

Anton Mlinar

Razprava o evtanaziji v Sloveniji

Uvod

V Sloveniji je razprava o evtanaziji vedno potekala v senci razprave o splavu. Včasih sta splav in evtanazija pomenila skoraj isto stvar. V to smer je šla razprava v šestdesetih letih dvajsetega stoletja, ko se je zaradi zapletov z zdravilom kontergan (talidomid) pojavilo vprašanje o evtanaziji otrok, vendar strogo v smislu zdravniške evtanazije.¹ Tok dogodkov v nekdanji Jugoslaviji je kasneje z veliko hitrostjo peljal naproti liberalizaciji splava,² razprava o evtanaziji pa ni nikoli prestopila parlamentarne praga.

1. Iz časovnega zaporedja v devetdesetih

Fakulteta za družbene vede Univerze v Ljubljani je med 15. in 30. novembrom leta 1994 izvajala mednarodno raziskavo o samomorih SU-IATT, katere nosilec je bil Oddelek za klinično psihologijo Univerze v Leidnu (NL). Vprašalnik je obsegal nekatera vprašanja, ki so odsevala tedanje razpoloženje na Nizozemskem, na primer: »Kaj menite o ustanovitvi zavodov ali klinik, na katere bi se ljudje, ki bi želeli napraviti konec svojemu življenju, lahko obrnili po pomoč, ko bi želeli umreti?«, »Kako verjetno je po vašem mnenju za ljudi na splošno, da napravijo samomor ...« in nato (a) »če so stari in pohabljeni?« in (b) »če trpijo za hudo in dolgotrajno boleznijo?« (itn.), »Ali menite, da ima človek pravico napraviti samomor?«, »Če bi nekdo prosil, da mu pomagate napraviti samomor, bi vi v to privolili?«, »Ali menite, da imate vi sami pravico napraviti samomor?«³ itn. Rezultati te raziskave v Sloveniji niso bili objavljeni.

¹ J. Milčinski, *Dva obraza evtanazije*, v: isti, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana 1982, 159-167.

² *Splošni zakon o prekinitvi nosečnosti* je bil sprejet 26. aprila 1969 (*Ur. list SFRJ* 20/69). Na osnovi tega zakona so posamezne republike tedanje države sprejele deloma še bolj liberalno zakonodajo. Slovenija je *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok* sprejela 26. aprila 1977 (*Ur. list SRS* 11/77).

³ Mednarodna raziskava *Stališča o samomorih* (vprašalnik), Ljubljana 1994.

Leta 1995 se je strokovna javnost odzvala na oregonski zakon o dostojanstveni smrti. Spomladi leta 1997 je nacionalna televizija organizirala odmevno okroglo mizo, na kateri je bil govor predvsem o pravici javnosti do obveščenosti. Medtem ko na dekriminalizacijo evtanazije na Nizozemskem leta 1993 v slovenski javnosti skoraj ni bilo odzivov, je sprejem zakona o evtanaziji na Nizozemskem novembra 2000 spodbudil pravnike, da so 5. februarja 2001 na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani organizirali okroglo mizo o evtanaziji.⁴ Iz zapisa pogovora⁵ je mogoče razbrati, da pri nas to vprašanje sicer ni neznano, da pa se nahaja v senci drugih problemov.

Dane Zajc je bil najbrž edini, ki se je s člankom *Evtanazija na obzorju* konec leta 2001 ironično odzval na prigovarjanje nizozemskih svetovalcev v ministrstvu za zdravstvo: »Človek iz Nizozemske, kjer je evtanazija uzakonjena, je pred nekaj dnevi v Ljubljani predaval in za javnost privoščljivo izjavil, da bo morala tudi naša dežela že kmalu premišljevati o podobnem zakonu.«⁶ V Sloveniji do danes ni bilo nobene relevantne interdisciplinarne raziskave o razpoloženju javnosti do evtanazije, ki bi jo lahko primerjali podobnim raziskavam v Ameriki in na Nizozemskem, tudi še ni nobenega osnutka zakona, ki bi govoril o legalizaciji evtanazije, in tudi ni mogoče z gotovostjo reči, da je obveščenost javnosti o tem vprašanju zadovoljiva. Zgodba o splavu namreč govori, da razprav o splavu, preden je ta prestopil prag parlamenta, praktično ni bilo. Tako so poslanci odločali o stvari, ki je niso poznali. Mnenje strokovne javnosti o splavu pred letom 1969 ni imelo nobenega vpliva na zakonodajni postopek.⁷ Edino mnenje o zakonu iz »laične« javnosti je bilo mnenje Katoliške cerkve,⁸ ki pa je bilo tarča ostrih napadov v medijih. Evtanazija je v tej senci nerazpoznavna, »na obzorju«, in jo je mogoče zlahka opravičiti. Dane Zajc pravi: »Ne zaupam v zakon gospodarjev smrti.«

Na drugi strani je bilo kar nekaj strokovnih člankov na to témo. Največ odzivov v strokovni javnosti je bilo leta 1995 deležno dejstvo, da so v ameriški zvezni državi Oregon sprejeli *Zakon o dostojanstveni smrti*. O tem so pri nas pisali zdravniki Metka Klevišar, Matija Cevc, Anton Dolenc, Vojko Flis in zlasti Jože Trontelj, poleg njih pa tudi nekateri pravniki, sociologi, psihologi in teologi. V medijih je imela evtanazija

⁴ Spodnji dom nizozemskega parlamenta je sporno odločitev sprejel 28. novembra 2000, zgornji dom 10. aprila 2001, zakon je stopil v veljavo 1. aprila 2002.

⁵ *Milostna smrt: Pravno in zdravniško sporne odločitve o končanju življenja*, v: *Dignitas*, št. 10 (2001) 128-148.

⁶ D. Zajc, *Evtanazija na obzorju*, v: *Ampak* 3 (2002/1) 1.

⁷ Janez Milčinski je kasneje, ko je pripravljaval svoje razprave za knjižno objavo, pri razpravi *Etični in pravni pogled na splav*, v: isti, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana 1982, 210-219, moral zapisati: Razvoj je šel drugo pot, kot smo jo pričakovali.

⁸ *Kaj pravijo jugoslovanski škofje o splavu*, v: *Družina* 18 (1969) št. 3., str. 1.

različen odmev. Članki v časopisih so pogosto sledili domnevnim podatkom o javni sprejemljivosti evtanazije,⁹ včasih pa so k temu celo spodbujali.¹⁰ Novinarji na TV (1996) so pravilno ocenili, da ima javnost pravico vedeti in da je treba v razpravo vključiti pristojne ljudi, toda dlje od opredelitev stališč »za« in »proti« v teh razpravah ni prišlo. Slovenska izdaja *Journal of American Medical Association* (JAMA) je leta 1995 objavila prevod razprave E. J. Emanuela, ki velja za eno najbolj uravnoteženih besedil za javno razpravo o tem vprašanju.¹¹ Morda preseneča dejstvo, da se je v preteklem desetletju za to témo odločilo relativno veliko število študentk in študentov, ki so evtanazijo izbrali za nosilno témo diplomskih oziroma zaključnih nalog.¹² To na svoj način dokazuje, da v našem ožjem okolju pojmi o tem, kaj evtanazija v resnici je, še niso razčiščeni, niti med zdravniki in pravniki niti v javnosti.

Slovenski prostor je nekako na robu žgočih in strastnih razprav, ki v zadnjih desetletjih razdeljujejo svetovno javnost. Morda je v tem razlog za najtežje nerazčiščeno in z evtanazijo povezano vprašanje, da se evtanazija pojmuje kot alternativa neozdravljivim boleznim ter da bi jo nekateri najbrž imeli za »zaslužno početje«.¹³ To pomeni evtanazijo prikazati v etični (sprejemljivi) luči. Tak je bil primer splava, ki je bil tako rekoč legaliziran v senci nevednosti, in sicer kot »pravica do svobodnega odločanja o rojstvu otrok«.¹⁴ Zato današnje razprave o evtanaziji naj

⁹ E. J. Emanuel – D. L. Fairclough – L. L. Emanuel, *Evtanazija in samomor z zdravniško pomočjo - odnos in želje bolnikov v terminalni fazi bolezni in njihovih negovalcev* (*Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers*), v: *JAMA* 9 (2001/2) 83-91. Razprava z empiričnimi podatki potrdi, da se odgovori, če kdo govori o evtanaziji kot o svoji zahtevi, ali o evtanaziji drugih, med seboj bistveno razlikujejo.

¹⁰ K. Mahnič, *Moj Bog pravi, da je to moja odločitev: evtanazija v Avstraliji*, v: *Delo*, št. 147 (28. 6. 1997), str. 36; U. Matos, *Poslednja pravica: ali imamo od zdravnika pravico zahtevati, da nam konča življenje?*, v: *Mladina*, št. 14 (5. apr. 1999) 48-50; U. Vidic, *Rešite planet - ubijte se!*, v: *Zofa* 2 (1998/7) 42-43. M. Grah, *Pravica do smrti - poslednja pravica?*, v: *Delo*, št. 101 (5. maja 2001) 8-10 (v tem članku zlasti stališče Petra Kovačiča Peršina).

¹¹ E. J. Emanuel, *Evtanazija. Zgodovinski, etični in empirični pogledi*, v: *JAMA* 3 (1995/2) 20-27; E. J. Emanuel – D. L. Fairclough – L. L. Emanuel, *n. d.* Evtanazija in samomor z zdravniško pomočjo (SZP) sta zelo sporni temi. Razprava poroča o odnosu bolnikov v terminalni fazi bolezni do evtanazije in SZP, kako trdne so njihove želje, kateri dejavniki na te želje vplivajo in kakšen je delež bolnikov, ki je na tak način končal življenje. Raziskave so potekale od marca 1996 do julija 1997, in sicer v petih naključno izbranih vele mestnih statističnih področjih in na enem ruralnem področju. Sodelovalo je 988 bolnikov (stopnja odzivnosti 87,4%) in 893 negovalcev, ki so jih bolniki sami določili (stopnja odzivnosti 97,6%).

¹² Več o tem na cobissu.

¹³ D. Zajc, *Evtanazija na obzorju*, v: *Ampak* 3 (2002/1) 3.

¹⁴ Prim. naslov slovenskega zakona o splavu: *Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok*, v: *Ur. list SRS* 11/77.

ne bi bile polemične v smislu ustvarjanja dveh taborov, od katerih je eden »za« in drugi »proti«, pač pa naj bi bile »smiselne«; take bodo, če bodo temeljile na spoštovanju človeškega življenja in ohranitvi dostojanstva osebe in če bodo poglobljale spoznanja o človekovi avtonomiji in dvigale kvaliteto življenja tistim, ki potrebujejo pomoč, in tistim, ki jim pomagajo. Leta 1997 je Državna etična komisija izdala stališče o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji.¹⁵ V strokovnih krogih se ta vprašanja zbirajo pod krovnim pojmom *paliativna* (celostna) terapija. V ta namen je bilo leta 1995 ustanovljeno Slovensko društvo Hospic.

2. Pravno in filozofsko-etično ozadje razprav o človeškem življenju

Pri prej omenjeni okrogli mizi na Pravni fakulteti (2001) sta poleg pravnikov sodelovala tudi zdravnik (Jože Trontelj) in filozof (Edvard Kovač). Edvard Kovač je poudaril, da se pred vprašanjem o evtanaziji (dobri smrti) pojavlja važnejše vprašanje o človeku: »Kdo sem?« »Kdo je zame drugi?« in »Kdo je človek v družbi?« »S pojmovanjem življenja in s cenjenjem posameznika, individuuma, je seveda zraslo tudi spoštovanje njegovega življenja. Živimo v kulturi, ki ceni posameznika.«¹⁶ Poudaril je tudi, da to ni nujno posledica človekovih pravic oziroma da človekove pravice niso edini način, kako izraziti vrednost posameznika, njegovo nedotakljivost in dostojanstvo, pač pa da so človekove pravice posledica tistega razmišljanja, govorjenja in ravnanja, s katerim je nekdo hotel izraziti svoje dostojanstvo. Ena temeljnih dilem v razpravah o vrednosti človeškega življenja in o dostojanstvu človeške osebe je, kako priti do etičnega konsenza o tem, kaj pomeni, da je človek oseba, da ima neodtujljivo dostojanstvo in da je kot oseba nedotakljiv v celotnem obdobju življenja. Gilbert Meilaender¹⁷ meni, da za razpravo o človeškem dostojanstvu ni nevtralnega izhodišča in da so vsa vprašanja, ki so povezana s človeškim življenjem, v bistvu normativna, vrednostna in po značaju etična. Pojem človeškega dostojanstva ni povezan z neko geografsko pogojeno filozofijo, pojmovanjem osebe ali izročilom človekovih pravic, pač pa je izraz dejstva, da je človek bitje komunikacije in da pojma »posameznik« in »oseba« nista povsem istovetna. Ko namreč kdo človekovo dostojanstvo utemeljuje zgolj z individualnostjo, in sicer tako, da ima posameznik tako rekoč absolutno pravico odločati o samem sebi ne glede na druge, ter da je prav ta pojem avtonomije odločilen za poj-

¹⁵ J. Trontelj, *Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji*, v: ZV 66 (1997) 269-270. Ta tekst je tudi v: A. Polajnar-Pavčnik – D. Wedam-Lukić, *Medicina in pravo*, 335-347.

¹⁶ *Milostna smrt ...*, 136.

¹⁷ www.bioethics.gov/meetings/200201/meilander.html (27. 4. 02).

movanje dostojanstva, zanika osebo, ki je osebni odnos. Anton Stres prav tako pravi, da je temelj človekovih pravic tisto razumevanje osebe, ki ima osebo za transcendentno oziroma navzoče bitje, še več: da človekove pravice ne le izražajo človekovo dostojanstvo, ampak da je človekovo dostojanstvo to, kar ljudi med seboj povezuje *kot* ljudi. Z idejo dostojanstva se je mogoče iz čisto racionalnih izhodišč upirati tisti ideji avtonomije, ki ima evtanazijo za zasebno stvar posameznikove svobode. Osebno dostojanstvo se namreč začneja tam, kjer se preneha ocenjevati bitja po njihovi uporabnosti in koristnosti.¹⁸ Oseba ni vase zaprt subjekt, temveč je bistveno odprto bitje.

Obdobje tako imenovane moderne postavlja v ospredje avtonomni subjekt, ki je »nedolžen« in s katerim je povezano specifično pojmovanje svetosti življenja. Ta ideja avtonomije – skoraj absolutna pravica do odločanja o samem sebi – ima kar veliko zagovornikov tudi v času, ko je ideja o individuumu kot absolutni vrednosti v Kantovem smislu tako rekoč že arhaična. Ko postavljam pod vprašaj razumevanje avtonomije, se ne vprašujem o vrednosti Kantove trditve, da človeško bitje odlikuje dostojanstvo, to je notranja, končna, brezpogojna, neprekršljiva, nepri-merljiva in nezamenljiva vrednost, pač pa izrekam dvom o (nekantovski) trditvi, da bi bilo lahko kakšno gorje, ki ga povzroči bolezen, nezdržljivo s človeškim dostojanstvom in bi »zaslužilo« milostni strel (uboj iz usmi-ljenja). Z ozirom na to trditev bi zdravnik, ki bi končal svoje življenje ali življenje nekoga drugega, ne razvrednotil svojega dostojanstva. Končna posledica takega razmišljanja je, da bi morali kritiki modernega pojmo-vanja avtonomije za svoje mnenje (nasprotovanje) najti bolj tehten raz-log.¹⁹ Ne glede na to, da do neke mere drži, da se človek rodi in umrje sam, ne more nikjer o sebi odločati povsem avtonomno brez ozira na druge.

Filozofi in etiki zato radi poudarjajo, da ljudje, ki (pre)hitro vidijo rešitev v evtanaziji, najbrž s tem ne kažejo, da jim je do spoštovanja živ-ljenja v vseh obdobjih in da se zavedajo, da dostojanstvo ni odvisno od okoliščin, v katerih človek živi. Najbrž hočejo povedati, da si dostojanst-va ne pustijo vzeti niti v času najhujše bolezni, ne pa, da bi v takem tren-utku radi odločali o načinu smrti. Ključni pojem je dostojanstvo tistega, ki definira dostojanstvo (drugega), posebno zdravnika.

Iz naslova okrogle mize o evtanaziji na Pravni fakulteti je mogoče sklepati, da se je treba do evtanazije opredeliti pred vstopom tega vpra-

¹⁸ Prim. A. Stres, *Moralna moč in nemoč ideje človekovega dostojanstva*, v: *BV* 61 (2001) 129-151.

¹⁹ Prim. F. Klampfer, *Suicide, Euthanasia and Human Dignity*, v: *Acta analytica* 16 (2001), št. 27, str. 7-34.

šanja v zakonodajno proceduro. Mediji²⁰ so v zadnjih letih večkrat omenjali mnenje svetovalcev pri ministrstvu za zdravje, nekaj jih je iz Nizozemske, da je nizozemska rešitev najboljša. Pravniki se zavedajo, da pri nas ta razprava poteka v senci zakonodaje o splavu. Ne glede na to, da se pravniki sklicujejo na anglosaško pravno doktrino, ki jasno razlikuje med ustavno in pravno doktrino, poudarjajo pomen samostojnosti sodne veje oblasti in v ta namen tudi izrekajo previdne sodbe, zavedajoč se pomanjkljivosti, da ni soglasja o statusu osebe v celotnem obdobju življenja, se ni mogoče izogniti skušnjavi, ki je bila izražena zgoraj,²¹ da etična refleksija v zakonodajnem postopku nima veliko možnosti in da bi lahko posege Evropskega sodišča za človekove pravice (ESČP)²² na to področje kdo hitro imel za poseganje sodišča onkraj meja pristojnosti. Pravniki opozarjajo na nadaljnje razhajanje med ustavno in pravno doktrino, ko ni več jasno, če zakon dejansko zastopa interese posameznika proti interesom države in če je prvi interes države ščititi posameznika.²³ Poudarjajo pomen Konvencij, ki imajo pravne posledice, in izjav evropskih ustanov, čeprav na primer izjave Parlamentarne skupščine o dostojanstveni smrti istočasno jemljejo le kot nasvet. Izluščiti je mogoče naslednje vidike: ponovno je treba opredeliti človekovo pravico do avtonomije ter vsakemu hudo bolnemu človeku omogočiti ustrezno terapijo pri lajšanju bolečin. Mnenje je, da je pravica do dostojanstvene (naravne) smrti najtesneje povezana z omenjenima možnostma.

Ko je A. Teršek analiziral ustavne, zakonske (kazenskopravne) in etične okvire v RS v zvezi z evtanazijo in pomočjo pri samomoru,²⁴ je omenil naslednje ustavne okvire: 17. člen Ustave RS, ki govori o nedotakljivosti človeškega življenja, 18. člen, ki govori o prepovedi mučenja, ponižujočega kaznovanja in izvajanje medicinskih ali drugih znanstvenih poskusov brez svobodne privolitve prizadetega, 21. člen ustave, ki govori o varstvu človekove osebnosti in dostojanstva, 34. člen ustave, ki govori

²⁰ U. Matos, *Poslednja pravica: ali imamo od zdravnika pravico zahtevati, da nam konča življenje?*, v: *Mladina*, št. 14 (5. apr. 1999) 48-50; J. Bohak, *Zori čas razprave: evtanazija*, v: *Delo*, št. 16 (20. jan. 2001) 12-13; M. Grah, *Pravica do smrti - poslednja pravica?*, v: *Delo*, št. 101 (5. maj 2001) 8-10; *Evtanazija - tabu, ki izginja. Naj umre, kdor hoče?*, v: *Delo*, št. 230 (5. okt. 1996), str. 45.

²¹ Prim. *Priporočilo 1418*, proteste Parlamentarne skupščine Sveta Evrope in odzive nizozemske vlade nanje (6. pogl); http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/index_eu.htm

²² www.echr.coe.int (*European Court of Human Rights*).

²³ Prim. A. Teršek, *n. d.*, 199. Ko analizira odločitev ameriškega sodišča, poudari, da je interes države v tem primeru istoveten pravici, ki jo posamezniku zagotavlja ustava. Posamezniku se torej ni treba bati, da bodo njegove pravice prikrajšane zaradi interesov države oziroma nekega sloja v državi. Pojavi se torej upravičeno vprašanje, koga ščiti zakon o evtanaziji na Nizozemskem. Zdravnike?

²⁴ A. Teršek, *n. d.*, 218-221.

o pravici do osebnega dostojanstva in 51. člen, ki govori o pravici do zdravstvenega varstva.²⁵ Zakon o zdravstveni dejavnosti²⁶ v 47. členu govori o zdravstveni oporoki (*living will*). Zakon o obligacijskih razmerjih²⁷ tudi že govori o tem, da je bolnik soodgovoren za to, kar se dogaja med njim in zdravnikom, čeprav seveda postavlja v ospredje odgovornost zdravnikov. Kazenski zakonik RS²⁸ v 127. členu govori o kaznivem dejanju umora, v 131. členu pa o napeljevanju k samomoru in o pomoči pri njem,²⁹ v 129. členu pa govori o smrti iz malomarnosti.³⁰ Kodeks medicinske etike in deontologije Slovenije³¹ evtanazijo odklanja in obsoja kot lažni humanizem (43. člen). Bolnikovo umiranje je del zdravljenja (44. člen) in zato je zdravnik dolžan poskrbeti vse potrebno za »smiselno zdravljenje«. 45. člen govori o pravicah umirajočega do paliativne terapije in o zdravnikovi nalogi, da bolniku »zagotovi priložnost, da se lahko duševno pripravi na pričakovano smrt«. 46. člen govori o dolžnem obveščanju bolnika o njegovi bolezni, o spoštovanju človekove svobode, zlasti tudi o pravici do neobveščenosti, pa tudi o upoštevanju bolnikove domnevne volje, če je bolnik v nezavesti, ter o mnenju oseb, ki bolnika dobro poznajo.

Interpretacija Ustave RS se naslanja na merila Konvencije o varovanju človekovih pravic in temeljnih svoboščin (KVČP). Splošno mnenje je, da bi Svet Evrope za prepoved evtanazije moral sprejeti posebno konvencijo, ki bi to prepovedovala, na drugi strani pa bi bilo potrebno dopolniti 2. člen KVČP. Ko se interpretacije nanašajo na stopnjo pravne

²⁵ 51. člen Ustave RS med drugim pravi: »Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.«

²⁶ Ur. list RS 9/92.

²⁷ Prim. A. Polajnar-Pavčnik, *Obligacijski vidiki razmerja med bolnikom in zdravnikom*, v: A. Polajnar-Pavčnik – D. Wedam-Lukić (ur.), *Pravo in medicina*, Ljubljana 1998, 89-118.

²⁸ Ur. list RS 63/94 (veljati je začel 1995).

²⁹ 131. člen, prvi odstavek: »Kdor koga naklepoma napelje k samomoru ali mu pomaga pri samomoru in ta stori samomor, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.« 131. drugi odstavek: »Kdor stori dejanje iz prejšnjega odstavka proti mladoletni osebi, ki je že stara štirinajst let, ali proti osebi, katere sposobnost razumeti pomen svojega dejanja ali imeti v oblasti svoje ravnanje je bila bistveno zmanjšana, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let.«

³⁰ 127. člen KZRS, prvi odstavek: »Kdor komu vzame življenje, se kaznuje z zaporom najmanj petih let.« 127. tretji odstavek: »Če je bilo dejanje iz prvega odstavka tega člena storjeno v posebno olajševalnih okoliščinah, se storilec kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.« KZ opredeli tudi posebne sramotne oblike kaznivega dejanja odvzema življenja, za katere je predvidena kazen do 20 let, med katerimi bi se lahko znašel tudi kak primer evtanazije. Kaznivo dejanje zagreši tudi zdravnik, ki pomaga bolniku v popolnoma brezupnem položaju k hitrejši smrti. 129: »Kdor povzroči smrt drugega iz malomarnosti, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.«

³¹ Revidiran in potrjen 1. februarja 1993 (Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije).

zaščite človekove svobode, se pravniki radi ozirajo na ameriško interpretacijo 14. amandmaja Ustave ZDA v odločitvah sodišč. ESČP se načelno naslanja na tezo, da so interesi države istovetni z interesi posameznih državljanov. Konvencije so za članice pravno zavezujoči dokumenti, vendar se glede posameznih vprašanj – tudi glede evtanazije – ne izjasnijo. Nedavno je bila na ESČP vložena tožba »Pretty proti Združenemu kraljestvu«, ³² ki potrjuje, da morajo države na eni strani odločati v skladu z 2. členom KVČP in da naj vprašanje evtanazije zakonsko uredijo. Zakonska ureditev mora biti skladna s KVČP, o skladnosti pa odloča ESČP. Podobno kot KVČP tudi Ustava ne ščiti pravice do smrti, te pravice pa ne more niti dati. Ustava tudi ne prepoveduje samomora in evtanazije, razen če imamo tudi evtanazijo za smrtno kazen; izrecno je namreč prepovedana smrtna kazen.

Ni pa se mogoče izogniti občutku, da razprava poteka v senci legaliziranega splava. To dokazujejo zlasti tiste pravne interpretacije, ki včasih predlagajo, naj bi evtanazijo obravnavali podobno kot splav, se pravi kot zasebno vprašanje pacienta in zdravnika. Vprašanje je, čemu bi bil potreben zakon, saj bi legalizacija pomenila, da bi lahko kdo svojo pravico iztožil. Koga bi ščitil tak zakon?

Pravica do življenja je podobna pravici do naravne smrti oziroma te pravice ne izključuje; izraža namreč, da posameznik niti o začetku niti o koncu življenja ne more razpolagati samovoljno. Toda pozitiven zakon ne more na enak način ščititi pravice do življenja in pravice do smrti. Zakon ščiti svobodo, dostojanstvo in pravico do zasebnosti; daje pravico do odklonitve (prekinitve) zdravljenja in do terapije bolečin. To z drugimi besedami pomeni, da na presojo dejanj ne vpliva razlika med aktivnim in pasivnim ravnanjem, ampak med neposrednimi in posrednimi motivi. ³³ Pravica do (naravne) smrti pomeni ustvaritev takih pogojev in okolja, kjer je njegovo umiranje čim bolj olajšano. ³⁴

Viktor Planinšec je v komentarju Oregonske pobude o dostojanstveni smrti menil, da zakonodajalec »pravice do smrti ni sprejel očitno iz

³² *Pretty v. the United Kingdom*. Diane Pretty, državljanka Združenega kraljestva, rojena 1958 in živi v Lutonu, umira za motonevronske poškodbe mišičnega tkiva; za to bolezen ni nobenega zdravila. Diane Pretty je zaprosila zdravnike, da bi ji pomagali pri samomoru, a so ji to odklonili. Več o tem na: www.echr.coe.int/Eng/Press/2002/. Sodišče je zaslišanje opravilo 19. marca 2002, sodbo pa bo (je) objavilo v ponedeljek, 29. aprila 2002. ESČP je tožbo soglasno zavrnilo. Mediji so sporočili, da je Diane Pretty umrla v soboto, 11. maja 2002.

³³ Danes se uveljavlja prepričanje, da je razlika med aktivnim in pasivnim ravnanjem lahko celo zavajajoča. Prim. *Milostna smrt ...*, v: *Dignitas*, št. 10 (2001), 142.

³⁴ KZ omogoča odškodninsko tožbo, če je oseba s pacientom grdo ravnala (146. člen), če je opustilo zdravstveno pomoč (189. člen) in če je umirajočega bolnika malomarno zdravilo (190. člen). Ti členi govorijo o pravici do ustrezne terapije bolečin, ko sicer ni več mogoče pomagati z zdravljenjem bolezni.

izvenpravnih – filozofskih, moralnih, religioznih, tradicionalnih pogledov družbe na to občutljivo področje.«³⁵ Zunajpravni razlogi so »etični« razlogi. Medtem ko pozitivno pravo ne more »dati« pravice do smrti, ker je nima oziroma ker je dolžno braniti posameznika, in sicer najšibkejšega člana družbe, se (kazensko) pravo definira kot produkt človekove civilizacije, kako imeti oblast nad nasiljem in/oziroma kako nasilje preprečiti. Gre skratka za to, kako v pravo uveljaviti vrednote in se izogniti nevarnosti, da bi pravo postalo *summa iniuria*. Viktor Planinšec svoje razmišljanje sklene takole: »Vsekakor pa gre svet naprej in *de lege ferenda* se bo pri nas gotovo že v bližnjem času z resnostjo govorilo o uveljavitvi človekove pravice ne samo do življenja, ampak tudi do smrti ob asistenci zdravnika, kajti v 'razviti in zanesljivi' družbi bi verjetno ne smelo biti zadržkov do smrti iz usmiljenja ali dostojanstva neozdravljivih in hudo trpečih bolnikov na njihovo zahtevo. Menda se bo tudi pri nas že pojavilo evtanazijsko združenje po vzoru Hemlock Association – združenje za trobeliko. Očitno ne bo mogoče večno vztrajati pri nedopustnosti 'dobre smrti' zgolj zaradi Hipokratove prisega ali iz religijskih razlogov po načelu *fiat iustitia – pereat mundus*.«³⁶

3. Mnenje zdravnikov in zdravništva o evtanaziji

V okviru razprav o zdravniku in smrti je Janez Milčinski že leta 1963 objavil še vedno aktualno razpravo o evtanaziji.³⁷ Razprava je nastala ob rojstvu pohabljenih otrok, ki so se rodili materam, ki so med nosečnostjo jemale pomirjevalo talidomid. Ta problem je bil takrat posledica tako rekoč množične medicinske zmote; odprl je »klasično« vprašanje o evtanaziji, namreč o evtanaziji pohabljenih in prizadetih otrok. Ob misli na otroka-bolnika, ki s svojo brezpogojno zahtevnostjo spremeni življenje staršev v neprekinjeno žrtvovanje, ki ga še greni zavest, da je brezploдно, se poraja vprašanje, ali naj jih medicina ne reši trpljenja; seveda pa tu navadno ne gre za otrokovo trpljenje, marveč za trpljenje njegovih skrbnikov. To je eno vprašanje. Ob tem se postavljajo še druga: »Kako bi gledali na starše, ki bi svojega otroka peljali 'evtanazirat'«? in »Ali so nebolgli otroci res samo breme?« Janez Milčinski je njihovo vlogo v družbi primerjal s spomeniki, »ki so nam lahko v napoto«, a jih ljudje kljub temu postavljajo. Starši, ki sprejmejo prizadetega otroka, so kot spomenik človeški solidarnosti, ki ne dovoli, da bi koga zapustili, četudi se je rodil neproduktiven in je njegovo življenje na videz »nevredno«.

³⁵ V. Planinšec, *Nekaj pravniskih pogledov na »dobro smrt«*, v: ZV 64 (1996) 172.

³⁶ V. Planinšec, *n. d.*, 173.

³⁷ J. Milčinski, *n. d.*, 159-167; prim. tudi članek *Splav in detomor v Jugoslaviji*, objavljen *prav tam*, 220-224.

Milčinski je evtanazijo predstavil kot »protisloven pojem« z bogato, pestro in pretresljivo zgodovino, kot vprašanje, ki se je brez odgovora umaknilo v zatišje. Po njegovem bi jo bilo najbolje evtanazijo omejiti na medicino (na »pravo evtanazijo«³⁸ kot zdravniški problem), toda ker nenehno prestopa okvir, je to nemogoče. Zgodovinske primere tega prestopanja okvirov je videl v Morovem, Baconovem in Carrelovem gledanju na evtanazijo, se pravi v primerih, ki so hoteli legalizirati usmr titev bolnih, onemoglih, prizadetih. Ob tem je omenil zahtevo Zdravniškega združenja v državi New York, ki je leta 1903 svojim članom postavilo jasno zahtevo, naj določenim skupinam bolnih skrajšajo življenje z lahko smrtjo, in zakon v državi Iowa v letu 1906, s katerim je ta država hotela uzakoniti ne le milostno usmr titev neozdravljivo bolnih starih ljudi, marveč predvsem evtanazijo otrok s prirojenimi napakami in idiotov. Tudi predlog zakona o zgodnji evtanaziji v Angliji (1936) se je nanašal na evtanazijo otrok. Janez Milčinski je v razpravi posebej osvetlil nacistični evtanazijski program, ki sta ga začela kriminalist Binding in psihiater Hoche leta 1920. Leto za tem se je v Sloveniji na to odzval Alfred Šerko in v *Slovenskem pravniku* med drugim napisal: »Vem, da živalstvo v svoji sredi ne trpi invalidov in bebcev, vem pa tudi, da je postal človek šele tedaj človek, ko je otrese ali vsaj skušal otresti s sebe žival.«³⁹

Janez Milčinski je potegnil razliko med legalizirano in zdravniško evtanazijo. »Vsakokrat znova se pokaže, da kazenskopravne določbe odpovedo, in se nazadnje pokaže tudi to, da bi bila uzakonitev evtanazije večje zlo, kot pa je obravnavanje posameznih primerov z uporabo neustreznih določb o naklepni usmr titvi, četudi privilegirani ...«⁴⁰ Milčinski je imel kazenskopravno plat evtanazije za »normalno«, čeprav je dvomil, da je kazensko pravo sposobno ugotoviti, za kaj je šlo, predvsem pa ne, da zdravnikovo delo pozna evtanazijske situacije, ki »še zdaleč ne izpolnjujejo dejanskega stanja kaznivega dejanja, so pa zato toliko nevarnejše za pogoške v luči etičnih načel. In s tem smo pri jedru problema. Pokazali smo, da evtanazije ne moremo kar povprek in v vseh subtilnih oblikah obsoditi kot moralne in kazenske obsodbe vredno dejanje. Prav zaradi tega in še posebej zato, ker se je s sprejemljivimi utemeljitvami že pojavila kot dovoljena ali vsaj opravičljiva v kazenski zakonodaji raznih dežel ...«⁴¹ Legalizirana evtanazija je nevarna zato, ker je »predvsem zdravnik tisti, ki ogroža in ki je tudi sam ogrožen s subtilnimi in prikritimi oblikami evtanazije.« Njegova obravnava evtanazije ima za cilj senzibiliziranje zdravnika, da bi se odzval na prvo »dozo nemoralne-

³⁸ J. Milčinski, *n. d.*, 163.

³⁹ Nav. po J. Milčinski, *n. d.*, 162.

⁴⁰ J. Milčinski, *n. d.*, 163.

⁴¹ J. Milčinski, *n. d.*, 164.

ga in etično oporečnega.«⁴² S tem se je Janez Milčinski dotaknil monstroznega problema pravne doktrine, ki je zagovarjala interese družbe v škodo tretji osebi, argumenta spolzkega nagiba, ki je poskušala nekatere zdravnikove odločitve prenesti na upravni odbor in ga razbremeniti odgovornosti. »Mnogo bolje kot o dolžnosti brezpogojne ohranitve življenja se nam zdi govoriti o brezpogojnem spoštovanju življenja. V luči spoštovanja življenja, ki pomeni obenem tudi spoštovanje smrti, se bo zdravnik lažje odločil za pravo pot. Zavedati se mora, da mu grozi dvojna nevarnost napake: da bo postal sosterilec smrti – ali pa da bo v športni tekmi s smrtjo pozabil na bolnika.«⁴³

Po mnenju zdravnikov prihajajo pobude za legalizacijo evtanazije iz ideje o produktivni družbi, ki ne prenese nekoristnih ljudi, ki so ji v napoto in na katere gleda kot na strošek. Zato menijo, da imajo v dilemah dokaj izoblikovano idejo o tem, da je treba razlikovati dejanje od storilca, da se z dejanjem aktivne evtanazije ni mogoče strinjati, da pa to ne more biti razlog, da bi bili sodniki ali da bi lahko od drugih zahtevali nadpovprečno požrtvovalnost. Ta drži tako rekoč zahteva spoštovanje tistih, ki se niso pustili premagati grozi pred žrtvijo.

Posameznih odzivov na to problematiko je več,⁴⁴ izstopa tisti iz leta 1995, ko so se zdravniki odzvali na oregonski zakon o dostojanstveni smrti in temu problemu posvetili nekaj tehtnih razprav, zlasti v *Zdravniškem vestniku*.⁴⁵ Uvodnik v to številko so napisali Jože Drinovec, Matija Cevc in Zlatko Fras. Med drugim so poudarili, da evtanazijo zahteva »majhen, a medijsko zelo odmeven del bolnikov«, da so – razen na Nizozemskem – iniciative »naletele na odpor laične javnosti in ne samo pravnikov in zdravnikov« in da so »posledice morebitnega legaliziranja takih zahtev daljnosežne, težko predvidljive, možne zlorabe še bolj.«⁴⁶

⁴² *Prav tam.*

⁴³ J. Milčinski, *n. d.*, 165.

⁴⁴ A. Dolenc – B. Ermenc – A. Homan, Evtanazija v luči medicinske etike in deontologije ali samomor in evtanazija, v: Anton Dolenc (ur.), *Samomor na Slovenskem*, Ljubljana 1990, 157-165; J. Trontelj, Napake kvečjemu v varni smeri: možganska smrt, koma, nepovratna izguba zavesti in evtanazija, v: Delo, št. 145 (24.VI.1994), str. 38-39; J. Trontelj, *Ko je zdravnikova dolžnost, da skuša ohraniti življenje, izčrpana* (vprašanja o evtanaziji I.) v: Delo št. 195 (24.VIII.1996) str. 29; Z. Kaiser, *Etnični vidiki evtanazije*, v: *Defektologična slovenica* 3 (april 1995/1) 59-68.

⁴⁵ M. Cevc, *Evtanazija in zdravnik*, v: ZV 64 (1995/3), str. 155-160; V. Flis, *Evtanazija in zdravnik*, v: ZV 64 (1995/3) 161-165; A. Dolenc, *Oregonska pobuda je v nasprotju s temeljnimi etičnimi izhodišči zdravniškega poslanstva*, v: ZV 64 (1995/3) 170-171; M. Klevišar, *Nekaj misli ob Oregonski pobudi za legalizacijo evtanazije*, v: ZV 64 (1995/3) 171-172; J. Trontelj, *»Pravica bolnega na smrt«* (vprašanja o evtanaziji II.), v: Delo, št. 201 (31.VIII.1996), str. 32; G. Annas in drugi, *Death by prescription: the Oregon initiative*, v: ZV 64 (1995/3), str. 167-170.

⁴⁶ J. Drinovec – M. Cevc – Z. Fras, *Oregonska iniciativa – priložnost za razmislek*, v: ZV 64 (1995) 133.

M. Cevc pa je kasneje zapisal: »Prepričan sem, da evtanazije ni mogoče zlorabiti, zlorabi se lahko izvajalca.«⁴⁷ S tem ni mislil le na prej omenjeno »zdravniško evtanazijo« in legalizacijo evtanazije,⁴⁸ pač pa na možnosti, ki jih daje medicina pod krinko »zdravniške evtanazije«. Zdravniki že nekaj desetletij opozarjajo, da je medicina na usodnem razpotju ter da lahko s svojim »uspešnim zdravljenjem« povzroči hude telesne in duševne bolečine, ki ne odtehtajo rezultatov takega zdravljenja (podaljševanje življenja).⁴⁹ Tehnična medicina je »na nekaterih področjih verjetno presegla meje sprejemljivega«, saj je cilj zdravljenja »poleg podaljševanja življenja predvsem izboljšanje kakovosti življenja.«⁵⁰ Morda je presenetljivo, da so se zdravniki številneje odzvali na zakon o dostojanstveni smrti v Oregonu, kot na legalizacijo evtanazije na Nizozemskem. Leta 2001 je izšlo le nekaj odmevov v dnevnem časopisju, v strokovni literaturi pa tega praktično ni bilo zaznati.⁵¹ Povod za to je najbrž v tem, da se je formalna razprava o evtanaziji na Nizozemskem ves čas gibala na razlikovanju med aktivno in pasivno evtanazijo, to razpravo pa zdravniki in etiki odklanjajo kot zavajajočo: po mnenju zdravnikov je medicina, ki računa le na tehnične možnosti in je obsedena s tem, kar je treba *narediti*, nujno v slepi ulici ter ne zna biti niti svobodna niti kljubovati nevarnosti evtanazije. Matija Cevc je s tem mislil na medicino, ki se izogiba vprašanju naravne smrti in meni, da umirajočemu ni več mogoče pomagati. V aktivno evtanazijo jo žene duh aktivizma. Cevc meni, da je v tej pasti tudi slovenska medicina, ki na formalni ravni – v *Kazenskem zakoniku RS* (1994),⁵² zakonodaji in v *Kodeksu medicinske deontologije Slovenije* (1993)⁵³ – nima nobenih navodil, kako naj zdravnik ravna, »saj izhajata oba akta iz že zdavnaj preživelega pogleda na sožitje med

⁴⁷ M. Cevc, *n. d.*, 155.

⁴⁸ »Prvi vidik je pravni, drugi pa je, če je evtanazija moralno sprejemljiva. I za pravo je seveda stvar preprosta. I Pri razmišljanju o evtanaziji pa ni pomemben končni dogodek, smrt, pač pa pot, ki vodi do njega, torej umiranje. Tu jasna in enostavna definicija ne zajema številnih moralnih in filozofskih podtonov, ki jih evtanazija sproža. S tem pa se srečuje zdravnik, ki je po vesti in načelih etike odgovoren predvsem svojemu varovanecu – bolniku.« M. Cevc, *n. d.*, 155.

⁴⁹ V nedavno izdani brošuri *Euthanasia and Human Dignity* (Utrecht 2002) je nizozemska škofovska konferenca objavila ne le seznam svojih protestov proti postopkom legalizacije evtanazije, pač pa tudi »krščanski predlog« o tem, kako medicino humanizirati na mejnem področju med življenjem in smrtjo. Prim. tudi V. Messori, *Izziv smrti*, Ljubljana 1986.

⁵⁰ M. Cevc, *n. d.*, 155.

⁵¹ J. Janko, *Zori čas razprave: evtanazija*, v: *Delo*, št. 16 (20. jan. 2001) 12-13; isti, *Evtanazija – odprt problem*, v: *Znamenje* 30 (2000) 138-158; M. Grah, *Pravica do smrti - poslednja pravica?*, v: *Delo*, št. 101 (5. maja 2001) 8-10.

⁵² *Kazenski zakonik RS*, v: *Ur. list RS* 63/94.

⁵³ *Kodeks medicinske deontologije Slovenije*, v: *Zbornični akti*, Zdravniška zbornica Slovenije 1993, 1-93.

zdravnikom in bolnikom».⁵⁴ Če je nesporen smisel 43. člena Kodeksa, ki pravi, da »zdravnik odklanja evtanazijo in jo ima za lažni humanizem«, je vsebina tega člena vendarle v zraku, ko zdravniku ne dopušča niti tega, »kar je dopuščeno po nauku Katoliške cerkve že več kot deset let«.⁵⁵ 46. člen Kodeksa medicinske deontologije med drugim pravi: »Pri zdravljenju umirajočega v zadnjem obdobju bolezni je treba upoštevati željo bolnika, če je ta razsoden in je bil o svoji bolezni ustrezno poučen, razen če se njegova želja ne sklada s temeljnimi etičnimi merili zdravniška.« Pojem »zdravljenja« je v kontekstu kodeksa treba razumeti kot podaljševanje življenja. M. Cevc je opozoril na nasprotje med omenjenim členom, ki zdravniku ne dopušča, da bi brezupno bolne prenehal zdraviti (očitno tu misli tudi na umetno hranjenje), in 56. členom Kodeksa, ki zdravniku prepoveduje, da bi nasilno zdravil tistega, ki gladovno stavka. Gre skratka za to, da paliativna terapija še ni definirana kot terapija. Svojo razpravo je sklenil takole: »Verjetno je še prezigodaj pričakovati, da bi se v bližnji prihodnosti pri nas korenito spremenilo stališče tako do pasivne kot do aktivne evtanazije. Ni pa več dvoma, da novi dosežki pri zdravljenju terjajo tudi nove presoje o spremljanju umirajočih, pri čemer moramo upoštevati pravico do smrti brezupno bolnega in trpečega bolnika. Zagotovo je že skrajni čas, da se uradno dopusti tisto, kar se že dolgo časa izvaja, to pa je vsaj pasivna evtanazija, v sklop katere šteje tudi intenzivna analgezija ter opuščanje zdravljenja in oživljanja.«⁵⁶

Eden od pokazateljev, zakaj je oregonski zakon o dostojanstveni smrti zbudil tolikšno pozornost, je način, kako se je v njem pojavilo vprašanje bolnikove avtonomije in kakšne posledice ima to za razumevanje razlike med aktivno in pasivno oziroma med neposredno in posredno evtanazijo. Medtem ko so zdravniki na splošno menili, da je tudi oregonska pobuda v nasprotju s temeljnimi etičnimi izhodišči zdravniškega poslanstva,⁵⁷ je Vojko Flis navedel tudi nekaj primerov razmišljanja v Ameriki, ki se je ustalilo na *razlikovanju*, ne na razliki »aktiven-pasiven«,⁵⁸ in s tem pozornost obrnilo na celostno nego; toda »domače

⁵⁴ M. Cevc, *n. d.*, 159.

⁵⁵ Matija Cevc se sklicuje na KKC 2278 in 2279, v katerih gre za razlikovanje med rednimi in izrednimi sredstvi.

⁵⁶ M. Cevc, *n. d.*, 160 (sklicuje se na izjavo *Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients*, v: *JAMA* 271 (1994) 1200-1203. Kot rečeno, se danes medicina večinoma izogiba izrazu »pasivna« evtanazija, ker ne pove nič o dejanski skrbi za terminalno bolne in umirajoče.

⁵⁷ Prim. A. Dolenc, *Oregonska pobuda je v nasprotju s temeljnimi etičnimi izhodišči zdravniškega poslanstva*, v: *ZV* 64 (1995/3) 170-171.

⁵⁸ Načelno je prepovedana predčasna zaključitev življenja, ki bi jo mogoče lahko umestili v pojmovno polje umora; zaščititi je treba avtonomijo osebnosti; spoštovati je treba

prakse pač še ni«. ⁵⁹Tragedija evtanazije ni nič drugega kot rezultat izgube pravega odnosa med zdravnikom in bolnikom v času, ko vlada visoka tehnologija in ko se je v ta položaj vključila še tretja stranka. Po mnenju Vojka Flisa bi bilo treba tako imenovano legalizacijo evtanazije in samomora gledati predvsem z vidika zaščite avtonomije bolnikov in zdravnikov. Svojo razpravo je sklenil takole: »Sodobni etični pogledi dovoljujejo razpravo o evtanaziji v njenem dobrodelnem in ne slabšalnem pojmovnem polju zgolj in samo v tistem delu, kjer lahko govorimo, da smrt neizogibno prihaja zaradi višje sile. Višja sila je v tem primeru bolezen, ki povzroča neznosno trpljenje v umiranju, ki ga ni mogoče niti omiliti niti preprečiti.« ⁶⁰

4. Evtanazija in vloga psihologije

Ob ugotovitvi, da je napredek v medicini dvoumen in dvorezen pojem in da lahko medicina ravno tedaj, ko uporablja najboljše metode za vzdrževanje življenja, poslabša bolnikovo stanje ter mu nehote – ne pa nevede – povzroči hude telesne in duševne muke, se je ob avtonomiji pojavilo tudi vprašanje kvalitete življenja. Za zagovornike je dvig kakovosti življenja eden najmočnejših razlogov, da zagovarjajo človekovo avtonomijo tudi v tej skrajni obliki, ko si pravica do svobodnega razpolaganja s samim seboj in pravica do življenja na videz nasprotujeta. Menijo, da dolgotrajno neznosno trpljenje človeka oropa dostojanstva. Zato trdijo, da so domnevne nevarnosti, ki jih s seboj prinaša evtanazija, manjše zlo kot izguba dostojanstva. Teoretično drži, da dostojanstva ni mogoče izgubiti, pač pa ga je mogoče vzeti. To kaže na brezplodnost tistih razprav, ki temeljijo na predpostavki, da si lahko posamezne temeljne pravice med seboj nasprotujejo. Jože Trontelj je v okviru Odbora za bioetiko pri SE takoj po sprejetju *Konvencije o bioetiki* predlagal, naj bi se v posebnem dokumentu lotili pravic ljudi, ki so bolni na smrt. »Tu ne gre samo za evtanazijo, marveč za mnoge druge stvari, ki zadevajo pravice ljudi, ki so bolni na smrt in umirajo, da so v nekem smislu marginalizirana manjšina ...« ⁶¹Dosegel je, da je SE naročil študije o tem vprašanju v vsaki članici. Jože Trontelj je kot predlagatelj menil, da SE nujno potrebuje minimalno politično, pravno in etično soglasje ne le glede evtanazije, ampak tudi glede celostne obravnave umirajočih. Na eni stra-

medicinsko-etične norme; naloga prava je zmanjšati možnosti prizadetosti vpletenih ali nevpletenih nedolžnih ljudi in hkrati ob tem obvarovati interese države.

⁵⁹ V. Flis, *Evtanazija in zdravnik*, v: ZV 64 (1995/3) 164.

⁶⁰ V. Flis, *n. d.*, 165. Tudi tu zlahka vidimo, da je šlo za iskanje izrazov in »modelov«, ki jih danes obsega paliativna terapija oziroma celosten pristop.

⁶¹ *Milostna smrt ...*, v: *Dignitas* 10 (2001) 132.

ni naj bi pojasnili pojme, zlasti tiste položaje, v katerih se nahaja bolnik s terminalno boleznijo in ki motivirajo razprave o *odločitvah o končanju življenja*, o *usmrtni iz usmiljenja* oziroma o *evtanaziji kot dejanju dobrodelnosti*. Razlog za tako pomoč dostikrat niso bolečine, ampak druge oblike neugodja, predvsem duševno trpljenje. Različni pojmi in značilni sodobni miselni vzorci, kot na primer, da ni več na razpolago racionalno sprejemljive terapije, da so možne zdravnikove napake pri diagnozi, da so morda pomembni njegovi razlogi za evtanazijo, da obstajajo želje, naj bi to nejasnost uredili z legalizacijo, da je treba biti sočuten s (preobremenjenimi) svojci in podobno, postavlja človekovo klicanje na pomoč v novo luč.

Stroka se glede tega sklicuje na vlogo psihiatrije v oregonskem zakonu o dostojanstveni smrti; ta predvideva psihiatrično mnenje o nekom, ki zdravnika prosi, da mu pomaga napraviti samomor. Tudi na Nizozemskem so v preiskovalne študije vključili psihiatre. Ti so – sicer ne zelo pogosto, pa vendar – odkrili, da so motivi, zakaj bolniki prosijo (bi bili pripravljeni prositi) za evtanazijo, lahko zelo različni: zelo pogosta je depresija, ki lahko po mnenju psihologov bistveno zmanjša sposobnost odločanja in tudi sicer spremeni lestvico vrednot, kolikor ta sploh še obstaja; med ovirami za sposobnost odločanja je mogoče najti tudi strah pred zdravnikovo napako v diagnozi ali zdravljenju in zlasti strah, da bo nekdo v evtanazijo prisiljen. Zdravniki, ki so se specializirali na paliativno terapijo in poudarjajo pomen celostnega pristopa, so zelo jasni, ko govorijo, da je večina zdravnikov prepričanih, da je njihov prvi cilj ohranjati (podaljševati) življenje;⁶² sploh niso seznanjeni s tem, da pacient, ki želi, da bi mu zdravnik pomagal umreti, to želi zato, ker se boji bolečin, ki mu jih je zdravnik pripravljen povzročiti zgolj zato, ker bi mu rad »pomagal«. Paliativna terapija opozarja na manjkajoči člen v verigi medicinskih ukrepov. Jože Trontelj je v pogovoru o evtanaziji⁶³ poudaril, da je napaka nekaterim bolnikom ponuditi terapijo, ki jih v bistvu oropa njihove pravice do naravne smrti in jim dejansko jemlje dostojanstvo. Medicina lahko zelo poslabša umiranje. Toda evtanazija ni alternativa tem terapijam. Javno mnenje je vsaj na neki način naklonjeno tezi, da bi evtanazija lahko postala »alternativa«, vendar se na drugi strani danes vse pogosteje oglašajo zagovorniki (ombudsmeni) pravic bolnikov, češ da bolnike preprosto nihče nič ne vpraša.⁶⁴ Evtanazija seveda ni alternativa, če razprava o njej preskoči prizadetega in jo – evtanazijo namreč – predstavlja kot izraz dobrodelnosti. Nedvomno bi evtanazija zara-

⁶² G. Dahl, *Smem umreti, kadar jaz hočem?*, v: *Nova revija* 12 (1993), št. 131, XIX-XXI.

⁶³ *Milostna smrt I*, v: *Dignitas* 10 (2001) 143.

⁶⁴ V Sloveniji ima Maribor trenutno – sicer ne profesionalno – zagovornico bolnikovih pravic.

di dvoumnega pomena zelo spremenila pogled na bolnike, zlasti na invalide, ki so tudi sicer bolj odvisni od medicinskih ukrepov. V ozadju teh dilem je staro prepričanje, da je povod za samomor lahko le duševna motnja, da je odločitev zanj iracionalna in da človek te odločitve ne more sprejeti pri polni zavesti. Glede na to, da se v imenu tega mnenja poskuša breme preložiti na tistega, ki ga gotovo ne more nositi, in ga še obremeniti z duševno motenostjo, se je treba ustaviti in to gledanje temeljito pretresti. Ali ne gre za to, da bi radi pomagali v duševni stiski? Zdravniki menijo, da velik odstotek terminalnih bolezni, zlasti AIDS, v zadnjem obdobju povzroča depresije in delirij. Pri tako imenovani »psihološki obdukciji« ugotavljajo, da je bilo 80% bolnikov z rakom, ki so storili samomor, depresivnih. Glede na to, da je zdravljenje depresije zahtevno in zelo počasno, podatki zgovorno pričajo o pomenu celostne oskrbe, ki depresivnosti ne izključuje kot »neobvladljivega« dejavnika.

Mnenja psihologije/psihatrije o evtanaziji in njeni pomoči pri končnih oblikah bolezni – tudi iz slovenskega zornega kota – kažejo na to, da je bolnik v terminalnem obdobju osamljen, jezen, prestrašen, izgubljen in da se s smrtjo še ni nikoli resno soočil. Na drugi strani je to vprašanje namenjeno notranjemu razmerju med različnimi službami, ki bi lahko oziroma bi morale sodelovati zlasti pri terminalnih bolnikih oziroma pri tistih, ki prosijo, naj jim zdravnik pomaga umreti. Neredko se dogaja, da med medicino in psihologijo/psihatrijo ni ustreznega sodelovanja in da mnenje psihiatra bolnika negativno zaznamuje. Kjer je med zdravniki in psihiatri prišlo do večjega sodelovanja, na primer pri preprečevanju samomorov, se je neredko pokazalo, da na trdnost mostu med vrhunsko medicino in celostno oskrbo človeka vplivajo tudi verski razlogi. Pod pojmom »verski« ne gre nujno za vprašanje konfesionalne pripadnosti, pač pa za človekovo pravico, da pogleda smrti v oči in zavrne (tudi vrhunsko) terapijo, ki bi ga rešila smrti, če vidi ali sluti, da bi mu kvečjemu podaljšala trpljenje. Dolžnost medicine, da ponudi najboljšo terapijo, ostane. Danes ne gre več le za mnenje, da je del vrhunske medicinske ponudbe prav v tem, da spoštuje pacientovo pravico, da se z vnaprejšnjo voljo izreče o zdravljenju; iz sodelovanja med medicino in psihologijo in tudi drugimi, ki so udeleženi pri celostni oskrbi, si neredki obetajo, da bo vrhunska medicina sposobna svoje znanje ponuditi tako, da bo bolnik – če bo sposoben – lahko tudi spremenil svojo voljo. Posebna naloga psihologije in vere je v tem, da razkrinkavata provokativno vprašanje, kakšno vlogo imajo pri odnosu do bolnika stroški zdravljenja in kaj pomeni reducirati pacienta na »strošek«.⁶⁵ Najhujša verjetna posledica morebitne legalizacije evtanazije bi bila, da bi moral zdravnik odločati, ali se zdravljenje splača ali ne.

⁶⁵ *Milostna smrt ...*, v: *Dignitas* 10 (2001) 146.

Kljub temu da je z zdravnikovega vidika popolnoma neustrezno razmišljati, da so stroški varovanja terminalnega bolnika nesorazmerni z dobrino, ki jo zdravnik varuje,⁶⁶ čeprav bo zdravnik v politiki morda upravičeno opozarjal tudi na cene v zdravstvu, je zelo pomembno ugotoviti, da celostna oskrba terminalnega pacienta ni vedno draga, saj nujno ne vključuje vrhunske medicine. Spremeniti pa je treba mišljenje, postaviti na noge ekipe, ki bodo bolnike oskrbovale na domu, obenem pa v oskrbo vključiti tudi družine, ki so prizadete in včasih pretrujene in neredko prav tako potrebujejo psihološko oskrbo.⁶⁷ O pomenu spremembe mišljenja govorijo tudi psihologi oziroma psihiatri, ki se ukvarjajo z odvajanjem od mamil: kdor se hoče odvaditi mamil, se jih mora odvaditi tako, da jih ima lahko pri sebi. Tako je bilo mnenje dveh tretjin psihiatrov v Oregonu o tako imenovanem samomoru s pomočjo: zdravnik predpiše sredstva, s katerim lahko bolnik konča svoje življenje, in bolnik jih ima pri sebi. Po mnenju psihiatrov bi s tem (zelo) verjetno izključili oziroma vsaj minimalizirali duševni »motiv« (depresijo) prošnje za pomoč pri samomoru. Svoje mnenje so utemeljevali s podatkom, da do 90% zdravnikov pri svojih pacientih ne zazna depresije.⁶⁸ Nezaznavanje depresije ne pomeni, da je ni, pač pa le, da zdravniki depresivnosti ne posvečajo zadostne pozornosti.

5. Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji

Na 22. seji 11. aprila 1997 je *Državna komisija za medicinsko etiko* izdala posebno stališče do ravnanja z umirajočimi in do evtanazije.⁶⁹ S tem je na eni strani poudarila pomen prepovedi evtanazije v KZ in Kodeksu medicinske deontologije, na drugi strani pa nameravala spodbuditi javno razpravo z etičnimi argumenti. Stališče ima poleg uvoda tri dele: Definicije, Načela in Pojasnila k stališču.

Definicije se nanašajo na zdravstveno oskrbo terminalno bolnih in umirajočih oseb ter na bolnike v kroničnem vegetativnem stanju, na aktivno zdravljenje in na paliativno terapijo.

⁶⁶ »Poudaril bi, da zdravniki bolj kakor drugi vemo, kakšna dragocenost so za družbo bolni in invalidni ljudje.« J. Trontelj, v: *Milostna smrt ...*, v: *Dignitas* 10 (2001) 143.

⁶⁷ O tem govori tudi *Priporočilo 1418 PSSE*. Med drugim v št. 8 govori o tem, da bi morale vse velike bolnišnične ustanove imeti na razpolago tudi prostore za oskrbo bolnikov v terminalnem obdobju. V 9. točki pravi *Priporočilo*: PS zato priporoča, da ministrska komisija spodbudi države članice SE, da bi vsestransko spoštovale in varovale dostojanstvo terminalno bolnih ali umirajočih oseb, in sicer s tem, da bi (tem osebam) priznavale pravico do paliativne nege, da bi (tem osebam) priznavale pravico do samoodločitve in da bi se držale prepovedi namernega odvzema življenja terminalno bolnim in umirajočim osebam ...«

⁶⁸ Prim. J. Trontelj, *O evtanaziji in drugih odločitvah o koncu življenja*, v: A. Polajnar-Pavčnik – D. Wedam-Lukič, *Medicina in pravo*, 310-334, tu 329.

Načela se nanašajo na zdravniški poklic: »Zdravnik je dolžan pomagati bolniku z vsemi razumno dosegljivimi sredstvi tako, da mu olajša trpljenje in po možnosti ohrani življenje.« Zdravnikova dolžnost ohranjati življenje preneha, ko je bolezenski proces nastopil nepovratno pot proti smrti. Če razsoden pacient zavrne zdravljenje, je treba odločitev spoštovati, bolniku pa mora pojasniti medicinska dejstva, ki sledijo taki odločitvi in mu po možnosti omogočiti posvet z drugim zdravnikom. Če je bolnik nezavesten, lahko zdravnik *opusti ali preneha ali opusti nadaljnje zdravljenje brez opredelitve bolnika*, če je po svojem najboljšem znanju in odgovornosti presodil nadaljnji potek bolezni. Zdravnik mora ravnati v bolnikovem najboljšem interesu in upoštevati *poprej izraženo bolnikovo željo*, če obstaja. Upoštevati mora bolnikovo starost in druge okoliščine, v katerih se nahaja, pa tudi svojce. Pač pa »mora vedno zagotoviti, da umirajoči bolnik dobi ustrezno oskrbo. Ukrepati mora tako, da olajša bolečino, dušenje, tesnobo, nemir, zmedenost, pa tudi druge vire predsmrtnega trpljenja, posebno potem, ko so bili ukinjeni ukrepi za ohranjanje življenja. Pri teh postopkih blažilne nege je upravičen uporabiti tolikšne doze zdravil, da doseže zadovoljivo olajšanje, četudi bo s tem v nekaterih primerih tvegalo skrajšanje bolnikovega življenja.« Tu se komisija zavzame za to, da bi »v načrtovanju razvoja zdravstvenega varstva primerno mesto dobil koncept hospicev in blažilne nege na domu. Taka nega naj v največji možni meri zagotovi uresničevanje pravice umirajočega bolnika: do svobodnega odločanja, do človeškega dostojanstva, do resnice o svojem zdravstvenem stanju, do pomoči in duhovne tolažbe ter do lajšanja nepotrebnega trpljenja.« Komisija je v *Stališču* zavrnila evtanazijo in pomoč pri samomoru. »Aktivni ukrepi s ciljem, da se bolnikovo življenje konča (evtanazija), pa so prepovedani po zakonu in po načelih medicinske deontologije tudi takrat, ko je bolnik tik pred smrtjo. Zdravnikova pomoč pri samomoru je etično nesprejemljiva in po zakonu prepovedana. Bolniku, ki zaradi hudega telesnega ali duševnega trpljenja razmišlja o samomoru, mora zdravnik po svojih najboljših močeh to trpljenje olajšati.«

Pojasnila k *Stališču* so tri in se nanašajo na umiranje in smrt v sodobnem svetu, na razloge, ki govorijo proti legalizaciji evtanazije, in na etiko pomoči pri na smrt bolnem. Komisija je najprej zavrnila možnost, da bi evtanazijo oziroma pomoč pri samomoru lahko uzakonili kot eno od človekovih pravic. Menila je tudi, da *kvalitete življenja* in *avtonomije*, ki se pojavljata kot novi kategoriji posebno na tem področju, ni mogoče razumeti v smislu legalizacije evtanazije. Poglavitni razlog zoper legalizacijo je poseben pomen, ki ga naša civilizacija pripisuje posameznemu človeškemu življenju, to je človekovemu dostojanstvu in iz njega izvirajočim človekovim pravicam. Po KVČP ter drugih dokumentih, ki slonijo na njej, so interesi posameznika pred interesi družbe, še več: interes

družbe je, da ščiti posameznika. Legalizacija evtanazije bi porušila to temeljno načelo etike (dobrih navad) v pravu, na medicinskem področju, kjer bi se evtanazija izvajala, pa bi to hitro vodilo do prisilnih evtanazij, napak v diagnozah, slabe blažitve bolečin. Porušilo bi tudi zaupanje med zdravnikom in pacientom, zdravniki bi izgubili svoj temeljni kriterij dela, legalizacija pa bi hudo prizadela bolne in ranljive ljudi. Na to opozarjajo različni podatki, koliko ljudi v današnjem času želi končati svoje življenje. Po mnenju Komisije so želje bolnikov, da bi umrli, pravzaprav njihovi klici na pomoč in kritika razmer. Zato vidi Komisija pomembno nalogo medicine v tem, da razvija ustrezne blažilne nege. »Na ta način lahko medicina poravnava dolg, ki si ga je naložila s tem, ko je mnogim ljudem v slabem smislu spremenila umiranje. Velike investicije niso potrebne, nujna pa je sprememba v pojmovanju in ustrezna organizacija zdravstvene službe. Človečnost in stopnja civilizacije družbe se bosta vse bolj merili tudi po tem, kaj je voljna storiti za svoje umirajoče. Pritisk javnega mnenja za legalizacijo je treba obrniti v pravo smer.«

6. Slovensko gibanje (in društvo) hospic

Sodobno gibanje hospic je eden od odgovorov na vprašanje, kako se lahko človek sooča s trpljenjem, umiranjem in smrtjo.⁷⁰ V ospredje izrecno postavlja dejstvo, da trpljenje, umiranje in smrt ni problem medicinske stroke, ampak da se ta vprašanja dotikajo vseh ljudi in da kot taka predstavljajo posebno nalogo medicine. Na tej točki sodobni hospic ugotavlja, da etičnih vprašanj ni mogoče uvrstiti med »znanstvene« naloge, ker znanost tako rekoč spregleda trpljenje posameznega človeka. To sicer ne pomeni, da se etika in znanost razhajata, nedvomno pa so preobremenjenost, klinični pragmatizem, živčnost ter zlasti poskus, da bi uvedli nov normativni pojem smrti, namreč evtanazijo, močan motiv ne toliko za kritično in užaljeno etiko, ki ji ni nihče prislulnil, ampak za drugačno gledanje na življenje, umiranje in smrt. Hospic pomeni najprej drugačno gledanje na bolnika in drugačno stališče do trpljenja, bolezni in smrti. Njegovo temeljno načelo je: »Dodajati življenje dnevom, ne dneve življenju.« Umiranje je del življenja. »Smrt v hospicu ni sovražnik,

⁶⁹ Stališče državne komisije za medicinsko etiko do ravnanja z umirajočimi (s komentarjem J. Trontlja), v: A. Polajnar-Pavčnik – D. Wedam-Lukić, *Medicina in pravo*, 335-347 (citati, ki sledijo, so iz tega besedila).

⁷⁰ Prvi sodobni hospic je leta 1967 v Londonu ustanovila Cicely Saunders (St. Christopher Hospice) in napisala klasično delo o hospicu *Hospice and Palliative Care – An Interdisciplinary Approach*, Kent 1990; prim. Mainzer Hospizgesellschaft, *Spiritualität in Sterbebegleitung* (1996), delni prevod: Ljubljana 1999. Splet: www.hospiceinformation.co.uk; www.hospice.co.uk.

ampak pripada človeku kot prstni odtis.«⁷¹ Božidar Voljč je v Uvodu v knjižico Metke Klevišar o spremljanju umirajočih napisal, da je to obdobje, ko medicina ne more več pomagati in ko se »zdravniki in sestre prenehajo po vojaško izražati o boju z boleznijo ...«⁷²

Metka Klevišar enega svojih »priročnikov« za sodelavce hospica pospremi z naslednjimi besedami: »S knjigo želim opogumiti vse, ki se srečajo z umirajočim, da ostanejo pri njem.«⁷³ Pravkar navedeni stavek namreč izraža bistvo organiziranega gibanja hospic. Že na prvi pogled je jasno, da je hospic drugačen miselni vzorec in dejanska alternativa razmišljanju o novem normativnem pojmu smrti; je sad najboljšega filozofskega in teološkega izročila Zahoda. Hospic ni kaka nova znanstvena disciplina, morala, del ali podaljšek nekega verstva, nova socialna politika in podobno. Najbrž je treba posebej poudariti, kar je mogoče razbrati s številnih predstavitvenih strani na spletu,⁷⁴ da se danes skupaj s hospicem pojavlja paliativna medicina, ki pa bi jo – čeprav je sad hospica – lahko šteli za zelo specifično področje znanosti, ki se odziva na duševne stiske. Podobno kot je namen hospica dotakniti se *celega* človeka v terminalnem obdobju življenja in ga spremljati do praga smrti, je namen paliativne terapije terminalno bolnemu bolniku omogočiti čim bolj kvalitetno življenje vse do praga smrti. Njen prvi cilj je blažitev bolečin. Ne gre le za domnevo, da so duševne bolečine morda hujše od telesnih. V raziskavah o razlogih, zakaj je sodobni človek naklonjen evtanaziji, je mogoče najti vrsto presenetljivih mnenj in odgovorov, ki dokazujejo, da se dileme porajajo iz nesmisla, duševne bolečine, nepotrpežljivosti, izgube dostojanstva in podobnega, kar je običajni kurativni terapiji popolna neznanka. Zato paliativna medicina pomeni tudi tolažbo, pomoč bolnemu živeti do konca, aktivna pomoč sorodnikom in bližnjim, da se ne bi ustrašili težkih vprašanj. Navdihuje se pri tako imenovani etiki skrbi (*ethics of care*): »AAHPM je mnenja, da je najpristnejša zdravnikova naloga, da pomaga bolnemu, tudi če ozdravljenja ni več mogoče pričakovati.« To se pokriva s *Stališčem* Komisije za medicinsko etiko, da so prepovedani ukrepi s ciljem, da se bolnikovo življenje konča, »tudi takrat, ko je bolnik tik pred smrtjo«.⁷⁵ Prizadevanje hospica lahko izrazimo s štirimi pravili: a) trudi se za dobro in učinkovito protibolečinsko terapijo; b) ne podaljšuje življenja za vsako ceno, ampak blaži trpljenje, bogati življenje, krepi avtonomnost bolnih in jim izboljšuje kvaliteto življenja zadnjih dni ali tednov; c) omogoča in podpira navzočnost svoj-

⁷¹ M. Klevišar, *Eno leto Slovenskega društva Hospic*, v: *Mohorjev koledar* 1997, 143.

⁷² B. Voljč, *Bolezen in duhovnost*, uvod v: M. Klevišar, *Spremljanje umirajočih*, Ljubljana 1996, 7.

⁷³ M. Klevišar, *Spremljanje umirajočih*, 5.

⁷⁴ Tu jemljem za podlago spletno stran *Ameriške Akademije za hospic in paliativno medicino* (AAHPM), ki je bila ustanovljena 1988 (www.aahpm.org).

cev in prijatelj ter spodbuja prostovoljno delo, hkrati pa jih usposablja ne le za spremljanje bolnih, ampak tudi za pomoč žalujočim; č) kdor pride v hospic, ve, da se v njem ne opravlja evtanazije.⁷⁶ Hospic sprejema umiranje kot naravno dogajanje. Cilj celostne oskrbe ni podaljševati življenja, pač pa ga obogatiti in izboljšati, zlasti življenje hudo bolnim in umirajočim. Delo v hospicu je večinoma prostovoljno. Prostovoljstvo je pomembna prвина oskrbe v hospicu.

Zamisel o hospicu je stara. Izvira iz latinske besede *hospitium*, kar pomeni zavetišče, gostišče. V srednjem veku so se ob romarskih poteh razvile postojanke, ki so bile občudovanja vredne ustanove neposredne skrbi zlasti za onemogle popotnike. Znale so predvsem poti, ki so vodile k apostolu Jakobu v Španijo in k Joštu v Bretanijo (Francija). V času križarskih vojn so se razvili hospici, v katerih so skrbeli za ranjence in onemogle romarje, ki so šli v svete kraje. V pravilih je pisalo, da je treba bolne sprejeti kot »gospode«.⁷⁷ K običajni oskrbi je sodila tudi dušno-pastirska skrb. Vzornik celostne oskrbe na koncu srednjega veka je bil Paracelsus (1493-1541).⁷⁸ Iz tega izročila se je rodil moderni hospic. Prvega – Hospic sv. Krištofa – je leta 1967 v Londonu ustanovila Cicely Saunders.⁷⁹ Po njenem vzoru deluje danes na svetu več tisoč hospicev. Hospic ne pomeni kraja ali hiše bivanja, ampak koncept pomoči, ki prihaja naproti bolnim in umirajočim ter njihovim svojcem.

Slovensko društvo hospic je bilo ustanovljeno leta 1995. V Sloveniji je v smislu hospica delovala Skupina za spremljanje umirajočih pri Škofijski karitas v Ljubljani. Njena pobudnica je bila Metka Klevišar. Zamisel je dozorevala do 1995, ko je v Ljubljani v Kliničnem centru potekal seminar *Čas življenja – čas umiranja*. Na seminarju je sodelovala Helga Strätling iz Würzburga. Po vzoru hospica v Würzburgu je bilo 6. junija 1995 ustanovljeno *Slovensko društvo hospic*, ki je bilo prvo te vrste v Sloveniji. Ob koncu leta 1997 je bilo vanj vključenih že 500 članov iz vse Slovenije, od tega skoraj polovica iz zdravstvenih poklicev. Do zdaj so bili poleg odbora v Ljubljani ustanovljeni področni odbori v Mariboru, Velenju in Trzinu. Zanimanje za širitev hospica pa se kaže tudi drugod po Sloveniji. V Sloveniji hospici trenutno še ne načrtujejo hospica kot hiše. Cilj društva je ljudi osvestiti, da je zelo pomembno, kako preživeti zadnji del svoje življenjske poti, da spremljanje umirajočih prinaša večjo kakovost življenja ne samo umirajočim, ampak tudi tistim, ki živijo

⁷⁵ Stališče državne komisije I, 337.

⁷⁶ M. Klevišar, *Hospic v svetu in pri nas*, v: Mohorjevo koledar 1996, Celje 1996, 79.

⁷⁷ M. Klevišar, *prav tam*.

⁷⁸ J. Jacobi, *Paracelsus*, Olten 1991; V. von Weizsäcker, *Bilden und helfen*, v: isti, *Arzt und Kranker*, Stuttgart 1941, 5-35.

⁷⁹ C. Saunders (ur.), *Hospice and Palliative Care – An Interdisciplinary Approach*, Kent 1990.

naprej, so z umirajočimi in jih ne zapustijo. Zato si prizadeva po vsej Sloveniji razpresti mrežo prostovoljcev,⁸⁰ ki bodo pripravljeni spremljati umirajoče in njihove družine. Kot je bilo omenjeno že prej, je hospic oblika praktične filozofije življenja, ki v življenjski program vključuje zlasti domače, in sicer v celotnem komunikacijskem krogu: z dobro informacijo, ustreznim načinom njihovega posredovanja in z razumevanjem dejstva, da hudo bolnih in umirajočih ne morejo preprosto potisniti v roke tujih ljudi, ampak ostati pri njih.

Danes društvo sebe predstavlja kot del civilne družbe oziroma kot »nevladno, neprofitno, humanitarno organizacijo«. Čeprav je na prvi pogled »nacionalna« ustanova, je njen prostor regionalen, dostopen. Nacionalna organizacija je predvsem v smislu civilne družbe. Tudi v Sloveniji se ustanavljajo področna društva. Cilj gibanja Hospic je celostna oskrba težko bolnih in umirajočih ter blažitev njihovega telesnega in duševnega trpljenja. Društvo si prizadeva za detabuizacijo smrti in za bolj človeški odnos do umiranja in žalovanja v slovenski družbi. Slovenski Hospic že od leta 1996 izdaja revijo Hospic. Ima svoj logotip, ki ga je izdelal akad. slikar Matej Metlikovič. Predstavlja dva obraza, ki se drug drugemu približujeta v nasprotni smeri. Pomočnik (z odprtimi očmi) se sklanja nad bolnikom, ki ima zaprte oči. V letu 2001 je hospic spremljal 184 hudo bolnih in umirajočih.

V statutu društva beremo: »Društvo je združenje državljanov republike Slovenije, preko katerega njegovi člani uresničujejo svoje interese s področja psihosocialne pomoči hudo bolnim, umirajočim, njihovim svojcem in žalujočim ter si prizadevajo za spoštovanje človeškega življenja od spočetja do njegovega naravnega konca ter odklanjanje evtanazije.« Za doseganje svojih ciljev izvaja »projekte neprofitne narave za pomoč organizira izobraževanje in usposabljanje prostovoljcev in strokovnjakov za lastne potrebe in za širše področje psihosocialne pomoči prizadeva si za detabuiziranje umiranja, smrti in žalovanja v družbi, izdaja

⁸⁰ Dosedanje izkušnje s prostovoljci, ki so spremljali umirajoče in njihove družine, so pozitivne in kažejo, da je to delo zelo potrebno. Prostovoljce je treba strokovno voditi, skrbeti za njihovo stalno izobraževanje in supervizijo njihovega dela. V ta namen je v Ljubljani trenutno zaposlena ena višja medicinska sestra, ki koordinira izobraževanje in delo prostovoljcev, potrebovali pa bi celotno strokovno skupino, se pravi zdravnika, medicinsko sestro, psihologa, socialnega delavca in še koga. Naloge prostovoljcev so različne neprofesionalne aktivnosti, ki jih izvaja v soglasju z bolnikom in s svojci. Naloge prostovoljcev so naslednje: a) spremstvo bolnika (npr. ob sprehodih, do zdravnika, branje različnih čtiv, poslušanje glasbe, pogovor; bolniku dela družbo); b) prisotnost in pomoč na domu, kadar morajo družinski člani po opravih; c) pomoč družini pri osebnih negi bolnika, kadar ta ne zahteva strokovne oskrbe; č) pomoč pri hoji na domu in zunaj doma; d) pomoč pri hranjenju; e) skrb za praktične zadeve (mali nakupi, pošta, plačevanje položnic); f) pomoč pri reševanju kakršnihkoli problemov tako, da obvesti ustrezne osebe (pokliče zdravnika, patronažno sestro, odsotne svojce, taksi itn.).

literaturo⁸¹ v skladu s predpisi s tega področja, sodeluje s podobnimi društvi s tega področja v Sloveniji in v tujini.«⁸²

Čeprav so po letu 1975 v nekaterih velikih bolnicah po svetu že začeli ustanavljati posebne oddelke za paliativno nego bolnikov in to danes priporoča med drugim tudi Parlamentarna skupščina Sveta Evrope, pa je težišče hospica v negi na domu in v prostovoljnem delu.⁸³ Hiša hospicu torej ni potrebna,⁸⁴ čeprav je želijo, da bi lahko domače in svojce v najtežjih trenutkih razbremenili prevelikih skrbi in umirajoče oskrbovali v posebnem domu. Cilj hospica je torej društveno prostovoljno delo, h kateremu so povabljeni zlasti tudi strokovni delavci: delovni terapevti, psihologi, socialni delavci, duhovniki in drugi prostovoljci, ki so pripravljeni del svojega časa (4 do 10 ur tedensko) nameniti spremljanju hudo bolnih in umirajočih. Vsi prostovoljci morajo biti »visoko kvalitetno ose-

⁸¹ V seznamu del na cobissu, ki se tako ali drugače dotikajo hospica, je od 52 naslovov pri 21 neposredno ali posredno sodelovala Metka Klevišar. Vsako leto izide vsaj ena brošura s specifičnega področja hospica. V zadnjem času pa se temu vprašanju posveča relativno veliko število študentk in študentov v svojih diplomskih nalogah. Navajam nekaj značilnih naslovov: M. Klevišar, *Zadnji tedni in dnevi: Pomoč pri spremljanju v času umiranja*, Slovensko društvo HOSPIC, Ljubljana 1996; ista, *Da bi živeli in umirali s človeškim dostojanstvom. Odnosi*, v: *Gea* 6 (1996) št. 2, str. 49; ista, *Slovensko društvo hospic*, v: *Obzornik zdravstvene nege* 30, (1996), št. 1-2, str. 65-66; ista in A. Mikuš Kos s skupino sodelavcev, *Prostovoljci v slovenskem društvu hospic. Domače izkušnje*, v: *Prostovoljno delo pri varovanju zdravja in v zdravstvu*, Združenje Slovenska fundacija, Ljubljana 1997, 143-144; ista, *Eno leto Slovenskega društva Hospic*, v: *Mohorjev koledar* 1997, Celje 1997, str. 143-144; ista, *Slovensko društvo hospic: pomoč umirajočim in njihovim družinam*, v: *Isis* 7 (1998/1) 15-16 (to je dostopno tudi na spletu (<http://www.mf.uni-lj.si/isis/isis98-01/html/novice10.html>)); ista, *Hospic - celostna skrb za umirajočega bolnika in njegovo družino*, v: *Koordinacija dela med različnimi dejavnostmi*, Strokovni posvet Oskrba na domu, Inštitut za socialno medicino, Ljubljana 1998, 124-127; ista, *Duhovnost v spremljanju umirajočih* (prevod), Slovensko društvo HOSPIC, Ljubljana 1999; ista, *Zadnji tedni in dnevi. Pomoč pri spremljanju v času umiranja* (prevod), Slovensko društvo HOSPIC, Ljubljana 1999; M. Dobravec (intervju), *Pot majhnih korakov. Pogovor s Slovenko leta 1995 – dr. Metko Klevišarjevo*, v: *Družina* 45 (1996), št. 3, str. 7; C. Guzej-Sabadin (intervju), *Umirajoči so me naučili živeti*. Pogovor z dr. Metko Klevišar, *Slovenko leta 1995, o umiranju, smrti in življenju*, v: *Primorske novice* 50 (1996), št. 5 (19.I.1996), str. 27; Simpozij o paliativni terapiji, *Živeti do konca*, Slovensko društvo Hospic, Ljubljana 2000; C. M. Ray, *Tu sem zato, da vam pomagam. Vodnik za spremljevalce, delavce hospica in prostovoljce. Neprecenljiv vir za vsakogar, ki dela z neozdravljivo bolnimi* (prevod), Slovensko društvo HOSPIC, 2000. T. Čučnik, *Delavnica z naslovom Smrt ni tabu*, v: *Večer* 57 (2001), št. 59 (13. mar. 2001), str. 17.

⁸² M. Klevišar, *Hospic v svetu in pri nas*, 80.

⁸³ M. Klevišar – A. Mikuš Kos in drugi, *Prostovoljci v Slovenskem društvu Hospic. Domače izkušnje*, v: *Prostovoljno delo pri varovanju zdravja in v zdravstvu*, Združenje Slovenska fundacija, Ljubljana 1997, 143-144.

⁸⁴ Od septembra 1995 ima društvo v Ljubljani na razpolago enosobno stanovanje, namenjeno bolnikom in spremljevalcem iz oddaljenih krajev.

bje, ki verjame v smisel spremljanja umirajočih in sprejema smrt kot del življenja. V hospicu umirajoči bolnik ni medicinski neuspeh.«⁸⁵

Posebno poglavje dela v hospicu je občutek za realnost.⁸⁶ Vsi, ki se ukvarjajo s pomočjo hudo bolnim in umirajočim, se dobro zavedajo, kakšna je razpetost med sanjami in resničnostjo. Neredko je delo z umirajočimi fizično in duševno izjemno naporno. Zato spada k hospicu metoda majhnih korakov; ta namreč omogoča najbolj ekonomično ravnanje z močmi, ki so na razpolago.

Sklep

Dogodki na tem področju so nepredvidljivi. Odločitev nemškega parlamenta, naj poslanci v kočljivih primerih o razmerju med etiko in pravom volijo po vesti, se je januarja 2002 izkazala za nezadosten ukrep.⁸⁷ Ta odločitev je tudi pokazala, da sta dostojanstvo osebe in varovanje pravic prej moralni kot pravni načeli ter da bo v prihodnosti potrebno posebno pozornost nameniti ravnovesju med etiko in pravom v konkretni zakonodaji. To zaenkrat zveni nenavadno, ker se zdi, da o »dobrih navadah« v pravu – na primer o poštenju ljudi, ki odločajo, ali o vrednotah kot temelju pravnega reda – ni treba posebej govoriti. Vendar je pravkar omenjeno dejstvo o legalizaciji ravnanja z embrionalnimi matičnimi celicami pokazalo, da bo v prihodnosti ne le vedno več mednarodnih aktov – na primer Konvencij v okviru Sveta Evrope –, ki ne bodo temeljili na načelu državne suverenosti, ampak da bo vedno več pravnih odločitev posameznih držav, ki bodo imele mednarodno veljavo in se ne bodo dotikale le meddržavnih odnosov.⁸⁸ Vendar pa kljub obetavnim kazalcem ne bi smeli spregledati, da glede nekaterih opredelitev, na primer glede osebe ali človeškega dostojanstva, še zdaleč ni dosežena tista raven soglasja, ki jo na primer predvideva *Splošna deklaracija o človekovih pravicah* (1948).

Slovenija je nekatere obveznosti sprejela s sprejemom članstva v Svetu Evrope in posebej s podpisom in ratifikacijo *Konvencije o bioetiki* (1997). Besedilo, ki je po besedah Jožeta Trontlja obravnavalo »večino velikih etičnih vprašanj« in ima pravne posledice, se je izognilo ob-

⁸⁵ M. Klevišar, *Eno leto Slovenskega društva Hospic*, v: *Mohorjev koledar* 1997, 143.

⁸⁶ Prim. M. Pogačnik – K. Tolar, *Spremeniti »zakaj« v »kako«* (intervju), v: *Božje okolje* 26 (2002/2) 6-10.

⁸⁷ Tedaj je parlament odločal o zakonski ureditvi uvoza embrionalnih matičnih celic za znanstvene namene. Prim. J. Reiter, *Ende der Bescheidenheit*, v: *HerKorr* 56 (2002) 119-124.

⁸⁸ Prim. D. Hlede, *Pravica do življenja – izziv za mednarodno pravo*, v: *Tretji dan* 26 (1997/2) 35-40.

⁸⁹ J. Trontelj, v: *Milostna smrt I*, v: *Dignitas* 10 (2001) 131.

ravnavi splava in evtanazije, »ker so razlike med državami tako velike, da ni nikakršnega upanja, da bi v doglednem času prišli do veljavnega konsenza«. ⁸⁹ Morda bo »bolnik v terminalnem obdobju« v bližnji prihodnosti predmet kakšnega dodatnega protokola k tej konvenciji, vendar gre za detajlna vprašanja, ki kažejo na pomanjkanje soglasja glede dejanske pravne subjektivitete posameznika. Tu ne gre samo za evtanazijo oziroma za nejasnosti okrog tega pojma, marveč za mnoge druge stvari, ki na primer marginalizirajo družbene skupine in sprevračajo pomen avtonomije, pravico do življenja (in pravico do naravne smrti), dobrodelnosti in kvalitete življenja.

Povzetek

Evtanazija je – podobno kot splav – tradicionalni etični problem. V preteklem stoletju se je v mnogih državah in družbah odprlo vprašanje oskrbe ljudi, ki nimajo nobene prihodnosti in bodo gotovo v kratkem umrli. Pri tem ne gre le za reševanje tega problema, pač pa tudi težko vprašanje v zvezi z naravo in posledicami človekovega vplivanja na življenje. V razpravi nameravam na eni strani predstaviti vidik tako imenovane razsvetljene razprave o evtanaziji v Sloveniji, ki je po mnenju mnogih tipično »zahodni« proizvod, na drugi strani pa zadrege, ki se pojavljajo v zvezi z internacionalizacijo bioetičnih standardov. Ti so podobni valovom, ki jih sproži kamenček, ki ga vržemo v vodo. Koncentrični valovi so bolj izraziti, če je voda mirna. Neredko je zaskrbljujoč ravno ta navidezni mir, ki ga lahko vznemiri tako rekoč otroška igra. Razprava o evtanaziji je v Sloveniji vedno potekala v senci razprave o splavu, kar je imelo posledice v odzivanju javnosti na ta problem. Ozadje razprav osvetlujem z vidika etike življenja ter predstavljam nekatere vrednostne sodbe, ki implicitno in eksplicitno predstavljajo tudi versko izročilo.

Ključni pojmi: bioetika, človeško dostojanstvo, etična komisija, evtanazija, hospic, medicina, paliativna terapija, pravo, svetost življenja

Summary: Anton Mlinar, Discussion on Euthanasia in Slovenia

Similarly to abortion, euthanasia is a traditional ethical problem. During the last century many countries were confronted with the problem of having to take care of people with a bad medical prognosis and due to die very soon. However, euthanasia is not to be exclusively understood as a method of solving this problem, but also as a laborious finding of a global platform of discussion on the nature and the consequence of man's influence upon life. Thus, the treatise intends to show, on the one

hand, the so-called enlightened discussion on euthanasia in Slovenia, which is often considered a typically »Western« product, and on the other hand, the problems arising in connection with the internationalisation of bioethical standards. They resemble the waves caused by throwing a stone into water. The concentric waves are more pronounced if the water is calm. Quite often it is just this apparent calm that is alarming because it can be disturbed by child's play. In Slovenia the discussion on euthanasia has always been taking place in the shadow of an active role of politics in solving health-connected problems, which has also been reflected in the public reaction to this problem. The background of the discussion is examined from the point of view of life ethics. There are also depicted some value judgements implicitly and explicitly representing and/or addressing the religious tradition.

Key word: bioethics, human dignity, ethical commission, euthanasia, hospice, medicine, palliative therapy, law, sanctity of life.