

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Kragelj

**Razpetost vojaškega zdravnika med
poklicno etiko in vojaško hierarhijo
(Kršitev Ženevskih konvencij)**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Kragelj

Mentor: red. prof. dr. Marjan Malešič

**Razpetost vojaškega zdravnika med
poklicno etiko in vojaško hierarhijo
(Kršitev Ženevskih konvencij)**

Diplomsko delo

Ljubljana, 2010

Razpetost vojaškega zdravnika med poklicno etiko in vojaško hierarhijo (Kršitev Ženevskih konvencij)

Diplomska naloga predstavlja razdvojenost zdravnika, ki v času vojne pride še toliko bolj v ospredje. Etika vojne medicine zajema štiri glavna določila: pravica do dostojanstva, pravica do življenja, spoštovanje avtonomije in koristnost delovanja. Ta določila so zajeta v številnih dokumentih, a kljub temu prihaja do nespoštovanja letih. Predvsem 20. stoletje je prineslo največje zločine vojaških zdravnikov, kot so poskusi na ljudeh, mučenje, trpinčenje, nehumano ravnanje, malomarna oskrba, zloraba zdravniških poročil in podobno. V delu poskušam ugotoviti ali k kršenju medicinske etike vodi podrejenost vojaškim oblastem ali gre zgolj za samostojne odločitve posameznikov. Predvsem iz primerov kot so nacistična koncentracijska taborišča, ameriški zapori v Guantanamo in Abu Ghraibu ter iz dogajanja na Balkanu v 20. stoletju je razvidno, da do kršenja določil Ženevskih in drugih konvencij o medicinski etiki največkrat ne prihaja zaradi spoštovanja ukazov vojaškega poveljnika. Vzroki za kršitve so največkrat želja po novih odkritjih, napredovanju in slavi ter sovraštvo in maščevanje.

Ključne besede: vojaški zdravnik, medicinska etika in deontologija, Ženevske konvencije.

A medical officer divided between the medical ethics and subordination to military hierarchy (Violation of The Geneva conventions)

My thesis is trying to show a conflict between the subordination of a medical officer to medical ethics on one part and military hierarchy on the other part, which becomes even more obvious in the time of war. The ethics of war medicine consist of four main terms: the right to human dignity, the right to life, the respect for autonomy and utility. Even if they became a part of many documents there are still many violations of these terms. The 20th century itself became a place of many crimes of medical officers against humanity. This crimes consisted of experiments on people, torture, maltreatment, abuse of medical reports and so on. This work is trying to focus on finding out whether the violation of medical ethics is due to the subordination to military authorities or to a decision of every single individual. In cases of nazi camps, Guantanamo, Abu Ghraibu and crisis taking place on Balkan Peninsula in the 20th century, the violation of medical ethics of Geneva and other conventions wasn't the direct consequence of adhering to orders of a military commander. The reasons for such behaviour can be found in an individual desire for invention of new principles in medicine, for individual own promotion, fame, hatred and revenge.

Key words: medical officer, medical ethics and deontology, The Geneva conventions.

Kazalo

1 Uvod	7
2 Metodološki okvir	9
2.1 Opredelitev predmeta preučevanja	9
2.2 Cilji preučevanja	9
2.3 Raziskovalne metode	9
2.4 Raziskovalna vprašanja	10
2.5 Opredelitev pojmov	10
2.5.1 Etika	10
2.5.2 Medicinska etika.....	11
2.5.3 Deontologija	11
2.5.4 Etična dilema	11
2.5.5 Etični kodeks	12
2.5.6 Vojaška hierarhija.....	12
2.5.7 Mučenje	12
3 Vojaška medicina	13
3.1 Kratek zgodovinski pregled	13
3.1.1 Vojaška medicina kot znanost.....	14
3.2 Vojaški zdravnik in etično vprašanje.....	16
3.2.1 Položaj vojaškega zdravnika po Ženevskih konvencijah.....	18
3.3 Dileme vojaškega zdravnika.....	20
3.3.1 Mučenje, trpinčenje in zasliševanje.....	22
4 Dokumenti medicinske etike	25
4.1 Dokumenti zdravniške etike pred nastankom Svetovnega zdravniškega združenja.....	25
4.1.1 Hipokratova prisega	25
4.1.2 Ženevske konvencije.....	26

4.2 Dokumenti medicinske etike, ki jih je sprejelo Svetovno zdravniško združenje	28
4.2.1 Splošni dokumenti zdravniške etike	28
4.2.2 Deklaracije v zvezi z biomedicinskimi raziskavami.....	29
4.2.3 Deklaracije o načelih delovanja v času oboroženega spopada – smernice v času oboroženega spopada	31
4.3 Deklaracije v povezavi z medicinsko etiko, ki so jih sprejeli drugi organi	34
5 Primeri kršenja Ženevskih konvencij in drugih določil medicinske etike s strani vojaškega zdravnika	35
5.1 Medicinska etika in druga svetovna vojna	35
5.1.1 Poskusi na ljudeh v nacističnih koncentracijskih taboriščih.....	35
5.1.2 Drugi primeri kršitev določil medicinske etike.....	40
5.1.3 Etične dileme vojaških zdravnikov neposredno po koncu druge svetovne vojne	42
5.2 Kršitve določil medicinske etike v drugi polovici 20. stoletja in v 21. stoletju ...	44
5.2.1 Amerika v boju proti terorizmu – Guantanamo, Abu Ghraib, Bagram in Kandahar	44
5.2.2 Kršenje medicinske etike v vojnah na območju bivše Jugoslavije po letu 1991	50
6 Sklep	53
7 Literatura	57

Seznam kratic:

SZZ: Svetovno zdravniško združenje

OZN: Organizacija združenih narodov

CIOMS: Council of International Organizations of Medical Sciences (Svet za mednarodno organizacijo medicinskih znanosti)

RK: Rdeči križ

MORK: Mednarodni odbor Rdečega križa

SS: Schutzstaffel (Zaščitni vod)

CIA: Central Intelligence Agency (Centralna obveščevalna agencija)

BSCT (Biscuits): Behavioral Science Consultation Team

SERE: Survival, Evasion, Resistance and Escape

FBI: Federal Bureau of Investigation (Zvezni preiskovalni urad)

AI: Amnesty International

ŽK: Ženevske konvencije

DPI: Dopolnilni protokol k Ženevskim konvencijam I

DPII: Dopolnilni protokol k Ženevskim konvencijam II

WHO: World health organization (Svetovna zdravstvena organizacija)

IRA: Irish Republican Army (Irska republikanska armada)

1 Uvod

V svoji diplomski nalogi bom predstavila dileme, v katerih se nahaja vojaški zdravnik kot del vojaške hierarhije in hkrati del medicinske službe. Prav pri tem poklicu smo namreč velikokrat priča kršitvam medicinske etike, kadar poskušajo zdravniki delovati v prid kolektiva ali države. Poudarek bo predvsem na kršitvah Ženevskih konvencij, predstavljene pa bodo tudi druge deklaracije, po katerih se mora zdravnik v času oboroženega spopada ravnati. V diplomski nalogi bodo prikazani odmevnejši primeri kršenja medicinske etike. Poskušala bom tudi predstaviti problem delovanja vojaškega zdravnika v času oboroženega spopada. Pričakujem, da bo delo podalo sistematičen pregled razvoja medicinske etike ter predstavilo vprašanja, s katerimi se zdravniki srečujejo v kriznih situacijah. Predvsem pa želim poudariti, da večina odločitev ni odvisna od stopnje podrejenosti vojaški hierarhiji, ampak je velikokrat ključni dejavnik kršenja določil zgolj posameznik, v tem primeru vojaški zdravnik.

K preučevanju tega problema me je spodbudilo predvsem dogajanje v ameriškem taborišču Guantanamo in vojaškem zaporu Abu Ghraib v Iraku. Četudi lahko nekatera odstopanja od medicinske etike poskušamo razumeti in so racionalni odgovor na nastalo situacijo, pa je bilo obnašanje zdravnikov v teh dveh taboriščih popolnoma nemoralno. Ob številnih medijskih poročilih na to temo se mi je zastavilo vprašanje, kaj zdravnike, katerih poslanstvo je ohranjanje človeškega življenja in zdravja, žene k nespoštovanju vseh pravil medicinske in človeške etike. Vsekakor sem prepričana, da razlog za takšna dejanja ni vedno podrejenost na vojaški hierarhični lestvici in brezglava poslušnost, ampak gre razloge iskati v vsakem posamezniku posebej. Nehumanost nekaterih dejanj namreč presega vse meje, ne samo medicinske etike, temveč tudi etike na splošno.

Diplomska naloga je razdeljena na tri glavna poglavja. V prvem je na kratko predstavljen razvoj vojaške medicine in dileme, s katerimi se srečuje vojaški zdravnik. Drugi del je namenjen predstavitvi pomembnejših deklaracij v zvezi z medicinsko etiko in deontologijo, ki veljajo tako v mirnem času kot v času oboroženih konfliktov. Tretji del pa na kratko predstavi najodmevnejše primere kršenja medicinske etike: poskusi na taboriščnikih v nacističnih taboriščih, mučenja v Guantanamo in Abu Ghraibu, vojne na območju bivše Jugoslavije ter posamezni

primeri kršenja določil iz drugih držav. Poudarek je predvsem na kršenju določil Ženevskih konvencij.

Diplomska naloga temelji predvsem na analizi zbranega gradiva. Veliko domače literature se ukvarja predvsem z obravnavo medicinskih konvencij, ki določajo smernice pri ravnanju zdravstvenega osebja. Problem se je pojavil pri zbiranju gradiva o kršenju konvencij, saj v dostopni literaturi ni veliko zapisanega o tem. Podrobneje je obravnavano samo obdobje med drugo svetovno vojno, se pravi nacistični medicinski poskusi na taboriščnikih. Obravnavana tema je namreč v družbi še vedno tabu in o njej ni veliko zapisanega. Podpoglavje o Guantanamu in Abu Ghraibu temelji bolj na pretresu časopisnih člankov, ki so obravnavali sodelovanje zdravnikov pri mučenjih v taboriščih in zaporih. V tretjem delu so obravnavani primeri, ki so bili objavljeni v javnosti ali pa primeri, ki so že tako zastarali, da se o njih lahko piše. Poseben del poglavja predstavlja podpoglavje o vojnah na območju bivše Jugoslavije od leta 1991 naprej. Govoric o kršitvah medicinske etike v tej vojni je bilo veliko, uradnih dokumentov o tem pa skorajda ni. Po krutosti in nehumanosti pa se ti zločini vojaških zdravnikov ne morejo primerjati z nobenimi prej omenjenimi kršitvami. Vojaški zdravniki so se na najbolj primitivne načine izživljali nad pacienti izključno zaradi prezira do drugačne narodnosti in vere. Pri tem jih ni ovirala niti starost, spol, ne status vojskujočega ali civilista.

2 Metodološki okvir

2.1 Opredelitev predmeta preučevanja

V ospredje diplomskega dela je postavljeno preučevanje dilem zdravnika v kriznih situacijah, ki jih predenj postavlja vojno stanje. Že splošni zdravnik se pri svojem delu včasih srečuje z etičnimi vprašanji in negotovostjo pri reševanju posameznih primerov, v vojnem stanju pa so tovrstna vprašanja še bolj v ospredju. Diplomsko delo poskuša tudi odgovoriti, kaj zdravnike v vojni žene k kršenju etičnih določil, ali je to zgolj stopnja na vojaški hierarhični lestvici, ali pa gre morda za bolj zapletena vprašanja človekovega odločanja.

2.2 Cilji preučevanja

Prvi cilj diplomske naloge je opredeliti določene pojme, ki se bodo pojavljali v nalogi (vojaški zdravnik, medicinska etika in deontologija). Diplomaska naloga bo tudi predstavila vse pomembnejše dokumente s področja medicinske etike, po katerih se mora ravnati vsak zdravnik. Glavni cilj naloge pa je predstaviti odmevne primere kršenja teh dokumentov ter podati razloge za ta dejanja, ki niso vedno skriti v podrejenosti vojaškim oblastem.

2.3 Raziskovalne metode

Diplomska naloga temelji izključno na neempiričnih metodah raziskovanja. Po zbiranju primarnih in sekundarnih virov je sledila analiza le-teh. Analiza primarnih virov je bila uporabljena pri obravnavi deklaracij in pogodb v zvezi z medicinsko etiko. Poseben poudarek je bil na tem mestu namenjen analizi Ženevskih konvencij. S pomočjo sekundarne analize sem analizirala strokovno literaturo (knjige ter članke v tiskani in spletni izdaji). Konceptualna analiza je bila uporabljena pri predstavitvi pojmov, ki so potrebni za razumevanje celotne problematike (etika, medicinska etika, deontologija, etična dilema, etični kodeks, vojaška hierarhija, mučenje). Zadnji del diplomske naloge temelji na študiji primerov. Analizirala sem nekaj najodmevnejših kršitev medicinske etike s strani vojaških zdravnikov v zgodovini. Študija primerov je bila ekstenzivno zastavljena, saj sem analizirala večje število enot, za katere sem iskala podatke o odnosu med dvema spremenljivkama, in sicer vpliv položaja vojaških zdravnikov na vojaški hierarhični lestvici na spoštovanje določil medicinske etike. Enote sem uredila po kronološkem zaporedju (druga svetovna vojna, druga

polovica 20. stoletja in 21. stoletje), znotraj teh poglavij pa so enote razdeljene še na dogajanje po državah. Opisno metodo sem uporabila pri predstavitvi zgodovinskega razvoja vojaške medicinske službe.

2.4 Raziskovalna vprašanja

Diplomsko delo je izhajalo iz naslednjih raziskovalnih vprašanj:

1. Kakšno vrednost imajo Hipokratova prisega, Ženevske konvencije, Tokijska deklaracija, Pravila vedenja med oboroženim spopadom in druge konvencije, ki opredeljujejo smernice medicinske etike v sodobnem času?
2. Ali so zdravniki res moralno razpeti med poklicno etiko in odgovornostjo vojaški hierarhiji?
3. Ali prisotnost zdravnikov pri mučenju v vojaških zaporih le-temu daje videz legitimnosti?

2.5 Opredelitev pojmov

2.5.1 Etika

Etika je filozofska disciplina, katere začetnik je Aristotel. Prizadeva si opredeliti naravo in pomen zahtev različnih moral. Izhaja iz verskih in filozofskih postulatov o tem, kaj je prav, kaj je dobro in kako naj človek živi. Etika ne predpisuje, temveč svetuje in opisuje moralna načela in norme ravnanja. Njeno izvrševanje ni zakonsko predpisano, temveč je prepuščeno članom določene skupine oziroma celotni skupnosti. Etika tako pokriva sivo področje med tistim, kar zakoni izrecno prepovedujejo in tistim, kar izrecno dovoljujejo. Navadno se nanaša na določen poklic ali na določeno področje človekovega udejstvovanja. Etična načela so del obče morale neke družbe, izhajajo iz vrednot ljudi v različnih okoljih in v različnih obdobjih, ki v zahodni Evropi temeljijo na zagotavljanju človekovih pravic. Izhodišče vseh načel je spoštovanje človekovega življenja. Pri moralnem odločanju nas vodijo še naslednja načela: pravičnost do vseh, enakost vseh, korist večja od škode, sprejemljivost za vse in trajnost dobre odločitve (Tavčar 1994, 130-173).

2.5.2 Medicinska etika

Medicinska etika je del splošne etike. Načela prav tako temeljijo na človekovih pravicah in spoštovanju človekovega življenja. Medicinsko etiko bi lahko poimenovali tudi etika dolžnosti ali deontološka etika. Ob tem naletimo na vprašanje kakovosti in učinkovitosti medicinskih postopkov, storitev in ukrepov. V medicini odločitve o tem niso enostavne. Medicinska etika se oblikuje v določeni družbi znotraj sistema zdravstvenega varstva in jo sooblikujejo etike udeležencev v sistemu: etika zdravstvene politike, etika zdravstvenega zavarovanja, etika zdravstvenih ustanov, etika zaposlenih v zdravstvenih ustanovah in etika bolnikov (Kersnik 1998, 10).

2.5.3 Deontologija

Deontologija dobesedno pomeni nauk o dolžnostih. Kot znanost je bistveno mlajša od etike. Poimenovanje naj bi pripadalo Jeremiji Benthamu (1748-1832), ki je napisal delo z naslovom Deontologija. Ni pa razmišljal samo o medicinski deontologiji, ampak o deontologiji na splošno. Vsak poklic ima svojo deontologijo. Palmieri je zdravniško deontologijo opredelil kot "kompleks norm, ki se jih mora zdravnik držati pri opravljanju svojega poklica, v odnosu z bolniki, s kolegi zdravniki, z javnimi organi in z družbo" (Palmieri v Milčinski 1982, 43).¹ Razlikoval je dva okvira medicinske deontologije: ožji pravni in širši etični. Pravni okvir pomeni zakonske predpise, etični pa moralno zavest in osebne vrline. Deontologijo lahko imenujemo tudi poklicna etika (Milčinski 1982, 43).

2.5.4 Etična dilema

Dilema je stanje neravnovesja, ki spodbuja ali k rušenju obstoječega stanja ali k iskanju rešitev, ki naj bi nam omogočile izbor najustrežnejših etičnih norm. Najočitnejše so prav dileme, ki zadevajo zdravstveno politiko, zdravstveno zavarovanje in vodenje zdravstvenih ustanov ter zahtevajo: pravičnost, enakost, dostopnost (Vešnar 2007, 36).

¹ Povzeto po: Palmieri, Vincenzo Mario. 1951. Medicina forense. Morano, Napoli.

2.5.5 Etični kodeks

Etični kodeks je zbirka etičnih pravil ali zbirka vrednot, ki se praviloma določa za zaprte družbene skupine z istimi cilji, nameni delovanja, družbeno vlogo ali zaradi posebnih razmerij do preostale družbene skupnosti. Kodeksi so lahko pisani ali nepisani. Praviloma so pisani kot zbirka vodilnih vrednot z opisano obveznostjo in načinom njihovega uresničevanja, na koncu pa so navedene moralne sankcije. Kodeksi niso pravni akti in k njim posameznik pristopa prostovoljno. S kodeksi določamo vsebino profesionalne etike. Med prvimi znanimi etičnimi kodeksi je bila Hipokratova prisega (Vešnar 2007, 97).

2.5.6 Vojaška hierarhija

Hierarhija pomeni stopnje strogo urejene celote ljudi v skupini ali organizaciji, v kateri so nižji podrejeni višjim. Družbena hierarhija pomeni strogo ločene odnose nad oziroma podrejenosti (Ogrizek 2006, 385).

2.5.7 Mučenje

Mučenje je protipravno povzročanje bolečin drugem z določenim namenom. Mučenje se pojavlja skozi celotno zgodovino na vseh delih sveta, v vseh civilizacijah, kulturah, verstvih, političnih sistemih in režimih. Namen mučenja je maščevanje, pridobivanje informacij ali pa kaznovanje neposlušnosti. Poleg mučenja se v mednarodnem pravu vzporedno s prepovedjo mučenja pojavlja tudi prepoved mučenju sorodnih ravnanj, kot so okrutno ravnanje, nečloveško ravnanje, ponižujoče ravnanje, okrutno kaznovanje, nečloveško ali ponižujoče kaznovanje. Ta ravnanja se od mučenja razlikujejo zgolj po nižji stopnji intenzivnosti povzročenih bolečin in po vsebini psihičnega odnosa nosilca oblasti do ravnanja (Korošec 2003, 17).

3 Vojaška medicina

3.1 Kratek zgodovinski pregled

Razvoj vojaške medicine je bil odvisen od sprememb bojevanja in tehnološkega razvoja. Vojaška medicina sprva ni imela sredstev, da bi ranjenecem in bolnim v vojski pomagala. Težje ranjeni vojaki so bili obsojeni na smrt. Zdravljenje je bilo še v povojih in velikokrat je bila amputacija edini način rešiti poškodovanega. Poškodbe, ki jih je povzročalo predmoderno orožje, v večini primerov niso bile smrtne. Vojaki so v velikih številkah umirali zaradi tifusa, griže, kuge in koz, ranjenci pa predvsem zaradi infekcij ran, gangrene, sepse in tetanusa (Gross 2006, 3-4).

Zdravniki so bili stalnica v oboroženih konfliktih že od antike naprej, ko je bila njihova naloga čistiti rane, nadzorovati izgubo krvi in preprečevati onesnaženje rane. Antično medicinsko znanje so najbolj razvile rimske legije, priročnik vojaške medicine pa so spisali tudi v Egiptu. Hindujska vojaška medicina je imela celo prve uspehe v plastični kirurgiji, grški svet pa nam je dal enega najbolj znanih zdravnikov v zgodovini, Hipokrata. V srednjem veku se je znanje pridobljeno v antiki izgubilo. Izjema je bil le islamski svet, kjer so znanje povečevali s trgovskimi stiki in osvajanji.

Ponovno se je vojaška medicina razvila v drugi polovici 15. stoletja, ko so Španci od islamskih Mavrov prevzeli mobilne bolnišnice. Francozi so takrat v vojski že imeli kirurge. 15. stoletje je bilo stoletje smodnika, v 16. stoletju pa je prišlo do razvoja prvih mušket in pušk, topove pa so že polnili z jeklenimi krogli. Te novosti so začele povzročati nove vrste ran, ki so bile pogosto smrtne, zlomi pa so postali komplicirani. Glavna težava pri zdravljenju so še vedno predstavljale infekcije zaradi umazanega orožja, obleke in pomanjkanja higiene. Uporaba smodnika je povečala število amputacij, ki so bile zaradi infekcij ali šoka velikokrat smrtne. Šele leta 1718 je francoski kirurg Jean Louis Petit predstavil, kako je mogoče s posebno podvezo na navoje preprečiti izgubo krvi pri amputaciji nog. V tem času so nastale tudi prve proteze, ki so nadomeščale izgubljene ude (Grmek 2001, 28-29).

Svojo pravo krutost pa je vojna dobila šele po Francoski revoluciji. Orožje je doživljalo izboljšave, poškodbe vojakov pa so bile sorazmerno z razvojem vedno hujše. Destruktivnost vojskovanja se je drastično povečala z Napoleonovimi vojnami (1799-1815). V tem času je namreč vojaška tehnologija predstavila muškete in

topove, ki so povečali število žrtev. Triaža in logistika sta tako postali mnogo bolj zapleteni, medicina pa ni mogla dohitevati razvoja orožja. Vojake so začeli zdraviti glede na resnost ran in ne več glede na čin. Terenske bolnišnice so se prestavile v neposredno bližino bojišč. V 19. stoletju se je tako zdravstveno osebje prvič srečalo z evakuacijo ranjencev z bojnega polja, triažo in izurjenim osebjem (Gross 2006, 3-4).

Začetek 20. stoletja je v vojski zaznamovala revolucija na področju tehnologije. Na medicino so vplivali razvoj antiseptikov, odkritje rentgenskih žarkov, pionirska odkritja na področju kirurgije, razvoj cepiv (za tifusno in rumeno mrzlico, tetanus in davico). Vse do prve svetovne vojne so namreč glavni problem še vedno predstavljale bolezni, ki so pomorile več vojakov kot sam boj. Takrat pa so nova balistična orožja, uporaba letal, podmornic in bojnih plinov odprla povsem nove strani vojaške medicine. Rane so bile obsežnejše in hujše, s tem pa je bila povezana tudi težja infekcija. Zelo pomembna je postala takojšnja oskrba ranjencev. V vojaško zdravstveno ekipo sta prišla zobozdravnik in veterinar. Prva svetovna vojna je bila prva vojna, v kateri je več vojakov umrlo zaradi ran kot pa zaradi bolezni (Grmek 2001, 28). Kljub vsemu pa je prva vojna prinesla izboljšanje razmer v medicini. Razvila se je tehnologija skupaj z motoriziranim transportom za prevoz ranjencev. Med obema vojnama pa je leta 1928 v medicini prišlo do odkritja še danes zelo pomembnega penicilina (Gross 2006, 3-4).

Med drugo svetovno vojno je bil sistem zdravstvene oskrbe dobro organiziran. V neposredni bližini bojišč so delovali visoko usposobljeni kirurgi. Žal pa so še vedno premalo pozornosti posvečali preventivi, tako da je veliko vojakov umiralo za tifusom (Grmek 2001, 29).

3.1.1 Vojaška medicina kot znanost

Sodobna vojaška znanost sestavlja razvejan sistem ved, ena od njih je tudi podsistem vojaškomedicinskih ved. Vojaška medicina kot veda je doživela vzpon v prvih letih po drugi svetovni vojni, ko je prišlo do razvoja novih orožij za množično uničevanje in s tem do popolnoma novih tipov poškodb, bolezni in ran. Premosorazmerno z napredkom v matičnih medicinskih vedah, so se posebno dobro razvile radiobiologija, vojaška kirurgija, vojaška nevropsihiatrija, vojaška plastična kirurgija, vojaška oftalmologija, vojaška stomatologija in vojaška epidemiologija. Z

izboljšanjem taktike sanitetne službe pa je vojaška medicina uspela zmanjšati smrtnost med ranjenci (Žabkar 2003, 88).

Zdravniško bojno misijo lahko opredelimo podobno kot bojno. Na taktični ravni pomeni sistem zdravljenja, evakuacije, poveljevanja zdravstvenega osebja in nadzora. Operacijska raven pomeni strokovno svetovanje zdravnika poveljniku in vključuje načrtovanje preventive, zdravstvene logistike ter postavitve ambulant glede na bojevanje in pričakovane žrtve. Na zadnji, strateški ravni pa vojaški zdravnik opravlja raziskave o zdravniških potrebah in mobilizaciji (Grmek 2001, 28).

3.2 Vojaški zdravnik in etično vprašanje

Izhodišče vojaške medicine temelji na specifičnih poškodbah vojakov, ki jih je možno predvideti. Sodobni vojaški zdravnik mora imeti precej širše medicinsko znanje kot splošni, saj mora poznati preventivno medicino, travmatologijo, vedenjske vede in medicino okolja. Delo vojaškega zdravnika tako zajema oceno tveganja, preventivo, evakuacijo in zdravljenje.

Prvotno so medicinsko pomoč v vojnah nudili prostovoljci, ki pa za svoje delo niso imeli primernih sredstev. Ustanovitelj Rdečega križa, Henry Dunnant, ki je bil priča bitki pri Solferinu v Italiji leta 1859, se je zavzemal za sprejetje določil, ki bi prostovoljce zaščitila. Opozarjal je tudi na pomanjkanje primernih sredstev za oskrbo ranjencev. Vojskam je namreč primanjkovalo primernih pripomočkov, ležišč, čiste vode, transportnih sredstev, sploh pa izurjenega medicinskega osebja. V zgodnjih dneh ustanovitve Rdečega križa sta ranjenim nudili pomoč dve skupini ljudi: vojaško medicinsko osebje in pripadniki prostovoljnih organizacij, kot je na primer Rdeči križ (Gross 2006, 7).

Teoretično osnovo na področju medicinske znanosti o tem, kaj pomeni pravilno ravnanje zdravstvenih delavcev, predstavljata medicinska etika in deontologija. Na zdravstvenem področju je ravnanje še toliko bolj podvrženo kritični presoji družbe, saj je področje delovanja usmerjeno na ohranjanje človekovega zdravja in življenja. To pa sta vrednoti, ki v družbi rangirata visoko na lestvici vrednot. V dinamičnem odnosu med zdravnikom, bolnikom in družbo so se tako oblikovala etična načela, ki narekujejo vedenjske norme zdravstvenih delavcev do bolnika, v medsebojnem razmerju in do družbe (Milčinski 1982, 9). V krizni situaciji pa postanejo nekatere odločitve zdravnikov še toliko težje.

V času vojne vojaške oblasti mobilizirajo medicinsko osebje zaradi enega samega razloga, in sicer ohranjanja vojne pripravljenosti, ne pa ohranjanja dobrobiti posameznega pacienta, kot to velja v mirnem času. V vojnem stanju moralno vprašanje pri zdravstvenem osebju vsekakor postane intenzivnejše. Ne gre namreč več za pacienta kot individualno osebo, ampak za skupino vojakov, civilistov ali bodisi sovražnikov. V času vojne tako postane kolektiv pomembnejši od posameznika. Pacient v vojni izgubi pravico do življenja, vojak pa istočasno pridobi

pravico do ubijanja. Intenzivnost moralnega vprašanja je tu torej odvisna od razmerja do bolnika ali ranjenca (Gross 2006, 326).

Veliko odločitev v vojnem času ni odvisnih od samega zdravnika, temveč od vojaškega poveljstva. Tako se medicinsko osebje znajde v precepu med profesionalnimi dolžnostmi zdravnika na eni in dolžnostmi vojaškega osebja na drugi strani. Vprašanje ali biti najprej vojaški zdravnik ali najprej vojak se pogosto pokaže predvsem v obravnavanju sovražnikovih vojakov in civilistov. Čeprav humanitarno pravo določa imuniteto nebojujočih in vključuje civiliste, ujetnike in ranjene vojake, ki ne predstavljajo več grožnje nasprotniku, ti ne uživajo vedno takih pravic, kot bi jih morali. Največkrat sta kršeni predvsem pravica do življenja in dostojanstva.

Etika vojne medicine se ne razlikuje od tiste v mirnem času. Pravzaprav so vsa določila iz mirnega časa prenesena v vojno stanje. Izpostavimo pa lahko štiri glavna načela, ki sestavljajo etiko medicine v vojni: pravica do življenja, pravica do človeškega dostojanstva, spoštovanje avtonomije oziroma samoodločanja in koristnost delovanja (Gross 2006, 9).

Vojaški zdravnik s svojim medicinskim znanjem lahko pomeni pomemben faktor, ki prispeva k kohezivnosti med vojaki. Pomanjkanje medicinske oskrbe na primer vpliva tudi na porušenje kohezije in morale v vojski. Na moralo medicinska oskrba vpliva v dveh smereh:

1. Medicinska oskrba kljub temu, da morda nima možnosti rešiti življenja, lajša ranjencem bolečine in poskuša čim bolj poskrbeti za umirajoče. S tem vojakom lajšajo tudi občutek zapuščenosti. Tej nalogi medicinskega osebja je Henry Dunant celo dajal prednost pred samo oskrbo.
2. S tem, ko se medicina razvija, se zmanjšuje tudi tveganje, ki so mu vojaki izpostavljeni. Kljub temu, da se živlensko tveganje ni zmanjšalo, pa se je zmanjšalo tveganje trpljenja in bolečine (Gross 2006, 79-80).

3.2.1 Položaj vojaškega zdravnika po Ženevskih konvencijah²

Zdravnik mora po določenih Ženevske konvencije delovati nevtralnno, kar pomeni, da mora nuditi zdravniško pomoč neodvisno od spola, rase, vere, političnega prepričanja, narodnosti, sploh pa ne sme na njegovo odločitev vplivati stran, kateri ranjeni pripada. Samo nujni medicinski primeri imajo lahko pri odločanju prednost (12. člen 1. ŽK in 9. člen DPII).³ Nevtralnost vojaške bolnišnice in s tem bolnišničnega osebja je bila opredeljena že v prvem in drugem členu Ženevskih konvenciji z dne 22. avgusta 1864. Nevtralnost je bila opredeljena tudi kot nedotakljivost s strani vojske.

Stalne in mobilne zdravstvene ustanove so zaščitene in ne smejo biti nikoli cilj napada (19. člen 1. ŽK in 12. člen DPI). Zaščita velja, če sanitetne enote pripadajo eni izmed strani v spopadu, če so pooblašene in priznane s strani pristojnih organov ter če so pooblašene v skladu z določili Ženevskih konvencij (12. člen DPI). Zaščita teh ustanov lahko preneha le v primeru, če se znajdejo izven svojih humanitarnih pristojnosti in škodujejo sovražniku ter so bila o tem že enkrat opomnjena (21. člen 1. ŽK). Osebje je lahko oboroženo z lahkim osebnim orožjem za lastno obrambo in obrambo ranjencev in bolnikov. Zdravstveno enoto lahko ščiti oddelek vojakov, straža ali oboroženo spremstvo, če primanjkuje oboroženih bolničarjev. Sanitetna ustanova tudi lahko hrani orožje ali strelivo, ki so ga odvzeli ranjencem ali bolnikom in ga še niso predali pristojni službi (22. člen 1. ŽK in 13. člen DPI). Sanitetne enote ne smejo biti nikoli uporabljene, da bi se z njimi poskušalo zaščititi vojaški objekt (12. člen DPI).

Sanitetno osebje, ki je dodeljeno oboroženim silam, je namenjeno izključno iskanju, zbiranju, prevzemanju, prenosu in negi ranjencev in bolnikov, preprečevanju bolezni ter upravljanju sanitetnih enot in ustanov. Kot tako mora biti spoštovano in zaščiteno (24. člen 1. ŽK).

² Besedilo vseh členov je povzeto po: Dolenc, Anton. 1993. *Ženevske konvencije o zaščiti žrtev vojne*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

³ Zaradi preglednosti so v besedilu uporabljene okrajšave za Ženevske konvencije (ŽK), Dopolnilni protokol k Ženevskim konvencijam I (DPI) in Dopolnilni protokol k Ženevskim konvencijam II (DPII). Okrajšave se pojavijo tudi v nadaljevanju besedila.

Če sovražna stran zajame sanitetno osebje, ga lahko zadrži, če to zahteva zdravstveno stanje v taboru. Zajeto zdravstveno osebje se ne šteje za vojne ujetnike, vendar pa veljajo zanje vse določbe Ženevske konvencije o ravnanju z vojnimi ujetniki z dne 12. avgust 1949. Osebje lahko nadaljuje z opravljanjem medicinskih dolžnosti. Pooblaščen so, da obiskujejo vojne ujetnike. V vsakem taborišču je vojaški zdravnik z najvišjim činom odgovoren za vse dejavnosti pridržanega medicinskega osebja pred vojaškimi oblastmi. Kljub podrejenosti notranji taboriščni upravi pa osebja ne sme nihče siliti k kršenju zdravniških dolžnosti (28. člen 1. ŽK in 33. člen 3. ŽK). Kadar zadržanje zajetega medicinskega osebja ni nujno, ga je potrebno vrniti strani v spopadu kateri pripada, takoj, ko je to možno (30. člen 1. ŽK).

Nihče od medicinskega osebja ne sme biti kaznovan, ker je opravljal svojo medicinsko dolžnost in deloval po pravilih medicinske etike. Osebja se tudi ne sme siliti, da bi opravljal naloge, ki so v nasprotju z medicinsko etiko in da bi posredovalo podatke o ranjenih in bolnikih (16. člen DPI in 10. člen DP II).

Razpoznavno znamenje sanitetne službe oboroženih sil predstavlja rdeč križ na beli podlagi (38. člen 1. ŽK). Z razpoznavnimi znamenji je potrebno označiti zastave, rokave uniform ter vso opremo (39. člen 1. ŽK). Osebje je identificirano z vodoodpornim narokavnikom z razpoznavnim znamenjem na levi roki, identifikacijsko ploščico ter posebno osebno izkaznico (40. člen 1. ŽK). Sanitetne enote morajo biti v spopadu označene z razpoznavnim znakom in imeti pri sebi posebno osebno izkaznico (18. člen DPI).

Zdravstvena služba je po Ženevskih konvencijah zaščitena kot stroka in kot del civilne zaščite (61. člen DPI).

3.3 Dileme vojaškega zdravnika

Moralne odločitve zdravnika se spreminjajo glede na specifične situacije. Nekatera vprašanja v mirnem in vojnem času se prekrivajo, na primer komu najprej nuditi medicinsko pomoč, kako čim bolj optimalno razporediti pomoč, itd. V vojnem stanju pa pacient ni več individualna oseba, ampak se oskrba prenese na skupino vojakov, med njimi tudi sovražnih ter na civiliste z obeh strani. Predvsem v vojnem stanju se zdravniki srečujejo s povsem novimi moralnimi dilemami. Nekatere medicinske odločitve niso odvisne samo od samega zdravstvenega osebja, temveč v njihovo odločanje posega tudi vojaško poveljstvo. Veliko vprašanj, ki bi se pojavila v mirnem času, tu sploh ne vzklije, saj vojaško osebje že poseže v odločanje. Pogosto se pojavi razdvojenost vojaškega zdravnika med dolžnostmi zdravnika in vojaka. Vojaški zdravnik pa kljub vsemu ne more pobegniti vojaškim zahtevam. Predvsem kadar so državni interesi ogroženi, pride v ospredje zagotavljanje kolektivnega dobrega, s čimer posamezen pacient izgubi na pomembnosti (Gross 2006, 326-328).

Spoštovanje pacientovih pravic, nevtralnost pri nujenju pomoči, mučenje pri zasliševanju, pomoč pri razvoju orožja in nekonvencionalnem vojskovanju so glavne dileme, s katerimi se srečuje vojaški zdravnik. Poskusi reševanja teh dilem potekajo v smeri čim bolj natančnega oblikovanja načel medicinske etike. Kljub temu, da sta vojaška⁴ in medicinska etika postavljeni na podobnih filozofskih temeljih (dolžnost po zaščiti posameznikovega življenja, dostojanstva, avtonomije, samoodločitve) pa se med njima pojavlja razkorak. Znotraj medicinske etike nastopata dva akterja, zdravnik in pacient, kjer je dolžnost prvega, da ščiti življenje in zdravje drugega. Znotraj vojaške etike pa nastopajo trije akterji: država, vojskujoči in nevojskujoči. Etična dilema znotraj takega odnosa naraste ter postane bolj zapletena in konfliktna. Na tem mestu se lahko pojavi dilema zdravnika, ali naj na primer sodeluje pri mučenju zapornikov, pri razvoju nekonvencionalnega orožja in s tem pomaga do ključnih informacij in sredstev bojevanja ali naj še vedno služi prvotnemu namenu po ohranjanju življenja, dostojanstva in neškodovanja (Gross 2006, 27-28).

⁴ Tu predpostavimo, da je vojna stvar države.

Tabela 3.1: Etične dileme vojaškega zdravnika med oboroženim konfliktom

Dileme pri nudenju bolniške oskrbe		Ostale dileme vojaškega zdravnika
<i>Skrb za ranjene</i>	<i>Medicinska nevtralnost</i>	<i>Mučenje in trpinčenje</i>
Ohranjati vojno moč	Medicinskega osebja	Mučenje pri zaslišanju
Ohraniti moralo	Medicinske nastanitve	Pasivno mučenje
Dolžnost države	Medicinske oskrbe	<i>Razvoj nekonvencionalnega orožja</i>
<i>Pacientove pravice</i>		Kemično orožje
Zavestna privolitev		Biološko orožje
Zaupnost podatkov		Nesmrtosno orožje
Evtanazija		
<i>Razporeditev in triaža</i>		
Redkih medicinskih sredstev		
Medicinskega znanja		

Vir: Gross (2006, 16).

Zgornja tabela nam prikazuje dileme, s katerimi se srečuje vojaški zdravnik v svoji razpetosti med vojaškim in medicinskim polom. Medicinski pol stremi k ohranjanju življenja, vojaški pa k ohranjanju premoči v vojni. Eden najlepših primerov prevlade vojaškega pola je triaža.⁵ Triaža v vojnem stanju je velikokrat predmet moralne odločitve. Najprej se medicinska pomoč v vojnem stanju nudi tistim vojakom, katerih vrnitev na bojišče je najverjetnejša. Pomoči so ne glede na zdravstveno stanje po večini najprej deležni domači vojaki pred sovražnimi in pred civilisti. Medicinska pomoč je tako v službi vojaške zmogljivosti in potrebe ter deluje v prid kolektivnega dobrega, pri tem pa reševanje življenj ostaja v ozadju (Gross 2006, 329). Na tem mestu se izjalovi tudi ideja o nevtralnosti medicinskega osebja.

⁵ Triaža je izbiranje in registracija poškodovancev in bolnikov glede na nujnost zdravniške pomoči, terapevtskega ukrepanja ter načina in nujnosti prevoza in smeri evakuacije (Kališnik 2002, 914).

Kadar govorimo o medicinski nevtralnosti lahko govorimo o nepristranskosti ali o nedotakljivosti (imuniteti) (Gross 2006, 175). Nevtralnost pomeni, da se medicinsko osebje ne postavlja na nobeno od vojskujočih se strani. Gre torej za civilne udeležence vojne, ki v vojnih spopadih ne sodelujejo. Zaradi tega se medicinsko osebje ne sme boriti in ne sme nositi orožja razen za samozaščito ter zaščito ranjencev in bolnikov. Tudi če je medicinsko osebje zajeto, je po načelu nevtralnosti še vedno dolžno nuditi medicinsko pomoč strani, ki jo je zajela. Po drugi strani pa morajo tudi vojskujoči subjekti spoštovati to nevtralnost in ne smejo medicinskega osebja siliti v dejavnosti, ki niso v skladu z njihovim humanitarnim poslanstvom. Medicinsko osebje, sanitetni prostori in transport tudi ne smejo biti tarča napadov. Kljub temu, da se medicinsko osebje znajde v krizni situaciji, ki jo tu predstavlja vojna, je glavna naloga zdravnika še vedno zdraviti ljudi ter biti do vseh pacientov human in spoštljiv. Pri tem ne smejo biti po načelu medicinske nepristranskosti predmet diskriminacije starost, bolezen, izvor, spol, narodnost, politična usmerjenost, rasa, sploh pa ne stran v spopadu, ki ji ranjeni pripada (Dolenc 1993a, 35).

V vojni medicini so osnovne pacientove pravice velikokrat kršene. Predvsem veliko je nespoštovanja zaupnosti podatkov, saj le-ti nemalokrat pomenijo pomembne vire informacij za vojaške premike. Sploh pa do kršenje tajnosti prihaja po vojaških zaporih, ko prav te osebne informacije, ki jih zdravniki posredujejo vojaškim oblastem, zlorablajo za številna priznanja in pridobivanje pomembnejših, za oblast koristnih informacij.

3.3.1 Mučenje, trpinčenje in zasliševanje

Sodelovanje zdravnikov pri mučenju je najverjetneje najbolj vidna kršitev medicinske etike. Njihova osnovna naloga varovati zdravje in življenje pacienta preide k namernemu povzročanju bolečin in trpljenja. Zdravniki v tem primeru predstavljajo represivno oblast. Postavlja pa se vprašanje, če je takšno delovanje vedno negativno. Veliko zagovornikov uporabe mučenja poskuša razlikovati med zmernim psihičnim pritiskom (mraz, lakota, pomanjkanje spanja) in sadistističnim, brutalnim izživljanjem (pretepanje, elektrošoki, zažiganje, spolno izživljanje). Mučenje zagovarjajo predvsem v primeru, ko bi bila s tem rešena nedolžna življenja (Gross 2006, 227).

O vprašanju sodelovanja medicinskega osebja pri mučenju se je prvič bolj jasno spregovorilo po dogajanju na Severnem Irskem v sedemdesetih letih. Britanski uradniki so predlagali, da naj bi bili zdravniki vedno prisotni pri zasliševanju pripadnikov Irske republikanske armade (IRA). Takrat se je britansko zdravniško združenje obrnilo na Svetovno zdravstveno organizacijo in prosilo, naj uredi položaj zdravnikov v tovrstnih primerih (Gross 2006, 213).

Javnost sodelovanju zdravnikov pri mučenju v Britaniji ni nasprotovala, saj so leta 1976 celo javno zagovarjali mučenje pripadnikov IRE. Uporabljali so pet tehnik: hooding (mučenega čez glavo za daljši čas pokrijejo s temno vrečo), dolgo stanje v eni poziciji, zelo močah zvok, pomanjkanje spanja, stradanje. Te tehnike je kot sprejemljive leta 1987 sprejela tudi izraelska komisija in jih uporabila pri mučenju palestinskih zapornikov. Nenazadnje pa so iste tehnike uporabljali tudi američani v Guantanamu in Abu Ghraibu (Gross 2006, 215). Novembra 2002 je ameriški minister za obrambo Donald Rumsfeld dovolil uporabo naslednjih mučilnih metod: kričanje, prevare, mučne pozicije kot so dolgo stanje pred zidom in klečanje, izolacija, hooding, pomanjkanje svetlobe, zloraba individualnih fobij (strah pred psi). Kasneje so bile na seznam dodane še nekatere oblike, ki sicer niso bile potrjene, bile pa so legalno sprejemljive (izpostavljenost hladni vodi, vremenu, ...). Še bolj agresivne metode so bile dovoljene januarja 2003. Amnesty International in Rdeči križ sta iz Iraka poročala o mučenju. Pisala sta o uporabi naslednjih mučilnih metod: hooding, psihična zloraba, dolgo stanje v eni poziciji, pomanjkanje spanja, glasna glasba in premočna svetloba. Seveda je bila najbolj mučna kombinacija več tehnik (Gross 2006, 217).

Zdravniki naj bi bili prisotni pri zasliševanju kot nadzorniki, ki spremljajo zapornikovo zdravje pred in po uporabi mučilnih tehnik. Njihove naloge so:

1. Potrditev: Zdravniki ocenijo zapornikovo telesno sposobnost zdržati določene načine mučenja, se pravi, da je njihova naloga zapornika pripraviti na mučenje.
2. Medicinski nadzor: Zdravniki nudijo rutinsko medicinsko pomoč v zaporih tistim, ki trpijo za boleznijo ali poškodbo. Izvajajo pa tudi zdravstvene preglede med postopkom zasliševanja.

3. Sodelovanje: Zdravniki lahko med zasliševanjem prevzamejo aktivno (dajanje psihoaktivnih zdravil) ali pasivno vlogo. Eden od pasivnih načinov sodelovanja je tudi zavrnitev medicinske pomoči. Če zdravnik ne nudi medicinske pomoči ranjenemu ali bolnemu zaporniku, pa četudi oceni, da njegovo zdravje ni življsko ogroženo, je to samo še ena oblika trpinčenja in mučenja.

Kjub vsem teorijam in zagovorom mučenja pa vse medicinske konvencije prepovedujejo zdravnikom sodelovanje pri mučenju in trpinčenju. Zdravnik naj ne bi nikoli potrdil zapornika za sodelovanje pri zasliševanju, ki vključuje mučilne tehnike, poleg tega pa tudi ne sme biti prisoten pri tovrstnih načinih zasliševanja in tudi ne sme biti vključen pri pasivnem mučenju. Kjub vojaškemu ukazu mora zdravnik še vedno najprej spoštovati poslanstvo zdravniškega poklica, zapisano že v Hipokratovi prisegi. Vse oblike sodelovanja medicinskega osebja pri mučenju prepovedujejo štiri Ženevske konvencije, Tokijska deklaracija, Deklaracija o človekovih pravicah in Načela zdravniške etike, ki jih je leta 1982 izdala Generalna skupščina OZN. Istočasno kot je bilo leta 1975 s Tokijsko deklaracijo prepovedano mučenje, je bilo prepovedano zdravnikom tudi prisilno hranjenje (Gross 2006, 230-240).

4 Dokumenti medicinske etike

Dokumentov in smernic, ki določajo pravila ravnanja zdravstvenega osebja v mirnem času in katerih določila se prenesejo tudi v krizne situacije, je veliko. Prvi začetki segajo s Hipokratovo prisego že pred naše štetje. Večina teh dokumentov pa je bila sprejeta na generalnih skupščinah Svetovnega zdravniškega združenja. Svetovno zdravniško združenje je bilo ustanovljeno 18. septembra 1947, na 2. generalni skupščini leta 1948 pa so sprejeli Ženevsko zdravniško zaobljubo. Glede na veliko število dokumentov, bi lahko kot najpomembnejše izpostavili štiri Ženevske konvencije, ki v osnovi določajo tudi delovanje zdravnikov v vojnem stanju. Zaradi ohlapnosti določenih členov pa so posamezna področja podprta še s kasneje sprejetimi deklaracijami. V nadaljevanju bodo poleg Ženevskih konvencij predstavljene še druge pomembnejše konvencije in smernice, ki vplivajo na oblikovanje zdravnikovega odločanja.

4.1 Dokumenti zdravniške etike pred nastankom Svetovnega zdravniškega združenja

4.1.1 Hipokratova prisega

Prvi znani etični kodeks je bila Hipokratova prisega. Kljub svojemu nastanku, ki sega v čas med 6. in 1. stoletjem pred našim štetjem, je ta prisega aktualna še danes, saj vsebuje temelje zdravniške morale tudi za današnje dni. Leta 1948 so na skupščini SZZ v Ženevi sprejeli skrajšano besedilo, leta 1968 pa so ga še dopolnili. V našem primeru so zanimivi predvsem naslednji členi⁶:

- 1. V trenutku, ko bom sprejet med člane zdravniškega poklica, svečano obljubljam, da bom posvetil svoje življenje službi Človečnosti.*
- 2. Kolikor bo v mojih močeh, bom varval čast in plemenito izročilo zdravniškega poklica.*
- 3. Ne bom dopustil, da bi se verski, nacionalni ali rasni nazori, strankarska ali družbena pripadnost vrinili med mojo dolžnost in mojega bolnika.*
- 4. Brezpogojno bom spoštoval človeško življenje od samega spočetja.*

⁶ Povzeto po dopolnjeni verziji Hipokratove prisege iz leta 1968.

5. Tudi če bi mi grozili, ne bom dopustil, da bi svoje zdravniško znanje uporabil v nasprotju z zakoni človečnosti.

Hipokratovi podobne prisege so si potem sledile še v Maimonidovi zdravniški molitvi iz 12. stoletja, v zdravniški zaprisegi Amatusa Lasitanusa iz 16. stoletja, pa vse do sorodnih medicinskih etičnih zapriseg v 20. stoletju (Dolenc 1993a, 26-29).

Časovno še pred prvi etični dokument, ki ga je sprejelo Svetovno zdravniško združenje, spada tudi Nurnberški etični kodeks iz leta 1947. Kodeks bo predstavljen v delu o biomedicinski etiki.

4.1.2 Ženevske konvencije

Prvotno so bili ukrepi za zaščito vojnih žrtev neformalne narave. O njih so se dogovarjali armadni poveljniki in so veljali le za čas posameznega spopada. Z rojstvom humanitarnega prava, ki mu je botroval razvoj Mednarodnega odbora Rdečega križa (MORK), pa se je situacija spremenila. Prišlo je do oblikovanja temeljnih listin humanitarnega prava, Ženevskih konvencij, ki so trajne mednarodne pogodbe zavezujoče za države podpisnice. Prva Ženevska konvencija iz leta 1864 je zaščitila ranjence na bojišču. Njena pravila so se počasi širila na druge kategorije žrtev. Druga Ženevska konvencija je bila sprejeta v Haagu leta 1899, določila le-te pa so razširili leta 1906. Naslednje leto so bila dodana določila o tem, katere skupine vojakov imajo v primeru zajetja pravico do statusa vojnega ujetnika. Predpisali so tudi, kako je treba v ujetništvu ravnati z vojnimi ujetniki.

Med 1. svetovno vojno se je pokazalo, da je treba določiti, kakšno naj bo življenje v taboriščih za vojne ujetnike. Dopolnitve so sledile v letu 1929. Države podpisnice pa so zavrnile predloge MORK-a za zaščito civilistov, kar je imelo hude posledice med drugo svetovno vojno, ko je na milijon ljudi pomrlo v nacističnih koncentracijskih taboriščih. Rdeči križ, ki v tej zadevi ni imel zakonitih pravic, jim je štiri leta zaman poskušal pomagati. Šele v zadnjih mesecih vojne so delegati MORK-a lahko prišli v nekaj taborišč in pomagali prizadetim.

Pretresene od grozot druge svetovne vojne so se vlade sestale na diplomatski konferenci leta 1949. Na predlog MORK-a so sprejeli osnutek o zaščiti civilistov v vojnem stanju. Predelali so besedila dotedanjih konvencij in uskladili določila. 12.

avgusta 1949 so oblikovali štiri Ženevske konvencije, ki vsebujejo 429 členov. Ti zagotavljajo zaščito ranjencev in bolnikov iz vrst oboroženih sil na bojišču (prva Ženevska konvencija), ranjencev, bolnikov in brodolomcev pripadnikov oboroženih sil na morju (druga konvencija), vojnih ujetnikov (tretja konvencija) in civilnih oseb v vojnem času (četrta konvencija).

Kmalu se je pojavila potreba po okrepitvi in razvoju mednarodnega humanitarnega prava, veljavnega za oborožene spopade. Od leta 1974 pa do leta 1977 je v Ženevi potekala diplomatska konferenca, ki je 8. junija 1977 pripeljala do sprejetja še dveh protokolov kot dodatkov k Ženevskim konvencijam. Prvi govori o mednarodnih oboroženih spopadih, drugi pa o oboroženih spopadih, ki niso mednarodnega značaja. Vse štiri konvencije dajejo MORK-u številne in obsežne pravice.

Po sprejetju obeh dodatnih protokolov je še vedno prihajalo do številnih kršitev konvencij. Oblasti so le redko dovoljevale MORK-u, da opravlja svoje humanitarne naloge (Dolenc 1993b, 27-30). Več o vsebini in kršenju Ženevskih konvencij bo predstavljeno v nadaljevanju skozi posamezne primere kršenja predpisov s strani vojaških zdravnikov.

Ženevske konvencije so danes zastarele in preveč široko zastavljene, da bi lahko zaščitile predvsem civilno prebivalstvo. Še po drugi svetovni vojni je bila meja med vojskujočimi in nevojskujočimi povsem jasna. Danes, z vse pogostejšimi terorističnimi napadi, pa je ta meja zabrisana. Teroristi se ne ozirajo več na pravila vojne in njihov cilj je dosežen prav takrat, ko padejo civilne žrtve, predvsem otroci, ženske in starejši. Prišel je čas, ki kliče po spremembah pravil vojne zaradi spremenjenega načina bojevanja. Predvsem bi bilo potrebno oblikovati novo kategorijo ujetnikov za zajete teroriste in tiste, ki njihovo dejavnost podpirajo. V tem primeru namreč ne gre več za navadne vojne ujetnike, ki bojujejo konvencionalno vojno, ampak gre za posameznike, ki kršijo vsa določila vojskovanja. Kljub vsemu pa bi tudi oni morali imeti v zajetju določene pravice (Dershowitz 2004).

4.2 Dokumenti medicinske etike, ki jih je sprejelo Svetovno zdravniško združenje

Svetovno zdravniško združenje (SZZ) je bilo oblikovano 18. septembra 1947. Združenje je sprejelo precejšnje število dokumentov, da bi z njimi uredilo področje zdravniške etike. V nadaljevanju bodo predstavljeni le najpomembnejši dokumenti in tisti, ki so povezani s področjem vojaške medicine. Dokumenti so razdeljeni v tri sklope. Prvi sklop predstavlja splošne dokumente zdravniške etike, ki veljajo vedno in povsod, neglede na stanje, v katerem se zdravstveni delavec nahaja. Drugi sklop se osredotoča na dokumente, ki urejajo področje biomedicinskih raziskav. Ta sklop je za našo temo zelo pomemben, saj so bili prav zaporniki in ujetniki vojne velikokrat poskusne osebe pri medicinskih eksperimentih. Tretji sklop dokumentov pa se nanaša neposredno na medicinsko etiko v vojnem času.

4.2.1 Splošni dokumenti zdravniške etike

Kot prvi dokument je bila sprejeta Ženevska zdravniška zaobljuba na drugi skupščini septembra 1948 v Ženevi v Švici. Dopolnjena je bila dvakrat, in sicer leta 1968 v Sydneyu in leta 1983 v Benetkah. Gre pravzaprav za temeljni dokument SZZ in pomeni posodobitev Hipokratove prisege. V primerjavi s svojo predhodnico je zaobljuba bistveno krajša. Določila so naslednja: služenje človečnosti, spoštovanje učiteljev, vestno in častno opravljanje zdravniškega poklica, bolnikovo zdravje kot prva skrb, varovanje skrivnosti bolnika tudi po njegovi smrti, ohranjanje časti in plemenite tradicije zdravniškega poklica, spoštovanje kolegov, enakost pri nudenju medicinske pomoči, spoštovanje človekovega življenja od spočetka dalje, kljub grožnjam spoštovati zakone človeštva.

Leto kasneje je bil na tretji skupščini SZZ v Londonu sprejet Mednarodni kodeks zdravniške etike. Dopolnjen je bil še dvakrat, istočasno z Ženevsko zaobljubo ter tretjič v Hongkongu leta 1990. Kodeks določa splošne dolžnosti zdravnika, dolžnosti zdravnika do bolnika in medsebojne dolžnosti zdravnikov (Dolenc 1993a, 44-46).

Ženevska zdravniška zaobljuba in Mednarodni kodeks zdravniške etike sta temeljna dokumenta usmerjanja in delovanja sodobnega zdravnika. Ker pa zdravnikova morala ni le enostranska obveza, je SZZ sprejelo tudi deklaracije, ki opozarjajo družbeno skupnost in od nje zahtevajo, da zdravniku pusti uveljavljati načela

profesionalne etike v svojem delovnem okolju. Take deklaracije so: Deklaracija o pravicah bolnikov (1981), Deklaracija o človekovih pravicah in osebni svobodi zdravnikov (1985), Deklaracija o neodvisnosti in poklicni svobodi zdravnikov (1986), Deklaracija o poklicni samostojnosti in samonadzoru (1987) in Deklaracija o zdravstvenem osebju (1988) (Dolenc 1993a, 113). S temi deklaracijami so poskušali zdravnikom omogočiti čim bolj neovirano odločanje o zastopanju interesov svojega bolnika, samostojnost zdravnika pri sprejemanju strokovnih odločitev, dolžnost, da stroka sama skrbi za red v lastnih okvirih, določeni so bili postopki proti kršenju etičnega kodeksa, temeljna pravica vsakega zdravnika, da nihče ne poseže v njegovo strokovno presojo in molčečnost, itd (Dolenc 1993a, 111).

Na tem mestu lahko omenimo še dve deklaraciji, ki skrbita za urejen status bolnikov. Prva je Deklaracija iz Lizbone o pravicah bolnikov, sprejeta leta 1981. Kot glavna načela se tu navajajo svobodna izbira zdravnika, obveščenost, soodločanje bolnika o zdravljenju, zaupnost podatkov, itd (Dolenc 1993a, 84). Druga deklaracija pa je Deklaracija o človekovih pravicah iz oktobra 1990. Več kot 50 let po tem, ko je Generalna skupščina OZN sprejela Deklaracijo o človekovih pravicah, je SZZ uzakonilo ta pravila tudi za zdravnike. Ker zdravniki prvi odkrivajo kršitve pravic, jim ta deklaracija daje odločujočo vlogo pri opozarjanju javnosti. Predvsem tu velja izpostaviti potrebo po nadzoru zaposlenih v raznih javnih zavodih (Dolenc 1993a, 152).

4.2.2 Deklaracije v zvezi z biomedicinskimi raziskavami

V povezavi z biomedicinskimi raziskavami moramo omeniti dve pomembni deklaraciji. Prva je Nurnberški etični kodeks, druga pa Helsinška deklaracija.

Posebno mesto v razvoju biomedicinske etike predstavlja sojenje nacističnim zdravnikom v Nürnbergu. Že pred nastankom SZZ-ja je bila leta 1931 objavljena t.i. Weimarska okrožnica. Na podlagi le-te je ameriški psihiater Leo Alexander po naročilu pravnikov leta 1947 izoblikoval Nurnberški kodeks kot temelj za biomedicinske raziskave. Sodišče je kodeks istega leta uporabilo za dokazovanje krivde nacističnim zločincem. Zdravnikom torej niso sodili po zakonih, ki so veljali za čas, ko so bili zločini storjeni, pač pa po načelih, sprejetih tik pred in posebej za ta

proces. Nurnberški etični kodeks predstavlja temelj kasnejšim etičnim dokumentom. Načela kodeksa v skrajšani obliki po Antonu Dolencu so naslednja:

Oseba mora v sodelovanje v poskusu privoliti po prosti izbiri, brez pritiska, sile ali prevare in na osnovi zadostnega razumevanja vseh okoliščin odločitve /.../

Poskus mora voditi do koristnih izsledkov, ki jih ne bi bilo mogoče pridobiti na drugačen način.

Poskus mora izhajati iz poprejšnjih poskusov na živalih in iz temeljitega poznavanja narave bolezni.

V poteku poskusa se je treba izogniti nepotrebnemu fizičnemu ali duševnemu trpljenju ali poškodbi.

Poskusa ne smejo izpeljati, kadar lahko pričakujemo smrt ali trajno poškodbo /.../

Poskus smejo izvajati le znanstveno usposobljeni in izkušeni raziskovalci.

Oseba v poskusu je svobodna, da prekine sodelovanje /.../

Raziskovalec mora biti pripravljen, da poskus zaključi, kadar lahko predvidi, da bi nadaljevanje lahko vodilo do poškodbe, invalidnosti ali smrti (Polajnar in Wedam 1998, 63).⁷

SZZ si je prizadevalo na področju biomedicinskih raziskav priti do enotnih svetovnih etičnih meril. Na še strožjo formulacijo so vsekakor vplivali dogodki iz koncentracijskih taborišč med drugo svetovno vojno in strah, da bi se le-ti spet ponovili. Tako je bil na 18. generalni skupščini SZZ-ja v Helsinkih leta 1964 sprejet drugi pomemben dokument s področja biomedicinskih raziskav. Helsinška deklaracija opredeljuje smernice zdravnikom pri opravljanju kliničnih raziskav. Deklaracija je bila kasneje še dopolnjena: v Tokiu leta 1975, v Benetkah leta 1983 in v Hong Kongu leta 1989. Še danes ta deklaracija predstavlja standard za medicinsko etiko (Polajnar in Wedam 1998, 65). Popravki Helsinške deklaracije pomenijo napredek v smeri večje

⁷ Za popoln pregled določil Nurnberškega etičnega kodeksa glej Polajnar Pavčnik, Ada in Dragica Wedam Lukić, ur. 1998. *Pravo in medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

zaščite oseb, ki sodelujejo v medicinskih poskusih. Še vedno pa najdemo kar nekaj ohlapnosti v določilih (Polajnar in Wedam 1998, 66).

Helsinška deklaracija je razdeljena na uvod, splošna načela, načela o kliničnem raziskovanju v zvezi z zdravljenjem in načela o neterapevtskem kliničnem raziskovanju. Na isti način so razdeljene tudi ostale dopolnjene verzije. V uvodu so poudarjeni temelji zdravniškega poklica kot so skrb za zdravje bolnika in delovanje v njegovo dobro. V splošnih načelih je poudarjeno, da se z biomedicinskimi raziskavami sme ukvarjati le znanstveno usposobljena oseba, nadzor pa mora izvajati usposobljeni zdravnik. Brez prisotnosti zdravnika tako ni možna nobena biomedicinska raziskava. Da pa do biomedicinske raziskave sploh pride, je potrebna prostovoljna privolitev bolnika. V primeru neterapevtske klinične raziskave mora biti poskusna oseba v takem opravnem, telesnem in duševnem stanju, da je pristanek svoboden in prostovoljen. Preiskovalec je dolžan vsak eksperiment prekiniti, če bi ta lahko kakorkoli škodil preiskovancu (Dolenc 1993a, 53-55).

Druga dopolnitev deklaracije leta 1975 je znana tudi pod imenom Tokijska deklaracija. Potrebno je bilo natančneje napisati določila Helsinške deklaracije, saj je število biomedicinskih raziskav v tem obdobju močno narastlo. Iz uvoda na novo izstopa načelo, ki skrbi tudi za dobrobit poskusnih živali. To je bilo namreč tudi obdobje porasta gibanj za zaščito živali. Pomembna novost, ki je bila dodana je bila kontrola raziskave pred neodvisnim odborom. Ta je imela za posledico veliko število novoustanovljenih komisij na državnih in regionalnih ravneh. S tem je postala prijava biomedicinske raziskave obvezna. V dopolnitvi deklaracije v Benetkah leta 1983 so še posebej poudarili strogo varovanje zasebnosti oseb v raziskavah in pravica preiskovanega, da se iz raziskave umakne. Helsinška deklaracija, tako kot druge deklaracije v zvezi z medicinsko etiko, velja tako v mirnem kot v vojnem času (Dolenc 1993a, 58-61).

4.2.3 Deklaracije o načelih delovanja v času oboroženega spopada – smernice v času oboroženega spopada

Pravila vedenja med oboroženim spopadom

Čeprav že Ženevske konvencije zagotavljajo neodvisnost delovanja zdravnikov v vojni, je SZZ-ja menilo, da je potreben še en dokument, ki bi uravnaval delovanje

medicinskega osebja v kriznih situacijah. Pravila so bila sprejeta na 10. generalni skupščini SZZ v Havani na Kubi leta 1956. Izdana so bila še istega leta na naslednji skupščini v Istanbulu, dopolnjena pa v Benetkah leta 1983. Glavno sporočilo smernic je vsekakor medicinska etika, ki mora ostati nespremenjena tako v mirnem kot v vojnem času. Pravila so naslednja:

1. *Zdravniška etika je v času oboroženega spopada enaka zdravniški etiki v času miru /.../ Najvišje merilo zdravnika je izpolnjevanje dolžnosti, ki mu jo nalaga vest.*
2. *Osnovno poslanstvo zdravnika je ohranjanje zdravja in reševanje človeških življenj. Za neetično pa velja:*
 - a) *svetovati ali izvesti /.../ dejanje, ki ni povezano z bolnikovo blaginjo;*
 - b) *oslabiti telesno in duševno odpornost človeka, če ni to nujno potrebno iz terapevtskih razlogov;*
 - c) *uporabljati zdravstvene metode, ki ogrožajo človekovo zdravje.*
3. *Za poskuse na ljudeh veljajo v času oboroženega spopada enaka pravila kot v mirnodobnem času. Strogo so prepovedani vsi poskusi na ljudeh, ki ne uživajo svobode, zlasti na civilnih in vojnih ujetnikih ter na pripadnikih naroda okupirane države.*
4. *V nujnih primerih mora zdravnik vedno dajati takojšnjo in nepristransko pomoč ne glede na spol, raso, vero, politično opredelitev bolnika ali katerokoli drugo merilo. Zdravniška pomoč mora trajati, dokler je potrebna in možna.*
5. *Zdravnik je pri izvajanju svojega poklica dolžan spoštovati načelo zaupnosti.*
6. *Privilegije in pooblastila sme zdravnik uporabljati le za opravljanje svojega poklica.*

Osnutek meril, ki uravnavajo pomoč bolnikom in ranjencem predvsem v času oboroženega spopada:

1. a) *Vsaki vojaški ali civilni osebi je treba v vseh okoliščinah in brez odloga dajati pomoč, ne glede na spol, raso, vero, politično opredelitev ali katerokoli drugo merilo.*

- b) *Vsak poseg v zdravje ter telesno in duševno celovitost človeka, ki ni utemeljen s terapevtskimi posegi, je prepovedan.*
- 2. a) *V nujnih primerih so zdravniki in zdravniško osebje dolžni dajati takojšnjo pomoč po svojih najboljših močeh. Med bolniki ne smejo delati razlik, razen glede na stopnjo nujnosti posega.*
- b) *Zdravniki in njihovi pomočniki morajo biti zaščiteni, da lahko svobodno opravljajo svojo poklicno dejavnost. /.../ Imeti morajo pravico do svobodnega gibanja /.../ Potrebno je spoštovati profesionalno neodvisnost zdravnika.*
- c) *Izpolnjevanje zdravniške dejavnosti in odgovornosti zanje v nobenem primeru ni prekršek. Zdravniku se nikoli ne sme soditi zaradi spoštovanja poklicne zaupnosti (Dolenc 1993a, 48-49).*

Tokijska deklaracija o mučenju, grozodejstvih in drugih nečloveških dejanjih

Sprejeta je bila na 29. skupščini SZZ-ja oktobra 1975 v Tokiu. Odkritje, kako pogosto prihaja do nečloveških dejanj proti zapornikom, ujetnikom in drugim osebam, od katerih se poskuša priznanje izsiliti na najgrozovitejše načine, je pripeljalo do potrebe po oblikovanju tovrstne deklaracije. Zdravniki so bili namreč vse prevečkrat vpleteni v državne in politične spletke in so tako postali z zlorabo svojega znanja nevarno orodje. Določila so naslednja:

1. *Zdravnik ne sme dopuščati, pristajati ali sodelovati pri mučenjih, grozodejstvih ali drugih nečloveških dejanjih, če ta prizadanejo človeško dostojanstvo, neglede na razlog, zaradi katerega je žrtev obsojena, osumljena ali prijeta. To velja v vseh okoliščinah, vključno v oboroženih spopadih in civilnih vstajah.*
2. *Zdravnik ne sme nuditi naprav, instrumentov in priprav niti snovi in prav tako ne svojega znanja za pomoč pri izvajanju mučenj ali drugih grozodejstev /.../*
3. *Zdravnik naj ne bo navzoč pri nobenem postopku, pri katerem bi prišlo do mučenja ali drugih grozodejstev in do nečloveških dejanj, ki ponižujejo človeško dostojanstvo, pa čeprav bi z njimi samo grozili.*
4. *Zdravnik mora biti povsem neodvisen pri odločanju o zdravljenju osebe /.../*

5. *Če zapornik odklanja hrano, zdravnik pa meni, da lahko neodvisno in razumno presodi o posledicah prostovoljnega odklanjanja hrane, naj ne privoli v umetno hranjenje. Odločitev, da je zapornik pri tem sposoben presoje, naj potrdi najmanj en neodvisen zdravnik. Zdravnik mora zapornika poučiti o posledicah odklanjanja hranjenja.*
6. *Svetovno zdravniško združenje bo zdravnika in njegovo družino branilo v primerih groženj ali represalij, če bi odklonil sodelovanje pri mučenju in drugih grozodejstvih, nečloveških dejanjih in dejanjih, ki ponižujejo človekovo dostojanstvo (Dolenc 1993a, 75-76).*

4.3 Deklaracije v povezavi z medicinsko etiko, ki so jih sprejeli drugi organi

Pomembnejše dokumente o medicinski etiki je poleg SSZ-ja sprejemala tudi Organizacija združenih narodov (OZN). Leta 1981 je Svet za mednarodno organizacijo medicinskih znanosti (CIOMS), ki je ena od agencij Unesca, na Filipinih sprejel Vodilna načela o raziskavah na ljudeh in medicinski etiki. Dokument je zgrajen na temeljih Nurnberškega kodeksa in Helsinških deklaracij ter pomeni nadaljevanje le-teh. Razdeljen je na naslednja poglavja: uvod, definicijo znanstvenega raziskovanja, mednarodne deklaracije, pristaneke osebe, pregled postopkov, nadomestilo osebam za naključne poškodbe v raziskavi, zaupnost podatkov in končne odredbe. Naslednje leto, leta 1982, so bila sprejeta načela zdravniške etike, ki se nanašajo na ravnanje medicinskega osebja z zaporniki. Načela izhajajo iz Tokijske deklaracije (Dolenc 1993a, 212-221).

Kot pomemben dokument za našo temo, ki ga je sprejela OZN, pa lahko omenimo tudi 10. decembra 1984 sprejeto Splošno deklaracijo človekovih pravic.

Aprila 1997 so predstavniki 21 članic Sveta Evrope, med njimi tudi Slovenija, podpisali Konvencijo Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in človekovega dostojanstva v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino). Gre za prvo mednarodno pravno zavezujočo pogodbo s področja bioetike (Polajnar in Wedam 1998, 69).

5 Primeri kršenja Ženevskih konvencij in drugih določil medicinske etike s strani vojaškega zdravnika

Kršenje določil medicinske etike je v svetu, predvsem v polpretekli zgodovini, pogost pojav. Zdravniki so služili kot mučitelji v Čilu, za kazen kirurško odstranjevali ušesa v Huseinovem Iraku, zapirali politične nasprotnike v psihiatrične bolnišnice v Sovjetski zvezi, ponarejali zdravniška poročila umrlih po mučenju v južni Afriki, eksperimentirali z uporabo drog in zdravil na vojaki v Vietnamu, itd (Lifton 2004). Zločini vojaških (in nenazadnje tudi civilnih) zdravnikov so še vedno tabu tema. Prav zaradi tega večkrat o tovrstnih zločinih ni najti več kot samo govoric. V nadaljevanju bo tako predstavljeno nekaj primerov kršenja medicinske etike, o katerih se je v javnosti glasneje spregovorilo.

Poglavje o kršitvah začenjam z nacističnimi koncentracijskimi taborišči. Pa vendar ni bila druga svetovna vojna tista, ki je prinesla vse zlo. Že pred to vojno so se s poskusi na ljudeh ukvarjali ameriški zdravniki in z njimi nadaljevali še do sredine petdesetih let. Preizkušali so cepiva proti rumeni mrzlici, malariji in hepatitisu na zapornikih, duševnih bolnikih in zaostalih otrocih. Naravni potek sifilisa so preučevali še v času, ko so bili antibiotiki že znani. Bolnikom z rakom je ameriški onkolog Chester Southam vbrizgaval rakave celice in opazoval vpliv imunskega sistema na tako povzročene rakave zasevke (Polajnar in Wedam 1998, 64).

5.1 Medicinska etika in druga svetovna vojna

5.1.1 Poskusi na ljudeh v nacističnih koncentracijskih taboriščih

Eden najhujših zločinov proti človečnosti s strani medicinskega osebja, če ne kar najhujši, se je zgodil v nemških koncentracijskih taboriščih med drugo svetovno vojno. Specifični pojav teh taborišč, predvsem taborišča v Dachauu, so bile poskusne postaje, kjer so zdravniki opravljali poskuse na ljudeh. Nacistični taboriščni zdravniki so svoje početje izvajali na vojnih ujetnikih, političnih zapornikih in taboriščnikih. V svoji knjigi *Medicina na krivih potih zdravnik František Blaha*⁸ tako opisuje svojo

⁸ František Blaha, po rodu Čeh, je bil zaprt v koncentracijskem taborišču Dachau. Življenje mu je rešil poklic zdravnika, saj je bil zaradi medicinskega znanja kot pomočnik vključen v taboriščne raziskave.

izkušnjo s poskusnimi postajami: "Poskusne postaje so nam kot zdravnikom težko ležale na srcu ter nam povzročale tudi največ skrbi. Res je, da tedaj nismo mogli razumeti ne smisla ne namena. Razlagali smo si jih kot poskuse, s katerimi sta hotela SS in glavno vojaško poveljstvo pridobiti nekatere izkušnje in spoznanja" (Blaha 1966, 75).

Medicinski poskusi, ki so pomenili hudo zlorabo znanosti, so bili naslednji:

- Najgrozovitejši so bili tisti poskusi, ki so jih izvajali kot poskuse za preživetje pilotov sestreljenih letal, ki so padli v mrzlo morje in za reševanje brodolomcev na severnem morju. Ljudi so namakali v ledeno mrzli vodi in tako skušali dognati, kako dolgo lahko človek preživi v ledeno mrzli vodi. Iskali so različne postopke za segrevanje telesa po ohladitvi in preizkušali nova varovalna pilotska oblačila. Pri poskusu je več ljudi umrlo v hudih mukah. Najpomembnejša ugotovitev teh poskusov pa je bila, da so žrtve umirale, kadar jim je temperatura padla na kritično mejo, ki je znašala 26 °C. Poskuse so izvajali v taborišču Dachau, vodil pa jih je SS-ovski zdravnik Sigmund Rascher (Brumec 2008, 128).
- Z namenom povečati možnost preživetja sestreljenih pilotov v morju je potekal še en poskus. Eksperiment je imel nalogo ugotoviti ali človek lažje preživi brez pitne vode ali pa z uživanjem slane vode. Ujetniki so morali dnevno piti s kemijskimi postopki obdelano vodo, ki je vsebovala različno stopnjo slanosti. Pitje tako obdelane vode je povzročalo smrt v hudih mukah. Tudi tovrstne poskuse so opravljali v taborišču Dachau, vodila pa sta jih avstrijski internist Hans Eppinger in njegov asistent Wilhelm Beiglbock (Milčinski 1982, 201).
- S poskusi z nenadno dekompresijo so prav tako poskušali pomagati svojim vojaškim pilotom v primeru, da bi se jim na višini 10000 metrov ali več odprla pilotska kabina. Poskusno osebo so postavili v razmere, v katerih bi se znašel letalec in ugotavljali možnosti preživetja (Milčinski 1982, 42).
- Poskusi s transplantacijami so potekali tako, da so taboriščnikom izrezovali kosti in jim jih presajali na druga mesta ali pa drugim osebam. Lomili so jim zdrave kosti in potem preučevali celjenje zlomov (Milčinski 1982, 201). V Dachauu in v ženskem taborišču Ravensbruck so izvajali tudi poskuse za

ugotavljanje regeneracijskih sprememb na kosteh po infekcijah. Za poskuse je bil odgovoren zdravnik Waldemar Wolter (Brumec 2008, 128).

- Poskuse za preprečevanje in uspešno zdravljenje infekcijskih bolezni so izvajali v taborišču Buchenwald. Vodil jih je zdravnik Ding-Schuler, ki se je zlasti osredotočil na raziskovanje pegastega tifusa.⁹ Inficirali so nekaj sto zdravih jetnikov in na njih preizkušali različna zdravila. Za stranskimi učinki bodisi zdravil bodisi same bolezni so umrli vsi inficirani. Podobno so raziskovali tudi posledice in načine zdravljenja gangrene in epidemskega hepatitisa. Jetnike so okužali tudi z injekcijami flegmonoze¹⁰, kar je povzročalo vnetja, žrtve pa so preživele s hudo pohabljenostjo. Tudi v ženskem taborišču Ravensbruck so na poljskih Židinjah izvajali podobne poskuse. Vodili so jih zdravniki Schiedlausky, Karl Gebhart, Fritz Fischer in Herta Oberhauser. Inficirali so jim bacile antraksa¹¹ in potem izvajali terapije in zdravljenja s preparati sulfonomidov iz Bayerjevih tovarn. Ženske so umirale v bolečinah.
- V taboriščih Sachsenhausen in Netzecker-Struthof so izvajali poskuse z bojnimi plini fosgenom, imperitom in lostom, poskusne osebe pa so opekli tudi s fosforjem. Vse to je povzročalo izredno boleče rane na koži, ki so jih potem zdravili z različnimi sulfonamidnimi preparati (Brumec 2008, 128).
- Med najbolj zloglasne poskusne postaje pa prav gotovo sodi malarijska postaja v Dachau. Šlo je pravzaprav za zasebni poskusni laboratorij dr. Klausea Schillinga, profesorja parazitologije na berlinski univerzi. Schilling je v štirih letih z 69 različnimi zvrstmi malarije okužil več kot dva tisoč ljudi. S križanjem že znanih vrst pa je dobival vedno nove tipe te bolezni. Na okuženih je potem preizkusil več kot 200 načinov zdravljenja. Veliko bolnikov je med tem zdravljenjem umrlo. Naročnik teh brezvestnih poskusov je bil Heinrich Himmler¹² s svojim kolonizacijskim načrtom. Nameraval je preseliti nemške

⁹ Pegasti tifus (pegavica) je akutna infekcijska bolezen z visoko temperaturo, glavobolom, bolečinami v mišicah, izpuščaji, povečano vranico in prizadetostjo centralnega živčevja (Kališnik in drugi 2002, 656).

¹⁰ Flegmona je akutno difuzno gnojno vnetje intersticijskega veziva, zlasti v podkožju (Kališnik in drugi 2002, 270).

¹¹ Antraks (vranični prisad ali črni prišč) je akutna bacilna zoonaza; to je bolezen živali, ki se prenese na človeka (Kališnik in drugi 2002, 53).

¹² Heinrich Himmler je bil od leta 1929 pa do 1945 poveljnik oddelkov SS. Bil je komandir nacističnih taborišč ter tako glavni organizator holokavsta. Od leta 1943 do 1945 je bil tudi minister za notranje zadeve nemškega rajha.

kmete iz nerodovitnih, gorskih pokrajin v osvojene bogate ravnine Ukrajine okoli Črnega morja pa tja do Indije. To je bilo območje, kjer je bila malarija zelo razširjena. Schilling je z bolniki ravnal zelo brezobzirno. Le-tem ni ostalo veliko izbire. Če niso hoteli sodelovati v njegovih poskusih, jih je ovajal taboriščni komadni, kar je doletelo tudi upirajoče se medicinsko osebje (Blaha 1966, 91-95).

- Tisti najodmevnejši poskusi pa so potekali v taborišču Auschwitz. Tu je svoje poslanstvo opravil najbolj razvpit nacistični zdravnik Josef Mengele. Za svojega mentorja profesorja Otmarja von Verschuerja je raziskoval heterokromijo, ki je redek pojav različne obarvanosti desne in leve očesne šarenice. Profesorju je pošiljal nove primerke oči za njegovo zbirko (Polajnar in Wedam 1998, 62). Znan je tudi po svojih poskusih na dvojčkih, zaradi katerih je na grozovit način pomrlo veliko število dvojčkov. Mengele je po vojni zbežal v Južno Ameriko in tam nekaznovano umrl (Brumec 2008, 129).
- V Auschwitzu pa so preizkušali tudi postopke za množično sterilizacijo žensk. V maternico in jajcevode so jim vbrizgavali različne strupe, na primer srebrov nitrat, za sterilizacijo so uporabljali različne rastline, pa tudi rentgensko obsevanje. Poskuse sta izvajala zdravnika Klauberg in Adolf Pokorny (Milčinski 1982, 201).

Zločini so bili kljub temu, da so nacisti številne dokaze ob prodoru Rdeče armade uničili, kmalu po koncu vojne razkriti. Med procesom v Nürnbergu, ki je potekal od 2. novembra 1946 pa do 20. avgusta 1947, so pred sodišče pripeljali 23 zdravnikov in visokih uradnikov ministrstva za zdravstvo nacistične vlade. Petnajstim so dokazali krivdo za vojne zločine in zločine proti človeštvu, sedem od njih so obsodili na smrt (Polajnar in Wedam 1998, 63).

Ti "morilci v zdravniških haljah", kot jih imenuje Janez Milčinski, naj bi striktno izpolnjevali ukaze nacističnih voditeljev, ki so jim bili nadrejeni. Svoja dejanja so opravljali s popolnim pooblastilom in po navodilih svojih vojaško in policijsko nadrejenih. Ravnali so torej kot vestni uradniki in disciplinirani vojaki, s čimer so se zagovarjali tudi na sodnem procesu. Delali so namreč samo to, kar jim je bilo ukazano in pač nujno za takraten vojaški položaj države ter s tem nevede zagrešili zločin proti ljudem, človečnosti in medicini. Vse prevečkrat pa izpolnjevanje ukazov ni

bil glavni razlog za številne nehumane poskuse na ljudeh. Poleg strahu pred nadrejenimi je bila predvsem pri vodilnih zdravnikih takratne nacistične Nemčije prisotna tudi želja po odkritju novih zakonitosti v medicini, ki pa ni pripeljala dlje od oskrunitve medicinske vede. Strah, ambicije in brezglava poslušnost so torej prinesle razvrednotenje vseh humanih vrednot v medicini (Milčinski 1982, 42).

Če si na tem mestu pogledamo še položaj zdravnikov, ki so bili vpleteni v poskuse na taboriščnikih, lahko vidimo, da ti niso bili zgolj drobni, neizkušeni in nerazgledani začetniki, na kar bi lahko sklepali glede na ubogljivost ukazov in nekritično izpolnjevanje le-teh. Med obsojenci na Nurnberškem procesu je bilo kar sedem profesorjev, med njimi prestojniki inštitutov in bolnišnic, ter celo predsednik nemškega Rdečega križa. Pri poskusih so kot opazovalci sodelovali tudi številni zdravniki in profesorji iz nemških in avstrijskih univerz. Očitno je bila želja po slavi in oblasti močnejša od boja za človekove pravice. Na srečo so bili med taboriščnimi zdravniki tudi taki, ki so se zgrozili in začeli omahovati pri sodelovanju v spornih eksperimentih. Vendar pa je le-te kmalu pokorila Himmlerjeva grožnja, da bodo v primeru nespoštovanja ukazov in upora razglašeni za izdajalce domovine (Milčinski 1982, 43-44). Konflikt med ukazom in vestjo, med zakonskim predpisom in moralno dolžnostjo je bil tako velik, da se je vanj lahko zapletla še tako moralno krepostna oseba. Nepravilno bi bilo torej posploševati ekscese nekaterih taboriščnih zdravnikov in znanstvenikov na vse zdravnike takratne Nemčije. Dejstvo pa je, da so zametki teh poskusov nastajali že v času Weimarske republike in kmalu postali zelo priljubljeni (Bošnjak 2004, 19).

Po končanem procesu je bil nurnberški etični kodeks potisnjen ob stran. Vladalo je namreč prepričanje, da so bili taboriščni medicinski poskusi enkratni pojav sprevržene manjšine nemških zdravnikov, ki so bili zapeljani ali pa si jih je oblast s silo podredila. Žal pa tovrstni zločini v zgodovini niso tako redki. Zmotno je torej prepričanje, da je šlo v tem primeru za zločince posebne vrste, ki jih ni mogoče dobiti v drugih krajih in drugem času (Polajnar in Wedam 1998, 64).

Kršena načela medicinske etike: Poskusi na ljudeh

Znotraj nacističnih koncentracijskih taborišč je potrebno izpostaviti predvsem številne sporne poskuse na ljudeh, ki so jih izvajali na taboriščnikih in ki predstavljajo najbolj

pereč problem delovanja takratnega zdravniškega osebja. Kršena so bila načela Hipokratove prisege o zakonih človečnosti in spoštovanju človekovega življenja. O kršitvah Helsinške deklaracije še ne moremo govoriti, saj so bila šele dejanja nacističnih zdravnikov povod za oblikovanje Nurnberškega etičnega kodeksa in iz tega izpeljane Helsinške deklaracije. Prav tako še ne moremo govoriti o kršenju Ženevskih konvencij, ki so bile v celoti sprejete šele po koncu druge svetovne vojne in Pravil vedenja med oboroženim spopadom iz leta 1956. Čeprav pravila etičnega delovanja takrat še niso bila zapisana, so bili nenapisani zakoni že od nekdaj prisotni v družbi. In če posplošimo, je prav ta druga svetovna vojna veliko prispevala k zapisu mnogih načel medicinske deontologije, predvsem v zvezi z biomedicinskimi poskusi. Na tem mestu je vseeno smiselno predstaviti člene Ženevskih konvencij iz leta 1949, ki prepovedujejo poskuse na ljudeh. Prvi je 13. člen 3. Ženevske konvencije, ki pravi: "Še posebej je prepovedano vojne ujetnike fizično pohabiti ali jih uporabljati za kakršnekoli biomedicinske poskuse." V 130. členu 3. Ženevske konvencije je zapisano: "Hude kršitve so katerekoli od naslednjih dejanj, storjenih proti osebam ali premoženju, ki jih ščiti konvencija: umor, mučenje ali nečloveško ravnanje, vključno z biomedicinskimi poskusi, namerno povzročanje hudega trpljenja, hudih telesnih poškodb ali zdravstvenih okvar /.../ " Poskuse na ljudeh prepoveduje tudi 11. člen Dopolnilnega protokola I: "Prepovedano je torej osebe, omenjene v tem členu, podvreči kakršnemukoli medicinskemu postopku ki ne bi bil motiviran z njihovim zdravstvenim stanjem in ne bi bil v skladu s splošno priznanimi medicinskimi standardi. V 11. členu Protokola je zapisano še: " Zlasti so na omenjenih osebah, tudi če bi v to privolile, prepovedani: telesno pohabljanje, medicinski in znanstveni eksperiment, odvzem tkiva ali organov za transplantacijo /.../."

5.1.2 Drugi primeri kršitev določil medicinske etike

Na Japonskem so leta 1936 v armadi zbrali številne zdravnike, znanstvenike in tehnologe, da bi raziskali možnosti za bakteriološko vojno in proizvodnjo ustreznih količin antraksa, dizenterije (griže), pegastega tifusa, kolere in kuge. Eksperimente je vodil zdravnik Shiro Ishii v mestu Pingfan v Mandžuriji, ki so jo tedaj zasedli Japonci. Okužili so približno 300 ljudi in testirali ter ugotavljali količine klic potrebnih za nastanek epidemij. Testirali so tudi odpornost organizma, tako da so žrtve do smrti opazovali v kopeli pri naraščujoči temperaturi vode. Testirali so smrtonosna sevanja,

pri balističnih poskusih so žrtve ustrelili. Sprva so delali poskuse samo na Azijcih, kasneje so bili žrtve tudi vojni ujetniki iz ZDA, Velike Britanije in Commonwealtha. Ishii in njegovi sodelavci so se po vojni sojenju izmaknili (Brumec 2008, 129).

Biološke bombe so pripravljali tudi v ZDA, Veliki Britaniji in Sovjetski zvezi, saj naj bi jih uporabili kot obrambo proti nemški uporabi biološkega orožja. V ZDA so izvajali tudi poskuse na ljudeh. Leta 1932 so v Alabami začeli s poskusi na sifilitikih obarvane polti. Žrtve so pustili trpeti in umreti brez terapije. Kasneje so začeli še s poskusi na duševno zaostalih, ki so bili celo javno objavljeni. Raziskovali so tudi dolgotrajne vplive bolezni na centralni živčni sistem. Poskusi so se nadaljevali še dolgo po koncu vojne, vse do leta 1972 (Brumec 2008, 129).

Kršena načela medicinske etike: Razvoj biološkega orožja in poskusi na ljudeh

Na primerih Japonske, ZDA, Velike Britanije in Sovjetske zveze je potrebno izpostaviti predvsem sodelovanje zdravnikov pri razvoju biološkega orožja, ki je imelo namen vzpostaviti konkurenčnost z oborožitvijo drugih vojsk. Vzdržljivost vojakov pa so povečevali s pomočjo novih dognanj, do katerih so prišli s poskusi na ljudeh. Kot v primeru koncentracijskih taborišč tudi tu še ne moremo govoriti o kršitvah določil medicinske etike, saj ta še niso bila zapisana. Sodelovanje zdravnikov pri razvoju orožja je kasneje prepovedala Tokijska deklaracija, ki pravi, da zdravnik ne sme nuditi svojega znanja za pomoč pri izvajanju mučenj in drugih grozodejstev. V tem primeru pa so zdravniki s svojim znanjem pomagali pri razvoju in testiranju biološkega orožja.

5.1.3 Etične dileme vojaških zdravnikov neposredno po koncu druge svetovne vojne

Grozote druge svetovne vojne so zaznamovale obdobje neposredno po njenem koncu. Prebivalstvo okupiranih držav je bilo po tej krvavi izkušnji nezaupljivo in maščevalno nastrojeno proti prebivalcem agresorskih narodov. Želja po maščevanju je bila velikokrat premočan faktor tudi pri zdravniški odločitvi o pomoči beguncem, ujetnikom in poraženim vojakom iz agresorskih držav. Prvi primer zavračanja zdravniške pomoči prihaja z Danske, drugi pa iz Federativne ljudske republike Jugoslavije.

Na primeru Danske lahko najlepše predstavimo bolečino in nezaupanje tamkajšnjega prebivalstva do nemškega naroda po koncu morije druge svetovne vojne. Nepopustljivosti do nekdanjih agresorjev so se pridružili tako vojaški kot civilni zdravniki. Primeri kršenja načela nepristranskega nujenja medicinske pomoči na Danskem torej niso nobena redkost. Tu je po koncu vojne v begunskih taboriščih umrlo na tisoče nemških otrok in beguncev. Vzroki smrti so bili pomanjkanje hrane, infekcije in pomanjkljivo nudenje zdravstvene oskrbe. Dansko zdravniško društvo in danski Rdeči križ sta namreč marca 1945 sklenila, da v nobeni obliki ne bodo pomagali nemškim beguncem (Brumec 2008, 132).

S podobnimi problemi pa se je po koncu druge svetovne vojne srečala tudi Federativna ljudska republika Jugoslavija (FLRJ). Poraženi vojaki, invalidi in bolni povojni ujetniki, ki so bili pri nas nameščeni v bolnišnicah, tudi na podlagi veljavnih mednarodnih konvencij niso dobili statusa vojnih ujetnikov, zaradi česar zanje niso veljali zakoni Ženevskih konvencij (Brumec 2008, 132).

Kršena načela medicinske etike: Nepristransko nudenje medicinske pomoči

S pomanjkljivim nudenjem medicinske pomoči je bilo kot prvo kršeno načelo Hipokratove prisege o enakosti vsakega bolnika, ki mu zapriseže vsak bodoči zdravnik. Kršena so bila tudi načela Smernic v času oboroženega spopada. Znotraj Ženevskih konvencij pa lahko izpostavimo kršitev štirih določil. Kot prvo je bil kršen 12. člen 1. Ženevske konvencije: "Strani v spopadu, pod katerih oblastjo so te osebe, morajo z njimi ravnati humano, in skrbeti zanje brez kakršnekoli neugodne diskriminacije glede spola, rase, narodnosti, vere, političnega prepričanja ali drugega podobnega merila." Zapisano je še: "Prepovedano jim je namerno odklanjanje

zdravniške pomoči ali nege ter izpostavljanje nevarnosti okužbe. Samo nujni medicinski razlogi opravičujejo dajanje prednosti pri nudenju pomoči." O nepristranskem nudenju medicinske pomoči govori tudi 15. člen 3. Ženevske konvencije: "Sila, ki je zajela vojne ujetnike, jih je dolžna brezplačno vzdrževati in jim zagotoviti zdravniško oskrbo, ki jo zahteva njihovo zdravstveno stanje." V 16. členu 3. Ženevske konvencije je zapisano: "Upoštevanje določb konvencije zahteva od sile, ki je zajela vojne ujetnike, da z njimi ravna enako, ne glede na raso, narodnost, veroizpoved ali politično prepričanje." 9. členu Dopolnilnega protokola II pa dodaja še: "Od sanitetnega osebja ni mogoče zahtevati, da pri opravljanju njegove dolžnosti da prednost katerikoli osebi, razen na podlagi medicinskega kriterija."

5.2 Kršitve določil medicinske etike v drugi polovici 20. stoletja in v 21. stoletju

5.2.1 Amerika v boju proti terorizmu – Guantanamo, Abu Ghraib, Bagram in Kandahar

Internacijsko taborišče Guantanamo na Kubi in vojaški zapor Abu Ghraib v Iraku sta dve ameriški jabolki spora, ko govorimo o človekovih pravicah. ZDA so v obeh primerih zaprtim odrekale status vojnih ujetnikov in jih definirale kot nezakonite borce. Na to so v Guantanamo kazale tudi prve fotografije ujetnikov v verigah, s ščitniki na ušesih in zatemnjenimi očali, ki so v javnost prišle kmalu po odprtju taborišča (Kurnaz 2008, 252). V naslednjem sestavku bo beseda tekla predvsem o Guantanamo. Oba primera kršitve medicinske etike sta si namreč tako podobna, da bi bilo nesmiselno obravnavati vsakega posebej.

Taborišče Guantanamo je skupaj z Abu Ghraibom najodmevnejši primer kršenja mednarodnega prava, mednarodnih humanitarnih načel in primer pravne samovolje. Poročila iz Guantanamo nam poleg pričevanj o nehumanih mučenjih prinašajo tudi besede o tem, da naj bi pri tovrstih mučenjih sodelovalo medicinsko osebje. Mednarodnemu odboru Rdečega križa je bilo 20. januarja 2002 prvič dovoljeno, da obiše Guantanamo. Septembra 2002 je delegacija Rdečega križa javno izrazila skrb nad psihičnim zdravjem ujetnikov (Kurnatz 2008, 258). Predvsem veliko polemik o tem je leta 2009 sprožilo tajno poročilo MORK-a iz leta 2007 o mučenju zapornikov v Guantanamo, ki ga je na spletu objavil Mark Danner.¹³ Razkrita je bila tajna vsebina dokumenta o tem, da so vojakom in agentom CIE pri mučenju pomagali tudi zdravstveni delavci. Pravzaprav pa je skoraj nemogoče, da zdravniki z mučenjem v zaporih ne bi bili seznanjeni.

11. september 2001 je zahteval spremembo pravil igre v boju proti terorizmu. Nekdanji pravni svetovalec Bele hiše in pravosodni minister Alberto Gonzales je sestavil tako imenovano Novo paradigmo (New paradigm), ki daje prednost čim hitrejšemu pridobivanju informacij od teroristov. Pri tem se ne ozirajo več na spoštovanje človekovih pravic zaslišanega in zavračajo mednarodno vojno pravo.

¹³ Mark Danner je ameriški pisatelj in novinar časopisov The New Yorker in The New York review. Specializiran je za področje zunanjih zadev ZDA. Serija esejev o mučenju v Abu Ghraibu, ki je izhajala v časopisu The New York review, je leta 2004 izšla tudi kot knjiga *Torture and truth: America, Abu Ghraib and the war on terror*.

ZDA so torej ubrale podobno pot kot jo je Velika Britanija v 70. letih v boju proti pripadnikom Irske republikanske armade (IRE) (Tomažič 2005).

Pa vendar ni najbolj pretresljivo to, da so jetnike mučili, ampak to, na kakšen način je mučenje potekalo. Med najbolj znanimi metodami je bil tako imenovani waterboarding,¹⁴ pri čemer mučeni leži zvezan na hrbtu, na obraz pa mu vlivajo vodo. Mučeni ima tako neprenehno občutek, da se bo utopil. V Čilu pod Pinochetom, na Kitajskem in v Zimbabveju ima ta način mučenja pomenljivo poimenovanje, the submarine, v prevodu podmornica (Rose 2004, 97). Med hujšimi oblikami metod mučenja je bila tudi ta, da zapornikom niso pustili spati. Kadar so ti hoteli zaspati, so jih polili z ledeno mrzlo vodo ali pa jih pretepli. Ob prihodu novega poveljnika v Guantanamo, generala Millerja, je bila uvedena operacija imenovana spanček zaspanček. To je pomenilo, da so jetnike vsako uro ali dve preselili v drugo celico in tako niso mogli spati. Ujetnike so mučili tudi tako, da so bili več mesecev goli vkljenjeni in pripeti ter so živeli med lastnimi iztrebki. Puščali so jih tudi na mrazu, da so pomodreli (Proti mučenju v Guantanamo 2006).

Zdravniki so v Guantanamo sodelovali tudi pri zasliševanjih zapornikov. Spremljali so odzive zaslišanih in nato poročali vojaškimi oblastem o primernosti uporabljene strategije zasliševanja. Nemalokrat so bili prav zdravniki tisti, ki so pripravili tehnike zasliševanja in potem tudi sodelovali pri njihovi izvedbi. Načini, kako zapornike prisiliti k priznanju krivde, so bili naslednji: dolgotrajno pomanjkanje spanja, predolgo izpostavljanje hrupni glasbi ali močni svetlobi ter temperaturnim ekstremom, kratko priklenjanje, uporaba psov za zastraševanje, itd. Znotraj taborišča je delovala tudi skupina vojaških vedenjskih psihologov pod skupnim imenom Behavioral science consultation team (BSCT), ki v vojaškem žargonu nosi vzdevek »Biscuits«. Njihova prvotna naloga je bila, da preventivno krepijo psihično odpornost ameriških vojakov. V Guantanamo pa se je njihova vloga obrnila in je bila ugotoviti, kako psihično streti zapornike. Vedenjski psihologi tu niso imeli naloge pri zdravljenju in pomoči zapornikom, temveč je bila njihova naloga opazovati zaslišanja in potem podajati mnenja o samem zaslišanju, vedenju zaslišanca, možnih izboljšavah metod, itd.

¹⁴ Originalni tekst je objavljen v angleškem jeziku. Zaradi težav pri prevodu nekaterih oblik mučenja, sem te obdržala kar v prvotnem jeziku, v oklepaju ali polstavku pa sledi razlaga oblike mučilne tehnike. Agata Tomažič v delovem članku Mučenje da, a ne na tleh ZDA, waterbording prevaja kot vodno kopel.

Zdravniki so za vsakega ujetnika pripravili tudi psihološki profil, ki je bil vojakom potem v pomoč pri zaslišanjih. Primarna vloga zdravnika v taborišču, ki je oskrba in zdravljenje zapornikov, je bila tu izrabljena za pomoč pri zasliševanjih. Vsi zdravniki, ki so bili pridruženi BSCT-ju, pa so tudi sami opravili vzdržljivostni preizkus Survival, Evasion, Resistance and Escape (SERE), vojaški program, katerega namen je naučiti se preživeti v primeru, da sam postaneš ujetnik (Okie 2005).

O grozljivih metodah zasliševanja pa ne poročajo samo izpuščeni zaporniki, temveč so o načinih poročali tudi agentje FBI-ja, ki so v Guantanamo sodelovali pri zasliševanju 747 zapornikov. Zaslišanja so po poročanju trajala od 18 do 24 ur. Zaporniki so ves ta čas morali zvezani brez stola in zaviti v izraelsko zastavo čepeti na tleh med lastnimi iztrebki, v prostoru pa je odmevala hrupna glasba (Willemsen 2009, 14).

Četudi vojaški zdravniki v Guantanamo res niso sodelovali pri zasliševanjih in mučenjih zapornikov, se poraja vprašanje, kako da o nečloveškem ravnanju z zaporniki niso sklepali že po premnogih poškodbah, za katerimi so zaporniki trpeli. Kot je v nekem intervjuju povedala vodja zdravstvenega osebja v Guantanamo, zdravniki namreč obiščejo vsakega zapornika vsakih štirinajst dni, da vidijo, če je njegovo zdravstveno stanje dobro. Ujetniki pa so na drugi strani poročali o tem, da do zdravnika v taborišču niso prišli, čeprav so bili težje poškodovani ali pa so zboleli (Okie 2005).

Izkušnje z zdravniki so bile velikokrat slabe, tako da so zaporniki, ki so zboleli, velikokrat o svojih zdravstvenih težavah molčali. Enemu od jetnikov so na primer izpulili ne samo boleč zob, temveč še osem zdravih. Veliko zapornikov je imelo poškodbe iz bojev, bili so pohabljeni, manjkala jim je roka ali noga. Imeli so odprte rane, ki jih niso zdravili. Od številnih pretepanj so imeli zlomljene kosti, zlomov pa niso zdravili, tako da so se kosti potem napačno zarastle (Kurnaz 2008, 108-109).

Vse več zapornikov je nevdržnost materialnih razmer in nečloveških odnosov v Guantanamo začelo izražati z gladovnimi stavkami. Konec leta 2005 se je za ta način protesta odločilo kar 84 zapornikov. Najprej je s strani oblasti sledila grožnja, da jih bodo, če bodo še naprej odklanjali hrano, privezali na stol in nato prisilno hranili s pomočjo cevi. Grožnjo pa so kmalu uresničili. Večina protestnikov je po prisilnem

hranjenju stavko prekinilo, saj je bilo hranjenje eno samo mučenje. Po številnih pritožbah je komisija Združenih narodov za človekove pravice prisilno hranjenje tudi uradno opredelila za mučenje (Proti mučenju v Guantanamu 2006).

Hranjenje naj bi potekalo po tankih, prožnih in mehkih nasogastričnih ceveh skozi nosno votlino. Cev naj bi se vedno uporabljala skupaj s preparatom, ki omogoča lažje požiranje cevi ter z uporabo lokalnih anestezijskih sredstev. Kolikokrat je bilo v praksi to uporabljeno, pa ni znano. Zaporniki, ki so bili prisilno hranjeni, so povedali, da so zdravniki pri hranjenju uporabljali velike merilne cevi brez anestezije. Prisilno hranjenje se je velikokrat namreč uporabljalo kot oblika kaznovanja.

SZZ je že leta 1975 s Tokijsko deklaracijo odločilo, da zapornik, ki zavrača hrano in pri katerem zdravnik oceni, da je sposoben razumeti posledice svojega dejanja, ne sme biti prisilno hranjen. Britanske oblasti so na podlagi te določbe tako leta 1981 pustile zapornike IRE, da so stradali do smrti. V zaporu Long Kesh, bolj znanem kot Maze, se je 1. marca 1981 začela gladovna stavka zaprtih pripadnikov IRE, ki so zahtevali pravni položaj političnih zapornikov. V tej medijsko odmevni stavki je do smrti stradalo deset pripadnikov IRE, kar je pokazalo na potrebo po natančnejši določitvi pristojnosti zdravnika v primeru gladovnih stavk med zaporniki. Do tega pa je prišlo šele na 43. skupščini SZZ-ja na Malti novembra 1991, ko je bila sprejeta Deklaracija o gladovnih stavkah. Zdravnik je v skrbi za osebe, ki gladovno stavkajo postavljen pred moralno dilemo. Po eni strani je moralno dolžan, da dela v bolnikovo dobro, po drugi strani pa je dolžan spoštovati status subjekta. Po tej deklaraciji so bila v Guantanamu kršena naslednja določila:

- 1. Ne zdravnik, ne drugo zdravstveno osebje ne smeta na bolnika izvajati pritiska, naj konča stavko.*
- 2. Zdravnik mora stavkajočega seznaniti s kliničnimi posledicami stavke in z nevarnostmi za njegovo zdravje, saj lahko samo popolna informacija omogoči bolniku, da se bo ustrezno odločil.*
- 3. Če je oseba, ki gladovno stavka, izgubila razsodnost in se ne more razumno odločati, ali pa je v komi, se lahko zdravnik svobodno odloča o posegih, za katere je prepričan, da bolniku najbolj koristijo (Dolenc 1993a, 161).*

Podobna kršenja medicinske etike so se dogajala tudi v ameriških taboriščih Bagram in Kandahar. Iz teh dveh taborišč so za razliko od Guantanamo poročali tudi o smrtnih žrtvah med zaporniki (Willemsen 2009, 18). Po poročanju zapornikov je bil odnos zdravnika do zapornikov ignorantski. Tudi če je kdo izmed njih zbolel, mu zdravnik ni namenil pozornosti ali pa ga je le površno oskrbel. Zapornik Khalid Mahmound Al-Asmar je tako opisal taboriščnega zdravnika:

Bil je pravi mesar. Čeprav je pripadal vojski, bi moral z nami ravnati človeško. /.../ Med nami zaporniki je bil eden, ki so mu zmrznili in odpadli prsti. Zdravnik mu je rekel, naj si natakne nogavice. Ni mu dal nobenih zdravil. Zapornik je to zavrnil, rekoč, da mu bodo okončine pod nogavicami gnile in smrdele. Nakar je zdravnik prišel k njemu v spremstvu vojakov. Vojaki so ga dvignili, ga vrgli ven in mu na silo nataknil nogavice. Takšen je bil zdravnik (Willemsen 2009, 40).

Tudi iz taborišča v Kandaharju so poročali o mučenjih z vklenjanjem v kratke verige, waterboardingu, poleg vseh že poznanih metod iz Guantanamo pa naj bi tu uporabljali tudi elektrošoke (Kurnaz 2008, 175).

Kršena načela medicinske etike

V primeru Guantanamo in drugih ameriških vojaških taborišč in zaporov, ki zadržujejo ujetnike osumljene terorizma, so se vojaški zdravniki prekršili v naslednjih dejanjih:

a) Mučenje, trpinčenje in drugo nehumano ravnanje

Goli ujetniki, ki so več mesecev vklenjeni živeli med lastnimi iztrebki in ki so jih puščali na mrazu ter jim več dni zapored niso pustili spati so bili tisti grozljivi posnetki, ki so obkrožili svet. Pri nehumanemu ravnanju, mučenju in trpinčenju so poleg ameriških vojakov sodelovali tudi tamkajšnji vojaški zdravniki predvsem v izbiri primerne mučilne tehnike. Zameriti pa jim gre predvsem to, da o nečloveškem obnašanju vojakov niso poročali pristojnim nadoblastem. Mučenje, trpinčenje in nehumano ravnanje po Ženevskih konvencij prepovedujejo naslednji členi:

1. 3. člen 1. Ženevske konvencije (v nadaljevanju ŽK):"/m/orajo ostati zmeraj in povsod prepovedani naslednji postopki: pohabljanje, okrutnost in mučenje,

žalitve osebnega dostojanstva, izrekanje in izvrševanje kazni brez predhodnega sojenja pred rednim sodiščem /.../”

2. 50. člen 1. ŽK: "Hude kršitve so katerekoli od naslednjih dejanj: naklepni umor, mučenje ali nečloveško ravnanje, namerno povzročanje hudega trpljenja, hudih telesnih poškodb ali zdravstvenih okvar /.../”
3. 13. člen 3. ŽK: "Z vojnimi ujetniki je treba ob vsakem trenutku ravnati humano. Nezakonita dejanja, zanemarjanje določb in s tem povzročanje smrti ali resnega ogrožanja življenja, s strani sile, ki je ujetnike zajela, so prepovedana."
4. 14. člen 3. ŽK: "Vojni ujetniki imajo v vseh okoliščinah pravico do osebne nedotakljivosti in osebe dostojanstva."

b) Pomanjkljiva in malomarna zdravniška oskrba

Kljub temu, da je vodja zdravstvenega osebja v Guantanamu izjavil, da je vsak zapornik deležen rednih zdravniških pregledov, je kar nekaj ujetnikov poročalo o tem, da niso bili zdravniško oskrbljeni kljub hujšim poškodbam. Tisti, ki pa so do zdravnika vendarle prišli, o njem niso imeli pozitivnega mnenja. Malomarna in pomanjkljiva zdravniška oskrba pomeni kršitev naslednjih členov Ženevskih konvencij:

1. 31. člen 3. ŽK: "Vojni ujetniki morajo biti zdravstveno pregledani vsaj enkrat na mesec. Vojnega ujetnika se med pregledom tudi stehta. Pregledi omogočajo spremljanje ujetnikovega zdravstvenega stanja, prehrane in čistoče, pa tudi odkrivanje nalezljivih bolezni, posebej tuberkuloze, malarije in spolnih bolezni."
2. 15. člen 3. ŽK: "Sila, ki je zajela vojne ujetnike, jih je dolžna brezplačno vzdrževati in jim zagotoviti zdravniško oskrbo, ki jo zahteva njihovo zdravstveno stanje."
3. 30. člen 3. ŽK: "Vsako taborišče mora imeti ambulanto, kjer dobe vojni ujetniki potrebno nego /.../ Hudo bolne ujetnike, ki potrebujejo posebno zdravljenje, kirurški poseg ali bolnišnično nego, je treba sprejeti v vojaško ali civilno ustanovo, kjer jim je ta zagotovljena /.../”.

c) Kršeno načelo zaupnosti podatkov

Še ena kršitev Ženevskih konvencij je posredovanje osebnih zdravstvenih podatkov ujetnikov vojaškimi poveljniki, ki so jih nato izkoristili pri zasliševanjih za izdelavo psiholoških profilov in pomoč pri izbiri najprimernejše zasliševalne tehnike. V tem primeru so zdravniki v taborišču kršili načelo zaupnosti, ki ga v Ženevskih konvencijah varujeta 17. člen 3.ŽK: "Vojnih ujetnikov se ne sme telesno ali duševno mučiti niti izvajati nad njim drugih oblik nasilja, z namenom pridobiti od njih kakršnekoli informacije." in 16. člen Dopolnilnega protokola I.: "Nihče, ki opravlja kakšnokoli medicinsko dolžnost, ne sme biti prisiljen, da bi dajal komurkoli, bodisi da pripada nasprotni strani ali njegovi lastni, podatke o ranjencih in bolnikih, ki jih zdravi ali jih je zdravil, razen v primerih, ki jih določajo zakoni njegove države – če bi utegnili imeti takšni podatki po njegovi oceni škodljive posledice za ranjence in bolnike ali za njihove družine."

5.2.2 Kršenje medicinske etike v vojnah na območju bivše Jugoslavije po letu 1991

Podoba Jugoslavije je bila zaradi pestrega števila narodnosti skozi celotno zgodovino zapletena in je prav zaradi tega dobila svoje slavno ime Sod smodnika. Na pestrost so vplivale predvsem notranje migracije, ki so sestavile etično in versko mešano sestavo prebivalstva. Leta 1991 pa je po dolgi agoniji ideja o bratstvu in enotnosti, ki je rasla od začetka 20. stoletja naprej, dokončno razpadla. Obračunavanje med različnimi narodnostmi je v teh vojnah preseglo vse meje človečnosti, kršena pa so bila tudi prenekatera določila medicinske etike.

O kršitvah etike medicinskega osebja v vojnah na Balkanu zaradi ne dovolj dolge časovne distance ni veliko zapisanega. Sta pa zdravnika Mladen Lončar in Ana Živković¹⁵ zbrala nekaj pričevanj oseb, ki so bile priča kršenju Ženevskih konvencij s strani medicinskega osebja. V tej vojni se je predvsem jasno pokazalo razlikovanje med različnimi narodnostmi in načelo zdravniške nepristranskosti je bilo prav zaradi tega velikokrat kršeno. Etična trenja so bila v teh vojnah močnejša od etike in morale zdravnikov ter so tako prinesla popoln razkroj medicinske etike. V nadaljevanju bo predstavljenih nekaj zgodb ranjenih v vojni, ki sta jih zbrala dr. Lončar in dr. Živković.

¹⁵ Oba zaposlena na Medicinskem centru za prava čovjeka v Zagrebu.

Prvo zgodbo pripoveduje hrvaški državljani, rojen leta 1955, ki je leta 1996 padel v zasedo srbske paravojaške enote v vasi Zalužnica. Vojaki so ga ustrelili v desno roko in nogo, zato je bil odpeljan v bolnišnico v Knin, ki je bila pod srbskim nadzorom. Mučenje in pretepi so se nadaljevali kljub temu, da je ležal v bolniški postelji. Zdravstveno osebje je bilo priča prihodom paravojaških enot in pretepanju hrvaških državljanov v bolnici, vendar nasilja, ki se je stalno ponavljalo, ni niti poskušalo preprečiti. Eden od pretepenih je zaradi nenudenja prve pomoči po pretepu podlegel poškodbam. Ista priča poroča tudi o malomarnem odnosu zdravnikov do ranjencev in bolnikov sovražne strani. Tako je sam po operaciji noge in roke v rani na nogi dobil kirurški inštrument.

Iz novosadske bolnišnice prihaja zgodba ranjenega, ki sta mu kirurg in bolničar, namesto kirurškega posega, še bolj poškodovala rane. Potem sta ga odpeljala na rentgen in mu brez zaščite desetkrat slikala telo. Podobne zgodbe je doživelo več pacientov novosadske bolnice. Mnogi operativni posegi in oskrbovanje ran so zdravniki opravili brez anestezije, ker naj bi anestetikov primanjkovalo.

Največ o ravnanju zdravnikov pa povedo kar te besede ranjenega Bosanca, ki je okreval v Trebinjah pod srbskim nadzorom: "Jednom sam se požalio doktoru pukovniku Lakičeviću da me sve boli, da ne mogu spavati, da sam gladan i žedan, jer me stražari neprestano gnjave. Drsko i bezobrazno mi je odgovorio: "Pa što ti zamišljaš, gdje se nalaziš, nisi kod nas na godišnjem ..." Priljepio mi je šamar, okrenuo se i otišao, a ja sam od stražara dobio nove batine, jer sam se žalio" (Lončar 1998, 40).

Zloraba medicinske stroke je s strani srbskih zdravnikov znana tudi iz bolnišnice v Banja Luki. Direktor bolnišnice dr. Radoslav Vukić je proti navodilom poskušal bolnišnico "očistiti ustašev ter hrvaške in muslimanske drhali." S tem namenom so v bolnišnici opravili tudi več neprostovoljnih splavov pri hrvaških in muslimanskih ženskah (Lončar 1998, 41).

Kršenje zdravniške etike je bilo po pričevanju dr. Lončarja zabeleženo tudi v srbskih koncentracijskih taboriščih, kjer so zdravniki zapornikom nasilno jemali kri za transfuzijo svojim ranjencem. Zdravniki so tudi tu kot nadzorniki sodelovali pri mučenjih zapornikov (Polajnar 1998, 64).

Raziskave s področja kršenja medicinske etike na Balkanu so potekale v okviru Medicinskega centra iz Zagreba. Tako zgoraj predstavljene zgodbe opisujejo predvsem kršenje medicinske etike s strani srbskih zdravnikov. Prav gotovo pa so se podobne zgodbe odvijale tudi v bolnišnicah pod hrvaškim in bošnjaškim nadzorom.

Z etičnimi dilemami so se srečevali tudi zdravniki na mirovnih operacijah. O svojih izkušnjah iz Bosne v letih 1992 in 1993 poroča zdravnik Acheson. Priča je bil izselitvam, posilstvom in klanju. Skupaj z ostalimi mednarodnimi zdravniki je bil prisiljen k strogi nevtralnosti in o teh dogodkih ni smel spregovoriti (Polajnar in Wedam 1998, 64).

6 Sklep

Stoletja so ljudje gradili prepričanje, da ima zdravnik prav zaradi posebnosti poslanstva svojega poklica odgovornost, da ostane zvest etičnim načelom. Kljub vsemu spoštovanju, ki ga je bil zdravniški poklic deležen skozi zgodovino, pa si včasih vse te hvale vendarle ni zaslužil. Čeprav so bili zločini zdravniškega poklica prvič javno razkriti šele po koncu druge svetovne vojne in so jih vsi povezovali z nacizmom, pa ne gre misliti, da je do nespoštovanja medicinske etike prvič prišlo šele v 20. stoletju. In če so takrat vendarle upali, da so bila dejanja zdravnikov v nacističnih taboriščih zgolj dejanja izprijenih posameznikov, lahko danes z gotovostjo trdimo, da temu ni tako. Število primerov kršenja medicinske etike, primerljivo s tistim med drugo svetovno vojno, ni tako majhno.

V času vojne je zdravnik večkrat postavljen pred dilemo, kako ravnati. Že naloga vojaškega zdravnika, ki je na prvem mestu ohranjanje bojne pripravljenosti in ne ohranjanje dobrobiti posameznega pacienta, je nekoliko sporna. V največjem precepu pa se najverjetneje zdravnik znajde ob srečanju s sovražnim vojakom, ki je potreben zdravniške oskrbe. V tem primeru se mora zdravnik zavedati, da deluje kot nevtralna oseba, ki mora pomoč nuditi glede na intenzivnost poškodbe in neglede na to, kateri strani ranjeni pripada.

Etika vojne medicine se prav nič ne razlikuje od tiste v mirnem času in zajema spoštovanje štirih glavnih določil: pravica do življenja, pravica do dostojanstva, spoštovanje avtonomije in koristnost delovanja. Spoštovanje teh glavnih določil je zajeto v številnih konvencijah in dokumentih medicinske etike. Začetki segajo s Hipokratovo prisego že v čas pred našim štetjem in današnji zdravniki ob začetku svoje poklicne kariere še vedno prisegajo prav na ta določila. Pod okriljem Svetovnega zdravniškega združenja je kasneje prišlo do sprejema številnih deklaracij, ki pa v osnovi še vedno temeljijo na načelih Hipkratove prisege. Tako je bila leta 1948 sprejeta Ženevska zdravniška zaobljuba in leto kasneje še Mednarodni kodeks zdravniške etike. Na področju biomedicinskih raziskav je bila iz Nurnberškega etičnega kodeksa (1947) leta 1964 izpeljana Helsinška deklaracija in predstavlja standard za medicinsko etiko pri raziskavah na ljudeh. Ta je bila še natančneje dopolnjena leta 1975 v Tokiu. V času oboroženega spopada pa posebej veljata še

Deklaracija o načelih delovanja v času oboroženega spopada (1983) in Tokijska deklaracija o mučenju, grozodejstvih in drugih nečloveških dejanjih (1975). Prav posebno mesto pa imajo leta 1949 sprejete štiri Ženevske konvencije. Te vključujejo določila, ki ščitijo vojake, ki so izstopili iz boja zaradi poškodbe, vojne ujetnike in civiliste pred zlorabo s strani oblastne strukture in tudi s strani zdravstvenega osebja. Na drugi strani pa določajo status zdravstvenega osebja kot nevtralne komponente vojne.

Določil, ki določajo pravilno ravnanje zdravnika, je torej veliko. Vojna pa poteka po čisto drugačnih pravilih. Množičnosti dokumentov, ki govorijo o pravicah človeka in bolnika ter številne zdravniške prisege tako ne dajejo nobenega zagotovila, da ta določila ne bodo kršena. Najpogostejše kršitve medicinske etike v času vojne so: sodelovanje zdravnikov pri neprostovoljnih biomedicinskih poskusih na ujetnikih (nacistična koncentracijska taborišča), pristransko in malomarno nudenje ter odrekanje medicinske pomoči (Danska in FLRJ po koncu druge svetovne vojne, Guantanamo, Abu Ghraib, Balkanske vojne v 21. stoletju), sodelovanje pri razvoju orožja (Japonska, ZDA, Velika Britanija in Sovjetska zveza med drugo svetovno vojno in v času hladne vojne), aktivno in pasivno sodelovanje pri mučenju ter prirejanje medicinskih poročil in kršenje zdravniške molčečnosti (Abu Ghraib, Guantanamo, Balkan).

Razpetost zdravnikov med vojaško hierarhijo in poklicno etiko je večkrat bolj izgovor kot pa resničen razlog za določeno dejanje zdravnika. Prepričanje, da za vseni zločini vojaških zdravnikov stojijo vojaške nadoblasti, ne drži več. Čeprav teorija pravi, da vojaško poveljstvo velikokrat posega v odločitve medicinskega osebja, pa je na podlagi primerov mogoče sklepati, da še večkrat kot vojaško povelje na odločitve zdravnikov vplivajo njihova osebna prepričanja in želje. Že primer nacističnih taborišč pove, da so mnogi zdravniki poskuse na taboriščnikih izvajali, da bi prišli do novih medicinskih dognanj in si s tem prislužili večno slavo. Velikokrat je vzrok kršenja medicinske etike povezan tudi s sovražnostjo in prezirom do drugačnosti. Z mučenjem so vojaki in zdravniki v Guantanamo jasno pokazali sovraštvo do islamske vere, zdravniki med vojno na Balkanu pa so z izživljanjem nad bolniki in ranjenci druge etične skupine ter z nečloveškimi dejanji dokazovali večvrednost svojega naroda. Razlog za dejanja vojaških zdravnikov med vojno na Balkanu po letu 1992

pa je bilo tudi maščevanje, ki je v prebivalcih posameznih narodov Balkana živel že od Kosovske bitke naprej. Maščevanje je bilo razlog za nespoštovanje konvencij medicinske etike tudi na Danskem po koncu druge svetovne vojne, kjer so se zdravniki odrekli pomoči nemškimi beguncem. Podobna situacija je bila tudi v povojni Sloveniji leta 1949.

Kljub naštetim primerom pa je včasih za kršitve s strani vojaškega zdravnika res krivo vojaško povelje. Vojaški zdravniki v Bosni so tako morali molčati o posilstvih in klanju, ki so mu bili priča. V koncentracijskem taborišču Dachau pa je dr. Klaus Schilling, prijatelj Heinricha Himmlerja, izvajal pritisk nad svojim zdravniškim osebjem z grožnjo, da bodo ob nespoštovanju njegovih ukazov končali skupaj s svojimi družinami podobno kot taboriščniki.

Etičnih kodeksov, ki določajo norme medicinske etike, je vedno več. Prav tako pa je vedno več kršitev teh norm. V sodobnem času tako lahko govorimo o razvrednotenju tako medicinske etike kot etike na splošno. V družbi, ki si prilagaja in razlaga etične norme kot njej najbolj ustreza, tako ne Hipokratova prisega in ne Ženevske konvencije nimajo več nobene teže. Sodobna družba na primer ne samo odobrava mučenje političnih zapornikov, temveč se tudi nagiba v prid sodelovanju zdravnikov pri mučenju. Lahko bi celo rekli, da so predvsem s porastom terorizma, konvencije postale neuporabne in zastarele. Toda ali to, da teroristi ne spoštujejo mednarodnega vojnega prava, daje oblasti pravico, da pri osumljencih terorizma kršijo vsa pravila človečnosti in dostojanstva? Ali to opravičuje številne fizične in psihične zlorabe ujetnikov v Guantanamu in Abu Ghraibu? Mučenje, ki pušča trajne fizične in psihične posledice v nobenem primeru ni dopustno. Sploh pa ne, če mučenemu zločin sploh še ni dokazan in zanj ne obstajajo nobeni oprijemljivi dokazi.

In prav sodelovanje zdravnikov pri mučenju predstavlja posebno mesto med kršitvami medicinske etike. Primarno nalogo zdravniškega poklica varovati in ohranjati življenje zamenja namerno povzročanje bolečin. Prvič se je ideja o sodelovanju zdravnikov pri mučenju pojavila v sedemdesetih letih v Veliki Britaniji. To je bil prvi poskus legalizacije mučenja zapornikov, takrat pripadnikov IRE. Danes smo priča podobnim poskusom Združenih držav Amerike. Naloga zdravnikov naj bi bila določiti način mučenja glede na zdravstveno stanje zapornika, nadzor poteka

mučenja ter sodelovanje z uporabo psihoaktivnih snovi. Kljub vsem zagovornikom in podpori javnosti, pa je takšno sodelovanje neetično. Če je življenje sveto in nedotakljivo, potem je zdravniški poklic prvi, ki mora to načelo spoštovati in ga upoštevati v še tako skrajnih mejah.

Ves trud, ki so ga pretekle generacije vložile v to, da bi izboljšale in olajšale zdravnikom težke odločitve, je bil zaman. In če na tem mestu povzamemo besede Matjaža Zwittera: "Medicinska etika je danes mit /.../" (Polajnar 1998, 11).

7 Literatura

Blaha, František. 1966. *Medicina na krivih potih*. Ljubljana: Zavod Borec.

Bloche, Gregg. 2005. *Doctors and interrogators at Guantanamo bay*. Dostopno prek: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/24/2529> (20. julij 2009).

Bošnjak, Marko. 2004. *Razvoj sodobne biomedicine in kazensko pravo*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Brumec, Viljem. 2008. *Kratka zgodovina medicine*. Maribor: Založba Pivec.

Dershowitz, Alan. 2004. Rules of war enable terror. *The Baltimore Sun*, 32 (28. maj).

Dolenc, Anton, ur. 1993a. *Ženevske konvencije*. 1. izdaja. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije.

--- 1993b. *Medicinska etika in deontologija: Dokumenti s komentarjem*. Ljubljana: Založba Tangram.

--- 1997. *Medicinska etika in deontologija II.: Razprave*. Ljubljana: Založba Mihelač.

Grmek, Meta. 2001a. Vojaška medicina. 1. del. *Slovenska vojska* 9 (6): 28-29.

--- 2001b. Vojaška medicina. 2. del. *Slovenska vojska* 9 (7): 28-29.

Gross, Michael. 2006. *Bioethics and armed conflict: Moral dilemmas of medicine and war*. Cambridge: The MIT press.

Jelušič, Ljubica. 1997. *Legitimnost sodobnega vojaštva*. Ljubljana: FDV.

Kališnik, Miroslav, Boris Klun in Dušan Sket, ur. 2002. *Slovenski medicinski slovar*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.

Korošec, Damjan. 2003. *Mednarodno kazensko pravo*. Ljubljana: Pravna fakulteta.

Kotnik Dvojmoč, Igor. 2002. *Preoblikovanje oboroženih sil sodobnih evropskih držav*. Ljubljana: FDV.

Kurnaz, Murat. 2008. *Pet let mojega življenja: Poročilo iz Guantanama*. Ljubljana: Zamik.

Lifton, Robert. 2004. Doctors and torture. *The New England Journal of Medicine*, 56-57 (29. julij).

Lončar, Mladen. 1998. Zlouporaba medicine u ratu. Iskustvo iz rada sa žrtvama rata na području RH in BiH 1991-1996. V *Etična razpotja v klinični medicini*, ur. Matjaž Zwitter in Patricija Ećimović, 39-41. Ljubljana: Onkološki inštitut.

Milčinski, Janez. 1982. *Medicinska etika in deontologija: Razprave in članki*. Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum.

Ogrizek, Maja, ur. 2006. *Leksikon Sova*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Okie, Susan. 2005. *Glimpses of Guantanamo. Medical ethics and the war on terror*. Dostopno prek: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/353/24/2529> (20. julij 2009).

Polajnar Pavčnik, Ada in Dragica Wedam Lukić, ur. 1998. *Pravo in medicina*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Proti mučenju v Guantanamu. 2006. *Časopis Delo*, 3. marec. Dostopno prek: <http://www.delo.si/clanek/o122957> (13. avgust 2009).

Rose, David. 2004. *Guantanamo: America's war on human rights*. London: Faber and faber.

Tavčar, Mitja. 1994. *Etika in moralno delovanje managementa*. Radovljica: Didakta.

Tomažič, Agata. 2005. Mučenje da, a ne na tleh ZDA. *Časopis Delo*, 27 (21. marec).

Vešnar, Marjan. 2007. *Etika in voditeljstvo. Uvod v vojaško etiko: Poveljstvo za doktrino, razvoj, izobraževanje in usposabljanje*. Ljubljana: Ministrstvo za obrambo.

Willemsen, Roger. 2009. *V pogovoru z nekdanjimi zaporniki: Tu Guantanamo*. Mengeš: Ciceron.

Žabkar, Anton. 2003. *Marsova dediščina. Temelji vojaških ved*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.