

Pravo djeteta na zdravlje: nužnost zajedničkog djelovanja

DŽAMNA VRANIĆ¹

DINO KOVAČEVIĆ²

Univerzitet u Sarajevu – Pravni fakultet Bosna i Hercegovina

Sažetak: Nositelji roditeljske odgovornosti ovlašteni su da donose odluke u vezi sa zdravljem djeteta. Iako to na prvi pogled izgleda jednostavno, postoji čitav spektar pitanja koja su povezana s tom stranom roditeljske odgovornosti. Roditeljska odgovornost uključuje i prava i dužnosti. Roditelji imaju i tu diskreciona prava. Kako će onda odgovorni roditelji ostvariti svoja prava i svoje dužnosti? Rješenje tog pitanja prvenstveno je na odgovornim roditeljima, ali ono ovisi i o nizu drugih faktora. Obrazovanje je sistematično podučavanje djeteta u privatnom i javnom prostoru o glavnim svjetonazorskim sadržajima u vladajućoj slici svijeta. Iako su i odgoj i obrazovanje neodvojivi od najvažnijih sadržaja društvenog poretka, odgoj u većoj mjeri podliježe diskrecionim pravima roditelja, dok obrazovanje organizira politička zajednica. Ovo pitanje posebno se aktualizira u kontekstu prava djeteta na zdravlje, odnosno prava djeteta na obrazovanje u situaciji kada je zdravlje djeteta narušeno.

Ključne riječi: dijete, zdravlje, obrazovanje, roditeljska odgovornost, državni aparat

Abstract: Holders of parental responsibility have the power to make decisions regarding the child's health. While this may seem simple at first glance, there is a whole set of issues associated with this side of parental responsibility. Parental responsibility includes rights as well as duties. Parents also have discretionary rights. How then will responsible parents exercise their rights and duties? The answer to this question is primarily up to the responsible parent, but it also depends on a number of other factors. Education is the systematic teaching of the child, in both private and public domain, about key contents

1 dz.duman@pfsa.unsa.ba

2 d.kovacevic@pfsa.unsa.ba

of the prevailing worldview. Although upbringing and education are inseparable from the most important aspects of social order, upbringing is to a greater extent subject to the discretionary rights of the parents, while education is organized by the political community. This issue is particularly relevant in the context of the child's right to health.

Keywords: child; health; parental responsibility; education; state responsibility

Uvod

Nositelji roditeljske odgovornosti ovlaštteni su da donose odluke u vezi sa zdravljem djeteta. Iako to na prvi pogled izgleda jednostavno, postoji čitav spektar pitanja koja su povezana s tom stranom roditeljske odgovornosti (Freeman i Veerman, 2021). Roditeljska odgovornost uključuje i prava i dužnosti. Roditelji imaju i tu diskreciona prava. Kako će onda odgovorni roditelji ostvariti svoja prava i svoje dužnosti? Rješenje tog pitanja prvenstveno je na odgovornim roditeljima, ali ono ovisi i o nizu drugih faktora, među kojima je i mišljenje djeteta koje mora biti uzeto u obzir. Ostvarivanje roditeljske odgovornosti može biti ograničeno željom odraslog djeteta. I mlađe djetete može imati drugačije mišljenje koje će odgovorni roditelj uzeti u obzir (Correia, Camilo, Aguiar i Amaro, 2019).

Zato je u okviru ovih istraživanja važno razmotriti šta se od odgovornog roditelja zahtijeva da čini, te šta mu je dozvoljeno da čini. Odgovori na ta pitanja mogu biti etički, religijski i drugačije osnovani i pravdani (Voloshenko, Kalaur, Chahrak, Karpenko i Chepilad, 2022). Ali u središtu ovih razmatranja je pravna strana pitanja: kako je pravno konstruirana zamisao odgovornog roditelja, kakva je važnost data kulturološkim i religijskim stavovima roditelja, te kako takav roditelj u obzir uzima mišljenje djeteta?

Zdravlje djeteta i njegov najbolji interes: ko donosi odluku?

Zaštita zdravlja djeteta je zakonska obaveza nositelja roditeljske odgovornosti. Ako nositelj roditeljske odgovornosti ne zahtijeva provođenje potrebnih mjera zaštite zdravlja djeteta, to se može smatrati krivičnim djelom ili dovesti do izricanja mjera u pravcu zaštite ličnih i imovinskih prava djeteta. Iste pravne posljedice može imati traženje i primjenjivanje neodgovarajućih mjera zaštite zdravlja djeteta. Ali čim roditelji poduzmu korake traženja medicinskog liječenja, na njima nije ni obaveza ni ovlaštenje

da zahtijevaju određeni tretman.

Kako je Lord Scarman u slučaju „Gillick v. West Norfolk and Wisbech“ 1986. godine primijetio:

„Roditeljska prava moraju biti ostvarivana u skladu s principom dobrobiti djeteta, te mogu biti dovedena u pitanje, pa čak i neuvažena, ako to nisu.“

Jedino onda kada je slučaj iznijet pred sud, odluka roditelja može biti dovedena u pitanje kao suprotna dobrobiti djeteta. Kada ne može biti postignut dogovor među roditeljima, onima koji su zaduženi za brigu o djeci, i zdravstvenim stručnjacima, bit će nužno zatražiti odobrenje nadležnog organa. Svoju odluku nadležni organ donijet će na osnovi toga šta određuje dobrobit djeteta. U donošenju odluka usvojeno je vrlo široko tumačenje toga šta uključuje najbolji interes djeteta. Tako, najbolji interes djeteta obuhvata medicinske, emocionalne i druge faktore dobrobiti te psihološke i socijalne koristi za dijete. Primjer za to je slučaj „Re Y“ (1997).

Sud u Ujedinjenom Kraljevstvu bio je voljan usvojiti uravnoteženi pristup čija bi osnova bio popis koristi i opterećenja predloženih postupaka u slijedećem pristupu koji donosi najveću opću korist. U slučaju „Wyatt and another v. Portsmouth Hospital NHS Trust and another“ (2005) sudac Thorpe LJ navodi:

Prema mome mišljenju, ne može biti sumnje da je procjena najboljih interesa povezana s podizanjem djeteta u skladu s njegovom dobrobiti. (...) Ovisno o primjeni popisa koristi ili drugih zakonskih smjernica, čini mi se da bi prvostepeni sudija s odgovornošću da procijeni najbolji interes tražitelja, koji nema sposobnost, trebao napraviti listu ravnoteže. Prvi sadržaj toga bio bi svaki faktor ili faktori stvarne koristi. (...) Potom, na drugoj strani sudija bi trebao napisati sve što je oprečno uravnoteženju te koristi za tužitelja. (...) Potom će sudija napisati na svaku stranicu moguće dobiti i gubitke u svakom slučaju praveći procjene razmjera mogućnosti da dobit ili gubitak može narasti. Na kraju tog postupka sudija će biti u boljem položaju da odredi ravnotežu između sume određenih i mogućih dobiti nasuprot sume određenih i mogućih gubitaka. Očito, jedino ako je taj obračun s relativno značajnom koristi, sudija će zaključiti da će taj zahtjev vjerovatno unaprijediti najbolji interes tražitelja.

Stanovišta roditelja također će biti uzeta u obzir kao dio procjene dobrobiti djeteta. Trebalo bi razmotriti vrste liječenja o kojima se roditelji s roditeljskom odgovornošću mogu sporazumjeti. Kada je roditeljska odgovornost razdijeljena na više osoba, saglasnost jedne obično će biti

dovoljna. Iako postoje postupci koji ne bi mogli biti izvedeni, ako se roditelji ne slažu, sve dok nije dat izričit pristanak nadležnog organa. Takvi postupci mogu biti: sterilizacija, obrezivanje muške djece i imunizacija. Iako u većini evropskih nacionalnih sistema institucije država zastupaju stav da roditelji trebaju postupati u skladu s najboljim interesima djeteta, s jedne strane, medicinski zahvati mogu biti dozvoljeni uz uvjet da nisu protiv najboljeg interesa djeteta, s druge strane (Dailey i Rosenbury, 2021).

Od najboljeg interesa prema ne protiv najboljeg interesa

Mijenjanje postavke od najboljeg interesa prema ne protiv najboljeg interesa moglo bi se kritizirati kao razvodnjavanje principa dobrobiti. Postoje i medicinski zahvati koji su zakonito izvedivi jedino uz dopuštenje suda. Takvi slučajevi uključuju medicinske tretmane ili operacije koje se provode nad djetetom prvenstveno radi dobrobiti druge osobe.

Dok društveni i drugi interesi mogu biti toliko važni koliko i najbolji medicinski interes u djelovanju na emocionalnu dobrobit, predloženo je da bi samo tamo gdje je vrlo jasna indirektna dobrobit djeteta iz koristi treće strane emocionalnu korist djeteta trebalo smatrati opravdanjem za medicinski postupak nad djetetom. Gdje je u pitanju neobnovljivi ljudski materijal, sudovi će vjerovatno biti oprezni u davanju takvog dopuštenja. Član 20. utjecajne Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini zabranjuje davanje neobnovljivih organa i tkiva onesposobljene osobe (Dommel i Alexander, 1997; Byk, 2019).

Radi održavanja djeteta u životu roditelji će obično podržati tretman na osnovi medicinskog mišljenja te će općenito djelovati u skladu s najboljom naučnom informacijom u interesu zdravlja svog djeteta. Primjer za to je sudjelovanje u programima imunizacije. Međutim, religijska i/ili kulturna stanovišta o specifičnim zahvatima mogu podsticati roditelje na odustajanje od prihvaćene medicinske prakse. To u nekim slučajevima može čak ugroziti život djeteta. Roditelji se mogu ne slagati sa stavovima liječnika u tome šta je najbolji interes djeteta te ili zahtijevati tretman suprotan prevladavajućem kliničkom mišljenju ili, što je rjeđe uobičajeno, odbiti da prihvate tretman. Takve napetosti naročito su prisutne tamo gdje je riječ o održanju života. Ako takvo neslaganje nije rješivo na licu mjesta, bit će upitan sud da odredi odgovarajući postupak (De Buhr i Tannen, 2020).

Kako će sud pristupiti tim izuzetno osjetljivim slučajevima te šta to kazuje

o očekivanom ponašanju odgovornog roditelja? Kada određuje najbolji interes djeteta, sud obično uzima u obzir stavove roditelja o kvalitetu života djeteta, ali ne dopušta da to bude jedina determinanta tog pitanja. Odluka u slučaju „Re T“ iz 1997. godine smatrana je zastranjivanjem ili, u drugačijem gledanju, najnaprednijom od većine – ako je gledana kao vraćanje ideji prirodnih prava roditelja; naprednom jer u obzir uzima važan izraz brižnog odnosa.

Navedeni slučaj je u vezi sa shvatanjem majke da transplantacija jetre nije bila u najboljem interesu djeteta, suprotno stavovima skupine uključenih stručnjaka, sud je odlučio da ne isključi njene želje. To je razumljivo s obzirom na razinu postoperacijske njege koja bi bila zahtijevana od nje. Zahtijevana žrtva bila bi izuzetno velika jer su roditelji živjeli u inozemstvu. Ako je ona ne bi posve podržavala, takva njega bi, nesumnjivo, bila dovedena u pitanje. Usto, stanovište majke bilo je u okviru razumne odluke koju osjećajna osoba može donijeti, to jest ona je donijela razboritu, na obrazovanju osnovanu odluku, a ne samo religijsku. Nadalje, dijete je već pretrpjelo neuspješnu operaciju koja je uzrokovala fizičku i duševnu bol. Ipak, neki komentatori su smatrali ovu odluku regresivnim korakom jer, pored ostalog, interesi majke i djeteta nisu bili u potpunosti artikulirani. Potrebna je velika pažnja u slučaju razmatranja stanovišta roditelja (Bainham, 1997; Michalowski, 1997).

Kako je to u obrazloženju odluke u navedenom slučaju istaknuto: „(...) Mogu postojati i slučajevi kada izgleda da roditeljima na srcu nisu interesi djeteta, te se ne može pretpostaviti da su interesi roditelja i djece usklađeni.“ Ali spomenuta majka je roditelj koji voli svoje dijete. Priznanje brižnih odnosa treba pozdraviti iako postoji potreba za jasnoćom u njihovom vrednovanju i priznanju. Iz vida ne treba izgubiti ni mogućnost nalaženja osobe koja će preuzeti brigu o djetetu u slučaju kada roditelji više ne žele vršiti roditeljsku ulogu (Auckland i Goold, 2019).

Nasuprot tome, u nekim slučajevima roditelji izuzetno bolesne djece ustrajavali su na neodgovarajućem (često zvanom ništavnom) medicinskom tretmanu djece. Roditeljima je u takvim slučajevima izuzetno teško prepustiti dijete njegovoj sudbini. Uvijek postoji potreba za pažljivim razgovorom s članovima porodice. U odluci koja odgovara slučaju „Re T (1997) usvojen je pristup koji je baziran na najboljem interesu djeteta, a ne onaj koji bi prividno bio usklađen s interesom roditelja. Uobičajeni pristup usvaja pretpostavku u korist produženja života, uz odmjeravanje bola i patnje koji su uključeni u daljnji tretman u odnosu na kvalitet života koji bi proistekao iz toga. Odluku o održavanju ili uskraćivanju tretmana određivalo je stanovište djeteta s obzirom na podnošljivost ili nepodnošljivost života.

Razmatrana je tačka nepodnošljivosti u slučaju „Wyatt and another v. Portsmouth Hospital NHS Trust and another“ (2005) gdje je J. Hedley bio izričit da to nije dodatni izazov najboljem interesu, već dio procesa za određivanje šta to može biti s izazovom koji ponekad daje „dostupnu uputu u traženju najboljih interesa u toj vrsti slučajeve“. U slučaju „R v. Portsmouth Hospital NHS Trust, ex p Glass“ (1999) Lord Woolf Mr uspostavio je važne principe prava u takvim slučajevima zahtijevajući od sudova da uzmu u obzir „prirodne zabrinutosti i odgovornosti“ roditelja. Međutim, stanovišta roditelja mogu biti odbačena kada se čini da su u sukobu s najboljim interesom djeteta.

Iz navedenih, ali i sličnih slučajeva moguće je zaključiti³ da je odgovoran roditelj onaj koji uvažava medicinsko mišljenje. Osnova tog zaključka su i stavovi sudova u više slučajeva (Bridgeman, 2007). Priroda sudskog razumijevanja često znači da su interesi roditelja shvatani kao protivni interesima djece, prije nego na način u kojima je dobrobit djece temeljni interes roditelja.

Ali nemaju roditelji samo jedinstveno i detaljno znanje o svome djetetu, već imaju i visoku razinu empatije i ulaganja u dobrobit djeteta. Veći značaj treba dodijeliti roditeljskim shvatanjima i u praksi i u sudskom donošenju odluka. Tako su članom 8. stav 1. Evropske konvencije o ljudskim pravima i temeljnim slobodama data moćnija sredstva kojima porodice mogu dovesti u pitanje svaki opaženi nedostatak u procesu donošenja odluka koje se tiču brige o zdravlju iako je dosad njegov utjecaj bio ograničen.

Važna strana roditeljskih odgovornosti je osiguranje da njihova djeca dostignu kompetentnu zrelost. Djeca trebaju postići iskustvo donošenja odluka da bi primjenjivala svoje vještine na putu postizanja „spособnosti kada mogu preuzeti punu odgovornost kao slobodni i razumni zastupnici svog sistema ciljeva“ (Freeman, 1983). Sva djeca bez obzira na dob i okolnosti mogu dati vrijedna opažanja koja mogu popraviti njihovu kliničku njegu (Huntington i Scott, 2020). U međunarodnim pravnim instrumentima predloženo je da bi čak i vrlo mlada djeca trebala biti uključena u proces donošenja odluke, u optimalnoj mjeri. U članovima 12 i 13 Konvencije o pravima djeteta rečeno je:

Države članice osiguravaju djetetu koje je sposobno formirati vlastito mišljenje pravo slobodnog izražavanja tog mišljenja u svim pitanjima koja su u vezi s djetetom, s tim što se mišljenju djeteta posvećuje

³ Vidjeti, naprimjer, slučaj „An NHS Trust v. MB“ (2006) naveden u Probert, Gilmore i Herring (2009, str. 192).

dužna pažnja u skladu s godinama života i zrelošću djeteta. U tu svrhu djetetu se posebno daje prilika da bude saslušano u svim sudskim i administrativnim postupcima koji se odnose na njega bilo neposredno ili preko zastupnika ili odgovarajućeg organa na način koji je u skladu s proceduralnim pravilima nacionalnog zakona.

Dijete ima pravo na slobodu izražavanja koja obuhvaća i slobodu da traži, prima ili daje informacije i ideje svih vrsta, bez obzira na granice, bilo usmeno ili pismeno ili putem štampe, putem umjetnosti ili nekog drugog medija po izboru djeteta.

Ostvarivanje ovog prava može podlijegati izvjesnim ograničenjima, ali samo onima koja su određena zakonom i koja su nužna: (a) radi poštovanja prava ili ugleda drugih, ili (b) radi zaštite nacionalne sigurnosti ili javnog poretka, ili javnog zdravlja ili morala.

Djeca u ranoj dobi su sposobnija nego što se to obično misli, naročito tamo gdje su iskusila dugotrajnu bolest. Uz korištenje odgovarajućih tehnika, djeca u starosnoj dobi od četiri godine mogu dati korisne napomene o svom iskustvu zdravstvenih usluga te i vole da su tako uključena. Na osnovi empirijskih dokaza moguće je zaključiti da bi odgovorni roditelji trebali s važnošću gledati na stanovišta svoje djece (Huntington i Scott, 2020). Trebalo bi da djeca utječu što je moguće više na to što im se događa iako krajnju odluku o medicinskom tretmanu trebaju donijeti nositelji roditeljske odgovornosti ili sud u slučaju sukoba. Ali to je samo dobra praksa.

Uključenje djece u donošenje odluka nije zakonom nametnuto roditeljima. Ovdje se predlaže da na pravu osnovani pristup, gdje je pažnja usmjerena na pojedinačno dijete, barem na početku, može pomoći da dovede u pitanje nedostatak pažnje općenito dodjeljivane djetetu te naglašava potrebu djece da budu uključena u donošenje odluke (Medical Law Portal for the UK, n. d.). Trebalo bi podržati zahtjev za specifičnim propisima s pravilom postupanja koji se bave svim pitanjima donošenja odluka u vezi sa zdravljem djeteta, a svako odstupanje od takvog pravila postupanja trebalo bi opravdati vođenjem formalnog postupka.

Iako je jasno da oni s roditeljskom odgovornošću moraju djelovati u skladu s najboljim interesom djeteta s obzirom na medicinski tretman, mjerilima za to potrebna su dodatna proširenja. Znamo da kozmetički postupci, pa čak i neterapeutske intervencije, u nekim okolnostima mogu biti opravdani. Također je jasno da se od roditelja zahtijeva da podrže nužni medicinski tretman kada je on potkrijepljen kliničkim dokazima, neovisno o njihovim

osobnim stanovištima. Otvoreno je pitanje da li će to biti slučaj: roditelji imaju jedinstveno gledanje na najbolji interes svoje djece, a stanovištima djece također treba dati veću prevlast nego što je to obično slučaj. Pravo ima bitnu ulogu u unapređenju tog pitanja.

Politike o zdravlju: afirmacija savremenih standarda?

Konvencijom o pravima djeteta, u članu 24. pravo djeteta na zdravlje određeno je kao inkluzivno pravo, koje osim pravovremenih i primjerenih preventivnih usluga, usluga promicanja zdravlja te kurativnih, rehabilitacijskih i palijativnih usluga uključuje i pravo djece na rast i razvoj do ostvarenja najviših potencijala te na život u uvjetima u kojima, uz provedbu programa koji se bave osnovnim odrednicama zdravlja, mogu ostvariti najvišu razinu zdravlja. Cjelovitim pristupom zdravlju ostvarenje prava djece na zdravlje postavlja se u širi okvir međunarodnih obaveza vezanih uz ljudska prava.

Komitet za prava djeteta svoj Opći komentar br. 15/2013 (General comment No. 15/2013) upućuje nizu sudionika koji djeluju na području dječijih prava i javnog zdravlja, uključujući kreatore politike, provoditelje programa i aktiviste te roditelje i djecu. Najvećim dijelom usredotočen je na član 24. stavove 1. i 2. Konvencije o pravima djeteta. U provedbi člana 24. moraju se uzeti u obzir sva načela ljudskih prava, a osobito vodeća načela Konvencije, a provedba se mora formirati prema standardima javnog zdravlja zasnovanim na dokazima i prema najboljim praksama (Power, 2003).

Iskustva, mogućnosti i izazovi s kojima se susreću adolescenti diljem svijeta variraju u pojedinim regijama i između različitih grupa adolescenata. Stoga je Komitet za prava djece UN odlučio razviti Opće komentare o adolescentima (*General Comment on the rights of adolescents*) te zatražio mišljenje zainteresiranih strana i država kako bi pridonijeli stvaranju boljih preporuka u zaštiti prava i najboljeg interesa mladih u kontekstu Konvencije o pravima djece.

Opći komentar o adolescentima predstavlja okvir za primjenu prava djeteta tokom razdoblja adolescencije: promicanje zdravlja, razvoja i dobrobiti adolescenata od strane država potpisnica Konvencije, usmjeravanje na cilj kako prava ni jedne djevojke ili mladića ne bi bila marginalizirana ili diskriminirana, afirmacija univerzalnih standarda kojima bi se odgovorilo na probleme koji su kulturalno osjetljivi, kao i osiguranje participacije adolescenata i njihovog prava da ih se čuje.

Kako je to i istaknuto u Općem komentaru br. 20/2016 o provedbi prava djeteta tokom adolescencije (General comment No. 20/2016):

Adolescencija je životno razdoblje obilježeno povećanjem mogućnosti, sposobnosti, aspiracija, energije i kreativnosti, ali i razdoblje velike osjetljivosti. Adolescenti su veoma važni i vrijedni nositelji promjena koji mogu pozitivno pridonijeti svojim porodicama, lokalnim zajednicama i zemljama. Adolescenti u cijelom svijetu pozitivno djeluju na mnogim područjima, uključujući zdravstvene i obrazovne kampanje, podršku porodice, vršnjačko obrazovanje, inicijative za razvoj lokalnih zajednica, te pridonose miru, ljudskim pravima, održivosti okoliša i klimatskoj pravdi. Mnogi su adolescenti predvodnici u digitalnim i društvenim medijima, koji postaju sve važniji za njihovo obrazovanje, kulturu i društvene mreže, i imaju potencijala za politički angažman i nadziranje ispunjavanja odgovornosti.

Komitet dalje ističe da je taj potencijal adolescenata uvelike ugrožen jer države stranke ne znaju koje su mjere potrebne da bi se adolescentima omogućilo uživanje njihovih prava niti ulažu u te mjere. U većini zemalja nisu dostupni podaci razvrstani prema dobi, spolu i invalidnosti na temelju kojih se kreira politika, uočavaju propusti i dodjeljuju odgovarajuća sredstva za adolescente. Generičke politike namijenjene djeci ili mladim ljudima često ne zadovoljavaju raznovrsne potrebe adolescenata i ne uspijevaju jamčiti ostvarenje njihovih prava. Neaktivnost i propusti uzrokuju velike gubitke: temelji za emocionalnu sigurnost, zdravlje, seksualnost, obrazovanje, vještine, otpornost i razumijevanje prava koji se izgrađuju u adolescenciji imat će duboke posljedice ne samo za optimalan razvoj svakog adolescenta nego i za sadašnji i budući društveni i ekonomski razvoj.

Kako to navode Lateef, Alaggia i Collin-Vézina (2021) u istraživanju o psihosocijalnim utjecajima bolesti COVID-19 na porodice, roditelje i djecu, istraživanje bi trebalo nastaviti čak i kada se COVID-19 stavi pod kontrolu. Longitudinalne studije ključne su u određivanju kratkoročnih i dugoročnih efekata pandemija na mentalno zdravlje i dobrobit porodica kako bi politike javnog zdravstva imale validne pokazatelje, te s tim u vezi i dale osnova i obrazloženje za finansiranje i podršku uslugama. Problemi s mentalnim zdravljem i psihosocijalni problemi, poput samoubojstava, samoozljeđivanja, poremećaja u prehrani i depresije, najvažniji su uzroci lošeg zdravlja, morbiditeta i mortaliteta među adolescentima, a osobito među onima u osjetljivim skupinama. Ti su problemi posljedica složenog međudjelovanja genetičkih i bioloških uzroka te uzroka vezanih uz

ličnost i okoliš, a povećavaju ih, primjerice, iskustva sukoba, raseljavanja, diskriminacije, vršnjačkog nasilja i socijalne isključenosti te pritisaka vezanih uz fizički izgled i kulturu u kojoj se teži „savršenstvu“.

Među faktore koji unapređuju otpornost i zdrav razvoj te štite od mentalnih bolesti ubrajaju se bliski odnosi s najvažnijim odraslim osobama i njihova podrška, pozitivni uzori, primjeren životni standard, pristup kvalitetnom srednjem obrazovanju, sloboda od nasilja i diskriminacije, mogućnosti za utjecaj i odlučivanje, svijest o mentalnom zdravlju, vještine rješavanja problema i suočavanja s poteškoćama te sigurna i zdrava lokalna sredina.

Komiteta UN-a za prava djeteta naglašava da države trebaju usvojiti pristup zasnovan na javnom zdravlju i psihosocijalnoj potpori, a ne na prekomjernoj medicaciji i institucionalizaciji. Potrebno je sveobuhvatno višesektorsko djelovanje u okviru integriranih sistema za zaštitu mentalnog zdravlja adolescenata u koje su uključeni roditelji, vršnjaci, šira porodica i škole, te podrška i pomoć obučenog osoblja.⁴

U skladu s članom 28. stav 1. Konvencije i Ciljem 4. UN SDG, države trebaju uvesti sveobuhvatne i proaktivne mjere za rješavanje tih problema, povećanje broja upisanih učenika, produženje pohađanja nastave, smanjenje broja učenika koji prerano napuštaju školu i pružanje mogućnosti za završetak obrazovanja onima koji su ga prekinuli.

Komiteta UN-a za prava djeteta državama naročito skreće pažnju na svoj Opći komentar br. 1 (2001) o ciljevima obrazovanja, u kojem navodi potrebu da obrazovanje bude usmjereno na djecu, prilagođeno djeci i osposobljavajuće te naglašava da pedagogija u većoj mjeri treba biti participativna. Kurikulumi srednjeg obrazovanja trebaju biti izrađeni tako da osposobe adolescente za aktivno sudjelovanje, omoguće im da steknu poštovanje prema ljudskim pravima i temeljnim slobodama, promiču njihov građanski angažman i pripreme ih za odgovoran život u slobodnom društvu. Da bi adolescenti ostvarili svoje pune potencijale i da bi ih se zadržalo u školi treba voditi brigu o oblikovanju okoline za učenje i osigurati da se potpuno realizira kapacitet adolescenata za učenje, rad s vršnjacima i osposobljavanje.⁵

4 O teorijskim i praktičnim raspravama vidjeti više u: Sanders, Shaw, Guez, Baur i Rudd (2009); Pearce, Dundas, Whitehead i Taylor-Robinson (2019); Huang, Cheng i Theise (2013).

5 O elementima za procjenu i utvrđivanje najboljeg interesa djeteta u kontekstu zdravlja i obrazovanja vidjeti više u: *Smjernice za procjenu i utvrđivanje najboljeg interesa djeteta* (2018).

Umjesto zaključka

Zaštita zdravlja djeteta je zakonska obaveza nositelja roditeljske odgovornosti. Ako nositelj roditeljske odgovornosti ne zahtijeva provođenje potrebnih mjera zaštite zdravlja djeteta, to se može smatrati krivičnim djelom ili dovesti do izricanja mjera u pravcu zaštite ličnih i imovinskih prava djeteta. Iste pravne posljedice može imati traženje i primjenjivanje neodgovarajućih mjera zaštite zdravlja djeteta.

Lord Donaldson je istakao u slučaju „Re W“ (1993):

Adolescentnost je doba napredujućeg prijelaza od djetinjstva prema zrelosti. Onako kako iskustvo života zahtijeva rast inteligencije i razumijevanja, tako će se širiti i okvir donošenja odluke prepuštene maloljetnoj osobi. Jer, vještina donošenja odluka se stiče jedino donošenjem odluka i iskušavanjem posljedica. Dobro roditeljstvo uključuje davanje maloljetnim osobama što je moguće više konopca koje mogu držati bez neprihvatljive opasnosti da će se objesiti.

Iako su odgovornost roditelja i odgovornost djeteta pravno različiti koncepti, podsticanje djeteta u okviru odgovornog roditeljstva na preuzimanje različitih odgovornosti je najbolji način njegovog usmjeravanja prema svom najboljem interesu koji će biti integriran u njegov svjetonazor, znanja i vještine te u njegovu uključenost u mrežu društvenih odnosa.

Države trebaju provoditi strategiju „zdravlje djece u svim politikama“, naglašavajući poveznice između prava djeteta na zdravlje i svih ostalih prava djeteta. Treba poduzeti sve neophodne korake u funkciji osiguranja transparentnosti, koordinacije i odgovornosti, što je zadaća svih interesno utjecajnih skupina.

Literatura

- Auckland, C., Goold, I. (2019). Parental rights, best interests and significant harms: who should have the final say over a child's medical care? *The Cambridge Law Journal*, 78(2), 287-323.
- Bainham, A. (1997). Do Babies Have Rights? *The Cambridge Law Journal*, 56, 48-50. doi:10.1017/S0008197300017712.
- Bridgeman, J. (2007). *Parental responsibility, young children and healthcare law*. Cambridge University Press.
- Buhr de, E., Tannen, A. (2020). Parental health literacy and health knowledge, behaviours and outcomes in children: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9.
- Byk, C. (2019). The European Convention on Biomedicine and Human Rights: a pragmatic ambition: La Convention européenne sur la biomédecine et les droits de l'homme : une ambition pragmatique. *Droit, Santé et Société*, 1, 5-11. doi.org/10.3917/dsso.061.0005
- Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (ETS No. 164) <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treaty-num=164> (Pristupljeno 5. 10. 2023)
- Correia, N., Camilo, C., Aguiar, C., Amaro, F. (2019). Children's right to participate in early childhood education settings: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 100, 76-88.
- Dailey, A. C., Rosenbury, L. A. (2021). The New Parental Rights. *Duke Law Journal*, 71, 75-165.
- Dommel, F. W., Alexander, D. The Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe. (1997). *Kennedy institute of ethics journal*. 7(3), 259-276. doi:10.1353/ken.1997.0023.
- Freeman, M. (1983). *The rights and wrongs of children*. London: Pinter.
- Freeman, M., Veerman, P. E. (ur.). (2021). *The ideologies of children's rights* (Vol. 23). BRILL.

- General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health. <https://www.refworld.org/docid/51ef9e134.html> (Pristupljeno 7. 10. 2023)
- General comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence CRC/C/GC/20 <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-20-2016-implementation-rights> (Pristupljeno 6. 10. 2023)
- Gillick v. West Norfolk and Wisbech. (1986). http://www.hrcr.org/safrica/childrens_rights/Gillick_WestNorfolk.htm (Pristupljeno 6. 10. 2023)
- Huang, K-Y., Cheng, S., Theise, R. (2013). School Contexts as Social Determinants of Child Health: Current Practices and Implications for Future Public Health Practice. *Public Health Reports*, 128(suppl 3), 21-28. doi:10.1177/00333549131286S304
- Huntington, C., Scott, E. S. (2020). Conceptualizing legal childhood in the twenty-first century. *Michigan Law Review*, 118(7), 1371-1458.
- Lateef, R., Alaggia, R., Collin-Vézina, D. (2021). A scoping review on psychosocial consequences of pandemics on parents and children: Planning for today and the future. *Children and youth services review*, 125, 106002. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740921000815> (Pristupljeno 6. 10. 2023)
- Medical Law Portal for the UK. (n. d.). <https://medlaw.wordpress.com/key-cases/> (Pristupljeno 7. 10. 2023)
- Michalowski, S. (1997). Is it in the best interest of a child to have a life saving transplantation. *Child and Family Law Quarterly*, 9(2), 179-190.
- Pearce, A., Dundas, R., Whitehead, M., Taylor-Robinson, D. (2019). Pathways to inequalities in child health. *Archives of disease in childhood*, 104(10), 998-1003.
- Power, T. J. (ur.). (2003). *Promoting children's health: Integrating school, family, and community*. Guilford Press.
- Probert, R., Gilmore, S., Herring, J. (ur.). (2009). *Responsible Parents and Parental Responsibility*. Oregon: Hart Publishing.

- R v. Portsmouth Hospital NHS Trust, ex p Glass. (1999). http://www.familieslink.co.uk/pages/law_gillick_competence.htm; <http://www.familylawweek.co.uk/site.aspx?i=ed311> (Pristupljeno 7. 10. 2023)
- Re T. (1997). <http://adc.bmj.com/content/90/12/1256.full> (Pristupljeno 6. 10. 2023)
- Re W. (1993). <http://apt.rcpsych.org/content/7/2/150.full>; <http://www.familylawweek.co.uk/site.aspx?i=ed308> (Pristupljeno 8. 10. 2023)
- Re Y. (1997). http://www.hfea.gov.uk/docs/ELC_Annex_E_Consent_and_the_law_June04.pdf (Pristupljeno 10. 10. 2023)
- Sanders, L. M., Shaw, J. S., Guez, G., Baur, C., Rudd, R. (2009). Health literacy and child health promotion: implications for research, clinical care, and public policy. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S306-S314.
- Smjernice za procjenu i utvrđivanje najboljeg interesa djeteta. (2018). Sarajevo: Ministarstvo za ljudska prava i izbjeglice Bosne i Hercegovine.
- Voloshenko, M., Kalaur, S., Chahrak, N., Karpenko, O., Chepilad, M. (2022). Responsible parenthood as an ethical and social aspect. *Ad Alta journal of interdisciplinary research*, (2), 194-199.
- Wyatt and another v. Portsmouth Hospital NHS Trust and another. (2005). http://www.ukcen.net/index.php/main/commentaries/wyatt_v_portsmouth_hospitals_nhs_trust (Pristupljeno 11. 10. 2023)