

Valentina Hribar Sorčan

Filozofska fakulteta Univerze v Ljubljani

Človekovo dostojanstvo v času umiranja in pravica do smrti

Človekovo dostojanstvo v času umiranja pomeni, da je bolnik, ki se zaveda samega sebe, oseba in ima zato pravico, da se sam odloča o svojem lastnem življenju in smrti. Pravica do smrti bi morala biti temeljna človekova pravica; spoštovanje dostojanstva, se pravi avtonomije in samoodločanja bolnika, pa filozofska, bioetična in pravna podlaga priznanju te pravice. Na ta način prispevek utemeljuje tudi pravico bolnika do svobodne izbire načina smrti, pri čemer izpostavi prostovoljno aktivno evtanazijo in pomoč pri samomoru. Pri tem utemeljuje nerazumnost njune opredelitve kot uboja, glede na to, da pacient sam privoli vanju.

Ključne besede: bioetika, človekovo dostojanstvo, smrt, pravica do smrti, prostovoljna aktivna evtanazija, pomoč pri samomoru, paliativna oskrba

I.

V prispevku se s filozofskega stališča najprej lotim obravnave človekovega dostojanstva, ki ga nato specifično navežem na čas bolnikovega umiranja. Človekovo dostojanstvo pomeni ohranjati in vzdrževati lastno moralno vrednost vse do smrti. Pravica do lastnega dostojanstva se tudi v času umiranja ne sme zmanjšati. To pomeni, da moramo tisti, ki spremljamo bolnika na poti k smrti, spoštovati njegove vitalne interese. Tako dolgo, kot se je bolnik sposoben zavedati samega sebe kot osebe, tako dolgo ima sposobnost vrednotenja lastnega življenja, mi pa moramo spoštovati njegovo avtonomijo, tako njegovo telesno celovitost kot sposobnost mišljenja in čutenja ter odločanja o tem, kaj je po njegovem mnenju dobro zanj. Če dostojanstvo bolnika v času njegovega umiranja ostaja neokrnjeno, potem to pomeni, da ga obravnavamo kot svobodno osebo, ki zmore sama presojudati,

kaj je zanjo dragoceno in ali je njeno življenje še vredno, da ga živi. Svobodno odločanje o lastnem življenju je temeljna človekova pravica.¹

Katere pravice so za bolnika v času umiranja bistvene? Umiranje se konča s smrtjo, pri čemer se bolnik zaveda le umiranja, naše spoštovanje njegovega dostojanstva pa mora zajeti tako proces umiranja kot smrt samo. Z medicinskega vidika za bolnikovo dostojanstvo skrbi primerna paliativna oskrba. Pomembno je, da je ta usmerjena tako v lajšanje telesnih bolečin kot tudi duševnega trpljenja. Ne gre pozabiti tudi na druge deležnike, na morebitno stisko svojcev in do neke mere tudi zdravstvenega osebja, ki je prav tako potrebno empatije. Dostojanstvo si zaslužijo tudi osebe, ki bolnika zdravijo in skrbijo zanj. Tako se bolnikova pravica do lastnega dostojanstva sooča z njegovo dolžnostjo, da, kolikor je to še v njegovi moči, spoštuje dostojanstvo svojcev in medicinskega ter negovalnega osebja.²

Za izhodišče svoje obravnave jemljem človeka – bolnika kot osebo, ki je tudi v času umiranja še sposoben samozavedanja in sporazumevanja z drugimi. Zgolj bolnik kot oseba je sposoben vrednotenja lastnih interesov in presojanja, kaj je

¹ Marcus Düwell v zborniku *Dignity: A history* ugotavlja, da so diskusije v bioetiki morda glavni razlog, zaradi katerega se v zadnjih letih tako intenzivno razpravlja o človekovem dostojanstvu. Eden od razlogov, zakaj je ta koncept postal težava, je ta, da so ga poskušale monopolizirati številne skupine. Krščanske skupine so tržile koncept »dostojanstva« kot njihovo lastno dediščino, pogosto v imenu »svetosti življenja.« Številni strokovnjaki in javni intelektualci so se tako močno zavzemali za religiozni pogled, da bi to lahko spodkopalo normativni temelj človekovih pravic nasploh. Na drugi strani so se liberalci in drugi zavzeli za legalizacijo ali toleriranje evtanazije s poudarkom, da je pomembno »umiranje z dostojanstvom« in da je človeškim bitjem lastno, da delujejo avtonomno. Kako razumeti idejo človekovega dostojanstva kot temeljni koncept človekovih pravic? Nürnberško sodišče je po drugi svetovni vojni izpostavilo nacistične »zločine proti človeštvu«, ki so jih zdravniki zagrešili v koncentracijskih taboriščih, kot tisto absolutno mejo, ki je v medicini moralno nedopustna. Istočasno je bil ta ekstremni primer medicinskih eksperimentov na ljudeh razlog za ponovni premislek o standardih primerne vedenja v medicini nasploh. Na ta način je sodišče napravilo pomemben korak v smeri spremembe od paternalistične hipokratske paradigme medicinske etike k normativnemu ogrodju, ki človekovo dostojanstvo vidi kot zahtevo po spoštovanju avtoritete bolnika, da odloča o zdravljenju, ki ga prestaja (»svobodna in informirana privolitev«).

V teh zgodnjih razpravah, dodaja Düwell, najdemo dva elementa, ki zadevata človekovo dostojanstvo: prepoved instrumentalizacije človeških bitij in idejo, da mora bolnik avtorizirati dejanja zdravnikov nasploh. Spoštovanje človekovega dostojanstva je več kot zgolj prepoved instrumentalizacije. Npr., če bolnik nima dostopa do medicinske tehnologije, ki bi mu lahko rešila življenje, ker mu je niso priskrbeli, ga zdravnik ne izrablja kot sredstvo, ker v tem primeru sploh ni instrumentaliziran. Drugo vprašanje pa je, ko/če spoštujemo osebno dostojanstvo nekoga v kantovskem smislu, da je cilj sam na sebi, kot nekdo, ki si zasluži živeti v takšnem političnem in pravnem redu, ki mu bo omogočal, da bo živel življenje na svoj lasten način. Če že vztrajamo pri identifikaciji človeškega dostojanstva s prepovedjo instrumentalizacije, potem bi morali reči, da je instrumentalizacija nemoralna, ker moramo spoštovati avtoriteto ljudi v zvezi z njihovim lastnim življenjem (Düwell, 2017: 323–326).

² J. F. McDougall in M. Gorman se v knjigi *Euthanasia* sklicujeta na prispevek D. W. Kissanne v delu: *The Case against Assisted Suicide: For the right to end of life care* (v Foley, K. in Hendin, H. 2002), v katerem ta poudarja, kako lahko bolnik, družina in zdravnik zelo različno doživljajo terminalni čas. Bolnik se postopoma prilagaja vse večji slabotnosti, tudi če je za paliativno oskrbo dobro poskrbljeno. Za družinske člane je to težje, zlasti če imajo sami medicinske izkušnje ali kakšne druge osebnostne spomine na to, kako telo počasi propada, postaja invalidno, ob čemer lahko občutijo odpor in gnus. (McDougall in Gorman, 2008: 35)

zanj dobro. Ta sposobnost predpostavlja pravico do lastne izbire in odločanja. Za to pa mora biti izpolnjen še en temeljni pogoj: svoboda mišljenja, ki to pravico omogoča in podpira. Človekovo dostojanstvo v času umiranja pomeni, da ima bolnik svobodo in pravico, da se odloča o svojem lastnem življenju, umiranju in smrti. K njegovim vitalnim interesom lahko sodi tako želja po čim daljšem življenju, kot tudi želja po čim hitrejšem koncu. Svobodna izbira načina smrti bi morala biti temeljna človekova pravica, spoštovanje dostojanstva, se pravi avtonomije in samoodločanja bolnika, pa naša zaveza k priznanju te pravice. Na ta način filozofija odpira pot pravici do prostovoljne aktivne evtanazije in do pomoči pri samomoru.

Še preden se posvetimo tej problematiki, bi želela poudariti, da je umiranje zelo kompleksen življenjski proces, ki je povezan z različnimi bolj ali manj pomembnimi okoliščinami, ena od pomembnejših je njegovo trajanje. Zmotno bi bilo, če bi v bioetiki umiranje zvedli le na problem evtanazije. K umiranju sodi paliativna vsakodnevna rutina, ki ni usmerjena v smrt bolnika, ampak v to, kako bi ta vsak preostali dan preživel čim bolj polno in s čim manj bolečin. Prostovoljna aktivna evtanazija je le ena od oblik smrti, na katero morda pomisli umirajoči bolnik, ima o njej neopredeljeno ali nejasno stališče, jo podpira in si je želi, ali pa se od nje odvrača. Morda je njegova ljubezen do življenja in do bližnjih silovitejša od neznosnih telesnih bolečin, če mu jih bolezen povzroča. Ob primerni paliativni oskrbi morda te niti niso več neznosne, vendar si še vedno lahko zastavimo vprašanje, ali je smiselno čakati na naravno smrt, ali pa bi bilo lažje, če bi jo pospešili? Poleg telesnega trpljenja je potrebno izpostaviti duševno trpljenje, morebiti brezup, tesnobo in strah pred smrtjo.³

Jennifer Fecio McDougall in Martha Gorman v delu *Euthanasia* menita, da je doživljanje trpljenja zelo osebno, tako kot je osebno vrednotenje lastnega življenja. Nekateri bolniki v terminalnem stanju bolezni občutijo, da je življenje postalo neznosno in da ga ni več vredno živeti, zato je zanje pospešitev smrti najboljši in najhitrejši izhod. Drugi ga duhovno drugače ovrednotijo. Nekateri začnejo zavračati prehranjevanje, hidracijo in zdravila. Želijo si umreti, sami ali s pomočjo zdravnika. Ker gre za individualno in subjektivno občutenje, ki ga bolnik težko neposredno dokaže, se lahko zgodi, da bodo njegove trditve o tem, kako vrednoti svoje življenje in kako neznosne so njegove telesne in/ali psihične bolečine, v nasprotju s pogledi drugih (družine, zdravnikov itd.). Neznosna bolečina je tak-

³ Zlasti težki invalidi se zavzemajo za samomor s pomočjo, pri čemer navajajo argument diskriminacije, saj si sami fizično ne morejo vzeti življenja. Nasprotniki pomoči pri samomoru na drugi strani poudarjajo, da so ravno invalidi najbolj ranljivi in izpostavljeni zlorabam medicinskega osebj. Zanimivo je, da pomoči pri samomoru in evtanaziji nasprotujejo invalidi, ki niso hudo bolni. Nasproti njim lahko postavimo bolnike, ki so potrebni paliativne oskrbe, in so ali pa še niso v terminalnem stanju, so pa paralizirani in trpijo tako telesno kot čustveno in duhovno (npr. nevrološki bolniki, zlasti tisti z ALS). Zanje je hospic še neprimeren, njihovo stanje je lahko dolgotrajno, pa tudi če bi jim bil hospic že na voljo, je takim bolnikom težko zagotoviti 24-urno asistenco (McDougall in Gorman, 2008: 39).

šna, da je niti zdravila ne morejo dovolj zmanjšati. Toda v določenih primerih zdravniki onemogočajo prizadevanja bolnikov po tem, da bi jim ti bolj učinkovito lajšali bolečino. Zakaj? Iz bojazni, da bi prišlo do odvisnosti, ali iz (ne)utemeljenega prepričanja, da bolniki pretiravajo pri opisu svoje bolečine (McDougall in Gorman, 2008: 35–36).

A. V. Campbell v svojem delu *Bioethics* opozarja, da je razvoj sodobne medicine povzročil pomemben razkorak med tem, kako dolgo bomo živeli, in tem, kakšna bo kakovost naših življenj. Življenjska doba se je v zadnjih desetletjih povečala, spremenil se je tudi način umiranja, ki v večji meri poteka v bolnišnicah kot doma, vsaj v zahodnih, razvitih državah je tako. To je spodbudilo nastanek paliativne medicine, paliativne oskrbe in hospic domov, ki skušajo nadomestiti domačnost doma, obenem pa se zavzemajo za to, da bi ljudje v večji meri umirali doma, kjer bi jim bila zagotovljena ustrezna zdravstvena nega. Campbell dodaja, da so številne raziskave pokazale, da je ljudi bolj kot same smrti strah umiranja, bolečin, tesnobe, strahu in osamljenosti. Ob iztekanju življenja se pogosto pokaže dilema: opustiti zdravljenje, ali z njim še nekoliko podaljševati življenje? Pomembno je, da ima bolnik pravico, da izbere tisto možnost, za katero meni, da mu najbolj ustreza. Če se odloči za opustitev zdravljenja, ali že samo za opustitev umetnega hranjenja in hidracije, se medicinska etika sooči z vprašanjem možnosti izvedbe pasivne evtanazije, ki pomeni opustitev zdravljenja (ali odločitev, da se ne začne novo zdravljenje), ob zavedanju, da to lahko privede tudi do smrti. A zakaj ne bi šli še korak dlje? Zakaj bi bolnika prepustili hiranju, ko pa bi ga lahko odredili hitreje in bolj humano, s prostovoljno aktivno evtanazijo ali s pomočjo pri samomoru, v kolikor bi si tega sam želel?

Kakšna je moralna in legalna razlika med pasivnim pristopom – opustitvijo zdravljenja, in aktivnim pristopom – dejanjem usmrtitve? Najprej je razlika v intenci zdravnika, kar poznamo tudi kot doktrino o dvojnem učinku.⁴ Zdravnik se lahko odloči za opustitev zdravljenja le, če predvideva, da bi nadaljnje zdravljenje pomenilo preveliko obremenitev za bolnika in mu ne bi nič koristilo. To naj bi bilo moralno dopustno, kajti zdravnik v tem primeru le predvideva, da je velika verjetnost, da bo opustitvi sledila smrt, je pa neposredno ne načrtuje in ne zada. Zdravnik lahko blaži bolečino bolnika z zdravili, četudi se zna zgoditi, da bodo pospešila njegovo smrt, ne sme pa mu namerno dati tolikšnega odmerka, da bi od njega umrl, ker bi to pomenilo uboj, aktivno evtanazijo. Zagovorniki pasivne evtanazije menijo, da je zdravnik dolžan zdraviti bolnika, a le dotlej, dokler je

⁴ Craig Paterson v delu *Assisted Suicide and Euthanasia* opozarja, da je pri označevalcu »pasivno« pri pasivni evtanaziji pogosto prevelik poudarek na načinu zdravljenja, ne pa tudi in predvsem na zdravnikovi intenci, ki je pomembna za razumevanje moralnosti njegovega ravnanja. Tudi opustitev zdravljenja je lahko način ubijanja, četudi pasiven, v kolikor je smrt bolnika zdravnikov cilj, morebiti tudi bolnika samega (Paterson, 2008: 12). Zanimiv je tudi njegov argument, da je nesmiselno govoriti o tem, da bo evtanazija v bolnikovo dobro ali v njegovo škodo (po smrti), saj prihodnosti in ontološke bitnosti oz. eksistence te osebe po smrti ne bo več (Paterson, 2008: 105–106).

zdravljenje smiselno in učinkovito. Za zagovornike prostovoljne aktivne evtanazije in pomoči pri samomoru to ni dovolj in poudarjajo, da ima bolnik pravico izbrati trenutek in čas smrti ter da bi moral imeti zdravnik prav tako pravico, da ga namerno odreši nevrednega življenja, ne da bi ga za to kazensko preganjali.⁵

Tako v primeru pasivne kot aktivne evtanazije skeptiki poudarjajo nevarnost zunanjih pritiskov, denimo s strani svojcev ali skrbnikov: bodisi da ne privolijo v opustitev zdravljenja in zdravnika silijo, naj se še naprej trudi in poskuša najti učinkovitejši način zdravljenja, bodisi da silijo bolnika/zdravnika, naj jih razbremeni bremena (čustvenega, finančnega), ki jim ga predstavlja skrb za bolnika. Campbell sklene, da je veliko odvisno od kvalitete paliativne oskrbe, a naj bo ta še tako ustrezna, pri določenih boleznih ne zadošča, bodisi zaradi bolečin, ki jih ni mogoče dovolj ublažiti, bodisi zaradi izničenega dostojanstva bolnika (npr. v primeru popolne ohromelosti in nebogljenosti). Nekateri menijo, da bi zadoščal takšen odmerek terminalnih sedativov, ki bi bolnika (skoraj) onesvestil, tako da ne bi čutil več bolečin, drugi pa menijo, da je hitra smrt bolj humana (Campbell, 2013: 103–109).

Hazel Biggs v svojem delu *Euthanasia, Death with Dignity and the Law* (2001) poudarja, da se s podaljševanjem življenjske dobe povečuje tudi število obolenj, ki povečujejo razširjenost trpljenja zaradi neozdravljivih bolezni. Medicina razume smrt kot poraz in za vsako ceno podaljšuje življenje, zaradi česar se je proces umiranja zelo podaljšal. Ali naj bolnika pusti živeti toliko časa, kolikor to dopušča tehnologija? Ali je moralno bolnika puščati pri življenju samo zato, ker lahko? Danes je običajno, da ljudje živijo v stanju, ko bi bili nekoč že mrtvi. Toda kakšna je vrednost njihovega življenja? Zdravniki so moralno soočeni tako z zahtevo po podaljševanju bolnikovega življenja kot po pospeševanju njegove smrti. Včasih življenje pomeni zgolj še preživetje. Vse več ljudi si želi dostojno umreti, namesto da nedostojno životarijo. Ključna vprašanja so odvisna od tega, kako bomo opredelili življenje in smrt. Biggs se novih opredelitev loti s filozofskega, medicinskega in pravnega vidika.

V sodobnih debatah povezava med človekovim dostojanstvom in evtanazijo odseva zahtevo po spoštovanju individualne avtonomije. V kantovskem smislu, spoštovanje avtonomije vsakega racionalnega posameznika pomeni, da cenimo njegovo dostojanstvo kot njegovo notranjo vrednost. Evtanazija se pogosto kaže kot mehanizem, ki zagotavlja spoštovanje te avtonomije in omogoči dostojanstveno smrt. Biggs ima pri tem v mislih tako pasivno evtanazijo, ki jo opredeli kot opustitev zdravljenja oz. kot zdravljenje z dvojnim učinkom, kot tudi prostovoljno aktivno evtanazijo, ki jo pojmuje kot uboj iz usmiljenja, obe v dobro bolnika. Tu-

⁵ Tony Hope v *Medicinska etiki: zelo kratek uvod* opredeli pojem evtanazije takole: »Oseba X namenoma ubije osebo Y ali dovoli smrt osebe Y v dobro osebe Y.« Evtanazija je prostovoljna tedaj, ko »oseba Y, ki je sposobna odločanja o sebi, sama zaprosi za smrt, tj. prisebna odrasla oseba, ki želi umreti«; pri samomoru s pomočjo pa »oseba X osebi Y namenoma pomaga ubiti se.« (Hope, 2014: 21)

di pomoč pri samomoru se včasih obravnava kot aktivna evtanazija (Biggs, 2001: 12).⁶ Cilj avtoričine knjige je njuna pozitivna obravnava, kot dveh ustreznih načinov za dosego dostojanstvene smrti, v izogib nesmiselnemu trpljenju.

Kdaj se življenje konča in smrt začne? Nekoč je bilo hitro jasno, ko je nekdo umrl: konec dihanja, nič več srčnega utripa – pulza. Danes je drugače: tiste, ki so videti mrtvi, je mogoče oživiti, neko drugo telo živi še po tistem, ko je možgansko mrtvo. Moderna medicina se opira na tehnologijo: če je nekdo topel ob dotiku in ima na pogled rožnata lica, diha pa s pomočjo aparature – ali je tak človek živ ali mrtev? Smrt ne nastopi v trenutku, temveč je posledica procesa umiranja, nekatera tkiva in organi živijo še nekaj ur naprej. Možganske in spinalne celice nimajo sposobnosti regeneracije: ko so enkrat poškodovane, je to za zmeraj (se pa medicinske raziskave trudijo, da bi odkrile in aktivirale načine za njihovo obnovo). Če je poškodovano možgansko deblo, telo preneha dihati, še preden se ustavi srce, med tem časom se ga že lahko priključi na respirator in telo preživi. Se pravi, telo bo spet zadihalo, čeprav brez pomoči možganskega bitja. Toda poti nazaj ni več, telo ne bo nikoli več zadihalo samo od sebe; lahko ostane umetno pri življenju, vendar je možgansko mrtvo. Se pravi, da možganska smrt nastopi pred telesno. Mrtvo osebo si predstavljamo kot hladno in blede, brez življenja, toda v primeru, da je telo priklopljeno na aparate, ni tako. Sorodniki se do tega živega telesa obnašajo kot do žive osebe in zdelo bi se jim nespoštljivo, če bi se do njega vedli, kot da gre za mrtvo telo.

⁶ Prisilna evtanazija (ang. *involuntary euthanasia*) nastopi, poudarja Biggs, ko oseba ni privolila vanjo in je celo proti njeni volji; množično naj bi ta tip evtanazije začeli izvajati v Nemčiji z vzponom Hitlerja na oblast. To je za Biggsovo zavajajoče, saj izraz evtanazija, ki v osnovi pomeni »dobro smrt« (iz st. gr. *eu*: dobro, dober in *thanatos*: smrt), sugerira, da je v dobro tistega, ki se zanjo odloča. (Biggs, 2001:12) V tem smislu jo razume tudi Hope: smrt je v nasprotju z željami osebe Y, ki je sposobna odločanja o sebi, čeprav oseba X dovoli ali povzroči smrt osebe Y v njeno dobro (2014).

O tem piše, ne brez kančka črnega humora, Grigorij Čartišvili (Boris Akunin) v knjigi *Pisatelj in samomor*:

Začelo se je lepo in celo humano – na evtanazijo so gledali kot na privilegij za neozdravljivo bolne arijce, ki se želijo posloviti od življenja brez muk. Toda oktobra leta 1939 je Hitler podpisal tajni ukaz, v skladu s katerim naj bi evtanazirali vse *lebensunwertige Leben* [oblike življenja, ki so nevedne tega, da bi živele]: deformirane dojenčke, norce, senilne starčke, neozdravljive sifilitike, encefalitike in tako naprej vse do tistih, ki so imeli nekakšno Huntingtonovo bolezen. V vsakem konkretnem primeru je vprašanje reševala zdravniška »trojka«. Država je odprla šest evtanazijskih centrov, v katerih je bilo v dveh letih usmrčeno po nekaterih virih 100 tisoč, po drugih pa 275 tisoč ljudi. Uporabljali so injekcije in prekinitvev hranjenja, pa tudi nov, obetaven izum – savne, v katerih je namesto vode iz prhe priteklo strupen plin. Sorodnikom umrlih so sporočali, da je bila smrt naravna. /.../ Zaradi te zgodbe moramo biti glede legalizacije evtanazije seveda še posebno previdni, vendar to še ne pomeni, da lahko to vprašanje zapremo. Von Galen je imel čisto prav: to, kar so počenjali nacisti, je bil »navaden umor« in razen imena ni imelo nič skupnega z evtanazijo. Problem ni bil v evtanaziji, ampak v nacizmu in nacistični medicini. (Čartišvili, 2017: 39).

Naj sama dodam, da se nekateri nasprotniki evtanazije še vedno manipulativno poslužujejo nacistične evgenike kot argumenta, ki naj bi dokazoval potencialno nevarnost in nemoralnost legalizacije prostovoljne aktivne evtanazije.

Bitje v permanentno vegetativnem stanju, v dolgo trajajoči komi ne bo nikoli več socialno zaživel. Komunikacija s svetom in kognitivno samozavedanje sta za vselej izgubljena. To pa je ravno tisto, kar daje vrednost človeškemu življenju. Duh, misel je tisto, kar naredi osebo: zavest, (samo)zavedanje, spomin, predvidevanje in prepoznavanje ter čustva so tisto, kar nekoga vrednoti kot osebo. Brez teh funkcij je bitje kognitivno mrtvo. Če ni spontanega cerebralnega delovanja, pa četudi še obstaja spontano dihanje – ni več življenja. Toda na pravni ravni je v zadnjih desetletjih potekalo več sodnih procesov glede tega, ali je takšno bitje še vredno, da živi, in mu je torej treba priznati atribut žive človeškosti, ali pa ga je treba odklopiti z aparatur, ki so mu dajale videz živosti (Biggs, 2001: 16–20). Ker za takšnega bolnika velja, da nima samozavedanja in ni več oseba, je mogoče njegovo stanje prekiniti s pasivno evtanazijo, se pravi z opustitvijo ali prekinitvijo zdravljenja, ker podaljševanje življenja ne bi prineslo nobenega izboljšanja za bolnikovo zdravje, oz. z neprostovoljno evtanazijo, tj. evtanazijo, pri kateri bitje ni sposobno izraziti izbire oz. lastnega stališča, pri čemer drugi menijo, da je zanj najbolje, da umre (Biggs, 2001: 12). O pravem človeškem dostojanstvu pri bitjih, ki se ne zavedajo sami sebe, ni mogoče govoriti, celo pojem bitja je tu problematičen, saj ne more več biti samo od sebe.

O človekovem dostojanstvu je smiselno razmišljati samo z vidika osebe, ki se zaveda same sebe.⁷ »Človeško dostojanstvo je opisni in vrednostno nabit pojem o lastni vrednosti, ki zajema sposobnost samo-določitve (ang. *self-determination*) in zmožnost sprejemanja avtonomnih odločitev, ter ima za posledico takšno kvaliteto življenja, ki je v skladu z izvajanjem samo-določujočih izbir« (Biggs, 2001: 29). Osebam daje moralno pravico, da presojujejo o smislu in vrednosti lastnega življenja. Ob misli na neizogibno smrt ljudi pogosto zaskrbi, da bo njihovo dostojanstvo omadeževano, če bo proces njihovega umiranja podaljševan, med katerim bi se lahko počutili nemočne in odvisne od drugih. Človek bi moral umirati/umreti tako dostojanstveno, kot je živel. Takšno smrt z dostojanstvom bi omogočila prostovoljna evtanazija, v kolikor zanj velja, da izhaja iz avtonomne izbire bolnika in omogoča samonadzor oz. nadzor nad procesom lastnega umiranja, pa četudi za ceno krajšega življenja. Vse to le ob pravici do privolitve vanjo, ki enako dopušča tudi možnost njene zavrnitve, saj bi moralo biti kaznivo vsakršno razpolaganje s telesom bolnika, ki bi bilo proti njegovi volji in ne bi bilo v njegovo dobro. Ponekod lahko bolnik vnaprej poda svojo poslednjo voljo, a le v redkih državah, med katerimi ni Slovenije, ta vključujejo prostovoljno evtanazijo in pomoč pri samomoru.⁸ Zlasti tam, kjer to dvoje ni dovoljeno, bolnik lahko izrazi

⁷ Te trditve ne gre pomešati s tem, da se morajo vsi deležniki dostojno vesti do bolnika v terminalnem stadiju bolezni, tudi v primeru, da se ne zaveda več samega sebe, prav tako bi moral imeti vsak pokojnik pravico do dostojnega pogreba.

⁸ Samomor s pomočjo in/ali prostovoljna aktivna evtanazija sta dovoljena v naslednjih državah ZDA: Oregonu, Washingtonu, Vermontu, Montani, Novi Mehiki in v Koloradu. V Evropi sta skupaj ali posamično dovoljena na Nizozemskem, v Belgiji, Luxembourg, Švici in v Albaniji. V Avstraliji je bila

nepristanek na nadaljevanje zdravljenja, kar pa ne vodi nujno v dostojanstveno umiranje in smrt, če se, npr., bolnik odloči za stradanje, ali če pomislimo na dušenje in naposled zadušitev tistih, ki odklanjajo umetno dihanje.

Prostovoljna aktivna evtanazija omogoča bolj dostojanstveno smrt: z injekcijo, omogoči, da bolnik izbere miren trenutek za smrt in se izogne nadaljnjim medicinskim postopkom, ki jih omogoča sodobna medicina. Nekateri nasprotno menijo, da k človeškemu dostojanstvu sodi, da bolnik izkoristi vsak še preostali trenutek življenja za to, da ga doživi in dotrpi. Prav tako hospic gibanja in zdravstvene ustanove, ki nudijo paliativno oskrbo, menijo, da je tako umreti bolj dostojanstveno.

Paradoksalno je, meni Biggsova, da bitjem, ki se ne zavedajo samih sebe in za katere se zato domneva, da ne trpijo, v skladu z doktrino o upoštevanju najboljših interesov, se pravi tistega, kar je najbolje zanje, ponekod omogočijo pasivno evtanazijo ali neprostovoljno evtanazijo. Na drugi strani pa imajo osebe, ki se zavedajo svojega nevzdržnega trpljenja ali so podvržene dolgotrajni ohromelosti, le malokje možnost, da se avtonomno in dostojanstveno odločijo za prostovoljno evtanazijo, ali za pomoč pri samomoru, če so ga same še zmožne (Biggs, 2001: 93).

Tudi v primeru, ko je prostovoljna aktivna evtanazija dovoljena in bi bolnike odrešila vseh muk, se morda ne bi upali odločiti za ta korak. Kako bi bilo tedaj potrebno ravnati? Običajno se v državah, v katerih je evtanazija dovoljena, pričakuje, da bolnik sam najmanj trikrat izrecno izreče in pred pričami potrdi željo po evtanaziji. Ali mu zdravnik sme sam od sebe predlagati tak izhod kot dobro možnost, ki bi umirajočemu bolniku koristila? Morda bi bolnika takšen predlog le utrdil v lastnem prepričanju o takšni končni odločitvi. Toda ni mogoče izključiti možnosti, da bi bil lahko zdravnik deležen obtožbe, da ga nagovarja k evtanaziji, npr. zaradi objektivne ekonomske koristi (v dobro zdravstvene blagajne). Toda takšna smrt ne more biti dostojanstvena, če je na drugi strani izvršitelj tega dejanja inkriminiran kot ubijalec. To uničuje zdravnikovo moralno integriteto in njegovo osebno dostojanstvo (Biggs, 2001: 29–30).

Ne glede na vse pomisleke izhajam iz filozofskega stališča, da bi k spoštovanju bolnikovega dostojanstva v času umiranja morala soditi tudi pravica do smrti, možnost svobodne izbire načina njene izvedbe, kamor sodita tudi prostovoljna aktivna evtanazija in pomoč pri samomoru. Razlika med njima je v tem, da potreba po prostovoljni aktivni evtanaziji nastopi, ko si umirajoči bolnik ne more sam vzeti življenja, niti s pomočjo druge osebe ne, a si tega izrecno želi. Njegovo željo je potrebno spoštovati, tudi če menimo, da s tem škoduje sam sebi. Pravica do življenja in smrti je temeljna človekova pravica. To je filozofsko stališče, ki izha-

pravica do obeh uzakonjena v Severnem teritoriju leta 1995, a za manj kot leto dni, ker ju je prepovedal zvezni zakon. Novembra letos ju je uzakonila Viktorija kot prva avstralska zvezna država.

ja iz brezpogojnega spoštovanja človekovega dostojanstva, svobode in vitalnih interesov bolnika, ki niso v škodo drugih, zato se ne ozira, denimo, na različna kulturna ali svetovnonazorska prepričanja.

II.

SSKJ opredeli evtanazijo kot »pospešitev smrti iz usmiljenja«. Iz te opredelitve izhaja, da nekdo pospeši smrt drugega. Toda drugi, v našem primeru bolnik, je tisti, ki izrazi ali potrdi željo po čim hitrejšem koncu in ga prav tako, četudi le psihološko, pospeši. Zanimivo je, da ta opredelitev ne vsebuje pojma uboja. Opredelitev evtanazije na nevtralen način kot pospešitev smrti je pomembna, ker si po mojem mnenju pri prostovoljni aktivni evtanaziji bolnik uresničitve želje po prekinitvi lastnega življenja ne predstavlja kot uboj, ampak kot odrešitev od vseh življenjskih muk. Bolnik potrebuje pomoč zdravnika, ker želi pospešiti lastno smrt, vendar tega ni več zmožen izvesti sam. Drugi mu le pomaga umreti, izvor želje po smrti pa je praviloma na strani bolnika. Prostovoljna aktivna evtanazija se zdi bližje aktivni pomoči pri samomoru, in obratno, kot pa uboju, pa čeprav si bolnik smrtonosnega odmerka ne zada sam. V nasprotnem primeru ne bi več govorili o prostovoljni evtanaziji, ampak o prisilni.

Toda povezovanje prostovoljne aktivne evtanazije z ubojem je že bolj ali manj utečeno in samoumevno, celo pri njenih zagovornikih, kot denimo pri Hazel Biggs, ki jo opredeljuje kot uboj iz usmiljenja. Tudi John Harris v *Vrednosti življenja* zapiše:

V primeru, da ljudje ne cenijo svojega lastnega življenja oziroma ne želijo, da se nadaljuje, ne bodo ravnali narobe, če se ubijejo, in drugi jim ne bodo storili hudega, če jim pri tem pomagajo ali če jih ubijejo na njihovo zahtevo. Skladno s tem pojmovanjem osebe torej ne samomor ne pomoč pri samomoru in ne aktivna evtanazija ne bodo napačna dejanja, ker posameznikova želja, da bi umrl, kaže, da življenja ne ceni (več) oziroma da ceni smrt bolj od življenja. Neizpolnitev njegove želje po smrti je torej enako slaba, kot bi bila neizpolnitev njegove želje po nadaljnjem življenju, saj v obeh primerih zanikamo vrednost, ki jo je posameznik sam pripisal svojemu življenju. (Harris, 2002: 33) ⁹

⁹ McDougall in Gorman v delu *Euthanasia* izpostavita, da nekateri zagovorniki pravice do smrti predlagajo, naj se pri obravnavi pomoči pri samomoru (ang. *assisted suicide*) namesto pojma samomor raje uporabi pojem samoodrešitve (ang. *self-deliverance*), ker gre za racionalno odločitev bolnika, ne pa za neko čustveno ali psihološko travmo, ki bi ga vodila k temu dejanju. To je povezano s tem, da nekateri posamezniki in organizacije, ki nasprotujejo pravici do smrti, zagovarjajo stališče, da je zaključiti življenje na tak način iracionalno. Poudarjajo dejavnike tveganja, ki bolnika silijo v iracionalno odločitev za pospešitev smrti: bolečine, delirij, utrujenost, depresija, pomanjkljiva podpora skrbnikov.

Med pomočjo pri samomoru in prostovoljno evtanazijo je zelo tanka meja. Pri prvem je vloga druge osebe ta, da z namenom nudi pomoč pri usmrtitvi, potem ko je bila za to naprošena s strani umirajoče osebe, vendar si ta smrtonosno dozo zada sama. Tudi pri prostovoljni evtanaziji umirajoča oseba praviloma sama zaprosi za smrt, pri čemer ji druga oseba iz usmiljenja ugodí, vendar tako, da je v tem primeru ta tista, ki ji zada smrtonosni odmerek. Če bi se pri opredelitvi prostovoljne evtanazije odrekli pojmu uboja (sicer iz usmiljenja) in raje prešli k opredelitvi, da gre zgolj za aktivno pomoč ali pospešitev smrti iz usmiljenja, kar bi ustrezalo definiciji evtanazije po SSKJ, potem bi se izognili strašnim, »ubijalskim« konotacijam, ki medicinsko osebje obremeni z občutki krivde, ali ga poziva h kazenski odgovornosti. O tem podrobneje piše Peter Singer v *Praktični etiki*: »Večina skupin, ki si danes prizadeva za zakonodajne spremembe, s katerimi bi dopustili evtanazijo, se zavzema za prostovoljno evtanazijo, tj. za evtanazijo, ki je izvršena na željo usmrčene osebe.« Nato še doda: »Prostovoljne evtanazije včasih skorajda ni moč razlikovati od pomoči pri samomoru.« (Singer, 2008: 170) Singer namesto uboja raje uporablja pojem usmrtitve, poudari pa, da je iz obravnav sodnega procesa proti dr. Kevorkianu in še drugih primerov v ZDA, razvidno, da se tam »uboj iz usmiljenja pojmuje kot umor« (Singer, 2008: 172).¹⁰

Če si spet pomagamo z opredelitvijo SSKJ, je mogoče nekoga ubiti namerno ali pa nehoté, še posebej pomembno pa je, da je prvi pomen glagola ubiti naslednji: »s silo povzročiti smrt«.¹¹ Pojem uboja sugerira nasilnost zadajanja smrti, kar pa

Avtorja navajata tudi delo C. F. Mckhanna: *A Time to Die: The Place for Physician Assistance* (1999), ki zagovarja stališče, da je odločitev za samomor pri terminalnih bolnikih racionalna odločitev, zato ga imenuje racionalni samomor. Kaže, da je takšno razmišljanje, ki je bilo značilno že za staro Grčijo, ponovno oživelo v sodobnem času. Razloga sta dva: preprečiti nadaljnje trpljenje in želja po avtonomiji, ki dajeta zagon temu, da se to dejanje res izvrši. (McDougall in Gorman, 2008: 33)

¹⁰ Peter Singer v delu *Razmislimo znova o življenju in smrti: Sesutje tradicionalne etike*, ki je v izvirniku izšlo leta 1994, leto dni po *Praktični etiki*, izpostavi nasprotje med tradicionalno etiko, tj. etiko svetosti življenja, na eni strani in novo etiko kakovosti življenja na drugi ter poda nekaj zapovedi stare in nove etike. Za nas so še posebej pomembne prve tri. Po prvi stari zapovedi so vsa človeška življenja enako vredna, po novi zapovedi pa je vrednost človeškega življenja različna. Singer meni, da je vrednost človeškega življenja odvisna od sposobnosti (samo)zavedanja, tega pa ni zmožen vsak človek, ampak le osebe (ta status pripisuje tudi nekaterim vrstam živali, zato ostro nastopa proti specizmu). Življenje brez zavedanja nima nobene vrednosti, zato bi morali razmisliti o smiselnosti nadaljnjega bivanja neozdravljivo bolnih ali prizadetih človeških ne-oseb. Druga stara zapoved pravi: Nikoli namerno ne vzemi nedolžnega človeškega življenja. Toda po Singerju je meja med končanjem življenja z odtegnitvijo oskrbe in končanjem življenja s smrtno injekcijo zelo tenka. Zato sam kot drugo novo zapoved predlaga: Prevzemi odgovornost za posledice svojih odločitev. Nov pristop ne enači opustitve pomoči in ubijanja. A odgovorni smo za oboje. Je pa razlika veliko manjša, kot to običajno mislimo. Včasih opustitev ni dovolj, če so bolečine neznosne (nesmiselno in neodgovorno je čakati, da bolnik zboli za vnetjem in mu potem ne predpisati antibiotika). In še tretja stara zapoved: Nikoli si ne vzemi življenja in tudi drugim vedno prepreči, da bi končali svoje življenje. Tretja nova zapoved, za katero se zavzema Singer, zapoveduje ne le pravico do življenja, temveč tudi do smrti: Spoštuj željo osebe do življenja in smrti (Singer, 2004: 224–233).

¹¹ SSKJ: ubiti ubijem dov., ubil (i ť) 1. z udarcem, s silo povzročiti smrt a) človeka: napadalec je potnika ubil; namerno, nehoté ubiti koga / ubiti koga s kamnom, z nožem, s puško / ubiti koga s // s silo svojega gibanja, padca povzročiti smrt koga: v gozdu ga je ubilo drevo / druga krogla ga je ubila // s svojo silo, z

je, če se povrnemo k prostovoljni aktivni evtanaziji, v nasprotju z njo, saj ta temelji, kot pove izraz sam, na prostovoljno izraženi želji po smrti. Še bolj problematično je zvajanje uboja na umor, kot da bi šlo za naklepno, zlonamerno zadajanje smrti, ko pa je jasno, da je namen prostovoljne evtanazije zgolj aktiven način odrešitve umirajočega bolnika. Če pa bi že morali vztrajati pri tem, da je tudi prostovoljna aktivna evtanazija uboj, potem je njegova narava paradoksalno ta, da si ga umirajoča oseba želi. Tony Hope v zvezi s tem ugotavlja:

Nasprotniki evtanazije lahko v bistvu zaključijo debato pri enem temeljnem principu: ubijati je moralno narobe. Prav je, da imamo močan občutek, da je ubijati narobe. Za večino ljudi bi umreti zdaj pomenilo veliko škodo v primerjavi z nadaljevanjem življenja. Razlog, zakaj je ubijanje običajno veliko zlo, je v tem, da je umiranje običajno velika škoda. Vendar pa je zlo ubijanja rezultat škode zaradi umiranja in ne obratno. Če je torej v največjo korist pacienta, da umre zdaj, in ne, da trpi dolgotrajno in boleče umiranje, potem ubiti ni več narobe. Z drugimi besedami, ko smrt predstavlja korist in ne škode, takrat ubijati ni narobe. /.../ Zavračam stališče, da je opravičiti prostovoljno aktivno evtanazijo v principu narobe... Perverzno je iskati občutek moralne čistosti, ko je ta pridobljena na račun tujega trpljenja. (Hope, 2014: 35)

Hope preučuje, kaj je umirajočemu bolniku v največjo korist, to pa je odrešitev od življenja samega, ki je zaradi bolezni postalo neznosno. Pri tem nas opozori, naj ne spregledamo dejstva, da je bolezen tista, ki je življenju bolnika in njegovemu telesu napravila nepopravljivo škodo, vse do žalostnega konca, ne pa prostovoljna aktivna evtanazija. Četudi bo nekdo umrl zaradi slednje, bo smrtonosna bolezen tista, ki ga bo privedla do izbire takšne smrti. Evtanazija smrt le pospeši, saj bi bolnik tudi brez nje prej ko slej umrl, le da potem, ko bi moral prestati še mnogo bolečin, telesnih in psihičnih.

Hope še navede, da je prav pojem uboja tisti, ki praviloma uravnava razliko med aktivno in pasivno evtanazijo. A če že govorimo o uboju, dodaja, potem je v določenih primerih tudi pasivna evtanazija uboj. Aktivna evtanazija kot uboj iz usmiljenja vključuje dva vidika: da je tisto, kar je storjeno, pozitivno dejanje (ne pa preprosta opustitev dejanja, denimo zdravljenja ali umetnega podaljševanja življenja) in da je smrt nameravana ali namerno povzročena (in ne zgolj predvidljiva).

delovanjem sploh povzročiti smrt: ubila ga je eksplozija, strela / brezoseb. ubilo ga je v rudniku / novica o sinovi smrti je mater skoraj ubila 4. povzročiti, da kdo česa ne čuti, se česa ne zaveda več: s pijačo ubiti občutek sramu; ubiti v kom usmiljenje, vest / da bi ubil duševno praznoto, je veliko bral.

In vendar je dati pacientu injekcijo morfija prav tako aktivno dejanje, kakor je aktivno dejanje dati injekcijo kalijevega klorida. Poglavitna razlika je v tem, da je v primeru kalijevega klorida *namen* dajanja injekcije pacientova smrt – in to je sredstvo za zmanjšanje pacientovega trpljenja. V primeru morfija pa je namen lajšanje bolečine, predčasna smrt je *predvidljiva*, vendar ne nameravana. (Hope, 2014: 30)

Hope je prepričan, da »ni nobenega prepričljivega miselnega eksperimenta, ki bi prikazal moralno razliko med dejanji in opustitvami ali med namero in predvidevanjem...« (Hope, 2014: 33). Na ta način pokaže na absurd opredeljevanja bodisi aktivne bodisi pasivne evtanazije kot uboja, zdravnikov pa kot ubijalcev.¹²

Zdravnika zavezuje poklicna etika oz. kodeks moralnega ravnanja, nasploh in še posebej v času bolnikovega umiranja. Najsi bo aktivna (prostovoljna) evtanazija prepovedana ali dovoljena, lahko nastopi nasprotje med zdravnikom kot poklicno osebo, ki je podvržena določeni deontologiji, in kot človekom z lastno osebnostjo in moralno držo, ki mu na osebni ravni prav tako pripada intimna pravica do avtonomnega mišljenja. Vsak zdravnik bi moral imeti pravico do ugovora vesti in do usmiljenega ravnanja, toda njegova osebna pravica bo trčila ob prepoved evtanazije, v kolikor v njegovi državi ni dovoljena. Ob soočanju z bolnikovo agonijo, z njegovimi telesnimi bolečinami in duševnim trpljenjem, s čimer mu bolezen dela nepopravljivo, smrtonosno škodo, lahko tudi zdravnik občuti stisko, tako osebno kot poklicno moralno stisko, saj je zavezan temu, da je dobronameren in dobrodejen, skratka, da bolnikom ne škoduje. Veljati pa mora tudi obratno: zdravnik mora imeti pravico do ugovora vesti tudi v državah, kjer je evtanazija dovoljena, v kolikor jo sam razume kot nedopusten uboj. S filozofskega vidika sicer še naprej menim, da je prepričanje, ki razume evtanazijo kot uboj, zmotno, vendar obenem menim, da je svoboda mišljenja najbolj neodtujljiva pravica vsakega človeka, tako umirajočega bolnika, ki si želi nagle smrti, kot zdravnika, ki je tej želji bodisi pripravljen ugoditi, ali pa tudi ne.

Kaj je potemtakem narobe s sistemom v državah, ki ne dovoljujejo prostovoljne aktivne evtanazije in pomoči pri samomoru?¹³ To je sistem, ki ne izhaja izključno iz racionalnih, filozofskih etičnih načel, ampak iz svetovnonazorskih, religioznih, kulturnih in drugih. Ta načela praviloma temeljijo na tradicionalni etiki svetosti življenja in zavračajo etiko kvalitete življenja, kakor jo je utemeljil utilitarizem. Ker vsak tak sistem temelji na moči oblasti in tistih deležnikov, ki so blizu vzvo-

¹² Injekcija kalijevega klorida zagotovo ni neboleča, zato je treba pred vsakim bolečim posegom poprej poskrbeti za ustrezno zmanjšanje bolečin. Sodobna medicina napreduje tudi v tej smeri. Morda bo postopoma prišlo do spontanega zlitja pasivne in aktivne evtanazije.

¹³ Anthony L. Beck v eseju »Doctor-Patient Communication about Physician-Assisted Suicide«, ki je izšel v zborniku *Physician-Assisted Dying*, poudari, da zdravniki pogosto blokirajo bolnikovo željo po tem, da bi mu pomagali umreti. Ko zdravniki rečejo, da njihovi bolniki nikoli ne izrazijo te želje, je to lahko zato, ker zdravniki blokirajo debato v tej smeri (Quill in Battin, 2004: 112).

dov odločanja, to vpliva tako na kodeks medicinske deontologije v ožjem smislu, kot na pravni sistem v širšem smislu.¹⁴

Opredelitev evtanazije kot pospešitev smrti iz usmiljenja, ki jo navaja SSKJ, je pomanjkljiva, ker izhaja iz osebnega usmiljenja, kot da gre v prvi vrsti zgolj za zdravnikov osebni odnos do bolnika, za dejanje iz osebnih, sočutnih vzgibov. Takšno dejanje je inkriminirano, če ga pravni sistem prepoveduje, medicinska etika pa ne dopušča, niti v primeru ugovora vesti ne. Do neke mere je to razumljivo, saj pravni in zdravstveni sistem ne moreta temeljiti na spremenljivosti osebnih, čustvenih pristopov medicinskega osebja k bolniku.¹⁵

Argumenti proti evtanaziji so številni; eden od njih je ta, da bo želja po evtanaziji spontano izzvenela, če bo zagotovljena primerna paliativna oskrba bolnikov. To se zdi v prihodnje zelo malo verjetno, ker bodo ob podaljševanju življenjske dobe starostnikov in ob nizki nataliteti (takšni demografski kazalci so zagotovo značilni za našo državo) ter iz drugih razlogov, kot so drago zdravljenje, zdravila, oskrba in nega, ekonomski pritiski na zdravstveno blagajno vse hujši. Perečega stanja ne bo mogla omiliti niti vsa požrtvovalnost medicinskega in negovalnega osebja, ki je tako obremenjeno, da to že tudi meji na zlorabo. Morda drži ugotovitev, da bi bilo v paliativno oskrbo usmerjenega manj truda, če bi bila prostovoljna aktivna evtanazija in pomoč pri samomoru dovoljena. Prav tako je mogoče, da bi v tem primeru okolje, v katerem prebiva umirajoči bolnik, predstavljalo določen pritisk, da se življenje prekine čim prej in razbremeni vse vpletene. Vsekakor bi si morali prizadevati za ničelno stopnjo tolerance do vsakršnega poskusa zlorabe bolnikov. Po drugi strani pa je moralno nespremenljivo tudi sprenevedanje tistih, ki nasprotujejo prostovoljni evtanaziji in pomoči pri samomoru, češ da bo za vse lepo po-

¹⁴ Nekatere protestantske verske skupnosti in reformirano judovstvo dovolijo pomoč pri samomoru. Tako je, npr., Generalna skupščina unitaristične univerzalistične cerkve leta 1998 sprejela resolucijo »Pravica do smrti z dostojanstvom«, v kateri je zapisano, da četudi obstajajo med ljudmi različni pogledi glede religioznih, moralnih in pravnih posledic, v kolikor bi privolili v pomoč pri samomoru, za katerega je prostovoljno zaprosila oseba, ki je tega mentalno sposobna, in da kljub temu, da številni svetovalci, duhovščina in zdravstveno osebje cenijo podaljševanje življenja, in sicer ne glede na njegovo kakovost ali voljo do življenja, resolucija zagovarja pravico do samoodločbe glede umiranja ter odvezuje civilne in kazenske odgovornosti vse, ki spoštujejo pravico terminalno bolnih oseb, da same izberejo čas lastne smrti. Obenem pa unitaristični univerzalisti resolucijo sklenejo z mislijo, da se zavzemajo za varnostne ukrepe proti vsem, ki bi hoteli pospešiti smrt v nasprotju z željo posameznika.

V katolištvu ima trpljenje smisel, ker vzbuja sočutje in spoštovanje in bolnika naredi ponižnega (doktrina Janeza Pavla II.). Tako si trpeči utira boljšo prihodnost po smrti. Življenje je sveto. Vendar katolištvo ni za podaljševanje življenja za vsako ceno, z uporabo tehnologije. Umiranje je naraven proces in s smrtjo življenje ni odvzeto, temveč se samo spremeni narava njegovega trajanja, ki se nadaljuje po smrti. Če bi vztrajali pri tostranskem življenju, potem bi s tem vzbujali dvom v posmrtno življenje. Večina religij na zahodu je zavrnila vitalizem, ohranjanje biološkega življenja za vsako ceno (McDougall in Gorman, 2008: 53).

¹⁵ V Sloveniji je *Kodeks zdravniške etike* v prenovljeni obliki oktobra 2016 sprejela skupščina Zdravniške zbornice Slovenije, usklajeno s Slovenskim zdravniškim društvom. V 28. členu je zapisano: »Etično nespremenljivi sta opustitev ali odtegnitev paliativne oskrbe«, v 29. členu pa: »Zdravnik zavrača evtanazijo in pomoč pri samomoru.«

skrbela paliativna oskrba, ko pa je ta pobožna želja daleč od resnice. Tudi če bi to bilo res, si bodo številni bolniki kljub ustrezni paliativni oskrbi še naprej želeli prostovoljno in čim prej umreti, ker bodo čutili, da je njihovo osebno, človeško dostojanstvo zaradi bolezni izničeno.

V svojem prispevku sem obravnavala človekovo dostojanstvo bolnika kot osebe, se pravi kot človeka, ki se zaveda samega sebe in se je še sposoben sporazumevati z drugimi. Bioetika veliko pozornosti namenja tudi izjemnim, kočljivim primerom, denimo prizadetim novorojenčkom in ljudem, ki so v komi, ali so trajno prizadeti v razvojnem oz. nevrološkem smislu, zaradi česar ne morejo podati svoje poslednje volje. Izogibati bi se morali utemeljevanju prepovedi prostovoljne aktivne evtanazije na podlagi zlorab bolnikov, ki nimajo statusa osebe in so lahko podvrženi le neprostovoljni evtanaziji. Drugače rečeno, zaradi bolnikov, ki se ne zavedajo sebe in niso sposobni izraziti svoje izbire, bi bilo absurdno ne dati besede bolnikom - osebam, ki bi še bile zmožne uveljaviti svojo temeljno človekovo pravico, če jim ta ne bi bila kratena: pravico do smrti, in tako do konca ohraniti človeško dostojanstvo. Menim, da izrekanje poslednje volje, katere edina možnost je ta, da se bolnik v paliativni oskrbi, zlasti v terminalnem stadiju, odreče nadaljnjemu zdravljenju, ni najvišji moralni standard, h kateremu bi morali stremeti. Navsezadnje se tako ali tako sodobna medicinska doktrina zavzema za to, da ne bi ohranjali življenja bolnika za vsako ceno, če to ni več smiselno, ali mu ne prinaša več koristi (zanimivo bi bilo ugotavljati, kateri argumenti so pri tem pretehtali, ekonomski ali medicinski, ki so podvrženi moralnim in pravnim sankcijam).

Naj sklenem z mislijo, da se je potrebno zagovora prostovoljne aktivne evtanazije in pomoči pri samomoru lotiti čim bolj subtilno, saj kljub težkim okoliščinam osebna odločitev, da se odrečemo življenju, ne more biti lahka. Predlagam torej, da se za pravico do smrti zavzemamo čim bolj tenkočutno, ne glede na glasnost njenih nasprotnikov, v znak spoštovanja dostojanstva umirajočih bolnikov.¹⁶

¹⁶ »Vprašanje za britanske politike danes je, zakaj silite svoje državljane, ljudi v najgrozljivejših okoliščinah, ki so odločeni narediti konec svojemu trpljenju na način, ki ga bodo sami izbrali, da zapustijo svojo deželo in potujejo v Švico, da bi udeležili svojo poslednjo voljo«, je misel, ki jo je leta 2006 v nekem intervjuju zastavil Ludwig Minelli, vodja organizacije *Dignitas*, s sedežem v Švici, v upanju, da bo Velika Britanija uzakonila pravico do pomoči pri samomoru za bolnike s kronično depresijo (McDougall in Gorman, 2008: 71–72).

Na seji Odbora za zdravstvo v Državnem zboru RS, ki je potekala 4. 2. 2015, je, sodeč po javno dostopnem zapisniku, predsednik Komisije RS za medicinsko etiko v zvezi z evtanazijo med drugim dejal: »Recimo očitati oziroma spraševali so me, ja, pa naši ljudje hodijo v Švico in Belgijo in tako naprej. Jaz ne vem, koliko jih je šlo. Jaz ne poznam nobenega, ki je šel, ampak kar se Švice tiče, vam povem, vsak od nas gre lahko tja, če si željan usmrtitve, greš lahko v Švico in te ne bodo spraševali, ali si bolan ali nisi, ali trpiš in tako naprej. Dovolj je samo, da izrazite željo. In če je to avtonomija tistega posameznika, na katerega se sklicujemo, je druga stvar.«

Human Dignity in Dying and the Right to Die

Human dignity in dying means that a patient who is still self-aware is a person and therefore he/she has a right to decide about his/her own life and death. The right to die has to be a basic human right, while our respect for the patient's dignity, that is to say for his/her autonomy and self-determination, could be a good basis for its recognition in philosophy, especially in bioethics. The article tries to legitimize the free choice of the way of dying, with an emphasis on voluntary euthanasia and assisted suicide. It ends with the contradiction of judging them as a killing, considering that they require the patient's consent.

Keywords: bioethics, human dignity, death, right to die, voluntary euthanasia, assisted suicide, palliative treatment

Literatura

Beck, A. L. (2004). »Doctor-Patient Communication about Physician-Assisted Suicide«. V Quill, T. E. in Battin M. P. (ur.), *Physician-Assisted Dying: The Case for Palliative Care and Patient-Choice*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, str. 102–117.

Biggs, H. (2001). *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*. Oxford in Portland, Oregon: Hart Publishing.

Campbell, A. V. (2013). *Bioethics: the basics*. New York: Routledge.

Čhartišvili, G. (2017). *Pisatelj in samomor*. Ljubljana: LUD Literatura.

Düwell, Marcus. (2017). »Why Bioethics Isn't Ready for Human Dignity?«. V Debes, R. (ur.), *Dignity: A history*, New York: Oxford University Press, str. 323–332.

Harris, J. (2002). *Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko*. Ljubljana: Krtina.

Hope, T. (2014). *Medicinska etika: zelo kratek uvod*. Ljubljana: Krtina.

McDougall, J. F. in Gorman, M. (2008). *Euthanasia*. Santa Barbara, California, Denver, Colorado, Oxford, England: ABC-CLIO.

Paterson, C. (2008). *Assisted Suicide and Euthanasia: A Natural Law Ethics Approach*. Hampshire, Burlington: Ashgate e-book.

Singer, P. (2004). *Razmislimo znova o življenju in smrti. Sesutje tradicionalne etike*. Ljubljana: Studia humanitatis.

Singer, P. (2008). *Praktična etika*. Ljubljana: Krtina.

Internetni viri:

Kodeks zdravniške etike: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=4>

SSKJ: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html>

Zapisnik seje Odbora za zdravstvo v Državnem zboru RS (4. 2. 2015):
<http://24kul.si/dr-bozidar-voljc-kdo-bo-sprejel-odgovornost-v-primeru-evtanazije>