

UDK 614.253.1
61:179

Bioetičke konzultacije

Bioethics Consultations

Iva Sorta-Bilajac¹

SAŽETAK. Konzultacije u zdravstvenoj skrbi su usluge koje pruža pojedinac ili grupa s ciljem da pomogne bolesniku, obitelji, skrbnicima, zdravstvenim djelatnicima, te svim ostalim uključenim stranama pri suočavanju s neizvjesnostima ili sukobima vezanim uz pitanja opterećena moralnim vrijednostima prisutnim unutar sustava zdravstvene skrbi. Dijele se na dvije osnovne skupine: kliničke etičke konzultacije (bioetičke konzultacije) i organizacijske etičke konzultacije. Sustav bioetičkih konzultacija prepoznaje tri razine: etička povjerenstva (rad u većim grupama, obično 12-15 članova), timske konzultacije (manje grupe za savjetovanje, kao npr. podgrupe etičkih povjerenstava, obično se sastoje od 3 ili 4 člana) te individualne konzultacije (tj. savjetovanja *licem u lice*). Individualni bioetičar - konzultant treba posjedovati specifična znanja i vještine, (kliničko) iskustvo, te "poželjan karakter" (osobne moralne kvalitete). Brojna literatura govori u prilog liječniku kao bioetičkom konzultantu jer će njegova preporuka biti lakše prihvaćena i imat će veću vjerodostojnost među liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima s obzirom na to da imaju isto kliničko iskustvo i govore istim "kliničkim jezikom", te stoga što liječnik najbolje razumije moralnu dimenziju odnosa liječnik - bolesnik. Glavna svrha bioetičkih konzultacija je poboljšanje provođenja i ishoda zdravstvene skrbi kroz identifikaciju, analizu i rješavanje etičkih pitanja i problema koji se pojavljuju u kliničkim slučajevima unutar zdravstvenih institucija. Predstavljaju neku vrstu "osigurača" za poštivanje i promicanje bioetičkih standarda u svrhu postizavanja najviše razine zdravstvene skrbi u pluralističkom vrijednosnom sustavu.

Ključne riječi: etičari, etičke konzultacije, klinička etika, klinički etički komiteti

SUMMARY. Healthcare Ethics Consultations (HEC) are a service provided by an individual or a group to help patients, families, surrogates, healthcare providers, or other involved parties address uncertainties or conflicts regarding value-laden issues which emerge in healthcare. They can be divided in two basic subgroups: clinical ethics consultations (CEC) (bioethics consultations) and organizational ethics consultations. Bioethics consultations system recognizes three levels: ethics committee (work in larger groups, 12-15 members), team consultations (smaller counseling groups, such as ethics committees' subgroups, 3-4 members), individual consultation (face to face). Individual bioethics consultant should possess specific knowledge and skills, (clinical) experience and "suitable character" (personal moral qualities). Numerous references indicate that physician should perform as a bioethics consultant. In such case recommendations should be easily accepted, with higher level of credibility among healthcare providers, having the same clinical experience and talking the same "clinical language" as the physician - bioethics consultant. Namely, a physician is the one who understands best the moral dimension of the physician-patient relationship. Bioethics consultations' main purpose is the improvement of the provision of healthcare and its outcomes through the identification, analysis and resolution of ethical issues as they emerge in clinical cases in healthcare institutions. They represent a form of assurance that bioethical standards will be promoted and respected, aiming for the highest level of healthcare in a pluralistic value system.

Key words: Clinical Ethics, Clinical Ethics Committees, Ethicists, Ethics Consultation

¹Katedra za društvene znanosti,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Primljeno: 19. 5. 2008.
Prihvaćeno: 17. 7. 2008.

Adresa za dopisivanje:
Dr. sc. Iva Sorta-Bilajac, dr. med.
Katedra za društvene znanosti
Medicinski fakultet
Sveučilište u Rijeci
Braće Branchetta 22
51 000 Rijeka
tel: 051 651 282
faks: 051 651 219
e-mail: iva.sorta@medri.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

Bioetika je mlada znanost koja je u proteklih 50-ak godina – otkad je, najprije kao društveni pokret, nastala u SAD-u, doživjela preobrazbu iz skupa poprilično krutih pravila u profesionalnom djelovanju koje je stvorila ponajviše sama medicinska struka, u široko polje višedisciplinarnoga, međudisciplinarnoga, dijaloškoga, pluriperspektivnoga i integrativnoga znanstvenog interesa¹⁻³. Dokaz da je bioetika “ozbiljna znanost” nalazimo i

Konzultacije u zdravstvenoj skrbi su usluge koje pruža pojedinac ili grupa s ciljem da pomogne pacijentu, obitelji, skrbnicima, zdravstvenim djelatnicima, te svim ostalim uključenim stranama pri suočavanju s neizvjesnostima ili sukobima vezanim uz pitanja opterećena moralnim vrijednostima prisutna unutar sustava zdravstvene skrbi.

Dijele se na: kliničke etičke konzultacije (bioetičke konzultacije) i organizacijske etičke konzultacije.

u činjenici da se ona, kao i druga znanstvena područja, dijeli na polja, grane, ogranke. Danas poznajemo brojne podjele bioetike, od Callahanove na teorijsku, kliničku, političku i kulturološku⁴, do recentnih, od kojih posebno valja izdvojiti onu s tri specifična polja interesa:

1. etička analiza i argumentacija široke palete pitanja i problema u (ponajviše biomedicinskoj) znanosti, njenoj praktičnoj implementaciji i regulaciji (npr. kloniranje, preraspodjela resursa...);
2. teorijske rasprave o temeljima same medicinske etike i bioetike;
3. praktična analiza specifičnih etičkih dilema u kliničkoj praksi⁵.

Ovo posljednje predstavlja najvažniji i najdinamičniji segment suvremene bioetike i danas se naziva *kliničkom bioetikom*. Klinička bioetika se temelji na intenzivnoj poveznici kliničke prakse s edukacijom iz biomedicine, zdravstva i bioetike, u kontekstu u kojem se znanja i vještine kliničkih bioetičara trenutno testiraju u kliničkoj stvarnosti, te ekspanziji praktičnog polja rada u kojem bioetičari pomažu bolesnicima, zdravstvenim djelatnicima i bioetičkim tijelima (povjerenstvima i

sl.) pri donošenju odluka u moralno opterećenim okolnostima⁵.

Klinička bioetika definira se kao etika kliničke prakse, a bavi se etičkim pitanjima koja proizlaze iz kontinuirane, svakodnevne skrbi za bolesnika. Najčešće je orijentirana na individualni slučaj, pokušavajući odrediti što treba za pojedinog bolesnika učiniti ovdje i sada⁶. Zbog kliničke djelatnosti kao dominantnog fokusa interesa, klinička se bioetika snažno oslanja na međudjelovanje zdravstvenih djelatnika i bolesnika, no s obzirom na to da to čini u okviru mnogo šireg interdisciplinarnog područja bioetike, pritom se pribjegava kolaborativnom odlučivanju upravo s adekvatno educiranim bioetičarima – konzultantima⁷. Najvažnija obilježja kliničke bioetike jesu: njezina usmjerenost na pitanja etike u kontinuiranoj, svakodnevnoj skrbi za bolesnika; teorijske rasprave o različitim modelima etičkog odlučivanja u praksi; te izjednačavanje važnosti etičkih pitanja u medicinskoj praksi s edukacijom i istraživanjem^{7,8}.

BIOETIČKE KONZULTACIJE

Konzultacije u zdravstvenoj skrbi (engl. *Healthcare Ethics Consultation – HEC*) su “usluge koje pruža pojedinac ili grupa s ciljem pomaganja bolesniku, obitelji, skrbnicima, zdravstvenim djelatnicima, te svim ostalim uključenim stranama pri suočavanju s neizvjesnostima ili sukobima vezanim uz pitanja opterećena moralnim vrijednostima prisutna unutar sustava zdravstvene skrbi”⁹. One se dijele na dvije osnovne grupacije: organizacijske etičke konzultacije i kliničke etičke konzultacije (engl. *Clinical Ethics Consultation – CEC*)⁹. I. Šegota je u svojim dosadašnjim radovima sintagmu *bioetičke konzultacije* koristio kao istoznačnicu za (*kliničke*) *etičke konzultacije*, pozivajući se pritom na, kao što navodi u pogovoru knjige “*Etički komiteti – praktični pristup*” - vjerojatno najstariju bioetičku udruhu u SAD-u, *Society for Bioethics Consultation (SBC)* osnovanu 1987. u Clevelandu^{10,11}.

Sustav bioetičkih konzultacija prepoznaje tri razine^{8,11-16}:

1. etička povjerenstva (rad u većim grupama, obično se sastoje od 12-15 članova);
2. timske konzultacije (manje grupe za savjetovanje, kao npr. podgrupe etičkih povjerenstava, obično se sastoje od 3 ili 4 člana);

3. individualne konzultacije (savjetovanja *licem u lice*).

“BOŽJI KOMITET” – ZAČETAK BIOETIČKIH TIJELA

Jedno od prvih etičkih povjerenstava, odnosno jedno od prvih (interdisciplinarnih) bioetičkih tijela u SAD-u je tzv. “Božji komitet” Sveučilišne bolnice u Seattleu^{8,10,17}. Tada mlada novinarka časopisa *Life*, Shana Alexander, pročitavši u *New York Timesu* informaciju o jednom povjerenstvu koje u Sveučilišnoj bolnici u Seattleu odlučuje koji će od bolesnika biti dijaliziran, tj. doslovce koji će od bolesnika preživjeti, a koji umrijeti, preselila se iz New Yorka u Seattle gdje je ostala šest mjeseci i napisala novinski članak pod naslovom “Oni odlučuju tko će živjeti, a tko umrijeti” (engl. *They Decide Who Lives Who Dies*). Datum objavljivanja, 9. studenoga 1962., prema mišljenju nekih od vodećih svjetskih bioetičara smatra se početkom bioetičke povijesti¹⁸. Slijedom se može zaključiti kako je začetak bioetike ujedno i začetak bioetičkih tijela – etičkih povjerenstava, tj. začetak bioetičkih konzultacija - temeljne odrednice onog što se 80-ih godina 20. stoljeća pojavilo kao klinička bioetika. To je činjenica kojom se još jednom podcrtava uska poveznica bioetike i biomedicinskih znanosti.

Godine 1961., kada je dr. Belding H. Scribner s Washington sveučilišta u Seattleu izumio “umjetni bubreg” ili aparat za hemodijalizu, započinje priča o “Božjem komitetu”⁷. Naime takvo tehnološko otkriće bilo je za bubrežne bolesnike spasonosno, a takvih je, prema nekim podacima, samo u Seattleu bilo preko 15.000. Stoga se novoosnovani “Centar za umjetni bubreg” Sveučilišne bolnice u Seattleu već u samom početku rada suočio s dva velika problema: ograničenim brojem aparata i nedovoljno kvalificiranim osobljem. Pojavio se problem selekcije bolesnika, a selekcija je za pravo značila život, odnosno smrt. Pojavilo se tzv. “tri tko” pitanje, tj. tko će živjeti, tko će umrijeti i tko će o tome odlučivati. U spomenutim okolnostima rodila se ideja osnivanja tijela koje bi bilo kompetentno dati odgovore na prva dva “tko”. Oformljeno je povjerenstvo od 9 članova u kojem su bila samo dva liječnika, a svi ostali “laici u medicini”. Naime uvidjelo se da zdravstveni djelatni-

ci nisu bili osposobljeni donositi odluke koje nisu bile isključivo medicinske kompetencije. U ovom slučaju pojavila su se pitanja koja tradicionalno “pripadaju” profesionalcima iz domene društveno-humanističkih znanosti, koje je, očito, trebalo uključiti u ovakvo odlučivanje.

Sami bolesnici, kandidati za dijalizu, ovo su tijelo prozvali “Božjim komitetom” upravo zbog karaktera odluka koje je donosilo. Pojavilo se, međutim, pitanje kriterija na osnovi kojih je povjerenstvo donosilo odluke. Oni očito nisu bili više samo medicinski, čim su u proces odlučivanja uključeni i “laici u medicini”. Međutim mogu li nemedicinski kriteriji biti jednako objektivni? Povjerenstvo je, naime, kao preduvjete odlučivanju uvrstilo i kriterije kao što su npr. ugled poštenog građanina, produktivan život i sl. Otvorila se žustra bioetička rasprava o pitanju pravednosti pri preraspodjeli sredstava, tj. korištenju medicinske tehnologije, kao i etičkim posljedicama odluka o njenoj dostupnosti pojedinim bolesnicima. To je izazvalo snažnu reakciju u javnosti i kritičku raspravu u akademskim institucijama.

Ta rasprava imala je i jednu povijesno-znanstvenu posljedicu. Naime upravo uključivanje profesionalaca iz društveno-humanističkih znanosti koji su uz medicinsku kompetenciju liječnika pridonosili radu “Božjeg komiteta” premještajući problem iz usko medicinskog u širi društveno-etički kontekst, predstavlja povijesnu prekretnicu u donošenju odluka u sustavu biomedicine i zdravstva, gdje je po prvi put došlo do “prihvatanja laičkog mišljenja u donošenju odluka koje su prije bile rezervirane samo za liječnike”^{13,19}.

ETIČKA POVJERENSTVA

Etička povjerenstva nastaju 60-ih i 70-ih godina 20. stoljeća u SAD-u, no inicijativa za njihovo osnivanje ubrzo se pojavila i u mnogim europskim zemljama²⁰. Dijele se na dva osnovna tipa: istraživačka i klinička etička povjerenstva.

Istraživačka etička povjerenstva (engl. *Institutional Review Board – IRB, Research Ethics Committee*) su tijela koje se bave etičkom analizom, odobravanjem i nadzorom nad provođenjem istraživačkih protokola u biomedicini. Njihova djelatnost je pravno regulirana (uredbama, zakonima, međunarodnim dokumentima), a odluke o prihva-

ćanju ili odbijanju protokola istraživanja imaju pravnu težinu. Sastav im je multidisciplinarnan, a sastoje se od najmanje pet članova, pri čemu je barem jedan član izvan institucije u kojoj se vrše istraživanja, barem jedan član ima znanstveno-istraživačko iskustvo i barem se jedan član ne bavi znanostima. Članovi povjerenstva posjeduju znanja i vještine potrebne za kompetentnu analizu protokola istraživanja i sa znanstvenog i s etičkog stajališta. U svom djelovanju mogu biti nacionalnog, regionalnog, lokalnog ili institucionalnog karaktera^{21,22}.

Klinička etička povjerenstva (engl. *Healthcare Ethics Committee – HEC, Clinical Ethics Committee, Hospital Ethics Committee*) su tijela koja rješavaju etička pitanja i probleme u svakodnevnoj kliničkoj praksi neke zdravstvene institucije, sudjeluju u stvaranju institucionalnih protokola i bave se edukacijom iz etike. Njihov rad najčešće nije pravno reguliran, a njihove odluke imaju samo savjetodavni karakter. Sastav im je multidisciplinarnan, mogu imati različit broj članova (obično ne više od desetak), a karakterizira ih prevlast "laika u medicini" u odnosu na biomedicinske stručnjake²³. Prema literaturi bi idealan sastav bio: 1. liječnik; 2. medicinska sestra (češće zastupljena u američkim nego europskim povjerenstvima); 3. predstavnik bolničke administracije; 4. pravnik (koji nije iz bolnice); 5. socijalni radnik; 6. predstavnik bolesnika ili lokalnog stanovništva (ne političar ili netko iz lokalne samouprave); 7. svećenik ili predstavnik vjerske zajednice; 8. bioetičar, teolog ili filozof (osoba koja posjeduje znanja i vještine rješavanja etičkih pitanja u medicini); 9. politolog; 10. novinar^{8,21,24,25}.

Interdisciplinarni sastav od posebne je važnosti. Naime, upravo ta interdisciplinarnost omogućuje promoviranje pluralističke razmjene vrijednosnih sustava i jačanje demokratizacije procesa analize slučaja, te stvara primjereni kontekst za informirano donošenje odluka (odnosno preporuka), pri čemu informacije, tj. vrijednosni stavovi, dolaze iz različitih profesionalnih i društvenih sredina^{24,26}.

U SAD-u se 80-ih godina prošlog stoljeća razvio pravi proboj osnivanja etičkih povjerenstava u zdravstvenim ustanovama, poglavito bolnicama. Tako je 1982. samo 1% bolnica imalo takvo tijelo, a već 1987. preko 60% bolnica^{25,27}. Do 1992. taj

postotak popeo se između 66% i 75%²⁸, a 1998. u preko 90% bolnica u SAD-u djeluje etičko povjerenstvo¹³. R. McCormick navodi brojne razloge tako velikom interesu za formiranje formalnog mehanizma etičkog odlučivanja^{8,18,22,29}:

1. složenost problema (razvoj sofisticirane medicinske tehnologije zbog sve većih mogućnosti liječenja širi raspon etičkih i medicinskih odluka);
 2. raspon opcija (u pokušaju definiranja onog što je "u najboljem interesu za bolesnika" dolazi do otklona od pojedinačnog mišljenja k grupnoj odluci o najboljem rješenju);
 3. obrana mišljenja (odluke etičkih povjerenstava nadilaze osobna gledišta i kao takve su prihvatljivije standardima javnog mnijenja);
 4. raznolikost mišljenja u donošenju kliničkih odluka (potreba interdisciplinarnosti zbog nedostataka isključivo medicinske kompetencije);
 5. sloboda volje (sukob između bolesnika i liječnika ili institucije često zahtijeva posredovanje i arbitražu etičkog povjerenstva);
 6. ekonomski faktor liječenja (dostupnost i troškovi zdravstvene skrbi, pitanje preraspodjele sredstava);
 7. religijska uvjerenja nekih grupa bolesnika (odluke o etičkim i religijskim standardima u odnosu prema medicinskoj praksi, posebno u zdravstvenim ustanovama koje djeluju pod pokroviteljstvom vjerskih zajednica, kao npr. katoličke bolnice);
 8. utjecaj pluralističke javnosti na individualne slobode (donošenje medicinsko-etičkih odluka u kontekstu odgovornosti prema različitim zdravstvenim, državnim, crkvenim ustanovama, udrugama, civilnom sektoru...).
- J. C. Fletcher dodatno smatra kako je nastanku i razvoju institucije etičkih povjerenstava značajno doprinijelo prepoznavanje potreba za smjernicama u institucijskim i društvenim promjenama kako bi se spriječila zloupotreba i pojačale etičke vrijednosti kod donošenja odluka, kako u istraživanjima, tako i u svakodnevnom radu s bolesnicima u kliničkom okruženju³⁰.
- Različita su stajališta o broju funkcija kliničkih etičkih povjerenstava, no najčešće se navodi sljedećih pet funkcija^{8,31}:

1. edukacija (etički komitet je diskusijski forum u kojem se u interdisciplinarnom okruženju uvježbavaju modeli argumentacije, te praktiraju na pojedinim slučajevima, velik je naglasak na samoedukaciji članova, edukaciji osoblja ustanove te bolesnika);
2. etička potpora (ponajprije zdravstvenom osoblju kad se nađe u etički zahtjevnim situacijama);
3. konzultacije (prospektivna ili retrospektivna analiza etičkog problema, odnosno slučaja, smatra se da je to najzahtjevnija funkcija);
4. odlučivanje (već je rečeno da odluke kliničkog etičkog povjerenstva imaju isključivo savjetodavnu ulogu);
5. kompetencija davanja smjernica (pisanje naputaka i protokola u skladu s vrijednostima koje pojedina zdravstvena ustanova želi promicati, npr. odluke o početku i kraju života, reanimacija, transplantacija, umjetna oplodnja...).

Kao najvažnije od navedenih pet funkcija ističu se sljedeće tri: 1. edukacija; 2. utvrđivanje politike djelovanja (davanje smjernica, tj. stvaranje institucionalnih protokola); 3. analiza slučaja i konzultacije^{7,13,17,18,26,31-35}.

Smatra se da rad etičkog povjerenstva mora započeti upravo edukacijom njegovih članova, čime se oni osposobljavaju za etičku analizu i rješavanje složenih problema koji se mogu pojaviti unutar institucije. Osim samoedukacije, članovi etičkog povjerenstva dužni su promicati bioetička znanja i vještine poglavito među svojim kolegama, ali i bolesnicima i cjelokupnoj zajednici. Naime smatra se da liječnici putem formalne medicinske edukacije nisu dostatno pripremljeni za rješavanje etičkih pitanja toliko da bi mogli donijeti profesionalnu odluku i s etičkog aspekta, stoga im treba omogućiti kontinuiranu daljnju edukaciju usmjerenu prema programima o kliničkoj bioetici³⁶. Etička povjerenstva, dakle, predstavljaju središta interdisciplinarnih rasprava i bioetičke edukacije, gdje će pristupi rješavanju problema nadilaziti pojedinu struku i biti dio općeg bioetičkog pristupa^{8,18,25,31}. Tako i B. Belicza ukazuje da etičnost nekog medicinskog postupka ovisi o gledištu i međudjelovanju poje-

dinca (bilo zdravstvenog djelatnika ili bolesnika), medicinske profesije (tj. cjelokupnog konteksta zdravstvenog sustava) i zajednice³⁷. Ona također ukazuje na potrebu za razmišljanjem o trajnoj izobrazbi liječnika na poljima bioetike i medicinskog prava, primjereno aktualnim potrebama i prilikama svojstvenim (našoj) sredini, određenoj službi, specijalističkoj struci, znanstvenoj disciplini, koristeći tako stečena znanja i vještine u cilju postizanja vrsnoće medicinske skrbi kao odrednice kulture partnerskih odnosa³⁸.

Sustav bioetičkih konzultacija prepoznaje tri razine:

1. etička povjerenstva (rad u većim skupinama koje se obično sastoje od od 12 do 15 članova)
2. timske konzultacije (manje skupine za savjetovanje, kao npr. podgrupe etičkih povjerenstava, obično se sastoje od 3 ili 4 člana)
3. individualne konzultacije (tj. konzultacije *licem u lice*).

Pri utvrđivanju politike djelovanja etičko povjerenstvo može ocijeniti postojeće ili savjetovati, tj. instituciji predložiti nove smjernice postupanja u moralno opterećenim situacijama. Na potrebu za takvim djelovanjem, ukoliko postoji problem vezan uz proceduru postupanja u određenom slučaju, mogu ukazati sami zaposlenici, ili pak uprava. Povjerenstvo tad pristupa pisanju protokola (u čemu ne mora sudjelovati čitavo povjerenstvo, već se obično odredi manja skupina članova u kojoj je svakako pravnik)^{8,18,25,31}.

Zasigurno najzahtjevnija funkcija jest analiza (bilo retrospektivna bilo prospektivna) etičkog problema, tj. kliničkog-etičkog slučaja i pružanje konzultacija. Može je obavljati čitavo povjerenstvo, tim, ili individualni bioetičar-konzultant, a može je zatražiti osoblje zdravstvene ustanove, bolesnik ili njegova obitelj ili skrbnici. Povjerenstvo ima, kako je rečeno, samo savjetodavnu ulogu, ali dužno je upozoriti na odgovarajuću ulogu liječnika (i ostalih zdravstvenih djelatnika), uprave institucije (bolnice) i samog bolesnika ili obitelji u rješavanju slučaja^{8,18,25,31}.

Kada se govori o analizi slučaja i konzultacijama, treba razlikovati administrativnu analizu slučaja

od analize kao sastavnog dijela konzultacijskog procesa. Tako G. J. Agich ukazuje na to da je administrativna analiza slučaja svojstvena upravo etičkim povjerenstvima, čitavo povjerenstvo razmatra slučaj koji mu je predložen, te nakon razmatranja izdaje službeno izvješće ili preporuku. Sam konzultacijski proces, s druge strane, pruža tim ili individualni bioetičar-konzultant. Konzultativni model preferira se nad administrativnim, koji se smatra "udaljenim od bolesnikova krevela" i podložnijim paternalističkom pristupu^{15,39}.

Temeljni ciljevi bioetičkih konzultacija su: identifikacija i analiza prirode konflikta, rješavanje konflikta u dostojanstvenoj i učtivoj atmosferi s naglaskom na interese, prava i obveze svih uključenih strana, poštivanje institucionalnih protokola, poboljšanje kvalitete i odgovarajuća preraspodjela resursa te pomaganje pojedincima u suočavanju s aktualnim i budućim etičkim problemima kroz bioetičku edukaciju.

TIMSKIE I INDIVIDUALNE KONZULTACIJE

Bioetičke konzultacije u velikoj grupi, tj. etičkom povjerenstvu, pružaju više perspektiva u sagledavanju problema i mogućnost uključivanja više stručnjaka različitih profesija. Međutim javlja se opasnost od "raspršenja" odgovornosti, gubitka osobnosti, pretjerane "birokratizacije" i izdvojenosti iz kliničkog konteksta, te "ugrožavanja" odnosa liječnik - bolesnik u smislu razdvajanja etičke od medicinske kompetencije samog liječnika (zdravstvenog djelatnika). Osim toga, one su i vremenski ograničene i najčešće retrospektivne. Individualne konzultacije, upravo suprotno, nisu vremenski ograničene, mogu trajati koliko traje i sam klinički slučaj i omogućuju kontinuiranu diskusiju i identificiranje konkretnih pitanja i problema koji zahtijevaju trenutno, a ne odgođeno rješavanje. Spontane su i prilagođavaju se potrebama svih uključenih strana. Razgovor s bolesnikom, obitelji ili zdravstvenim djelatnikom vodi se s više povjerenja, smanjuje se napetost, ima bolji uvid u emocionalno stanje i osobne probleme svih uključenih strana. Najčešće su prospektivne, a rad individualnog konzultanta je transparentan i odgovornost jasno definirana^{8,16,26,35,39,40}. Slijedom navedenog mnoga su klinička etička povjerenstva stvorila neku vrst prijelazne razine u

obliku manjih timova koji služe kao "produžena ruka" povjerenstvima. Timske konzultacije obavljaju se u okruženju puno bližem radu individualnog konzultanta, stoga su i puno učinkovitije od povjerenstava u rješavanju konkretnih kliničkih etičkih slučajeva. U izrazito kompleksnim situacijama, ukoliko se ukaže potreba, može se zatražiti uključivanje čitavog povjerenstva¹⁵. M. Siegler tako preporuča da svaki visokorizični odjel svakog većeg bolničkog centra treba oformiti svoj vlastiti tim: u jedinici intenzivnog liječenja, na klinikama

za onkologiju, transplantaciju, neurokirurgiju, centru za opekline itd. Također bi se unutar bolničke uprave trebali oformiti manji timovi za osiguranje kvalitete, medicinsko-pravne poslove, praćenje morbiditeta/mortaliteta unutar ustanove i slično. Na taj način bi klinička etička povjerenstva

prestala biti samo "administrativno opterećenje", a kroz manje timove njihov bi rad postao praktično upotrebljiv⁴¹.

Treba napomenuti da se neki autori izrazito kritički odnose prema povjerenstvima i timskim konzultacijama naglašavajući da su ona "birokratizirana" i adekvatna isključivo za edukaciju i pisanje protokola, postavljajući individualnog bioetičkog konzultanta u status prvog izbora kod pružanja konzultacija^{42,43}. Individualni bioetičar-konzultant definira se "kao osoba koja na zahtjev pruža stručni savjet i pomoć pri identificiranju, analizi i rješavanju etičkih pitanja i dilema koja se pojavljuju u svakodnevnoj skrbi za bolesnika". Premda sudjeluje u procesu (bioetičke) edukacije i stvaranju protokola, ključna uloga individualnog bioetičkog konzultanta jest upravo "uz bolesnikov krevet"¹¹.

Neki autori doživljavaju bioetičkog konzultanta poput tradicionalnoga medicinskog konzultanta¹⁷, tj. kao eksperta koji koristi znanja i vještine u svrhu iznalaženja odgovora na etička pitanja. Postavlja se pitanje je li ta ekspertiza produkt praktičnog kliničkog iskustva, ili proizlazi iz poznavanja etičkih teorija, principa i pravila⁴⁴? Pritom se naglasak stavlja na promatranje problematičnih činjenica s jednog općeg etičkog stajališta, a ne u

kontekstu stvarnog slučaja⁸. Možda je pravilniji pristup onaj koji ne promatra bioetičkog konzultanta kao eksperta, već kao pomagača u procesu donošenja odluka u “zajednici osoba koje promišljaju”⁴⁵. Takav pristup ističe važnost uključivanja svih zainteresiranih strana, tj. svih osoba koje su na bilo koji način povezane s konkretnim slučajem – bolesnik, obitelj, liječnici, medicinske sestre, studenti i stažisti, socijalni radnici, duhovnici itd. Na takav se način proces donošenja odluka širi izvan uskog konteksta odnosa liječnik - bolesnik, te omogućuje uvažavanje široke plejade osobnih vrijednosti¹¹.

Uzevši sve navedeno u obzir, može se zaključiti da “individualni bioetičar-konzultant predstavlja važnu poveznicu između etičkog povjerenstva ili tima i kliničkog okruženja, a sam njegov odnos s povjerenstvom trebalo bi promatrati u komplementarnom, a ne kompetitivnom svjetlu. On pruža etičku potporu i sudjeluje u edukaciji s visokom razinom (vremenske) fleksibilnosti, raspoloživosti i osobnog angažmana. Pomaže timovima zdravstvenih djelatnika u stjecanju znanja i iskustva u identificiranju i pristupanju etičkoj dimenziji njihove struke u kontinuiranom vremenskom tijeku i prilagođeno upravo njihovim potrebama. Premda individualni bioetičar-konzultant ne može u potpunosti zamijeniti povjerenstvo, predstavlja važno i pristupačno izvorište savjeta, potpore i edukacije, a velika prednost pri korištenju njegovih “usluga” nalazi se upravo u trajnoj pripravnosti i raspoloživosti zdravstvenim djelatnicima i svim ostalim sudionicima nekog kliničkog-etičkog slučaja koji traže etičku potporu i savjet upravo ovdje, sada i za ovaj slučaj”^{46,47}.

Zaključno, bilo da govorimo o individualnom bioetičaru-konzultantu, bilo da govorimo o timu ili čitavom kliničkom etičkom povjerenstvu, govorimo u biti o pojedincima koji posjeduju adekvatna teorijska (etička) predznanja, osjećaj brige i osjetljivosti, senzibilitet za etička pitanja u kontekstu zdravstvene skrbi, te postavljaju visoke standarde vlastitom moralnom integritetu⁴⁸.

ZNANJA I VJEŠTINE BIOETIČKOG KONZULTANTA

Bioetički konzultant treba posjedovati specifična znanja i vještine, (kliničko) iskustvo, te visoke mo-

ralne kvalitete. Pod tim se podrazumijeva poznavanje tzv. etičkog “leksika” (teorije, principi, pravila, metode medicinske etike), sposobnost etičkog promišljanja, iskustvo u etičkim analizama, poznavanje kliničke medicine (iskustvo u i osjetljivost na kliničko okruženje, te poznavanje medicinske terminologije), poznavanje strukture i funkcioniranja sustava neke zdravstvene institucije, bliskost s profesionalnom etikom i etiketom liječnika, medicinskih sestara i tehničara, te ostalih zdravstvenih djelatnika, poznavanje medicinskoga prava (posebice nacionalnih i međunarodnih kodeksa medicinske etike i deontologije), sociologije (posebice socioloških teorija ponašanja), teologije, povijesti, politike, psihologije i komunikologije. To također uključuje osobne sposobnosti uspostavljanja dobre komunikacije i podučavanja, suosjećanje i sažaljenje, te osobne i profesionalne osobitosti kao što su požrtvornost, povjerljivost i uvažavanje kulturoloških, religijskih, etičkih i ostalih raznolikosti^{8,11,32,35,49,50}.

Literatura pruža brojne klasifikacije *znanja i vještina* koje bi trebao posjedovati bioetički konzultant, bilo kao član etičkog povjerenstva, manjeg tima, ili kao individualni konzultant^{15,42,45,51-56}. Najopsežnija i najprihvatljivija klasifikacija donesena je u listopadu 1998. godine, a donijelo ju je Američko udruženje za bioetiku i humanistiku (engl. *American Society for Bioethics and Humanities – ASBH*) u svom izvješću pod nazivom “Osnovne kompetencije za etičke konzultacije u zdravstvenoj skrbi” (engl. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation – the Report of the American Society for Bioethics and Humanities*). Radna skupina (engl. *Task Force on Standards for Bioethics Consultation*) formirana je 1996. s ciljem da definira standarde u radu bioetičkih konzultanata, tj. identificira glavne kompetencije potrebne za obavljanje bioetičkih konzultacija. Oformile su je *Society for Health and Human Values (SHHV)* i *Society for Bioethics Consultation (SBC)*, uz veliku financijsku pomoć *The Greenwall Foundation*. Radna skupina brojala je 21 stručnjaka iz područja medicine, sestrinstva, prava, filozofije i teologije, a koordinirali su je Robert Arnold i Stuart Youngner. Nakon dvije godine rada doneseno je *Izvješće* koje je prihvatila netom formirana *American Society for Bioethics and Humanities*

– *ASBH*. Njihovo *Izvešće* namijenjeno je bioetičkim konzultantima i edukacijskim programima za osposobljavanje individualnih konzultanata, timova i povjerenstava, te svim zdravstvenim ustanovama koje posjeduju ili planiraju uspostaviti sustav bioetičkih konzultacija^{9,57,58}.

Smatra se da bioetički konzultant treba posjedovati znanja iz sljedećih područja:

1. moralno rezoniranje i etičke teorije;
2. bioetička pitanja i koncepti;
3. sustav zdravstvene skrbi;
4. klinički kontekst;
5. poznavanje lokalne zdravstvene ustanove u kojoj se provode konzultacije;
6. institucionalne smjernice ustanove u kojoj se provode konzultacije;
7. stavovi, vrijednosni sustavi i religijska opredjeljenja bolesnika i zaposlenika;
8. kodeksi etike, smjernice profesionalnog ponašanja i načini akreditiranja zdravstvene ustanove;
9. poznavanje medicinskog prava^{9,12}.

Također se predočuje razlika između *temeljnih znanja*, u koja spada opće, površnije, uvodno znanje, tj. bliskost s određenim područjem, te *naprednih znanja* koja predstavljaju detaljno poznavanje i duboko ulaženje u specifična područja. Znanja se, osim toga, mogu kategorizirati i po tome tko bi ih trebao posjedovati, pa tako postoji određeni korpus znanja potrebnih individualnom konzultantu ili barem jednom članu tima ili etičkog povjerenstva, zatim znanja potrebna svakom članu timskih konzultacija, znanja potrebna svakom članu etičkog povjerenstva, te, na kraju, znanja koja bi trebala biti dostupna individualnom konzultantu ili barem jednom članu povjerenstva ili tima^{9,12}.

Bioetički konzultant mora posjedovati tri kategorije vještina^{9,12}. U prvu kategoriju spadaju *vještine etičke procjene*, potrebne za identifikaciju i analizu etičkih pitanja koja se pojavljuju u konkretnom kliničkom-etičkom slučaju, kao npr. sposobnost prepoznavanja i razlučivanja etičke dimenzije slučaja od pravne ili medicinske, te sposobnost identificiranja i obrazlaganja različitih moralno opravdanih opcija i njihovih posljedica. *Vještine vođenja procesa* usmjerene su na rješavanje vrijednosnih nesuglasica ili konflikata, onom di-

namikom kakvom se oni pojavljuju u kliničkom okruženju. *Vještine međuljudskih odnosa* temelj su svakog procesa bioetičkih konzultacija, kao npr. sposobnost slušanja sugovornika i pokazivanje interesa, poštivanja, podržavanja i suosjećanja uključenim stranama, kao i sposobnost predočavanja stavova uključenih strana drugima⁵². Vještine se također dijele na temeljne i napredne, premda ta podjela nije onako jasna kao kod znanja. U *temeljne vještine* svrstava se sposobnost njihova korištenja u općim, jednostavnijim slučajevima. *Napredne vještine* potrebne su pri rješavanju kompleksnijih slučajeva. Također se, slično kao kod znanja, razlikuju vještine koje mora posjedovati individualni konzultant ili barem jedan član tima ili etičkog povjerenstva, vještine koje posjeduje svaki član tima, te vještine koje posjeduje svaki član etičkog povjerenstva^{9,12}. Smisao ove klasifikacije jest da pruži opće smjernice o vrsti i razini znanja i vještina koje će se tražiti za potrebe pružanja konzultacija u određenom slučaju.

Bioetički konzultant bi osim znanja i vještina trebao posjedovati i "poželjan karakter"⁹. Raspravljajući o poimanju onog što je "moralno dobro" ustanovilo se da su, ukoliko postoje, razmimoilaženja u onome što se smatra moralno dobrim zasigurno utemeljena u različitim karakterima sudionika procesa konzultiranja. Stoga se ističe kako vrijednosti kao što su tolerancija, strpljivost, sažaljenje, poštenje, postojanost, samospoznaja, hrabrost, opreznost, skromnost i integritet, bile one karakterne osobine konzultanta ili strana uključenih u slučaj, zasigurno utječu na kvalitetu samog procesa bioetičkih konzultacija^{9,12}.

Bioetički konzultanti tijekom odvijanja jednog kliničkog-etičkog slučaja izrazito angažirano komuniciraju s bolesnicima, članovima obitelji, srbnicima, liječnicima, medicinskim sestrama i tehničarima i ostalim zdravstvenim djelatnicima. Stoga su njihova znanja, vještine i moralne kvalitete nezaobilazan dio kliničkog-etičkog slučaja, a oni sami aktivni sudionici u procesu skrbi za bolesnika, a ne samo njegovi puki promatrači i komentatori⁵⁹. Kako su u kliničkom okruženju svrha i cilj promišljanja i djelovanja vrlo praktični, radije nego intelektualno-teorijski, problemi koji nastaju i bivaju identificirani kao "etički" rezultat su spe-

cifične interpretacije određene smetnje, odnosno zapreke u tijeku procesa skrbi za bolesnika⁶⁰. Zaključno, bioetički konzultant treba posjedovati teorijska znanja i praktične vještine kao duboko isprepletene i neodvojive preduvjete za aktivnost kao što su bioetičke konzultacije.

LIJEČNIK KAO INDIVIDUALNI BIOETIČAR-KONZULTANT

Tko bi se trebao baviti bioetičkim konzultacijama, odnosno tko bi ih trebao obavljati, jedno je od ključnih pitanja. Je li to zdravstveni djelatnik (liječnik) s dodatnom edukacijom iz etike ili etičar (filozof, teolog, sociolog) s dodatnom edukacijom iz nekih segmenata medicine? Brojna literatura govori u prilog liječniku kao bioetičkom konzultantu^{11,35,42,61,62}. Smatra se da znanja i vještine bioetičkog konzultanta, osim etičke procjene, moraju omogućiti i medicinsku procjenu koja podrazumijeva usmjerenost na i osjetljivost za klinički kontekst, znanje iz medicinske dijagnostike, prognoze i terapije, iskustvo rada u kliničkom okruženju, poznavanje relevantne etičke, prave i medicinske literature³⁵. Razumijevanje i sposobnost interpretiranja medicinskih podataka iz bolesnikova slučaja, neophodni su za kompetentnu moralnu analizu⁶². Osim toga, liječnik najbolje razumije moralnu dimenziju odnosa liječnik - bolesnik^{36,63}. Iz tog konteksta proizlazi stav da je liječnik najkompetentniji za pružanje bioetičkih konzultacija, jer će njegova preporuka biti lakše prihvaćena i imati veću vjerodostojnost među liječnicima i ostalim zdravstvenim djelatnicima s obzirom da imaju isto kliničko iskustvo i govore istim "kliničkim jezikom".

Individualni bioetičar-konzultant, bez obzira bio on liječničke ili neke druge profesije, "osigurava poštovanje bolesnikovih želja, stavova i sustava vrijednosti, pomaže članovima bolesnikove obitelji ili skrbnicima da lakše artikuliraju te želje i stavove umjesto bolesnika (kad se za to ukaže potreba), također je osjetljiv na osobne i profesionalne vrijednosti koje zdravstveni djelatnici donose u proces konzultiranja. Ukoliko nastane sukob (koji je najčešći razlog sazivanja konzultacija), osigurava etički najprihvatljiviji tijek slučaja"⁶⁴. Individualni bioetičar-konzultant, dakle, nije "odvjetnik" neke od strana u slučaju, već, promičući ko-

munikaciju i kooperaciju među stranama u slučaju, neka vrsta "osigurača" za promicanje i poštovanje bioetičkih standarda u svrhu postizavanja najviše razine zdravstvene skrbi u pluralističkom vrijednosnom sustavu⁴⁷.

CILJEVI BIOETIČKIH KONZULTACIJA

Glavna svrha bioetičkih konzultacija jest poboljšanje provođenja i ishoda zdravstvene skrbi kroz identifikaciju, analizu i rješavanje etičkih pitanja i problema koji se pojavljuju u kliničkim slučajevima unutar zdravstvenih institucija. Prema ranije spomenutom *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation* ona se može ostvariti kroz nekoliko ciljeva^{9,12}:

1. identifikacija i analiza prirode konflikta ili nerazumijevanja vrijednosnog sustava uključenih strana;
2. pomaganje u rješavanju konflikta u dostojanstvenoj i učtivoj atmosferi s naglaskom na interese, prava i obveze svih uključenih strana;
3. doprinos poštivanju institucionalnih protokola, poboljšanju kvalitete i adekvatnoj preraspodjeli resursa putem identificiranja uzroka etičkih problema i promicanja etičkih normi i standarda u obavljanju kliničke prakse;
4. pomaganje pojedincima u suočavanju s aktualnim i budućim etičkim problemima kroz bioetičku edukaciju.

Brojne su dobrobiti koje bioetičke konzultacije mogu donijeti u sustav biomedicine i zdravstva²⁸:

1. poboljšanje kvalitete bolesnikova tretmana, ali i čitavog sustava zdravstvene skrbi;
2. zaštita prava bolesnika;
3. reduciranje nepotrebnih, neželjenih ili beskorisnih tretmana;
4. povećanje zadovoljstva svojim poslom liječnika, medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika;
5. stvaranje i promicanje etički osjetljivih protokola ustanove i poticanje njihove praktične primjene;
6. unapređivanje sustava upravljanja rizikom.

ZAKLJUČAK

Integrirajući sve prethodno navedene definicije i klasifikacije, ciljeve bioetičkih konzultacija, te korpus znanja i vještina bioetičkog konzultanta u jed-

nu, ključnu, tj. zaključnu misao, neminovnim se nameće shvaćanje F. A. Paole i R. Walkera koji smatraju da je "temeljna i krajnja svrha bioetičkih konzultacija minimiziranje zla ili štete (nepravde) u kliničkom kontekstu, tj. provođenje zdravstvene skrbi na etički način, odnosno način koji sadržava, primjenjuje i poštuje moralne principe i pravila (pojedince i profesije). Pritom sam proces konzultiranja služi da bi se ustanovio obim tolerantne pogreške, tj. limit prihvatljivog neslaganja (u etičkom smislu), te potpomogao proces biranja između etički prihvatljive alternative"⁶⁵.

LITERATURA

1. Šegota I. Bioetički svesci br. 6: Van Rensselaer Potter II: "otac" bioetike. Rijeka: Katedra za društvene znanosti Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, 1999.
2. Introduction. In: Post SG (eds). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004;xi-xv.
3. Čović A. Pluralizam i pluriperspektivizam. *Filozofska straživanja* 2006;101:7-12.
4. Callahan D. Bioethics. In: Reich WT (eds). *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed. New York: Macmillan Publishing Company, 1995;250-1.
5. Ashcroft R, Parker M, Verkerk M, Widdershoven G. Philosophical introduction: case analysis in clinical ethics. In: Ashcroft R, Lucassen A, Parker M, Verkerk M, Widdershoven G (eds). *Case Analysis in Clinical Ethics*. Cambridge: University Press, 2005;1.
6. Callahan D. Bioethics. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004;278-87.
7. Fletcher JC, Brody H (revised by Aulisio MP). *Clinical Ethics: Development, Role and Methodologies*. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004;433-9.
8. Frković A. Klinička bioetika. *Bioetika u kliničkoj praksi*. Zagreb: Pergamena, 2006;35-58.
9. Society for Health and Human values – Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Core competencies for health care ethics consultation: the report of the American Society for Bioethics and Humanities*. Glenview, IL: ASBH, 1998.
10. Šegota I. Etički komiteti i bioetika. In: Craig P, Middleton CL, O'Connell LJ. *Etički komiteti*. Zagreb: Pergamena, 1998;153-96.
11. Kanoti GA, Youngner SJ. *Clinical Ethics: Clinical Ethics Consultation*. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004;439-44.
12. Aulisio MP, Arnold RM, Youngner SJ. *Health Care Ethics Consultation: Nature, Goals and Competencies*. A Position Paper from the Society for Health and Human Values – Society for Bioethics Consultation Task Force on Standards for Bioethics Consultation. *Annals of Internal Medicine* 2000;133:59-69.
13. McGee G, Spanogle JP, Caplan AL, Penny D, Asch DA. *Successes and Failures of Hospital Ethics Committees: A National Survey of Ethics Committee Chairs*. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2002;11:87-93.
14. Ross JW. *Committee Procedures*. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc, 1986;43-7.
15. Agich GJ. *Ethics Committees and Consultants in the United States*. *Gesundheitsoeconomica* 1995;89:100.
16. Smith ML, Bisanz AK, Kempfer AJ, Adams B, Candelari TG, Blackburn RK. *Criteria for determining the appropriate method for an ethics consultation*. *HEC Forum* 2004;16:95-113.
17. Ross JW. *History of the Bioethics Movement*. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc, 1986;3-8.
18. Jonsen AR. *The birth of bioethics*. *Hastings Cent Rep* 1993;23:S1-4.
19. Craig P, Middleton CL, O'Connell LJ. *Zašto etički komiteti? Što oni mogu učiniti? Etički komiteti*. Zagreb: Pergamena, 1998;15-23.
20. Glasa J. *Ethics Committees in Central & Eastern Europe*. Bratislava: Institute of Medical Ethics and Bioethics Fdn, 2000.
21. Borovečki A. *Etička povjerenstva – teorijske postavke, pregled svjetskih i hrvatskih iskustava*. *Etika u medicinskim istraživanjima i kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska naklada, 2003;21-7.
22. Rinčić Lerga I. *Etička povjerenstva – pogled u povijest*. *Bioetika i odgovornost u genetici*. Zagreb: Pergamena, 2007;78-83.
23. Ross JW. *Committee Membership*. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc, 1986;37-42.
24. Brandis Sundelson E. *There Must Be A Way... Defining A Role For Ethics Committees In Health Care Decision Making*. *Trends Health Care Law Ethics* 1993;8:45-8.
25. Dougherty CJ. *Clinical Ethics: Institutional Ethics Committees*. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of Bioethics*. 3rd ed. New York: Macmillan Reference USA, 2004;444-7.
26. Fleetwood JE, Arnold RM, Baron RJ. *Giving answers or raising questions?: The problematic role of institutional ethics committees*. *J Med Ethics* 1989;15:137-42.
27. Ross JW. *How the Legal System Works*. *Handbook for Hospital Ethics Committees*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc, 1986;73-9.
28. Tulsy JA, Fox E. *Evaluating Ethics Consultation: Framing the Questions*. *J Clin Ethics* 1996;7:109-15.
29. McCormick RA. *Ethics Committees: Promise or Peril? Law, Medicine and Healthcare* 1984;12:150-5.
30. Fletcher JC. *The Bioethics Movement and Hospital Ethics Committees*. *Maryland Law Review* 1991;50:859-94.
31. Borovečki A, Bagatin J. *Uvod u rad kliničkih etičkih povjerenstava*. *Etika u medicinskim istraživanjima i kliničkoj praksi*. Zagreb: Medicinska naklada, 2003;85-93.
32. Fletcher JC, Siegler M. *What Are the Goals of Ethics Consultation? A Consensus Statement*. *J Clin Ethics* 1996;7:122-6.
33. Mahowald MB. *Hospital ethics committees: diverse and problematic*. *HEC Forum* 1989;1:237-46.

34. Ross JW. Functions of Ethics Committees. Handbook for Hospital Ethics Committees. Chicago: American Hospital Publishing, Inc, 1986;49-63.
35. Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Ethics Committees and Consultants. *J Clin Ethics* 1990;1:263-7.
36. Doyal L. A Model for Teaching and Assessing Ethics and Law Within the Clinical Curriculum. *New England Journal of Medicine* 1993;2:424-9.
37. Belicza B. U susret novim etičkim izazovima i dilemama. *Liječnički vjesnik* 1997;119:91-4.
38. Belicza B. Etika i medicinsko pravo u trajnoj izobrazbi liječnika. In: Bakran I, Ivanišević G (ur). *Suradnja liječnika i farmaceutske industrije u trajnoj izobrazbi*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, 2003;31-40.
39. Agich GJ, Younger SJ. For Experts Only? Access to Hospital Ethics Committees. *Hastings Center Report* 1991;21:17-31.
40. Lo B. *Resolving ethical dilemmas, a guide for clinicians*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000;144-6.
41. Siegler M. Ethics Committees: Decision by Bureaucracy. *Hastings Center Report* 1986;16:22-4.
42. La Puma J, Toulmin SE. Ethics Consultants and Ethics Committees. *Archives of Internal Medicine* 1989;149:1109-21.
43. Lo B. Behind Closed Doors: Promises and Pitfalls of Ethics Committees. *NEJM* 1987;317:46-50.
44. La Puma J, Stocking CB, Silverstein MD, DiMartini A, Siegler M. An Ethics Consultation Service in a Teaching Hospital: Utilization and Evaluation. *JAMA* 1988;260:808-11.
45. Glover JJ, Ozar DT, Thomasma DC. Teaching Ethics on Rounds: The Ethicist as Teacher, Consultant and Decision-Maker. *Theoretical Medicine* 1986;7:13-32.
46. The Royal College of Physicians. Ethics in practice: Background and recommendations for enhanced support. *Bull Med Ethics* 2006;214:9-13.
47. Sorta-Bilajac I. *Kvantitativno istraživanje bioetičkih problema u kliničkoj praksi: potrebe Kliničkog bolničkog centra Rijeka za sustavom bioetičkih konzultacija*. Rijeka: Medicinski fakultet, 2007. PhD thesis.
48. Ross JW. Case consultation: the committee or the clinical consultant? *HEC Forum* 1990;2:289-98.
49. Scofield GR. Is the medical ethicist an "expert"? *ABA Bioethics Bulletin* 1994;3:1-28.
50. Secundy MG. Thinking about Clinical Ethics. *American Journal of Bioethics* 2001;1:58-9.
51. Moreno JD. Ethics consultation as moral engagement. *Bioethics* 1991;5:46-56.
52. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. *The Medical Interview: Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer-Verlag, 1995.
53. Baylis FE. A profile of the health care ethics consultant. In: Baylis FE (ed). *The Health Care Ethics Consultant*. Towata, New Jersey: Humana Press, 1994;25-44.
54. La Puma J, Scheidermayer DL. Ethics consultation: skills, roles, and training. *Annals of Internal Medicine* 1991;114:155-9.
55. Churchill LR, Cross AW. Moralism, technician, sophist, teacher/learner: reflections on the ethicist in the clinical setting. *Theoretical Medicine* 1986;7:3-12.
56. Thomasma DC. Why philosophers should offer ethics consultations. *Theoretical Medicine* 1991;12:129-40.
57. Core Competencies Task Force. Available at <http://www.asbh.org/publications/CoreTF.html>. Accessed June 13, 2008.
58. Core Competencies for Health Care Ethics Consultation. Available at <http://www.asbh.org/publications/core.html>. Accessed June 13, 2007.
59. Agich GJ. Clinical ethics: a role theoretic look. *Soc Sci Med* 1990;30:389-99.
60. Orr RD. Methods of Conflict Resolution at the bedside. *American Journal of Bioethics* 2001;1:45-6.
61. Siegler M. Clinical ethics and clinical medicine. *Arch Intern Med* 1979;139:914-5.
62. La Puma J, Scheidermayer DL. The clinical ethicist at the bedside. *Theoretical medicine* 1991;12:141-9.
63. Hoffman DE. Evaluating ethics committees: a view from the outside. *The Milbank Quarterly* 1993;71:677-701.
64. Agich GJ. Joining the team: ethics consultation at the Cleveland Clinic. *HEC Forum* 2003;15:310-22.
65. Paola FA, Walker R. Ethicians, ethicists and the goals of clinical ethics consultation. *Intern Emerg med* 2006;1:5-14.