

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS
PRE
MEDICÍNSKU ETIKU
A BIOETIKU

JOURNAL
FOR
MEDICAL ETHICS
AND BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Autumn - Winter 2017 Vol. 24 No. 3 - 4

OBSAH / CONTENTS

■ Citát/Quotation	1
- International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans – Guideline 2, 3, 5, 7. <i>CIOMS</i>	1, 3, 12
■ Od redakcie/Editorial	2
- Medicínska etika dnes: prekážka alebo nevyhnutnosť? / Medical Ethics Today: The Obstacle or Necessity? <i>J. Glasa</i>	2
■ Konferencie/Conferences	3
- Sympóziu – Bioetika na SZU a LFUK v celoslovenskom a medzinárodnom kontexte, Bratislava, SZU, 12.12.2017 (Program) / Symposium – Bioethics at SMU and FM CU in the National and International Context (Program)	3
■ Pôvodné práce/Original Papers	4
- Important Issues in the Assistance to People with Intellectual Disability. / Dôležité problémy pri pomoci ľuďom s mentálnym postihnutím. <i>M. Šustrová</i>	4
■ Recenzie/Reviews	7
- Nová charta zdravotníckych pracovníkov. / New Charter of Health Care Workers. <i>J. Glasa</i>	7
- A Guide to the Ethics of Reproductive Medicine (CPCE). / Sprievodca k etike reprodukčnej medicíny (Rada Spoločenstva protestantských Cirkví v Európe). <i>J. Glasa</i>	8
■ Dokumenty/Documents	9
- Stanovisko k výstave „BODY-THE-EXHIBITION.“ / Statement on the Exhibition “BODY-THE-EXHIBITION.” <i>Etická komisia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky</i>	9
- WMA Statement on Bullying and Harassment within the Profession. <i>WMA</i>	9
- WMA Declaration of Geneva. <i>World Medical Association (WMA)</i>	10
- Ženevská deklarácia SAL. <i>Svetová asociácia lekárov (SAL)</i>	10
- WMA Statement on Medical Cannabis. <i>WMA</i>	11

CITÁT / QUOTATION

CIOMS – International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans

GUIDELINE 2

RESEARCH CONDUCTED IN LOW RESOURCE SETTINGS

Before instituting a plan to undertake research in a population or community in low resource settings, the sponsor, researchers, and relevant public health authority must ensure that the research is responsive to the health needs or priorities of the communities or populations where the research will be conducted.

As part of their obligation, sponsors, and researchers must also:

- make every effort, in cooperation with government and other relevant stakeholders, to make available as soon as possible any intervention or product developed, and knowledge generated, for the population or community in which the research is carried out, and to assist in building local research capacity. In some cases, in order to ensure an overall fair distribution of the benefits and burdens of the research, additional benefits such as investments in the local health infrastructure should be provided to the population or community; and
- consult with and engage communities in making plans for any intervention or product developed available, including the responsibilities of all relevant stakeholders.

GUIDELINE 3

EQUITABLE DISTRIBUTION OF BENEFITS AND BURDENS IN THE SELECTION OF INDIVIDUALS AND GROUPS OF PARTICIPANTS IN RESEARCH

Sponsors, researchers, governmental authorities, research ethics committees and other stakeholders must ensure that the benefits and burdens of research are equitably distributed.

(continued, p. 3, 12)

Text taken from: International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition. Geneva. Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS); 2016, Geneva (Switzerland), ISBN 978-929036088-9, 123 pgs, p. 3, 7, 14, 25.

MEDICÍNSKA ETIKA DNES – PREKÁŽKA ALEBO NEVYHNUTNOSŤ ?

Jozef Glasa

Ústav zdravotníckej etiky v Bratislave SZU

Zaklopala nám na dvere ordinácie. Upravená, poblednutá pani, asi päťdesiatnička. Vystrašená. Našla si nás na internete. Že bola na rôznych vyšetreniach. Na rôznych poliklinických pracoviskách v našom hlavnom meste. Našli jej postupne rôzne druhy rakoviny. A že si má hľadať niekoho. Kto jej to vyrieši. Nikoho nenašla. Neboli termíny. Už dva či tri týždne. Až teraz nás. Ešte v ten deň bola prijatá do lôžkového onkologického zariadenia. Bola rada. Ani nedala vedieť, ako sa to ďalej uberalo. Dúfame, že dobre... Zriedkavé zlyhanie kolegov? Systému? Neuveriteľné? – Bohužiaľ, dnes až príliš časté.

Stretnutia so zlyhaniami našej zdravotnej starostlivosti, so zlyhaniami kolegov, sú frustrujúce. Vyvolávajú emócie. Negatívne. Pocit bezmocnosti. Možno hnevu. Lebo ide napokon vždy o život niekoho. Alebo „len“ o jeho zdravie. A pridávajú prácu navyše. Lebo – dáte sa teda na to „vybavovanie“. Telefonujete, prosíte, píšete výmenné lístky. Počúvate dôvody, prečo sa nedá. Lebo poisťovňa. Lebo je to tak. Lebo primár. Lebo limity. Lebo keď niekoho nemáš, či nedáš (!). „Lebo medveď.“ A k tomu tie smutné, vydesené oči pacienta. Jeho blízkych. Ich nervozita, neistota. Ich hnev. Ich tragédia. Vyhýbavé pohľady a odpovede kolegov či kolegyní. Toto sú, toto sme dnes my – lekári? Takto to dnes u nás, s nami „chodí“? Stráca sa odbornosť. Aj ochota. A možnosti. A kapacity. Lebo profitaibilita. Počítajú ju nakrátko ostrihané hlavy v bielych golieroch. Na percentá. Koľko stojí ľudský život? Majú na to akýsi „štandard“. Je to iba číslo. Suma peňazí.

Kde sa má teda obyčajný človek obrátiť? O pomoc. Pre seba. Pre mamu, pre dieťa, pre dedka či pre staručkú susedu, čo býva sama. Kde má hlavu skloniť, kam ísť, za kým, keď je s ním zle? Istota, že sa vtedy niekto, primerane a profesionálne, postará, sa pomaly vytratila. Ostali strach a frustrácie. Sťažnosti, konflikty, nedorozumenia. Zlyhania. Protizákonné, nezákonné. Vynútené. Vynútené? Hovoríme si, neraz: Toto predsa nie je (len) o peniazoch. Ani (len) o podmienkach (neraz mizerných). Ani (len) o našej preťažnosti. Únave. Hoci je to aj o tom. A aj o mnohom inom. Zo strany „tých druhých“. Manažérov, ekonómov, bankárov, politikov. Hovoríme, „je to o (tých) ľuďoch“.

Je to ale aj, či azda možno aj najmä – o nás. Lekároch, sestrách, zdravotníkoch. Lebo sme sa prispôbili. Objavili sme obchádzky, skratky, výnimky. Spôsoby, ako vybaviť. Ako prežiť. Niekedy až príliš dobre. Naučili sme sa zrádzať a klamať. Samých seba, našich blízkych. Ale aj, či najmä – našich pacientov. A ich blízkych. Našu profesiu. Že bola nejaká Hippokratova prísaha? Veď to bola len taká formalita. Ani veľmi dobre nevieme, že o čom. Na čo by nám to dnes asi bolo? Už sme predsa dávno zabudli. Na ideály? Pekné reči? Nie. Nielen. Skôr na to podstatné. Na to, o čom je, až v prvom rade, naše povolanie. Na to, že sme si ho – proti všetkej tej brutalite moci a peňazí – (lepšie) neubránili. Zatiaľ? A že ho už, možno, ani veľmi brániť nechceme. Lebo sme si zvykli. Ako sa zariadiť. Ako si uľahčiť. Ako sa dostať k peniazom. Nie úplatkovo. Radšej poplatkovo. Alebo ináč. Však vieme. Skutok sa nestane. Veď vieme v tom chodiť. Lebo, život je ťažký. A my peniaze a veci potrebujeme. Aj my potrebujeme žiť. Aj naše deti. Aj naše rodiny. Tak aké moralizovanie? Za to všetko predsa môže systém. Ten systém, „inými“ nastavený proti nám i proti pacientovi. Ten, ktorý niektorí z nás, „mlčiaca väčšina“, dennodenne svojou obetavou, zneužívanou a nedocenenou

prácou udržiavame v chode. Ani ďakujem. V podozrievaní a osočovaní. Napriek všetkému. „Lebo musíme“. Áno, sme vydierateľní. A vydieraní. Pre našu prísahu – Hippokratovu. Pre naše svedomie. Kvôli našim pacientom. Tými, ktorí žiadnu prísahu neskladali. Oni či ony – „nemajú problém“. My ho máme. Lebo vieme. Mnoho o chorobe, o liečení, poznáme smrť. A vidíme možnosti. Zachrániť, podporiť, upevniť život. Jeho zdravie. Kvalitu. Dôstojnosť. Radostnú tvár, žiariace oči – pacienta. Darovaný život. Dieťaťa či starinky. A jeho blízkych...

Tak teda prečo... sme ešte neodišli. Lebo sa nedá? Lebo na to nemáme? Nemáme kam? Mali by sme... – ako mnohí iní a iné. Alebo skôr preto, že to tu nejako predsa len máme radi. Až veľmi. Svojich, čo tu žijú. Svoje mesto, obec. Chatu či záhradku. Tatry. Domašu. Dunaj a Váh. Pohronie. Nížiny a Raj. Slovensko, také malé a milé. Občas aj veľké. Prekvapujúce. S hokejom alebo s bicyklom. S bryndzou a haluškami. Aj tých ľudí, ktorí nás poznajú. S ktorými sme zrástli. Až osudovo. Našich pacientov. Aj tých problémových.

Tak tu teda nejako sme. Ešte sa snažíme. Ešte (trochu) dúfame. Aspoň, možno, do toho dôchodku. Aj keď „naši mladí“ odchádzajú. Húfne. Prečo by tu aj boli? Uplatňujú sa vonku. Dobre. Sú skvelí. Majú sa. Teda to už nejako doklepeme. Lebo, čo si človek môže počať? Proti tomu všetkému. Nič nevykoná. Iba si, ešte (viac) ublíži.

Prenasledujú nás skutky, „ktoré sa nestali“. Vyškierajú sa nám z billboardov a televíznych obrazoviek. Zo skysnutej Smotánky. Predvádzajú luxus ukradnutý z našich peňazí. Zo zadržanej spravodlivej mzdy lekárov a sestier. Z odvodov našich občanov. Z predražených nákupov. Z ukradnutých fondov. Aj z tých nerealizovaných. Okrádači chorých, trpiacich. Umierajúcich. Naši kati a vládcovia „podsvetia“. Ešte aj so zlým vkusom. „Veľkopodnikatelia.“ Bez zábran. Hanebne nehanební. A ich najatí vykonávatelia. Ne zodpovední zodpovední. Marionetky na špajdliach, na predratých povrázkoch.

Nie! Nie. Azda už bolo dosť tejto morálnej a mentálnej biedy. Mali by sa veci naprávať. Či musia sa. Mnohé. Pokrivenia, kostlivci v skriniach, krivdy a krádeže. Také obrovské. „Nové“ ministerstvo hľadá koncepcie, skúša veci riešiť. Projektovo. Komunikovať. Až nadštandardne. „Drukuje“ zmenu. Akosi ale chýba všetko. Skúsenosti, informácie. Kontinuita myslenia. Skutoční, nezávislí odborníci. Schopní vidieť spoločné dobro. Nielen skupinové záujmy. Chýbajú – aspoň zatiaľ – aj potrebné financie. Vraj sa dofinancuje. Kam ale tie zdroje pôjdu? Všetko je domotané. Prepletené. Nahnité. Vraj chobotnica. Hromada špinavej vody. Hrozí, že sa „s ňou z vaničky vyleje aj dieťa“. Nevinné a zdravé. Tak skúšame radiť opatrnosť. Ale tá špina musí preč. Či? Nie, naozaj musí. Lebo dúša, infikuje. A potom zabíja. Reálne.

Hádam to „tam hore“ nejako zvládnú. Nevieme tam dovidieť. Dúfame, ešte. A držíme palce. Že sa dohodnú, že sa prebudia. Že uznajú. Aj tí nad nimi. Aj tí za nimi.

Ale aj keby to „tam hore“ urobili všetko super. Úplne najlepšie. Budú naše zdravotníctvo, zdravotná starostlivosť, naša medicína razom dobré? Na úrovni? Profesionálne i humánne? Priateľské k pacientovi i zdravotníkov? Myslím, že nie. Nie, keď sa my sami a samé nezmeníme k lepšiemu. Keď neprestaneme tolerovať netolerovateľné. Keď neobjavíme znova krásu, silu a dôstojnosť: nezameniteľnú človečiu i odbornú hĺbku, šírku a výšku nášho povolania. Nepôjde to bez mravnej statočnosti, integrity. Bez odvahy. A tie by boli slepé a neúčinné bez etiky. Lebo niečo bude treba naozaj urobiť. Naozaj zmeniť. Vraví sa, že to môže aj bolieť. Rezanie hnilých, suchých konárov. Klčovanie koreňov zla v systéme.

Aj preto sme si pred viac než dvadsiatimi siedmimi rokmi, ale aj teraz – a znova, povedali, že sa pokúsime prispieť k tomu „nemožnému potrebnému“ aj našim spoločným, systematickým úsilím v oblasti biomedicínskej etiky (bioetiky). Aby sme si pravidelne, či pravidelnejšie, až neústupne pripomínali, popri všetkom tom odbornom, vedeckom, medicín-

skom a zdravotníckom, že dobré časy majú byť konečne a podstatne aj našimi časmi. Z úcty k našim učiteľom, kolegom a kolegyniam. Z lásky k nášmu povolaniu, takému starobylému a úctyhodnému. Z lásky a vďačnosti k našim pacientom. Aby sme nášmu povolaniu prinavrátili česť, dôstojnosť a ocenenie, o ktoré bolo brutálne olúpené. Aby sme si znova vybojovali a vyvzdorovali medicínu a zdravotníctvo, aké sme tu vždy, na našom Slovensku chceli mať. Za ktoré by sme sa nemuseli hanbiť. Sami pred sebou, ani pred našimi pacientmi. A kde by sme aj radi, pokojne a zo všetkých dobrých síl pracovali. Lebo je niečo úžasné v tom, keď tíšime bolesť, miernime utrpenie, prinášame nádej. Keď sme pri narodení nového človeka. Keď chránime, prinavraciame, rozmnožujeme a posilňujeme zdravie. A bránime životy ľudí – našich spoluobčanov, pacientov. Vtedy, keď sme skutočnými lekármi, zdravotníkmi.

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

vedúci redaktor,
prednosta Ústavu zdravotníckej etiky SZU v Bratislave

* Redakčný text pôvodne vznikol na požiadanie, ako úvod k zamýšľanej medicínsko etickej rubrike v istom celoštátnom zdravotníckom časopise. Táto rubrika však až doposiaľ v danom časopise neodštartovala. Domnievame sa, že obsah textu nielenže vecne a verne odráža aktuálnu, značne kritickú situáciu a početné, naliehavé výzvy, ktorým v súčasnosti čelí slovenská medicína a zdravotníctvo – a všetky zdravotnícke a ďalšie pomáhajúce profesie, ktoré pôsobia v jeho rámci, ale poukazuje aj na význam a nezastupiteľné miesto etickej reflexie, orientácie, edukácie a mravnej výchovy a motivácie pri akomkoľvek systematickom úsilí o nápravu, obnovu a potrebný odborný a mravný rozvoj.

(Continued from p. 1)

Groups, communities and individuals invited to participate in research must be selected for scientific reasons and not because they are easy to recruit because of their compromised social or economic position or their ease of manipulation. Because categorical exclusion from research can result in or exacerbate health disparities, the exclusion of groups in need of special protection must be justified. Groups that are unlikely to benefit from any knowledge gained from the research should not bear a disproportionate share of the risks and burdens of research participation. Groups that are under-represented in medical research should be provided appropriate access to participate.

GUIDELINE 5

CHOICE OF CONTROL IN CLINICAL TRIALS

As a general rule, the research ethics committee must ensure that research participants in the control group of a trial of a diagnostic, therapeutic, or preventive intervention receive an established effective intervention.

Placebo may be used as a comparator when there is no established effective intervention for the condition under study, or when placebo is added on to an established effective intervention.

When there is an established effective intervention, placebo may be used as a comparator without providing the established effective intervention to participants only if:

- there are compelling scientific reasons for using placebo; and
- delaying or withholding the established effective intervention will result in no more than a minor increase above minimal risk to the participant and risks are minimized, including through the use of effective mitigation procedures.

Risks and benefits of other study interventions and procedures should be evaluated according to the criteria set out in Guideline 4 – Potential individual benefits and risks of research.

Z KONFERENCIÍ / CONFERENCES

SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE

Ústav zdravotníckej etiky

BIOETIKA NA SZU A LF UK V CELOSLOVENSKOM A MEDZINÁRODNOM KONTEXTE

Sympóziu pri príležitosti 25. výročia založenia ústavu

12. decembra 2017, 14:00-15:30

Zasadačka Vedeckej rady FOaZOŠ SZU

Limbová 14 (4. p., B-405), Bratislava – Kramáre

PROGRAM

13:40-14:00	Prezentácia účastníkov
14:00-14:05	Otvorenie
14:00-14:20	Slávnostné príhovory Pozvaní hostia
14:20-14:35	Vývoj bioetiky na Slovensku v medzinárodnom kontexte a činnosť Ústavu medicínskej etiky a bioetiky IVZ/SPAM/SZU a LF UK resp. Ústavu zdravotníckej etiky SZU (ÚZE) <i>J. Glasa, T. Krčméryová, H. Glasová (ÚZE SZU)</i>
14:35-14:50	Medicínska etika a bioetika – 25 rokov na Lekárskej fakulte UK v Bratislave <i>V. Ozorovský, J. Trizuljaková, M. Mojzešová (ÚSLE LF UK)</i>
14:50-15:00	Etická komisia MZ SR a spolupráca s ÚZE SZU <i>M. Šustrová (EtK MZ SR)</i>
15:00-15:10	Etická komisia SZU a spolupráca s ÚZE SZU <i>V. Spustová (EtK SZU)</i>
15:10-15:30	Diskusia
15:30	Záver sympózia
15:30	Priateľské stretnutie spolupracovníkov a priateľov ústavu

Anotácia

Sympóziu, venované vývoju bioetiky na Slovensku v medzinárodnom kontexte a prínosu viac než 25-ročnej činnosti pôvodného Ústavu medicínskej etiky a bioetiky Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov (IVZ) (neskôr Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny (SPAM) resp. Slovenskej zdravotníckej univerzity (SZU)) a Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, predchodcu terajšieho Ústavu zdravotníckej etiky SZU v Bratislave, pri príležitosti štvrtstoročia od založenia tohto prvého univerzitného pracoviska bioetiky na Slovensku. Hodnotenie doterajšieho úsilia ústavu vytvára nielen nevyhnutné predpoklady pre realistické nasmerovanie jeho ďalšieho vývoja, ale vzbudzuje aj pocity úprimnej vďačnosti voči všetkým, ktorí v neľahkých podmienkach podľa svojich konkrétnych možností a osobných daností spolupracovali pri rozvíjaní a implementovaní bioetiky jednak v oblasti štúdia odborov medicíny, ošetrovateľstva a verejného zdravotníctva, vrátane postgraduálneho špecializačného štúdia a kontinuálneho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, ale aj v celom systéme zdravotnej starostlivosti, zahŕňajúcej príslušné zdravotnícke a ďalšie pomáhajúce profesie, inštitúcie a organizácie.

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

IMPORTANT ISSUES IN THE ASSISTANCE TO PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY*

Mária Šustrová

Slovak Medical University, Bratislava, Slovakia

Intellectual Disability

Intellectual Disability is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behaviour as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18. Intellectual functioning is generally assessed by means of a standardized intelligence test, resulting in an intelligence quotient (IQ), which must be below 70 or 75. Adaptive behaviour or skills include conceptual (e.g., receptive and expressive language), social skills (e.g., interpersonal), and practical (e.g., personal self-help skills). Adaptive skills can be assessed by adaptive behaviour scales, observations, or anecdotal records. Applying this definition, professionals must consider the following 5 assumptions (Thompson, 2011):

1. Limitations in present functioning must be considered within the context of community environments typical of the individual's age, peers, and culture.
2. Valid assessments consider cultural and linguistic diversity as well as differences in communication, sensory, motor, and behavioural factors.
3. Limitations often coexist with strengths within an individual.
4. Description of limitations helps develop a profile of needed support.
5. Life functioning of a person with mental retardation will generally improve with appropriate personalized support over a sustained period.

Once a person has been identified as an individual with intellectual disability AAID (American Association on Intellectual Disability) advocates determining the level of support (intermittent, limited, extensive, and pervasive) needed to provide the person with the ability to function as independently as possible within the community. Thompson et al. (2011) developed the *Supports Intensity Scale* to assist professionals in determining the level of support needs for an individual in seven areas of competence: home living, community living, lifelong learning, employment, health and safety, social interaction, and protection and advocacy (e.g., protecting oneself from exploitation, exercising legal responsibilities). Additional information is also gathered on exceptional medical (e.g., respiratory care, skin care) and behavioural needs (e.g., self-directed destructiveness, sexual). The composite score from the scale is used to determine the need for supports and the level of intensity.

Note of the author: Almost ten years ago, at the International Down's Syndrome Congress in Monterrey, Mexico, I presented and discussed what I considered being important issues in providing an adequate assistance to the people with intellectual disability. The paper has not yet been published in extensor. After discussing the text with the editor of *Medical Ethics & Bioethics*, it was decided, after some editing, to include it into this special issue of the journal, devoted to the 25th Anniversary of Founding of the Institute of Medical Ethics and Bioethics in Bratislava. We believe, the principles embodied in the original paper have withstood the tests of time and of their implementation in real life practice.

After 1994 a lot of significant changes have been made and have been evident in development, education, health care of persons with Down syndrome thanks to optimal health care program including early intervention, inclusion in education, social support and any other aspects.

Aetiology of Intellectual Disability (previously dubbed Mental Retardation)

Intellectual Disability occurs for a number of reasons, some genetic or hereditary, others the result of poor maternal nutrition or prenatal toxicity, and still others for no known identifiable cause. Some argue knowing the aetiology of mental retardation does not enhance the ability to provide educational services or other forms of support and simply provides an unnecessary label. Research though seems to suggest that even subtle differences among various syndromes can lead to a better understanding and thus better services. Table 1 lists some of the most common known reasons for intellectual disability. Yet, even within a particular syndrome, the severity of mental retardation can vary greatly. Generally, the more severe the intellectual disability the earlier it is detected. Often children will not be classified as having mild intellectual disability until they fall behind in school. Intellectual disability can also occur in combination with another type of disability. Often there are medical, physical, and/or mental health problems. As noted earlier, in order to be classified as having intellectual disability, there must be deficits in adaptive behaviour. Therefore, persons with intellectual disability will experience problems with communication, social, motor, and/or self-help skills (Šustrová, 2012).

Medical Concerns

The life expectancy of persons with intellectual disability increased from 10 years in 1990 to over fifty in 21st century. For example quality of life of Down Syndrome persons can be improved by meeting their health care needs, which include regular check-ups with health professionals, monitoring of mental and physical growth and providing timely of medical intervention and physiotherapy. An exhaustive description of all the possible medical concerns of individuals with Down syndrome is beyond the scope of this chapter, however such descriptions and discussion are readily accessible in the medical literature (Pueschel, 2001, Pueschel and Šustrová, 1997, Šustrová, and al. 2016, Šustrová and Krchňavá, 2013). It should be emphasized that the recommendations made should be viewed primarily as guidelines. Although some of the medical conditions that will be described may occur at any time during the life of an individual with intellectual disability, certain conditions are presented in a life-cycle approach. For example, congenital anomalies are identified in newborns with Down syndrome, whereas visual and hearing impairments, as well as orthopaedic problems, occur more frequently during childhood and adolescence, and accelerated ageing, depression and other psychiatric disorders, as well as mitral valve prolapse are more often observed during adulthood. Prevention program includes the optimal nutrition from new-born to adults regarding the specificity of persons with Down syndrome. The prognosis of Down syndrome is variable depending upon the possible complication like heart defects, susceptibility to infections and development of leukaemia (Bruwier and Chantrain 2012, Kolenová, 2014, Šustrová, and al. 2016, Šustrová and Krchňavá, 2013).

Assessing Need for Social Support for Parents of Children with Intellectual Disability

There are important aspects over the lifetime of an individual with intellectual disability such as developmental con-

cerns in cognitive, motor, social, and language areas, educational strategies, vocational and recreational opportunities, behavioural issues, sexual and maturational factors, and continued support to parents. Every child grows and learns. Just like children without intellectual disability, children with intellectual disabilities vary in their rate of development. They usually follow the same sequences of skill development, while perhaps taking longer to achieve those skills. The process of development is made up of six areas: gross motor, fine motor, language, cognition, social and self-help. All these areas are clearly interrelated and progress in one area affects progress in others. Factors such as muscle tone and general health may impact on the rate of other skill developments. There is no correlation between physical characteristics and cognitive abilities. Parents of children with intellectual disability frequently turn to the service delivery system to access support designed to help adapt to the challenges of having a child with life-long impairment (Siklos, 2006).

Patients with intellectual disabilities can achieve optimal quality of life through parental care and support social, medical guidance and community based support systems like special schools. Today their participation in mainstream society and fulfilment of their personal potential are facilitated. As a result, increases survival is not only associated with a longer period of care, but is also related to a longer period of more specialized needs.

Early intervention is an open, holistic and interdisciplinary system of help of all the professionals - physicians, special educators, social workers and other professionals. Early intervention programs include a wide variety of services provided by specialists in early child development. Among the services most often required by children with intellectual disabilities, there are the speech, physical and occupational therapies. Children with intellectual disability benefit from the same community programs as other children do, such as play groups, nursery school, swimming and music lessons, dance classes and other social activities. Children learn to play and work with peers, make friends and adversaries, get into trouble and learn to take responsibility for their behaviour (Krchňavá, 2014).

Youngsters with intellectual disabilities acquire new skills and develop individual talents as they grow, benefiting from all life experiences as well as their innate abilities. There are individual differences in the development of all children and adults. Therefore it is impossible to predict the future strengths and weaknesses of any child or adult (Lebersorger, 2014).

Aside from gaining from the expertise of professionals, parents can find information and support from parent groups that meet regularly throughout the countries. Numerous publications including books, journals, magazines and newsletters,

provide parents with guidance as well as up to date information on intellectual disability. Although parents of children with intellectual disability have access to considerable support, no specialist, friend, or book can offer their child what she or he needs most - love, care and encouragement of the family (Šustrová, 2002).

Human Rights and Ethics Code

Children and adults with intellectual disabilities should have access to the mainstream of health, education, vocational and social services that are available to other people. The implementation of an inclusive approach to persons with disability requires changes in the current practices at several levels. The persons with intellectual disability must have the same human rights as all other citizens. The educational system, therefore, has to be the key place to ensure personal development and social inclusion, which will allow youngsters with intellectual disabilities to become as independent as possible. Such educational system is the first step towards an inclusive society (Šustrová 2001, Šustrová and al., 2016).

A new legal and ethical foundation based on equality and equal citizenship must be articulated in both laws and governmental policies. Only such a foundation will give rise to the broad support needed in the future, especially as utilitarian ethics move into public policy. Such a movement, founded on self-determination, can only succeed if it comes from individuals with intellectual disabilities, their families and friends (ZPMP, 2009).

References

1. Bruwier, A. - Chantrain Ch. 2012. Haematological disorders and leukaemia in Children with Down syndrome. *Eur. J. Paediatrics*, 2012, 171 (9): 1301-1307, ISSN 0340-6199.
2. Kolenová, A. 2014. Akútne leukémie v detskom veku. In Šustrová, M. (ed) *Zdravotné a sociálne problémy ľudí s Downovým syndrómom*. Trizómia 21, o. z., 2014, pp 61-69, ISBN 978-80-971461-0-8.
3. Krchňavá, Z. 2014. Včasná intervencia pre rodiny detí s Downovým syndrómom - sociálne poradenstvo a problémy pri žiadosti o kompenzáciu sociálneho znevýhodnenia. In Šustrová, M. (ed) *Zdravotné a sociálne problémy ľudí s Downovým syndrómom*, Trizómia 21, o. z., 2014, pp. 113-119, ISBN 978-80-971461-0-8.
4. Lebersorger, J. J. 2014. Autonomía a identita - hlavné ciele plnohodnotného života v dospelosti. In Šustrová, M. (ed) *Zdravotné a sociálne problémy ľudí s Downovým syndrómom*, Trizómia 21, o. z., 2014, pp. 96-103, ISBN 978-80-971461-0-8.
5. Pueschel, S. M. 2001. *A Parent's Guide to Down Syndrome. Toward a Brighter Future*. Paul H. Brookes Publishing Co., Baltimore, 2001, 338 pp, 2.vydanie, ISBN 1-55766-452-8.
6. Pueschel, S.

Table 1 Selected Causes of Mental Retardation

Chromosomal	Genetic	Prenatal	Perinatal & Postnatal
<ul style="list-style-type: none"> ● Angelman syndrome ● Down syndrome ● Fragile X syndrome ● Klinefelter's syndrome ● Prader-Willi syndrome ● Rett syndrome ● Williams syndrome ● and others 	<ul style="list-style-type: none"> ● Tay-Sachs disease ● Microcephaly ● Hydrocephalus 	<ul style="list-style-type: none"> ● Maternal malnutrition ● Folic acid deficiency ● Maternal infections ● Congenital rubella ● HIV ● CMV infections ● Toxoplasmosis ● Maternal substance abuse ● Fetal Alcohol Syndrome (FAS) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Encephalitis ● Trauma ● Difficult or complicated birth ● Prematurity ● Severe head injury ● Malnutrition ● Severe emotional neglect or abuse ● Exposure to lead ● Exposure to mercury
	Metabolic		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Phenylketonuria (PKU) 		

M. – Šustrová, M. 1997. *Adolescents with Down Syndrome*. Ed. S. M. Pueschel, M. Šustrová. Paul H. Brookes Publishing Co. 1997, 396 pp, ISBN 1-55766-281-9. 7. Siklos, S. – Kerns K. A. 2006. Assessing Need for Social Support in Parents of Children with Autism and Down Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Springer Link 36 (7), 2006, pp 921-933, ISSN 0162-9333. 8. Šustrová, M. 2002. Parents, Family and the Child Born with a Disability. In Glasa, J. (ed): *Ethics of Human Genetics Challenges of the (Post) Genomic Era*. Charis - IMEB Fdn. Bratislava, 2002, pp 123-127, ISBN 80-88743-51-6. 9. Šustrová, M. and al. 2016. *Diagnóza Downov syndróm*. Ed: Spoločnosť Downovho syndrómu na Slovensku. Perfekt, 2016, 240 pp, 2.vydanie, ISBN 80-8046-259-3. 10. Šustrová, M. 2014. Dospelí ľudia s Downovým syndrómom, In Šustrová, M. (ed) *Zdravotné a sociálne problémy ľudí s Downovým syndrómom*, Trizómia 21, o. z., 2014, pp. 17-31, ISBN 978-80-971461-0-8. 11. Šustrová, M. – Krchňavá, Z. 2013. Ľudia s Downovým syndrómom – minulosť, súčasnosť a budúcnosť. *Bedeker zdravia*, No. 5, 2013, pp. 60 – 61, ISSN 1337-2734. 12. Šustrová, M. – Krchňavá, Z. 2013. Ľudia s Downovým syndrómom II. – minulosť, súčasnosť a budúcnosť. *Bedeker zdravia*, No. 6, 2013, pp. 42 – 43, ISSN 1337-2734. 13. Šustrová, M. – Krchňavá, Z. 2013. Včasná intervencia z pohľadu pediatrii a sociálneho pracovníka. In: *Informácie ZPMP*, Bratislava, No. 5 – 6, 2013, pp. 8 – 11, ISSN 1335-8197. 14. Šustrová, M. – Krchňavá, Z. 2013. Zdravotno-sociálne problémy dospelých ľudí s Downovým syndrómom. *Pediatrics*, Vol. 8, 2013, p. 15, ISSN 1336-863X. 15. Thompson, J. R., Sabbe, B., Prinzie, P. 2011. Reliability and Validity of the Supports Intensity Scale (SIS) Measured in Adults with Physical Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2011 Aug; 23(4): 277–287. 16. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. 17. *Dohovor o právach osôb so zdravotným postihnutím – Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. ZPMP, Bratislava 2009, 56 pp, ISBN 9/8-80 893 44-02-4.

Šustrová M. Important Issues in the Assistance to People with Intellectual Disability. / Dôležité problémy pri pomoci ľuďom s mentálnym postihnutím. *Med. Etika Bioet.* 2017, 24(3-4): 4-6.

Abstract

Children and adults with disabilities should have access to the mainstream health, education, vocational and social services and have all the opportunities, which are available to non-disabled persons. The implementation of an inclusive approach to disability and disabled people requires changes in current practice at several levels. People with intellectual disabilities are entitled to the same human rights as all other citizens. The education system, therefore, has to be the key place to ensure personal development and social inclusion, which will allow children and youngsters with disabilities to be as independent as possible. Such education system is the first step towards an inclusive society. Consistent with the relevant scientific, professional, and ethical principles are those advocates' programs and plans of action, that are based on the following strategic courses of action: prevention, respect, promotion and advocacy of human rights, health programs, early intervention programs, school diversity, access to work, support for the families, and orientation towards adult life. Leisure and sport activities integrated in community, tutelage services (supported decision), training of specialists, and support for research, development and implementation of new technologies, social image, and association leadership are also very important.

For example after 1994, a lot of significant changes have been made and have been evident in development, education, and health care of persons with Down syndrome thanks to optimal health care program including early intervention, inclusion in education, social support and other aspects.

Key words: people with disabilities, intellectual disability, Down's syndrome, human rights, education, social support, inclusion, vocational services, ethical aspects

Abstrakt

Deti a dospelí s rôznym zdravotným postihnutím majú mať zabezpečený prístup k bežnej zdravotnej starostlivosti, vzdelávaniu, voľbe povolania a sociálnym službám a majú mať všetky príležitosti, ktoré sú k dispozícii osobám bez postihnutia. Uplatnenie inkluzívneho prístupu k postihnutiu a k ľuďom s postihnutím vyžaduje zmenu prístupu k súčasnej praxi na viacerých úrovniach. Ľudia s mentálnym postihnutím majú rovnaké práva ako všetci ostatní občania. Školský systém preto musí byť kľúčovým miestom na zabezpečenie osobného rozvoja a sociálne inklúzie, ktoré umožnia deťom a mladým osobám s postihnutím byť natoľko nezávislými, ako je to len možné. Takýto školský systém je prvým krokom k inkluzívnej spoločnosti. Cieľom je dosiahnutie maximálnej sebestačnosti v súlade s relevantnými vedeckými, odbornými a etickými princípmi, ktoré sú založené na nasledujúcich strategických prístupoch: prevencia, rešpekt, presadzovanie a ochrana ľudských práv, zdravotné programy, programy včasnej intervencie, rôzne vzdelávacie a pracovné možnosti, podpora rodín a orientácia na život v dospelosti. Veľmi dôležité sú aj voľno-časové a športové aktivity integrované v komunite, poručníctvo (podporované rozhodovanie), vzdelávanie odborníkov, podpora výskumu, vývoja a využitia nových technológií, vytvorenie pozitívneho obrazu o ľuďoch s postihnutím v spoločnosti a zlepšenie práce a angažovanosti občianskych združení.

Napríklad po roku 1994 sa vykonalo veľa pozitívnych zmien. Tieto sa prejavili v rozvoji, vzdelávaní a zdravotnej starostlivosti o osoby s Downovým syndrómom vďaka optimálnemu zdravotníckemu programu, ktorý zahŕňal včasnú intervenciu a inklúziu vo vzdelávaní, sociálnej podpore a iných aspektoch.

Kľúčové slová: osoby so zdravotným postihnutím, intelektové postihnutie, Downov syndróm, ľudské práva, vzdelávanie, sociálna podpora, inklúzia, služby pri voľbe povolania, etické aspekty

Correspondence to: Prof. Mária Šustrová, MD, PhD, Slovak Medical University in Bratislava, Limbová 12 – 14, 83303 Bratislava, Slovak Republic, e-mail: maria.sustrova@szu.sk

Obnovená Etická komisia Ministerstva zdravotníctva ustanovená

Dňa 30. mája 2017 sa v Bratislave zišla na ustanovujúcom zasadnutí obnovená Etická komisia (EtK) Ministerstva zdravotníctva (MZ) Slovenskej republiky. Po slávnostnom prevzatí menovacích dekrétov komisia zvolila svojho predsedu a podpredsedu, ktorými sa stali prof. MUDr. Jozef Glasa a prof. MUDr. Mária Šustrová. Komisia predstavuje najvyšší poradný a konzultačný orgán v etických otázkach súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou vrátane biomedicínskeho výskumu, ako aj v ďalších aktuálnych otázkach bioetiky. Práca súčasnej komisie nadväzuje na činnosť EtK MZ v predchádzajúcich obdobiach. Prvá EtK MZ SR vznikla v roku 1990, súčasne s obdobnou komisiou v Českej republike. Mandát predchádzajúcej komisie vypršal v decembri 2013.

NOVÁ CHARTA ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV

SSV, Trnava, 2017, 1. vydanie, 152 strán

V auguste tohto roku vyšla v edícii Dokumenty Svätej stolice, vydávanej Spolkom sv. Vojtecha (SSV) pozoruhodná publikácia: pôvodný slovenský preklad významného medzinárodného dokumentu – etického kódexu katolíckych lekárov a zdravotníkov pod názvom *Nová charta zdravotníckych pracovníkov*. Podľa našich zisťovaní ide o jeden z prvých národných prekladov tohto dokumentu na svete (originál bol spracovaný v taliančine). Ide o zásadné, normatívne dielo – príručku bioetiky, ktorá sa obracia v prvom rade ku katolíckym lekárom a zdravotníkom, ale v novšom pohľade si všima aj postavenie a poslanie pracovníkov iných profesií, ktoré majú v súčasnosti nemalý vplyv na fungovanie a odbornú i etickú úroveň zdravotníckych systémov.

Jazyk tejto pomerne útlej a prehľadne zostavenej publikácie (prehľadný obsah, medzititulky) je však pomerne jednoduchý a zrejme programovo sa usiluje o zrozumiteľnosť aj pre medicínskych neodborníkov a nezdravotníkov. Pre záujemcov, ktorí nezdieľajú jej morálne východiská (opierajúce sa jednoznačne o morálne učenie Katolíckej cirkvi) táto publikácia predstavuje výnimočne kompletný a aktuálny prehľad „katolíckych postojov“ v celom spektre konkrétnych mravných problémov dnešnej medicíny a zdravotníctva.

Nová charta reprezentuje dôkladne prepracované a revidované znenie pôvodného etického kódexu – *Charty zdravotníckych pracovníkov*, ktorý v roku 1994 vydala pod vedením svojho prvého predsedu kardinála Fiorenza Angeliniho Pápežská rada pre zdravotníckych pracovníkov (pre pastoráciu v zdravotníctve) vo Vatikáne, ako „nástroj na počiatočnú, ale aj permanentnú formáciu predstaviteľov rozličných profesií, ktoré pôsobia v oblasti zdravotníctva“. Bol následne preložený do 19 jazykov. Do slovenčiny boli postupne preložené a zverejnené viaceré časti textu pôvodnej charty, avšak jej úplný preklad sa napokon dokončiť nepodarilo. Preto sa na Slovensku až dosiaľ azda najviac používal český preklad. Charta ako celok sa však v slovenskom zdravotníckom prostredí, vrátane toho kresťanského (katolíckeho), pomerne málo poznala.

V aktuálnom vydaní ide o pôvodný slovenský preklad, ktorý pre spomínanú oficiálnu cirkevnú edíciu s pozoruhodným porozumením urobil CSIDr. Martin Kramara, odborne lektoroval ThDr. Ivan Šulík a ktorého profesionálnu jazykovú úpravu urobil Marián Veselý. Publikácia vyšla v praktickom brožovanom vydaní a temer vreckovom formáte.

Ako sa píše v predhovore k aktuálnemu vydaniu *Novej charty*, v nadväznosti „na nové objavy, ktoré dosiahol výskum v biomedicínskej a vedeckej oblasti, ako aj vyjadrenia magistéria, ktoré zazneli od roku 1994 – počas pontifikátu samotného sv. Jana Pavla II, neskôr Benedikta XVI. a tiež pápeža Františka – pápežská rada pokladala za nevyhnutné pristúpiť k procesu revízie a aktualizovania tohto dokumentu (t.j. pôvodnej Charty – pozn. autora), avšak pri zachovaní pôvodnej štruktúry, zameranej na povolanie zdravotníckych pracovníkov ako služobníkov života.“ „Okrem pokroku lekárskej vied a ich možných dôsledkov pre ľudský život, sa nová charta venuje aj otázkam medicínsko-právneho poriadku, ktoré sa čoraz viac dostávajú do popredia a vplyvajú na vykonávanie zdravotníckych povolaní; text sa tiež venuje problémom, ktoré nadobúdajú vyššiu dôležitosť, predovšetkým vzhľadom na spravodlivosť, rešpekt k zvýšenej citlivosti týkajúcej sa princípov solidarity a subsidiarity v prístupe k liekom a k dostupným technológiám – to všetko pri rešpektovaní sociálno-zdra-

votnej spravodlivosti, prenesenej do práva na ochranu a podporu zdravia prostredníctvom spravodlivej zdravotníckej politiky.“ „Okrem toho sa do úvahy vzal aj zvýšený počet osôb, ktorých sa táto úloha týka, keďže popri klasických predstaviteľoch zdravotníckych povolaní (lekársky, sesterský a pomocný personál) sem dnes patria aj ďalšie, ktoré tvoria svet zdravotníctva – napríklad biológovia, lekárnici, či zdravotnícky personál pracujúci v danej oblasti, administratívni pracovníci, zákonodarcovia činní v oblasti zdravotníctva a ďalší pracovníci vo verejnom i súkromnom sektore – z radov laikov, ako aj zasvätených osôb.“

Zdravotnícke povolania – „také pestré v postavách, úlohách a profesionálnych poslaniach – sa vyznačujú antropologickým významom, ktorý biomedicínske vedy aj v súčasnom kultúrnom smerovaní musia podporovať neustálym výskumom zameraným na ponúknutie špecifickej služby integrálnemu dobru života a dôstojnosti každej ľudskej bytosti; v plodnom dialógu medzi biomedicínou a morálnymi princípmi obsiahnutými v magistériu Cirkvi. Túto úlohu si Cirkev osvojuje aj v tejto *Novej charte zdravotníckych pracovníkov*, ktorá chce byť účinným nástrojom v situácii ochabnutia etickej jasnosti a subjektivismu svedomia, ktoré spoločne s kultúrnym, etickým a náboženským pluralizmom môžu ľahko viesť k relativizácii hodnôt, teda k riziku, že už nebude možné odvolávať sa na spoločný étos, predovšetkým v poriadku veľkých existenciálnych otázok týkajúcich sa zmyslu narodenia, života a umierania.“ „Táto charta určite nemôže byť vyčerpávajúca vzhľadom na všetky problémy a otázky, ktoré sa kladú v oblasti zdravia a choroby, ale bola vypracovaná s cieľom ponúknuť orientačné línie, čo možno najjasnejšie, pre etické problémy, ktorým vo svete zdravotníctva vo všeobecnosti treba čeliť, v harmónii s učením Krista a magistériom Cirkvi.“

Text *Novej charty* v aktuálnom vydaní predstavuje, vrátane predhovoru, približne 150 strán praktického „vreckového“ formátu. Je rozdelený do štyroch veľkých kapitol. Prvá – „Služobníci života“ sa venuje samotnému povolaniu zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú pozvaní rozličným, špecifickým spôsobom slúžiť životu ľudí, ktorí sú im zverení – a to od počatia po prirodzenú smrť. Druhá kapitola – „Plodit“ obsahuje etické usmernenia v otázkach ľudskej plodnosti, jej etickej regulácie v živote dnešných manželov, etickému prístupu k problému nechcenej neplodnosti, prenatálnej a predimplantačnej diagnostiky. Približuje etické stanoviská k postupom kryoprezervácie ľudských vajíčok a zárodkov (embryí), ako aj k novým pokusom v oblasti ľudskeho plodenia. Tretia, najrozsiahljšia kapitola – „Žiť“ sa postupne venuje mnohým konkrétnym etickým problémom zdravotnej starostlivosti, ako sa s nimi dnes vo svojej práci stretáva kresťanský zdravotnícky pracovník. Ide o mnohoraké etické problémy v gynekológii a pôrodnictve, počnúc rôznymi formami umelého potratu, antikoncepcie, riešenia mimomaternicovej ťarchavosti, či situáciami ťažkého vrodeneho poškodenia plodu. Ďalšie kapitoly sa venujú napríklad výhrade vo svedomí, rešpektovaniu práva na život, prevencii, problematike očkovania, zásahom do ľudského genómu, génovej a regeneračnej liečbe, správneho vzťahu k liekom a medicínskym technológiám, dostupnosti zdravotnej starostlivosti, postaveniu a úlohám farmaceutického a iného zdravotníckeho priemyslu, informovanému súhlasu, biomedicínskeho výskumu, darovaniu a transplantáciám orgánov a tkanív, problematike závislosti (toxikomániám, alkoholizmu, tabakizmu), psychológii a psychoterapii, etickým komisiám a poradenstvu v oblasti klinickej etiky či právu na zdravotnú starostlivosť a zdravotnej politike. Spomínajú aj otázky pastoračnej starostlivosti v zdravotníctve, vrátane vysluhovania sviatostí a osobitne sviatosti pomazania chorých. Štvrtá kapitola – „Zomrieť“ sa venuje mnohým závažným etickým otázkam, ktoré zdravotnícki pracovníci s pacientom a jeho blízkymi riešia na konci ľudského života. V záverečnej kapitole *Novej charty* sa poukazuje na vnútornú a nutne etickú dimenziu zdravotníckych povolaní – ako aj na potrebu osobného, vnútorného obrátenia a

napredovania každého ich nositeľa či nositeľky, pretože ide síce o veľmi náročné, ale aj veľmi krásne a hlboko humánne povolania: „Boh, milovník života, zveril ho do rúk človeka, aby bol jeho horlivým správcom. Pre odpoveď na toto vzrušujúce povolanie je potrebná ochota zažiť vnútorné obrátenie, očistiť srdce a objaviť nový postoj.“ (nasledujú riadky z Encykliky Evanjelium života) „Je to postoj toho, kto vidí život v celej jeho hĺbke, kto rozpoznáva jeho nezištnosť, ako aj krásu a prijíma ich ako výzvu k slobode a zodpovednosti. Je to postoj toho, kto si nenárokujúce vlastnú skutočnosť, ale prijíma ju ako dar; pritom v každej veci nachádza odraz Stvoriteľa a v každej osobe jeho živý obraz (Gn 1, 27; Ž 8, 6). Kto si zachováva takýto postoj, nepodľahne znechuteniu, keď vidí človeka chorého, trpiaceho, odstráneného alebo na prahu smrti; všetky tieto situácie prijíma ako výzvu hľadať zmysel a práve v týchto okolnostiach sa disponuje objaviť v tvári každého človeka pozvanie na stretnutie, dialóg, solidaritu. Je tu čas, aby sme všetci zaujali takýto postoj a znovu sa učili ctíť si a vážiť každého človeka so srdcom plným náboženského úžasu.“

Publikáciu možno odporúčať do pozornosti všetkým, ktorí sa zaujímajú o aktuálne kresťanské resp. katolícke postoje k etickým otázkam súčasnej medicíny a zdravotníctva. Okrem zdravotníckych profesionálov môže poslúžiť aj medicínskym či zdravotníckym „laikom“ – napríklad aj pacientom a ich príbuzným, ktorí by sa chceli informovať pri svojom rozhodovaní o tom, aké sú kresťanské – katolícke morálne postoje k tomu alebo inému konkrétnemu problému, ktorý sa ich samotných, alebo ich príbuzných či blízkych osôb priamo dotýka. V tomto smere vidím aj prínos publikácie k informovanému dialógu v stále viacej multi-kultúrnom a multi-religióznom prostredí súčasnej medicíny a zdravotníctva, ako aj dnešnej pluralistickej, nezriedka značne fragmentovanej či polarizovanej spoločnosti.

Prof. MUDr. Jozef Glasa, PhD.²

“BEFORE I FORMED YOU IN THE WOMB...”

A Guide to the Ethics of Reproductive Medicine from the Council of the Community of Protestant Churches in Europe (CPCE)

Evangelischer Presseverband in Österreich epv, 1st Edition, May 2017, 173 pgs.

After several years of meticulous elaboration and collective drafting work, a very interesting and important book on ethics of reproductive medicine from the perspective of the Protestant Churches in Europe was published and made available to the broad international audience. Per se, this is an important and bold undertaking, as the ethical issues involved in this area of human activities are both complex and, to a great extent, controversial, and polarising. Both within the contemporary “micro communities”, starting from the level of the families – set aside the present controversies and confrontations on who or what constitutes “the family” today – up till the national or international arenas, where the clashes between sometimes systematically ridiculed so-called “conservatives” and hailed and pampered so-called “progressivists” are seen and avidly reported by the grateful media. In this atmosphere of ‘everybody’s guess’ principle implementation and of ‘post-truth’ and ‘post-factum’ reasoning or of ‘private facts’ and ‘private reality’ being tutted as (‘human’) rights of an individual, a thoughtful debate and even dialogue – are being mostly un-welcome, suppressed or ridiculed. Saying this, the aim and also the result of this collective reasoning and deliberation of European Protestant Christians on these important issues must be seen as extraordinary, very much (ever)due, and welcome.

The Guide itself is set in a practical paperback format com-

prising about 160 pages of the text proper, including a brief, but useful glossary (p. 168 – 171) and a list of the key contributors to the work (p.172 – 173). There is also a Foreword (p. 10 – 11) and a well done Executive Summary (p. 12 – 18), so a reader can get a good glimpse on the content and structure of the publication. The detailed Contents (p. 6 – 9) section does provide a quick and useful orientation, so one does not get lost in between the issues and ethical quandaries. The titles of the chapters of the Guide are self-explanatory – and we just list them here to give our reader an idea on what to expect inside the publication: 1. Introduction, 2. Framing the issues in their medical, social and policy context, 3. Framing the issues theologically and ethically, 4. In vitro fertilization, 5. Cryopreservation, 6. Insemination, gamete and embryo donation, and the use of eggs from different women, 7. Surrogacy, 8. Prenatal diagnosis (PND) and preimplantation genetic diagnosis (PGD), 9. Research and novel therapies, 10. Reproductive cloning and reproduction by means of artificial gametes, 11. Conclusions, recommendations and open questions.

Probably the most valuable and useful aspect of this publication is bringing together at one place the opinions and attitudes of nowadays Protestant Christians on the mentioned delicate issues. Describing in a fair and surprisingly comprehensive manner the broad arena of pluralistic co-existence of thought and opinion, where the opinions and attitudes much differ, and not so rarely conflict or clash with each other. The Biblical perspective is strongly present, but marked with the typical Protestant pluralism of understanding and interpretation. This, in the end, sometimes leads various Protestant Christians and their respective Churches to very different, and even contradictory to each other opinions and attitudes on those matters that leads to very different, sometimes contradictory to each other recommendations for the ‘real life’ decisions to be made by the persons concerned – individuals, couples and/or families (including novel types of people living together as „families“). This reality being faced by both European Protestant Christians and their pastors is well described in the Guide. I believe it may much help in improving the information level of concerned professionals being based in their ethical reflections upon other faiths, or other Christian perspectives, such as e.g. upon the Catholic perspective, and also it may be very useful for the people claiming themselves belonging to no religion at all, or being just atheists or so-called agnostics. This fair and comprehensive information, together with the theological and ethical basis for those provided in the Guide may also help the practical inter-religious dialogue, or even the current debate on ethics of reproductive medicine in much pluralistic, fragmented and not so well informed societies of Europe and beyond.

With regard to the formidable work done by CPCE, I only would say that I do appreciate very much the carefulness and comprehensiveness achieved. However, on a more personal note, I would add that I am really worried about some of the present day’s developments in the biomedical (incl. environmental) and bioethical – biolaw field/s, to my understanding and concern, being enabled to some extent also by a relatively weak or customarily twisted ethical/theological/legal/societal stands. This seems to be more obvious with regard to the nowadays human reproduction technologies. I strongly believe, in this respect, that a voice, even a “symphonic” one, being as strong and clear in its core message as possible, is almost desperately needed in “our days”: to combat the almost omnipresent “cacophony” of sometimes disoriented, sometimes just greedy, and many times also manipulated or “not-so-well-informed” voices in the field, and especially in the public square (incl. developments in the public policies realm/s).

I think about the responsibility of Christians, rooted in the Bible (and the shared tradition), to be the very salt in/for the

World", and sometimes also the (almost) lonely (prophetic) "voice in the dessert". Not so much pleasing the crowds, and neither the "scribes and pharisees" of our times. To witness, to preach and to celebrate the Gospel of Life, i.e. to bring the good message of salvation to our brothers and sisters "dying in front of our very eyes" from the wounds of merciless lies, greeds, selfishness, disrespect, hatred - and other vices of Evil. I am still missing this kind of spirit, expressed in possibly a bit stronger and more articulate manner, in the present CPCE document.

Prof. MUDr. Jozef Glasa, PhD.²

Note: The publication can be downloaded in PDF or ordered at www.cpce-repro-ethics.eu.

DOKUMENTY / DOCUMENTS

STANOVISKO K VÝSTAVE „BODY-THE-EXHIBITION“

Prijaté 30. októbra 2017

Etická komisia Ministerstva zdravotníctva SR

V súčasnosti sa na území mesta Bratislavy v priestoroch výstavného komplexu Incheba Expo uskutočňuje výstava s názvom „BODY-THE-EXHIBITION“. Táto výstava vyvolala širokú verejnú diskusiu, ale aj podnety občanov. Na základe žiadosti ministra zdravotníctva SR preto Etická komisia Ministerstva zdravotníctva SR (ďalej len „Komisia“) zaujala stanovisko k etickým otázkam výstavy.

Komisia si je vedomá, že vyspelá demokratická spoločnosť potrebuje pluralitný pohľad na problémy týkajúce sa interpretácie a hodnotenia výsledkov modernej biológie a medicíny. Komisia si tiež uvedomuje rôzne pohľady štátnych orgánov a expertov v oblasti bioetiky v jednotlivých štátoch EÚ na otázky spojené s predmetnou výstavou.

Komisia pri svojom hodnotení vychádza z potreby širokých garancií slobody prejavu, práva na informácie a ďalších súvisiacich základných práv. Na druhej strane však uznáva aj potrebu hľadania primeraných hraníc pre obmedzovanie týchto práv, ak je ich aplikáciou ohrozená ľudská dôstojnosť alebo základné práva a slobody iných.

Vychádzajúc z uvedených predpokladov preto Komisia vyjadruje viaceré etické výhrady voči výstave „BODY-THE-EXHIBITION“:

1. Zásadným etickým problémom, ktorý je spojený s výstavou „BODY-THE-EXHIBITION“, je otázka **pôvodu** plastinovaných ľudských tiel. **Doteraz neboli jasne vyvrátené podozrenia, že ľudské telá a ich časti, použité ako exponáty na výstave, boli získané v rozpore s ľudskými právami a fundamentálnymi etickými princípmi, akými sú ľudská dôstojnosť a autonómia.** Predovšetkým ide o slobodný informovaný súhlas darcov jednotlivých tiel na účely ich posmrtného vystavovania. Záujem spoločnosti na transparentnej informácii o pôvode plastinovaných ľudských tiel je vyšší než ochrana obchodného tajomstva. Pôvod a etické podmienky získania plastinovaných ľudských tiel, prezentovaných na výstave, je voči verejnosti potrebné transparentne zdokumentovať.

2. Výstava „BODY-THE-EXHIBITION“ je podujatie so širokou publicitou, ktoré vzbudzuje záujem obyvateľov rôznych vekových kategórií. Vzhľadom na psychickú zraniteľnosť však výstava nie je rovnako vhodná pre všetky vekové skupiny. **Najmä v prípade návštevy výstavy maloletými osobami môže mať tento zážitok traumatizujúci dopad na ich psychický vývin.**

3. **Snaha o finančný prospech z prezentácie ľudského tela na výstave je neetická.** Zákaz zisku z využitia ľudského tela sa stal jedným z hlavných princípov medzinárodných dohôrov v oblasti bioetiky (čl. 21 Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne z roku 1997). Hoci sa tento princíp často nedarí v praxi presadiť, je jedným z hlavných pilierov koncepcie ľudskej dôstojnosti a úcty k mŕtvemu ľudskému telu. Výstava „BODY-THE-EXHIBITION“ vyvoláva oprávnené pochybnosti, či hlavnou motiváciou jej usporiadania je deklarovaná edukácia verejnosti a nie spomínaný finančný prospech jej organizátorov.

4. Kultúrno-historická tradícia v našej krajine vždy viedla k prejavovaniu hlbokkej úcty k mŕtvemu ľudskému telu zosnulého. **Komisia považuje spôsob prezentácie viacerých plastinovaných ľudských tiel na výstave „BODY-THE-EXHIBITION“ za prinajmenšom eticky rozporuplný a neúčtívý.** Vzniká otázka, či nejde skôr o snahu predovšetkým ohromiť a za každú cenu zaujať návštevníkov výstavy, než o odborné či vedecky podložené prezentovanie anatómie ľudského tela za edukačným účelom.

Vzhľadom na uvedené závažné etické výhrady komisia očakáva, že príslušné orgány verejnej moci budú vo veci výstavy konať v zmysle platných právnych predpisov. Komisia taktiež odporúča analyzovať možnosti zmien právnej úpravy, ktoré by presnejšie regulovali vzťahy k ľudskému telu v obdobných prípadoch.

WMA STATEMENT ON BULLYING AND HARASSMENT WITHIN THE PROFESSION

Adopted by the 68th General Assembly, Chicago, October 2017

PREAMBLE

1. Workplace bullying has been recognised as a major occupational stressor since the early 1980s.
2. Workplace bullying is unreasonable and inappropriate behaviour directed towards a worker or a group of workers that creates a risk to health and safety. By definition, bullying is behaviour that is repeated over time or occurs as part of a pattern of behaviour, rather than a single episode. Unreasonable behaviour is what a reasonable person in the same circumstances would see as unreasonable. It includes behaviour that intimidates, offends, victimises, threatens, degrades, insults or humiliates. Bullying can take psychological, social and physical forms. It is not the perpetrator's intention, but the victim's perception, that is key to determining whether bullying has occurred.
3. Harassment is unwanted, unwelcome or uninvited behaviour that makes a person feel humiliated, intimidated or offended. Harassment can be related to a person's ethnicity, gender, sexual orientation, disability or other factors such as whether a person has made a complaint.
4. Employers generally have a legal duty to ensure the health, safety and welfare of their employees. This includes identifying bullying and harassment and taking steps to eliminate and prevent it. Employees are generally required to take reasonable care for their own health and safety as well as for the health and safety of others who may be affected by their acts in the workplace.
5. In recent years, bullying and harassment have become more recognised in the medical profession; there is good evidence that disruptive behaviour, inappropriate behaviour and harassment occurs in the medical workplace. International research has shown that bullying in the healthcare profession is not associated with specialty or sex. It appears that bullying is widespread and occurs

across all specialties and at all levels of seniority, although it is fair to say that where bullying occurs it is more common to be inflicted by a more senior employee upon a more junior one. The hierarchical nature of medicine and the inherent power imbalance associated with this can however create a culture of bullying and harassment which, in some cases, becomes pervasive and institutionalized.

6. Workplace bullying can have detrimental effects such as decreased job satisfaction, depression, anxiety, and absenteeism, all of which impact adversely on staff retention and quality of patient care.

RECOMMENDATIONS

7. The WMA condemns bullying or harassment under any circumstances. It further believes that raising awareness of inappropriate behaviour, disruptive behaviour and harassment in the medical profession is an important step in the process of eliminating the problem. The WMA is of the view that this is an issue of professionalism and it encourages National Medical Associations (NMAs), medical schools, employers, and medical colleges to establish and implement anti-bullying and harassment policies.
8. The WMA recommends that NMAs recognise and, where possible, actively address the following:
 - 8.1 Bullying in the health workplace is an entirely unprofessional and destructive behaviour and should not be tolerated.
 - 8.2 Steps should be taken to prevent, confront, report and eliminate bullying at any level.
 - 8.3 Bystanders also have a responsibility to take action.
 - 8.4 There can be significant barriers for junior doctors to speak out about bullying by senior colleagues, for example fear of career retribution.
 - 8.5 Professionalism is not just how we treat our patients, but how we treat each other as professional colleagues. Acting professionally means also being vigilant and stepping in to intervene, for the good of all.
 - 8.6 Bullying is unprofessional, contradicts the fundamentals of the profession and raises fitness to medical practise concerns.
 - 8.7 Healthcare needs good teams. Eliminating bullying ensures a safer team environment and a safer healthcare environment for patients.
 - 8.8 It is the responsibility of the management to maintain a good working environment and address all signs of harassment and bullying. There should be zero tolerance of bullying and harassment.

Text taken from the web page of World Medical Association (WMA):
<https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-bullying-and-harassment-within-the-profession/>

WMA DECLARATION OF GENEVA

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994 and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005 and the 173rd WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006 and amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017.

The Physician's Pledge

AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE to dedicate my life to the service of humanity;

THE HEALTH AND WELL-BEING OF MY PATIENT will be my first consideration;

I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient;

I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life;

I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I WILL PRACTISE my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;

I WILL FOSTER the honour and noble traditions of the medical profession;

I WILL GIVE to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;

I WILL SHARE my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;

I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;

I WILL NOT USE my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely, and upon my honour.

Text taken from the web page of World Medical Association (WMA):
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>

ŽENEVSKÁ DEKLARÁCIA SVETOVEJ ASOCIÁCIE LEKÁROV

Prijatá na 2. valnom zhromaždení Svetovej asociácie lekárov (SAL), Ženeva, Švajčiarsko, september 1948 a novelizovaná 22. svetovým lekársnym zhromaždením, Sydney, Austrália, august 1968 a 35. svetovým lekársnym zhromaždením, Benátky, Taliansko, október 1983 a 46. svetovým lekársnym zhromaždením, Štokholm, Švédsko, september 1994 a edične revidovaná 170. zasadnutím Rady SAL, Divonne-les-Bains, Francúzsko, máj 2005 a 173. zasadnutím Rady SAL, Divonne-les-Bains, Francúzsko, máj 2006 a novelizovaná 68. valným zhromaždením SAL, Chicago, Spojené štáty americké, október 2017.

Sľub lekára

Ako člen lekárskej profesie:

SLÁVNOSTNE SLUBUJEM, že svoj život venujem službe ľudstvu;

ZDRAVIE A DOBRO MOJICH PACIENTOV budú mojím prvoradým záujmom;

BUDEM REŠPEKTOVAŤ autonómiu a dôstojnosť svojich pacientov;

BUDEM ZACHOVÁVAŤ najvyššiu úctu k ľudskému životu;

NEDOVOLÍM, aby zohľadňovanie veku, choroby alebo zdravotného postihnutia, viery, etnického pôvodu, pohlavia, ná-

rodnosti, politickej príslušnosti, rasy, sexuálnej orientácie, spoločenského postavenia alebo akéhokoľvek iného faktora, zasahovalo do plnenia mojich povinností voči pacientovi;

ZACHOVÁM V ÚCTE tajomstvá, ktoré mi budú zverené, a to aj po smrti pacienta;

BUDEM VYKONÁVAŤ svoje povolanie podľa svedomia, dôstojne a v súlade s dobrou medicínskou praxou;

BUDEM PODPOROVAŤ vážnosť a ušľachtilé tradície lekárskeho povolania;

svojim učiteľom, kolegom a študentom BUDEM PREJAVOVAŤ úctu a vďačnosť, ktorá im patrí;

BUDEM ZDIELAŤ svoje lekárske znalosti pre dobro pacienta a na zlepšenie zdravotnej starostlivosti;

BUDEM DBAŤ o svoje vlastné zdravie, dobrý stav a schopnosti, aby som mohol poskytovať starostlivosť na najvyššej úrovni;

NEPOUŽIJEM svoje lekárske znalosti na porušovanie ľudských práv a občianskych slobôd, a to ani pod hrozbou;

TENTO SLUB ROBÍM slávnostne, slobodne a na svoju česť.

Pôvodný slovenský preklad Lukáš Obšitník (1) s úpravami Jozefa Glasu (2017).

(1) Lukáš Obšitník - preklad článku: Michael Cook - Svetová medicínska asociácia revidovala Hippokratovu prisahu, www.mercatornet.com, uverejnené v internetovom denníku Postoj dňa 03. 12. 2017 (<https://www.postoj.sk/28830/svetova-medicinska-asociacia-revidovala-hipokratovu-prisahu>)

WMA STATEMENT ON MEDICAL CANNABIS

Adopted by the 68th General Assembly, Chicago, October 2017

PREAMBLE

1. Cannabis is the generic term used to denote psychoactive preparations of the plant *Cannabis sativa*, which grows wild in many parts of the world and is known by numerous other names, such as: "marijuana", "dagga", "weed", "pot", "hashish", or "hemp".

2. Cannabis for medical use refers to the use of cannabis and its constituents, natural or synthetic, to treat disease or alleviate symptoms under professional supervision; however, there is no single agreed upon definition.

3. Recreational cannabis refers to the use of cannabis to alter one's mental state in a way that modifies emotions, perceptions, and feelings regardless of medical need.

4. This WMA statement is intended to provide a position on legalisation of cannabis for medical use and highlight the adverse effects associated with recreational use.

5. Recreational cannabis use is an important health and social issue across the world. Cannabis is the most commonly used illicit drug in the world. The World Health Organisation estimates that about 147 million people, 2.5% of the world population, use cannabis compared with 0.2% using cocaine and 0.2% using opiates.

6. The WMA opposes recreational cannabis use due to serious adverse health effects such as increased risk of psychosis, fatal motor vehicle accidents, dependency, as well as deficits in verbal learning, memory and attention. Use of cannabis before the age of 18 doubles the risk of psychotic disorder. The ominously growing availability of cannabis or its forms in foodstuffs such as sweets and "concentrates", which have enormous appeal to children and adolescent, requires intensive vigilance and policing.

7. National Medical Associations should support strategies to prevent and reduce recreational cannabis use.

8. Evidence for use of cannabis for medical use.

8.1 Cannabinoids are chemical constituents of *Cannabis sativa* that contain similar structural features; some of the chemical constituents act on human cannabinoid receptor cells. Conceptually, cannabinoids that activate these receptors (1) occur naturally in the human body like other endogenous neurotransmitters (endocannabinoids); (2) occur naturally in the cannabis plant (phytocannabinoids); or (3) are pharmaceutical preparations containing either synthetic cannabinoids, (e.g. delta9-tetrahydrocannabinol [dronabinol, MarinolTM], or a related compound, nabilone [CesametTM], or extracts of phytocannabinoids (nabiximols [SativexTM]).

8.2 Amongst phytocannabinoids is naturally occurring *Cannabis sativa*, delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), the main bioactive cannabinoid and the principal psychoactive constituent, while cannabidiol (CBD) is the second most abundant. CBD lacks significant psychoactive properties but may possess analgesic and antiseizure properties.

8.3 The human endocannabinoid system is believed to mediate the psychoactive effects of cannabis and is involved in a variety of physiologic processes including appetite, pain-sensation, mood, and memory. The significant medical and pharmacological therapeutic potential of influencing the endocannabinoid system has been widely recognized.

8.4 The medical benefits of cannabis reported in scientific literature are widely debated globally. Cannabis has been used for the treatment of severe spasticity in multiple sclerosis, chronic pain, nausea and vomiting due to cytotoxics, and loss of appetite and cachexia associated with AIDS. Evidence suggest that certain cannabinoids are effective in the treatment of chronic pain, particularly as an alternative or adjunct to the use of opiates when the development of opiate tolerance and withdrawal can be avoided. Evidence supporting use of cannabis for medicinal purposes is of low to moderate quality, and inconsistent. The inconsistency can be partially attributable to the prohibition of cannabis. Its classification as an illegal substance in some countries has constrained safe and high-quality clinical research.

8.5 The short-term adverse effects of cannabis use are well documented. However, the long-term adverse effects are less well understood, particularly the risk of dependence and cardiovascular disease. There are also significant public health concerns for vulnerable populations such as adolescents, and pregnant or breastfeeding women.

8.6 Despite weak evidence of its medical benefits, cannabis for medical use has been legalised in some countries. In other countries medical cannabis is forbidden or under debate.

9. Medical professionals may find themselves in a medico-legal dilemma as they try to balance their ethical responsibility to patients for whom cannabis may be an effective therapy and compliance with applicable legislation. This dilemma can manifest itself both with patients who may medically benefit from the use of cannabis, and those who are not likely to do so, but pressure the medical professionals to prescribe it.

RECOMMENDATIONS

10. Cannabis Research

10.1 In the light of the low-quality scientific evidence on the health effects and therapeutic effectiveness of cannabis, more rigorous research involving larger samples is necessary before governments decide whether or not to legalise medical cannabis for medical purposes. Comparators must include the existing standards of treatment. Expansion of such research should be supported. Research should also examine the public health, social and economic consequences of cannabis use.

10.2 Governments may consider reviewing laws governing access to and possession of research-grade cannabis for the purpose of allowing well-designed scientific research studies to broaden the evidence base on the health effects and therapeutic benefits of cannabis.

11. In countries where cannabis is legalised for medicinal purposes, the following requirements should apply:

11.1 Requirements for producers and products:

11.1.1 Provision of cannabis plant products for treatment must be in accordance with the UN Single Convention on Narcotic Drugs from 30 March 1961, including the Convention's rules on production, trade, and distribution. Thus, it is essential that the cannabis included in the products delivered for medical treatment must be provided and handled in accordance with the requirements of the Convention.

11.1.2 Requirements must include that the cannabis plants meet appropriate quality demands for growing and standardization. The produced cannabis plant products must have a specific indication (interval) of ingredients, including the content of delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) and strength indication of these.

11.2 Requirements for prescription and dispensing of cannabis for medical purposes:

11.2.1 Cannabis must be prescribed by an authorised physician/prescriber in accordance with the best level of evidence and the country's regulatory frameworks.

11.2.2 It is recommended that treatment with approved conventional drugs is undertaken before cannabis products are used for treatment.

11.2.3 Each individual physician must take responsibility for and make a decision regarding treatment with cannabis products, in accordance with the best available evidence and country specific registered indications.

11.2.4 Cannabis for medical purposes must only be dispensed at pharmacies or by authorised dispensers in accordance with the country's regulatory frameworks.

11.2.5 Effective control measures must be put in place to impede illicit use of medical cannabis.

11.2.6 Public health surveillance systems to monitor prevalence of cannabis use and trends in utilisation patterns are necessary.

12. In considering policy and legislation on cannabis, governments, NMAs, policymakers, and other health stakeholders, should emphasize and examine the health effects and therapeutic benefits based on the available evidence, while also recognizing various contextual factors such as regulatory capacity, cost-effectiveness, societal values, social circumstances of the country, and the public health and safety impact on the wider population.

Text taken from the web page of World Medical Association (WMA): <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-medical-cannabis/>

(Continued from p. 3)

GUIDELINE 7

COMMUNITY ENGAGEMENT

Researchers, sponsors, health authorities and relevant institutions should engage potential participants and communities in a meaningful participatory process that involves them in an early and sustained manner in the design, development, implementation, design of the informed consent process and monitoring of research, and in the dissemination of its results.

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

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

■ Vedúci redaktor/Editor: J. Glasa ■ Výkonná redaktorka/Executive Editor: H. Glasová ■ Redakčná rada/Editorial Board: P. Bicianová, J. Ďačok, J. Glasa, (predseda), H. Glasová, Z. Grabczak, T. Kréméryová, J. Matulník, J. Palaščák, R. Pullmann, A. Rakús, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: J. Boboková, M. Glasová, Š. Krajčík, M. Kriška, P. Kukumberg, J. Longauer, E. Mathéová, M. Mojzešová, P. Mráz, M. Pavlovič, M. Šustrová, V. Thurzo, J. Trizuljaková, V. Žilínek ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch. Byk (Paris), A. Carlberg (Stockholm), D. Callahan (Garrison, NY), L. Gormally (London), T. Hope (Oxford), H. Klaus (Washington, DC), S. Leone (Palermo), T. Lajkep (Brno - Brussels), M. Munzarová (Brno), R. H. Nicholson (London), J. Payne (Prague), D. Sacchini (Rome), A. Slabý (Prague), A. Spagnolo (Rome), J. Šimek (Prague), K. Šipr (Brno), H. Watt (London) ■ Adresa redakcie: Ústav medicínskej etiky a bioetiky n. f., Vysoká 32, 811 06 Bratislava 1 ■ E-mail: jozef.glasa@szu.sk ■ Tel.: (00421) 905 208 146 ■ Registrované MK SR pod číslom 964/94. ■ Published by Charis a. s. Publishing House, Ipeľská 3, 821 07 Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f. ■ © Institute of Medical Ethics and Bioethics n. f., Bratislava, Slovak Republic.

ISSN 1335-0560

Included into *Bibliographia medica slovacica* and partially into Medline™
Web: www.bioetika.sk, www.bioethics.sk

PRINTED IN SLOVAKIA



PHARMA

Toto číslo časopisu vychádza so sponzorským príspevkom spoločnosti