

Tudi nasprotniki zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja (ZPPKŽ) se zavedajo, da ljudje zaradi zdravstvenih težav lahko neznosno trpijo. O tem vlada splošno soglasje. Celotna razprava o (ne)uveljavitvi ZPPKŽ je doslej potekala predvsem v okviru iskanja odgovora na vprašanje, kako takim ljudem pomagati.



✎ ANDREJ PLETERSKI
📷 PRIMOŽ ZRNEC

Med strahom in paternalizmom

Da je ljudem, ki zaradi zdravstvenih težav neznosno trpijo, treba pomagati, je nesporno. In enako nesporno je, da ogromni večini lahko pomaga paliativna oskrba. Vsi, ki se ne sprenevedajo, pa priznavajo, da vendarle obstaja določeno število ljudi, ki jim ne more pomagati niti najboljša paliativna oskrba skupaj z vsemi medicinskimi ukrepi. Številni vidimo, da ZPPKŽ lahko zagotavlja ustrezno pomoč – seveda samo tistim, ki si jo želijo. Toda njegovi nasprotniki so prepričani, da je sedanje stanje brez ZPPKŽ boljše od tega, kar bi nam vsem novi zakon prinesel.

Kako trhlo je njihovo prepričanje, bom prikazal v nadaljevanju, kjer bom skušal odgovoriti na pomembno vprašanje: kako varna, družbeno nadzorovana, pravno in etično urejena je sedanja zdravniška obravnava trpečega bolnika ob koncu življenja. O tem nismo razpravljali, pa je nujno potrebno. Začel bom z resnično, trpko, a poučno nedavno zgodbo.

Namesto sočutja strah in podaljšanje trpljenja

Vesni Prijatelj moramo biti hvaležni, da je lansko jesen svoj konec življenja skušala narediti čim bolj javen in zato odlično ilustrira našo neurejenost razmer pri tem koncu, zaradi česar se posamezniku lahko zgodi marsikaj nezamisljivega. Že dolgo je imela raka v zadnjem stadiju, kot zdravstvena delavka je svoje

stanje in prognozo odlično poznala. Želela si je, da bi ob uveljavitvi ZPPKŽ dobila pomoč in umrla v objemu svojega moža, ko bi poslušala bitje njegovega srca.

Ob čakanju na pregled v bolnišnici je nenadoma ohromela in to je bil zanjo trenutek, ki si ga je določila za konec trpljenja. Pisno je prepovedala svoje oživljanje v primeru smrti. S pomočjo substance, ki jo je imela s seboj, je dvakrat skušala umreti in dvakrat so jo proti njeni volji oživili.

Ta del njene zgodbe je odgovor vsem tistim, ki trdijo, da ZPPKŽ sploh ne potrebujemo, saj si lahko vsakdo vzame življenje, če hoče. Ni tako. Nadalje zgodba kaže, da je lahko v praksi vnaprej izražena volja o opustitvi zdravniške pomoči povsem brezvredna, če se zdravniki postavijo nad voljo bolnice. Kaže pa tudi ogromen strah, ki vlada med zdravniki, ne pred kazenskim zakonikom, ampak pred njihovimi kolegi. Res je po kazenskem zakoniku (178. člen) kazniva opustitev zdravstvene pomoči nekemu, ki je v nevarnosti za življenje, a lahko bi se sklicevali na drugi odstavek istega člena, ki omogoča opustitev na izrecno pisno zahtevo bolnika, ki je sposoben odločati o sebi. In Vesna Prijatelj je bila še kako sposobna odločati o sebi.

Drugi odstavek 178. člena je v duhu najsodobnejše teorije materialnega kazenskega prava, po kateri je nepravna opustitvena pomoč pri svobodni samousmrtitvi katego-



nja, temveč so njenemu trpljenju dodali dneve.

Paliativna oskrba

Poznano je nelagodje zdravnikov ob spoznanju, da lahko postanejo v nekem trenutku svojega zavzemanja za zdravje bolnika nemočni. Tedaj ga predajo v paliativno oskrbo. To je celostna medicinska in psihosocialna obravnava neozdravljivo bolnih, njen osnovni namen je izboljšanje kakovosti življenja bolnika in njegovih bližnjih s pravočasnim prepoznavanjem, ocenjevanjem in lajšanjem bolečin ter drugih fizičnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav. Lahko se začne zgodaj po diagnozi neozdravljive bolezni in se izvaja vzporedno z zdravljenjem, usmerjenim k upočasnevanju bolezni.

Z napredovanjem osnovne bolezni pa običajno paliativna oskrba v obravnavi prevlada in se nadaljuje z obravnavo v procesu umiranja, smrti in žalovanja. Oskrba umirajočega bolnika je le del celostne paliativne oskrbe. Omejil se bom zgolj na ta del paliativne oskrbe. Pri tem zdravniki lahko uporabljajo medicinski postopek, za katerega obstaja uveljavljen izraz zdravljenje z dvojnimi učinkom (ZDU).

Zdravljenje z dvojnimi učinkom

Gre za medicinski ukrep, ki se uporablja za rešitev etične dileme, ko je zdravnik pred odločitvijo, ali naj bolniku zagotovi nujno potrebno lajšanje trpljenja, čeprav se zaveda, da bi to dejanje lahko skrajšalo bolnikovo življenje. Ko o tem povprašamo slovenske zdravnike, naletimo na sprenevedanje različnih oblik in stopenj.

Morda najbolj skrajna trditev, ki sem jo dobil, je, da ZDU sploh ne obstaja in da gre za izraz iz srednjega veka. Matjažu Zwittru se v njegovi knjigi *Pogovarjamo se o evtanaziji* (str. 19–20) izraz vseeno zdi toliko udomačen v sodobnosti, da mu nameni posebno pojasnilo, ki pa je zavito v pogojnike. »Zdravljenje z dvojnimi učinkom naj bi bili primeri, ko zdravnik v sklopu paliativnega zdravljenja predpisuje zelo visoke odmerke zdravil in se pri tem zaveda, da bo s tem lahko pospešil smrt bolnika. Ker v tem primeru zgodnejša smrt ni namen zdravljenja, pač pa le mogoča posledica, naj to ne bi bilo etično sporno. Najpogosteje pri tem omenjajo visok odmerek morfija za lajšanje bolečin. S strokovnega stališča danes o zdravljenju z dvojnimi učinkom ne bi smeli govoriti. Morfij je sorazmerno varno zdravilo in ob postopnem zviševanju odmerka ni nevarnosti, da bi povzročili depresijo dihanja in s tem smrt bolnika. Sodobno zdravljenje bolečine pa ni omejeno le na morfij. Pri zdravljenju kronične bolečine v skladu s sodobnimi smernicami torej danes ni indikacije za nenadno izrazito povišanje odmerka morfija ali drugih zdravil v toksično območje.«

rično neprotipravna (Damjan Korošec, 2025, Medicinsko kazensko pravo, 304). Preprosto povedano, če bi Vesno Prijatelj pustili umreti, ne bi prekršili kazenskega zakonika. Ker pa še vedno velja stališče, da je odvratanje prostovoljne smrti od drugega načelno v skladu s kazenskim pravom, je njegova posledica, da če zdravnik ali drug zdravstveni delavec samomorilca rešuje proti njegovi volji, trenutno ne tvega nikakršne kaznivosti (Korošec, prav tam, 332).

A da zdravnikov ne bi kdo od kolegov obtožil, da so Vesni Prijatelj pomagali umreti, so se v nasprotju z drugim odstavkom 178. člena ravnali po protokolu za primer ponesrečenega samomora in jo, čeprav umirajočo in brez ustreznih protibolečinskih sredstev, poslali na psihiatrični pregled v psihiatrično bolnišnico. Pri tem so zavestno spregledali tudi razliko med samomorom, ki je dejanje duševne motnje v trenutku obupa, depresije ali osamljenosti, in samoumrtitvijo, kjer gre za premišljeno odločitev neozdravljivo trpečega človeka. Seveda so v psihiatrični kliniki ugotovili, da ni bolnica za njihovo obravnavo, in so jo vrnili v bolnišnico. Tam so ji nato naklonili paliativno sedacijo, med katero je umrla.

Tokrat je bil postopek po volji zdravnikov. Zdravniški paternalizem je zmagal nad svobodno voljo bolnice. Bilanca je, da njenim zadnjim dnevom niso dodali življe-

Po Zwitrovem mnenju, ki ga po mojem prepričanju ne delijo niti vsi zdravniki niti vsi bolniki, je torej mogoče ob ustreznem doziranju substanc doseči ublažitev bolečine, ne da bi bolnik pri tem umrl. Tako mnenje omogoča sklep, da gre, kadar bolnik vseeno umre, za neustrezno doziranje, za katero je odgovoren zdravnik.

S skrajno omiljenimi izrazi, a vendarle odkrito, je ZDU pred kamero potrdil predsednik Slovenske medicinske akademije Pavel Poredoš. »Večkrat nam očitajo, da tudi zdravniki že sedaj izvajamo tako zvano pasivno evtanazijo. Vendar tega ni. Tudi mednarodne institucije, ki se ukvarjajo z etiko, ne priznavajo, da bi šlo za pasivno evtanazijo. Gre za dajanje zdravil v terminalni fazi, če gre za hudo trpljenje, s tako zvanim dvojnimi učinkom. Veliki odmerki analgetikov, protibolečinskih zdravil, lahko do neke mere včasih upočasnijo, skrajšajo dihanje. Vendar v tem primeru ni primarni cilj skrajševanje življenja, temveč gre za lajšanje trpljenja, lajšanje bolečin in drugih težav. Če se pa to substanco, karkoli že si bo, da z namenom, da se na silo prekinje življenje, je pa to povsem druga zgodba.«

Na štiri oči pa sem dobil celo neolepšano priznanje drugega vidnega zdravnika: »Rečemo, da bomo s substanco olajšali bolečino, hkrati pa vsi vemo, da bo bolnik umrl.«

Tudi zaradi osebne izkušnje verjamem, da ZDU obstaja. Štirje člani moje družine so umrli zaradi raka. Dva v bolnišnici, zato ne vem, kaj se je tam dogajalo. Drugima dvema so dali injekcijo protibolečinske substance in sta po njej padla v dihalno depresijo ter umrli. Svojecev ni na to nihče opozoril, še manj prosil za dovoljenje. A zaradi olajšanja, da je trpljenja konec, tudi nismo ničesar vprašali. Sklepam, da je to običajen način odzivanja svojcev. Ne vidimo, ne slišimo, ne govorimo.

Prav tako ne vemo letnega števila takih smrti. Ker ni javnega nadzora, ker ni uradne evidence, niti v poročilih o smrti niti v uradni statistiki smrti, povsod je naveden samo osnovni vzrok smrti. Z bolečinami se ob koncu življenja sreča velika večina bolnikov, ki umirajo zaradi raka. V Sloveniji letno umre zaradi raka več kot 6000 ljudi. Če samo vsak dvajseti umre v postopku ZDU, je to 300 ljudi na leto, pri katerih je neposredni vzrok smrti ZDU. Število je raje prenizko kot previsoko, ker bi sicer bila koncentracija smrti zaradi ZDU v moji družini že povsem neverjetna. Poleg tega ne trpijo neznosnih bolečin samo ljudje z rakom. Kakorkoli, število je zagotovo tolikšno, da ima vsakdo oprijemljivo možnost, da se ob koncu življenja znajde v postopku ZDU.

Paliativna sedacija

Paliativna sedacija je nadzorovana uporaba zdravil, ki zmanjšujejo stopnjo zavesti. Uporablja se za bla-

ženje neobvladljivih simptomov pri bolnikih v terminalni fazi paliativne oskrbe. Neobvladljivi simptomi so tisti, ki jih z vsemi razpoložljivimi možnostmi paliativne oskrbe ne obvladamo, ali simptomi, katerih obvladanje povzroča nesprejemljive stranske učinke. Najpogostejši neobvladljivi simptomi so: terminalni nemir (delirij), težko dihanje (dispneja), bolečina, simptomi stiske (psihoeksistencialno trpljenje).

S strokovnega stališča je danes paliativna sedacija legalna, etično ustrezna pri neobvladljivem fizičnem ali psihoeksistencialnem trpljenju bolnika, ko so druge možnosti izčrpane. Cilj odločitve za paliativno sedacijo ni skrajšanje življenja, ampak blažitev trpljenja in kar največje bolnikovo udobje. Zato je paliativna sedacija v oskrbi umirajočih z neobvladljivimi simptomi ustaljen medicinski ukrep. Paliativna sedacija je pri 87 odstotkih bolnikov trajala dva dni do smrti (Jožica Červek, *Paliativna sedacija*. Onkologija za prakso 17/2, 109–110). Podatek o času preživetja se nanaša na neprekinjeno paliativno sedacijo in je povzet iz izkušenj v tujini. Najboljše tovrstne podatke najdemo v nizozemskih objavah. Skoraj vse druge objave ne ločijo statističnih podatkov prekinjene in neprekinjene paliativne sedacije, zato so neuporabne za odgovor na vprašanje, ali paliativna sedacija bolnikom skrajša čas življenja. Tako je mogoča celo trditev, da paliativna sedacija podaljšuje življenje, kar se lahko nanaša samo na prekinjeno paliativno sedacijo.

Podatek o dolžini neprekinjene sedacije do smrti je pomemben, če ga vzporedimo s podatkom iz Nizozemske, kjer je paliativna sedacija dovoljena, kadar bolnikova preostala pričakovana življenjska doba ni daljša kot dva tedna. Pričakovana smrtnost v teh dveh tednih ima pač enakomerno razporeditev, kar pomeni, da bi brez neprekinjene paliativne sedacije v prvih 48 urah umrlo 14,28 odstotka bolnikov. Da jih umre kar 87 odstotkov, zanika trditev, da uporabljena zdravila niso vzrok smrti. Podobno kaže nizozemska raziskava, po kateri jih je od vseh bolnikov, ki so prejeli neprekinjeno sedacijo, 38 odstotkov umrlo v 24 urah in 96 odstotkov v enem tednu po dajanju zdravila.

Pravi vzrok smrti lahko seveda dokaže samo obdukcija, število teh pa se povsod znižuje. Kot enega od več vzrokov za to navajajo tudi strah lečečih zdravnikov, da bi se razkril pravi vzrok smrti.

V Sloveniji je paliativna sedacija nedvomno najbolj urejena oblika ZDU, saj ima neprekinjena paliativna sedacija zelo natančen klinični protokol, vendar ni statistično zabeležena, zato njene pogostosti ne poznamo. Podatki o njeni uporabi v svetu v veliki meri manjkajo, vemo pa, da npr. 15 odstotkov vseh na leto umrlih v Švici umre v postopku paliativne sedacije. Število je tako osupljivo veliko, da ga ne

Zdravljenje z dvojnimi učinkom je medicinski ukrep, ki se uporablja za rešitev etične dileme, ko je zdravnik pred odločitvijo, ali naj bolniku zagotovi nujno potrebno lajšanje trpljenja, čeprav se zaveda, da bi to dejanje lahko skrajšalo bolnikovo življenje. Ko o tem povprašamo slovenske zdravnike, naletimo na sprenevedanje različnih oblik in stopenj.

Konec življenja

moremo pojasniti s tem, da bi bili Švicarji najboljši ljudje na svetu ali zdravniki v Švici tako daleč najslabši na svetu, da ne znajo pravilno zviševati substanc za blaženje trpljenja. To bi sledilo iz trditve Matjaža Zwittera, da ob postopnem zviševanju odmerka ni nevarnosti, da bi povzročili depresijo dihanja in s tem smrt bolnika. Bolj verjetna je razlaga, da se smrti pri neprekinjeni paliativni sedaciji preprosto ni mogoče izogniti in jo je treba vzeti v zakup, saj bi se tako ali tako zgodila, samo malo pozneje.

Kazenski zakonik in zdravljenje z dvojnimi učinki

V pravnem pogledu se zdravniki v državah, ki nimajo ZPPKŽ, gibajo med Scilo in Karibdo. Sodobno medicinsko kazensko pravo poudarja, da je zdravnik dolžan napraviti smrt za umirajočega čim manj mučno, sicer mu grozi kazenska odgovornost za opustitev ustreznih medicinskih ukrepov (zlasti protibolečinske terapije), hkrati pa se mora vzdržati ukrepov, ki skrajšujejo življenje, ker mu utegnejo nakopati kazensko odgovornost za aktivno evtanazijo (Korošec, prav tam, 329).

Pravniško opozorilo pove, da pravnik ne more dokazovati nikakršne kazenske odgovornosti medicinskega strokovnjaka, če manjka temeljna predpostavka kaznivosti – kršitev norme. Ključno je, ali je določeno ravnanje v trenutku izvršitve odstopalo od veljavnih pravil referenčne zdravniške stroke in znanost ne moreta ponuditi jasnega odgovora, kako je treba ukrepati v konkretni tipski zadevi, se zoper obdolženca ne sme začeti kazenskega postopka (Korošec, prav tam, 132). Če odštejemo paliativno sedacijo, o ZDU ne obstaja niti soglasje, ali sploh obstaja, kaj šele, da bi obstajal tipski postopek s sprejetimi kliničnimi smernicami. Ker ni norme, je zdravniki formalno tudi ne kršijo. In ker potem ne more biti tožnika, tudi ni sodnika. Brez kaznovanosti je razumljivo prepričanje zdravnikov, da je njihovo početje legalno.

Ko pa se opremo na zgornjo Zwitterovo trditev, ki ni brez podpornikov doma in v tujini in jo Zwitter predstavlja kot normo, da ob postopnem zviševanju odmerka substance ni nevarnosti, da bi povzročili depresijo dihanja in s tem smrt bolnika, gre pri ZDU vendarle za vprašanje posega v življenje, ki se v praksi skoraj obvezno konča s smrtjo. Zato je logično vprašanje, kaj o tem pove slovenski kazenski zakonik. Tam neposredne omembe zdravljenja z dvojnimi učinki seveda ne najdemo, vendar bi se nanj lahko nanašala vsaj tri poglavja zakonika: krivda in kaznivost storilcev, kazniva dejanja zoper življenje in telo, kazniva dejanja zoper človekovo zdravje. Če verjamemo poudarjanju, da je edini namen ZDU lajšanje bolnikovega trpljenja, ta pa



Sedanje stanje zdravniškega ravnanja ob koncu življenja je pravno slabo urejeno, kot je videti, lahko celo nezakonito, edino etično smernico najdemo v katekizmu Katoliške cerkve. Napolnjeno je s samovoljo zdravnikov, brez javnega nadzora, zato je nevarno in gojišče možnih zlorab.

lahko pri tem vseeno umre, potem pri tem dejanju verjetno ne gre za uboj ali celo umor.

S pravnega stališča sicer obstajajo protislovni razlogi za in proti uboju ali umoru. Argumentacijska stiska uporabnikov prava je posledica nedorečene, pomanjkljive zakonodaje na vsestransko zelo občutljivem področju represivnostnega urejanja, kar kliče po zakonodajalčevih popravkih (Korošec, prav tam, 281).

ZDU bi morda lahko v skladu s Zwitterovo normativno trditvijo opredelili vsaj kot dejanje iz malomarnosti. 26. člen kazenskega zakonika namreč pravi, da je kaznivo dejanje storjeno iz malomarnosti, če storilec ni ravnal s potrebno pazljivostjo, čeprav se je zavedal, da lahko stori dejanje, pa je lahko miselno mislil, da se to ne bo zgodilo ali da bo to lahko preprečil (zavestna malomarnost), ali če se ni zavedal, da lahko stori dejanje, pa bi se bil po okoliščinah in po svojih osebnih lastnostih tega moral in mogel zavedati (nezavestna malomarnost).

Čeprav obstaja malomarnost, ki ni kazniva (27. člen), pa je kazniva smrt bolnika kot hujša posledica malomarnosti. 28. člen kazenskega zakonika zato določa, če je iz kaznivega dejanja nastala hujša posledica, za katero predpisuje zakon hujšo kazen, se sme ta kazen izreči, če je storilec glede na to posledico ravnal malomarno. Tudi sklicevanje na dejansko zmoto storilca ne razreši krivde, kajti 3. odstavek 30. člena KZ o malomarnosti pove, da krivda storilca ne more biti izključena, če je bil v zmoti glede okoli-

ščin, ki bi se jih v mejah potrebne pazljivosti moral in mogel zavedati. Tako potem 118. člen določa kazen, kdor povzroči smrt drugega iz malomarnosti, se kaznuje z zapornim od šestih mesecev do petih let. 179. člen to še posebej zaostri za zdravnike in zdravstvene delavce, ko določa kazen od enega do osem let zapora, če je šlo za ravnanje v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke.

Vse povedano se nedvomno nanaša tudi na zdravniške napake, ki pripeljejo do smrti bolnika. Razumljivo je, da zdravniki napak ne prijavljajo, ker so zanje lahko kazensko odgovorni. Seveda je problem pravno rešljiv s sprejemom zakona o dekriminalizaciji zdravniških posegov, ki se končajo s smrtjo bolnika. Pričakovali bi, da bi Zdravniška zbornica Slovenije že davno naložila svojemu odboru za pravno-etična vprašanja, naj pripravi osnutek takega zakona, pa se to ni zgodilo in se zavijajo v molk. Zaman o tem kaj iščemo v slovenskem kodeksu zdravniške etike. Na moje javno vprašanje vodjem zdravniških organizacij, katere konkretne ukrepe so že sprejeli, da bi problem poseganja zdravnikov v konec življenja uredili, niso navedli nobenega ukrepa. (Javni posvet: Etični in medicinski vidiki vprašanja evtanazije, 2023). O vsem skrbno molči tudi Komisija RS za medicinsko etiko in vse do zdaj ni izdelala nikakršnih etičnih smernic za ZDU. In kaj splošno meni o slovenski medicinski etiki predsednik te komisije? Je eden od podpisnikov izjave, da je bila etika slovenskih zdravnikov od nekdanj del univerzalnega krščanskega me-

dicinskega etosa. Torej je treba pogledati še krščanski etos.

Katekizem in skrajšanje življenja

Katekizem Katoliške cerkve kot nauk katoliške vere vsebuje tudi moralne smernice za ravnanje ob koncu življenja. Znano je, da nasprotuje evtanaziji in samoumrtitvi, vendar vseeno pušča odprta vrata za predhoden konec življenja. V svojem 2279. členu namreč pravi: »Uporaba analgetikov za olajšanje bolečin umirajočega more, tudi z nevarnostjo skrajšanja njegovih dni, biti naravno skladna s človekovim dostojanstvom, če smrt ni hotena niti kot cilj niti kot sredstvo, marveč samo predvidevana in tolerirana kot neizogibna.« »Skrajšanje dni umirajočega« je seveda njegova smrt, ki jo povzročijo analgetiki. Tisti, ki jo povzroči, jo predvideva, dobro ve, da bo bolnik umrl. Z nekaj sprenevanja je mogoče tako smrt razglasiti za naravno, ker zdravnik menda ni posegel v življenje bolnika z namenom, da bi ga usmrtil, ampak samo zato, da bi v okviru paliativne oskrbe olajšal njegove bolečine. Rezultat je seveda za bolnika popolnoma enak, ne glede na namene zdravnika. In lahko se tudi vprašamo, koliko je konec življenja, ki ga je neposredno povzročila neka kemična substanca, naraven.

Navedeni člen tudi pravi: »Lajšanje bolečin sestavlja privilegirano (prednostno) obliko nesebične ljubezni, zato jo moramo podpirati.« Vsebinsko gre seveda za paliativno oskrbo. To potrjuje tudi angleški prevod katekizma, ki namesto »lajšanja bolečin« uporabi izraz *palli-*

ative care. Katekizem torej v tem členu dovoljuje paliativni oskrbi, da s paliativno sedacijo nenamensko skrajša življenje za olajšanje bolečin umirajočega! Na tem mestu se zatrjevanje, da paliativna oskrba lahko nadomesti PPKŽ, ne zdi več povsem votlo. A bistvene razlike za bolnika med obema ostajajo. Ob tem, da gre za uporabo različnih substanc in različnega doziranja, so različne tudi indikacije. Zato je paliativna sedacija mogoča samo za manjši del tistih, ki prosijo za PPKŽ. Razlika je tudi v dolžini časa trpljenja, ki je pri paliativni sedaciji daljša, pri njej ni družbenega in pravnega nadzora ter varstva, predvsem pa bolnik nima svobode odločanja in nadzora nad dogajanjem.

Zarota molka, a javna tajna

Kot sem prikazal zgoraj, 2279. člen opisuje ZDU, ki v Sloveniji redno poteka, a o tem zdravniki ne govorijo. Včasih se je taki situaciji reklo javna tajna. Vsi smo zanj vedeli in vsi molčali. Ne moremo pričakovati, da bi zdravniki sami našli dovolj notranje moči, da bi svoje poglede na trpljenje bolnikov, smrt kot odrešitev in vlogo zdravnikov pri tem razprli in sprostili. Primer zdravnika Ivana Radana, ki je na skrajno provokativen način skušal opozoriti kolege na problem, se je zanj zelo slabo končal. Obtožbe umorov ga je sicer razrešilo sodišče, izgubil pa je službo in zdravniško licenco. Zdravnik, ki ravna v nasprotju s prevladujočim mnenjem vodstvenih zdravnikov, tvega poklicno kariero. Kako zato zdravniki ravna pod tihim pritiskom kolektivne mentalitete, kaže uvodni, zgornji primer.

Lahko smo prepričani, da bo zdravnik po uvedbi ZPPKŽ imel manj možnosti, da samovoljno vrednoti in samovoljno poseže v pacientovo življenje, kot jih ima zdaj. Kajti v državi, ki ne pozna uradnega registra smrti zaradi različnih zdravniških posegov, ki se končajo s smrtjo bolnika, uživa zdravnik široko diskrecijsko pravico, da ob koncu življenja bolnika posega po sedacijskih sredstvih, ki lahko vodijo tudi v smrt. In takim posegom se ni mogoče vnaprej odpovedati. ZPPKŽ pa bi omogočil tudi to.

Sedanje stanje zdravniških ravnanj ob koncu življenja je pravno slabo urejeno, kot je videti, lahko celo nezakonito, edino etično smernico najdemo v katekizmu Katoliške cerkve. Napolnjeno je s samovoljo zdravnikov, brez javnega nadzora, zato je nevarno in gojišče možnih zlorab. Kar je zelo dobro opisal predsednik Komisije RS za medicinsko etiko Božidar Voljč z retoričnim vprašanjem: »A hkrati pa se zavedamo in vemo, koliko evtanazije pri nas že poteka tako na črno.« (13. Hipokratovo srečanje *Vzpon ali zaton slovenske medicinske etike*). Tako je sedanje stanje. ●

Andrej Pleterski je soavtor zakona o pomoči pri prostovoljnem končanju življenja.