



138. SKUPŠČINA
SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA
ZDRAVNIK IN ETIKA

KO BOLNIK NE SODELUJE ALI NE MORE SODELOVATI

WHEN THE PATIENT IS UNWILLING OR UNABLE TO CO-OPERATE

Dušica Pleterski-Rigler, Jože Trontelj

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko, Inštitut za klinično nevrofiziologijo, Zaloška 7, 1525 Ljubljana

Ključne besede: *privolitev po pojasnilu; prvenstvena korist bolnika; razsoden bolnik; duševno nesposoben bolnik; otrok; mladoletnik*

Izvleček – Izhodišča. Danes je vse pomembnejše, da zdravnik bolniku dovolj dobro pojasni njegovo zdravstveno stanje, mu predstavi možnosti za zdravljenje in si za ukrepanje pridobi njegovo privolitev. To predpisuje tudi Oviedska konvencija, pravni instrument z veljavo zakona. Ob bolniku, ki v medicinskem postopku in pri odločanju ne sodeluje ali ne more sodelovati, se porajajo etična vprašanja. Ta so drugačna pri odraslih, duševno sposobnih bolnikih kot pri manj sposobnih ali nesposobnih bolnikih. Pri otrocih je ravnanje odvisno od starosti; mladoletnikovo voljo je treba upoštevati sorazmerno z njegovo odraslostjo in sposobnostjo, da svoj položaj razume in lahko razumno izbira. Posebne etične dileme se odpirajo ob kritično bolnih, ki zavračajo pomoč ali pri odločanju ne morejo sodelovati. Poskus samomora ne pomeni veljavne zavrnitve zdravniške pomoči.

Zaključek. Kadar veljavne privolitve po ustreznem pojasnilu ni mogoče dobiti, naj zdravnik ravna po svoji zdravniški vesti in strokovni presoji tako, da bo to v bolnikovo prednostno in najboljše korist.

Uvod

V Sloveniji je kot eni izmed prvih petih držav na svetu 1. decembra 1999 začela veljati Oviedska konvencija Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z biologijo in medicino (1, 2). Ta pomembni dokument je mejnik v zgodovini medicinske etike in postavlja v Evropi nove etične standarde z veljavo zakona. Oviedska konvencija je največji možni skupni imenovalec norm, ki veljajo v evropskih državah. Za države predstavlja obvezni minimum varstva človekovih pravic. Vsaka država pa lahko na svojem ozemlju uveljavlja tudi strožje varstvo. Odnos med zdravnikom in bolnikom se je v zadnjih desetletjih zelo spremenil. Nekoč je bil pokroviteljski, paternalističen. Danes je, skladno z novimi pogledi na človekove pravice in dostojanstvo človeškega bitja v ta odnos vstopila avtonomija bolnika in njegova pravica do odločanja o samem sebi, tudi ko gre za vprašanja zdravljenja, boleznih ali celo umiranja. Določbe o privolitvi posameznika v medicinski poseg so med osred-

Key words: *informed consent; best interest; competent patient; mentally incapacitated patient; child; adolescent*

Abstract – Background. Nowadays it is increasingly important for the physician to adequately inform the patient of his or her health situation, explain the options for treatment and obtain his or her consent. This principle is enshrined in the Oviedo Convention, a legal instrument with the power of law. Ethical questions arise when the patient is unwilling or unable to co-operate. Different problems are encountered with adult competent patients, in cases of limited mental capacity or with patients totally unable to consent. In children, the situation differs with age; adolescents' opinion must be considered as increasingly important in decision making process, commensurate with their ability to understand and make rational choices. Specific ethical dilemmas arise with critically ill patients who refuse medical procedures or are unable to participate in medical decisions. Suicidal attempt cannot be taken to imply valid refusal of medical assistance.

Conclusion. In exceptional situations when an appropriate informed consent cannot be obtained, the physician should take his decisions according to his best professional judgement and in the best interest of the patient.

njimi v Oviedski konvenciji. Nekdo je celo predlagal, da bi zamenjali izraze in bi bolnika, ki prihaja k zdravniku, opisali kot človeka z zdravstveno težavo na posvetu z izvedencem, ki ima znanje in izkušnje na tem področju. Takšna fraza bi odsevala pravi partnerski odnos in bi zmanjšala vtis bolnikove podrejenosti. Seveda pa obe stari besedi, bolnik in zdravnik, potrebujemo in ju bomo ne samo zaradi praktičnosti uporabljali še naprej. Vseeno pa jim polagoma lahko damo nov zven in dodatno vsebino.

Etični razmislek mora biti del vsake odločitve o tem, kaj je za bolnika najbolje. Etična načela, ki veljajo za sodobni partnerski odnos med bolnikom in zdravnikom, so *avtonomnost, dobronamernost, doslednost, pravičnost in koristnost*. Avtonomnost pomeni spoštovanje posameznikove osebne opredelitve glede izbire zdravljenja. Dobronamernost pomeni ukrepanje v bolnikovo korist. Pravičnost pomeni, da je zdravnikova odločitev glede zdravljenja nepristranska. Koristnost pomeni izbiro zdravljenja z največje možno koristjo za bolnika ob razumni porabi sredstev (3).

Privolitev po pojasnilu

Vsebinsko se spremenjeni odnos kaže med drugim v zdravnikovi dolžnosti, da si za svoje ukrepe pridobi bolnikovo privolitev, potem ko ga je o možnih posledicah primerno poučil. To izraža znana angleška fraza *informed consent*, ki jo včasih slabo slovenijo kot *obveščeni pristanek*. Predlagamo izraz, ki ga je že pred mnogimi leti uporabljal pokojni akademik profesor Janez Milčinski: *privolitev po pojasnilu ali poučitvi*.

Bolnik se odloča samostojno in ima pravico do izbire in do odklonitve. Seveda mora pravočasno dobiti potrebna pojasnila o svojem zdravstvenem stanju, o predlaganih posegih, pričakovanih koristih, možnih neuspehih in možnih nezaželenih učinkih. Pojasnila morajo biti posredovana tako, da jih razume in jih z dodatnimi vprašanji lahko dopolni. Prvenstveno pojasnilno dolžnost ima zdravnik. Informacije pa dobi bolnik tudi od medicinskih sester in drugih medicinskih strokovnjakov.

Bolnikove privolitve ne smemo pojmovati kot nujno formalnost, potrebni podpis enega izmed obrazcev. Še manj jo smemo jemati predvsem kot dokument, ki zavaruje zdravnika pred tožbo v primeru neuspelega zdravljenja.

Za veljavno privolitev je potrebno naslednje:

- da je zdravnik bolniku pojasnil naravo bolezni, njen predvideni potek in možnosti zdravljenja;
- da je bolnik sposoben razumevanja in odločanja o sebi v svojo korist;
- da je bolnik pojasnila razumel;
- da se je svobodno ter brez prisile odločil in izbral med možnimi načini zdravljenja (3).

Praksa pridobivanja privolitve se je pri nas že ustalila v kirurgiji, kjer gre za velike posege v bolnikovo telo. Manj se je uveljavila drugod, tudi v strokah, kjer ni dobrega razloga za to, da si zdravnik ne bi vzel časa za pogovor, bolnik pa za premislek in za izrecno privolitev ali zavrnitev. Še vedno pa so okoliščine, ko mnogi zdravniki niti ne vedo natančno, kako naj ravnajo. Omenili bomo nekaj takih okoliščin.

Kako naj zdravnik ravna, kadar so bolnikove želje v očitnem nasprotju z njegovo koristjo?

Opravično sposoben bolnik

Še najpreprostejši je primer opravično sposobnega bolnika, ki kaj zahteva ali se čemu odreka, pa je to v nasprotju z njegovo najpomembnejšo, *prednostno ali največjo koristjo (best interest)*, kakor jo pojmuje zdravnik. Tako se bolnik lahko odpove celo zdravljenju, ki bi mu rešilo življenje, ali si izbere drugačno, manj obetavno zdravljenje, ali se zateče k zdravljenju, mazačem in šarlatanom.

Takrat zdravnik upravičeno posumi, da je z bolnikovo duševno sposobnostjo, da varuje lastno korist, nekaj narobe. Vendar lahko stori komaj kaj drugega, kot da se ukloni bolnikovi volji. Seveda se mora prepričati, da bolnik razume pomen svoje odločitve. Pomembno je, da mu da primeren čas za premislek. Lahko v posvet z bolnikom pritegne kolega, morda takega, ki dotle ni bil vpleten. Predvsem pa mora pretehtati *svoje razloge za predlagano odločitev in bolnikove razloge proti njej*, upoštevajoč tudi to, da utegne biti bolnikovo pojmovanje prednostne koristi drugačno.

Razmeroma nov pojav je *vneprej izražena volja*, s katero bolnik na primer prepove oživljanje ali drugačno zdravljenje za takrat, ko bo morebiti v komi, dementen ali sicer nesposoben izraziti svoje želje. Dokumente te vrste že dobivajo v roke tudi slovenski zdravniki. Taka odločitev je gotovo legitimna in jo je največkrat treba brez zadržkov spoštovati. A tudi vneprejšnja volja je lahko problematična. Neka studija je pokazala, da si mnogi ljudje čez čas premisljajo in od take volje odstopijo. Tako še ni do kraja razrešeno, koliko stara sme biti volja oz. ali jo je treba obnavljati in na kakšen način jo je treba dokumentirati.

Klasičen primer zavrnitve nujnega zdravljenja je bolnik, ki zaradi verskih razlogov prepove transfuzijo krvi ali zdravljenje s pripravki iz krvi. V Sloveniji se je dogajalo, da je zdravnik po kratkem pogovoru bolnika preprosto odslovil, čeprav je šlo za majhen kirurški poseg, na primer za operacijo kile, kjer je transfuzija komaj kdaj potrebna. Vemo tudi za primer, ko je zdravnik navidez privolil, da bo zdravil brez transfuzije krvi. Ko pa je bil bolnik v splošni anesteziji, je kri, ki je bila po zdravnikovi presoji potrebna (čeprav kakšnih zapletov ni bilo), vseeno dobil. Po posegu je bilo bolniku to zamolčano. Seveda se je zdravnik v obeh primerih znašel v položaju, ki ga je občutil kot konflikt vesti. Vendar se državna Komisija za medicinsko etiko (KME) ne z enim ne z drugim ravnanjem ni strinjala.

Najbolj prav je, če zdravnik skupaj z bolnikom poišče rešitev, ki je sprejemljiva za oba. Tudi pri nas so znani primeri, ko so sposobni kirurgi izvedli zahtevne operacije, celo na odprtem srcu, brez transfuzije.

Sicer pa je treba imeti pred očmi pravilo, da odraslega, duševno sposobnega bolnika ni mogoče zdraviti proti njegovi volji.

Bolniki z zmanjšano sposobnostjo odločanja

Pri teh bolnikih je postopek pridobivanja privolitve zahtevnejši in bolj zapleten kot sicer. Sposobnost razumevanja in odločanja je omejena pri otrocih, nekaterih starostnikih in ljudeh z duševno zaostalostjo ali manjrazvitostjo. Še težavnejši utegnejo biti postopki pri bolnikih z demenco, z organskim psihosindromom, z duševno boleznijo. Tudi huda poškodba, ohranitev ali prehodno motena zavest lahko bolnika onespособijo za odločanje. Onesposobljenost je lahko začasna ali trajna. Zmanjšana sposobnost lahko sčasoma preide v popolno nesposobnost.

Po Ovijski konvenciji moramo duševno manj sposobnega bolnika vključiti v odločanje o zdravljenju v največji meri, ki jo njegova sposobnost omogoča. Zato si je treba vzeti več časa. Nekateri bolniki bodo razumeli, če se jim njihova bolezen in predlagani poseg razložita na zelo preprost način. Še posebej pomembno je, da bolnika ne prestrašimo. Za pogovor je treba izbrati primeren čas, morda ga je treba večkrat ponoviti. Včasih je potrebna pomoč bolniku bližnjih oseb in drugih zdravstvenih delavcev. Posebej je treba paziti, da bolnik ne dobi občutka, da ga želijo prisiliti v nekaj, kar ni dobro zanj. Ohraniti mora zavest, da se lahko odloča po svoji volji. Bolniki, ki so odvisni od tuje pomoči, so zaradi te odvisnosti še občutljivejši. Lahko se zgodi, da se zaradi strahu pred zamero svojcem ali zdravniku odločijo v nasprotju s svojo voljo.

Pri nekaterih bolnikih utegne biti ocena sposobnosti presoje in sodelovanja težavna. Za merilo lahko vzamemo sposobnost opravljanja vsakdanjih osebnih zadev, ali pa bolnikovo mnenje o njegovem stanju in o tem, kaj naj bi se z njim zgodilo. Nekateri sodijo, da naj bi ocena bolnikove zmožnosti presoje in veljavne privolitve temeljila na tem, koliko razume razlike med posameznimi možnostmi. Predlagajo tudi, naj bi pri bolnikih z motnjami spomina po pridobljeni privolitvi po pojasnilu odločitve ne omenjali več, saj jo bolnik pozabi že naslednji dan. Če mu njegovo situacijo spet predočimo, se bo tako in tako ponovno odločil enako. V takih primerih je potrebna posebna rahločutnost, da ohranimo ravnotežje med dobronamernostjo zdravnika in avtonomnostjo bolnika.

Nekateri priporočajo, da bolnikovo zmožnost presojeamo tem strožje, čim večje je tveganje, da se bo odločil za premalo obetavno zdravljenje ali ga celo sploh zavrnil. Ta način naj bi bil primeren zlasti za dementne bolnike, ker jim ne jemlje vse pravice odločanja o sebi. Zdravnik naj ne bi pozabil, da so bili ti ljudje nekoč povsem sposobni samostojnega odločanja in da so to sposobnost v nekem obsegu morda ohranili tudi v tem obdobju svojega življenja.

Privolitev mora biti prostovoljna, pridobljena brez prisile. Ti bolniki so navadno nesamostojni in odvisni od družine, drugih oseb in od zdravnika in se mnogokrat odločajo v skladu s pričakovani okoliščini, ne pa po svoji volji. Dopovedati jim moramo, da njihova odločitev zanesljivo ne bo vplivala na zdravnikov odnos do njih (4).

Otrok in mladoletnik

Otrok in mladoletnik oz. mladoletnik nimata celotne opravilne sposobnosti, lahko pa sodelujeta pri odločanju o sebi. Ovi edska konvencija Sveta Evrope uvaja načelo, da je otrokovo voljo treba upoštevati sorazmerno njegovi sposobnosti razumevanja, razsojanja in racionalnega odločanja (5). V ameriških študijah iz leta 1990 in 1992 ugotavljajo, da otrok v predoperacionalni dobi (v starosti dveh do sedmih let) ni sposoben odgovornega odločanja, ker mu stopnja kognitivnega razvoja ne dopušča širšega vpogleda v dogajanja. Zdravnika in drugo medicinsko osebje doživlja kot nesporno avtoriteto in bi soglašal z vsem predlaganim. V konkretno logični fazi kognitivnega razvoja (starost sedem do osem let) se lahko že odgovorneje odloča, če ima kake prejšnje izkušnje z boleznijo in zdravljenjem, največkrat pa samo sledi navodilom. V formalno logični fazi (starost okrog dvanajst let) pa dosežena stopnja kognitivnega razvoja otroku že omogoča logično in abstraktno mišljenje. Tedaj lahko že oceni razmerje med koristimi in nevarnostmi, tako da je sposoben samostojno odločiti o sebi (6). Tudi naši zakoni priznavajo otroku pravico, da v nekaterih primerih sam odloča o sebi, potem ko dopolni 10 let. Ta pravica se razširi pri dopolnjenih 15 letih, še tedaj pa zakon mladoletniku ne prizna popolne opravilne sposobnosti. Po naših zakonih je otrok oseba do štirinajstega leta, mlajši mladoletnik do šestnajstega leta in starejši mladoletnik do osemnajstega leta starosti. Ne glede na pravno ureditev velja splošno načelo, da je treba vsakega otroka obravnavati v skladu z njegovimi lastnostmi in sposobnostmi. Pojasnila je treba prilagoditi njegovim zmožnostim razumevanja, enako tudi čas, ki ga potrebuje za odločitev.

Posebno starejši mladoletnik je navadno dovolj dozorel in sposoben razumevanja, da sodeluje pri odločanju o svojem zdravljenju, in to mu tedaj moramo omogočiti. Celo če se odreče zdravljenju, ki je po zdravniški presoji nujno, in ga v tem podprejo starši, mora zdravnik to odločitev spoštovati. Seveda se je treba dodobra prepričati, da sam in starši situacijo in posledice odločitve razumejo. Če je odločitev po zdravnikovi presoji bolniku škodljiva, ga mora poskušati pregovoriti. Če to ne gre, je po mnenju KME prav, da zdravnik za posredovanje zaprosi drugega zdravnika, ki bo mogoče vzpostavil boljši stik z bolnikom in svoji in bo morda prepričljivejši.

Kako ravnati, če medicinski poseg zavrne mlajši otrok

V takem primeru zadošča soglasje zakonitega skrbnika (največkrat so to starši), da se potrebni poseg opravi oziroma ustrezno zdravljenje prične. Težje je, če (po medicinski presoji potrebnemu) posegu v imenu mladoletnega otroka nasprotujejo starši. Če zdravniku kljub vsem pojasnilom ne uspe pridobiti privolitve, naj predlaga še posvet z drugim zdravnikom. Če je na voljo več vrst medicinskih ukrepov, pa je treba izbrati tistega, ki je otroku in skrbnikom najsprejemljivejši, čeprav je predvidoma manj uspešen od tistega, ki ga predlaga zdravnik (7). Verjetnost, da bo ukrep uspešen, je le statistična, pri posameznem bolniku je napoved nezanesljiva. Tudi če si pridobimo soglasje le za manj ugodno varianto, je to za zdravljenje pomembno: sodelovanje bolnika in družine je boljše, poznejših nesporazumov je manj.

Kaj lahko storimo, ko skrbnik zavrne soglasje k posegu, ki naj bi otroku rešil življenje ali odvrnil hudo škodo za zdravje ali

olajšal hudo trpljenje? V nasprotju z voljo skrbnika je mogoče opraviti poseg le izjemoma. Tudi tu velja, da naj si skrbnikovo soglasje poskuša pridobiti še drug zdravnik, ki bo morda uspešnejši. Nazadnje naj se zdravnik odloči ne samo po najboljši presoji medicinskih dejstev, ampak tudi po svoji zdravniški vesti, ko je kot prvo in zadnje, pa tudi najvišje merilo vzel bolnikovo celovito pojmovano korist ali blaginjo (salus aegroti v Hipokratovi prisegi). Deontologija ga zavezuje, da ravna v skladu s pravili stroke in s svojim strokovnim prepričanjem. Ob tem pa seveda tvega hude težave, še posebno, če poseg ne izpolni pričakovanj. Zato je še posebej prav, če svojo odločitev in odgovornost zanjo deli s kolegom.

V teh skrajnih primerih lahko na predlog zdravnika sodnik v nepravdnem postopku določi začasnega nadomestnega skrbnika. To je izreden ukrep, ki utegne biti potreben zlasti v primerih zmanjšane razsodnosti enega ali obeh staršev. Treba pa se je prepričati, da je predlagani poseg zares edini, ki otroku lahko reši življenje ali odvrne hudo trajno škodo za njegovo zdravje ali olajša nezno trpljenje. V naši državi začasnega skrbnika še ni mogoče imenovati prav hitro, v Britaniji pa je sodnik za take primere na voljo 24 ur na dan in postopek vzame le nekaj ur (8).

Poseben problem nastopi tedaj, ko se starši v otrokovem imenu odpovedo nujnemu medicinskemu zdravljenju in se zatečejo k neakademskemu zdravilcu. Srečujemo tudi primere, ko se to konča z usodnimi posledicami. Tukaj boleče občutimo pravno praznino in neurejenost, ki na tem področju vladata v naši državi.

V vse bolj pluralni družbi, s skupinami prebivalstva, ki pripadajo različnim kulturam, pa tudi novo nastajajočim, včasih čudakim duhovnim gibanjem, lahko pričakujemo čedalje več primerov, ko bolnik zdravnikovega nasveta ne bo sprejel in se bo odločal v nasprotju s koristjo za svoje zdravje ali zdravje svojega otroka. Zdravnik bo vse pogosteje postavljen pred vprašanje, ali naj res ravna v nasprotju s svojo vestjo in strokovnim prepričanjem.

Duševno nesposoben bolnik

Ko gre za bolnika z resno duševno motnjo, ki je za odločanje o sebi nesposoben, se v izbiro oz. privolitev po pojasnilu vključijo kot predstavnik bolnika družinski član, bolniku bližnja oseba ali skrbnik. Nekoliko lažje je, če je bolnik izrazil svojo vnaprejšnjo voljo tedaj, ko je bil še zmožen odločanja o sebi. V našem okolju je to za sedaj še redko.

Bolnikov zastopnik naj bi imel vlogo priče in naj bi povedal, kaj bi bolnik glede na svoje prejšnje izjave v svoji sedanji situaciji po vsej verjetnosti želel. Največkrat lahko da zastopnik samo svojo oceno. Če tudi tega ne more, bo moral celotno odgovornost za odločitev prevzeti zdravnik. Pri odločitvi bo seveda upošteval prednostno ali najvišjo korist bolnika, potem ko bo strokovno pretehtal medicinska dejstva in ocenil verjetne koristi in neugodnosti predvidenih posegov oz. zdravljenja. Vseeno pa naj bo o tem vsaj poučen tudi bolnikov zastopnik. Odločitev naj bo – če je mogoče – za najbližje svoje sprejemljiva.

Zdravnik se znajde v posebno neprijetnem položaju, ko duševno nesposoben bolnik ali v njegovem imenu njegov varuh zavrne nujen poseg. Ovi edska konvencija zahteva, da bolnik z duševno motnjo pri odločanju sodeluje v največji meri, ki jo njegova razsodnost dopušča. Bolniki s prehodno ali trajno hudo okrnjeno duševno sposobnostjo in bolniki z duševno boleznijo pa so za svoje stanje pogosto neuvidevni. Konvencija dopušča zdravljenje brez privolitve, kadar gre za resno bolezen in bi brez zdravljenja nastala resna škoda na bolnikovem zdravju. Seveda so potrebni posebni varstveni mehanizmi – notranji in zunanji nadzor in možnost pritožbe. Tudi tu se je treba prepričati, da je poseg ali ukrep zares nujen in neza-

menljiv z drugim, ki bi bil bolniku sprejemljivejši. V naši državi se pripravljata zakon, ki naj bi bolnike z duševno motnjo zavaroval posebno v primeru neprostovoljnega sprejema v psihiatrično bolnišnico in zdravljenja brez privolitve. Skupina za psihiatrijo in človekove pravice pri Usmerjevalnem odboru za bioetiko in Odboru za javno zdravstvo Sveta Evrope pa je januarja 2000 za javnost odprla osnutek tako imenovane bele knjige o varstvu duševnih bolnikov, katere glavna tema je prav zdravljenje in hospitalizacija bolnikov z duševno motnjo proti njihovi volji (9).

Zdravnik naj bi odločal samostojno in brez privolitve samo v nujnih primerih (4), npr. če se bolnikov zastopnik opredeli v očitnem nasprotju z bolnikovim vitalnim interesom, časa za odlašanje pa ni. Še tedaj pa je dobro, če zdravnik v odločanje pritegne kolega.

Brezupno bolni

Težka vprašanja se zastavljajo tudi tedaj, ko gre za opustitev ali ukinitve zdravljenja pri brezupno bolnem ali umirajočem bolniku. Če gre za nezavestne bolnike ali bolnike, ki niso zmožni razumno razsojati in odločati o sebi, bodo zdravnikove odločitve temeljile predvsem na njegovi *diagnozi in prognozi*. Zdravnik mora po svojem najboljšem znanju in z vso osebno odgovornostjo oceniti verjetni nadaljnji potek bolezni in se odločiti za ukrepe, ki so bolniku v največjo korist. To je lahko tudi *opustitev ali prenehanje aktivnega zdravljenja brez opredelitve bolnika*. V primerih kroničnega vegetativnega stanja, ki je ocenjeno kot ireverzibilno, je po posvetu z najbližjimi svojci dopustno ukiniti ne samo ukrepe aktivnega zdravljenja, ampak tudi ukrepe nege, vključno z dovajanjem hrane in tekočin.

KME je zaznala, da se slovenski zdravniki tudi v vrhunskih kliničnih ustanovah za prenehanje zdravljenja pogosto odločajo pozno. Deloma gre za napačno pojmovano dolžnost ohranjanja življenja; ta je v nekem trenutku pač izčrpana in je nadaljevanje aktivne terapije v nasprotju z bolnikovo koristjo. Deloma pa gre za zdravnikovo bojazen, da bo moral odgovarjati kot za nevestno zdravljenje. KME se je čutila dolžna, da se o tem izreče; s svojim Stališčem o ravnanju z umirajočimi je zdravnikom v teh nadvse občutljivih odločitvah ponudila moralno oporo in tudi neke vrste pravni nasvet (10, 11). Za oboje vemo, da je bilo dobro sprejeto.

Samomorilec

Ko imamo pred očmi spremenjeni odnos med bolnikom in zdravnikom, se lahko nazadnje še vprašamo, ali bi morali spremeniti tudi ravnanje z bolnikom po samomorilnem poskusu. Lahko bi rekli, da je nesrečnež že s svojim dejanjem izrazil vnaprejšnjo voljo, da mu v primeru spodletelega poskusa zdravniki ne pomagajo. Ob sebi ima to voljo, prepoved zdravniške pomoči, morda celo zapisano v poslovnem pismu. Vendar je znano, da le 10–15% takih ljudi neuspel poskus v prvih 10 letih uspešno ponovi. Zato lahko sklepamo, da gre z več kot 80-odstotno verjetnostjo za prehodno duševno stanje. Že to je dovolj, da opravičuje zdravniško pomoč tudi proti samomorilčevi volji.

Sklep

Pri poklicnem delu se malone vsak zdravnik vsaj včasih sreča z bolnikom, ki kljub svoji hudi ali celo pretresljivi stiski ne sprejema njegove pomoči. Ne glede na vse, kar je v teh vrsticah povedano, je prvi in najpomembnejši nasvet tale: najprej moramo poskusiti bolnika razumeti. Šele potem je čas, da premislimo o svojem ukrepanju in etičnih razlogih zanj.

Literatura

1. Council of Europe. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine, the Convention on human rights and biomedicine. Oviedo. European Treaty Series 1997; 164: 1–12.
2. Trontelj J. Slovenija je 4. aprila 1997 podpisala Konvencijo Sveta Evrope o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine. Med Razgl 1997; 36: 245–57.
3. Nandi PL. Ethical aspects of clinical practice. Arch Surg 2000; 135: 22–5.
4. Fellows LK. Competency and consent in dementia. JAGS 1998; 46: 922–6.
5. Trontelj J. Etika v otroškem zobozdravstvu. Razprava za okroglo mizo. Zobozdr Vestn 2001; 1: 9–11.
6. Orr FE. The role of the paediatric nurse in promoting paediatric right to consent. J Clin Nursing 1999; 8: 291–8.
7. Trontelj J. O pravici Jehovovih prič, da odklonijo transfuzijo svojemu otroku. Isis 1996; 5: 15–6.
8. Trontelj J. Privolitev in nadomestno soglasje k zdravljenju in raziskavi na otroku: načela Oviedske konvencije. Slov Pediatr 1998; 5: Suppl 2: 22–5.
9. Working Party on Psychiatry and Human Rights (CDBI-PH) of the Steering Committee on Bioethics of the Council of Europe. »White Paper« on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. Strasbourg: Council of Europe, DIR/JUR 2000; 2: 1–40.
10. Trontelj J. Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji. Zdrav Vestn 1997; 66: 269–70.
11. Trontelj J. Pojasnila k stališču Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji. Zdrav Vestn 1997; 66: 270–1.