

Tine Hribar

UGOVOR VESTI V ČASU PANDEMIJE

V času virusne pandemije je človekova vest najbolj prizadeta ob umiranju. Zadeva umirajočega samega pa sorodnike in ne nazadnje tudi zdravstveno osebje, na čelu z zdravniki. Pustiti starše v domu ali ne? Prosim za sprejem staršev v dom ali ne? Zahtevati prestavitev v bolnico ali ne? Terjati v bolnici intenzivno nego, priključitev na respirator ali ne? In samospraševanje zdravnikov: Po kakšnih kriterijih selekcionirati bolnike? S triažo ali ne? Kako umirajočim pomagati pri umiranju? Sprejeti in udejaniti njihovo morebitno željo po smrti? In njihovo zavrnitev respiriranja?

Vprašanju ugovora vesti se ob tem ne izmakne nihče. Razen tisti, ki je brez vesti. Pa je kdo tak? Vztrajati ali ne vztrajati zgolj pri paliativni oskrbi? Zagovarjati ali ugovarjati pasivni evtanaziji? Uporabljati le pasivno ali pa tudi aktivno evtanazijo? Da bi lahko odgovorili na ta vprašanja, se moramo najprej rešiti terminoloških preprek in zablod.

Kot vemo, pri nas uradno tudi pasivna evtanazija ni dovoljena. Toda zdravniki jo, če se oprem na mednarodno terminologijo, uporabljajo že četrto stoletja, skoraj 25 let. Tako je prof. dr. Jože Trontelj (1939 – 2013) kot njen predsednik že pred več kot dvajsetimi leti objavil *Stališče Državne komisije za medicinsko etiko o ravnanju z umirajočimi in o evtanaziji* (glej Zdravniški vestnik, Ljubljana 1997). V njem utemeljuje upravičenost tega, čemur Nemci v svoji pedantnosti pravijo pasivna evtanazija, razlikujoč jo od aktivne evtanazije. Pasivna evtanazija je pri njih in vrsti drugih držav zdaj že tudi uzakonjena. Prav po Trontljevi zaslugi pa je pasivna evtanazija uradno dovoljena tudi pri nas (čeprav ne pod pravim imenom) že četrto stoletja. V *Stališču* izhaja iz stanja pacientov z boleznijo ALS (amiotrofična lateralna skleroza), od katerih veliko večino čaka najprej neinvazivno, potem pa invazivno umetno predihavanje. Trontelj ob tem ugotavlja:

»Nekateri tako zdravljenje odklanjajo, drugi ga ne prenašajo. Ob nadaljnjem napredovanju bolezni in odpovedovanju dihanja prihaja v poštev le še trajno umetno predihavanje na domu. Bolniku je treba v sapnik, skozi tako imenovano traheostomo, uvesti cevko, ki je povezana z aparatom za umetno dihanje. Ta poseg je namenjen podaljšanju

življenja. Treba pa je pošteno prikazati perspektivo takega podaljševanja: kakšna bo predvidljiva kakovost življenja čez nekaj mesecev ali celo let. S priključitvijo na respirator se namreč preživetje lahko podaljša tudi za več kot 10 let. Napredujoče propadanje motoričnega sistema pa bolnika kmalu oropa vsakršnih gibov. Stanje, v katerem se znajde, je pretresljivo, ohromel do negibnosti, nesposoben dihanja, požiranja, govora, domala nesposoben komuniciranja z okolico, popolnoma odvisen od tuje pomoči, vendar z ohranjenim čutenjem in zaznavanjem, z zavestjo. Kolikor lahko rečemo danes, so obeti medicinske znanosti za učinkovito zdravljenje te usodne bolezni odmaknjeni še leta, verjetneje desetletja. Za tak način zdravljenja se bolniki odločajo le izjemoma, saj je obremenilno tako za bolnika kot svojca in ne prispeva pomembno k kvaliteti življenja. Izjema bi bila situacija z **zgodnjo odpovedjo dihanja**, ko so ostale funkcije še razmeroma ohranjene. Tak bolnik bi lahko imel še mesece življenja, ki bi se mu morda zdeli vredni posega. Pri bolniku na invazivnem umetnem predihavanju pa nastopi novo težavno vprašanje kdaj in kako izvesti odklop. **Ali ni to evtanazija?**«

Da, to je evtanazija; vendar ne aktivna, marveč pasivna. Trontelj se zaradi nacistične zlorabe besede »evtanazija« tej besedi sicer odreče v celoti, toda to, kar konkretno opisuje, je prav evtanazija v njeni pasivni obliki: »Z etičnega in pravnega vidika ni razlike med neuvedbo invazivnega umetnega predihavanja in odklopom, potem ko se naravni potek bolezni bliža koncu. Ne eno ne drugo ni evtanazija in je po deontološkem kodeksu v tipični konstelaciji okoliščin celo zdravnikova dolžnost. Vsakdo, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico, da veljavno zavrne kakršenkoli medicinski poseg, tudi takega, ki bi mu rešil ali podaljšal življenje. Med neuvedbo in ukinitvijo invazivnega umetnega predihavanja ni načelne etične ali pravne razlike.« Res je ni. Vendar pa to ne velja povsod. V Italiji do nedavnega ni. Odklop je veljal za evtanazijo. Zato so morali dekle, ki je že nekaj let zgolj vegetiralo, iz Rima preseliti, da so ji z odklopom pustili dostojno umreti. Trontelj, tedaj že predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, se je za takšno evtanazijsko dejanje javno zavzel, drugače rečeno, podprl je, ne da bi jo izrecno tako tudi poimenoval, pasivno evtanazijo.

Ko gre za življenje (svetost življenja) in/ali smrt (posvečenost mrtvih), ta predpostavka, sovpadajoča s človekovim dostojanstvom, nima izjeme. Ne samo na ravni pasivne, ampak tudi aktivne evtanazije ne. Vsakršna izjema je v nasprotju z zlatim pravilom etičnosti, s tem pa tudi človeškosti in človečnosti. Kajti na načelni etični ravni to, kar velja za pasivno, velja tudi za aktivno evtanazijo, vključno s po sebi samem hoteno avtoevtanazijo.

Zato nekdanje ostre meje med evtanazijami izginjajo. Tudi zaradi tega, ker z vidika človekovega dostojanstva in uveljavljenih temeljnih človekovih pravic nobene od evtanazij ne smemo več razglašati za obliko umora oz. samo(u)mora.

Zadnja leta je medicina silovito napredovala, zato tudi umiramo drugače, kot smo pred četrto stoletja. Kako? Pred dvema letoma sem imel hudo operacijo: izrezali so mi žolčne kamne, žolžnik, vranico in del trebušne slinovke. Zato spadam v najvišjo rizično skupino in če pride vame virus, ne bom preživel. Zato sem se odločil, da ne pristanem na priklop na respirator. Posledice?

Ker osebno nimam ne izkušenj ne vpogleda v intenzivno oz. invazivno obravnavo, sem se po spletu obrnil na poznavalca, z naslednjim vprašanjem (5.11.2020): “Kako umirajo, zdaj že skoraj množično, za virusom? Do kam seže paliativna oskrba? Ali že poteka triaža? Zapisal sem že, da sam, če me doleti virus, ne želim intenzivne obravnave. Moram imeti to zapisano s seboj ob hospitalizaciji, s posebno izjavo? Kako se varovati pred morebitnim ‘pravovernežem’, ki je prepričan, da mora človeka ohranjati pri življenju do njegove ‘naravne smrti’, kljub vsem mukam?” Odgovor poznavalca je prijazen in razumevajoč, že uvodoma (7. 11. 2020): “ko gre za morebitno okužbo, tudi jaz razmišljam zelo podobno”. Sledi nasvet: “v primeru padca kisika pod 90% je potrebno takoj v bolnico, kjer imajo kisik”. In osredni del odgovora: “Če pa je nujno v bolnico, se strinjam z vami, da ne bi šel na intenzivno. Večina v bolnici tudi tega ne potrebuje, zadostuje kisik preko nosnega katetra in ni potrebno umetno predihavanje in lepo okrevajo. Med tistimi, ki so na intenzivni negi z umetnim predihavanjem, pa je kljub vsem aparatom smrtnost kar velika. Če ste se odločili, da tega ne želite, izpolnite obrazec, ki ga pripenjam. To morajo spoštovati.” Ker sem hotel zvedeti še več, sem si želel dodatnih pojasnil.

Zato sem se zahvalil, a še naprej težil z vprašanji: “Hvala za hiter odgovor ter seveda za formular. Skušal ga bom čimprej izpolniti; se mi pa zdi za zdajšnjo virusno situacijo preveč kompliciran, poleg tega bom, ko bom šel po podpis, med čakanjem dvakrat tvegaj okužbo. In ni mi jasno, katera pot je lažja do ‘lepe’ smrti. Slišal sem, mimogrede, da te dajo (pred? med?) respiracijo v umetno komo. Ni že to pomoč pri umiranju, najbolj enostavna, tako da bi bilo najbolj pametno pristati kar na respirator? Kaj pa se zgodi, če ne pristaneš? Nisi tedaj pravzaprav v težji situaciji?” Odgovor (8. 11. 2020) poznavalca, čeprav ne neposrednega: “Nikoli nisem delal na intenzivni, kolikor razumem, pa je bolnik na respiratorju res globoko sediran, ne vem ali je to že koma, ampak vsekakor globoko spanje.

... Če te ne dajo na respirator, ostaja kisik po maski ali nosnem katetru in dihalna stiska, to zdravijo med drugim z morfijem, ta umiri človeka in že s tem zmanjša potrebo po kisiku, pa ublaži trpljenje.” Samo ublaži? Kaj tedaj storiti? Če mi kljub navedenim pojasnilom vse skupaj še zmerom ni jasno, kako naj se odloča človek, ki ga virusni cunami nenadoma zajame, pa je v bistvu brez vsakršnih informacij (ali pa jih ne more razumeti)?

Če pretehtamo vse odgovore, kaže, da je morda vseeno bolje pristati na respirator (zato še nisem izpolnil formularja). Na podlagi vsakodnevnih poročil sklepam, da evtanaziranje, skupaj s selekcioniranjem, v takšni ali drugačni obliki poteka vsak dan po vseh intenzivnih oddelkih v Sloveniji (in seveda tudi po svetu). Od tod pojav zahteve po pravni imunosti zdravnikov. Ker je pač toliko stvari nejasnih. V teh okoliščinah je terminološka razprava za ali proti evtanaziji postala brezpredmetna, neplodna. Ključno je vprašanje, na katerega je pozitivno odgovorilo nemško ustavno sodišče in za njim tudi nemška etična komisija. Ta odgovor se glasi: da, **pomoč pri umiranju** je samoumevna, z vidika človekovega dostojanstva in njegovih pravic pa je upravičeno tudi **pomagati umreti**, namreč na poti do lahke (neboleče) smrti, smrti brez nepotrebnega trpljenja. Ni dovolj **biti ob umirajočem**, treba je **biti z umirajočim**; ne zadošča biti zgolj opazovalec bolj ali manj težkega umiranja, marveč sem dolžan biti udeležen na poti sočloveka do lahke smrti. Samo to je dejavna ljubezen v pravem pomenu besede.

Do tega ne bo prišlo brez spremembe razumevanja smisla življenja, se pravi, brez drugačne kulture, tako kulture življenja kot kulture smrti. Kako daleč smo od tega premika, nam dokazuje več kot zaničevalna, negativistična raba sintagme “kultura smrti”, namreč razumljene, pod obnebjem tabuja smrti, zgolj kot kulture “ubijanja”, če že ne umora. To pa pomeni, da smo šele pri prvih korakih na poti do kultivirane smrti.

S tem pa tudi do razrešitve dileme, ki zvirra iz vesti! Zdaj je nekdo po svoji vesti, vsaj tako je prepričan, proti nareku, da je treba pomagati ne le živeti, ampak v skrajnih primerih tudi umreti. Torej se bo skliceval na ugovor vesti. Drugi pa se bo prav zaradi ugovora vesti upravljal veljavnemu zakonu in bo sočloveku pomagal dostojanstveno umreti ne glede na zagroženo kazen.