

Biblioteka  
Eseji

Ivan Illich

*Medicinska*  
*sudbina osuđenika*  
*ili: odmazda* **Nemeza**

*Eksproprijacija zdravlja*

S francuskoga prevela *Jagoda Milinković*

**LITTERIS**

Zagreb 2010

Prvi dio

## KLINIČKA JATROGENEZA

*1. poglavlje*

Tehnička učinkovitost  
medicinske intervencije

Teške bolesti od kojih se pati i umire u zapadnom svijetu doživjele su duboku promjenu.<sup>3</sup> Kuga i poliomijelitis su nestali. Samo jedna doza lijekova suzbija upalu pluća. DDT uništava prenositelje malarije. Svatko je siguran da poznaje nekoga tko je navodno preživio neku bolest ili nesreću zahvaljujući liječničkoj intervenciji. Industrija medicinske skrbi jedan je od najvećih ekonomskih sektora koji se najbrže širi.<sup>4</sup> Rast »proizvodnje zdravlja« poistovjećuje se s poboljšanjem tobožnje kvalitete života.<sup>5</sup> Autori koji su u zadnje vrijeme radili projekcije budućnosti industrijskih društava gotovo bez iznimke predviđaju smanjenje zaposlenosti u primarnom i sekundarnom sektoru i

<sup>3</sup> Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*: dvojezični francusko-engleski radni dokument, Ottawa, travanj 1974. To nije knjiga poput drugih nego program istraživanja i poziv na političku raspravu koje je kanadski ministar zdravlja predstavio širokoj javnosti. Francuskog će čitatelja iznenaditi stupanj podudarnosti između tog dokumenta i temeljnih ideja moje knjige. – E. H. Ackerknecht, *Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten*, Encke, 1963: povijest i geografija velikih bolesti koje je napisao stari učitelj vrlo jednostavnim jezikom.

<sup>4</sup> Brigitte Couder, Georges Rösch, Simone Sandier, »La consommation de services médicaux continuera à croître rapidement« in *Économie et statistique*, br. 37, rujan 1972.

<sup>5</sup> André Bourguignon, »Le drame de la médecine«, u *La Nef*, nouvelle série, br. 49, listopad-prosinac 1972., str. 7-20 (specijalni broj naslovljen *Vers une antimédecine?*).

bujanje terapijske tercijarne djelatnosti, kako bi kasnije tu preraspodjelu tumačili kao društveni napredak.<sup>6</sup> Skupi medicinski ritual hrani mit o svojoj učinkovitosti. Svaki napad na medicinsku instituciju izaziva tjeskobu.<sup>7</sup> Promicanje zdravlja preko postupnog smanjenja medicinskih troškova i jačeg deprofesionaliziranja liječenja još se doima kao neodgovorna ili čudna zamisao. Ipak, razum je nameće. Medicina je postala najvećom opasnošću za zdravlje. Suprotno mitu koji stvara njezin ritual:

1. Bogata društva vrlo skupog medicinskog sustava<sup>8</sup> nemoćna su produžiti očekivani životni vijek osim u perinatalnom periodu;
2. Skup medicinskih činova<sup>9</sup> nemoćan je smanjiti globalni morbiditet;

<sup>6</sup> Michael Marien, *World institute guide to alternative futures for health. A bibliocritique of trends, forecasts, problems, proposals*, Draft, World Institute Council, New York, srpanj 1973., str. 64: kritička bibliografija od 612 knjiga, članaka i studijskih izvješća većinom objavljenih u SAD-u od 1960.

<sup>7</sup> U listopadu 1974., *Le Nouvel Observateur* je u dva uzastopna broja objavio esej Michela Bosqueta koji pokreće problem pretjerane jatrogene medikalizacije. Odgovori na taj esej protegnuli su se na osam brojeva. U velikoj većini kritičari su izbjegli suočavanje s problemom, hvatajući se za nekoliko pojedinosti, ili su problemu poricali legitimitet zbog političkih ili psiholoških razloga. Vidi odgovor Michela Bosqueta Schwarzenbergu u *Le Nouvel Observateur*, br. 525, 2-8. kolovoza 1974.

<sup>8</sup> Upotrebljavam izraz »medicinski sustav« za označavanje skupa profesionalnih i administrativnih aktivnosti čije se financiranje temelji na zdravstvenim razlozima.

<sup>9</sup> »Medicinski čin« pojavljuje se u vokabularu Socijalnog osiguranja i označava profesionalno pružanje usluga kodificirano u okviru nazivlja usluga podložnih naknadi troškova. U početku je to bio financijski pojam, uveden unatoč snažnu otporu liječnika koji su se protivili usitnjavanju svoje djelatnosti. Klizanjem značenja to je postao čin za koji se smatra da ga je jedino sposoban izvršiti liječnik ili neki drugi zdravstveni stručnjaci.

3. Medicinski činovi i programi sanitarnog djelovanja<sup>10</sup> postali su izvorima nove bolesti: »jatrogene« bolesti. Slabost, nemoć, tjeskoba i bolest izazvane stručnim liječenjem, u cjelini su najveća epidemija koja postoji, a ipak najmanje priznata;
4. Mjere koje se poduzimaju za neutraliziranje jatrogeneze i nadalje će imati paradoksalan učinak; tu medicinski neizlječivu bolest pretvarat će u još podmukliju bolest sve dok javnost bude podnosila da je profesija koja ju je izazvala skriva kao sramotnu zarazu i na sebe preuzima isključiv nadzor nad njom.

Ovo se prvo poglavlje obraća ne-liječnicima i poziva ih da prouče ova četiri kobna aspekta medicinske institucije, usmjeravajući traženje protuotrova na politički, ekonomski i moralni plan.

Riječ je o tome da se uvjere liječnici, a ponajprije njihovi klijenti, kako iznad određene razine opterećenosti skup preventivnih, dijagnostičkih i terapijskih

Izraz je poprimio pravnu obojenost: medicinski je čin onaj čin koji je voljom zakonodavca namijenjen nekim ovlaštenim članovima zdravstvenih profesija. Tako je čin pobačaja nedavno u Francuskoj postao medicinski čin. To je medicinski čin iako ga zdravstveno osiguranje ne plaća. U tom pravnom smislu pobačaj ostaje medicinski čin čak i ako ga izvrši neovlaštena osoba. Tada je nezakonit čin i samim tim podložan sankcijama predviđenim zakonom. Prihvatanje zakona o pobačaju dalo je drugu, još važniju definiciju medicinskog čina: žena odlučuje mora li čin biti izvršen ili ne; pod nekim uvjetima predviđenim zakonom, liječnik izvršava čin bez prava odlučivanja o njegovoj nužnosti. U ovom eseju rabim izraz »medicinski čin« za označavanje cjeline tehničkih intervencija medicinskog sektora na bolesnim pojedincima ili onima koji bi to mogli biti.

<sup>10</sup> Izraz »zdravstveno djelovanje« upotrebljavam za označavanje tehničke intervencije u fizičkom okruženju i društvenoj sredini kojoj je zdravlje specifičan cilj.



činova, kojima su meta specifične bolesti jedne populacije, jedne dobne skupine ili pojedinaca, nužno snižava globalnu razinu zdravlja čitavoga društva suzujući upravo ono što čini zdravlje svakog pojedinca: njegovu osobnu autonomiju. U masi potrošača zdravlja valja potaknuti svijest da jedino laik ima sposobnost i moć nužne za rušenje zdravstvenog svećenstva koje nameće bolesnu medicinu. Valja pokazati da jedino političko i pravno djelovanje može svladati tu zaraznu nevolju kakva je medicinska najezda, bilo da se ona očituje u obliku osobne ovisnosti ili medikalizacije društva.

Ozdravljenje medicine politička je i pravna zadaća koja se mora temeljiti na analizi *socioloških* (2. dio) i *psiholoških* (3. dio) šteta koje nanosi stručno liječenje. Prvom je poglavlju cilj samo da čitatelja navikne na *tehničku* procjenu medicinskoga čina i potakne ga da u tom području stekne kompetenciju koju njegov liječnik, čak i najveći, vjerojatno ne posjeduje.<sup>11</sup>

Ono što želim predstaviti u prvom poglavlju, kratak je sažetak ideja, sugestija, hipoteza, objašnjenja iz-

<sup>11</sup> Čitatelju koji želi nastaviti samostalno istraživanje u medicinskoj biblioteci potreban je samo uvod u referentna djela. John B. Blake, Charles Roos, ed., *Medical reference works 1679-1966. A selected bibliography*, Chicago, Medical Library Association, 1967, i Mary Virginie Clark, *Medical reference works 1679-1960. A selective bibliography*, supplement 1, Medical Library Association, Chicago 1970, bez ikakve su moguće usporedbe ono najbolje što postoji za internacionalnu literaturu i referentna djela i priručnike pomoćnih sadržaja. – Za opću orijentaciju francuskog čitatelja vidi Geneviève Koest, »Sciences médicales« u L.-N. Malclès, *Les sources du travail bibliographique*, sv. III, poglavlje XII, str. 426-507, Ženeva, Librairie Droz, 1958. – Vidi također Leslie Morton, *A medical bibliography. An annotated checklist of texts illustrating the history of medicine*, 1970; Leslie Morton ed., *Use of medical literature. Information sources for research and development*, Butterworth, 1974.

vučenih iz opsežne »znanstvene« literature koja se odnosi na društvene znanosti,<sup>12</sup> povijest,<sup>13</sup> biologiju,<sup>14</sup> demografiju<sup>15</sup> i medicinu.<sup>16</sup> Ta je literatura heteroge-

<sup>12</sup> John Powles, »On the limitations of modern medicine« u *Science, Medicine and Man*, sv.1, str.1-30, Great Britain, Pergamon Press, 1973: kritički i solidan uvod u literaturu društvenih znanosti koji procjenjuje utjecaj medicinske intervencije na razvoj zdravstvenoga stanja (objavljeno i u *l'Anthologie CIDOC*, br. A7).

Rick J. Carlson, *The end of medicine*. A draft manuscript, to be published by Wiley, New York, 1975. Carlson je pravnik. Njegov je esej »dosje teorijske prirode ali počiva na iskustvenim temeljima«. U svojoj optužbi američke medicine držao se aspekata za koje je raspolagao potpunim i provjerljivim dokazima. Carlson je sudjelovao na mojim seminarima i mnogo mi je pomogao da zapodjenem raspravu.

<sup>13</sup> Gordon McLachlan, Thomas McKeown, izd., *Medical history and medical care: a symposium of perspectives*, London, Oxford University Press, 1971: može poslužiti kao vodič povijesnom proučavanju povezanosti medicinske organizacije i tablice bolesti.

<sup>14</sup> René Dubois, *L'Homme et l'Adaptation au milieu*, Pariz, Payot, 1973. (prijevod s engleskog): Dubois je jedan od pokretača istraživanja ali i vrlo dokumentiranog načina na koji je svoje rezultate predočio javnosti.

<sup>15</sup> *Population et société*, mjesečni bilten demografskih, ekonomskih i socijalnih informacija. Ovo je sažeta bilješka o informacijama koje je objavio Nacionalni institut za demografska istraživanja. Bilten preuzima rezultate objavljene bilo u *Population*, bilo u monografijama INSERM-a (Nacionalni institut za zdravlje i medicinsko istraživanje) posvećene statističkim podacima o uzrocima smrti definiranim prema medicinskoj tabeli. Informacije odabiru neposredno demografi koji razrađuju nacionalne statistike mortaliteta, a komentari odražavaju njihovu procjenu značenja i valjanosti tih rezultata.

Paul Damiani, »Notes sur les principales statistiques disponibles dans le domaine sanitaire et social«, u *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 10<sup>e</sup> année, br. 1, siječanj-ožujak 1970., str. 23-30: to je pregled publikacija korisnih francuskom stručnjaku za planiranje.

<sup>16</sup> Gordon McLachlan, ed. *Portfolio for health, 2. The developing programme of the DHSS in health services research. Problems and*



na i dosta neujednačene znanstvene kvalitete. Bitno je istaknuti da je u njoj moguće odabrati skup radova čija je znanstvena vrijednost neprijeporna, neovisno o tezama prikrivenima pod provedenim promatranjima i analizama. Možemo primijetiti da je navedena literatura uglavnom engleska i američka. Vrhunac narcizma bio bi da se nedostatak epidemioloških procjena francuskog, talijanskog, njemačkog ili ruskog medicinskog čina protumači kao pokazatelj njegove bolje kvalitete. Povijesni, politički i pravni razlozi objašnjavaju zašto se toj procjeni pristupilo samo u Velikoj Britaniji i Sjedinjenim Državama. U Francuskoj su podređenost istraživanja koja se odnose na javno zdravlje pobjedničkoj terapijskoj ideologiji<sup>17</sup> i svodenje medicine na individualno i na nasrtljivu tehničnost pojačani zbog centralizirane organizacije medicinskih fakulteta, prevencije koju uvodi zakon zaštićujući svaki profesionalni i privatni čin, korporativističke strukture dane liječničkom staležu pod višijevskim režimom, sindikalnog oblika organizacija koje štite interese »proizvođača zdravlja« i neprieporne javne povlastice dodijeljene interesnoj koaliciji koja medicinu približava farmaceutskoj industriji.<sup>18</sup> Stoga kritičko istraživanje medicinskoga čina pre-

*progress in medical care*, published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust by the Oxford Univ. Press, London, New York, Toronto, 1973: utvrđuje stanje istraživanja u tijeku o učinkovitosti sustava liječenja u Engleskoj.

<sup>17</sup> Jean Bernard, *Grandeur et Tentations de la médecine*, Pariz, Buchet-Chastel, 1973. – Catherine i Georges Mathé, *La santé est-elle au-dessus de nos moyens?*, Pariz, Plon, 1970., dobri su primjeri toga.

<sup>18</sup> Reklamni bilteni farmaceutskih laboratorija u Francuskoj poprimaju izgled takozvanog »medicinskog tiska«. Oni se šalju po sniženoj poštanskoj tarifi jer su strogo namijenjeni liječnicima.

staje,<sup>19</sup> širenje se stečenih spoznaja sprječava,<sup>20</sup> javnost je lišena prava na dostupnost proturječne informacije o zdravlju,<sup>21</sup> a osporavanje iluzija što ih širi medicinska institucija ostaje stvar samo nekolicine izoliranih,<sup>22</sup> marginalnih<sup>23</sup> ili pomalo čudnih istraživača.

<sup>19</sup> Budžet Nacionalnog instituta za zdravlje i medicinsko istraživanje (Inserm) sadržava jedan redak posvećen epidemiologiji i javnom zdravlju. Međutim, nisam mogao otkriti nijednog istraživača kojemu bi glavna zadaća bila procjena cjelokupnog utjecaja važećih dijagnostičkih i terapijskih metoda na zdravlje. Valja doista tražiti da se u Francuskoj nađe slabija informacija o vrednovanju medicinskog čina prema epidemiološkim kriterijima. Nacionalni centar za znanstveno istraživanje, »Génie biomédical et informatique biomédicale«, u *Bulletin signalétique* 310 (prije 1972. uključen u *Bulletin* 320), A, 05 pogl. 05: biomedicinska informacija, javno zdravlje, rad na otkrivanju, zdravstveni pregledi, zdravstvena i epidemiološka statistika; Nacionalni centar za znanstveno istraživanje, »Eau et assainissement, Pollution atmosphérique«, u *Bulletin signalétique* 885: počinje 1971; od 1973. naslov: *Nuisances. Section E, Droits et nuisances*.

<sup>20</sup> U Francuskoj ne postoji periodična publikacija analogna *Medical Letter on Drugs and Therapeutics*, Harold Aaron, izd., koja bi svakih petnaest dana donosila točnu informaciju o kontraindikacijama lijekova. Publikaciju *Physician Drug Manual/PDM*, suprotno onome što sam dao na znanje u jednom ranijem izdanju, podržava farmaceutska industrija sa 155 \$ za 2,5 cm teksta koji opisuje svaki lijek. – C. Heusghen, P. Lechat, *Les effets indésirables des médicaments*, Pariz, Masson, 1973., 884 str., 365 F: jedini je noviji priručnik, ali gotovo da i ne nalazi kupce. Le Vidal, glavni priručnik koji koriste liječnici i farmaceuti, sastoji se od reklamnih oglasa što ih pišu laboratoriji o svojim lijekovima, a svrstani su abecednim redom.

<sup>21</sup> Henri Pradal, *Guide des médicaments les plus courants*, Pariz, Seuil, 1974., 12 F: pedeset i sedam laboratorija prijetilo je podnošenjem tužbe zbog prodaje ove knjige (njih jedanaest to je učinilo) i knjiga je dvaput povučena iz prodaje na nalog suda za hitne odluke.

<sup>22</sup> J.-P. Dupuy, J. Ferry, S. Karsenty, G. Worms, *La Consommation de médicaments*, Pariz, CEREBE, rujan 1971.

<sup>23</sup> Michèle Manceaux, *Les Femmes de Gennevilliers*, Pariz, Mercure de France, 1974. – Comité d'Action Santé, *Hôpital-silence-répression*, Pariz, F. Maspero, 1968: daje dobru predodžbu o radikalnom mišljenju, tipičnom za 1968.



tura morbiditeta. Nove tehnike kojima se raspolaže za prepoznavanje i liječenje tako opasnih stanja kao što su anemija i hipertenzija, ili za ispravljanje urođenih malformacija zahvaljujući kirurškim intervencijama, redefiniraju morbiditet ali ga ne smanjuju. Činjenica da ima više liječnika tamo gdje su neke bolesti postale rijetkima, ima malo što zajedničko s njihovom sposobnošću da svladaju ili iskorijene te bolesti.<sup>49</sup> Već na prvi pogled to jednostavno znači da se liječnici lakše od drugih stručnjaka smještaju prema svojim sklonostima i da se najviše okupljaju tamo gdje je zdrava klima, gdje je voda čista i gdje ljudi rade i mogu platiti njihove usluge.

### Tegobna stvarnost

Golem tehnički aparat, zajedno s »egalitarnom« medicinskom birokracijom, stvorio je opasnu iluziju o »prirodnoj« međuovisnosti intenziteta liječničke intervencije i učestalosti ozdravljenja. Ta hipoteza, na kojoj se ipak utemeljuje suvremena medicinska praksa, nikad nije znanstveno dokazana. Štoviše, postoje svi razlozi za mišljenje da je pogrešna. Tako su sva istraživanja provedena radi procjene učinkovitosti medicinske intervencije u smanjenju morbiditeta ili mortaliteta pacijenata pogođenih specifičnim patologijama dala iznenađujuće rezultate. Što više sama liječnička intervencija zahtijeva i intervenciju specijalista ili skupe infrastrukture, postaje vjerojatnije:

<sup>49</sup> Reuel A. Stallones, *op. cit.* – Vidi također World Health Organization, »The urban and rural distribution of medical manpower«, u *World Health Organization Chronicle*, 22: 100-104, br. 3, ožujak 1968.

1. da na životni vijek pacijenta podvrgnutog liječenju neće utjecati medicinski čin;
2. da će se povećati period invaliditeta pacijenta;
3. da će pacijentu biti potrebna dodatna liječenja kako bi mu se pomoglo da podnese štete, osakaćenja, tjeskobe i bolove izazvane medicinskom intervencijom.<sup>50</sup>

Općenito se može reći da su u cjelini dijagnostički i terapijski postupci, usavršeni za vrijeme posljednje dvije generacije, za koje je jasno dokazano da im je učinkovitost veća od tradicionalnog liječenja, malobrojni, jeftini i lako primjenjivi. Međutim, najveći se dio medicinskih troškova odnosi na dijagnoze i liječenja koja pacijentu ne donose nikakav boljitak ili je on dvojben, jer i u slučaju uspjeha djeluju tako da mijenjaju patologiju, vrlo često produžujući i pojačavajući patnju.<sup>51</sup>

<sup>50</sup> A. L. Cochrane, *Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services*, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972: uzoran rad internacionalne vrijednosti što se tiče korištenja informacije o tehničkoj procjeni učinkovitosti medicinske intervencije u jednoj političkoj kritici njezine društvene učinkovitosti. Povezanost triju faktora čini vrlo teškim ekvivalentno istraživanje izvan Velike Britanije: 1. procjena se odnosi na dva desetljeća funkcioniranja National Health Service; 2. kritika je nadahnuta tipično britanskom empirijskom tradicijom; 3. jasan, zbijen, briljantan stil, pun humora, teško je prevodiv. – Vidi također kao primjer, F. Fagnani, »Secours d'urgence, Application de la recherche opérationnelle à un problème de santé publique, les secours d'urgence, u *Colloque international de recherche opérationnelle*, Dublin, 1972. Ross ed. North Holland, Elsevier.

<sup>51</sup> Ministarstvo javnog zdravlja i socijalnog osiguranja, »Les problèmes de la décision en matière de santé«, u *Economie et santé*, dodatak u *Bulletin des statistiques de santé et de sécurité sociale*, br. 3, rujan 1973: ustanovljuje stanje rasprave o toj temi u Francuskoj.



rije onih koji pate od tih oboljenja.<sup>62</sup> Liječenje zajedničkih kardiovaskularnih bolesti<sup>63</sup> i srčanih bolesti<sup>64</sup> ima vrlo ograničenu globalnu učinkovitost. Intenzivno liječenje infarkta miokarda u specijaliziranim bolničkim odjelima pokazalo se manje djelotvornim od liječenja kod kuće.<sup>65</sup> Liječenje arterijske hipertenzije lijekovima učinkovito je u nekim slučajevima kada je riječ o opasnom bolesnom faktoru, a može nanijeti mnogo zla kad se primjenjuje u drugim okolnostima.<sup>66</sup> Velika međunarodna propaganda početkom 1975. za regulaciju arterijskog tlaka čitavih populacija preko medicinske intervencije čini se neodgovornom. »Kakvi su učinci liječenja? Sada je moguće odgovoriti samo na pitanje o kratkoročnom morbiditetu od dobro liječene teške hipertenzije. Nema dovoljno raspoloživih podataka o smrtnosti ili morbiditetu na dulji rok, kao ni o učincima liječenja umjerene, slabe ili pro-

<sup>62</sup> Ann G. Kutner, »Current status of steroid therapy in rheumatic fever«, u *American Heart Journal*, 70, kolovoz 1965., str. 147-149. – The Rheumatic fever working party of the medical research council of Great Britain and the subcommittee of principal investigators of the American Council on rheumatic fever and congenital heart disease, American Heart Association, »Treatment of acute rheumatic fever in children: a co-operative clinical trial of ACTH, cortisone and aspirin«, u *British Medical Journal*, 1, 1955., str. 555-574.

<sup>63</sup> Harvey D. Cain, i dr., »Current therapy of cardiovascular disease«, u *Geriatrics*, 18, srpanj 1963, str. 507-518. – Albert N. Brest, »Treatment of coronary occlusive disease: critical review«, u *Disease of the Chest*, 45, siječanj 1964., str. 40-45.

<sup>64</sup> Malcolm I. Lindsay, Ralph E. Spiekerman, »Re-evaluation of therapy of acute myocardial infarction«, u *American Heart Journal*, 67, travanj, 1964., str. 559-564.

<sup>65</sup> H. G. Mather, N. G. Pearson, K. L. G. Read, i dr., »Acute myocardial infarction: home and hospital treatment«, u *British Medical Journal*, 3, 7. kolovoz 1971., str. 334-338.

<sup>66</sup> Combined Staff Clinic, »Recent advances in hypertension«, u *American Journal of Medicine*, 39, listopad 1965, str. 634-638.

mjenljive hipertenzije. (...) Prije pojave komplikacija ne postoji nijedan kriterij koji bi omogućio da se odredi vrijednost prognoza i tako izdvoje subjekti kod kojih bi liječenje moglo biti uspješno. (...) Poznati su neki neugodni sekundarni učinci nekih lijekova, ali dugoročne štete od tih tretmana slabo su procijenjene i kao uvijek teško predvidljive. Zasigurno nisu zanemarive i valja ih usporediti s predviđenom korisnošću liječenja. Kako se čini da se ono skraćuje to više što su vrijednosti tlaka niže, nije nerazumno smatrati da bi od određene razine tlaka konačni rezultat, koji bi uzeo u obzir prednosti i štete od lijekova mogao biti na nuli, zatim negativan.<sup>67</sup> Šutnja o toj opasnosti na kojoj ustrajavaju velike radionice ljudskih instalacija novo je javno očitovanje nesposobnosti liječničke profesije da pristupe samokritici, što može izazvati kobne posljedice za društvo.

### Nova epidemija odolijeva medicini

Nažalost, beskorisnost liječenja najmanja je od šteta koju sve šira medicinska institucija može nanijeti društvu. Negativan utjecaj medicine čini jednu od najnasrtljivijih epidemija našeg vremena.<sup>68</sup> Bol, disfunkcije, invalidnost i tjeskoba koji proizlaze iz medicinskih intervencija sada se približavaju morbiditetu koji su uzrokovali promet, rad, pa čak i vojne operacije.

<sup>67</sup> Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, »Les problèmes de la décision en matière de santé. II: Traitement de l'hypertension artérielle«, u *Économie et Santé*, rujan 1973., str. 49.

<sup>68</sup> P. E. Sartwell, »Iatrogenic disease: an epidemiological perspective«, u *International Journal of Health Services*, 4: 89-93, zima 1974.



Još samo moderna neuhranjenost, druga bolest civilizacije, može izazvati više zala.

Tehnički izraz koji označava novu epidemiju bolesti što ih je izazvala medicina, »jatrogeneza«, složen je od grčkih riječi *iatros* (liječnik) i *genesis* (podrijetlo)<sup>69</sup> U najužem značenju, jatrogena je bolest ona bolest koja ne bi postojala da primijenjeno liječenje nije bilo ono koje preporučuju pravila struke. Prema toj definiciji sudski se može progoniti oprezan liječnik koji nije svojeg pacijenta podvrgnuo liječenju što ga prihvata stručna praksa jer se bojao štetnih učinaka toga čina.<sup>70</sup>

<sup>69</sup> Masson, ed., *Dictionnaire français de médecine et de biologie*, 4 sveska, Priz, Masson 1971: »*Jatrogeneza*, a.1. Što je stvorio i izazvao liječnik. Vidi jatrogena bolest. 2. Kaže se za poremećaj ili bolest koja nastaje nakon bilo kojeg medicinskog čina, najčešće nakon više ili manje produženog davanja lijeka. Lingv. kaže se i jatrogen. – *Jatrogenetička* (ili jatrogena) bolest 1. Skup dobro definiranih patoloških manifestacija koje se mogu pripisati bilo kojem medicinskom činu, najčešće dužem ili kraćem davanju nekog lijeka. 2. (Sir Arthur Hurst) Skupina objektivnih simptoma koji nalikuju simptomima određene bolesti koje je nenamjerno liječnik sugerirao bolesniku (ovo posljednje značenje malo se koristi).« Ovu riječ rabim dajući joj širi smisao, za označavanje neželjenih učinaka na zdravlje koje proizvodi medicina, ne samo svojim neposrednim utjecajem nego i promjenama koje provodi na društvenoj i simboličnoj razini.

<sup>70</sup> Proučavanje kliničke jatrogeneze može olakšati određeni broj priručnika koji su joj bili posvećeni. U njima su jatrogene bolesti svrstane prema različitim kriterijima: prema zahvaćenom organu ili vrsti intervencije ili prema posve drugom kliničkom kriteriju. Našem će istraživanju biti korisnija više pravna distinkcija između šteta koje proizlaze: iz rutinske aktivnosti i sukladne profesionalnim normama; iz nemarne rutine; iz kriminalnog nemara; ljudske pogreške; iz kvara opreme; iz odvažnog liječenja i, naposljetku, sveukupnih napora da se izbjegne jatrogeneza. – Robert H. Moser, *Disease of medical progress: a study of iatrogenic disease. A contemporary analysis of illness produced by*

U općenitijem smislu, jatrogena bolest obuhvaća sva klinička stanja kojih su patogeni agensi lijekovi, liječnici ili bolnice. Nazvat ću *kliničkom jatrogenezom* to mnoštvo sekundarnih ali izravnih posljedica terapijke. Kliničku jatrogenezu razlikujem od drugih jatrogenih šteta koje su ne-tehnički rezultati tehničke intervencije liječnika.<sup>71</sup>

Lijekovi su uvijek bili potencijalni otrovi, ali su se s njihovom učinkovitošću i proširenošću uporabe povećali i njihovi neželjeni sekundarni učinci.<sup>72</sup> Ne-koć je jatrogena bolest bila sastavni dio medicinskog

*drugs and other therapeutic procedure*, Foreword by Denette F. Adams, Springfield, USA, Charles C. Thomas, 1969. – David M. Spain, *The complications of modern medical practices*, New York, London, Grune & Stratton, 1963. – H. P. Kümmerle, N. Goossens, *Klinik und Therapie der Nebenwirkungen*, Stuttgart, Thime Verlag, 1973 (1. Aufl. 1960). – R. Heintz, *Erkrankungen durch Arzneimittel: Diagnostik, Klinik, Pathogenese, Therapie*, Stuttgart, Thieme, 1966. – Guy Duchesnay, *Le Risque thérapeutique*, Pariz, Doin, 1954. – P. F. d'Arcy, J. P. Griffin, *Iatrogenic disease*, Oxford University Press, 1972. – P. Holtz, »Pharmakologie und Toxikologie. Arzneimittelschäden und –nebenwirkungen in der Sicht des Pharmakologen«, u Karl Rotschuh, *Physiologie. Der Wandel ihrer Konzepte, Probleme und Methoden vom 16. bis 20. Jahrhundert*, Freiburg, Alber, 1968. – Za dijagnostičku pogrešku posebice: Max Bürger, *Klinische Fehl Diagnosen*, Stuttgart, Thieme, 1953. – Za medicinski nemar: C. V. Brandis, *Arzt und Kunstfehlervorwurf*, Goldmann Wissenschaftliches Taschenbuch, 1971. Podjela koju predlažem u ovom eseju između kliničke, socijalne i strukturne jatrogeneze ne nalazi se u raspoloživoj literaturi.

<sup>71</sup> Valja zabilježiti da je suprotno, prema visoko vulgariziranom biltenu jednog farmaceutskog laboratorija, »jatrogena bolest uvijek na nervnoj bazi« – Pr. L. Israel, »La maladie iatrogène« u *Documenta Sandoz*.

<sup>72</sup> U starogrčkom je ista imenica, *pharmakon*, označavala lijek i otrov i ukazivala je na neko magično sredstvo. Walter Artelt, *Studien zur Geschichte der Begriffe »Heilmittel« und »Gift«*. *Urzeit – Homer – Corpus Hippocraticum*, Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1968, 1. Aufl., Leipzig, 1937.



obrazovanja.<sup>73</sup> Dosad se neprekidno i sustavno podcjenjivala opasnost od uporabe osobito jakih lijekova.<sup>74</sup> U Sjedinjenim Američkim Državama i Ujedinjenom Kraljevstvu 50% do 80% odraslih uzimaju svakih 24 ili 36 sati jedan kemijski proizvod koji je propisao liječnik.

Neki uzimaju lijek koji nije bio podvrgnut dovoljnim testovima da se dokaže njegova neškodljivost i učinkovitost, drugi primaju kontaminiran proizvod ili onaj kojemu je istekao rok za uporabu, neki pak kupuju krivotvoreni lijek,<sup>75</sup> drugi uzimaju više pro-

izvoda koji zajedno postaju opasni,<sup>76</sup> neki su jednostavno žrtve ubadanja loše steriliziranim<sup>77</sup> ili krhkim iglama. Neki lijekovi stvaraju naviku, neki oštećenje, drugi imaju mutageno djelovanje, i to možda samo kad djeluju u sinergiji s učinkom na pacijenta jedne prehrambene boje ili insekticida.<sup>78</sup> Kod nekih pacijenata antibiotici narušavaju normalnu bakterijsku floru i proizvode dodatnu infekciju koja otpornijim organizmima omogućuje da bujaju i zahvate nositelja. Drugi pridonose razvoju bakterijskih vrsta koje su otporne na lijekove.<sup>79</sup> Glavni razlog 3 do 5% svih pri-

<sup>73</sup> Već su Arapi poznavali i proučavali kliničku jatrogenozu. Al-Razi, glavni liječnik bagdadske bolnice, živio je od 865. do 925. Prema Al-Nadimu u *al-Fihrist-u*, poglavlje VII, odlomak 3, zanimao se za medicinsko proučavanje jatrogenoze. U Al-Nadimovo vrijeme, godine 935., još su bila sačuvana tri djela i jedno pismo posvećeni toj temi: »Pogreške liječničkih odluka«, »O preranom čišćenju grozničavih bolesnika«, »O razlogu zašto neuki liječnici, obični ljudi i gradske žene imaju više uspjeha nego ljudi od nauke u liječenju nekih bolesti i o izgovorima koje navode liječnici kako bi se zbog toga ispričali« i, naposljetku, pismo koje objašnjava »zašto vješt liječnik nema moć izlječenja svih bolesti, jer to ne pripada području mogućega«. Vidi i Erwin H. Ackerknecht, »Zur Geschichte der iatrogenen Krankheiten«, u *Gesnerus*. Vierteljahresschrift herausgegeben von der schweizerischen Gesellschaft der Medizin und Naturwissenschaften (Aarau), 27: 57-63, 1970.

<sup>74</sup> W. H. Inman, »Monitoring adverse reactions to drugs«, u Gordon McLachlan, ed., *Portfolio for health*, 2: *The developing programme of the DHSS in health services research*, London, Oxford University Press, 1973., pogl. VIII, str. 63-70.

<sup>75</sup> Margaret Kreig, *Black market medicine*, N. J. Prentice-Hall, 1967, 304 str.: kriminolog novinar izvještava i dokazuje da je sve veći postotak lijekova prodanih u američkim ljekarnama kažnjiva krivotvorina bez stvarnog farmakodinamičnog djelovanja i nerazpoznatljivo po svojem kondicioniranju i svojoj prezentaciji krivotvorenih specijaliteta. Sve je teže otkriti pripadnike međunarodne mafije koji organiziraju to crno tržište, budući da je otvaranje progona na svaki način izvan moći uprava zaduženih za primjenu zakona.

<sup>76</sup> Adverse Reactions Titles, *A monthly bibliography of titles from approximately 3 400 biomedical journals published throughout the world*, Amsterdam, since 1966. – *Allergy Information Bulletin*, Allergy Information Association, 3 Powbarn Pl. Weston 627, Ontario, Canada.

<sup>77</sup> B. Opitz, H. Horn, »Verhütung iatrogenen Infektionen bei Schutzimpfungen«, u *Deutsches Gesundheitswesen*, 27/24, 1972, 1131-1136.

<sup>78</sup> Za cjelinu, vidi Morton Mintz, *By prescription only. A report on the roles of the United States Food and Drug Administration, the American Medical Association, pharmaceutical manufacturers and others, in connection with the irrational and massive use of prescription drugs that may be worthless, injurious or even lethal*, Boston, Houghton Mifflin, 1967., 446 str. (second ed. revised and updated, previously published under the title: *The therapeutic nightmare*): dobro dokumentirano novinarsko izlaganje o jatrogenom propisu i pokrivenosti koju pruža vlada i liječničko udruženje. – L. Meyler, *Side effects of drugs*, Williams & Wilkins, 1972: tehnička informacija o sekundarnim učincima lijekova. – Irving Sax, *Dangerous properties of industrial materials*, New York, Van Nostrand, 1968: priručnik industrijske toksikologije koristan za prepoznavanje opasnosti od trovanja zbog supstancija korištenih u asanaciji sredine.

<sup>79</sup> Harry Beatty, Robert Petersdorf, »Iatrogenic factors in infectious disease«, in *Annals of Internal Medicine*, sv. 65, br. 4, listopad 1966., str. 641-655. – Thomas H. Weller, »Pediatric perceptions. The pediatrician and iatrogenic infectious disease«, in *Pediatrics*, sv. 51, br. 4, travanj 1973.



jema u bolnice SAD-a loša je reakcija na neki lijek. Kad su jednom u bolnici, između 18% i 30% svih pacijenata imaju patološku reakciju koju je izazvala neka medikamentozna supstancija. U toj grupi propisivanje farmaceutskog proizvoda podvostručuje trajanje boravka u bolnici.<sup>80</sup> Literatura koju promiču publikacije što dolaze iz farmaceutске industrije i od birokrata u njezinoj službi poprima sve defenzivniji ton.<sup>81</sup>

Kirurška agresija koju čine beskorisne intervencije<sup>82</sup> postala je opća pojava. Njezin se cjelokupni učinak mijenja od zemlje do zemlje; ona ovisi o medicinskoj ideologiji, strahu kirurga od nezaposlenosti i njihovom interesu za eksperimentiranje.<sup>83</sup>

U velikoj većini, umirući ljudi koji se oslanjaju na nove specijalizirane klinike u liječenju bolova u ter-

<sup>80</sup> Nicholas Wade, »Drug regulation: FDA replies to charges by economists and industry« in *Science*, 179, veljača, 23, 1973. str. 775-777.

<sup>81</sup> Nicholas Wade, *op. cit.*

<sup>82</sup> James C. Doyle, »Unnecessary hysterectomies. Study of 6 248 operations in thirty-five hospitals during 1948«, in *JAMA*, sv. 151, br. 5, siječanj 1953. – James C. Doyle, »Unnecessary ovariectomies. Study based on the removal of 704 normal ovaries from 546 patients«, in *JAMA*, sv. 148, br. 13, ožujak 1952., str. 1105-1111.

<sup>83</sup> Eugene Vayda, »A comparison of surgical rates in Canada and in England and Wales« in *The New England Journal of Medicine*, vol. 289, no 23, 6. prosinca 1973., str. 1224-1229: ova usporedba između Kanade i Engleske pokazuje da su postoci kirurških intervencija godine 1968. bili 1,8 puta veći za muškarce i 1,6 puta veći za žene u Kanadi. Razlozi te razlike mogu ovisiti o cijenama i načinima plaćanja i raspolaganju bolničkim krevetima i kirurzima. – Charles E. Lewis, Variations in the incidence of surgery«, in *The New England Journal of Medicine*, 281 (6): 880-884, 16. listopada 1969: u Sjedinjenim Državama nalazi regionalne varijacije od 1 do 3 ili 1 do 4 u postocima realizacije šest tipova klasičnih kirurških operacija. Pokazalo se da je bitan faktor broj kirurga koji su bili na raspolaganju.

minalnoj fazi, otpornih na svaku analgeziju, veliki su unesrećenici smionih, statistički beskorisnih intervencija koje obavljaju specijalisti. Oni su žrtve one medicinske institucije koja štiti i ohrabruje liječnike što ih je osudio R. Leriche,<sup>84</sup> »koji strastveno vole sportsku akciju i radije operiraju nego što postavljaju dijagnoze ili što procjenjuju posljedice svojeg djela.«

Manija otkrivanja anomalija stvara novu epidemiju koja se ponekad naziva jatrogena »ne-bolest«.<sup>85</sup> Ta se ne-bolest očituje u obliku invalidnosti, isključenja iz društvenog života, tjeskobe i vrlo često funkcionalnih simptoma, a jedini je izvor svega dijagnoza i propisano liječenje. U nekim slučajevima ta se dijagnoza temelji na neznanju liječnika, u nekima na pogrešci laboratorija za analizu,<sup>86</sup> ili pak na nesporezumu s pacijentom. U državi Massachusetts, broj djece koja su postala invalidima nakon krive dijagnoze srčane bolesti nadmašuje broj djece koja se uistinu liječe od srčane bolesti.<sup>87</sup> Procjenjuje se da na četiri

<sup>84</sup> René Leriche, *La philosophie de la chirurgie*, Pariz, Flammarion, 1951., str. 12.

<sup>85</sup> Clifton Meador, »The art and science of non-disease«, u *New England Journal of Medicine*, 272, 1965, str. 92-95: liječnicima naviklim na klasičnu patologiju stran je i nerazumljiv izraz poput »ne-bolest«. Ovaj članak daje klasifikaciju »ne-bolesti« kao i glavna terapijska načela koja se mogu temeljiti na tom konceptu. Podrijetlo jatrogenih bolesti nedvojbeno isto tako često leži u liječenju ne-bolesti kao i bolesti. – Mary L. Hampton i dr., »Sickle cell nondisease: a potentially serious public health problem«, u *American Journal of Disease of Childhood*, 128, srpanj, 1974., str. 58-61. – J. Keeve, »Perpetuating phantom handicaps in school age children«, u *Exceptional Children*, travanj 1967., str. 539-544.

<sup>86</sup> H. Kalk, E. Wildhirt, »Die Krankheiten der Leber«, u *Klinik der Gegenwart*, Band VII, 1958.

<sup>87</sup> Abraham B. Bergman, Stanley J. Stamm, »The morbidity of cardiac non-disease in school children«, u *The New England*



slučaja jatrogenih morbiditeta i mortaliteta prosječno jedan proizlazi iz dijagnoze, a tehnička procedura koja je dotle dovela i sama često ranjava, sakati ili je smrtonosna.

Profesionalna proizvodnja psiholoških trauma ne pripada isključivo psihijatru:<sup>88</sup> svaki kontakt s medicinom izlaže pacijenta opasnosti od psihičkih oštećenja.<sup>89</sup> Tjeskoba je možda najuobičajenija posljedica svakog kontakta s medicinskom tehnikom<sup>90</sup>. Ona se ne očituje samo preko depresije, hipohondričnih<sup>91</sup> ili organskih sindroma,<sup>92</sup> nego može dovesti i do samoubojstva.<sup>93</sup> Jatrogena tobožnje mentalne bolesti<sup>94</sup> i njezin prekomorski<sup>95</sup> izvoz ostaju izvan moje teme.

*Journal of Medicine*, sv. 276, br. 18, 4. svibnja 1967: daje poseban primjer »limbova u kojima ljudi sami sebe opažaju ili ih drugi opažaju kao zahvaćene nepostojećom bolešću. Bolesni učinci koji prate neke ne-bolesti isto su tako izraženi kao i oni koji prate odgovarajuće bolesti. (...) Procjenjuje se da je stupanj invalidnosti koji je rezultat srčanih ne-bolesti u djece viši od onoga što ga uzrokuju stvarne srčane bolesti«.

<sup>88</sup> A. E. Bennet, »Role of iatrogenesis in diagnosis, prognosis and treatment in psychiatry«, u *Disease of the Nervous System*, 32: 627-631, rujan 1971.

<sup>89</sup> W. Schulte *Iatrogene seelische Schädigungen*, Westf. Ärzteblatt 10, 1956, str. 145-150.

<sup>90</sup> Herbert Shey, »Iatrogenic anxiety«, u *Psychiatric Quarterly*, sv. 45, 1971, str. 343-356.

<sup>91</sup> G. A. Ladee, *Hypochondriacal syndroms*, Amsterdam, Elsevier, 1966.

<sup>92</sup> Maurice Lunger, Arthur Shapiro, »Iatrogenic illness and psychosomatic medicine«, u David M. Spain, *The complications of modern medical practices*, New York, London, Grune & Stratton, 1963: psihički otpor koji je izazvao psihoterapeut može izazvati smrt srčanog bolesnika.

<sup>93</sup> J. Andriola, »A note on possible iatrogenesis of suicide«, u *Psychiatry*, 36/2, 1973, str. 213-218.

<sup>94</sup> E. H. Ackerknecht, *Geschichte der iatrogenen Krankheiten des Nervensystems*, op. cit.

<sup>95</sup> Danielle Storper-Perez, *La Folie colonisée. Textes à l'appui*, Pariz, F. Maspero, 1974.

Štete koje nanose liječnici uvijek su bile dio liječničke prakse i postavljale su pravne probleme.<sup>96</sup> Profesionalna ravnodušnost, nemar i potpuna nestručnost oblici su propusta starih kao svijet.<sup>97</sup> S preobrazbom liječnika zanatlije, koji primjenjuje svoju vještinu na osobnim znancima, u liječnika tehničara koji primjenjuje znanstvena pravila na kategorije bolesnika, pogreške su stekle novi status, anonimne i gotovo vrijedan poštovanja.

Ono što se nekoć smatralo zlouporabom povjerenja i moralnom pogreškom može se odsad racionalizirati u obliku usputnoga kvara opreme ili njezinih operatora. U bolnici s kompleksnom opremom nemar postaje ljudska »slučajna« pogreška, neosjetljivost »znanstveni odmak«, a nestručnost »nedostatak specijaliziranih uređaja«. Depersonalizacija dijagnoze i terapije prenijeli su nedostatke iz etičkog područja u red tehničkog problema.

Godine 1971. bilo je između 12 000 i 15 000 sudebnja u palačama pravde Sjedinjenih Američkih Država. Međutim, liječnici pred sudom postaju ranjivi samo ako su optuženi da su radili u neskladu sa Zakonom o javnom zdravlju, da su u liječenju dokazali nestručnost ili da nisu izvršili svoje dužnosti zbog pohlepe

<sup>96</sup> O odgovornosti liječnika, često optuživanih da ubijaju bolesnike, govorio je i Plinije Stariji, *Histoire naturelle*, knjiga XXIX, 18: »Nema nikakva zakona koji kažnjava neznanje, nikakva primjera smrtnih kazni. Liječnici uče izlažući nas rizicima i pogibelji; eksperimentiraju i ubijaju nekažnjeno; liječnik jedini može zadati smrt. Čak se i krivnja prebacuje na bolesnika; optužuju ga za neumjeranost i sudi se onome tko je podlegao«.

<sup>97</sup> Montesquieu, *De l'esprit des lois*, ou du rapport que les lois doivent avoir avec la constitution de chaque gouvernement, les mœurs, le climat, la religion, le commerce, etc. Pariz, Bibliothèque de la Pléiade, 1951, Knjiga XXIX, pogl. XIV, b.



za zaradom ili zbog lijenosti.<sup>98</sup> Međutim, većina šteta što ih nanosi moderan liječnik ne proizlazi ni iz jedne od ovih kategorija. One nastaju zbog svakodnevne prakse dobro obrazovanih ljudi koji su naučili djelovati u okviru prosudbi i tehnika što ih je općenito prihvatila struka i koji su navikli potiskivati svijest o štetama koje uzrokuju. Nadzori koje liječničke komore provode nad svojim članovima kako bi neutralizirali crne ovce koje dovode čitavo liječništvo na loš glas, samo mu uspijevaju dati još veći ugled i moć za nastavljane jatrogenog djelovanja.

Odsjek za zdravlje Sjedinjenih Država izračunao je da 7% od ukupnog broja hospitaliziranih bolesnika zbog hospitalizacije pati od povreda za koje bi mogli tražiti odštetu, iako malobrojni to čine. Osim toga, upozorava se na razmjerno više nezgoda u bolnicama nego u svim drugim industrijskim granama, osim možda u rudarstvu i visokogradnji. Jedno nacionalno proučavanje pokazuje da su nesretni slučajevi najčešći uzrok smrti djece u Sjedinjenim Državama i da se događaju češće u bolnicama nego igdje drugdje.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> Za evoluciju sudskih odluka koje se odnose na društveni nadzor bolnica: M. N. Zald, »The social control of general hospitals«, u B. S. Georgopoulos, ed., *Organization Research on Health Institutions*, Univ. of Michigan, Inst. for Social Research, 1972. – U Francuskoj, tijekom sudske godine 1968-1969 prizivni sud nije ni spomenuo liječničku odgovornost. 1969-1970 svega se petnaest redaka odnosilo na jednu svađu o kojoj je sudila viša sudska instanca... Godina 1970-1971 pet je stranica posvećeno odgovornosti liječnika i kirurga. Možemo konstatirati lagani prijelaz od obveze sredstava (savjesno, pozorno liječenje sukladno znanstvenim datostima) prema obvezi rezultata (izliječenje): C. Leclercq, »Le rapport de la Cour de cassation et la responsabilité médicale«, u *Revue du praticien*, t. XXII, br 16, 1. lipnja 1972.

<sup>99</sup> George H. Lowrey, »The problem of hospital accidents to children«, u *Pediatrics*, 32 (6): 1064-1068, prosinac 1963.

Što više tehnika preplavljuje bolničku rutinu, nezgode postaju groteskne i neizbježne. Sveučilišne su bolnice općenito najviše patogene. Ustanovljeno je da jedan od pet bolesnika primljenih u prosječnu sveučilišnu bolnicu tamo dobiva jatrogenu bolest, ponekad dobroćudnu, koja najčešće zahtijeva posebno liječenje, i smrtonosnu u jednom od trideset slučajeva. U polovici tih slučajeva riječ je o komplikacijama nakon terapije lijekovima; iznenađuje da je jedan od njih deset posljedica tehničkih postupaka s dijagnostičkim ciljem.<sup>100</sup> Ma kakve bile izjave o dobrim namjerama ili o predanosti javnoj službi, zbog takvih bi se ponašanja časniku oduzelo zapovijedanje, a policija bi zatvorila bilo koji restoran ili mjesto zabave.

Jedan od zastrašujućih aspekata epidemijske kliničke jatrogeneze njezina je sposobnost da odolijeva svakom nastojanju liječnika da je neutraliziraju. Najstrašnije su one infekcije koje se dobivaju u operacijskoj dvorani gdje su mogli preživjeti samo mikroorganizmi najotporniji na jake doze baktericida. Bolnice koje su se nastojale zaštititi od krivog propisivanja lijekova i koje su uvele obvezu da neovisni farmakolog provjeri svaki recept, morale su nakon trogodišnjeg pokušaja priznati da s razinom složenosti raste ne samo cijena nego i globalna šteta. Quentin Young, direktor najveće čikaške bolnice, tvrdi da »rizici jatrogeneze, izazvani brigom da se izbjegnu svađe i pravni progoni, odsad nanose više zla nego bilo koji drugi jatrogeni činitelj«. Dosad je medicina, primorana da dovede u pitanje ne samo ovaj ili onaj svoj čin, nego svoje cjelokupno djelovanje, mogla pretvoriti svoj te-

<sup>100</sup> J. T. McLamb, R. R. Huntley, »The hazards of hospitalization«, u *Southern Medical Journal*, sv. 60, svibanj 1967., str. 469-472.



meljni neuspjeh u popravljive pogreške, u rješive probleme i ostvariv napredak.<sup>101</sup> Jatrogeneza na drugom stupnju, proizvedena antijatrogenim mjerama, pruža dokaz o strukturnoj samoderegulaciji medicinskog djelovanja. Ona je izgubila svaku mogućnost da racionalizira svoj temeljni neuspjeh.

Iznenada suočena sa štetama koje izaziva i svojom nemoći da sanira svoje strukture, medicinska je struka počela sazivati niz kongresa s ciljem samoograničenja medicinskog djelovanja. Taj je napor gotovo nalik povezivanju Fiata, Forda i Volkswagena radi financiranja studije Rimskoga kluba o nužnom ograničenju industrije. Istodobno se umnožavaju pozivi liječnika koji nas mole, pozivajući se na svoje iskustvo, da ne pretresamo javno dokaze o jatrogenoj epidemiji. Prema njihovu mišljenju, javna rasprava o jatrogenezi potaknula bi njezino bujanje.

Prema mojem mišljenju, javna rasprava o sadašnjem stupnju jatrogeneze i o općoj zaslijepljenosti koju praktičari pokazuju pred tom opasnošću jedan je od uvjeta borbe protiv te pošasti. Prije uključenja u tu borbu, valja priznati da nova tehnička sredstva i novi načini medicinske organizacije, shvaćeni kao lijekovi za neposrednu kliničku jatrogenezu, i sami idu za tim da postanu patogeni čim se primijene na dosta široku populaciju kako bi se opravdala njihova prvobitna učinkovitost. Tehničke mjere usmjerene na neposrednu jatrogenezu pridonose razvoju kliničke jatrogeneze na drugom stupnju, epidemije koja se već može konstatirati i opisati. Tehničke i birokratske mje-

<sup>101</sup> Jacques Sarano, »L'Échec et le médecin«, u Jean Lacroix *Les Hommes devant l'échec*, pogl. III, »Médecine«, Pariz, PUF, 1968., str. 69-81.

re, poduzete kako bi se izbjeglo da pogubna medicina naškodi bolesniku, idu nužno za stvaranjem te nove kategorije jatrogeneze čija je etiologija analogna razornoj eskalaciji koju izazivaju mjere protiv zagađenja.<sup>102</sup>

<sup>102</sup> Oko problema zagađenja okoliša pojavio se sukob dvaju oprečnih stavova. S jedne strane, ljudi kao James B. Quinn, »Next big industry: environmental improvement«, u *Harvard Business Review*, 49, rujan-listopad 1971., str. 120-130, misle da zaštita okoliša pruža industriji mogućnost otvaranja novih dinamičnih i isplativih tržišta i na taj način povećanja nacionalnog BND-a. S druge, autori poput Hermana Dalyja, *Toward a steady state economy*, Freeman Co., 1973., razlikuju dva dijela BND-a. Jedan predstavlja vrijednost koja odgovara dobrima i uslugama danim na tržište i koji imaju direktnu korist za potrošače, a drugi čine troškovi za zaštitu društva od tako stvorenih vrijednosti. Daly smatra da jedino radikalno smanjenje industrijske proizvodnje može spasiti okoliš. U području medicine još je jača tendencija u korist rasta proizvodnje medicinskih usluga, možda jednostavno sa željom da one budu sigurnije. Nužnost radikalnog smanjenja industrijske proizvodnje usluga uglavnom nije predmet nikakve rasprave, bilo to u području zdravlja, odgoja ili društvenog blagostanja.