach, to my mind, could not really facilitate access to treatment programmes.

Coming back to the United Nations General Assembly referred to earlier, I wish to recall paragraph 35 which encourages WHO, together with Governments, to develop "policies for the reduction of risk and harm of drug abuse as a means of preventing the transmission by drug abusers of the human immunodeficiency virus (HIV)." This is the first not specifically technical document approved by the United Nations representation of a political nature, as is the General Assembly, which addresses the problem of reducing not only the demand for drugs, but also the health risks associated with drug use.

The General Assembly recognizes the numerous problems associated with the treatment of drug abusers and partly for that reason binds States (paragraph 19) to "apply, as appropriate,

te, the recommendations of the Comprehensive Multidisciplinary Outline of Future Activities in Drug Abuse Control (C.M.O.) adopted by the 1987 International Conference of the United Nations. The "Multidisciplinary Outline" consists of 4 chapters and 35 targets to be achieved within ten to fifteen years of its adoption. About half the set amount of time has now elapsed, and I wish to recall two targets which are part of the chapter on treatment.

The first is Target 29, which aims to implement a "policy of treatment". It highlights the difficulties of pursuing a treatment policy according to coherent guiding principles; difficulties often due to the fact that each category of experts tends to adopt its own measures without taking any others into account. This situation stems mainly from scientific and ideological biases, which result in treatment programmes being conditioned by the different views on what is to be regarded as the cause of drug addiction.

One tends to overlook the need to take a multidisciplinary approach to drug addiction, such that it offers a range of treatments suitable for the different needs of the different drug abusers. This approach not only is scientifically valid, it is also ethically correct, since from a medical point of view a guarantee must be given that the most suitable treatments are available for the different requirements which may arise.

Target 31 of the C.M.O. aims to define this problem better. This is a target which is concerned with the "selection of appropriate treatment programmes" and brings out two aspects: the first, that the treatment programme needs to be personalized and to correspond to the nature of the drug and to the personality of the drug abuser; the second, that a detoxification is only one component of the treatment and it should be accompanied and/or followed by the social rehabilitation or reintegration.

I would like to consider now a document, that has been not approved by the United Nations, but by another political assembly with a worldwide representation. This is the Political Declaration of the World Ministerial Summit to Reduce the Demand for Drugs, held in London in the April 1990. This Political Declaration contains elements which give a clear indication of the direction being taken by international trends in public treatment and facilities. The first of these elements concerns the "necessity of developing comprehensive treatment options (...omissis...) which should range from outreach, detoxification, treatment" (cf. paragraph 14) and social and rehabilitation services, etc. Treatment services, therefore, not only should facilitate access for drug abusers, but should also in some way implement treatment strategies that are able to establish contact with those groups of drug abusers generally not reached by normal detoxification programmes. This new approach is further elaborated in paragraph 15 of the Political Declaration, with the assertion that, because a drug free state cannot always be achieved within a short period of time, "we also have to accept partial objectives to avert major impairments of health for the drug addicts." I would stress that seldom we do come across the expression "we have to" in a political declaration, and that this document has brought us to the recognition that there is a need to avoid attitudes based on such falsely moral assumptions as "either the treatment aims to put an end to any form of drug addiction or it is not morally acceptable to implement forms of treatment which maintain a state of drug-dependence." I am referring to the continuing debate on methadone treatment for opiate abusers. These programmes are defined as "drug-substitutive treatment", because the methadone replaces the heroin or the morphine or other pure opiate agonists, but offers a series of significant advantages.

Because the methadone can be taken orally and consequently is absorbed slowly: 1) the risks of infection associated with intravenous intake can be avoided; 2) a psycho-physical equilibrium can be attained in the subject who does not experience any "flash" phase, namely the reinforcement of a gratification phase typical for intravenous heroin intake, nor does he go through the abstinence syndrome any earlier than 24 hours after his last intake.

In addition, methadone has an immunodepressive capacity far inferior to that of heroin, does not cause the pharmacological tolerance induced by heroin, and therefore generates no need for increasing doses. This type of treatment thus enables, on the one hand, behavioural stability to be achieved in the drug abuser, and on the other, the risk of infection to be averted for the subject under treatment and for drug abusers who might have shared syringes with him, had he not been receiving methadone and injected heroin instead.

The Political Declaration of the London World Summit is the first political document produced at world level which mentions methadone treatment and considers the possibility of using this substance both for maintenance programmes (cf. paragraph 16).

But we can gauge just how far facilities for heroin addicts have developed at international level from the document we are analyzing, which also mentions the experiences of several countries where schemes have been set up for the free distribution of needles and syringes, possibly in exchange for used ones. It is correct to say that the document reports, that at the time of writing, the efficacy of these programmes was disputed. But at a time distance of two years, the not insignificant number of scientific research studies conducted on these programmes have disproved the theory that they could further the spread of abuse habits, while they have confirmed, that this kind of action is effective in curtailing the shared use of syringes and consequently the spread of the HIV virus.

All this indicates that, in terms of Public Health, the first objective is to offset fatal pathologies or risks and that this objective, which in the specific case is based on pragmatic intervention, cannot be sacrificed for theoretical aims that are easily acceptable from a moral standpoint but objectively difficult to achieve, such as immediate abstinence from drug use on the part of subjects who are already dependent.

In the European context, and more specifically that of the Council of Europe's Pompidou Group, this approach had been officially anticipated in the Political Declaration of the ministers assembled in London in May 1989 who held that such measures as these do not run counter to the commitment to prevention recently made by all member States.

I ought to point out here, that on that occasion Italy's Minister of Health felt that these measures might be incompatible with the proposal that had recently been advanced by the Italian Government concerning more stringent legislation on a drug use and at that time was being examined by the Italian parliament. The law then approved by the Italian Parliament expressly provided both for the implementation of methadone treatment programmes and for the promotion of initiatives designed to eradicate the sharing of syringes.

For this reason Italy subsequently had no difficulty, in May 1991, in adhering to the Final Declaration of the Pan-European Ministerial Conference on Drugs, held in Oslo, which stated (cf. point XIX) that the programmes offered by the services may include an approach aimed at "reducing the harm associated with drug abuse".

Again in a European context, geographically less extended than the preceding one, that of the 12 European Community countries, in 1990 the Rome Summit of the States and Governments approved the European Plan to Combat Drugs. The paragraph on treatment places the accent on the need for services for drug addicts to directly or indirectly provide access to the main treatment programmes, listing first those of a medico-pharmacological nature, almost as though to emphasize that this type of approach should be a priority at least in terms of time, followed by the psychological and social rehabilitation programmes. Emphasis is also given to the need to deal with drug-related pathologies not only in persons under treatment with the public services, but also in those under treatment at residential centres or at other private social rehabilitation centres. With regard to private social rehabilitation centres, further attention needs to be given to the legislative and ethical aspects of drug abuse treatment.

In many European States, and particularly in those where the heroin addiction has expanded, the residential centres and other social rehabilitation centres referred to are in operation. These are centres which adopt a psycho-social approach to the rehabilitation of heroin addicts who generally have already been physically detoxified through previous programmes at health care centres. The rehabilitation phase, as we said at the outset, is fundamental in the recovery of drug abusers and many states subsidise these private centres. Often it has been suggested that subsidies should be conditional upon the certainty that the treatment offered at these residential centres is effective, and that given models of intervention are adhered to. This has not been possible, and it is now recognized that results inevitably are uncertain and that a variety of methods have the advantage of being able to respond to the different needs of the different drug addicts.

Nonetheless, there remains a need to try to regulate private drug treatment in some way and to establish unifying standards. Over and above the differences in the methods, organization and internal rules of each centre, a number of these unifying features can be identified, which - although they are not for this reason more easily controlled, result in residential centres being a definite entity, perceived for instance by the general public according to widely recognized "representations".

In relation to the task they carry out, for example, they are normally defined as places in which: "people are put back together again", "people's dignity as free individuals is restored", "new lifestyles are taught", "values are transmitted". These are, therefore, highly idealized and sometimes "ideologized" tasks and objectives, and because of them these residential centres can be looked upon as a social phenomenon rather than as a service, and can be linked to a number of social phenomena from remote eras, such as the monastic communities existing at the threshold of the year 1000 or the humanistic coteries of the Renaissance in which the same key elements are present: the "group", and the "transformation".

The transformative model of the residential centre in fact revolves around an "ideal" sustained by a "charismatic person". This person presents himself as an idealized model, as the centre of the affective life of the Group/Community and as a transforming force for the most part acting via mass identification mechanism set in motion by the group. It is all too clear that these characteristics not only may have positive results, but may also generate a risk of human rights being seriously infringed.

For this reason, in Italy for instance, it has been felt that it was necessary to offer a number of at least basic guarantees to the person who is in a state of dependence and intends to enter a residential centre. Obviously it was impossible to guarantee the success of treatment, just as it was impossible to guarantee equal residential treatment opportunities nationwide, and to expect that objectives could be standardized.

Nevertheless, it was necessary to protect all users, for example, from financial speculation; many centres also have quite strict rules which limit the resident's freedom of movement and keep a check on their contacts with the outside world. On past occasions, in Italy and elsewhere these rules have severely undermined the most fundamental human rights. All this should in some way be regulated. There was also a pressing need to coordinate the work of the residential centres with that of the public services.

In fact, the two options should not be viewed as antithetical but rather as complementary, as parts of a network of services, of a multimodal system of intervention. The recent Italian law on drugs recognizes these needs and has rendered mandatory the regulation which had gradually been taking shape.

Under this law the non-profit agencies engaged in activities to prevent psycho-social distress, and in the assistance, rehabilitation and reintegration of drug abusers, are able to collaborate with the public services. A necessary condition for these agencies to be able to operate is their registration on a special Regi-

onal List, and such registration is subordinate to the possession of certain minimum requisites.

For example, the following are considered as indispensable:

Structural requisites: operational premises must meet legal requirements and comply with current national and regional regulations on building safety, health and hygiene.

A guarantee must also be given of Functional requisites, on the basis of which the treatment programme and the internal regulations for each centre must be clearly set out in terms of the educational, care, and rehabilitation aims of the centre, and in any event designed to help the persons at the centre to achieve a state of full maturity and autonomy. The programme must respect basic human rights and exclude from its different phases any form of physical, mental and moral coercion by guaranteeing the voluntary nature of access to and stay at the centre with the exclusion of any compulsory action contrary to human rights.

Users are also guaranteed the right to be informed, at the time of admission, of the objectives of the rehabilitation programme, the methods used, the in-house rules which must be observed and to which he must give his assessment.

A guarantee must also be given of Professional requisites, registration on the list assumes that the residential centre guarantees an optimum number of staff members for the intake of residents and that staff possess appropriate educational qualification and specific experience in the sector.

The centre must also guarantee the health care necessary to safeguard the general state of health of the drug abuser, with particular attention being given to drug-related pathologies, including HIV infections.

In Italy, therefore, the law envisages that only the agencies holding these and other requisites, which in fact are minimal requisites and do not enter into the merits of the philosophies of intervention, may operate after being registered in the Regional List.

Moreover, only the agencies on the Regional List may stipulate agreements with the National Health Service to receive contributions from the State, namely the financial resources needed to maintain the residents.

Also at the European Community level an urgent need is emerging to regulate this matter and to define the boundaries within which controls may be set up. Over the past few months the work carried out within the European Community has taken into consideration the need to reach agreement on the common minimum requisites. The recent European Community document expresses the hope that harmonized regulations will be attained and that efforts will be made to gather together the "criteria and minimum requisites, defined also in ethical terms", and makes express reference to the need for any type of treatment or admission to the centre to take place on a voluntary basis and with the informed consent of the person concerned.

A similar attitude is expressed in the Declaration of Lisbon adopted in April 1992, on the "general conditions for the treatment of drug addicts" which stresses, inter alia, the need for Governments to assume responsibility for guaranteeing drug addicts' access to an appropriate treatment, to prohibit humiliating treatments, and to respect individual rights and freedoms without any political and ideological expectations.

(Literature by the author. Some of the original materials were donated to the library of the Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava.)

Address for correspondence:

Umberto Filibeck, D.A.C.C. + U.N.I.C.R.I. (Drug Abuse Comprehensive Centre + United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute), Via Giulia 52, 00186 Rome, Italy



CONGRESSES & CONFERENCES

Consultative Meeting of Countries with Economies in Transition on the International Conference on Population and Development (Cairo, Sept. 1994), Budapest, Hungary, 19 - 20 July, 1994/Konzultačné stretnutie krajín s prebiehajúcou transformáciou ekonomiky o Medzinárodnej konferencii o populácii a rozvoji (Káhira, sept. 1994), Budapešť, 19. - 20. júla 1994.

Konzultačná konferencia európskych krajín (vrátane viacerých ázijských krajín bývalého Sovietskeho zväzu), v ktorých prebieha transformácia ekonomiky, sa uskutočnila v hoteli "Penta" v Budapešti pod záštitou Sekretariátu Medzinárodnej konferencie o populácii a rozvoji (ICPD) a s výrazným sponzorstvom i aktívnou účasťou medzinárodných organizácií presadzujúcich záujmy svetovej populačnej kontroly - Populačného ústavu a Svetového populačného centra (The Population Institute, The World Population Center (PI - WPC)) vo Washingtone a Medzinárodnej federácie pre plánované rodičovstvo (International Planned Parenthood Federation (IPPF)) so sídlom v Londýne. Cieľom konferencie bolo pokúsiť sa o formulovanie spoločných stanovísk, záujmov a cieľov, ako aj o koordináciu postupu na pripravovanej Medzinárodnej konferencii o populácii a rozvoji (International Conference on Population and Development (ICPD)), ktorá sa uskutoční v Káhire začiatkom septembra 1994.

Dôležitým predmetom rokovania bol pripravovaný Akčný program OSN o populácii a rozvoji, ktorého prijatie sa na káhirskej konferencii očakáva. Účastníci stretnutia poukázali na spornosť niektorých formulácií, ako aj na skutočnosť, že Akčný program nevenuje pozornosť práve tým populačným otázkam, ktoré sú pre zúčastnené krajiny - vzhľadom k ich vlastným demografickým problémom (prevažne záporný prírastok (úbytok) obyvateľstva, zvýšená chorobnosť a úmrtnosť, skrátenie priemerného veku u mužov (výraznejšie) i u žien, relatívne vysoká dočasná a materská úmrtnosť, atď.) najdôležitejšie. V tejto súvislosti zvláštnym spôsobom vyzneli tvrdenia niektorých zástupcov mimovládnych organizácií (Non-Governmental Organisations (NGO's) - zväčša napojených na PI-WPC a na IPPF) z týchto krajín, ktorí vystupovali za opatrenia vedúce v podstate ku kontrole pôrodnosti. Prítomní zástupcovia zúčastnených krajín poukázali v debata aj na potrebu venovať zvýšenú pozornosť otázkam životného prostredia a migrácie obyvateľstva (najmä v súvislosti s ekonomickými a politickými vplyvmi, ako aj súčasnými vojnovými katastrofami na európskom kontinente - problém utečencov).

Na budapeštianskej konferencii išlo tiež o uplatnenie istých nárokov zúčastnených krajín - nastoľovaných najmä zástupcami NGO's - na medzinárodné financovanie národných tzv. popula-

ných programov. Na tieto medzinárodné zdroje si totiž robia prednostné nároky rozvojové krajiny, združené vo vplyvnej tzv. Skupine 77 (Group 77). [Poznamenávam, že ide o programy podstatne zamerané na kontrolu (zníženie) populácie tej-ktorej krajiny, ako sú napríklad masové zavádzanie hormonálnej a inej antikoncepcie, masové sterilizačné programy, široká dostupnosť umelého potrátu, a pod.. Na prijatie týchto "populačných" programov je často viazané poskytnutie ďalšej rozvojovej pomoci, prípadne sa financovanie týchto programov priamo považuje za rozvojovú pomoc. Toto hľadisko, spolu s niektorými závažnými zmenami chápania pojmu zdravia (tzv. sexuálne či reprodukčné zdravie), zdravotníckej starostlivosti (má zahrnúť aj tzv. reprodukčné služby), rodiny - až po úroveň definovania nových ľudských práv (právo na tzv. reprodukčné zdravie), sa má presadiť práve na pripravovanej káhirskej konferencii, čo vyvoláva závažné obavy z etického hľadiska.] Na konferencii ICPD v Káhire sa k tomuto bodu odporúčalo zdôrazniť, že "krajiny s prebiehajúcou transformáciou ekonomiky" nechcú súťažiť o tie isté finančné zdroje s krajinami G 77, ale - vzhľadom na isté špecifiká, najmä predpokladanú krátkodobosť financovania a jeho relatívne menší objem v porovnaní s krajinami G 77, pokúsiť sa osloviť medzinárodnú verejnosť a krajiny Západu ohľadom pridelenia ďalších finančných prostriedkov na uvedené populačné - rozvojové programy z mimoriadnych zdrojov.

Na konferencii, ktorá mala konzultačný charakter, sa nedospel k prijatiu jednoznačného spoločného stanoviska. Avšak vzhľadom k značnej aktivite i určitej organizačnej podpore počas priebehu konferencie sa v zápise z konania konferencie odrazili - do istej miery disproporčne, práve názory zástupcov NGO's (účasť týchto zástupcov bola v plnom rozsahu sponzorovaná PI - WPC resp. IPPF). Delegáti sa dohodli, že počas rokovania ICPD v Káhire budú delegácie krajín zastúpených na budapeštianskom stretnutí úzko spolupracovať a podľa možnosti koordinovať svoj postup, prípadne vystupovať spoločne. Prítomní zvolili estónskeho delegáta za koordinátora týchto snáh počas ICPD.

Určitém vyvrcholením konferencie bola návšteva a prejav pani Dr. Nafis Sadik, generálnej sekretárky ICPD a výkonnej riaditeľky UNFPA. Vyjadrila uspokojenie nad priebehom budapeštianskej konferencie, ako aj presvedčenie, že sa sporné otázky ohľadom záverečného dokumentu káhirskej konferencie (Akčného programu) vyriešia. V debata nevyvstala možnosť "riešenia" sporných otázok (prevažne z oblasti etickej) hlasovaním, prípadne použitie niektorých "nových postupov", "na ktorých v súčasnosti veľmi intenzívne pracujú najlepšie mozgy". Všetci účastníci stretnutia i prítomní vedúci pracovníci Sekretariátu ICPD sa zhodli v názore, že pripravovaná káhirská konferencia (ICPD), spolu s plánovanými následnými aktivitami OSN - je jednou z najvýznamnejších medzinárodných udalostí od medzinárodnej konferencie o životnom prostredí v Rio de Janeiro. Očakáva sa od nej významné až zásadné ovplyvnenie vývoja v oblasti svetovej populácie, ba celkového smerovania vývinu ľudskej civilizácie na našej planéte.

MUDr. Jozef Glasa

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics je časopisom Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave, spoločného pracoviska Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Bratislave. Je určený pracovníkom etických komisií v Slovenskej republike, ako aj najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti. Má tiež za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša správy o činnosti ústavu, informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprinty legislatívnych materiálov a smerníc pre oblasť bioetiky, listy redakcie a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojazyčne. Vedecke práce publikované v časopise musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám (pozri Pokyny prispievateľom - ME&B 2/94, s. 10).

Medicína etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics is the official journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics (Bratislava). The Institute is a joint facility of the Medical Faculty of the Comenius University and the Postgraduate Medical Institute in Bratislava (Slovak Republic). It aims to serve the informational and educational needs of the members of ethics committees in the Slovak Republic, and the broadest medical and health audience as well. It aims also to enhance the international exchange of information in the field of medical ethics and bioethics. The information published comprises the news from the Institute, original papers, review articles, reprints of national and international regulatory materials, letters, reviews. Contributions and materials are published in Slovak or English. Chosen materials are published in both languages. Scientific papers published in ME&B must respect the usual international standards (see Instructions for authors - ME&B 2/94, p. 10)

Vedúci redaktor/Editor: J.Glasa ■ Redakčná rada/Editorial board: M.Babál, J.Klepanec, M.Košč, J.Labus, J.Matulník, M.Mikolášik, L.Šoltés (predseda/chairman), J. Palaščák, R.Pullmann, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A.Bajan, I.Đuriš, A.Kapellerová, E.Kolibáš, Š.Krajčík, V.Křemery ml., R.Korec, M.Křiška, J.Longauer, M.Makai, E.Mathéová, T.R.Niederland, P.Mráz, M.Pavlovič, J.Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch.Byk (Paris), D.Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T.Hope(Oxford), G.Hottois (Bruxelles), L.Gormally (London), H. Klaus (Washington), E.Morgan (London), M.Munzarová (Brno), R.H.Nicholson (London), J.Payne (Prague), E. Pellegrino (Washington), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), T.Šimek (Prague), E.Topinková (Prague) ■ Adresa redakcie/Address: Ústav medicínskej etiky a bioetiky/Institute of Medical Ethics and Bioethics Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (07) 374560/kl.303 Fax: (07) 373739 ■ Podávanie nových zásielok povolené Riaditeľstvom pošty v Bratislave, č. j. 1690-P zo dňa 15. 4. 1994 ■ Registrované MK SR číslo 964/94. ■ Published by Charis Publishing House, Ipěská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics & Bioethics, Bratislava. ISSN 1335-0560

PRINTED IN SLOVAKIA

Reklama

Advertisement