

DANIEL P. SULMASY, EDMUND D. PELLEGRINO

Pravilo dvojnega učinka

Razjasnimo zmedo

V zadnjem času je pravilo dvojnega učinka, ki ima na področju etike, posebej v medicinske etike, že dolgo zgodovino, v medicinski literaturi postalo tarča ostre kritike.^{1,2} Zaradi njegovega izjemnega praktičnega pomena za oskrbo umirajočih bolnikov pa je potrebno vsak napad na to pravilo jemati resno. V tem članku zato predstavlja sistematičen odgovor na tisto, kar imava za resen nesporazum v zvezi z naravo in uporabo tega pravila. Jasno razumevanje ustrezne rabe pravila dvojnega učinka je bistvenega pomena, če hočejo zdravstveni delavci še naprej nasprotovati evtanaziji in asistiranemu samomoru, toda vseeno zagotavljati ustrezno lajšanje bolečin umirajočim bolnikom. Mnogi Američani, vključno z zdravstvenimi delavci, se namreč bojijo, da bodo nehote sodelovali pri evtanaziji, če pospešujejo pacientovo smrt, pa čeprav to počnejo nenamerno, kot stranski učinek poskusov, da bi lajšali bolečino in trpljenje. Za take ljudi pravilo dvojnega učinka pomeni moralno pomiritev in jih opogumlja, da bi kar najbolje poskrbeli za umirajoče. Prav zato to pravilo tudi igra pomembno vlogo pri odločitvah Ameriškega zdravstvenega združenja.^{3,4}

NARAVA IN VSEBINA PRAVILA DVOJNEGA UČINKA

Čeprav obstajajo različne formulacije, običajno pravilo dvojnega učinka določa, da je dejanje z dvema možnima učinkoma, enim dobrim in enim slabim, moralno dovoljeno, če dejanje: (1) ni samo po sebi nemoralno, (2) če je storjeno z namenom doseganja samo možnega dobrega učinka, ne da bi hoteli možen slab učinek, pa čeprav ga lahko predvidimo, (3) ne povzroča možnega dobrega učinka s pomočjo možnega slabega učinka in (4) je

storjeno zaradi ustrezno tehtnega razloga.⁴⁻⁸ To moralno pravilo lahko uporabljamo pri mnogočem, vendar pa ima posebno pomembno vlogo pri oskrbi umirajočih, saj omogoča tistim, ki moralno nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru, da poskrbijo za ustrezno lajšanje bolečine, ne da bi prekršili tradicionalno medicinsko etiko ali svojo vest.

Oskrba umirajočih bolnikov z bolečinami z ustreznimi dozami morfija je namreč tako dejanje, ki zadošča kriterijem dvojnega učinka. Uporaba morfija (1) sama po sebi ni nemoralna; (2) se izvaja samo z namenom lajšanja

bolečine, ne pa z namenom povzročanja smrti z respiratorno depresijo; (3) morfij ne lajša bolečine tako, da najprej ubije pacienta; in (4) lajšanje bolečine je sorazmerno dovolj tehten razlog za sprejem tveganja, da pospešimo umiranje. Nekateri zdravniki, ki nasprotujejo asistiranemu samomoru in evtanaziji, se bodo morda izogibali temu, da bi dajali opioidne anestetike umirajočim bolnikom zaradi strahu, da bi s tem pospeševali umiranje in zakrivili evtanazijo. V skladu s pravilom dvojnega učinka pa je primerna in sočutna uporaba morfija moralno sprejemljiva tudi za tiste, ki moralno nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru. To pravilo namreč omogoča zdravnikom, ki nasprotujejo asistiranemu samomoru in evtanaziji, da v teh primerih s čisto vestjo ustrezno lajšajo bolečino.

TEMELJNA DILEMA

Če je kdo prepričan, da sta evtanazija in asistirani samomor včasih moralno dopustna, potem pravilo dvojnega učinka pri oskrbi umirajočih bolnikov ne igra nobene vloge. Če ni narobe hoteti, da bolnik umre zaradi kakega kliničnega dejanja, potem ni potrebe, da bi se vznemirjali zaradi pravila dvojnega učinka. Toda vseeno na milijone ameriških zdravstvenih delavcev in bolnikov moralno nasprotuje evtanaziji in asistiranemu samomoru. Za te ljudi, trdimo, pa je pravilo dvojnega učinka popolnoma razumljivo in ima zanje velik klinični pomen.

LOGIČNA NESKLADJA IN POTENCIALNO ŠKODLJIVI UČINKI NA OSKRBO BOLNIKA

Spodkopavanje pravila dvojnega učinka ima torej lahko tudi nasproten učinek na oskrbo umirajočega, saj večina zdravnikov pravi, da osebno niso naklonjeni izvajanju evtanazije in asistiranega samomora, pa čeprav je zakonsko dovoljen.⁹⁻¹² Za nekatere kritike dvojnega učinka se tudi zdi, da so

nekoliko razdvojeni. Priznavajo, da "je pravilo dvojnega učinka lahko uporabno za opravičevanje ustreznega lajšanja bolečin in drugih paliativnih ukrepov pri umirajočih bolnikih".¹ Obenem pa trdijo, da to moralno pravilo ni verodostojno.

Toda pravilo dvojnega učinka velja ali ne velja. Ni mogoče oboje hkrati. Če pravilo dvojnega učinka v bistvu logično in moralno velja, potem bi bilo za bolnike najbolj koristno, če bi zdravnike izobraževali o njegovi pravilni uporabi. Tisti, ki že odobravajo evtanazijo in asistirani samomor, logično ne morejo nasprotovati takšni rabi zdravil, ki je v skladu s pravilom dvojnega učinka. Morda bodo poleg tega hoteli dajati smrtonosne doze ali uporabljati druge smrtonosne postopke, vendar ne morejo nasprotovati lajšanju bolečin. Z izobraževanjem zdravnikov o pravilu dvojnega učinka pa bo več bolnikov prejelo ustrezen nadzor nad bolečino s strani zdravnikov, ki nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru in bi bili sicer nenaklonjeni uporabi takih postopkov.

Na drugi strani pa, če kdo meni, da je pravilo dvojnega učinka na neki način protislovno, kako potem lahko trdi, da bi ga zdravniki, ki nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru, morali uporabiti pri oskrbi bolnikov? Če to pravilo resnično nima smisla, potem logično sledi, da tisti zdravniki, ki po vesti nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru, ne bi smeli predpisovati opioidnih analgetikov umirajočim. Nobene izbire nimajo, morajo se vzdržati uporabe teh zdravil, saj so brez pravila dvojnega učinka prisiljeni imeti vsa dejanja, ki tvegajo pospeševanje umiranja bolnika, za evtanazijo. To pa bi bilo za bolnike strašno.

Če pa je, kot bomo videli kasneje, pravilo dvojnega učinka vseeno veljavno, potem so lahko tisti, ki nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru, moralno pomirjeni, ko uporabljajo ustrezne doze opioidnih analgetikov pri oskrbi umirajočih bolnikov.

NAPAČNO RAZLAGANJE DVOJNEGA UČINKA

Kritiki to moralno pravilo napačno razlagajo, ko pravijo, da je to pravzaprav pravilo, ki omogoča posamezniku, da lahko odloča, ali ima eno potencialno škodljivo ravnanje prednost pred drugim.^{1,2} To ne drži. Pravilo dvojnega učinka ni le orodje konsekvencialističnega sklepanja, tj., ne določa moralnega statusa dejanja na temelju čiste koristi. Razmislek o dvojnem učinku se namreč ne začne tako, da najprej raziščemo posledice nameravanega dejanja in se potem odločimo, ali so skupne posledice take, da obstaja dober razlog, zaradi katerega lahko prekršimo neko načelno prepoved tega dejanja. Gre za to, da se odločimo za moralno dobro dejanje in pri tem v polnosti upoštevamo predvidljive posledice. Če dejanje ustreza pogojem pravila dvojnega učinka, ga lahko napravimo celo v okoliščinah, v katerih bi to dejanje lahko imelo nevarne stranske učinke. To pa je nekaj povsem drugega od trditve, da se odločamo za manjše zlo.

DVOJNI UČINEK IN ASISTIRANI SAMOMOR

Kritiki so ustvarili slamnatega moža, ko pravijo, da naj bi, če pravilo dvojnega učinka velja, njegovi privrženci morali dovoljevati asistirani samomor.¹ Ne pokažejo pa nobenih dokazov, da tako trditev zagovarjajo tisti, ki podpirajo pravilo dvojnega učinka.

Ko se na to pravilo sklicujejo v primerih asistiranega samomora, delajo tudi kategorialno napako. Pravilo dvojnega učinka je namreč samo eno moralno pravilo med mnogimi. Njegov namen je pokriti določene vrste dejanj, medtem ko druga pravila pokrivajo druge vrste dejanj. V skladu s splošnim prepričanjem se to pravilo tako ne nanaša na situacije, v katerih je med učinki, o katerih razmišljamo, tudi namen sodelujočih. Pravilo dvojnega učinka lahko zato uporabimo samo v situacijah, v katerih možni dobri

in slabi učinki izhajajo neposredno iz dejanj vršitelja.¹³ Quill in drugi¹ na primer trdijo, da zdravnik, ki predpiše smrtonosni recept, hoče samo "pomiriti bolnika s tem, da mu da možnost izhoda iz trpljenja, za katerega pa zdravnik upa in pričakuje, da ne bo uporabljen". Asistirani samomor po drugi strani zahteva, da bolnik izrazi namen, da hoče slab učinek, za katerega zdravnik domnevno trdi, da se mu želi izogniti, tj. da hoče samomor. Samomorilska smrt bolnika tako ne izhaja neposredno iz predpisovanja zdravila, ampak iz bolnikove namenske uporabe predpisanega zdravila. Zato se pravilo dvojnega učinka tu ne uporablja.

Če zaključimo tako, kot trdijo zagovorniki pravila dvojnega učinka, da sta evtanazija in samomor moralno nesprejemljiva, potem je moralno vprašanje za zdravnika v primerih asistiranega samomora, ali je zdravnikova pomoč pri samomoru moralno sprejemljiva. Ustrezna moralna kategorija za te zdravnike zato ni dvojni učinek, ampak sodelovanje (tj. ali je zdravnik sokrivec in je zato moralno odgovoren).^{14,15} Bolnik prosi zdravnika za pomoč pri ubiranju "možnega izhoda". Zdravnik predpiše smrtonosno zdravilo in ve, da je bolnik že premislil o možnosti, da bi to zdravilo vzel. Brez zdravnikovega sodelovanja pa tega dejanja bolnik ne bi imel možnosti izpeljati tako, kot je sam hotel. Če zdravnik moralno nasprotuje evtanaziji in samomoru in če se bolnik odloči napraviti samomor, je zdravnik torej sodeloval pri uboju.

Tu se uporablja pravilo dvojnega učinka samo, če bolnik ne bi izrazil nobenega namena, bodisi da stori samomor bodisi da ima na razpolago smrtonosno dozo zdravila samo "za vsak primer". Zdravnik bi lahko predpisal recept za opioidni analgetik za obvladovanje bolečine, bolnik pa bi na skrivaj zbiral tablete in jih vzel ter poskusil storiti samomor. To je vedno možno pri kateremkoli zdravilu, ki se klinično uporablja, pa če je to opioidni analgetik ali digitalis. Če kdo ve, da je to možno, vendar nima nobenega dokaza, da je to bolnikov namen, potem ni sokriv

za samomor, če pa bolnik jasno nakaže tak možni namen, potem je sokriv, če ta stori samomor.

Omenjeno lahko ponazorimo s primerom človeka, ki ga je zmeden, pravkar odpuščen delavec, ki kaže nedoločno željo, da bi razstrelil svoje nekdanje delovno mesto, prosil, naj mu da dinamično palico. V tem primeru težko uporabimo pravilo dvojnega učinka in rečemo, da smo nameravali samo lajšati njegovo duševno bolečino in smo mu zato dali dinamit. Res je, da on lahko razstreli stavbo ali pa ne. A če jo razstreli, potem smo moralno sokrivi, saj smo mu dali sredstva za to, čeprav smo vedeli, kakšni so njegovi možni nameni. Enako velja za asistirani samomor. Če komu, čeprav poznamo njegov namen, priskrbimo sredstvo, potem smo sokrivi.

Sedaj pa predpostavimo, da bi hoteli raztegniti pravilo dvojnega učinka na primere asistiranega samomora. Tudi v tem primeru bi to pravilo prepovedovalo tako dejanje, če bi seveda moralno nasprotovali samomoru. Če bi namreč hoteli spraviti asistirani samomor v okvir pravila dvojnega učinka, bi morali trditi, da smo bolniku dali tablete, ne da bi hoteli njegov morebitni samomor. Vseeno pa tretji pogoj pravila dvojnega učinka zahteva, da morebitni negativni učinek ne sme biti sredstvo za dosego možnega pozitivnega učinka. V tem primeru pa bi bilo tisto, za kar trdimo, da ne nameravamo, tj. možnost, da bi bolnik zaužil preveliko dozo in umrl, pravzaprav sredstvo, s katerim zadovoljimo bolnika. Zato pravilo dvojnega učinka ne opravičuje asistiranega samomora.

NEJASNOSTI O TERMINALNI SEDACIJI

Terminalna sedacija, pri kateri umirajočim bolnikom lahko damo doze zdravila, da bi obvladovali simptome, vendar zaradi tega bolniki padejo v komo in umrejo, je v hospicijah in pri paliativni oskrbi izjemno redek primer.¹⁵ Dobri zdravniki, ki se ukvarjajo s paliativno oskrbo, hočejo čim bolj obvladovati simptome in hkrati čim bolj ohranjati funkcionalnost.

Vendar v skladu s pravilom dvojnega učinka včasih lahko sprejmejo sedacijo do nezvesti, ki je stranski učinek določenega postopka, usmerjenega na določen simptom. To pomeni, da sprejmejo sedacijo, ki bi lahko bila terminalna. Ne sedirajo pa z namenom, da bi končali življenje. Vseeno nekateri avtorji^{2,16} zmotno predlagajo širitev pomena in obsega te prakse na nekatere oblike evtanazije, da bi bile pod pravnim kritjem tega, kar tradicionalno dovoljujemo kot dvojni učinek.

Da bi pravilno uporabljali pravilo dvojnega učinka, moramo pazljivo določiti učinke, h katerim stremimo, in biti razumno prepričani, da nameravani poseg lahko ta učinek doseže. "Lajšanje trpljenja" pa je veliko preširok učinek, da bi lahko imelo praktičen klinični pomen. Dobri zdravstveni delavci uporabljajo natančno določena zdravila za obvladovanje natančno določenih simptomov. Poglejmo na primer bolnika, ki je le nekaj dni pred smrtjo, že doživlja motnje zavesti, ki so posledica naravnega napredovanja njegove bolezni, in v veliki bolečini prosi za rešitev. V skladu s pravilom dvojnega učinka je popolnoma primerno lajšati njegovo bolečino z opioidnimi analgetiki, tudi če vemo, da bolnik lahko posledično izgubi zavest, kar bi bil nehoten stranski učinek, zato ne jé in prej umre.

Povsem drugačen pa je primer od bolnika z zgodnjo Alzheimerjevo boleznijo, ki trpi zaradi strahu pred tem, kaj bo prinesla prihodnost, prosi za pomoč in hrepeni po smrti. Če bi tega bolnika sedirali do stanja nezvesti, bi s tem dosegli smrt. To pa v skladu s pravilom dvojnega učinka ne more biti dovoljeno in ne more biti v skladu z zakonom, če je evtanazija nezakonita.

Oglejmo si še primer starejšega bolnika, ki je brez bolečin, ima pa resno omejeno gibljivost zaradi degenerativnega artritisa, ki ga ni mogoče operirati, in doživlja neke vrste eksistenčni strah ali, kot bi rekli nizozemski zagovorniki evtanazije, "naveličanost življenja".¹⁷ Edini način, kako bi barbiturat lahko lajšal znake naveličanosti življenja, je ta, da povzroči nezavest in smrt bolnika. Vendar to krši pravilo

dvojnega učinka, saj je domnevno nehoten možni negativni učinek (nezavest in smrt) sredstvo za doseganje možnega pozitivnega učinka (reševanje naveličanosti življenja). Zato je ta vrsta "terminalne sedacije" zgolj oblika aktivne evtanazije in v skladu s pravilom dvojnega učinka ne more biti dovoljena.

Razmislimo še o primeru, ko so bolnika z metastatičnim rakom več mesecev zdravili z opioidnimi analgetiki, ta pa je razvil mioklonus kot stranski učinek teh zdravil. Predpostavimo, da so bolnika zdravili z benzodiazepini proti mioklonusu, vendar je ta ostal. Predpostavimo, da so bolnika zdravili tudi z dodatnimi tricikličnimi antidepresivi, živčnimi zaviralci in t. i. biofeedbackom, vendar bolečine niso obvladali. V takih izjemnih okoliščinah lahko razmišljamo o uporabi barbituratov za zatiranje mioklonusa, ki bo bolniku prineslo lajšanje strahu, ki lahko povečuje bolečino. Dokler je to naš namen in dokler uporabljamo samo toliko barbiturata, kot je potrebno za zatiranje teh simptomov, in smo se pogovorili z bolnikom, da lahko kot stranski učinek nastopi nezavest, lahko v skladu s pravilom dvojnega učinka izvajamo take ukrepe. To bi moral biti skrajni ukrep, vendar ukrep, ki je v izjemno redkih okoliščinah in če je previdno izpeljan, potreben. To je primer terminalne sedacije, ki je tradicionalno dovoljen, vendar v skladu s pravilom dvojnega učinka redko uporabljen.

Nekatere vrste terminalne sedacije so torej v skladu s pravilom dvojnega učinka dovoljene, nekatere pa ne. Pri tistih vrstah, ki so dovoljene, je sedacija nehoten, vendar predviden stranski učinek. Pri tistih vrstah, ki niso dovoljene, pa je hoten namen sedacije prekinitev bolnikovih težav s pomočjo prekinitve bolnikovega obstoja.

OPUSTITEV OHRANJANJA PRI ŽIVLJENJU NI UPORABA DVOJNEGA UČINKA

Naslednja napaka je trditev, da je opustitev ohranjanja pri življenju tradicionalno

opravičena s pravilom dvojnega učinka.¹ Še enkrat, to je napačna raba pravila dvojnega učinka, pa čeprav je v literaturi pogosto navedena.¹⁸ Potrebno je namreč razumeti, da je pravilo dvojnega učinka le eno izmed mnogih. Trdicionalno zavrnitev ohranjanja pri življenju opravičuje pravilo, da je dovoljeno opustiti ohranjanje pri življenju v okoliščinah, v katerih uporaba metod za ohranjanje življenja velja za "izjemno" ali "nesorazmerno".^{19,20} Tako kot pri pravilu dvojnega učinka razmejitev med sorazmernim in nesorazmernim zahteva primerno velik razlog, toda to je drugo moralno pravilo.²¹ Moralno previdni bolniki in zdravstveni delavci, ki ne podpirajo evtanazije ali asistiranega samomora, lahko v skladu z moralno teologijo Rimskokatoliške Cerkve vsaj nekako od leta 1500¹⁹ ne izvajajo ali opustijo metode ohranjanja pri življenju, ki so jalove ali nesorazmerno obremenjujoče, to pa je veliko prej, preden je bilo pravilo dvojnega učinka sploh jasno opredeljeno v moralni literaturi.²² V skladu s tem pravilom lahko torej opustimo metode za ohranjanje pri življenju, če ne koristijo ali če so nesorazmerno obremenjujoče. Toda to je pravilo o opustitvi zdravljenja, ne pa pravilo, ki bi vodilo dejavno zdravljenje.

Nobene potrebe ni, da bi pravilo dvojnega učinka uporabljali pri opuščanju metod za ohranjanje pri življenju. Sklicevati se moramo samo na dejstvo, da ni nobene moralne obveznosti, da bi uporabljali jalove ali izjemno obremenjujoče postopke.

RAZJASNITEV KLINIČNIH NAMENOV

Quill²³ je močno zagovarjal mnenje, da so klinični nameni po naravi nejasni in jih ne moremo uporabiti za vrednotenje moralnosti kliničnih dejanj. To je izjemno problematično stališče, ki se neprestano ponavlja v sodobnih napadih na pravilo dvojnega učinka.^{1,2} Zdrava pamet in zakon namreč dajeta pri vrednotenju moralnosti človekovih dejanj pomembno mesto namenom, in prav je tako. Nameni so življenjskega

pomena za naše razumevanje različnih dejanj in za razjasnitev, kaj pomeni iskreno delovati s spoštovanjem do dostojanstva bližnjega.⁵ Zato je, na primer, ločnica med pokolom, umorom in tako naprej, jasno zarisana glede na presojo človekovega namena. Kar je narejeno z naklepom, imamo za veliko bolj moralno sporno kot tisto, kar je narejeno nenamerno.

Morala vsakdanje klinične prakse je torej močno odvisna od koncepta namena in zdravstveni delavci imajo nenapisan, intuitiven smisel za pravilo dvojnega učinka v skoraj vseh primerih terapevtskih posegov. To pa zato, ker je ideja stranskega učinka v celoti odvisna od pravila dvojnega učinka in koncepta namena.²⁴ Ko zdravniki, na primer, zdravijo streptokokni faringitis s penicilinom, predvidevajo, da bi bolnik lahko razvil anafilaktično reakcijo in umrl. Vendar je njihov namen zgolj ubiti bakterijo, ne pa ubiti bolnika. Smrt bolnika ni vzrok za smrt bakterije, redkost anafilaksije in škoda, ki bi nastala brez zdravljenja, pa pomenita, da je tveganje sorazmerno in vredno. Torej celo tako preprosto dejanje, kot je predpisovanje penicilina, že predpostavlja neke namene in dejansko pomeni uporabo pravila dvojnega učinka. In to velja za vsako močnejše zdravilo.

Včasih je seveda težko presoditi človekove namene. Vendar, kot je nekoč dejal Samuel Johnson: "Dejstvo, da obstaja polmrak, ne pomeni, da ni nobene razlike med nočjo in dnevom."²⁵ Če zdravstveni delavec daje na 10 mg morfija pet minut v žilo bolniku z velikimi bolečinami, ki se ne odziva na neopioidne analgetike, je to dejanje narejeno z namenom lajšanja bolečin in ne z namenom ubiti bolnika. Če pa zdravstveni delavec daje 5000 mg morfija na 15 sekund v žilo bolniku, ki se ne odziva na neopioidne analgetike, da bi mu zmanjšal "trpljenje", je to dejanje, ki izobraženemu zdravstvenemu delavcu ne dopušča dvoma glede namenov tega človeka. Ta razlika je tako jasna kot razlika med nočjo in dnevom.²⁶

V nasprotju s trditvami kritikov pa velika večina sodobnih del na področju filozofije

delovanja kaže, kako se nameni razlikujejo od prepričanj in želja, ter brani pomen razlikovanja med predvidenim in nameravanim.²⁷⁻³¹ Pomanjkanje prostora nam preprečuje, da bi tu v večji meri obravnavali to temo. Se pa vključevanje te teorije namena v bioetični diskurz šele začenja.³²

ZAKON NE RAZREŠI MORALNEGA VPRAŠANJA

Pravni argumenti ne razrešujejo moralnih vprašanj. Vsem je jasno, da vse, kar je legalno, ni moralno, in da vse, kar je moralno, ni nujno legalno. Zato imajo pravzaprav pravna stališča o asistiranem samomoru in evtanaziji moralno težo samo toliko, kolikor so moralno prepričljiva. Pravni argumenti kritikov torej ne odgovarjajo na moralna vprašanja.

Nedavna odločitev Vrhovnega sodišča ZDA v zvezi z asistiranim samomorom je bila utemeljena na podlagi pravila dvojnega učinka.³³

³⁴ Podan je bil zanimiv pravni argument, ki bi lahko predstavljal temelj za uzakonitev ustavne pravice do ustreznega lajšanja bolečin za umirajoče.³⁵ Vendar sodniki niso podali nobenih moralnih argumentov za sprejetje pravila dvojnega učinka in niti nedavne razprave o odločitvi sodišča v medicinski literaturi ne poskušajo poiskati takega moralnega argumenta. Tudi dejstvo, ki ga poudarjajo kritiki prepovedi asistiranega samomora in evtanazije, da so zdravniki, ki so obtoženi asistiranega samomora, pogosto oproščeni, ni argument proti logični in moralni veljavnosti pravila dvojnega učinka. Sodniki, porote in zakonodajalci namreč sprejemajo odločitve znotraj meja prava in zato lahko sprejemajo moralno nesprejemljive sodbe.

RELIGIJA, MORALA IN DRUŽBA

Quill in drugi¹ pravijo, da je med "slabostmi" pravila dvojnega učinka, če ga uporabljamo kot vodilo v medicinski etiki v pluralistični družbi, dejstvo, da "pravilo izvira iz konteksta določene religiozne tradicije". To

pa je zelo čudno stališče. Bi morali splošno sprejeto stališče, da je kraja moralno nesprejemljiva, zavrniti preprosto zato, ker ga lahko najdemo (2 Mz 20,15) v zapovedih določene religiozne tradicije? Religiozni izvor moralnega načela ali pravila ne bi smel ovirati razprave o njem v civilni družbi. Tudi skladnost med zaključki debate o morali in naukom neke religije ne bi smela spodkopavati veljavnosti argumenta. Poziv k izključevanju takih pravil in načel v imenu strpnosti je že sam po sebi videti zelo nestrpen.

V pravilu dvojnega učinka ni ničesar takega, kar bi bilo po naravi religiozno. Dejstvo, da so ga razvili teologi, ne spodkopa dejstva, da je lahko moralno veljavno. Nič v zvezi s tem pravilom tudi ne predpostavlja kakršnegakoli poznavanja svetih spisov ali nauka katerekoli religije. Vse, kar zahteva, je prepričanje, da so določena dejanja moralno absolutno prepovedana, oziroma – če rečemo bolj kljubovalno – vsaj prepričanje, da posledice niso edino, kar določa moralnost dejanja.³⁶ Mnogi zdravstveni delavci so namreč iz različnih razlogov, religioznih ali ne, prepričani, da sta evtanazija in asistirani samomor vedno moralno nesprejemljiva. Ti zdravstveni delavci pa potrebujejo pravilo dvojnega učinka.

Logično dosleden argument proti pravilu dvojnega učinka bi bil usmerjen proti samemu pravilu kot takemu. Postavljati vprašanje o izvoru pravila in ga imeti za razlog, zaradi katerega lahko pravilo odpravimo, pa je logična napaka argumenta ad hominem – to pomeni, da pravilo ne velja zaradi dejstva, kdo ga je postavil.

Poleg tega, da ima pravilo svoj izvor v določeni religiozni tradiciji, so o njem veliko razpravljali in ga branili tudi v filozofski literaturi, ločeno od njegovega izvora.³⁶⁻³⁹ Njegova uporabnost je hkrati veliko širša od uporabe v medicini. Predstavlja na primer tudi temelj za razlikovanje med terorističnimi bombnimi napadi in strateškimi bombnimi napadi v teoriji pravične vojne.^{7, 25, 27, 40} Argument, da bi ga morali zavrniti preprosto zato,

ker izvira iz določene religiozne tradicije, je torej popolnoma neupravičen.

BOLNIKOVA AVTONOMIJA: ABSOLUTNA MORALNA VREDNOST?

Čeprav se strinja s kritiki, da ima avtonomija pomembno mesto v zahodni medicinski etiki in v pravu, ne moreva razumeti, kako lahko na podlagi tega dejstva pridemo do zaključka, da je bolnikova avtonomna izbira za smrt bolj temeljna kot vprašanje, ali ima zdravnik namen povzročiti smrt.^{1, 2} Ti avtorji³⁶ preprosto zaključujejo, da ni nobenih absolutnih moralnih vrednot, kakršna je prepoved neposrednega zdravnikovega ubijanja bolnikov. S tem se namreč vzpostavlja osrednje vprašanje v razpravi o asistiranem samomoru. Najine trditve so, na drugi strani, skromnejše, najini zaključki pa jasni. Trdiva samo, da če je kdo iz kakršnikoli razlogov prepričan, da sta evtanazija in asistirani samomor vedno moralno nesprejemljiva, četudi ju zahteva bolnik, potem lahko razumno in ustrezno uporabimo pravilo dvojnega učinka ter z njegovo pomočjo raziščemo pomembne primere v medicinski praksi, posebej v oskrbi umirajočih.

Vrhovno sodišče ZDA je pred nedavnim odločilo, da ne obstaja nobena z ustavo zagotovljena pravna pravica do dejanj, ki povzročajo smrt,^{33, 34} ostaja pa odprto moralno vprašanje, o katerem moramo razpravljati. Do zdaj seveda ni še nihče resno zagovarjal trditve, da imajo zdravniki moralno obvezo zagotavljati pomoč pri samomoru ali evtanaziji na zahtevo, pa čeprav po vesti nasprotujejo tem dejanjem. S tem bi namreč kršili avtonomijo zdravstvenih delavcev.

Prostorska stiska nam sicer onemogoča razpravo o tem, toda razviti so bili mnogi argumenti, ki zajemajo naravo medicinskega dela,⁴¹ vrednote ohranjanja življenja⁴² in zaskrbljenost zaradi spolzkega terena, na katerega bi se podali z uzakonitvijo evtanazije in asistiranega samomora, s katerimi nasprotujemo bolnikovi avtonomiji, da bi lahko

zahteval ta dejanja. Drugi⁴⁴ trdijo, da asistirani samomor sam po sebi ni nikoli zares avtonomno dejanje. Osrednje moralno vprašanje v razpravi o evtanaziji in asistiranem samomoru pa je, ali so to dobri argumenti.

Kot opozarjajo kritiki, je pravilo dvojnega učinka moralno pomembno le, če imamo evtanazijo in asistirani samomor za nemoralna. Napad na pravilo dvojnega učinka ima torej smisel le, če ga imamo za del načrta, kako doseči uzakonitev ubijanja s pomočjo zdravnikov, in sicer na način, da rušimo zdravnikovo zaupanje v splošno sprejeto moralno pravilo, ki temelji na predpostavki, da je ubijanje bolnikov moralno sporno. Če pa so argumenti proti dvojnemu učinku sami po sebi neustrezni, napačni ali nerazumni, potem se moramo neposredno soočiti s ključnim vprašanjem – ali je bolnikova avtonomija tako absolutna moralna vrednota, da nasprotni argumenti ne zdržijo.

ZAKLJUČKI

Pravilo dvojnega učinka je tradicionalno igralo pomembno vlogo v medicinski etiki. To je filozofska opora za izjemno pomemben koncept stranskega učinka. Pravilo dvojnega učinka je zato potrebno natančno razumeti in pazljivo opredeliti, da bi zdravstveni delavci, ki nasprotujejo evtanaziji in asistiranemu samomoru, lahko razumeli, da lahko z mirno vestjo uporabljajo močna zdravila za oskrbo terminalnih bolnikov v okoliščinah, v katerih lahko imamo pospeševanje smrti bolnika za moralno sprejemljiv stranski učinek. Nedavni napadi na to moralno pravilo zato delajo medicinsko etični javnosti škodo, saj so polni napačnih razlag, napačne rabe, nepremišljenih posplošitev in logičnih napak.

Ni potrebno poudarjati, da tisti, ki sprejemajo moralno dopustnost evtanazije in asistiranega samomora, ne potrebujejo pravila dvojnega učinka. Zanje pospeševanje bolnikove smrti ni "negativni" učinek, ki bi se mu morali izogniti. Vendar je za večino

zdravnikov, ki trdijo, da osebno nočejo izvajati evtanazije, to pravilo pomembno. Dopušča jim, da lahko obvladujejo nekatere težave umirajočih bolnikov kljub tveganju, da bodo pospeševali smrt, in hkrati ne kršijo svojega zavestnega nasprotovanja evtanaziji. Pomen pravila dvojnega učinka je potrebno posebej poudariti v času, ko javnost glasno zahteva boljšo oskrbo umirajočih in ko je vrhovno sodišče v ZDA razglasilo, da asistirani samomor ni ustavna pravica. Nedavni napadi na to pravilo zato niso samo stvar slabega razumevanja, ampak so se pojavili še v napačnem času. V dobro bolnikov upava, da ta članek razjasnjuje te očitke glede pravila dvojnega učinka in da bodo zdravstveni delavci slednje razumeli ter pravilno uporabljali.

Prevedel: Leon Jagodic

1. Quill, T. E. – Dresser, R. – Brock, D. W. "The rule of double effect: a critique of its role in end-of-life decision making." V: *The New England Journal of Medicine* 337 (1997): 1768-1771.
2. Quill, T. E. – Lo, B. – Brock, D. W. "Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia." V: *The Journal of the American Medical Association* 278 (1997): 2099-2104.
3. Council on Ethical and Juridical Affairs of the American Medical Association. "Decisions at the end of life." V: *The Journal of the American Medical Association* 267 (1992): 2229-2233.
4. Council on Ethical and Juridical Affairs of the American Medical Association. 2.20 *Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Code of Medical Ethics*. Izdaja ob 150. obletnici. Chicago: American Medical Association. 1997: 39-55.
5. Ashley, B. M. – O'Rourke, K. D. *Healthcare Ethics: A Theological Analysis*. 4. izd. Washington: Georgetown University Press. 1996: 191-193.
6. Giese, O. N. "The principle of double effect." V: *Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice*. Braintree: The Pope John Center. 1987: 246-299.
7. Garcia, J. L. A. Double effect. V: Reich, W. T., ur. *Encyclopedia of Bioethics*. 2. izd. New York: MacMillan Publishing Co Inc. 1995: 636-641.
8. Boyle J. M. "Toward understanding the principle of double effect." V: *Ethics* 90 (1980): 527-538.
9. Shapiro, R. S. in dr. "Willingness to perform euthanasia: a survey of physician attitudes." V: *Archives of Internal Medicine* 154 (1994): 575-587.
10. Cohen, J. S. in dr. "Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among physicians in Washington State." V: *The New England Journal of Medicine* 331 (1994): 89-94.

11. Bachman, J. G. in dr. "Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia." V: *The New England Journal of Medicine* 334 (1996): 303-309.
12. Lee, M. A. in dr. "Legalizing assisted suicide: views of physicians in Oregon." V: *The New England Journal of Medicine* 334 (1996): 310-315.
13. Keenan, J. F. – Kopfsteiner, J. "The principle of cooperation." V: *Health Progress* 78 (april 1995): 23-26.
14. Griesse, O. N. "The principle of material cooperation." V: *Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice*. Braintree: The Pope John Center. 1987: 373-419.
15. Boyck, I. *Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life*. New York: Riverhead Books. 1997: 193-216.
16. Orentlicher, D. "The Supreme Court and physician-assisted suicide: rejecting assisted suicide but embracing euthanasia." V: *The New England Journal of Medicine* 337 (1997): 1236-1240.
17. Van der Maas, P. J. – van Delden, J. J. M. – Pijneborg, L. *Euthanasia and Other Medical Decisions at the End of Life*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers. 1992: 45.
18. Sullivan, T. "Active and passive euthanasia: an impertinent distinction?" V: Mappes, T. A. – Zembaty, J. S., ur. *Social Ethics*. 4. izd. New York: McGraw-Hill Book Co. 1992: 115-120.
19. Cronin, D. A. *Conserving Human Life*. Braintree: The Pope John Center. 1989.
20. Ashley, B. M. – O'Rourke, K. D. *Healthcare Ethics: A Theological Analysis*. 4. izd. Washington: Georgetown University Press. 1996: 419-432.
21. Sulmasy, D. P. *Killing and Allowing to Die*. [Disertacija.] Washington: Georgetown University. 1995: 157-186.
22. Ugorji, L. I. *The Principle of Double Effect: A Critical Appraisal of Its Traditional Understanding and Modern Interpretation*. Frankfurt am Main: Peter Lang. 1985: 41-45.
23. Quill, T. E. "The ambiguity of clinical intentions." V: *The New England Journal of Medicine* 329 (1993): 1039-1040.
24. Anscombe, G. E. M. "Acton, intention and 'double effect'." V: *Proceedings of the American Catholic Philosophical Association* 61 (1982): 12-25.
25. Anscombe, G. E. M. "War and murder." V: Wasserman, E. A. ur. *War and Morality*. Belmont: Wadsworth 1970: 42-53.
26. Sulmasy, D. P. "The use and abuse of the principle of double effect." V: *Clinical Pulmonary Medicine* 3 (1996): 86-90.
27. Bratman, M. *Intentions, Plans, and Practical Reason*. Cambridge: Harvard University Press. 1987.
28. Brand, M. *Intending and Acting*. Cambridge: MIT Press. 1984.
29. Donagan, A. *Choice: The Essential Element in Human Action*. London: Routledge & Kegan Paul. 1987.
30. Searle, J. *Intentionality*. New York: Cambridge University Press. 1983.
31. Gustafsen, D. *Intention and Agency*. Dordrecht: D. Reidel. 1986.
32. Sulmasy, D. P. "Killing and allowing to die: another look." V: *Journal of Law, Medicine and Ethics* 26 (1998): 55-64.
33. *Vacco v Quill*, 117 S Ct 2293 (1997).
34. *Washington v Glucksberg*, 117 S Ct 2258 (1997).
35. Burt, R. "The Supreme Court speaks: not assisted suicide but a constitutional right to palliative care." V: *The New England Journal of Medicine* 337 (1997): 1234-1236.
36. Boyle, J. "Who is entitled to double effect?" V: *The Journal of Medicine and Philosophy* 16 (1991): 475-494.
37. Nagel, T. *The View From Nowhere*. New York: Oxford University Press Inc. 1986: 179-180.
38. Foot, P. "The problem of abortion and the doctrine of double effect." V: *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*. Berkeley: University of California Press. 1978: 19-32.
39. Quinn, W. S. "Actions, intention, and consequences: the doctrine of double effect." V: *Philosophy and Public Affairs* 18 (1989): 334-351.
40. Nagel, T. "Agent-relative morality." V: Sterba J., ur. *The Ethics of War and Nuclear Deterrence*. Belmont: Wadsworth. 1985: 15-22.
41. Gaylin, W. in dr. "Doctors must not kill." V: *The Journal of the American Medical Association* 259 (1988): 2139-2140.
42. Sulmasy, D. P. "Death and human dignity." V: *Linacre Quarterly* 61 (december 1994): 27-36.
43. Singer, P. A. – Siegler, M. "Euthanasia: a critique." V: *The New England Journal of Medicine* 322 (1990): 1881-1883.
44. Pellegrino, E. D. "Doctors must not kill." V: *The Journal of Clinical Ethics* 3 (1992): 95-102.