

Friderik Klampfer

Filozofska fakulteta Univerze v Mariboru

10 trdovratnih evtanazijskih mitov

Strokovne in laične razprave o morebitni uzakonitvi evtanazije so tako pri nas kot v tujini že v izhodišču žolčne in čustveno pregrete, dodatno pa jih obremenjujejo še številni nesporazumi, zgrešena pojmovanja, zmotne predstave, izkrivljanja dejstev in celo zavestne manipulacije s podatki. V pričujočem prispevku identificiram in po vrsti razblinim deset takih 'mitov', neresnic oz. neutemeljenih pomislekov v zvezi z zakonsko pravico do smrti, od takih, ki zadevajo pojem in pojavne oblike 'spokojne smrti', do onih, ki se tičejo narave, razsežnosti in morebitnih posledic trenutnih in prihodnjih evtanazijskih praks.

Ključne besede: evtanazija, samomor/umiranje z zdravnikovo pomočjo, paliativna oskrba, dostojanstvo, avtonomy, medicinska etika, evtanazijska zakonodaja

Uvod

V pričujočem prispevku¹ bom izhajal iz predpostavke, da nas oboje, tako zagovornike kot nasprotnike (uzakonitve) evtanazije, družijo iskrena skrb za dobrobit neozdravljivo bolnih ter iskanje rešitev, ki bodo kar najbolj učinkovito preprečile, da bi mukotrpno umiranje in nepravočasna smrt ob samem izteku razvrednotili naša življenja. Za kaj takega je najprej potrebna, pravzaprav nujna trezna in na preverljiva dejstva oprta javna razprava. Razprava, ki bo – česar o tistih nekaj ne-bogljenih zametkih razprave v množičnih medijih doslej zagotovo ne moremo trditi – strokovna in pluralna in je ne bodo krojili anekdotična, selektivna evidenca, gola ugibanja in razbohotena domišljija, temveč na empirične raziskave oprti statistični podatki in kar se da široka paleta različnih vredno(s)tnih perspektiv. V ta namen bi rad predstavil in po svojih močeh razb(lin)il deset škodljivih mitov – neresnic in polresnic, predsodkov, stereotipov, dezinformacij, dogem, nespora-

¹ Članek je nekoliko predelano in dopolnjeno besedilo referata, predstavljenega v mariborskem Salonu uporabnih umetnosti na okrogli mizi z naslovom Evtanazija in medicinska etika. Dogodek v sklopu Filozofskih večerov in v organizaciji mariborskega Oddelka za filozofijo je moderiral dr. Gorazd Andrejč, drugi sogovornik pa je bil prof. dr. Matjaž Zwitter z Medicinske fakultete v Mariboru.

zumov, zgrešenih predstav in pojmovanj – o evtanaziji, ki v veliki meri dušijo in zastrupljajo razpravo o tej pereči temi pri nas.

Mit št. 1: Z uzakonitvijo evtanazije bi legitimirali umor.

Evtanazija je po definiciji pospešitev smrti, uboj, če hočete, *iz sočutja* ali *usmiljenja*, tj. v želji, da bolniku na ta način prihranimo nepotrebno, pogosto neznosno telesno in duševno trpljenje, ponižanje, izgubo dostojanstva, sramoto, ipd. oz. v prepričanju, da je takojšnja smrt *za bolnika* (v idealnem primeru po njegovi lastni presoji) boljša od nadaljnjega življenja. Bolnikovo smrt lahko zdravnik (ali kaka druga za to usposobljena oseba, ki bi jo za to pooblastil zakon) pospeši z dejanjem (denimo odmerkom smrtonosne učinkovine, recimo kalijevega klorida) ali opustitvijo dejanja (kot pri odklopu naprav za vzdrževanje življenjskih funkcij). V prvem primeru govorimo o aktivni in v drugem o pasivni evtanaziji.² Pri tem je lahko bolnikova volja zdravniku poznana ali pa ne. Če zdravnik bolnikovo voljo pozna, se lahko njegovo ravnanje z njo ujema (kadar ga je bolnik izrecno prosil, naj ga ubije) ali pa ji nasprotuje (kadar bolnika ubije, čeravno se ta očitno oklepa življenja in noče umreti). V prvem primeru je evtanazija prostovoljna, v drugem prisilna. In končno, zdravniku je lahko bolnikova volja neznana, ker se ta o svojem koncu v preteklosti ni izrekel, zdaj pa take volje ni več sposoben ali razumno oblikovati ali pa vsaj razumljivo izraziti (pogosto pa tudi oboje). V takem primeru govorimo o neprostovoljni evtanaziji ali evtanaziji brez bolnikovega soglasja.

Ne glede na to, ali zdravnik bolnikovo smrt pospeši z dejanjem ali opustitvijo ravnanja, upošteva bolnikovo voljo ali ne meneč se zanjo, da je ta bolnika evtanaziral, bo veljalo le, če je to počel v dobri veri, da bolniku s tem pomaga. Aktivna prostovoljna evtanazija, za uzakonitev katere se osebno zavzemam, je torej poslednja *usluga*, ki jo zdravnik naredi svojemu bolniku – zato je nujno, da je smrt dobra najprej in predvsem za bolnika samega in šele nato, če sploh, tudi za druge deležnike: za njegove svojce, ki jim prinese olajšanje, za zdravnika, ki se lahko posveti drugim, bolj obetavnim bolnikom, za zdravstveno ustanovo, ker izprazni

² Nasprotniki evtanazije, pri nas, recimo, zdaj že preminuli akademik prof. dr. Jože Trontelj (Trontelj 2003) in prej omenjeni prof. dr. Matjaž Zwitter (Zwitter 2014), se navedenega razlikovanja vztrajno otepajo in zanikajo, da bi šlo pri opustitvi ali prekinitvi zdravljenja za obliko evtanazije, pa čeprav zgolj pasivno. Beseda res ni konj in terminološki spori praviloma vodijo v slepo ulico, a osebno lahko za tovrstno trmoglavljenje najdem kvečjemu pragmatične razloge – zdravniki na zahtevo bolnikov oz. njihovih svojcev, včasih pa tudi po lastni presoji namreč že zdaj opuščajo zdravljenje (kot kaže razvpit primer Eluane Elargo, tudi v primerih, ko ukrepi za vzdrževanje življenjskih funkcij ne le da niso nesorazmerni, temveč jih sploh ni mogoče šteti za zdravljenje), kodeksi zdravniške etike pa opustitev zdravljenja na bolnikovo zahtevo in/ali kadar je le-to nesmotno ali za bolnika preobremenjujoče, že zdaj izrecno dopuščajo; s priznanjem, da v nekaterih od opisanih primerov, namreč takrat, ko tako ravna v veri, da je za bolnika bolje, da umre, kot da bi še naprej živel, svoje bolnike evtanazirajo (pa čeprav zgolj pasivno, se pravi z opustitvijo rešilnih dejanj), bi tako prestopili svoj miselni in moralni Rubikon. Za prepričljiv zagovor smiselnosti in uporabnosti kategorije pasivne evtanazije glej Garrard & Wilkinson (2006).

posteljo in ji prihrani nekaj stroškov, itd. Ubijanje (ali puščanje) bolnikov (umreti) iz drugačnih vzgibov, recimo iz prepričanja, da je žrtev itak manjvredno človeško bitje ali moteč tujek, tvor na narodovem telesu, ni evtanazija, pa če ga storilci zaradi večje sprejemljivosti še tako vztrajno imenujejo tako. Nacisti svojih žrtev niso evtanazirali, temveč hladnokrvno pomorili. Razlika je, verjamem, očitna tudi otroku.

Mit št. 2: Evtanazija je lažni humanizem, zdravniki jo zato odklanjajo.

To ponesrečeno misel je vseboval prejšnji Kodeks medicinske deontologije. Novi Kodeks zdravniške etike, ki je stopil v veljavo pred dvema letoma, je izvorno formulacijo nekoliko ublažil. Ta se zdaj glasi: "Zdravnik zavrača evtanazijo in pomoč pri samomoru." (29. člen) Tudi zmotno naziranje, da sta pravi humanizem in pristno človekoljubje z ubijanjem nezdržljiva, tudi če je povzročena oz. pospešena smrt žrtvi očitno v prid in za povrh nastopi še po njeni volji, pa v javnem diskurzu vseeno še kar vztraja in vztraja. (O tem več kasneje.) Zgornja izjava pa kaj drugega kot opazko, da gre za tipičen orwelovski novorek ("vojna je mir", "nadzor je svoboda"), niti ne zasluži. Ti, ki puščajo v imenu okostenele dogme ljudi trpeti, se razglašajo za pristne humaniste, ljudi, ki skušajo umirajočim tako trpljenje po najboljših močeh prihraniti, pa obkladajo z lažnimi humanisti in jim pripisujejo nizkotne vzgibe. Evtanazija je, kot rečeno, po definiciji dobronamerno, dobrohotno oz. dobrodejno dejanje – čeprav je plemenit vzgib seveda ne varuje povsem pred zmoto v sodbah o tem, kaj je v danih okoliščinah najboljše za nas ali za te, ki so nam bili zaupani v oskrbo.

Mit št. 3: Evtanazija pomeni napad na človekovo dostojanstvo.

Ravno nasprotno, pravica do evtanazije je oblika opolnomočenja neozdravljivo bolnih; ti si na ta način povrnejo vsaj nekaj nadzora nad iztekom svojega življenja, ki ga sicer usodno kroji smrtonosna bolezen. Človekovo dostojanstvo je filozofsko zagaten pojem (Klampfer 2002), a v skladu s prevladujočim stališčem ga ljudje premoremo zaradi svoje (vsaj načelne) zmožnosti razumske presoje in svobodne oz. avtonomne volje. Očitka iz dostojanstva zato ni težko obrniti proti nasprotnikom uzakonitve evtanazije. Človekovega dostojanstva umirajočih namreč ne ogroža le bolezen, ki jih pogosto oropa prav za sposobnost razumne in avtonomne presoje, odločanja in delovanja, v enaki meri ali še bolj vanj posega tudi trenutno uzakonjeno neupoštevanje in nespoštovanje njihove avtonomne presoje, da je bolezen njihovo življenje nepovratno razvrednotila, in volje, da ga zaradi tega končajo brez odlašanja, tu in zdaj.

Mit št. 4: Evtanazija je v nasprotju s temeljnim poslanstvom zdravnikov, zdravljenjem in ohranjanjem bolnikov pri življenju. Hipokratova prisega in nedavno prenovljeni Kodeks zdravniške etike jo celo izrecno prepovedujeta.

Priznam, evtanazija je v nasprotju z zdravnikovim poslanstvom, kot ga je pred več kot dvema tisočletjema razumel in formuliral Hipokrat, kot so ga pred dvema desetletjema razumeli avtorji prejšnjega Kodeksa medicinske deontologije Slovenije in kot ga še vedno razumejo avtorji trenutno veljavnega, pred kratkim prenovljenega Kodeksa zdravniške etike. Toda ali je zato njihovo zgodovinsko, kulturno in stanovsko specifično pojmovanje že tudi obvezujoče za vse nas? Še več, ali je res na veke vekov obvezujoče zanje same, ker je bilo pač nekoč davno vkle-sano v kamen? Če smo v zadnjih desetletjih dosegli soglasje o tem, da je Hipokratova prisega v prenekateri svoji določbi zastarela in preživeta (zdravnikom smo dovolili opravljati splav, Hipokratov zdravniški paternalizem smo če že ne povsem odpravili, pa vsaj radikalno zamejili z načelom spoštovanja bolnikove avtonomije, in še bi lahko naštevali), zakaj se je potem v omenjeni določbi držimo kot pijanec plota?

Za tovrstno slepo zvestobo dva tisoč let starim idejam in zaobljubam ni v resnici nobenega pametnega opravičila. V skladu s sodobno medicinsko etiko vodijo namreč zdravnike pri njihovem delu štiri osnovna moralna načela: (a) delaj dobro, (b) ne škodi, (c) spoštuj bolnikovo avtonomijo in (d) ravnaj pravično. (Beauchamp & Childress 2013) Evtanaziranje neozdravljivo bolnih na njihovo (premišljeno in avtonomno) zahtevo je, kolikor lahko ocenim, skladno s prvimi tremi dolžnostmi (smrt, ki jo zdravnik pospeši, bolniku ne škodi, kvečjemu koristi, zdravnik pa bolniku ne vsiljuje svoje volje, temveč upošteva njegovo) in vsaj na prvi pogled ni v konfliktu s četrto (zdravnik bolniku ne krati pravice do življenja, ker se je bolnik s prošnjo, naj pospeši njegovo smrt, odrekel uveljavljanju svoje pravice do tega, da ga ne ubijejo; pa tudi v krivično diskriminacijo na smrt bolnih ali ostarelih ali osamljenih ali nemočnih po vsem sodeč – in v izrecnem nasprotju z glasnimi svarili nasprotnikov uzakonitve – ne vodi).

Mit št. 5: Z uzakonitvijo evtanazije bi zdravnike silili k ubijanju svojih bolnikov.

Ta zmota je zaradi večpomenskosti pojma 'pravica' razumljiva,³ a tudi zlahka popravljiva. Pravica na smrt bolnih do zdravniške pomoči pri umiranju namreč ni pravica v smislu upravičene zahteve (ti. 'claim-right'), temveč pravica v smislu

³ Taka, razumevajoča in odpuščajoča ocena velja bolj za laike kot za poklicne filozofe. Slednji bi namreč morali imeti hohfeldijansko razlikovanje med različnimi vrstami pravic oz. različnimi pomeni izraza 'pravica' (enkrat kot upravičene zahteve, drugič kot svoboščine/privilegije, tretjič kot moči in četrtič kot imunitete – glej, recimo, Wenar 2015) v malem prstu. Zato je tem bolj deprimirajoče, ko bralec na tovrstno nepoznavanje naleti v člankih kolega Boruta Ošlaja (recimo Ošljaj 2017 in 2018), za povrh še edinega filozofa v trenutni sestavi Komisije RS za medicinsko etiko.

svoboščine (ti. 'liberty-right'). Na smrt bolnim priznati pravico do evtanazije ne pomeni, da jih je katerikoli zdravnik na njihovo zahtevo ali prošnjo dolžan ubiti, temveč da bodo lahko odslej zdravniki, ki so njihovo prošnjo pripravljeni uslišati, to storili brez strahu pred kazenskim pregonom in začasnim ali trajnim odvzemom licence. V prav nobeni od držav, ki so evtanazijo ali samomor z zdravniško pomočjo ali oboje že uzakonile (ali, natančneje, dekriminalizirale), in teh se je do danes nabralo kar nekaj,⁴ ni zakon zdravnikom naprtel dolžnosti, da neozdravljivo bolnega, ki v skladu z zakonsko predpisanimi pogoji upravičeno prosi za smrt, brez odlašanja usmrtijo. Zdravnik sme tovrstno prošnjo vedno zavrniti in bolnika napotiti k drugemu zdravniku. Edina dolžnost, ki mu jo zakon nalaga, je, da v takem primeru zdravniku, ki je bolniku, katerega je pred tem sam zavrnil, takšno prošnjo pripravljen uslišati, na zahtevo slednjega preda ustrezno zdravstveno dokumentacijo.

Mit št. 6: Uzakonitev evtanazije bi nepovratno in nepopravljivo omajala trhlo zaupanje, na katerem odnos med zdravnikom in bolnikom stoji in pade.

Spet, izkušnje iz tujine kažejo ravno nasprotno, namreč da zagotovilo, da bo zdravnik njegovo presojo in avtonomno voljo spoštoval, bolnikovo zaupanje v osebnega zdravnika okrepi, ne spodkoplje. Veliko večino bolnikov na Nizozemskem evtanazirajo njihovi osebni oz. družinski zdravniki; veliko bolnikov, ki se v določenem trenutku s tako prošnjo obrne na svojega zdravnika, te možnosti nazadnje sploh ne izkoristi, zadošča jim že samo zagotovilo, da jim bo ta po potrebi na voljo. Bojazni bolnikov (kolikor so le-te sploh realne), da jih bodo v primeru uzakonitve zdravniki množično evtanazirali kar brez njihovega soglasja, bi lahko pomirili z institutom DNE (do-not-euthanase, po vzoru DNR, do-not-resuscitate) – formalno izjavo oz. izrazom vnaprejšnje volje, s podpisom katere bi dal bolnik vedeti, da evtanazijo brezpogojno zavrača. Morebitnim pomotam in zlorabam bi tako že v osnovi v veliki meri pristrigli krila.

⁴ Tu je začasen seznam držav, ki evtanaziranje neozdravljivo bolnih ali pomoči le-tem pri samomoru (v nekaterih primerih pa tudi obojega) kazensko ne preganjajo več: Nizozemska (od 2002), Belgija (od 2002), Luksemburg (od 2009), Kanada (od 2016) ter ameriške zvezne države Oregon (od 1998), Washington (od 2009), Montana (od 2009), Vermont (od 2013), Kalifornija (od 2015), Kolorado (od 2016) in Okrožje Kolumbija (od 2017).

Mit št. 7: Pri nas ni potrebe po evtanaziji. Od njene uzakonitve ne bodo imeli ti, ki naj bi jim bila prvenstveno namenjena, nobene koristi. Za evtanazijo se zavzemajo mladi in zdravi, ki o umiranju ničesar ne vedo, medtem ko bi njena uzakonitev najbolj ogrozila stare, bolehnne in nemočne, ki se v resnici krčevito in do zadnjega oklepajo življenja.

Tako mit, kaj pa realnost? Žalostna resnica, 'škandal' bi bila še primernejša beseda, je, da nismo pri nas v vsem tem času od prvih žolčnih polemik ob prelomu tisočletja opravili ene same empirične raziskave, ki bi ugotovila, kakšna so stališča zdravnikov in (dejanskih in potencialnih) bolnikov do umiranja in kako se eni in drugi spoprijemajo z dilemami ob koncu življenja. Površen izračun pokaže, da bi, če nismo ravno svet čisto zase in bi podobno kot v tujini pri nas tak zasilni izhod izbral približno vsak petindvajseti od skoraj šest tisoč bolnikov, kolikor jih letno umre za rakom, to na leto zneslo več kot dvesto resnih kandidatov za evtanazijo. Zanemarljivo število? Za oblasti v ameriški zvezni državi Oregon, kjer so l. 2016, v zadnjem letu torej, za katero so na voljo uradni podatki, na podlagi Zakona o dostojanstveni smrti izdali skoraj točno toliko receptov za smrtonosno učinkovino, očitno ne.

Očitek, da o evtanaziji razpravljajo mladi in zdravi, ki o umiranju najmanj vedo in ki se jih to najmanj tiče, pa je sploh težko razumeti. Kdo pa naj razpravlja o tem, kakšno možnost izbire bi hoteli zase in za druge pred obličjem smrti? Ali življenje od smrti ne loči le tanka črta? Ali ni vsak zdrav človek potencialen bolnik in ali nas vseh skupaj prej ali slej – enih prej, drugih kasneje – ne čaka enaka usoda, umiranje in smrt? Še pred tem pa umiranje in smrt koga od nam bližnjih, za katere nam ni nič manj mar kot zase? Prometna nesreča, delovna nezgoda, infarkt, možganska kap, napačna diagnoza, en sam nesrečen dogodek ali nespametna odločitev lahko naše življenje obrne na glavo, našo dotlej vzpenjajočo se življenjsko krivuljo pa dokončno usmeri navzdol. Ko razpravljamo o evtanaziji, zato razpravljamo o nečem, kar bolj kot karkoli drugega intimno zadeva slehernega med nami – kako bomo odšli, ko bo nastopil čas za odhod – čeravno je res, da so eni šele prišli in zato o odhodu sploh še ne razmišljajo.

Mit št. 8: Prošnja za skrajšanje življenja je v resnici poziv k pomoči. Nihče pri zdravi pameti namreč noče zares umreti.

Včasih, morda celo pogosto to najbrž drži. Priklicovanje smrti je lahko izraz trenutnega brezupa, stiske ali občutka brezizhodnosti. Lahko je, ni pa nujno tako in ni vedno tako.⁵ Če bolnik pri polni zavesti pri svoji zahtevi vztraja, če se v dalj-

⁵ Ocena, da je bolnikova prošnja za nemudno smrt prej izraz njegove osebne stiske kot pa razumnega premisleka in avtonomne volje, je v resnici pogosto površna in prenačljiva. Sloni pa na trdovratni dogmi, da je nadaljnje življenje za subjekta tega življenja vedno boljše od takojšnje smrti in da zato njegova želja

šem obdobju noče sprijazniti s ponujenimi alternativami, vključno s paliativno oskrbo, če ni depresiven ali impulziven in če zna svojo odločitev v pogovoru z zdravnikom razumno utemeljiti, potem je le-ta bržkone izraz njegove avtonomne volje in bi jo veljalo kot takšno spoštovati – in to ne glede na to, ali bolnik od zdravnika zahteva, naj ga preneha zdraviti, ali pa moleduje, naj ga za božjo voljo odreši muk. Toda prošnje bolnikov po pospešitvi smrti niso po tej plati najbrž nič bolj problematične kot zahteve taistih po opustitvi zdravljenja. Pa kljub temu zdravniki brez nadaljnjega uslišijo izključno slednje.

Mit št. 9: Na smrt bolni ne potrebujejo zakonske pravice do evtanazije, temveč kakovostno paliativno oskrbo.

Dilema “ali evtanazija ali paliativna oskrba” je lažna. Potrebujemo namreč oboje, najprej najbolj kakovostno strokovno spremljanje umirajočih, ki si ga lahko privoščimo, nato pa še zasilni izhod za tiste, ki jim je takojšnja smrt po premisleku ljubša od počasnega umiranja – tudi če jim bodo znali strokovnjaki za paliativno oskrbo telesno in duševno trpljenje v tem procesu v celoti prihraniti (kar je itak malo verjetno). Ravsanje med zagovorniki izboljšanja paliativne oskrbe in zagovorniki uzakonitve evtanazije za duše na smrt bolnih je otročje – ni treba, da je evtanazija tekunica kakovostni paliativni oskrbi, lahko je preprosto njen naravni zaključek. Takšno stališče ni ne čudsko in ne osamljeno. V Belgiji, denimo, celo strokovna združenja evtanazijo čedalje pogosteje obravnavajo kot zaključno točko na kontinuumu paliativne oskrbe. V Oregonu je med desetimi neozdravljivo bolnimi, ki so jim osebni zdravniki na njihovo zahtevo v letu 2017 izdali recept za smrtonosno učinkovino, kar devet takih, ki so odločitev o predčasnem koncu svojega življenja sprejeli v hospicu. Podobno visok, približno tridesetinski, je delež evtanaziranih bolnikov, ki so bili deležni paliativne oskrbe, tudi v Belgiji. (Emanuel idr. 2016)

Kaj pa pomislek, da se bomo, če bo na mizi oboje, ob paliativni oskrbi še zakonita evtanazija, odločili za cenejšo in lažjo ‘rešitev’ problema in bo za občutno izboljšanje paliativne oskrbe nazadnje zmanjkalo denarja in volje? Na Nizozemskem, v Belgiji in Oregonu jim je uspelo oboje. Celo nepristranski zunanji opazovalci⁶ se namreč strinjajo v oceni, da so v omenjenih državah sistemi paliativne oskrbe bolj razviti in lažje dostopni kot v zdravstveno in kulturno primerljivih državah,

oz. hotenje, da bi čim prej umrl, ne more biti nikoli razumno. To zmotno stališče kritično pretresem in zavrnem v Klampfer (2004).

⁶ Kot, recimo, Cohen-Almaghor (2002), Gordijn & Janssens (2004) in Brinkman-Stoppelenburg idr. (2016). V zadnje navedeni študiji, recimo, avtorji ugotavljajo, da se je med letoma 2013 in 2015 delež nizozemskih bolnišnic z usposobljeno ekipo za paliativno oskrbo zvišal z 39 na 77 odstotkov. Za izboljšave ostaja po oceni avtorjev kljub temu precej prostora, saj se te ekipe od bolnišnice do bolnišnice močno razlikujejo po svoji sestavi in izkušnjah, pa tudi v oskrbo neozdravljivo bolnih naj bi se zaenkrat še premalo vključevale.

kjer je evtanazija z zakonom brez izjeme prepovedana. Še več, raziskave kažejo, da so v državah z uzakonjeno evtanazijo ali samomorom z zdravniško pomočjo sistem paliativne oskrbe najbolj občutno izboljšali ravno v obdobju po spremembi zakonodaje. (Gordijn & Janssens 2004) Ta podatek bo presenetil le nepoznavalce, če upoštevamo, da so se tamkajšnje zdravstvene oblasti po uzakonitvi evtanazije znašle pod drobnogledom in so zato po vsem sodeč napele vse moči, da bi pomirile strahove in pomisleke kritične svetovne strokovne in laične javnosti. Če je v teh prizadevanjih uspelo njim, ne vidim, zakaj ne bi tudi nam. Da bi znala zakonita evtanazija deloma ali v celoti izpodriniti paliativno oskrbo in se v zavesti javnosti utrditi kot edina rešitev za problem trpljenja umirajočih, je, skratka, legiti-men pomislek, ki pa ne podpira obstoječe prepovedi evtanazije, kvečjemu kliče k uvedbi zakonskih varovalk, ki bodo še naprej zagotavljale, da ostane paliativna oskrba čim bolj kakovostna in enako dostopna za vse, ki jo potrebujejo.

Mit št. 10: Uzakonitev evtanazije je še povsod privedla do množičnih zlorab. Kdor se zaklinja, da bo zakonodaja vsebovala učinkovite varovalke pred zlorabami, je ali hudo naiven ali pa načrtno zavaja.

Strah, da bomo z uzakonitvijo aktivne prostovoljne evtanazije odprli Pandorino skrinjico in zlasti ostarele in onemogle bolnike prepustili množičnim zlorabam, oškodovanjem in krivicam, je od vseh doslej naštetih bržkone najbolj trdovraten. In to kljub temu, da empirične raziskave – in teh ne manjka⁷ – tega še zdaleč ne potrjujejo, kvečjemu obratno. Katastrofični scenariji, ki jih slikajo nasprotniki uzakonitve, se niso v državah z dalj časa uzakonjeno evtanazijo in/ali zdravniško pomočjo pri samomoru, torej na Nizozemskem, v Belgiji in v ameriški zvezni državi Oregon niti približno uresničili. Po uzakonitvi je sicer v vseh postopno naraščalo tako število zahtev po aktivni prostovoljni evtanaziji kot tudi smrtnih primerov zaradi nje,⁸ zato pa so napovedani trendi izostali v vseh drugih, bolj problematičnih kategorijah: število ne-prostovoljnih in prisilnih evtanazij ali stagnira (v

⁷ Izčrpen pregled in temeljito analizo večletnih trendov – tako v naravnostih kot v praksi evtanazije in zdravniške pomoči pri umiranju – na Nizozemskem in v Belgiji ponujajo, recimo, Schuklenk idr. (2011), Onwuteaka-Philipsen, idr. (2012), Chambaere idr. (2015) in Emanuel idr. (2016).

⁸ Po najnovejših podatkih znaša delež smrti zaradi evtanazije oz. samomora z zdravniško pomočjo v državah, ki so v zadnjih letih uzakonile prvo, drugo ali obe obliki pospeševanja smrti neozdravljivo bolnih oz. trpečih med 0,3 in 4,6 odstotkov vseh smrti. Na spodnji vrednosti je v državah, ki so uzakonile zgolj samomor z zdravnikovo pomočjo (SZP), recimo v Oregonu in Washingtonu, na zgornji pa tam, kjer je (poleg SZP) uzakonjena (tudi) evtanazija, zlasti na Nizozemskem in v Belgiji (ki je v zadnjih obdobju v tej statistični kategoriji celo prehitela Nizozemsko). Ti podatki nakazujejo možno rešitev za problem ti. 'normalizacije' evtanazije – če nas kljub še zmeraj precej nizkemu deležu tovrstnih smrti skrbi, da bodo neozdravljivo bolni (ali trpeč) evtanazijo čedalje bolj dojemali kot edino ali vsaj najboljšo rešitev za svoje težave, bi se dalo privlačnost zasilnega izhoda za umirajoče zmanjšati tako, da se namesto evtanazije uzakoni samomor z zdravnikovo pomočjo. Seveda pa bi taka 'kompromisna' rešitev pustila na cedilu precejšnje število neozdravljivo bolnih oz. trpečih, ki si življenja zaradi fizičnih ali kognitivnih omejitev ne morejo več vzeti sami.

Belgiji) ali pa celo občutno upada (na Nizozemskem), krog ‚upravičencev‘ do evtanazije se ni razširil s kompetentnih na nekompetentne bolnike (ostarele, otroke, dementne, depresivne, kronično bolne, revne,...),⁹ v naboru ‚upravičenih‘ razlogov za evtanazijo neznosnega telesnega trpljenja ni zamenjalo težje izmerljivo psihično trpljenje in še manj neoprijemljive eksistencialne stiske ali naveličanost nad življenjem; zakonske varovalke pred zlorabami se v tem času niso zrahljale in zdravniki po vseh teh letih še vedno spoštujejo zakonsko predpisane postopke, od pojasnilne in komunikacijske dolžnosti do dolžnosti dokumentiranja in poročanja. Moralno brezno, ki so ga napovedovali, je, skratka, še daleč, in ni videti, da bi omenjene države nepovratno drsele vanj. (Klampfer 2014)

Če smo še nekoliko konkretnješi. Se je slučajno zvišal delež neprosvoljnih evtanazij in prisilnih evtanazij? Ne, prav nasprotno, tako skupno število evtanazij brez izražene volje pacienta (angl. 'euthanasia without request') kot tudi njihov delež v skupnem številu smrtnih primerov na Nizozemskem konstantno padata, v Belgiji pa stagnirata.¹⁰ Se je nemara zvišala incidenca med pripadniki ranljivih družbenih skupin? Tudi za to ni, ugotavlja interdisciplinarna skupina strokovnjakov pod vodstvom znane ameriške filozofinje Margaret Pabst Battin, nobenih dokazov: »podatki kažejo, da med tistimi, ki izberejo smrt z zdravniško pomočjo, prevladujejo pripadniki ekonomsko, socialno, izobrazbeno in poklicno privilegiranih skupin...pomislekov o spolzki strmini, da bodo namreč tovrstne smrti v večji meri deležni pripadniki ranljivih skupin, dejstva trenutno ne potrjujejo«. (Pabst Battin idr. 2007; 597) Do podobnih sklepov prihajajo tudi oblasti v Oregonu – od skupaj 143 žrtev uradno zabeleženih samomorov z zdravniško pomočjo v letu 2017, zadnjem letu, za katero so na voljo zbrani in obdelani podatki, jih je bilo največ, 80,4 odstotka iz starostne kategorije nad 65 let (povprečna starost žrtev je sicer znašala 74 let), približno dve tretjini moškega spola, skoraj izključno (natančneje, 94,9 odstotka) belopolnih, z nadpovprečno izobrazbo (skoraj polovica s končano srednjo šolo) in urejenim zdravstvenim zavarovanjem (99,1%). Med diagnozami, na podlagi katerih so zdravniki najpogosteje izdali recept za smrtono-

⁹ Belgijski parlament je leta 2014 po žolčnih polemikah resda odpravil starostno omejitev in pravico do evtanazije razširil na vse, tudi mladoletne neozdravljivo bolne (na Nizozemskem, denimo, leži starostna omejitev za uveljavljanje te pravice pri dvanajstih letih starosti), vendar pa smejo ti omenjeno pravico uveljaviti šele, ko sta izpolnjena dva stroga dodatna pogoja – da je njihovo mentalno zrelost poprej potrdil psihiater in da z njihovo odločitvijo za pospešeno smrt soglašajo tudi starši. Tudi zato najbrž v zadnjih štirih letih med otroki in mladostniki beležijo en sam primer evtanazije, in sicer leta 2016, ko so evtanazirali na smrt bolnega sedemnajstletnika. Drugi dve z vidika zahtevane kompetentnosti problematični kategoriji tvorijo dementne osebe in psihiatrični bolniki; teh je bilo med skoraj 6600 v letu 2017 na Nizozemskem evtanaziranimi bolniki 169 oz. 83, med njimi tudi nekaj brez diagnoze smrtonosne bolezni, ki so bili do evtanazije upravičeni zavoljo neznosnega trpljenja brez obetov izboljšanja.

¹⁰ Delež pospešitev smrti brez eksplicitne bolnikove zahteve v celotnem številu smrti zaradi evtanazije je v flamskem delu Belgije med letoma 1998 in 2007, recimo, upadel s 3,2 na 1,8 odstotka, nato pa se do leta 2013 stabiliziral pri 1,7 odstotka. Medtem ko je delež neprekinjenega globokega uspavanja do smrti po občutni rasti med letoma 2001 in 2007 do leta 2013 nekoliko upadel (z 8,2 odstotka leta 2001 na 14,5 leta 2007 in nato na 12,0 šest let kasneje). (Chambaere idr. 2015)

sno učinkovino, je bil z naskokom na prvem mestu rak (76,9%), daleč zadaj mu je s približno desetino vseh primerov sledila amiotrofična lateralna skleroza (ALS). (Oregon Death With Dignity Act Data Summary 2017) Se je morda razširil nabor razlogov za evtanazijsko prošnjo? Tudi tu je odgovor (pogojno) nikalen. Kljub nekaj medijsko odmevnim primerom, med katere sodi, denimo, evtanaziranje gluhih belgijskih dvojčkov Marca in Eddyja Verbessema zaradi strahu pred napovedano slepoto, ali pa belgijskega transseksualca Nathana Verhelsta, ki se po operaciji spola nikakor ni mogel sprijazniti s svojo novo, kot jo je sam dojemal, 'pošastno' telesno podobo, ostajajo neznosno fizično in psihično trpljenje zaradi neozdravljive bolezni, izguba dostojanstva, neobetavna diagnoza in slabi obeti za okrevanje daleč najpogostejši razlog tako za naslovitev prošnje po evtanaziji kot tudi za njeno uslišanje. Evtanazijo v veliki večini primerov (od 82% v 2001 do 92% v 2010, navedene številke veljajo za Nizozemsko) opravijo družinski zdravniki, ki svoje bolnike dobro poznajo, slednjim pa predčasna smrt po oceni zdravnikov življenje praviloma skrajša za nekaj dni do največ dveh tednov. (B.D. Onwuteaka-Philipsen, idr. 2012)

O zaskrbljujočih trendih ni, skratka, zaenkrat nobenih sledi. Tveganja, da bo po uzakonitvi evtanazije prihajalo tudi do občasnih zlorab ali tragičnih pomot, se seveda ne da nikoli popolnoma izključiti. S tovrstnim ukrepom bi nekaj pridobili, a tudi nekaj izgubili. Ključno vprašanje je, ali bi bila tovrstna sprememba v celoti gledano – pri čemer nimam v mislih le finančnih, ampak tudi moralne 'stroške', vključno z morebitnimi oškodovanji, krivicami in bolj ali manj trajnimi spremembami prevladujočih moralnih naravnosti in vrednot ljudi – pozitivna ali negativna.¹¹ Tvegam oceno, da dolguje zakonski status quo svojo moralno privlačnost, kolikor je pač ima, dvema dejavnikoma: na eni strani precenjevanju moralnih tveganj, ki jih bo domnevno s seboj prinesla sprememba veljavne ureditve,¹² na drugi pa podcenjevanju moralnih stroškov obstoječe zakonske prepove-

¹¹ Kot pravilno opozarjajo avtorji, ki so spisali poročilo o dilemah ob koncu življenja po naročilu kanadskega Kraljevega društva (Schuklenk idr. 2011), leži na plečih pristašev tovrstne argumentacijske strategije (pre)težko dokazno breme – prepričati nas morajo, da moralna tveganja, ki naj bi jih s seboj prinašala predlagana evtanazijska zakonodaja, niso le zelo verjetna, temveč za povrh še take vrste, da se jih ne da učinkovito izključiti z nobenimi, še tako premišljeno zasnovanimi pravnimi, institucionalnimi in psihološkimi protiukrepi. Do zdaj niso bili v tovrstnih prizadevanjih niti blizu uspeha.

¹² V moralno enačbo ne sodi kar vsak zamisljiv, tj. logično ali pojmovno mogoč učinek, pozitiven ali negativen, temveč zgolj taki, za katere lahko na podlagi razpoložljive empirične evidence (dosedanjega razvoja dogodkov v državah z uzakonjeno evtanazijo in/ali zdravniško pomočjo pri samomoru, preteklih izkušenj z dekriminalizacijo abortusa, poznavanja zakonitosti človeške individualne in socialne psihologije, ipd.) predvidimo, da jih bo predlagana zakonodajna sprememba dovolj verjetno proizvedla. Torej ne kar vsepočez vsi obeti, ampak le dovolj realni med njimi, in ne kar katerokoli tveganje, ki se ga lahko z naporom domišljije domislamo, temveč zgolj tista realna. Borut Ošljaj (2018, v tej številki) zagreši podobno napako, ko zagovornikom uzakonitve kar počez in brez enega samega prepričljivega argumenta, zakaj naj bi bil tak prihodnji razvoj neizogiben (razen omembe domnevne prevlade neoliberalne ideologije, ki da že itak ekonomizira človeška življenja in bi zato baje pozdravila tudi tak prihranek v stroških, ki jih zdravstveni blagajni povzročajo družbeno nekoristni umirajoči bolniki), očita podcenjevanje nevarnosti, da bomo s tem ukrepom nepovratno zavrgli plemenito idejo človeškega dostojanstva in brezpogojne in enake vrednosti vseh ljudi, na ta način pa ogrozili 'samo jedro tradicije humanizma'. Toda le čemu neki bi verjeli,

di: od nespoštovanja bolnikove avtonomne volje in prikrajšanja bolnikov za dobrino pravočasne smrti do nepotrebnega trpljenja in tveganja, da bomo postali žrtev katere od zdravniških odločitev, ki pospešijo bolnikovo smrt, jih pa statistike o evtanaziji tipično zaobidejo (opustitve in prekinitve zdravljenja, globokega in dokončnega uspavanja, predoziranja s protibolečinskimi sredstvi, itd.).

Od odgovorne zdravstvene politike bi pričakovali, da oceni, ali obstoječa pravna ureditev, ko so vse oblike aktivne evtanazije resda kategorično prepovedane, zato pa tem bolj šepa nadzor nad drugimi, bolj prikritimi oblikami skrajševanja življenj terminalnih bolnikov (pogosto ne le brez njihovega soglasja, temveč celo brez poprejšnjega posvetovanja z njimi), res zagotavlja optimalno razmerje med družbenimi koristmi in stroški, vključno z moralnimi. Za kaj takega bi morali seveda ovrednotiti pričakovane koristi, ki bi jih uzakonitev evtanazije prinesla kompetentnim neozdravljivo bolnim, in le-te primerjati s škodo, ki bi jo zaradi nje utegnili utrpeti nekompetentni in ne povsem kompetentni bolniki. Kar bi po drugi strani zahtevalo poglobljen in trezen razmislek o tem, ali je prisilno skrajšanje človeškega življenja res tako samoumevno krivičnejše od njegovega prisilnega podaljševanja, in pa kolikor toliko realistično oceno o verjetnosti katastrofičnih scenarijev.

Zaključek

To je šele začetek. Prvi, še nekoliko obotavljiv korak na dolgi in negotovi poti. A neke je pač treba začeti. Upam, da bomo vsi skupaj, ne glede na prepaše, ki nas delijo, in visoke okope, za katerimi smo se utrdili, nazadnje uspeli zbrati dovolj poguma, pameti in posluha za razpravo, ki je prav toliko neprijetna, kot je neodložljiva.

da bodo ljudje svoja in tuja življenja cenili manj, ko jih enkrat ne bodo več prisiljeni podaljševati v nedogled? Da bo že sama zakonska možnost, da se s sveta poslovijo, ko je čas za to po njihovi lastni oceni najprimernejši, vzbudila nekakšno težko obvladljivo smrtonosno slo, zaradi katere bodo pričeli množično odmetavati še čisto spodobna življenja? Utemeljevanje javnih politik na fantazmah in špekulacijah o individualnih in sistemskih pritiskih, ki da jih bodo skoraj zagotovo deležni na smrt bolni, ko imamo v resnici na voljo kakovostno empirično evidenco o učinkih evtanazijske zakonodaje na Nizozemskem, v Belgiji in Oregonu, je enako, če ne še bolj neodgovorno kot opiranje teh istih na domnevno za družbeno realnost slepe in gluhe filozofske doktrine.

Ten Enduring Myths about Euthanasia Debunked

Public discussions, both among scholars and lay people, on the merits and demerits of the legalization of euthanasia are often heated and emotionally loaded. But besides that, they also suffer from a number of misunderstandings, misconceptions, distortion of facts or even outright data manipulations. In the present paper, I identify and debunk ten such 'myths', falsehoods or mistaken ideas about a legal right to die, ranging from those that concern the definition of 'dignified death' and its manifold instances, to those regarding forms, frequency and likely effects of both present and future practices of euthanasia.

Keywords: euthanasia, physician-assisted suicide/dying, palliative care, dignity, autonomy, medical ethics, laws on euthanasia

Literatura

Battin, M. P., idr. (2007). »Legal Physician-Assisted Dying in Oregon and the Netherlands: Evidence concerning the Impact on Patients in 'Vulnerable' Groups«. *Journal of Medical Ethics*, let. 33, št. 10, str. 591–597.

Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 7. izdaja, New York & Oxford: Oxford University Press.

Brinkman-Stoppelenburg, A., idr. (2016). "Palliative care in Dutch hospitals: a rapid increase in the number of expert teams, a limited number of referrals". *BMC Health Services Research*, 16, str. 518.

Chambaere, K., idr. (2015). "Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium". *New England Journal of Medicine*, 372/12, str. 1179–1181.

Cohen-Almaghor, R. (2002). "Dutch perspectives on palliative care in the Netherlands". *Issues in Law and Medicine*, let. 18, št. 1, str. 111–126.

Emanuel, E. J., idr. (2016). "Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe". *Journal of the American Medical Association*, 316/1, str. 79–90.

Garrard, E. in Wilkinson, S. (2006). "Passive euthanasia". *Journal of Medical Ethics*, 31, str. 64–68.

Gordijn, B. in Janssens, R. (2004). »Euthanasia and Palliative Care in the Netherlands: An Analysis of the Latest Developments«. *Health Care Analysis*, let. 12, št. 3, str. 195.

Klampfer, F. (2002). "Spoštovanje človekovega dostojanstva, nedostojno življenje in dostojanstvena smrt". *Analiza*, let. 6, št. 4, str. 1–45.

Klampfer, F. (2004). "Ali je odločitev za predčasno smrt lahko razumna?". *Analiza*, let. 8, št. 1–2, str. 1–33.

Klampfer, F. (2014). "Evtanazijski zakoni in mit o moralnem breznu". V: Kraljić, S., Reberšek Gorišek, J. & Rijavec, V. (ured.). *Medicina in pravo. Sodobne dileme III*. Maribor: Pravna fakulteta, str. 11–27.

"Kodeks zdravniške etike". *Revija ISIS*, november 2016; 17-21. URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2>

McGee, A. (2017). "In the places where it is legal, how many people are ending their lives using euthanasia". *The Conversation*, 3. Marec 2017. URL: <https://theconversation.com/in-places-where-its-legal-how-many-people-are-ending-their-lives-using-euthanasia-73755>

Oregon Death With Dignity Act 2017 Data Summary. URL: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year20.pdf>

Onwuteaka-Philipsen, B. D., idr. (2012). "Trends in end-of-life practices before and after the enactment of euthanasia law in the Netherlands from 1990-2010: a repeated cross-sectional survey". *Lancet*, 380, str. 908–15.

Ošlaj, B. (2018). "Evtanazija – kritične pripombe in predlogi". (v pričujoči številki *Analize*).

Ošlaj, B. (2017). "Zakaj je legalizacija evtanazije nedomišljena in nevarna ideja?". *ANALI PAZU*, let. 3, št. 2, str. 29–42.

Schuklenk, U., idr. (2011). "End-of-life decision making". Ottawa: The Royal Society of Canada Expert Panel Report.

Trontelj, J. (2003). "Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in v Sloveniji". *Obzornik zdravstvene nege*, 37, str. 253–258.

Wenar, L. (2015). "Rights". *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. URL: <https://plato.stanford.edu/entries/rights/>

Zwitter, M. (2014). "Evtanazija: odprt pogovor še ne napoveduje sprejemanja". *Zdravniški vestnik*, let. 83 (december 2014), str. 831–832.

