

KARDINAL W. J. EIJK

Evtanazija in pomoč pri samomoru – poslednji milosti?

1. aprila 2002 je po razpravi, ki je trajala več kot trideset let, Nizozemska pod določenimi restriktivnimi pogoji legalizirala evtanazijo in pomoč pri samomoru. Sledila ji je Belgija. A belgijska zakonodaja je v tem pogledu bolj liberalna od nizozemske, saj dovoljuje samomor tudi pri boleznih, ki niso telesnega izvora. Kakor koli že, prepreka je bila odstranjena: pod določenimi pogoji lahko bolnik prosi zdravnika, da konča njegovo življenje ali da mu pri tem pomaga.

Pri evtanaziji zdravnik ponudi smrtonosni odmerek; kadar smrtonosni odmerek, ki mu ga je v ta namen priskrbel zdravnik, vzame pacient sam, govorimo o pomoči pri samomoru. Nekatere države izraz evtanazija kljub temu uporabljajo za končanje življenja na bolnikovo prošnjo, pa tudi brez njegove zahteve. Na Nizozemskem je vse od 80. let evtanazija brez dodatne opredelitve definirana kot dejanje končanja življenja na zahtevo pacienta. Ta interpretacija se širi po drugih državah.¹

Bistveno vprašanje pri evtanaziji in pomoči pri samomoru je, ali ima človek pravico, da odloča o svojem lastnem življenju in svoji lastni smrti, ali torej lahko pooblasti zdravnika, da konča njegovo življenje. Dogaja se, da je težje sprejeti evtanazijo kakor pomoč pri samomoru. V drugem primeru naj bi bila bolnikova izbira jasnejša, saj smrtonosni odmerek vzame sam. Iz tega razloga Švica in Oregon ne kaznujeta pomoči pri samomoru, temveč le evtanazijo.² Po mojem mnenju pa med obema ni bistvene razlike. Tako pri evtanaziji kakor

*Kardinal Willem Jacobus Eijk, roj. 1953 na Nizozemskem. Duhovnik 1981, doktor medicine in filozofije. Škof v Groningenu 1999, nadškof metropolit v Utrechtu 2007 in kardinal 2012. Članek *Leuthanasie et l'aide au suicide, actes ultimes de soins?*, v: *Communio*, št. 28-3 (2003), str. 91–106, je prevedla dr. Alenka Koželj.*

pri pomoči pri samomoru naj bi bil bolnik tisti, ki da pobudo za končanje svojega življenja. V prvem primeru je tisti, ki dejanje izvrši, zdravnik, v drugem primeru pa zdravnik pri dejanju sodeluje, tako da bolniku namerno priskrbi smrtonosni odmerek. Sodelovanje je formalno takrat, ko se sodelujoči pridruži namenom poglobitnega akterja. Kar se tiče odgovornosti zdravnika, med dejanjem formalnega sodelovanja pri končanju pacientovega življenja in izvedbo samega dejanja ni velike razlike. Zato je pri obeh, pri evtanaziji in pomoči pri samomoru, poglobitno vedeti, ali ima človek pravico razpolaganja z lastnim življenjem in lastno smrtjo. Odgovor na to vprašanje je odločilen za etično presojo zdravnikove vpletenosti v končanje življenje.

V 70. letih je bila v razpravah o sprejemljivosti evtanazije ali pomoči pri samomoru izhodiščna točka osebna odgovornost pacienta. Sprva je bila ta odgovornost podčrtana kot protiutež moči zdravnika: pacient je imel pri zdravljenju svoje bolezni tako besedo. V 70. letih pa se je temu pridružila možnost upravičene odločitve o koncu življenja. »Upravičena« je pomenilo upoštevanje vseh obstoječih dejstev: odgovornost bolnika do moža ali žene, otrok in drugih bližnjih, njegov družbeni položaj in drugi interesi, pa tudi resnost njegove bolezni in verjetnost smrtnega izida. Vse to je bilo treba upoštevati v nepretrganem dialogu z zdravnikom. Vse od 80. let pa opazamo zelo jasno spremembo pri utemeljitvi, ki odseva izjemno individualizacijo in razbitost družbe: odslej bo poudarek na samoodločanju osebe o življenju in smrti.³ Holandski teolog Kuitert je bil eden izmed poglobitnih zagovornikov tega samoodločanja, ki po njegovem mnenju opravičuje evtanazijo in pomoč pri samomoru.⁴

Je človek gospodar svojega življenja in svoje smrti?

Notranja vrednost telesa

V katoliški Cerkvi obstaja starodavno izročilo, ki končanje lastnega življenja obravnava kot nasprotovanje ljubezni do Boga, bližnjega, družbe in človeštva ter samega sebe. To triado najdemo

v razpravi svetega Tomaža Akvinskega o samomoru,⁵ v *Deklaraciji o evtanaziji* Kongregacije za verski nauk⁶ in v *Katekizmu katoliške Cerkve* (2280–2282).

Bog je gospodar življenja, človek je le njegov izvajalec. V 1 Mojzesovi knjigi (1, 26–31) Bog izroči človeku kot osrbniku na razpolago vso zemljo. Rastline mu bodo za hrano. Prav tako živali (1 Mz 9, 3): »Vse, kar se giblje in živi, naj vam bo za živež, tudi vse zelene rastline vam dajem.« Človek lahko uporablja rastline in ubija živali, da se lahko prehrani in obleče ter si pridobi zdravila. To pa še ne pomeni, da lahko z vsem tem razpolaga po svoji volji. Mora upoštevati blaginjo sedanje in prihodnje generacije ter spoštovati neokrnjenost stvarstva.

Tako človek ne razpolaga ne s svojim lastnim življenjem ne s svojo smrtjo, prav tako ne z življenjem in smrtjo svojega bližnjega: »Tudi za vašo kri, ki je vaše življenje, bom terjal račun od vsake živali. Terjal ga bom tudi od človeka; od vsakega bom terjal račun o življenju njegovega brata. Če kdo prelije človeško kri, bo človek prelił njegovo kri. Zakaj po svoji podobi je Bog naredil človeka« (1 Mz 9, 5–6).

To lahko podpremo tudi notranje. Aktualna posvetna bioetika pri pojmovanju človeka izhaja iz tako imenovane »teorije identitete«, ki je najpogostejša v svetu medicine: človek kot tak se istoveti s tistim, kar mu je kot človeku najbolj značilno, torej s svojo zavestjo. Ta je dejansko zapleten proces električnega toka v sprednjem predelu možganov in korteksa. Človeško telo, ki je tako rekoč enako telesu sesalcev, je obravnavano kot nekaj pomožnega. V tem dojemanju človeka – gre v bistvu za moderno različico Descartesovega koncepta – je zavest, oseba subjekt, postavljena nasproti telesu kot objektu. Telo ni sestavni del človeka in nima vrednosti samo na sebi, kakor mu pritiče. Posledično telo poseduje zgolj zunanjo vrednost, ki mu jo podarja zavest. Po sledi tega koncepta človek lahko razpolaga s svojim telesnim življenjem: če meni, da je to življenje izgubilo svojo vrednost in ga težko prenaša, se mu lahko odreče.

Vprašanje je, ali telo res nima lastne notranje vrednosti. Naše izkustvo nas uči, da smo celota, da si človeške zavesti ni mogoče

zamisliti brez telesa. Vsebina naše zavesti so čutna izkustva tega, kar nas obdaja, in našega lastnega telesa.

Sveto pismo ne pozna dualizma med telesom in duhom. Težnja, ki jo srečamo predvsem pri sholastičnih teologih, pri katerih se pojem bitja, ustvarjenega po podobi in podobnosti Bogu, nanaša izključno na človekovega duha, bi lahko – nehote – kazala na neki dualizem. A po 1 Mz 1,26–27, je človek celota, ustvarjen po Božji podobi in sličnosti. In skrivnost utelešenja kaže prav na to, da »telo ni nekaj drugačnega od duha (...) je tisto, kar skupaj z duhom ustvarja identiteto osebe«. ⁷ Človek v svoji telesni in duhovni razsežnosti odseva podobo svojega Stvarnika. Zato je telo udeleženo pri vrednosti človeka v njegovi celovitosti in je torej dobro samo po sebi. Kar je Bog sam ustvaril po svoji podobi in podobnosti, torej ni neki objekt, ki bi imel le uporabno vrednost: »Bog se razglša za absolutnega Gospoda človekovega življenja, oblikovanega po njegovi podobi in sličnosti (1 Mz 1,26–28). Zato ima človeško življenje svet in nedotakljiv značaj, na katerem odseva sama Stvarnikova nedotakljivost.« ⁸

Posledično človek nima pravice razpolaganja z lastnim življenjem in lastno smrtjo. Kvečjemu lahko v omejeni meri razpolaga z deli svojega telesa v terapevtske namene: lahko denimo odstranimo organe, ki imajo tumorje, če s tem bolniku rešimo življenje.

Družbeno telo

V dobi, ki jo zaznamuje skrajni individualizem, je težko razumeti, zakaj bi se človek pri svoji odločitvi o končanju življenja moral ozirati na družbo. Ideja, ki nas pri tem vodi, je: če nikomur očitno ne škodim, lahko živim, kakor me je volja. Družba je tu pojmovana zgolj kot skupnost interesov; brez nje si posameznik ne bi mogel pridobiti ali zagotoviti nekaterih dobrin. Poleg ščitenja interesov posameznika ima država nalogo, da ga brani pred drugimi posamezniki. Zakonodaja deluje kot družbena pogodba, ki določa, kakšno delovanje je škodljivo, in torej nasprotuje etiki. Ob

razpravi o zakonu o evtanaziji se sploh ne zastavlja več vprašanje, ali človek lahko razpolaga s svojim življenjem in smrtjo. Ta pravica je preprosto predpostavljena. Kot skoraj vse etične diskusije se tudi razprava o evtanaziji omeji na postopek: kako ga izvesti tako, da ne bo zlorab.

Ko zdravnik izvede evtanazijo na prošnjo pacienta ali mu pomaga, da napravi samomor, to v nekem številu primerov ne bo škodovalo nikomur drugemu. Tisti, ki družbo dojema najprej funkcionalno, torej kot skupnost interesov, je lahko celo prepričan, da bi podaljševanje njegovega življenja družbi škodovalo zaradi nastalih stroškov zdravstvene oskrbe. Tako J. Hardy brani dolžnost smrti, vključno z dolžnostjo končanja svojega življenja (eventualno s pomočjo drugega) takoj, ko oseba ugotovi, da bi podaljševanje njenega življenja drugega predrago stalo.⁹

Je človek v bistvu posameznik? V skladu s katoliškim družbenim naukom je po naravi družbeno bitje. Ni v celoti izpolnjen, dokler z drugimi ne sestavlja občestva. Duhovni koncepti, kot so vera, zasnovanje življenja, kultura, ljubezen, pridobijo svojo vrednost šele znotraj medosebnih odnosov. Ti niso izključno funkcionalni, temveč so zakoreninjeni v naravi človeka. Če ta že ni last družbe, je vsaj njen sestavni del. Brez odnosov z drugimi človeško bitje ne doseže svoje izpolnitve. Ljudje so tako bistveno odvisni eni od drugih.

Če kdo sam konča svoje življenje ali prosi drugega, da to stori zanj, sklicevaje se na prepričanje, da ima pravico razpolagati s svojim življenjem in smrtjo, mora priznati, da imajo drugi, ki so mu podobni, enako pravico. Dejstvo, da je samomor lahko zgled za druge, je dejavnik, ki ga moramo vsekakor upoštevati (glej *Katekizem katoliške Cerkve*, 2282). Odmevni primeri evtanazije in samomora, o katerih so poročali mediji, so nedvomno pospešili razmislek o tem vprašanju in lepo število neozdravljivih bolnikov privedli do tega izhoda. Uvedba evtanazije in pomoči pri samomoru bi lahko okrnila spoštovanje človeškega življenja. Skrbi nas lahko tudi, da bi to škodovalo ugledu medicine. Zaradi teh dejavnikov je evtanazija grožnja skupnemu dobremu.¹⁰ Končati življenje (ali to storiti s pomočjo drugega) pomeni tudi oddaljitev od cerkve-

nega občestva. Z maziljenjem bolnih Cerkev obolele spodbuja, da se voljno povezujejo s Kristusovim trpljenjem in smrtjo ter tako prispevajo tudi k dobremu božjega ljudstva (prim. C 11).

Konec koncev pa samomor nasprotuje ljubezni do samega sebe. Kakor smo že poudarili, predpostavka, da lahko razpolagamo s svojim življenjem in smrtjo, načelno izhaja iz ideje telesa kot zunanjega dobrega, torej iz zanikanja vrednosti lastnega telesa kot dobrega samega po sebi. Ko se odločimo za samomor, si poleg tega odvzamemo osnovno dobro, življenje, ki je temelj vseh drugih vrednot. Svoboda je upravičeno obravnavana kot človekova najvišja vrednota, a brez življenja se ne more udeležiti. Izbira smrti je predstavljena kot najvišja oblika samoodločanja, toda mar ne uničuje samoodločanja?

Zaradi omenjenih razlogov evtanazija in samomor spadata k peti zapovedi: »Ne ubijaj!« (1 Mz 20,13; 5 Mz 5,17).

Kar smo povedali o evtanaziji in samomoru, velja le, če se bolnik pri polnem zavedanju pomena namerno izbrane smrti svobodno odloči, da bo končal svoje življenje. Jasno je, da strah pred trpljenjem, telesno propadanje in drugi zapleti, pa tudi duševne težave lahko okrnijo polno zavest in svobodo. V praksi ti dejavniki navadno zmanjšajo krivdo (prim. *Evangelium vitae*, 66). Lahko se vprašamo, ali gre v večini primerov res za samoodločanje. Bolnik je del druženo-kulturnega okvira, ki trenutno večinoma sprejema evtanazijo in samomor. Okolje neposredno vpliva nanj. Biti priča trpljenju nekoga drugega je včasih bolj utrudljivo kakor trpeti. Včasih bližnji, ki ne morejo sprejeti bolezni dragega bitja, kažejo svoj obup, pa četudi le nezavedno, s svojim vedenjem. Prošnja po končanju življenja pogosto pride najprej od bližnjih, ne od pacienta. Zgodi se tudi, da evtanazijo predlaga zdravnik.

Telo in konec medicine

Vse do zdaj smo govorili o evtanaziji in samomoru z vidika bolnika. A tu je še pogled zdravnika. Za veliko zdravnikov na

Nizozemskemu in v Belgiji evtanazija in pomoč pri samomoru predstavljata konec medicinske oskrbe. Takoj ko so možnosti zdravljenja izčrpane ali ko ni več mogoče lajšati trpljenja, se kot edini izhod kaže končanje bolnikovega življenja. Pogosto bolniki in njihovi sorodniki silijo zdravnika, da izvede evtanazijo ali da bolniku pomagajo pri samomoru. Iz tega razloga nekateri zdravniki niso naklonjeni novi nizozemski zakonodaji o evtanaziji, čeprav načelno evtanazije in pomoči pri samomoru ne izključujejo. Pravzaprav se dogaja, da pacienti zahtevajo evtanazijo kot svojo pravico in se sklicujejo na to zakonodajo. Zdravnik, ki evtanazijo zavrača, tvega spor s kolegi, ki so drugačnega mnenja: »Če kot splošni zdravnik ne sledite *trendu* končanja življenja, tvegate, da vas imajo v službenem okolju za *težavnega outsiderja*.«¹¹

Nasprotniki evtanazije trdijo, da končanje življenja nasprotuje bistvu in nalogi medicine, ki je v tem, da zdravi, ali pa da, če je bolezen neozdravljiva, kolikor je mogoče lajša simptome. Vse od renesanse so se ob tej temi sklicevali na hipokratično izročilo, ki izključuje evtanazijo. Italijanski zdravnik Baptista Codronchi (Imola, 1547–1628) z uporabo besedne igre na podlagi opazke v prvi knjigi *Empidemiona Corpora Hippocraticum* ustvari ta pregovor: »Scientia enim sanandi, non interimendi est medicina« (Medicina je znanost, katere cilj je zdraviti, ne ubijati).¹² Zdravnike opozarjamo tudi na Hipokratovo prisego, ki vsebuje klavzulo: »da ne bom nikoli nikomur – tudi ko bi me prosil – zapisal smrtne droge ali ga z nasvetom napeljeval na tako misel« (prevod Sovre).¹³ V antiki je zdravniki skorajda niso poznali. V sodobnih različicah prisege te klavzule prav tako ni.

Ker bolnik nima pravice razpolagati s svojim življenjem in smrtjo, svojemu zdravniku ne more dovoliti, da konča njegovo življenje; po drugi strani pa tudi zdravnik nima pravice, da zadoosti taki zahtevi. Zato poseg, ki bi končal življenje, ne more biti konec medicinske oskrbe: »'Pustiti umreti' ne sme nikoli veljati za zdravniško ravnanje, niti tedaj, kadar bi bil namen samo ta, da se izpolni pacientova prošnja: pač pa je zanikanje zdravniškega

poklica, ki se označuje kot strasten in vztrajen 'da' za življenje« (*Evangelium vitae* 89).

Evtanazija je včasih obravnavana kot dejanje usmiljenja; od tod angleški izraz »mercy killing«. A pravo usmiljenje ni v evtanaziji: »Resnično sočutje je namreč solidarno s trpljenjem drugega, ne ubije tistega, čigar trpljenja se ne more prenašati. Toliko bolj je evtanazija sprevrženo dejanje tedaj, če jo storijo tisti, ki bi (...) morali – kot zdravniki – po svojem posebnem poklicu pomagati bolniku tudi v najmučnejšem zadnjem stanju« (*Evangelium vitae*, 66).

Meje evtanazije

Obstajajo tudi posegi, ki pohitrijo smrt, pa jih na splošno sprejemamo. Nekateri se torej sprašujejo, zakaj se evtanazija in pomoč pri samomoru srečujeta s tolikšnimi etičnimi preprekami.

Evtanazija in dejanje z dvojnimi učinkom

Splošno znano je, da boj s simptomi v končni fazi lahko pospeši smrt. Močni analgetiki, denimo morfini, lahko ovirajo dihanje. Tudi pomirjevala imajo lahko pri bolniku, ki tvega zadušitev, podoben odziv. V teh primerih je za etično presojo bistven namen. Namen predpisovanja analgetikov in pomirjeval je, kadar je odmerek temu cilju prilagojen, lajšanje simptomov. Smrt tu ni želena ne kot cilj ne kot sredstvo odprave bolečine, temveč jo dopuščamo izključno kot drugotni učinek (kot »posredni učinek« z izrazom moralne teologije) – posledica, ki jo lahko zagovarjamo, izhajajoč iz načela dejanja z dvojnimi učinkom.¹⁴

Dejanje z dvojnimi učinkom ima želeni učinek – v našem primeru odpravljanje simptomov – in posredni učinek – pospeševanje smrti. Uvajanje analgetikov je samo po sebi dopustno. Razen tega pohitritev smrti ni sredstvo lajšanja trpljenja, kadar je odmerek prilagojen boju s simptomi; v tem primeru je pohitritev smrti lahko

upravičena, če je sorazmerna z želenim učinkom, torej z bojem proti simptomom; ta pogoj je izpolnjen, ko ni drugih primernih načinov za lajšanje simptomov in ko obstaja tveganje, da bo zaradi bolečin in drugih neprijetnih simptomov bolnik popolnoma izgubil pogum in upanje.

Tudi odločitev za prekinitev zdravljenja, ki podaljšuje življenje, ima vpliv na trajanje tega. Kadar se pri malignem tumorju odpovemo kirurškemu posegu, kemoterapiji ali radioterapiji, bo bolnik nedvomno umrl hitreje. Dramatičen primer je ustavitev umetnega dihanja. Izključitev respiratorja lahko povzroči hitro smrt. Občutki ob takem dejanju se ne razlikujejo pretirano od dajanja velikega odmerka inzulina ali morfija za končanje življenja. Toda v nekaterih okoliščinah je odločitev o končanju zdravljenja, ki podaljšuje življenje, načelno sprejeta, čeprav povzroči bolnikovo smrt. Mar ne bi bilo treba sprejeti dejstva, da s takim dejanjem prav tako razpolagamo z življenjem in smrtjo? Nekateri avtorji zato sklepajo, da je prav tako upravičeno končanje življenja z uvajanjem smrtonosnih učinkovin.¹⁵

Ob tem moramo imeti v mislih, da razpolaganje z življenjem in smrtjo ne pomeni razpolaganja s trenutkom smrti. Ta prvina je pri etični sodbi pomembna. Razpolagati z življenjem pomeni ovrednotiti vrednost telesnega življenja, kakor da ne bi bilo vrednota samo po sebi, in tako zaključiti, da ga je bolje žrtvovati in se ogniti trpljenju, ki ga imamo za neznosno. Ni nujno, da ima to kakšno vlogo, kadar opustimo zdravljenje, ki podaljšuje življenje, čeprav lahko pričakujemo, da bo ta opustitev povzročila bolnikovo smrt.

Mera zdravljenja

J. van den Berg opisuje primer pacienta, ki so mu, da bi korenito odstranili maligni tumor, pospremljen z metastazami, amputirali obe nogi in medenico, torej skoraj polovico telesa.¹⁶ Če tega ne bi storili, bi mar imeli namen končati njegovo življenje? Seveda ne.

Med prednostmi in slabostmi take operacije ni ravnotežja; poseg torej ni sorazmeren. Popolnoma drugačen pa je primer starejšega moškega, ki trpi za pljučnico, a nima drugih zdravstvenih težav, vendar zavrne antibiotike in zaradi tega umre. Če je ta človek pri-seben, lahko le sklepamo, da si je smrti želel. Tveganja in stranski učinki zdravljenja z antibiotiki so zanemarljivi; v tem primeru prednosti torej popolnoma kompenzirajo vse slabosti. Terapija je popolnoma sorazmerna. Kongregacija za verski nauk zato v *Izjavi o evtanaziji* (1980) zaključuje:

»Pri aplikaciji medicinskega zdravljenja je treba vzdrževati pravično sorazmernost (...). Do pravične ocene sredstev bomo prišli s pomočjo primerjave narave terapije, možnih zapletov in tveganj, potrebnih izdatkov in njihove dostopnosti na eni strani in pričakovanimi učinki na drugi strani, upošteva je stanje bolnika in njegovih telesnih in duhovnih moči.«¹⁷

Kadar so prednosti in slabosti proporcionalne, je obvezno zdravljenje; če ga zavrne, namerno izberemo smrt. Če med prednostmi in slabostmi ni ustreznih razmerij, zdravljenja ni treba začeti. Zgodi se lahko očitno nesorazmerje med prednostmi in slabostmi. Tako je bilo pri Francu ali Titu, ki so jima iz političnih razlogov podaljševali življenje brez upa na ozdravitev. Če se pokaže, da je zdravljenje nesorazmerno, ga ni treba izvajati. Prednosti so lahko ohranitev življenja, pa tudi izboljšanje bolnikovega stanja.¹⁸ Pri slabostih takoj pomislimo na stranske učinke, na zaplete in možne pohabe zaradi zdravljenja: moralisti so vedno menili, da je amputacija noge kot izjemen poseg neobvezna.

Nekateri težko razumejo, da je treba upoštevati tudi stroške. *Izjava o evtanaziji* Kongregacije za verski nauk ta vidik kljub temu omenja (glej zgornje besedilo). Na Nizozemskem in v Belgiji, kjer so pravzaprav vsi zdravstveno zavarovani, je manj težav glede stroškov hospitalizacije, a npr. v ZDA so okoliščine povsem drugačne. J. Hardy, ki govori, kakor smo videli, o dolžnosti umreti v nekaterih okoliščinah, omenja primer: 87-letna ženska ima hudo srčno bolezen; četudi je verjetnost, da bo živela več kot šest mesecev, manjša od 50 %, za vsako ceno zahteva zdravljenje, zaradi

česar živi še dve leti. Njena 55-letna hči, ki je edina sorodnica, opusti svojo službo in poklicno kariero, porabi vse prihranke in je prisiljena prodati hišo, da plača materino zdravljenje.¹⁹ V tem primeru je očitno, da zdravljenje ni sorazmerno in je nedvomno celo nesorazmerno: ne bi rad, tako kakor Hardy, govoril o dolžnosti umreti, vseeno pa o dolžnosti, da se odrečemo ohranjanju življenja za vsako ceno in, posledično, o dolžnosti, da sprejmemo neizogibno smrt. Med tema dvema pojmomoma je ogromna razlika. Kakor smo videli, dolžnost umreti – po Hardyju – vključuje ne le odpoved zdravljenju, ki podaljšuje življenje, temveč tudi dolžnost, da svoje življenje končamo dejavno.

Cerkvena oblast lahko kot splošno načelo uči le o razliki med sorazmernim, nesorazmernim in disproporcionalnim zdravljenjem. Kaj je v nekem primeru sorazmerno ali ne, lahko nakaže le zdravnik, ki se opira na resno ekspertizo, na izkušnje in preudarnost. Bolnik se mora pustiti skrbno poučiti o prednostih in slabostih zdravljenja. Če je še povsem priseben, je on tisti, ki bo na koncu odločil, ali mu bodo podaljševali življenje ali ne. Če tega ne more storiti sam, se bo namesto njega odločil zdravnik po posvetu z bolnikovo družino.

V lepem številu primerov razlika med sorazmernim, nesorazmernim in disproporcionalnim medicinskim zdravljenjem ni brez dvoumnosti. Vedno obstaja polje negotovosti, ko je razliko težko določiti ali kjer se zdravniki med seboj ne strinjajo. Kako denimo obravnavati gospo pri 50 letih z možganskim tumorjem? Če je ne operirajo, so mogoče hude nevrološke posledice in boleča smrt. Če pa jo operirajo, je verjetnost okrevanja skoraj 100-odstotna; vendar pa bo poseg prizadel center za govor, zaradi česar bo onemela. V takih primerih je izbira mučna, še posebno, kadar je o njej težko govoriti z bolnikom.

Ta težava se kaže tudi pri bolnikih, ki so v trajnem vegetativnem stanju. Ali je prav, da jih hranimo in jim dovajamo tekočine po cevki? Ko to delamo, včasih vzdržujemo njihovo življenje cela desetletja, a možnost za vrnitev zavesti je neznatna. Tudi tu je treba oceniti razloge za in proti; težko je vnaprej reči, da je tako

zdravljenje v vseh primerih nesorazmerno. *Listina zdravstvenih delavcev* Papeškega sveta za pastoralo zdravstvenih delavcev o tem pravi: »Hranjenje in dovajanje tekočin, četudi umetno izvedeno, imamo za normalna ukrepa, ki ju dolgujemo bolniku, ko je očitno, da mu ne bosta škodila: njuna neopravičena opustitev pa bi dobila pomen resnične in prave evtanazije (120).«

Pomagajmo živeti: paliativna oskrba

Nihče ne more živeti iz zanikanja. A reči, da sta evtanazija in pomoč pri samomoru nedovoljeni, ni dovolj. V nekaterih primerih je povsem razumljivo, da si bolnik želi smrti. Čeprav je dolžnost ohranjati ga pri življenju z zdravljenjem ukinjena, ostaja še ena naloga: pomagati mu nadaljevati živeti. Še vedno živi, pa ne glede na to, kako končno je njegovo stanje. Takoj ko ohranjanje življenja ni več v igri, je treba uvesti dejavno pomoč, ki se zelo razlikuje od pasivne vdanosti v usodo.

To dejavno pomoč zagotavljamo s paliativno oskrbo, ki jo Svetovna zdravstvena organizacija opredeli tako: »Dejavna in celovita oskrba pacientov, ko njihova bolezen ni več ozdravljiva. Pri tem sta lajšanje bolečin in boj z drugimi telesnimi nevšečnostmi enako pomembna kakor ukvarjanje s psihološkimi, socialnimi in duhovnimi težavami.«

»Paliativna oskrba pritrjuje življenju in smrt obravnava kot normalen proces.«²⁰ Prizadeva si, da bi neozdravljivo bolnemu pomagali živeti, ne da bi umetno podaljševali njegovo življenje: »Paliativna oskrba ne dodaja dni življenju, temveč življenje dnem.«²¹ Ta pomoč ni le medicinska in tehnična, temveč upošteva vse vidike človeškega življenja. Značilna poteza našega časa, torej individualizem, o katerem smo govorili, je tu presežena. To je zelo pomembno. Pogosto je hujše od telesnih in duševnih bolečin socialno trpljenje, osamljenost bolne osebe, ki izgubi vsak stik z bližnjimi. Umirajoči bolniki, ki jih namestijo v ustanovo za paliativno oskrbo, v institucijo ali hospic te vrste, se pogosto opo-

gumijo, bolje prenašajo zdravljenje, ponovno odkrijejo življenje, čeprav se zavedajo, da ne bo več dolgo. Pogosto se tudi pokaže, da po sprejemu potrebujejo manj pomirjeval ali pa se jim sploh odrečejo, kar kaže, kako je prenašanje bolečine odvisno od dobrobiti bolnika v njegovi celovitosti.

V medicini že vse od antike izraz *palliativum* pomeni rešitev, s katero lajšamo simptome, ne da bi zdravili bolezen (*palliare*, odeti v plašč, *pallium*, plašč). Sveti Martin je svoj plašč razrezal na dva dela, da bi z njim pokril berača ob vratih Amiensa. S tem ni rešil problema revščine, a človeku pred njim je bilo topleje. Prav tako paliativna oskrba ne zdravi neozdravljive bolezni, temveč lajša bolnikovo trpljenje, bolečino, tesnobo, osamljenost v zadnjih dneh njegovega življenja. Notranje zdravljenje, ki je sad ljubeče pozornosti, lahko pri bolniku okrepi tudi vero in zaupanje v Boga. S katoliškega zornega kota je duhovno spremstvo sestavni del paliativne oskrbe. Nizozemska škofovska konferenca si je prizadevala za strukturno uvedbo paliativne oskrbe v pomoč umirajočim.²²

V praksi se kaže, da lahko uvedba primerne paliativne oskrbe zmanjša potrebo po evtanaziji. Konec leta 2001 so amsterdamski zdravniki, ki so člani društva »Pomoč in svetovanje o evtanaziji na Nizozemskem«, društva, h kateremu se zatekajo kolegi, ki jih bolniki prosijo za evtanazijo, v intervjuju povedali, da se je po uvedbi paliativne oskrbe število prošenj za evtanazijo močno zmanjšalo. Eden izmed teh zdravnikov, ki je prej izvajal evtanazijo dvakrat na leto, je priznal: »V zadnjih treh letih sem še dobival prošnje za evtanazijo, a zaradi mojega poznavanja paliativnega področja mi ni bilo treba izvesti nobene.«²³

Ustanove in hospici, ki zagotavljajo paliativno oskrbo, ne izključujejo evtanazije.²⁴ A to ni v skladu ne z njihovim izvirnim ciljem ne z opredelitvijo Svetovne zdravstvene organizacije. Kakor smo videli, si paliativna oskrba prizadeva pokriti bolnika s plaščem ljubeče pozornosti njegove okolice in tako podpirati življenjske moči, ki so mu lastne. Končati njegovo življenje bi pomenilo živega zazidati brez vezi z bližnjimi. S tem, da ga podpiramo, vse do konca ohranjamo človečnost nekega življenja in njegovega mesta v skupnosti.

Opombe

¹ E. J. Emmanuel, »Euthanasia. Historical, Ethical and Empiric Perspectives«, v: *Archives of Internal Medicine* 154(1994), str. 1891. Tako ne gre več za stara razlikovanja med želeno evtanazijo (torej na zahtevo pacienta), neželjeno evtanazijo (proti njegovi volji) in nehoteno evtanazijo (volja pacienta ni znana, kar velja za paciente v komi ali pri hudih duševnih obolenjih, pa tudi za novorojenčke).

² M. A. Lee, H. D. Nelson, V. P. Tilden, L. Ganzini, T. A. Schmidt, S. W. Tolle, »Legalizing Assisted Suicide – Views of Physicians in Oregon«, v: *The New England Journal of Medicine* 334(1996), št. 5, str. 310–315.

³ J. Kennedy, *Een weloverogen dood. Euthanasie in Nederland*, Uitg. Bert Bakker, Amsterdam 2002, str. 137–166.

⁴ Kuitert, *Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem*, Ten Have, Baarn, 1981.

⁵ Tomaž Akvinski, *Teološka suma II-II* 64, 5.

⁶ Kongregacija za verski nauk, »Declaratio de euthanasia«, v: AAS 72 (1980), str. 545.

⁷ L. Lavaud, »Annoncer l'Incarnation, *Communio*, XXVIII, 2 – marec-april 2003, str. 9.

⁸ Janez Pavel II, okrožnica *Evangelij življenja (Evangelium vitae)*, CD 60, Družina, Ljubljana 1995, številka 53, str. 59.

⁹ J. Hardy, »Is There Duty to Die?«, v: *Hastings Center Report* 27 (1997), št. 2, str. 34–42. Hardy se distancira od individualizma, ki človeka sili, da ne upošteva zadosti interesov drugega in celotne družbe; to družbo pa si zamišlja kot tipično skupnost interesov.

¹⁰ R. M. Gula, *Euthanasia. Moral and Pastoral Perspectives*, Paulist Press, New York/Mahwah 1995, str. 14–20; M. Manning, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Killing or Caring?*, Paulist Press, New York/Mahwah 1998, str. 56–59.

¹¹ I. Schretlen, »Euthanasie kan voor mij geen zijn«, v: *NRC Handelsblad* 15-11-2001, str. 6.

¹² B. Codroncus, *De christiana ac tuta medendi ratione*, Bononiae: typis Clementis Feronii, 1629 (1. izdaja: 1591), liber 1, cap. XXIII, str. 76; cf. W. J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte*, Tabor, Brugge, 1987, str. 141.

¹³ L. Edelstein, *Der hippokratische Eid*, Artemis Verlag, Zürich-Stuttgart, 1969.

¹⁴ Pij XII. na mednarodnem srečanju zdravnikov in kirurgov (24. februar 1957), v: AAS 49(1957), str. 146; isti papež udeležencem na nevro-psiho-farmakološkem kongresu (9. septembra 1958, v: AAS 50 (1958), str. 694; Kongregacija za verski nauk, »Declaratio de euthanasia«, *op. cit.*, str. 548; *Evangelium vitae* 65.

¹⁵ J. Rachels, »Active and Passive Euthanasia«, v: *The New England Journal of Medicine* 292(1975), str. 78–80; D. W. Brock, »Voluntary Active Euthanasia«, v: *Hasting Center Report* 22 (1992), št. 2, str. 10–22.

¹⁶ J. H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, C. F. Callenbach, Nijkerk 1969, str. 31–34.

¹⁷ »Declaratio de euthanasia«, n. d., str. 550; prim. *Veritatis splendor* 65; Papeški svet za pastoralo zdravstvenih delavcev, *Listina zdravstvenih delavcev*, 119–121.

¹⁸ Za seznam različnih prednosti in slabosti glej Kongregacija za verski nauk, »Declaratio

de euthanasia«, n. d., str. 550–551; K. W. Wildes. »Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life«, v: *Theological Studies* 57 (1996), str. 500–512.

¹⁹ J. Hardy, »Is There Duty to Die?« n. d.

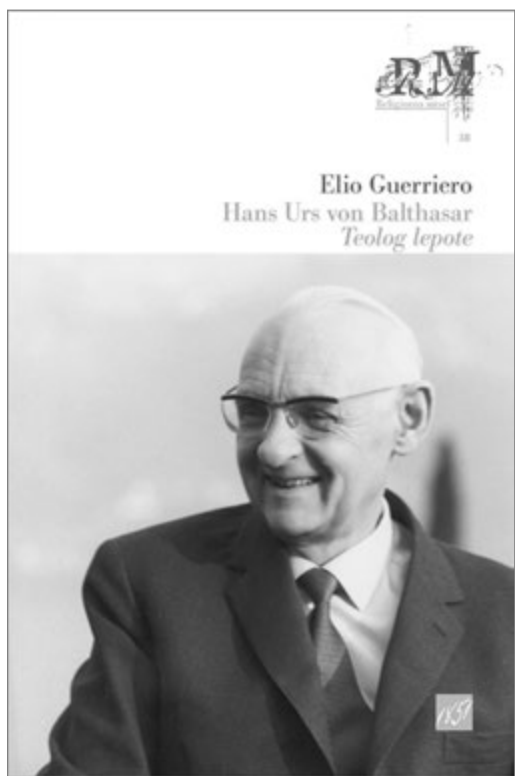
²⁰ Navedeno v: R. Bruntink, *Een goede plek om te sterven. Palliatieve zorg in Nederland. Een wegwijzer*, Plataan, Zutphen-Apeldoorn, 2002, str. 11; World Health Organisation, *Cancer Pain Relief and Palliative care*, Technical Report Series 804, Ženeva, 1990.

²¹ R. Bruntink, n. d., str. 12.

²² »Care During Suffering and Dying«, v: *Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the Legislative Procedure 1983–2001*, Peeters, Utrecht-Leuven, 2002, str. 144–152.

²³ M. Oostveen, »Spijt. Voorvechters van de euthanasiepraktijk bezinnen zich«, v: *NCR/Handelsblad* 10-11-2001, sobotna priloga, str. 25.

²⁴ Prim. M. J. P. A. Janssens, *Palliative Care. Concept and Ethics*, Nijmegen University Press, Nijmegen, 2001 (doktorska teza), str. 125–126.



Celjska Mohorjeva družba 2023, 460 strani
Prevedel Anton Štrukelj.