

ZDRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR  
in  
PRAVNIŠKO DRUŠTVO MARIBOR

v sodelovanju s  
Pravno fakulteto in Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru  
organizirajo

**22. simpozij**  
**MEDICINA IN PRAVO**

na temo

**PRAVICA DO ŽIVLJENJA**  
**IN DO DOSTOJNE SMRTI**  
**ETIKA V MEDICINSKI ZNANOSTI**

**ZBORNİK PRISPEVKOV**

Simpozij posvečamo  
prof. dr. Antonu Dolencu

Maribor, 22. in 23. marec 2013  
Univerza v Mariboru, Slomškov trg 15, Maribor

**22. simpozij**  
**MEDICINA IN PRAVO**  
**PRAVICA DO ŽIVLJENJA IN DO DOSTOJNE SMRTI**  
**ETIKA V MEDICINSKI ZNANOSTI**

**Izdajatelj:**

Univerzitetni klinični center Maribor

**Uredniki zbornika:**

Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.

Doc. dr. Suzana Kraljić, univ. dipl. prav.

Prof. dr. Vojko Flis, dr.med.

**Oblikovanje in tisk:**

Design Studio

**Naklada:**

300

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Univerzitetna knjižnica Maribor

61:34(082)

SIMPOZIJ Medicina in pravo (22 ; 2013 ; Maribor)

Zbornik prispevkov / 22. simpozij Medicina in pravo  
na temo Pravica do življenja in do dostojne smrti - etika  
v medicinski znanosti, Maribor, 22. in 23. marec 2013 ;  
[organizatorji] Zdravniško društvo Maribor ... [et al.] ;  
[uredniki Jelka Reberšek Gorišek, Suzana Kraljić,  
Vojko Flis]. - Maribor : Univerzitetni klinični center, [2013]

ISBN 978-961-6909-30-3

1. Reberšek Gorišek, Jelka 2. Zdravniško društvo (Maribor)

COBISS.SI-ID 73745153

**Programski in organizacijski odbor:**

Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.

Prof. dr. Vesna Rijavec, univ. dipl. prav.

Prof. dr. Vojko Flis, dr. med.

Mag. Viktor Planinšek, univ. dipl. prav.

Prim. Jože Ferk, dr. med.

Doc. dr. Suzana Kraljić, univ. dipl. prav.

**Tehnični vodja simpozija:**

Majda Petek,

vodja pisarne Oddelka za nalezljive bolezni in vročinska stanja,

UKC Maribor

## **SIMPOZIJ POSVEČAMO PROF. DR. ANTONU DOLENCU**



## PROGRAM SREČANJA

### PETEK, 22. 3. 2013

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.10 **Pozdrav rektorja UM**
- 9.10–9.20 **Uvodne besede:** J. Reberšek Gorišek, V. Rijavec
- 9.20–9.50 **Pogled na skrb za umirajoče:** J. Trontelj
- 9.50–10.10 **Euthanasia and Human Capital:** I. Šlaus
- 10.10–10.30 Razprava
- 10.30–11.00 Odmor z osvežitvijo
- 11.00–11.20 **Odločanje o lastnem življenju kot polje pravne svobode:**  
T. Keresteš
- 11.20–11.40 **Zdravnikova pomoč pri evtanaziji: argumenti za in proti  
(pravica do življenja in smrti):** V. Flis
- 11.40–12.00 **Odločanje o nadaljevanju ali opustitvi zdravljenja - pogled  
varuhinje človekovih pravic:** V. Nussdorfer
- 12.00–12.20 **Evtanazija in svetost življenja:** A. Ihan
- 12.20–12.40 **Programirana in inducirana smrt: nanomedicina kot  
argument proti evtanaziji:** K. Pavelić
- 12.40 – 14.00 Razprava
- 14.00–15.00 Odmor za kosilo
- 15.00 – 15.20 **Kazensko pravni vidiki evtanazije:** S. Karakaš
- 15.20–15.40 **Stanje sodne prakse o pravici ne biti rojen (primerjalno  
pravni pogled):** M. Žebre
- 15.40–16.00 **Evtanazija in pogled filozofa:** F. Klampfer
- 16.00–16.30 Razprava

- 16.30–17.00 Odmor
- 17.00–17.20 **Stališče katoličanov do evtanazije:** T. Strehovec
- 17.20–17.40 **„Če hočem zdraviti, se moram k zdravljencu obrniti”  
(Razumevanje etičnega po Levinasu):** B. Holcman
- 17.40–18.00 **Umiranje z dostojanstvom:** J. Stričević, M. Pajnkhofer,  
A. Habjanič
- 18.00–18.30 Razprava
- 20.00 Družabno srečanje

### **SOBOTA 23. 3. 2013**

- 8.00–9.00 Registracija
- 9.00–9.20 **Etika v znanosti:** J. Trontelj
- 9.20–9.40 **Etika v medicinski znanosti:** J. Straus
- 9.40–10.00 **Etika v medicinski znanosti:** Alma mater Europaea: F. Unger
- 10.00–10.30 Razprava
- 10.30– 11.00 Odmor z osvežitvijo
- 11.00–11.20 **Avtonomija znanosti:** Alma mater Europaea: L. Toplak
- 11.20–11.40 **Etika v medicinski znanosti–področje forenzične medicine:**  
J. Balažic
- 11.40–12.00 **Znanost in etika:** J. Krašovec
- 12.00–14.00 Razprava
- 14.00 Zaključek srečanja

## KAZALO

<b>Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.</b>	<b>9</b>
<b>Prof. dr. Vesna Rijavec, univ. dipl. prav.</b>	<b>13</b>
<b>Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.</b>	<b>15</b>
<b>Akad. prof. dr. Ivo Šlaus, prof. fiz.</b>	<b>18</b>
<b>Doc. dr. Tomaž Keresteš, univ. dipl. prav</b>	<b>21</b>
<b>Prof. dr. Vojko Flis, dr.med.</b>	<b>23</b>
<b>Mag. Aleksander Karakaš, univ. dipl. prav.</b>	<b>27</b>
<b>Prof. dr. Alojz Ihan, dr.med.</b>	<b>29</b>
<b>Prof. dr. Krešimir Pavelić, dr.med.</b>	<b>34</b>
<b>Mag. Miha Žebre, univ. dipl.prav.</b>	<b>38</b>
<b>Prof. dr. Friderik Klampfer, dipl. phil.</b>	<b>40</b>
<b>Dr. Tadej Strehovec, dipl. teol.</b>	<b>42</b>
<b>Dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.</b>	<b>44</b>
<b>Doc. dr. Majda Pajnkihar, univ. dipl. org.</b>	<b>45</b>
<b>Doc. dr. Ana Habjanič, univ. dipl. org.</b>	<b>46</b>
<b>Prof. dr. dr.h.c. Joseph Straus, univ. dipl. prav.</b>	<b>48</b>
<b>Prof. dr. dr.h.c. Felix Unger, dr. med.</b>	<b>50</b>
<b>Prof. dr. Ludvik Toplak, univ. dipl. prav.</b>	<b>51</b>
<b>Prof. dr. Jože Balažic, dr. med.</b>	<b>53</b>
<b>Akad. prof. dr. Jože Krašovec, dipl. teol.</b>	<b>56</b>
<b>Prof. dr. Borut Holcman</b>	<b>59</b>
<b>Dr. Marta Sjeničić, dipl. univ. prav.</b>	<b>61</b>





## Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med.



### Življenjepis

Rojena v Mariboru, maturirala na Klasični gimnaziji v Mariboru in diplomirana leta 1968 na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Leta 1973 opravila specialistični izpit iz infektologije in se zaposlila na infekcijskem oddelku SB Maribor. Leta 1975 zaključila tudi podiplomski študij iz Javnega zdravstva na šoli Andrija Štampar v Zagrebu. V letih 1997 do 2005 je bila predstojnica Oddelka za nalezljive bolezni in vročinska stanja, kasneje svetovalka. Leta 1997 je bil na njeno pobudo ustanovljen tradicionalni infektološki simpozij – Bedjaničev simpozij v Mariboru. Ožje strokovno

področje, s katerim se je ukvarjala, je področje zdravljenja s protimikrobnimi zdravili. Na njeno pobudo je bila leta 1985 ustanovljena v SBM komisija za smotrno rabo antibiotikov, ki jo je vodila do leta 2012. Bila je med pobudnicami ustanovitve Nacionalne komisije za smotrno rabo antibiotikov, kjer je tudi članica. Poleg strokovnega dela se je ukvarjala tudi z raziskavami na področju bakterije *Helicobacter pylori*, sodelovala pa tudi v drugih republiških projektih. Bila je mentorica številnim stažistom in specializantom in diplomantom na FZV in Visoki zdravstveni šoli ESM. Je višja predavateljica na FZV v Mariboru in ESM ter na Medicinski fakulteti v Mariboru

V letih 1988 do 1992 je bila predsednica Zdravniškega društva Maribor, nato do leta 1996 podpredsednica Slovenskega zdravniškega društva. Bila je med ustanovnimi člani Zdravniške zbornice. Je članica in soustanoviteljica Evropskega združenja EBJS (združenje za okužbe kosti in sklepov). Je članica Razširjenega strokovnega kolegija za infektologijo in bila tudi 6 let njegova predsednica. Je častna članica Slovenskega zdravniškega društva in zaslužna članica Zdravniške zbornice. Je tudi predsednica komisije pri varuhu bolnikovih pravic v Mariboru.

Je pobudnica ustanovitve simpozija Medicine in pravo leta 1991 in od takrat dalje stalna članica organizacijskega odbora vseh 22 srečanj. Stalni člani organizacijskega odbora so bili za organizacijo tradicionalnih srečanj Medicina in pravo nagrajeni z listino mesta Maribor.

## Uvodne misli

### Pravica do življenja in do dostojne smrti

Pravica do življenja se nam zdi samoumevna, čeprav ni vedno tako. Tudi pravica do življenja ni vedno dana ali pa si jo je težko priboriti. Pravica do smrti je občečloveška in vsem dodeljena. Kako pa je s pravico do dostojne smrti in kako to pravico razumemo? Vprašanji, ki nimata enoznačnih odgovorov. V obdobju vse bolj starajočega prebivalstva se pogosteje pojavljajo vprašanja pomoči pri umiranju – evtanaziji, bodisi aktivni ali pasivni. Prav gotovo je evtanazija postala eno najbolj občutljivih etičnih, moralnih, verskih, kulturoloških in pravnih vprašanj. Najbolj je etično, moralno in pravno izpostavljena aktivna oblika pomoči pri umiranju – evtanazija, ko nekdo (ponavadi zdravnik) pomaga umreti nekemu drugemu (zaradi nemoči in hude bolezni) z dajanjem smrtonosne injekcije, s strupom, ali da izklopi vse naprave, ki ohranjajo bolnika pri življenju. Druge oblike pomoči pri umiranju (opustitev zdravljenja in druge življenje ohranjujoče terapije) so manj prepoznavne, medijsko manj odzivne, zato pa nič manj vredne razpravljanja na etičnih in pravnih področjih.

S čezmejnimi zdravstvenimi varstvom, ki se Sloveniji obeta že drugo leto, nam bo ta problem še bližji, saj nekatere evropske države kot npr. Belgija, Nizozemska, Luxemburg in Švica evtanazijo v določenih primerih dovoljujejo. Tudi Francija razmišlja v tej smeri, saj je francoski predsednik Holland naročil medicinskemu etičnemu svetu natančno proučitev problema. Francoski podatki kažejo, da se opravi letno cca 3000 evtanazij nezakonito. Skorajda vse oblike pomoči pri umiranju potrebujejo asistenco zdravnika, zato je zelo pomembna strokovna in etična odločitev zdravnika.

Na svoji dolgoletni zdravniški poti sem videla umirati številne, zlasti starejše, hudo bolne, pogosto le še kot bilke, povite v plenice in obdane s številnimi cevkami. Tisto, kar me je pri teh bolnikih vedno znova pretresalo, je bilo poleg hude bolezni in trpljenja tudi razvrednotenje človeškega dostojanstva. In ob hudo bolnih so bili svojci, ki so prav tako odražali trpljenje in tudi izmučenost. Še huje so se me dotaknili prizori, ko so bili pripeljeni takšni bolniki brez najbližjih svojcev, osamljeni, le v spremstvu negovalnega osebja. Ob takšnih prizorih so mi nehote prihajali v spomin pesnikovi verzi: „blagohotna smrt, predolgo se ne mudi“ a le za hip. Z vsem strokovnim znanjem in tehnično vedno boljše opremljeni in usposobljeni smo se trudili povrniti nekaj moči v življenje hudo bolnih, čeprav je bilo včasih to morda le za kratek čas.

Ob bolnih, nemočnih zaradi bolezni, razvrednotenih človeškega dostojanstva in nezmožnih uveljavitve lastne volje, prepuščeni drugim, da upravljajo z njimi ter ob spremljajočih pogosto trpečih svojcih se soočamo s vprašanji pomoči umirajočim. Toliko kot je vprašanj je tudi odgovorov za in proti pomoči pri umiranju in tudi oblik pomoči pri umiranju. Sama se nisem nikoli soočila s prošnjo bolnikov ali svojcev po pomoči pri umiranju, kljub dolgi zdravniški poti. In tudi če bi se, ne bi nikoli zmogla nuditi aktivne pomoči pri umiranju bolnim, ker sem bila strokovno, etično in moralno vso svojo poklicno pot tako vzgojena in ta odločitev je enako trdna tudi danes. Sem pa prepričana, da je potrebno hudo bolnim zagotoviti pravico do dostojne smrti brez bolečin, ob vsesplošni ustreznih negi in psihični podpori v okolju, ki ne bo delovalo hladno in odtujeno, pa tudi ob podpori svojcev oz. najbližjih. Pravica do dostojne smrti ne zajema samo strokovne, etične, moralne, verske in kulturološke vrednote temveč tudi socialno ekonomske pogoje in angažiranost celotne družbe, ki bo ne samo prepoznala pravico do dostojne smrti ampak to z družbeno angažiranostjo tudi omogočila. Pri pravici do dostojne smrti je potrebno upoštevati tudi zakon o pacientovih pravicah, ki omogoča, da se upošteva pacientova volja kakšne zdravstvene oskrbe ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben izraziti svoje volje. Seveda je to voljo potrebno izraziti in zapisati pravočasno. Upoštevanje pravice do dostojne smrti bo tudi odraz družbe v kakšni želimo živeti.

## Uvodne misli

### Etika v medicinski znanosti

Cilj raziskovalnega dela je iskanje novih dognanj in resnic v korist vsega človeštva, ne le posameznih skupin. Srž medicinske znanosti je raziskovalno znanstveno delo in doseženi rezultati so temelji novih priporočil in načinov zdravljenja. Ker je zdravje največja človeška vrednota, je raziskovalno delo v medicini še prav posebno pomembno in mora temeljiti na preverjanju rezultatov v širših znanstvenih skupnostih. Znanstvenega raziskovalca mora odlikovati osebna poštenost, iskrenost in pogum pri iskanju novih dognanj in etičnost. Stranpoti v raziskovalni dejavnosti imajo lahko hude posledice za vse človeštvo. Spomnimo se objavljene študije Andrewa Wakerfielda v zelo ugledni reviji *The Lancet*, ki je cepivo proti mumpsu, ošpicam in rdečkam okrivil za povzročitelja avtizma. Andrew Wakerfield je rezultate študije ponaredil in raziskava je bila plačana. Po razkritju ponarejenih rezultatov je avtor izgubil licenco in članek je bil umaknjen. Nastala škoda pa je bila velika, saj je članek vzbudil nezaupanje v cepljenje in tudi nezaupanje v znanstvene objave v najbolj uglednih medicinskih revijah. Kako ohraniti zaupanje v medicinsko raziskovalno delo in v njegove rezultate, zlasti še v času, ko naša družbena klima ni posebno naklonjena znanstvenemu delu, saj se zmanjšujejo finančna sredstva univerzam in raziskovalnim institucijam, ko zmanjkuje denarja za izobraževanje zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja in tisk polnijo afere o „plagiatorstvu“ strokovnih del? Brez spoznanja celotne družbe o pomembnosti znanstveno raziskovalnega dela, ustvarjanja klime in pogojev za znanstveno delo ne bo v nobeni stroki napredka. Ob vzpostavljanju pogojev za znanstveno delo je potrebno veliko vlagati tudi v izgrajevanje lika raziskovalca. Tega mora odlikovati osebna poštenost, motivacija za iskanje novih dognanj in resnice, neodvisnost od različnih lobijev, sposobnost lastne kritične presoje strokovne literature, preverjanje rezultatov v znanstvenih okoljih in etičnost skozi vso poklicno pot. Z učenjem teh vrednot je potrebno začeti že v študentskem obdobju in jih nadgrajevati celo življenje, da bo stranpoti čim manj.

Odpiranje vprašanj na to temo, vzpodbujanje razprav in iskanje odgovorov so srčika današnjega *srečanja*.

## Prof. dr. Vesna Rijavec, univ. dipl. prav.



### Življenjepis

Dr. Vesna Rijavec je bila vrsto let dejavna v pravosodju kot sodnica; je redna profesorica za civilno pravo, prodekanica za raziskovalno delo in mednarodno sodelovanje, predstojnica Inštituta za civilno, primerjalno in mednarodno zasebno pravo Pravne fakultete, Univerze v Mariboru ter nosilka predmetov s področja civilnega procesnega prava ter dednega in družinskega prava. Strokovni javnosti je postala znana z mnogimi znanstvenimi in strokovnimi razpravami, članki in monografijami kot so Civilno izvršilno pravo, Dedovanje – Procesna ureditev, v soavtorstvu Stvarnopravni zakonik s komentarjem, Udetov komentar Zakona o pravnem postopku in monografije, objavljene pri tuji založbi Nomos Die Erleichterung der Zwangsvollstreckung in der EU. Za slednjo jo je Zveza društev pravnikov Slovenije nagradila kot pravnico leta 2012. Je nosilka različnih domačih in evropskih raziskovalnih in zakonodajnih projektov. Je tudi članica predsedstva Stalne arbitraže pri GZS in članica Znanstvenega združenja za mednarodno procesno pravo, Mednarodnega združenja za družinsko pravo in Društva pravnikov Slovenije; stalni sodni tolmač za nemški jezik. Je bila članica ekspertne skupine za Peer evalvacijo Pravne fakultete Univerze na Dunaju in na Pravni fakulteti Univerze v Gradcu. Mnogokrat sodeluje kot gostujoča predavateljica na tujih univerzah, npr. v Gradcu, Hamburgu, Göttingenu, Dunaju, Tokiu, Kiotu, Zagrebu in Skopju.

Predmet njene posebne pozornosti je tudi medicinsko pravo in je dolgoletna članica organizacijskega odbora posveta Medicina in pravo. Kot predavateljica se z vsebinami s področja medicinskega vključuje na Medicinski fakulteti in Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru..

## Uvodne misli

Vsi se moramo slej ko prej soočiti s svojo končnostjo. Ob nastopu okoliščin, ko je smrt tako rekoč neizbežna, se pravo ukvarja z naslednjimi vprašanji: Kdo ima pravico izbire? Kaj storiti v primeru, če oseba ni sposobna sprejemati odločitev o sebi? Ali so mogoče nadomestne določitve, kdo jih sme sprejeti? Kakšna je vloga svojcev, staršev pri otroku, zdravstvenega osebja, kakšen je pomen vnaprejšnje odločitve? Ali lahko sposoben posameznik zavrne ukrepe za vzdrževanje pri življenju, ali mu zdravnik mora ugoditi, ali ni to pomoč pri samomoru?

S stališča prava so poglavitni dejavniki bolnikova sposobnost odločanja, ugotovitev, kaj je v njegovem najboljšem interesu in predvsem, kakšne so dejanske možnosti medicinske stroke, kdaj vztrajati pri aktivnem postopanju in kdaj odnehati. Ocena teh dejavnikov je najprej na zdravniku. Upoštevati mora medicinsko stroko v okviru, ki ga postavlja pravo, ravnati pa mora tudi etično. Pri sprejemanju odločitve mora imeti razumne razloge za ravnanje v najboljšem interesu konkretnega bolnika. Tisti ki ocenjuje pa ne sme enostavno upoštevati svojega interesa, kaj bi bilo zanj najboljše temveč morajo biti razlogi za ukrepanje objektivizirani in odkrito predstavljeni. V marsikateri situaciji je odločitve treba poiskati v postopkih, ki jih nudi pravo. Tudi na ta način pa se ne moremo izogniti težavam, ki izvirajo iz človekove omejenosti in iz omejenosti resursov družbe.

Ne predstavljamo si, da bi lahko na vsa ta nanizana vprašanja našli enostavne odgovore v zakonih, niti kje drugje, verjamemo pa, da se lahko na posvetu kot je Medicina in pravo z izmenjavo mnenj pokaže prava pot do rešitev. Na teh srečanjih pa nikdar nismo omejeni zgolj na dve področji kot bi sledilo iz imena posveta, temveč spremljamo pacienta v naši družbi iz vseh zornih kotov. Pomembno usmeritev pa nam vsem daje etika. Znanost in napredek odpirata nova neznana obzorja, veliko vprašanje zlasti medicine pa je, ali je vse kar zmoremo tudi dovoljeno in ne samo to, ali je tudi etično sprejemljivo.

## Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.



### Življenjepis

Rodil se je v Kamniku leta 1939. Maturiral je na Klasični gimnaziji v Ljubljani leta 1958 in diplomiral na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani leta 1964.

Je zdravnik nevrolog, doktor nevroloških znanosti, profesor za nevrologijo na Medicinski fakulteti in na Fakulteti za zdravstvo Univerze v Ljubljani, višji zdravstveni svetnik. Svojo zdravniško kariero je posvetil klinični nevrofiziologiji. Večina njegovih objav je s področja elektromiografije in fiziološke podlage nevroloških bolezni. Nekatere se dotikajo mehanizmov bolečine, kome in možganske smrti. Tri monografije s švedskim in zadnja tudi z ameriškim soavtorjem pa obravnavajo področje njegovega najpomembnejšega prispevka, metodo mikroelektromiografije, ki velja za najboljčutiljivejšo v diagnostiki bolezni živčnomišičnega stika.

Od leta 1991 je član Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Od leta 2008 je njen predsednik. Od leta 1995 predseduje Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko in je slovenski delegat v Usmerjevalnem odboru za bioetiko Sveta Evrope. Sodeloval je pri izdelavi Oviedske konvencije o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino in dodatnega protokola o etiki biomedicinskega raziskovanja na ljudeh k tej konvenciji. Večina objav iz zadnjih let je o vprašanih na področju bioetike, med njimi o problemih zdravniškega odločanja ob koncu življenja in raziskovanja na človeku. Od leta 2010 je tudi član Stalnega odbora za znanost in etiko pri ALLEA (All European Academies) in član IBC (Mednarodnega odbora za bioetiko) pri Unescu.

Od leta 1991 je član Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Od leta 2008 je njen predsednik. Od leta 1995 predseduje Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko in je slovenski delegat v Usmerjevalnem odboru za bioetiko Sveta Evrope. Sodeloval je pri izdelavi Oviedske konvencije o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino in dodatnega protokola o etiki biomedicinskega raziskovanja na ljudeh k tej konvenciji. Večina objav iz zadnjih let je o vprašanih na področju bioetike, med njimi o problemih zdravniškega odločanja ob koncu življenja in raziskovanja na človeku. Od leta 2010 je tudi član Stalnega odbora za znanost in etiko pri ALLEA (All European Academies) in član IBC (Mednarodnega odbora za bioetiko) pri Unescu.

Za svoje raziskave je prejel Kidričevo nagrado in priznanje ambasador Republike Slovenije v znanosti. Za delo na področjih znanosti in etike je prejel državno odlikovanje zlati red za zasluge.

## Pogled na skrb za umirajoče

Naša doba je zelo spremenila umiranje. V današnji Evropi štirje od petih ljudi umro v domovih za stare, v bolnišnicah, v azilih raznih vrst. Pri vsakem drugem je smrt povezana z eno ali drugo zdravniško intervencijo ali opustitvijo intervencije. Navadno je končni cilj obojega pospešiti umiranje. Govorimo o *medikalizaciji* smrti. A mnogokrat to pomeni, da smo umirajočemu ugrabili možnost za dobro smrt – slovo v miru, potem ko človek uredi svoje zadnje reči, poravna račune in se poslovil od svojcev in prijateljev.

Potrebe umirajočega pogosto slabo razumemo in se nanje odzivamo na neprimerne načine. Eden teh je neučinkovita skrb za lajšanje bolečin in drugega telesnega trpljenja. Drugi je slab posluš za njegove duševne stiske. Še bolj sporna pa je evtanazija.

Evtanazija je ljudem privlačna predvsem zaradi želje po samotojnosti in neodvisnosti, ki sta varljiva in redko dosegljiva ideala. Napredek medicine je praktično odpravil potrebo po odzivanju na telesno trpljenje s preprosto usmrčitvijo trpečega. Izkušnje pa kažejo neizogibnost treh vrst tragičnih posledic evtanazije kot sestavine družbene ureditve. To so napake, zlorabe in daljnosežne spremembe ravnanja s človekovimi pravicami. Usmrčeni so bolniki z napačno diagnosticiranimi ozdravljivimi boleznimi. Evtanazirajo bolnike, ki pomena te odločitve niso sposobni razumeti. Evtanazija polagoma spreminja pogled na človeško življenje kot vrhovno vrednoto.

Pravica do smrti se ponekod že sprevrča v dolžnost *čimprej* umreti. Bolni ali celo samo ostareli se čutijo pod pritiskom, resničnim ali umišljenim, da sami zahtevajo svojo usmrtitev.

Na Nizozemskem se po uradnih podatkih na vsake tri usmrtitve ena zgodi brez privolitve. Več kot polovica bolnikov, usmrčenih brez veljavne zahteve, je bila sposobnih odločanja o sebi, pa niso bili niti vprašani.

Parlamentarna skupščina Sveta Evrope je leta 1999 izdala Priporočilo 1418 o varstvu pravic bolnih na smrt in umirajočih. V tem priporočilu, namenjem državam članicam, torej širši Evropi, Parlamentarna skupščina ugotavlja, da so pravice hudo bolnih na veliko kršene, da so ti ljudje odrinjeni na rob družbe in diskriminirani, da jim pogosto ni omogočeno zadovoljivo lajšanje bolečin in drugega telesnega in duševnega predsmrtnega trpljenja, da ni zadosti razvita in uveljavljena blažilna oskrba. Parlamentarna skupščina daje vrsto tehtnih nasvetov, predvsem za boljšo uporabo blažilne medicine. Poziva pa države članice, naj ostanejo pri prepovedi usmrtitve bolnika z roko druge osebe, in opozarja, da želja umreti nikoli ne sme po-



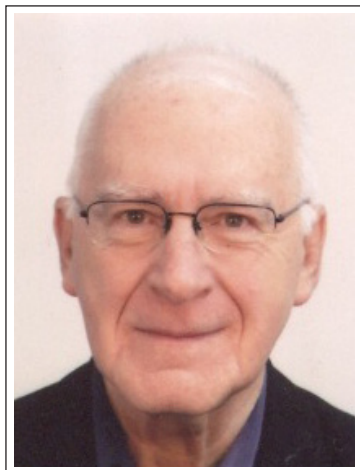
meniti veljavne zahteve po usmrtitvi. Pri tej prepovedi vztraja do danes (Resolucija 1859 [2012]).

Raziskave javnega mnenja pa kažejo, da si presenetljivo veliko ljudi želi pravico do evtanazije, večinoma zaradi napačnih razlogov, nepopolnega poznavanja in slabega razumevanja tega zahtevnega področja. Evtanazijo preprosto pojmujejo kot svobodo, ki jo je država dolžna zagotoviti, kot potrošniško pravico.

Veliko javne simpatije do evtanazije izvira iz zmede v izrazju. Nekateri kot *pasivno* evtanazijo razumejo opustitev zdravljenja, ki lahko še vzdržuje ali podaljšuje življenje. Vendar ko s tako terapijo ni mogoče doseči izboljšanja zdravja niti rešiti življenja, je njena opustitev ali ukinitve etično edina pravilna. To nikakor ni evtanazija. Aktivnemu zdravljenju pa se lahko odpove tudi bolnik sam, če se zaveda pomena svoje odločitve in je sposoben odločanja o sebi. Pravica prepovedati zdravniške posege v svoje telo je sveta pravica. A tudi to ni evtanazija, v taki odpovedi zdravljenju ni nič etično spornega. Seveda pa mora tudi taki odločitvi še naprej slediti vestna skrb za bolnikove potrebe.

Pomoč umirajočemu torej ni usmrtitev, ampak dobra blažilna oskrba. Obveljati pa mora deontološki in etični sporazum, da izgubljenega življenja ne skušamo podaljševati v bolnikovo škodo. Pomembno je tudi, da storimo vse potrebno *za ohranitev osebnega dostojanstva in samospoštovanja umirajočega*. Tudi s tem bomo na zgleden način podprli humanizem in etičnost naše družbe.

## Akad. prof. dr. Ivo Šlaus, prof. fiz.



### Življenjepis

Ivo Šlaus, president of the World Academy of Art and Science (since 2011), Dean of Dag Hammarskjöld University College of International Relations and Diplomacy (since 2010) and professor emeritus of physics (since 2005), member of the Pugwash Council and member of the Club of Rome, member of the Academia Europaea, of the Croatian Academy of Sciences and Arts, corresponding member of the Montenegrin and Macedonia Academies of Sciences and Arts (since 2006), member of the World Innovation Foundation (since 2003). Vice-president of the Council of the InterUniversity Centre Dubrovnik (since 2012, previously Acting president).

Born Sept 26, 1931 Split, Croatia. Professor of Physics since 1967; member of the Croatian Academy of Sciences and Arts since 1977; foreign secretary from 1991-96 during which time Croatian Academy became a co-founder of the Inter-Academy Panel and ALLEA, and member of ICSU and many international associations; co-founder of the European Physical Society in 1969 and member of its Executive committee in two terms (1969-71, and 1987-91); Fellow of the World Academy since 1994, member of its Board of Trustees since 2005, chair of the Board of Trustees (June 2011-Dec 2011), president of the World Academy of Art and Science since Dec 2011; co-founder of Academia Europaea in 1988, and chair of its Physics and Engineering Section during which time most Nobel prize recipients joined AE, member of The Club of Rome since 1988 and since 2008 member of its International Advisory Council, founder of the Croatian Association of the Club of Rome. Member of the Pugwash Council (2002-). Member of the European Leadership Network (since 2010); member of the Parliament of the Republic of Croatia (2000-2003); president Council of Social-Democratic Party of Zagreb and member of its General Council (1998-2004); co-founder and secretary general of the Croatian Movement for Democracy and Social Justice (1997-2001).

Ivo Šlaus - Professor of physics (since 1967); Ph.D. in physics in 1958; authors of over 240 scientific papers, 7 monographs, keynote speaker at 6 international con-

ferences (e.g. International Nuclear Physics Conference, Tokyo, 1977, European Science Foundation, Strasbourg 1987, General Assembly World Academy 2005), invited speaker at over 50 international conferences and organizer of over 40 international conferences. Visiting professor at UCLA (1964-72, 87-2003), Georgetown (1972-1993), Duke (1981-), Laval, ETH, Free University, Kyoto University (1980), NCCU (2003-) and consultant at Los Alamos National Lab (1972-99), Naval Research Lab (1971-1980), and TRIUMF (1987-93). Initiator of a series of international conferences on few particles studies (Brela 1967, summary talk at 18th International conference, 2006, Santos, Brazil) and of European Few Particles Community (chairman 1975 till 1985).

Chairman, International Network of Centres for Sustainable Development, Ljubljana (since 2000)

Member of the Croatian UNESCO National Committee (1992-6, 2000-2004).

Research area: nuclear and particle physics, medical physics, scientometrics, environmental studies and sustainable development, peace studies and governance research, cited over 3,500 times with h-factor of 36. Ivo Šlaus was projects' (EU and USA-Yugoslavia, and national) coordinator in nuclear and particle physics, and in radiopharmaceuticals (IAEA). Member of Editorial Boards of Few Body System, Journal of Physics G, Scientometrics, and founder and chair of Cadmus, reviewer for Physical Review, Physical Review Letters, as well as NSF, DOE and Croatian Ministry..

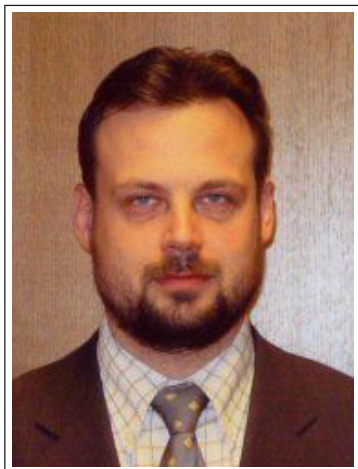
## Euthanasia and Human Capital

*Ivo Šlaus*

*World Academy of Art and Science, Ruđer Bošković Institute and Dag Hammarskjöld College for International Relations and Diplomacy, Zagreb, Croatia*

Present discussion about euthanasia is determined by enormous progress in science and technology, by demographic transition and by global crises. Each of these determinants is characterized by a different time constant, and all are interconnected. Contemporary socio-political system is not adequately understood and we even lack appropriate measures. We need a new paradigm for human development. A novel approach is provided by the Inclusive Wealth Report which includes natural, human and produced capitals. The report stresses that human capital is dominant and we argue even crucial. Since euthanasia is imbedded in values, ethics and law, again each with different time constants, it implies that approach to euthanasia has to be determined by attitudes and policies maximizing human capital.

## Doc. dr. Tomaž Keresteš, univ. dipl. prav



### Življenjepis

Dr. Tomaž Keresteš je diplomiral leta 1996 in doktoriral leta 2004 na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru, magistriral pa je leta 1997 na Central European University v Budimpešti na Madžarskem. Po dvoletnem pripravništvu na Višjem sodišču v Celju se je zaposlil na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru kot mladi raziskovalec – asistent, kasneje pa kot visokošolski učitelj. Raziskovalno in pedagoško deluje na področju civilnega prava ter teorije in filozofije prava, prav posebej pa se posveča razmerju med pravom in ekonomijo. Je tudi predstojnik Inštituta za ekono-

msko analizo prava na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru ter Katedre za temeljne in druge vede ter član Katedre za civilno, primerjalno in mednarodno zasebno pravo. Kot član deluje v Društvu pravnikov Maribor, European Association of Law and Economics ter The Central and Eastern European Network of Jurisprudence. Je avtor večih izvirnih in preglednih znanstvenih člankov, strokovnih člankov ter koavtor večih znanstvenih monografij. Njegova dela so objavljena tudi v tujih jezikih v tujini (npr. Nemčiji, Avstriji, Bosni in Hercegovini, Hrvaškem...). Kot vabljeni predavatelj se je udeležil večih domači in tujih mednarodnih znanstvenih in strokovnih posvetovanj. Je mentor večim študentom na dodiplomskem in podiplomskem študijskem programu prava. Je stalni arbiter Stalne arbitraže pri Gospodarski zbornici Slovenije in Stalne arbitraže pri Gospodarski zbornici Makedonije. Sodeluje pri dodiplomski in podiplomskih študijskih predmetih na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru: Pravoznanstvo (B1), Teorija in filozofija prava (B2) ter Pravna metodologija (B3). V letih 2010-2012 je bil član sveta Agencije za upravljanje kapitalskih naložb Republike Slovenije.

## **Odločanje o lastnem življenju kot polje pravne svobode** *(Making Decisions about own Life as Legal Field of Freedom)*

V prispevku se avtor ukvarja s problemom odločanja o lastnem življenju na meji med pravno reguliranimi in pravno nereguliranimi družbenimi razmerji. Avtor zagovarja tezo, da družbi obstaja t.i. polje pravne svobode, torej področje delovanja posameznega subjekta, ki je pravno neregulirano. Značilnost modernega prava je ekspanzija na skoraj vse segmente družbe in zato je obstoj takšnega polja pravne svobode ogrožen. Avtor še posebej zagovarja stališče, da takšno polje še vedno obstaja, vendar ne kot sklenjen krog določenega tipa družbenih razmerij. V to polje sodi tudi možnost odločanja o lastnem življenju, kolikor je to vprašanje pravno neregulirano. Prav delna pravna regulativa možnosti odločanja o lastnem življenju lepo ilustrira, da lahko polje pravne svobode v sodobnem pravu obstaja zgolj v segmentirani obliki.

### **Ključne besede**

pravica do življenja, pravna svoboda, pravno urejanje, odločanje o lastnem življenju, pravo, etika.

## Prof. dr. Vojko Flis, dr.med.



### Življenjepis

Prof. dr. Vojko Flis, dr. med., se je rodil 7.11.1955 v Mariboru, kjer je zaključil osnovno šolo in leta 1974 gimnazijo Miloša Zidanška. Po gimnaziji se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, kjer je diplomiral 22.5.1979. Že med študijem je bil vključen v raziskovalne projekte (leta 1979 denimo Razlike v kinetiki med membransko vezanim in odtopljenim preparatom acetilholinesteraze iz govejih krvničk pod vplivom anorganskih in organskih topil) – kot študent je dvakrat dobil Prešernovo nagrado ljubljanske univerze in enkrat Prešernovo priznanje (enkrat pod mentorstvom

prof. dr. L. Kamarič, drugič pod mentorstvom akademika prof. dr. M. Horvata).

Po končani fakulteti je tri leta delal kot splošni zdravnik v ambulanti na Sladkem Vrhu pri avstrijski meji. Leta 1983 je dobil specializacijo iz splošne kirurgije v Splošni bolnišnici Maribor. Specialistični izpit je opravil 28.5.1987 v Ljubljani. Sedaj opravlja delo predstojnika Oddelka za žilno kirurgijo UKCM in strokovnega vodje Kirurške klinike UKCM. V naziv izrednega profesorja na katedri za kirurgijo MF UM je bil izvoljen novembra 2011.

Že med specializacijo se je usmeril v žilno kirurgijo. Del specializacije (šest mesecev) je opravil na kardiokirurški kliniki Univerze Karl Franzens v sosednjem Gradcu. Po specializaciji je kot raziskovalec sodeloval v številnih raziskovalnih projektih.

Sicer se je Vojko Flis izpopolnjeval v številnih tujih centrih (Texas Heart Institute v ZDA, Charing Cross v Angliji, ipd.) in opravlja še številne druge stvari. Je član Evropskega združenja za žilno kirurgijo (ESVS), Svetovnega združenja za kardiovaskularno kirurgijo (ISCVS) in svetovnega združenja za hepato-biliarno kirurgijo (HPBS). Je mentor pri Zdravniški zbornici Slovenije. Leta 2002 je končal delavnico za inštruktorje univerzitetnega medicinskega PBL pouka, ki ga je organizirala Harvardska medicinska fakulteta iz Bostona. Poleg tega se ukvarja tudi s področjem med medicino in pravom in je med soustanovitelji rednih letnih srečanj Medicina in pravo v Mariboru. Celotna strokovna bibliografija je dostopna v podatkovni bazi COBISS.

## Argumenti za in proti evtanaziji in pomoč bolniku pri samomoru

Beseda evtanazija izvira iz grščine in pomeni dobesedno dobro smrt (eu-dober, thanatos-smrt). V medicini naj bi jo prvi uporabil angleški filozof Francis Bacon v sedemnajstem stoletju. Na splošno se uporablja kot sinonim za usmrtitev brezupno bolnega iz usmiljenja, četudi se beseda pogosto nekritično uporablja v vseh mogočih pomenskih in besednih zvezah. Prostovoljna evtanazija je usmrtitev bolnika na zahtevo bolnika in jo pogosto uporabljajo tudi v zvezi s pomočjo (zdravnikovo) bolniku pri samomoru, četudi gre pravno, etično in medicinsko za dva različna pojma (1). Izraz pasivna evtanazija po mnenju Trontlja vnaša zmedo, saj se kot sinonim pogosto uporablja za postopke opustitve in prekinitve zdravljenja, ki vsebinsko zahtevajo posebno obravnavo (1-6). V prispevku se bomo omejili zgolj na tako imenovano prostovoljno evtanazijo in na pomoč bolniku pri samomoru

V zadnjih desetletjih razprave o morebitni legalizaciji evtanazije vedno znova in znova vznikajo, a vsebinsko in formalno ne prinašajo novih argumentov ne pri zagovornikih in ne pri nasprotnikih (1-6). Razprave se ponavljajo že toliko časa, da so včasih zelo zapleteni filozofski, teološki in strokovni argumenti za in proti postali v razumljivi obliki javno dostopni zelo širokemu krogu ljudi, ki se jih to področje življenja tako ali drugače dotika (6). Zagovorniki vztrajajo na stališču, da obstaja pravica do smrti in da je smrt zasebna stvar, v katero se ne smejo vtikati drugi ljudje, še manj država. To so argumenti, ki slonijo na obravnavi splošnih človekovih pravic. Med praktičnimi argumenti zagovorniki evtanazije trdijo, da je mogoče sam postopek evtanazije zadostno pravno urediti in zavarovati pred zlorabami (7). Nasprotniki evtanazije trdijo, da stoji zatrjevanje o pravici do smrti na majavih temeljih. Smrt posameznika ni zgolj zasebna stvar temveč ima pomemben vpliva na dogajanje v družbi. Po njihovem bi ohlapen pristop do evtanazije otopel tenkočutnost družbe do vprašanja svetosti življenja in njegovega varovanja. Med praktičnimi argumenti pa nasprotniki evtanazije upravičeno opozarjajo na načelo drsalnice. Ko so vrata evtanaziji enkrat odprta, se skozi vedno izmuznejo tudi primeri, kjer evtanazija tudi iz sekularno filozofskega zornega kota ni upravičena. Še več. Vrata se sčasoma odprejo zelo široko in vsa stvar neustavljivo zdrsne izpod nadzora (7). Med praktičnimi argumenti zoper evtanazijo je tudi pomemben ugovor trditvi, da je mogoče evtanazijo pravno urediti na tak način, da je postopek varen in da ne dopušča zlorab. Te so lahko pogoste. Med najpomembnejšimi so nemerljivi pritiski okolice na bolnika, da naj se vendarle že odloči oditi. V ozadju takih pritiskov so nemalokrat povsem praktična vprašanja o hitrem dedovanju. Nezanemarljivi pa niso niti moralni pritiski, ko se bolniku njegovo stanje predstavi kot veliko



breme za njegove bližnje in se mu da vedeti, da je malodane njegova dolžnost, da se odpove življenju. Le tako lahko zmanjša trpljenje okolice. Nekateri velike religije (krščanstvo, islam, judaizem) evtanaziji nasprotujejo. Nekatera velika verstva imajo do nje ambivalenten odnos (hinduizem, budizem), vendar se na tem mestu s teološkimi argumenti ne bomo ukvarjali.

Veliko je govora o pravni ureditvi, ki bi vsaj teoretično naj bila tako varna in zanesljiva, da ne bi dopuščala zlorab (4). Pravo seveda ni instrument, ki bi sam zase obstajal izven družbenih dogajanj. To lepo prikazujeta dva primera iz držav, za kateri velja splošno mnenje, da ima pravni red (njegovo varovanje) močan vpliv na družbena dogajanja. Iz Velike Britanije so nedavno poročali o dogajanju v neki javni bolnišnici (The Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust), kjer so bolnike množično puščali v umazaniji, brez hrane, brez zdravil in celo brez vode (8). Poročilo je v Veliki Britaniji sprožilo splošno burne proteste in splošno zgražanje, saj je v angleški javnosti veljalo prepričanje, da je angleški javni zdravstveni sistem zgleden in pravno tako urejen, da se odziva že na najmanjše pritožbe bolnikov, kaj šele na zlorabe ali hude malomarnosti. Dogajanje so pripisali pomanjkanju sredstev in osebja.

V ZDA so objavili poročilo (9), ki razkriva, da se bolniki znotraj sistema Medicare raje odločajo za paliativno zdravljenje kot za možnosti, ki jim jih v terminalnem obdobju njihove bolezni ponuja sodobna medicina. A v tem primeru je sodobna medicina zgolj zgled družbe, ki z vsemi močmi pritiska, da je ob koncu življenja še vedno mogoče za bolnika storiti nekaj dodatnega, pa četudi mu to ne izboljša ne kvalitete in ne dolgotrajnosti življenja. Ta pritisk na medicino in bolnike se odraža tudi na nasprotnem polu: v številu tožb svojcev, ki niso zadovoljni z dejstvom, da zdravniki niso storili vsega, kar bi lahko, pa četudi je dejanje iz medicinskega zornega kota nesmiselno, bolniki ga intimno zavračajo, a se pogosto uklonijo pritisku svojcev. To se dogaja kljub pravicam bolnikov do lajšanja trpljenja, bolečine ter pravici, da sami izberejo, kako bodo preživeli obdobje življenja, ki ga je zaznamovala neustavljiva bolezen.

V nobenem izmed opisanih primerov, ki jih je kajpak še mnogo več, v sorazmerno pravno urejenih državah, pravni red in njegovo varovanje bolnikov pri manj spornih vprašanjih kot je evtanazija nista zmogla zavarovati pred zlorabami. Samoumevno se zastavlja vprašanje, kaj bi bolnike v primeru legalizacije evtanazije varovalo pred zlorabami v državah, kjer pravni red razumejo še mnogo bolj ohlapno kot v ZDA ali Veliki Britaniji. Dober zgled za tako državo je Slovenija. Znotraj sekularno-filozofskih teoretičnih razglabljanj o evtanaziji so tako imenovana praktična vprašanja tako še vedno med najmočnejšimi in tehtnimi argumenti zoper legalizacijo evtanazije.

Evtanazija je legalizirana v Belgiji (10), Luksemburgu (11) in na Nizozemskem. Pomoč pri samomoru, ko gre za terminalno bolne, praviloma pravno ne preganjajo v Švici (12). Samomor bolnika z zdravnikovo pomočjo pa je legaliziran v ameriški državah Washington in Oregon (13).

## Literatura:

1. Trontelj J. Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in Sloveniji. *Obzor Zdr N* 2003;37:253-8.R
2. Rachels J. Pravica do smrti: evtanazija in morala. Cankarjeva založba. Ljubljana 1987.
3. Ezekiel JE. The history of euthanasia debates in the United States and Britain. *Ann Intern Med* 1994;121(10):793-802.
4. Ruth Chadwick eds. *Encyclopedia of applied ethics*. Volume 2. Academic press. San Diego 1998.
5. Downie J, Chambaere K, Bernheim JL. Pereira,s attack on legalizing euthanasia or assisted suicide: smoke and mirros. *Curr Oncol* 2012;19:133-138.
6. Pereira J. Casting stones and casting aspersions: lets not lose sight of the main issues in the euthanasia debate. *Curr Oncol* 2012;19:139-141.
7. <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/>
8. February 7, 2013, 12:43 am, [NBCNews.com](http://www.nbcnews.com)
9. <http://articles.latimes.com/2013/feb/05/science/la-sci-end-of-life-care-20130206>
10. Adams M, Nys H (2003). »Comparative reflections on the Belgian Euthanasia Act 2002«. *Med Law Rev*11 (3): 353–76. doi:10.1093/medlaw/11.3.353.
11. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.
12. Hurst SA, Mauron A . Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003;326 (7383): 271–3.
13. Marker, RL. Assisted Suicide: The Continuing Debate. International Task Force (2009) 1- 18. 1 Mar 2009 <<http://www.internationaltaskforce.org/cd.htm#45>.

## Mag. Aleksander Karakaš, univ. dipl. prav.



### Življenjepis

Magister Aleksander Karakaš je diplomiral in nato še magistriral na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani. V svojem magistrskem delu iz leta 1999 se je ukvarjal s temo »Bagatelno (kaznivo) dejanje - De minimis lex non curat?«. Aleksander Karakaš je višji sodnik svetnik na kazenskem oddelku Višjega sodišča v Mariboru ter že več let gostujoči strokovnjak iz prakse na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru. Sodeluje tudi še s Pravno fakulteto Univerze v Ljubljani. Aktiven je tudi pri Centru za izobraževanje v pravosodju, kjer vodi simulacije in tako sodeluje pri izobraževanju in

izpopolnjevanju sodnikov in državnih tožilcev na kazenskopravnem področju. Na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru že več sodeluje pri predmetu Kazensko procesno pravo. Je avtor nekaj izvirnih in preglednih znanstvenih ter več strokovnih člankov, ki so bili objavljeni doma in v tujini. Njegove objave je možno najti v priznanih pravnih revijah, kot so: Pravosodni bilten, Pravnik, Revija za kriminalistiko in kriminologijo ter Podjetje in delo. Večkrat je aktivno sodeloval na priznanih domačin in tujih znanstvenih in strokovnih konferencah s prispevki v slovenskem in nemškem jeziku, ki so bili tudi objavljeni doma in v tujini. V svojih prispevkih se praviloma ukvarja z vprašanji, s katerimi se pri sodniškem delu srečuje. To so predvsem teme, ki se na primer nanašajo na organizirano kriminaliteto, bagatelnimi kaznivimi dejanji, s potekom kazenskega postopka ozirom kazenskim procesnim pravom, nadalje s sodelovanjem državnih služb in oblikovanje specializiranih oddelkov pri pregonu organiziranega kriminala in korupcije itd. Aleksander Karakaš je tudi soavtor študijskega učnega gradiva za študij prava z naslovom »Praktikum za materialno kazensko pravo«.

## Kazensko pravni vidiki evtanazije

### *(The Criminal Law Aspects of Euthanasia)*

Evtanazija kot milostno povzročena smrt ali druga milostno povzročena škoda na posameznikovem zdravju ima svoj fenomenološki odraz na abstraktni in konkretni ravni. Na abstraktni ravni je evtanazija, zlasti v filozofiji in etiki predmet, o katerem so skozi stoletja razpravljali in predmet, pri katerem se spričo njegovega vznemirljivega bistva in popularizacije vseh mogočih znanj, število razpravljalcev, nenehno večja. Na drugi strani je zaradi splošno znanega podaljšanja sklepnega dela človekovega življenja in osupljivih napredovanj v medicini, ko je posameznik včasih dobesedno iztrgan iz objema neizogibnega, pred vratmi spoznanje, da pri evtanaziji ne gre več za predmet, ki bi ga bilo treba še pravilneje opredeliti oz. ga vrednostno dokončno postaviti na pravo mesto, ampak za predmet, s katerim se bo treba bržkone pogosteje kot do sedaj konkretno soočiti. Ali in kako je na to pripravljena medicina kot osrednje prizorišče, na katerem vse skupaj poteka, je treba pozorno prisluhniti drugim, sam pa v prispevku v splošnem predstavljam, kaj je v takšnih primerih mogoče pričakovati od kazenskega prava, ki ga evtanazija prav tako ne more zaobiti.

### Ključne besede

evtanazija, protipravnost, kaznivost, zdravnik, napeljevanje, pomoč, posredno storilstvo

## Prof. dr. Alojz Ihan, dr.med.



### Življenjepis

Alojz Ihan je zdravnik specialist klinične mikrobiologije in imunologije. Diplomiral je leta 1987 na Medicinski fakulteti v Ljubljani, leta 1990 je magistriral in leta 1993 doktoriral. Leta 1994 je bil izvoljen v naziv docent, leta 1997 je postal specialist iz klinične mikrobiologije, leta 2006 pa redni profesor za predmet Mikrobiologija in imunologija. Na Inštitutu za mikrobiologijo MF v Ljubljani se je zaposlil leta 1988, v letih 1991 in 1992 je delal na nacionalnem inštitutu za raziskavo raka v Genovi. Njegovo znanstveno raziskovalno delo je zelo obsežno. Je soavtor več patentov za imunomodulatorne snovi N-acilpeptide. Objavil je nad sto raziskovalnih člankov, sodeloval v številnih domačih in tujih strokovnih revijah. Je vodja oddelka za imunologijo na Inštitutu za mikrobiologijo MF v Ljubljani. Bil je urednik več revij, sedaj je urednik zdravniške revije Isis. Poleg strokovno znanstvenega raziskovalnega dela se ukvarja tudi s književnostjo. Njegov književni opus je obsežen tako na področju poezije, romanopisja, esejistike kot poljudnoznanstvene knjige. In prejel za ta področja več nagrad: Goranovo nagrado, nagrado Prešernovega sklada (za knjigo Srebrnik), Jenkovo nagrado za pesniško zbirko Južno dekle.

## Svetost življenja in evtanazija

Beseda svetost je običajno sinonim za nedotakljivost. Po eni strani gre lahko za nedotakljivost v smislu družbene prepovedi (tabuja). Skupnost se lako naprimer sporazume, da je določen objekt (napr. relikvija) nedotakljiv. Seveda bi se bilo fizično tega simbola mogoče dotakniti, vendar je nedotakljiv zaradi dogovora. Tisti, ki prekrši dogovor, demonstrira, da mu družbeni sporazum v neki izjemno pomembni skupni stvari nič ne pomeni, zato se s prekrškom sam izloči iz skupnosti. V kohezivni skupnosti se ni dovoljeno odreči skupnega dogovora glede svetosti, ki pomembno vzdržuje obstoj skupnosti. V sodobni medicinski praksi lahko podobno vrsto dogovorjenega tabuja opazimo pri prepovedi poseganja v genski material človeških zarodnih celic. Eksperimentalno in fizično je to mogoče storiti, vendar je dogovor, da se raziskovalci tega ne lotevajo.

Drugi pomen besede »svetost« pa lahko opisuje spoznanje, da se sicer marsičesa lahko fizično »dotaknemo«, vendar s tem ne zaznamo in še manj obvladamo bistvo pojava. Fizično se naprimer lahko dotaknemo sočloveka, lahko ga celo grobo obvladamo in zaslužjimo, vendar s tem nismo prišli niti blizu njegovemu življenskem bistvu, njegovi človeški biti. Življenje drugega človeka zato ostane skrivnost, ki nas presega, ostane nedotakljivo in torej sveto ne glede na naše fizične poskuse po obvladovanju in posedovanju. In v tem smislu niti lastnega življenja prevzaprav ne posedujemo, ga nimamo v lasti. Tovrstno pojmovanje svetosti življenja je posebej značilno za etos posameznih verskih skupnosti, medtmem ko v sekularni, demokratični družbi splošno uveljavljanje tako pojmovane absolutne svetosti življenja pomeni vsiljevanje nekih idejnih opredelitev ljudem, ki sami po sebi tovrstnih idej ne delijo in priznavajo. Če je tako vsiljevanje družbeno organizirano, gre pravzaprav za pojav verskega fundamentalizma.

## **Zakaj ima družba interes uveljavljati družbeni tabu o nedotakljivosti (svetosti ) življenja?**

Temelj vsake skupnosti je, da sankcionira življensko najpomembnejše pojave v življenju svojih članov – posedovanje, menjavo, trgovanje, družinska razmerja, spolnost, obrambne naloge, nasilje znotraj skupnosti. Že analiza prestare biblijske zapovedi »Ne ubijaj« razkrije večino elementov, zaradi katerih družba želi prekinitvev človekovega življenja urediti in sankcionirati v območje stroge družbene kontrole. Zapoved »Ne ubijaj« ne prepoveduje uboja zaradi koristi posameznika, ampak zaradi destruktivnega dejanja uboja za skupnost. Zato v bibliji ni nikjer prepoved ubijanja, pač pa mora biti ubijanje izvršeno v okviru natančnih družbenih pravil.

Peta mojzesova knjiga v primeru vojaškega ubijanja sosednjih plemen (ki so bila najbolj konkurenčna za življenski prostor) celo zapoveduje dosledno iztrebljanje vseh - moških, žensk, otrok, celo živali. V vojni proti oddaljenejšim ljudstvom pa zadostuje le preventivni poboj vseh moških, medtem ko je ženske in otroke mogoče zaslužniti. Po drugi strani je znotraj mojzesovega ljudstva zločinsko ubiti sočloveka iz osebnih (premoženjskih, statusnih) interesov. Hkrati pa je opisana zelo široka paleta smrtnega kaznovanja tistih članov ljudstva, ki so se pregrešili zoper postavo: ljudsko sodišče naj zlasti obsodi in usmrti vse »lažne preroke in sanjavce sanj«, ki odvrtaajo ljudstvo od čaščenja sinajskega Boga; oče in mati lahko neubogljivega, upornega sina odpeljeta k mestnim vratom, da ga ljudstvo do smrti posuje s kamenjem; mladoporočenec, ki pri svoji nevesti odkrije, da ni devica, jo prav tako odvede pod kameno točo. Tudi številni drugi spolni prekrški (prešuštvo, homoseksualnost, sodomija) so se končali s kamenjanjem do smrti.

S stališča božjih zapovedi uboj ni prepovedan zaradi svetosti življenja ampak zaradi nezaželjenega, prepovedanega vdora človeških interesov v območje družbene solidarnosti, ki kot mehak embrionalni ovoj obdaja človeško skupnost in jo varuje pred razpadom, nesmisлом, entropijskim kaosom. Zato uboj zunaj družbenih pravil smrtno ogroža celotno skupnost. Božji zakon gleda bolj skupnost kot posameznika in tudi uboj se mu zdi v prvi vrsti bogokleten poseg proti skupnosti, manj pa se »božji mlini« vživljajo v položaj konkretne žrtve uboja. Zato ima dobesedna aplikacija božjih zakonov v prakso včasih precej nenavadne, za posameznika celo zaskrbljujoče posledice. S človeškega stališča je uboj namreč zločin proti konkretni žrtvi (in so vsaj na tej stopnji vsi uboji enako totalni, dokončni, »enakovredni«). S stališča božjih zapovedi pa je hujši uboj tisti, ki bolj škoduje solidarni zavezi skupnosti. In manj hud (ali celo hvalevreden) tisti, ki ne ogroža duha skupnosti (ali celo pomaga krepiti in očiščevati duh skupnosti).

Zato je koristoljubno ubijanje znotraj mozesovega ljudstva slabo, ker - razumljivo - ruši moralo in medsebojno solidarnost ljudstva. Pobijanje sovražnikov je dobro, ker dviga moralo in solidarnost ljudstva. Kaj pa pobijanje lastnih ljudi, ki se prekršijo zoper zakone? Po eni strani je dobro, ker se odstranijo moteči dejavniki, ki kvarijo enotnost ljudskega duha. Po drugi strani je nevarno, ker medsebojno pobijanje ne deluje dobro na moralo. Ampak elegantna rešitev obstaja v tem, da se grešnika najprej prepozna kot odpadnika, ki je z bogokletnim dejanjem sam uničil svojo povezavo s skupnostjo, se izločil in na ta način postal tujec in »zunanji sovražnik« - torej ga je mogoče (po simbolni odstranitvi zunaj mestnih vrat) kamenjati in ubiti kot tujca. In duhovna enotnost skupnosti je rešena!

Starozaveznega Boga torej ni zelo zanimal posameznik-žrtev, niti ga ni zelo zanimal posameznik-ubijalec in maščevanje nad njim. Šlo je bolj za preventivno izolacijo ubijalca, za njegovo oddaljitev, da njegovo dejanje ne bi razdiralno vplivalo na življenje božjega ljudstva. In za preventivni pouk ljudstvu: »Drugi naj to slišijo in naj se bojijo, da ne storijo več take hude stvari v tvoji sredi. Tvoje oko bodi brez usmiljenja: življenje za življenje, oko za oko, zob za zob, roka za roko, noga za nogo.« (5 Mz 19,19-21). Po božjem mnenju življenje iz skupnosti izločenega posameznika ni imelo več nikakršne perspektive in ga je bilo še najbolj koristno žrtvovati v pedagoške namene.



## **Ali je človek vsaj ob soočenju s smrtjo osvobojen družbenih etičnih obvez?**

Življenje je lahko nedotakljivo in »sveto« v smislu družbenega tabuja – če se skupnost dogovori, da je nedotakljivost življenja za njene člane tako pomembna, da bi prekršek tovrstnega pravila razrušil pomembne elemente obstoja skupnosti. Po drugi strani lahko svetost človeškega življenja posameznik lahko individualno zagovarja kot absolutno danost, neodvisno od dogovorov znotraj skupnosti – svetost v tem primeru torej ni dogovorjena etika o statusu življenja, ampak gre za individualno prepričanje posameznika, da ga življenje presega kot fizičen pojav in zato si niti sam ne more »lastiti« svojega življenja.

Če začnemo razmišljati o evtanaziji, kakršnikoli že, se moramo torej predhodno nujno opredeliti o interesu, ki ga pri odočitvi o etiki evtanazije upoštevamo. Ali kot družba priznamo človeku – posamezniku v fazi umiranja, da ima pravico do uresničitve svojega lastnega interesa ne glede na naravo te odločitve. Ali pa kot družba menimo, da je družbeni dogovor glede statusa človeškega življenja tako pomemben družbeni tabu, da ga posameznik tudi v fazi umiranja in agonije ne sme kršiti in uveljavljati svoj lastni interes, kakršenkoli že.

Kdaj je torej pri bolniku meja, ko mu ni treba več služiti družbi, kdaj ga lahko odvečemo od služenja družbeni normi, in mu dovolimo, da živi odločitve glede lastnega življenja kot individualno bitje. Ostaja namreč dejstvo, da je v smrti človek sam. Vprašanje je torej, ali je človek vsaj ob soočenju s smrtjo osvobojen družbene obveze po tabuiziranju in se ima pravico odločiti glede na svoj osebni interes? Ali pa je človek tudi v fazi umiranja še vedno last družbe in mora ostati podrejen njenim tabujem? Verjetno ni potrebno široko utemeljevati, da je s zdravniku, ki skuša načelno zastopati individualni interes bolnika, bližje pojmovanje, po katerem umirujoči sam izbere, na kakšen način bo razumel svoj interes glede življenja in njegove svetosti.

## Prof. dr. Krešimir Pavelić, dr.med.



### Življenjepis

Krešimir Pavelić (1952) medical doctor, professor of molecular biology, Head, Department of Biotechnology, University of Rijeka, former director and establisher of Division of Molecular Medicine, Ruder Bošković Institute, Secretary General of the European Molecular Biology Conference (EMBC), EMBO member, member of Croatian Academy of Sciences and Arts and many others international scientific organisations, former vice-president of European Molecular Biology Conference, EMBC, Delegate of Croatian Academy of Sciences and Arts in European Science Foundation, President of the National Scientific Council, Republic of Croatia, former member of the parliamentarian committee for national scientific awards, expert for molecular medicine of the Trans radical party in the European Parliament. Krešimir Pavelić is *ex officio* member of the Council of the European Molecular Biology Laboratory. He has published 280 scientific papers in world top scientific journals and several invited review papers and chapters in prestigious journals and book published by American and European publishers. He significantly contributed to the understanding of biology of the transformed cell.

## **Programed and induced death: Nanotechnology as an argument against euthanasia**

*Kresimir Pavelic*

*Department of Biotechnology, University of Rijeka, Rijeka, Croatia*

Euthanasia means the termination of a very sick person's life in order to relieve them of their suffering. A person who undergoes euthanasia usually has an incurable condition. But there are other instances where some people want their life to be ended. In many cases, it is carried out at the person's request but there are times when they may be too ill and the decision is made by relatives, medics or, in some instances, the courts. There are several types of euthanasia. In active euthanasia a person directly and deliberately causes the patient's death. This is when the person who wants to die needs help to kill themselves, asks for it and receives it. Indirect euthanasia means providing treatment (usually to reduce pain) that has the foreseeable side effect of causing the patient to die sooner. Non-voluntary euthanasia means that the person cannot make a decision or cannot make their wishes known. This includes cases where: the person is in a coma, too young (very young baby), senile, mentally retarded to a very severe extent, severely brain damaged, mentally disturbed in such a way that they should be protected from themselves. Those in favour of euthanasia argue that a civilised society should allow people to die in dignity and without pain, and should allow others to help them do so if they cannot manage it on their own. They say that our bodies are our own, and we should be allowed to do what we want with them. So it's wrong to make anyone live longer than they want. In fact making people go on living when they don't want to violates their personal freedom and human rights. It's immoral, they say to force people to continue living in suffering and pain.

There are some arguments against euthanasia which are strictly scientific. First I would like to comment life expectancy problem. In 1786, average life expectancy was just 24 years. A hundred years later (1886) it doubled to 48. Right now a newborn can expect to live an average of 76 years. With recent discoveries in biology, many scientists predict that life expectancy will continue to triple-digits. In fact, if they are correct, humans shouldn't have to die at all in the future. As any cell gets older, it is under attack by oxides and free-radicals in the body and environment. We survive as living beings because our cells have the ability to duplicate and replace themselves before being killed by these natural causes. Human body are continually dying, and most of these cells kill themselves by a form of cell death, commonly referred to as apoptosis or programmed cell death. Millions of new cells are produced every second, and millions of others are lost or kill themselves. Studies conduc-

ted in the past have shown that a complex called the "DISC", which is made up of different proteins and is formed following activation of molecules called "Death Receptors", can trigger apoptosis by "switching on" key players in the cell death process. The current study has now revealed that the DISC can trigger cell death or cell survival by switching the activity of key death-promoting molecules. Stopping the "DISC" from functioning properly prevents the cell death programme from being carried out efficiently and instead results in cell survival.

Each time our cells divide, the DNA molecule makes a new copy of itself. Inside the center or nucleus of a cell, our genes are located on twisted, double-stranded molecules of DNA called chromosomes. At the ends of the chromosomes are stretches of DNA called telomeres, which protect our genetic data, make it possible for cells to divide, and hold some secrets to how we age and get cancer. Telomeres have been compared with the plastic tips on shoelaces because they prevent chromosome ends from fraying and sticking to each other, which would scramble an organism's genetic information to cause cancer, other diseases or death. Yet, each time a cell divides, the telomeres get shorter. When they get too short, the cell no longer can divide and becomes inactive or "senescent" or dies. This process is associated with aging, cancer and a higher risk of death. So telomeres also have been compared with a bomb fuse. Without telomeres, the main part of the chromosome - the part containing genes essential for life - would get shorter each time a cell divides. So telomeres allow cells to divide without losing genes. Cell division is needed so we can grow new skin, blood, bone and other cells when needed. Without telomeres, chromosome ends could fuse together and degrade the cell's genetic blueprint, making the cell malfunction, become cancerous or die. Because broken DNA is dangerous, a cell has the ability to sense and repair chromosome damage. Without telomeres, the ends of chromosomes would look like broken DNA, and the cell would try to fix something that wasn't broken. That also would make them stop dividing and eventually die. Length of telomere chains becomes shorter as we grow older. Eventually the telomeres become so short that cell replication produces lethal errors or missing pieces in the DNA sequence, ending the cell's ability to replace itself. This point, when the cell has lost vital DNA code and cannot reproduce, is called the Hayflick limit. It's the measure of how many times a cell can copy itself before it dies. Some cells in our body have a very high hayflick limit. Cells that line the inside of mouth and intestines, for example, are constantly being worn away and replaced. Indeed these cells appear to have the ability to regrow telomeres even in aged bodies. Scientists were curious why some cells shut down telomere growth with age, and some do not. If telomerase makes cancer cells immortal, could it prevent normal cells from aging? Could we extend lifespan by preserving or restoring

the length of telomeres with telomerase? If so, does that raise a risk the telomerase also will cause cancer? Scientists are not yet sure. But they have been able to use telomerase to make human cells keep dividing far beyond their normal limit in laboratory experiments, and the cells do not become cancerous. If telomerase could be used routinely to “immortalize” human cells, it would be theoretically possible to mass produce any human cell for transplantation, including insulin-producing cells to cure diabetes patients, muscle cells for muscular dystrophy, cartilage cells for people with certain kinds of arthritis, and skin cells for people with severe burns and wounds. Efforts to test new drugs and gene therapies also would be helped by an unlimited supply of normal human cells grown in the laboratory.

How we can extend human life? Theoretically, extension of maximum lifespan could be achieved by reducing the rate of aging damage, by *periodic replacement of damaged tissues*, or by *molecular repair* or *rejuvenation* of deteriorated cells and tissues and the enhancement of *telomerase* enzyme activity. Future research will be geared towards telomere repair strategies. So for humans to extend life we must do two things: first, eliminate the toxins in our environment that rust the cells. A toxic environment can run through those allotted duplications at an accelerated rate. Next we wait for a scientific breakthrough - perhaps some pharmaceutical that will re-activate telomere production in healthy cells only. Understanding and controlling telomeres in healthy and cancerous cells will lead to a cure or prevention of cancer. If mortality still eludes us, at least that will greatly extend our lives. The twenty-first century may well be the era in which humans learn the secrets of eternal life, but it may also be a time to be reminded of the many dangers inherent in exploring and exploiting these god-like abilities. In the lecture I shall discuss possibility of nanotechnology to extend human life and prevent suffering from diseases.

## Mag. Miha Žebre, univ. dipl.prav.



### Življenjepis

Mag. Miha Žebre je leta 2002 na ljubljanski Pravni fakulteti diplomiral z nalogo »Vpliv lastniške strukture na učinkovitost slovenskih zavarovalnic«. Po opravljenem pripravništvu na Vladi RS se je odločil za podiplomski študij evropskega in civilnega prava na Ruprecht-Karlovi Univerzi v nemškem Heidelbergu. Tam je leta 2005 magistriral z nalogo »Nemški sistem odškodninske odgovornosti zdravnikov s pobudami za slovensko pravo«. Leta 2004 se je zaposlil v mednarodnem oddelku Statističnega urada RS, kjer je bil zadolžen za implementacijo evropskih direktiv v naci-

onalno zakonodajo, nato pa je za dve leti odšel v Luksemburg, kjer je na Sodišču EU opravljal delo pravnika lingvista. Po vrnitvi v Slovenijo se je leta 2007 zaposlil v odvetniški pisarni Veršič & Perčič in hkrati opravil še sodno pripravništvo ter nato pravosodni izpit. Zadnja tri leta je kot član Pravne službe Evropske komisije slednjo zastopal v postopkih pred Sodiščem EU in skrbel za kakovost zakonodaje EU. Trenutno je doktorski študent Pravne fakultete Univerze v Mariboru, kjer raziskuje področje evropskega civilnega procesnega prava. Je avtor več prispevkov z omenjenega področja.

## **Stanje sodne prakse ob pravici ne biti rojen (primerjalno pravni pogled)**

V sodnih in zunajsodnih postopkih, ki se nanašajo na doktrino wrongful life/birth, oškodovanec (starši v otrokovem in svojem imenu) zatrjujejo, da je v prenatalni fazi zdravnikova napačna ali nezadostna poučitev o zdravstvenem stanju zarodka privedla do rojstva hudo bolnega oziroma nenačrtovanega otroka in da bi se s pravilno in popolno diagnostiko rojstvu takega otroka lahko izognili.

Avtor se v prispevku sprašuje o stanju sodne prakse v zvezi s kontroverzno doktrino »wrongful life/birth«, ki črpa svojo dinamiko iz skokovitega razvoja medicinske znanosti s področja prenatalne diagnostike, etično pa njen razvoj zaznamujeta moralni koncept človekovega dostojanstva ter krščansko pojmovanje svetosti človeškega življenja od samega spočetja dalje. Jasno je, da je priznanje veljavnosti te doktrine tesno povezano s ustavnim obstojem oziroma uzakonitvijo pravice do splava. Poleg etične dimenzije, ki je vseprisotna, se porajajo dvomi tudi o sami vzročnosti, škodi in legitimaciji.

Od slovite sodbe Perruche, ki jo je leta leta 2000 izreklo francosko kasacijsko sodišče in v kateri je najvišja francoska sodna instances potrdila nižjestopenjsko prisoditev odškodnine otroku, ki mu je bila kršena sporna pravica ne biti rojen, je stanje prenatalne diagnostike napredovalo, zdi pa se, da zasidrani moralno-etični standardi še vedno preprečujejo razmah obravnavanja rojstva kot škodnega dogodka kot tudi razmah defenzivne medicine.

## Prof. dr. Friderik Klampfer, dipl. phil.



### Življenjepis

Dr. Friderik Klampfer, izredni profesor za filozofijo na Oddelku za filozofijo Filozofske fakultete v Mariboru, kjer predava etiko in socialno in politično filozofijo. Je avtor številnih znanstvenih in strokovnih člankov s področja praktične filozofije, in pa treh knjig: Etiški pojmovnik za mlade (2003), Telovadnica za možgane: uvod v kritično mišljenje (2008, skupaj z Janezom Bregantom in Smiljano Gartner) ter Cena življenja: razprave iz bioetike (2010).



## **Evtanazija – pogled filozofa**

V prispevku se ukvarjam z določitvijo moralnega statusa aktivne prostovoljne evtanazije. Pri tem me tokrat ne zanima toliko, ali je prošnja razsodne in avtonomne, neozdravljivo bolne osebe, naslovljena na zdravnika ali negovalca, da naj ji ta pomaga pospešiti njeno smrt, lahko kdaj moralno legitimna, ter ali jo zdravnik ali kaka druga za to pooblaščen oseba vsaj v določenih izjemnih okoliščinah sme oz. celo mora uslišati (moj odgovor na obe vprašanji je emfatičen da). V ospredju mojega zanimanja je vprašanje, ali ustavno načelo enakosti pred zakonom, moralno načelo moralne enakosti ali kako tretje meta-načelo v tem primeru zahteva, da mora biti možnost predčasnega končanja življenja (brez kazenskopravnih posledic za vpletene) v načelu na razpolago vsem, skratka, vpisana v sam zakon.

Pri gorečih nasprotnikih vzbujajo predlogi o uzakonitvi aktivne prostovoljne evtanazije celo vrsto pomislekov. Najmočnejši in v strokovni in laični javnosti najpopularnejši je brez dvoma očitak, da bi uzakonitev prostovoljne evtanazije po neki železni logiki prej ali slej privedla do evtanaziranja bolnikov brez njihove privolitve in celo proti njihovi izrecni volji. Če je bilo ovrednotenje omenjenega očitka, ki je v literaturi znan pod imenom argument iz spolzke strmine, zaradi pomanjkanja verodostojnih empiričnih podatkov v preteklosti prepuščeno golemu ugibanju in domišljiji, pa bi moralo biti zdaj, po uzakonitvi evtanazije najprej na Nizozemskem, nato pa zapored še v nekaterih drugih državah (Belgiji, ameriški zvezni državi Oregon, Švici), na voljo dovolj podatkov vsaj za njegovo preliminarno, če že ne dokončno oceno.

V prispevku najprej predstavim trende, ki jih je mogoče razbrati iz doslej zbranih in obdelanih podatkov o številu primerov različnih vrst evtanazije v navedenih državah, nato pa zaradi metodološke neustreznosti po vrsti zavrnem nekatera njihova apokaliptična in črnogleda tolmačenja. Ne le da trendi niso kaj prida zaskrbljujoči, tudi noben prepričljiv in empirično preverljiv vzročni model nam ni bil zaenkrat predstavljen, ki bi vsaj približno zadovoljivo pojasnil, od kod predlagani zakonodajni rešitvi.

## **Ključne besede**

Evtanazija, pravica do življenja, uzakonitev evtanazije, argument iz spolzke strmine.

## Dr. Tadej Strehovec, dipl. teol.



### Predstavitev predavatelja

Tadej Strehovec (\*1973) je po srednji šoli v Ljubljani nadaljeval študij na Teološki fakulteti UL na kateri je leta 1999 diplomiral iz teologije, 2001 magistriral iz teologije in leta 2005 doktoriral z nalogo »Položaj človeške osebe v raziskavah matičnih celic«. Leta 2005 je v okviru podoktorskega študija, magistriral iz aplikativne etike na Katholieke Universiteit Leuven (Belgija) kjer je pripravil delo z naslovom »Etični vidiki vedenjske genetike«. Od leta 2007 je član Komisije Pravičnost in mir pri SŠK, član Skupine za bioetiko pri COMECE (Belgija) (2010) ter član Skupine

evalvatorjev in strokovnjakov za etiko pri Evropski komisiji (2006). Od leta 2006 predava na Teološki fakulteti UL. V zadnjih letih je objavil številne znanstvene članke tako doma kot v tujini. Je tudi avtor knjige »Človek med zarodnimi in izvornimi celicami«.

## Stališče katoličanov do evtanazije

Katoliška etika je znotraj bioetike prepoznana predvsem po načelu spoštovanju človeškega življenja od spočetja do naravne smrti. Vedno pogostejša vprašanja povezana s koncem življenja, danes odmevajo tudi v katoliški teologiji še posebej, ko gre za dileme povezane s t.i. agresivnim medicinskim zdravljenjem in podaljšanjem življenja, osmišljanjem trpljenja, dožemanja smrti ter pobudami za legalizacijo evtanazije in asistiranega samomora. *Kongregacija za nauk vere* je leta 2009 izdala stališče o oskrbi t.i. terminalnih bolnikov, v katerem je predstavila etično legitimne okvire znotraj katerih je mogoče bolnikom in umirajočim zagotoviti temeljne človekove pravice ter etične dopuščeno pomoč in oskrbo.

## Dr. Jadranka Stričević, univ. dipl. org.



### Življenjepis

Doktorica Jadranka Stričević je v Sloveniji končala osnovno in srednjo zdravstveno šolo, nato v Zagrebu Višjo medicinsko šolo in v tem mestu 26 let službovala na kirurškem področju v kliničnem okolju. Pred šestnajstimi leti jo je življenjska pot znova pripeljala v Slovenijo, kjer je nadaljevala svojo poklicno pot v »pedagoških vodah«. Od leta 1997 je višja predavateljica na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Po končanem znanstvenem magistratu leta 2004 in znanstvenem doktoratu leta 2010 nadaljuje svojo akademsko pot v docentko. Znanje, ki ga je pridobila v

času študija, ji je omogočilo neposredno uporabo in širjenje izobrazbe, kakovostno strokovno delo, aktivno vlogo v znanosti in ustvarjanje z raziskovanjem. Sodeluje in objavlja na mnogih področjih, v znanstvenih knjigah, znanstvenih revijah, je vabljen predavateljica na mednarodnih kongresih, aktivno sodeluje na simpozijih in strokovnih srečanjih. Prispevek k znanosti je za doktorico Jadranko Stričević nekaj, kar poplača velik trud, ki ga kot raziskovalka vložijo v delo. Če pogleda na prehojeno 40-letno poklicno pot, je vesela rezultatov, ki so ostali za njo. Še vedno pa meni, da je primarnega pomena čustvena inteligenca in da mora še veliko narediti za študente, katerim je mentorica in somentorica pri diplomskih delih. Doktorica Jadranka Stričević pravi, da ne ve, na kateri dosežek v življenju je najbolj ponosna. Meni, da največji izziv še pride, saj pripada generaciji, ki ima privilegij, da spreminja stvari v svojem okolju in prispeva k razvoju znanosti na področju zdravstvene nege. V življenju je srečala izjemne ljudi, ki so prispevali k razvoju znanosti. Zanimivo se ji zdi dejstvo, da bolj ko so strokovno priznani, bolj so človeški, skromni, dostopni. Prijateljevanje s takšnimi ljudmi ima za privilegij.

## Doc. dr. Majda Pajnkihar, univ. dipl. org.



### Življenjepis

Doc. dr. Majda Pajnkihar je predava zdravstveno nego, komunikacijo v zdravstveni negi, kvalitativno raziskovanje in zdravstveno nego v pedijatriji. Je mentor diplomskim in podiplomskim študentom zdravstvene nege. Je predstojnica Inštituta za zdravstveno nego na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru. Je gostujoča profesorica na University Ulster v združenem kraljestvu. Zdravstveno nego predava tudi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru. Njena osebna bibliografija obsega več kot 200 bibliografskih enot. Diplomirala je na Visoki šoli za zdravstveno nego

v Ljubljani, nato pa diplomirala in magistrirala na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru. Doktorirala je iz zdravstvene nege na Univerzi v Manchesteru. Je članica: Komisije Republike Slovenije za zaščito pacientovih pravic, uredniškega odbora revije *International Journal of Nursing Studies*, revije *Nursing in the XXIst Century*, UDINE C skupine in članica prestižnega svetovnega združenja zdravstvene nege *Honor Society of Nursing - Sigma Theta Tau International*. Prejela je Srebrni znak Univerze u Mariboru, Zlati znak in plaketu Zdravstvene Zbornice babiške nege Slovenije in Srebrni znak društva medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Maribor.

## Doc. dr. Ana Habjanič, univ. dipl. org.



### Življenjepis

Docentka Ana Habjanič je svojo profesionalno pot začela v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, v Patronažnem varstvu, kot polivalentna patronažna medicinska sestra in kot vodja računalniško informacijske dejavnosti. Raziskovalne izkušnje je začela pridobivati kot članica raziskovalne skupine WHO pri mednarodni študiji »Potrebe ljudi po zdravstveni negi«. Zaposlena je na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Mariboru, kot specialistka gerontološke zdravstvene nege in docentka za področje zdravstvene nege. Doktorski študij je opravila na Finskem,

University of Oulu, Faculty of Medicine, Degree of Doctor of Health Sciences, doktorska disertacija »Quality of institutional elderly care in Slovenia« Njeno interesno področje je zdravstvena nega starostnika z gerontologijo in geriatrijo, delno informatika v zdravstveni negi in raziskovanje v zdravstveni negi. Aktivno je sodelovala v več mednarodnih raziskovalnih projektih in različnih strokovnih ter znanstvenih konferencah doma in v tujini. Je mentorica velikemu številu študentom na dodiplomskem, specialističnem in podiplomskem študijskem programu.

## **Pravica do dostojanstvene smrti**

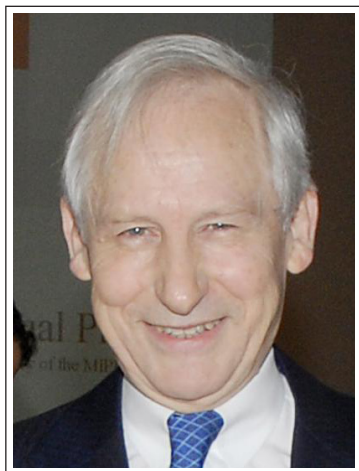
### *(The Right to Die with Dignity)*

Zdravje je človekova pravica in vrednota, ki je prav gotovo med najbolj željenimi in cenjenimi pravicami in vrednotami, še posebej takrat, kadar naši najbližji ali sami neozdravljivo zbolimo. Kljub napredku znanosti, medicine in zdravstvene nege sta umiranje in smrt še vedno neločljiva dela našega življenja. Srečanje z umirajočim pacientom, ki ve, da se njegovo življenje izteka, pri zdravstvenih delavcih in svojcih izzove strah in tesnobo. Vse bolj se zdravstveni delavci zavedajo smrti kot sestavnega dela življenja. Pravica umirajočega je, da živi zadnji del življenja na stopnji človekovega dostojanstva, zato mu je potrebno zagotoviti vso možno zdravstveno nego in oskrbo, human odnos do sočloveka, spoštovanje človekovih pravic ter ohranjanje dostojanstva. Človek naj bi v terminalni fazi svojega življenja in bolezni bil deležen vseh ukrepov, ki bi njemu in njegovim svojcem olajšali podoživljanje bolezni, bolečin ter bližajoče se smrti. Pacientu je treba tako zagotoviti čim višjo možno stopnjo kakovostnega življenja, kar se bo odražalo v veliki meri tudi skozi ukrepe, s katerimi se bo lajšalo njegove bolečine in trpljenje. Pomembnosti paliativne nege se tako zavedajo na mednarodni ravni, kakor tudi v Republiki Sloveniji, kjer je bil marca 2010 pod okriljem Ministrstva za zdravje sprejet Državni program paliativne oskrbe. Posebno pozornost paliativni negi posveča tudi Odbor ministrov Sveta Evrope, ki je 12.11.2003 sprejel program organizirane paliativne nege. Paliativna nega pa je zajeta tudi v Evropski konvenciji o človekovih pravicah in biomedicini, Priporočilu Parlamentarne skupščine o varstvu človekovih pravic in dostojanstvu bolnih na smrt in umirajočih idr.

### **Ključne besede**

pacient, zdravstveni delavec, dostojanstvo, smrt.

## Prof. dr. dr.h.c. Joseph Straus, univ. dipl. prav.



### Življenjepis

Joseph Straus (Dr.jur, Dres.jur. h.c.), Prof. of Law (Univ. of Munich and Ljubljana), NIPMO-UNISA Chair for Intellectual Property, University of South Africa (UNISA), Pretoria, Marshall B. Coyne Visit.Prof. of Int. and Comp. Law, George Washington Univ. Law School, Washington D.C. Hon.Dir. of the IP Inst. of the Tongji Univ., Shanghai, Hon.Prof. at that Univ., Hon.Prof. Huazhong Univ., Wuhan, Hon.Prof. Xiamen Univ., Xiamen. Visit.Prof., Graduate Institute of IP, Taipei; Visit.Fellow, Hoover Inst., Stanford Univ., Dir. Emeritus of the Max Planck Institute for IP

and Competition Law, Munich (2001-2009); Chair, Managing Board of the Munich IP Law Center (MIPLC) (2003-2009). Born: 1938 in Trieste, Italy, received Law-Dipl. 1962 from Univ. of Ljubljana, and 1968 Dr. jur. (SJD) from Univ. in Munich. Habil. in 1986 at Univ. of Ljubljana. Priv. practise from 1968 to 1977, since then with the Max Planck Inst. Nom. Full Prof. of IP Law, Univ. of Ljubljana (1986-). Visit.Prof. of Law, Cornell Law School (1989-1998); Distinguished Visit. Prof. of Law, Faculty of Law, Toronto Univ. (Spring 2005). Author or co-author of more than 300 publications. Consultant to OECD, WIPO, UNCTAD, UNIDO, EC-Commission, World Bank, the German Bundestag and the German Gov., as well as the Europ. Parliament, the Europ. Patent Org., the Swiss Gov. and the Swiss Federal Inst. for IP. Vice-Pres., German Association for the Protection of IP (GRUR) 2002-, Chair IP Rights Comm. of the Human Genome Org. (HUGO) 1995-2006, Chair Prog. Comm. AIPPI (1997-2006); Chair, Law Section, Academia Europaea (2009-); Chair Standing Comm. on IP, Federation of European Academies of Science (ALLEA) (2010-); former Pres. of ATRIP. Memb. European Acad. of Sciences and Arts (2001-), Vice-Pres. (2010-), Corresp. Memb. Slov. Acad. of Sciences and Arts (1995-). Science Award 2000 Foundation for German Science, Commander's Cross of the Order of Merit of the FR Germany 2005. Memb. of Hon. AIPPI (2006); Venice IP Award 2007; Inducted into IAM IP Hall of Fame 2007; Order of Merit of the Rep. of Slov. (2010); Ambassador of Science of the Rep. of Slov. (2011).



## **Medicine between Scientific Advances and Ethics**

### *How Much Ethics Medicine Needs, How Much Ethics Can Medicine Afford?*

Advances in molecular biology, genomics, proteomics, production of monoclonal antibodies by hybridoma technology, and e.g. in stem cell technology, form the very basis of a great number of new therapies and diagnostics. The high risk investment in research and development of these new therapeutics and diagnostics has been widely secured by patenting inventions in those new areas of science and technology. Since the advent of the recombinant DNA technology, the very basis for most subsequent developments, in the 1970s, the potential application of the new research findings as well as the patenting of those findings have been confronted and questioned by numerous ethical concerns.

In retrospect, selected scientific achievements of interest and their successful protection by patents will be presented ( e.g. in case of EPO, GCSF, or BRCA 1 and 2). Followed by an analysis of the legal foundations taking into account issues of ordre public and morals in the area of patents. In this context the recent case law in Europe dealing with patenting of human embryonic pluripotent stem cells will be analyzed.

Finally, an attempt will be made to identify the role ethics should play in this context and which conditions it should fulfill in order to secure that advances in medicine will reach the patients without delay.

## Prof. dr. dr.h.c. Felix Unger, dr. med. Salzburg



### Življenjepis

Prof. Dr. Felix Unger se je rodil 2. marca 1946 v Celovcu (Avstrija). Leta 1965 se je vpisal na Medicinsko fakulteto Univerze na Dunaju, kjer je leta 1971 magistriral. Po stažu na Kliniki za kardiologijo, se je leta 1972 pridružil 2. kirurgiji Kliničnega centra Univerze na Dunaju. Leta 1974 je preživel 7 mesecev v ZDA, kjer se je usposabljal pri profesorjih: Denton A. Cooley, (Houston/Texas), Yukihiko Nose (Cleveland/Ohio) in pri dr. Willemu Kolffu v Salt Lake City/Utah. Po povratku v Evropo je nadaljeval z usposabljanji na področju kirurgije. Leta 1978 je postal izredni

profesor za kirurgijo na dunajski Univerzi, leta 1978 se je pridružil kirurški kliniki v Innsbrucku in leta 1983 bil izvoljen v naziv profesorja za kirurgijo. Od leta 1985 do 2011 je vodil Univerzitetno kliniko za srčno kirurgijo v Salzburgu.

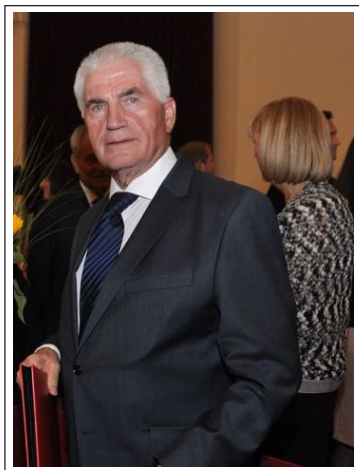
Ključni interes prof. Ungerja je za srčno kirurgijo, znanstveni interes pa je posvečen področju motenj v prekrvavitvi srca in umetnemu srcu. Od leta 1977 je opravil 22 kliničnih implantacij, vstavil 20 levih prekatov in 2 umetni srca. Marca 1986 je opravil prvo kardiološko transplantacijo umetnega srca v Evropi.

Prof. Unger je avtor in soavtor več kot 400 publikacij, predsedoval nacionalnim in mednarodnim konferencam, imel več kot 60 znanstvenih referatov in dobil tri nagrade. Bil je urednik petih knjig, med katerimi so: »Assisted Circulation«, *Assisted Circulation II*«, »Assisted Circulation III« in »Coronary Artery Surgery«.

Med leti 1979 in 1993 je predsedoval je devetim znanstvenim posvetom v Innsbrucku in Salzburgu in leta 1985 ob podpori Evropskega združenja za srčno kirurgijo vodil mednarodno delavnico v Salzburgu na temo Srčna kirurgija v devetdesetih.

Bil je predsednik Mednarodnega združenja srčnih in torakalnih kirurgov, sedaj pa je predsednik Evropske akademije znanosti in umetnosti, kjer se posveča predvsem vlogi univerz na področju evropskega zdravstva in medicine.

## Prof. dr. Ludvik Toplak, univ. dipl. prav.



### Življenjepis

Študij v Ljubljani, Beogradu, New Yorku, Novem Sadu, Oslu in Potsdamu.

Delal kot profesor na Pravni fakulteti v Mariboru ter Univerzi v Ljubljani.

Avtor in soavtor številnih znanstvenih in strokovnih del ter publikacij s področja civilnega, gospodarskega in mednarodnega gospodarskega prava, ekologije, intelektualne lastnine in človekovih pravic ter zlasti socialno tržne ekonomije.

Delal v gospodarstvu (1980-1987) in v politiki kot predsednik Družbenopolitičnega zbora, prvega demokratično izvoljenega parlamenta Republike Slovenije (1990-1993), bil rektor Univerze v Mariboru (1993-2002) ter veleposlanik Republike Slovenije pri Svetem sedežu (2002-2006), danes prorektor univerze Alma Mater Europaea founded by European Academy of Sciences and Arts Salzburg (2012 - ), EASA, ter ustanovitelj in predsednik Evropskega središča, Maribor. Član Evropske akademije znanosti in umetnosti. Član Rotary International, Council of Legislation (2013)

Na področju izobraževanja bil aktivno vključen v mednarodne programe kot predsednik Podonavske rektorske konference, predsednik Rektorske konference Alpe-Jadran, član predsedstva Evropske rektorske konference, član predsedstva Konfederacije univerz Evropske unije ter International Conference on High Education (ICHE).

## Avtonomija znanosti

Pojem avtonomije znanosti za potrebe posveta Medicina in pravo je potrebno opredeliti s filozofsko kulturološkega, ekonomsko tržnega, ideološko političnega in zlasti etičnega vidika v medicini in pravu.

Pojem avtonomija znanosti se je pod pritiskom ideološko političnih ali ekonomsko tržniških interesov pogosto prilagajal, prilagajati pa so se poskušale tudi etične in pravne norme, tudi v medicini. Govorimo o relativizaciji morale. To je vodilo do prevlade parcialnih interesov in pristopov. Svoj delež odgovornosti ima tudi znanost zaradi »barbarizma specializacij«, v 19. in 20. stoletju, kot piše José Ortega.

Za ilustracijo obravnavanega vprašanja opišemo primer. Na Trgu Sv. Jakoba v Satiagu de Compostela so ob 500 letnici univerze ponosno pokazali trg, ki ga obdajajo reprezentativne stavbe: katedrala z grobom Sv. Jakoba, univerza, mestna hiša, guverner in hiša gospodarske zbornice, некоč cehov. Sredi trga bi naj stala kamnita miza, kjer so se na tri mesece srečevali župan, škof, rektor, guverner in predstavnik cehov ter poravnavali račune. Na simbolni ravni so demonstrirali enakopraven, prirejen odnos med lokalno skupnostjo, cerkvijo, znanostjo in umetnostjo, državno oblastjo in gospodarstvom in na ta način demonstrirali prirejenost avtonomije znanosti, vere, lokalne skupnosti, ekonomije in politike, vzajemno priznavanje in spoštovanje institucij, dejavnosti ter življenjskih in duhovnih potreb. V dobi naraščanja absolutističnih monarhij je politika nadvladala vse druge. Temu je prispeval izključujoči racionalizem in utilitarizem. Porušeno je bilo ravnotežje in do današnjih dni se potencirajo konflikti na lokalnem, nacionalnem in globalnem nivoju za prevlado političnega, scientističnega, marketinškega, teokratskega ali lokalističnega fundamentalizma. Prezrlo se je tudi dejstvo, da v različnih sferah življenja veljajo različna pravila. Tako v politiki demokracija, v znanosti meritokracija, v umetnosti etika in estetika, v veri svetost, v ekonomiji racionalizacija, na lokalnem nivoju med ljudmi pa pravičnost. Tudi znanost je pogosto klonila pritiski parcialnih centrov moči, zlati političnih ali finančnih.

Danes je znanost podvržena številnim pritiskom zlasti ekonomskim pod pretvezo tržne ekonomije in svobodne konkurence, politično ideološkim pod pretvezo javnega interesa, scientističnim, lokalnim ali teokratskem. Odgovor na vprašanje avtonomije z vidika etike v medicinski znanosti je rezultanta različnih pogledov, ki jih definirajo pravne in etične norme, kaže pa se v instrumentariju odgovornosti, to je odnosu ljudi in institucij do norm, pravnih, etičnih in profesionalnih. V medicini je zahvaljujoč visoko razviti profesionalni kulturi kljub turbolencam in relativizaciji vrednot uspelo zadržati visoko stopnjo etične odgovornosti, ki pa je izpostavljena nenehnim preizkušnjam in jo je potrebno trajno potrjevati.

## Prof. dr. Jože Balažic, dr. med.

### Specialist za sodno medicino



### Bio-in bibliografija

Rojen 20. februarja 1954 v Renkovcih. Po končani osnovni šoli je šolanje nadaljeval na Gimnaziji Miloš Zidanšek v Mariboru in po maturi študij splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Po diplomi se je zaposlil kot splošni zdravnik v ZD Ljubljana, Enota Šiška. V letu 1984 se je zaposlil kot zdravnik specializant na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani pod mentorstvom akademika Janeza Milčinskega. Leta 1985 je postal asistent na Katedri za sodno medicino in deontologijo in leta 1988 opravil specialistični izpit iz sodne medicine. Leta

1992 je ubranil doktorsko disertacijo z naslovom »Postmortalne spremembe elektrolitov očesne tekočine in čas nastopa smrti«. Po izvolitvi v naziv docenta ter izrednega profesorja je bil v letu 2006 izvoljen za rednega profesorja za sodno medicino in medicinsko deontologijo. Od leta 1998 dalje je predstojnik Inštituta za sodno medicino MF UL in od leta 2012 dalje predstojnik Katedre za sodno medicino MF UMB. Strokovno se je izpopolnjeval na Inštitutu za pravno medicino Univerze v Muenstru v Nemčiji. Objavljenih ima preko 250 bibliografskih enot v odmevnih tujih in domačih revijah ter dosega trenutno skupno 278 citatov svojih objavljenih del, od tega 244 čistih citatov. Iz področja sodne medicine je predavatelj sodne medicine na MF v Ljubljani in Mariboru, na Pravni fakulteti v Ljubljani ter predavatelj Medicinske deontologije na MF v Ljubljani. Sodeluje na podiplomskem študiju na MF v Ljubljani, Pravni fakulteti v Ljubljani, Fakulteti za strojništvo v Ljubljani, Fakulteti za pomorstvo in promet v Portorožu ter na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Je član domačih in mednarodnih strokovnih združenj ter član uredniškega odbora revije Rechtsmedizin pri založbi Springer v Nemčiji. Poleg strokovnega in pedagoškega dela se ukvarja tudi s projektom modeliranja v medicini in tehniki v raziskovalni skupini skupaj s Fakulteto za strojništvo v Ljubljani. Je član Komisije za medicinsko etiko RS ter aktualni Tožilec pri Zdravniški zbornici Slovenije. Bil je mentor številnim specializantom, mentor pri dveh doktoratih in enem magisteriju, trikrat je bil komentor pri doktoratih in enkrat komentor pri magisteriju.

## Etika v medicinski znanosti – področje forenzične medicine

Prof. dr. Jože Balažic, dr. med., Inštitut za sodno medicino MF UL, Korytkova 2, Ljubljana in Katedra za sodno medicino MF UMB, Slomškov trg 5, Maribor

### Uvod

Sodna medicina je posebna medicinska veja, ki se ukvarja tako s strokovnim, kot tudi znanstveno-raziskovalnim in pedagoškim delom. Na pedagoškem področju se ukvarja s poukom sodne medicine ter medicinske deontologije na dodiplomskem ter podiplomskem študiju. Na strokovnem področju obravnava številne primere v okviru forenzične obdukcije, forenzične toksikologije in alkoholometrije, forenzične kriminalistike, forenzične genetike, forenzične entomologije, forenzičnega izvedenstva ter forenzične klinične medicine. Znanstveno raziskovalno delo poteka na dveh ravneh in sicer primarno znanstveno raziskovalno delo poteka na inštitutu v skladu z določili Helsinške deklaracije, v skladu z Oviedsko konvencijo in v skladu z dobro laboratorijsko prakso ob predhodni odobritvi raziskave s strani Komisije za medicinsko etiko. Sekundarno znanstveno raziskovalno delo poteka v obliki raznih analiz biološkega človeškega materiala ter bodisi kot trening novih medicinskih metod in tehnik na truplih pokojnikov, bodisi kot novi kirurški pristop na truplih, predno je le-ta uveden v kirurško operativno prakso. Tudi sekundarno znanstveno raziskovalno delo je možno opraviti le ob predhodni odobritvi Komisije za medicinsko etiko.

### Razpravljanje

V zadnjih letih se je etični pogled na uporabo biološkega materiala in uporabe človeških trupel močno spremenil. Z naglim razvojem medicine in predvsem medicinskih tehnik se je zanimanje za človeški biološki material in trupla močno povečal. Ob številnih vlogah za tovrstno raziskovalno delo morajo v forenziki veljati vse najvišje etične norme. Zavedati se moramo, da marsikatera pravica po smrti ne ugasne in jo je potrebno maksimalno spoštovati ob vsej pieteti do pokojnika in do njegovih svojcev. Republika Slovenija je s svojo zakonodajo podobno kot številne evropske države, dobro zavarovala zaupne in občutljive osebne podatke, kamor pokojnikovi podatki prav gotovo spadajo. Na Inštitutu za sodno medicino se zavedamo, kako pomembno je dejstvo, da raziskave na truplih pomenijo v napredku medicine pomemben del krepitev in predvsem tehničnega razvoja medicinske znanosti. Pri tem je bistveno dejstvo, da si mora medicina s pietetnim in strokovno neoporečnim ravnanjem s trupli in delom na truplih ohraniti zaupanje ljudi. Prevlada-

dati mora prepričanje, da javnost zaupa vsem udeleženi pri tovrstnih raziskavah, ki morajo do potankosti in v največji možni meri spoštovati pieteto in človeško dostojanstvo, še posebej pa želje pokojnika za časa njegovega življenja, njegovo voljo in pravico do zaupnosti njegovih podatkov tudi po smrti.

Pri vsakem znanstveno raziskovalnem delu na truplih je obvezno upoštevanje priporočil Komisije za medicinsko etiko, ki priporoča predvsem naslednje: privolitev, soglasje pristojnega telesa, pietetno ravnanje in spoštovanje zasebnosti. Priporočilo komisije je tudi, da če je le mogoče, se vsi posegi na truplu izvedejo znotraj obdukcijskega reza, če pa se izvedejo izven tega, je potrebno vzpostaviti čim bolj podobno prvotno stanje.

## **Zaključek**

Podrobne zakonske ureditve znanstvenega raziskovanja na truplih in biološkem materialu nimamo niti v Sloveniji, niti v razvitem svetu. Do sprejetja ustrezne zakonodaje je nujno, da se medicina in medicinska znanost držite priporočil Oviidske konvencije in predlaganih priporočil Komisije za medicinsko etiko.

## Akad. prof. dr. Jože Krašovec, dipl. teol.



### Življenjepis

Rojen je bil 20. aprila 1944 v Sodni vasi pri Podčetrtku. 1963–1970 je študiral teologijo na Teološki fakulteti v Ljubljani, 1970–1976 je študiral na Bibličnem inštitutu v Rimu in na francoski biblični in arheološki šoli v Jeruzalemu. 1976 je na Papeškem bibličnem inštitutu v Rimu dosegel doktorat iz bibličnih ved. 1982 je na Hebrejski univerzi v Jeruzalemu dosegel doktorat iz filozofije, 1986 je na Sorboni v Parizu dosegel kombiniran doktorat iz zgodovine religij – religijske antropologije (za Sorbono) in teologije (za Katoliški inštitut). Vse tri disertacije

so objavljene: 1. *Der Merismus im Biblisch-Hebräischen und Nordwestsemitischen* (BibOr 33; Rome: Biblical Institute Press 1977); 2. *Antithetic Structure in Biblical Hebrew Poetry* (VT.S 35; Leiden: E. J. Brill, 1984); 3. *La justice (sdq) de Dieu dans la Bible hébraïque et l'interprétation juive et chrétienne* (OBO 76; Freiburg, Švica: Universitätsverlag; Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1988). Od 1976 dalje je predaval svetopisemske študije na Teološki fakulteti v Ljubljani, od 1992 kot redni profesor. Dne 30. maja 1991 je bil izvoljen za dopisnega člana, 6. junija 1995 za rednega člana SAZU. Dne 6. avgusta je bil izbran za predsednika združenja *International Organization for the Study of the Old Testament* (IOSOT) in je julija 2007 v Ljubljani organiziral 19. svetovni kongres tega združenja. Od 1993 je član, od leta 2011 član senata Evropske akademije znanosti in umetnosti. Od leta 2002 je delegat SAZU pri Union Académique Internationale. Predaval je na številnih univerzah in mednarodnih združenjih v Evropi in drugod. Bibliografija obsega okoli 320 monografij in znanstvenih ter strokovnih člankov v slovenščini angleščini, nemščini, francoščini in nekaterih drugih jezikih.



## Etika v znanosti

Naše spoznanje sveta se začena z neposredno zavestjo o naši izkušnji, to zavest pa dopolnjuje raba logičnih načel, ki so onkraj sveta dejstev. Razmerja med danostmi odražajo absolutno logično nujnost. Pomen znanstvenega raziskovanja in človekove dejavnosti vodi prek dejstev narave in stanja našega uma, zahtev logične nujnosti, različnosti okoliščin ter prek jezika, ki izraža pomen reči. Ko opazujemo reči, navadno pustimo, da spregovorijo iz svojega bistva, ozadja celotnega sveta in iz nujnosti najvišjih načel. Objektivne znanstvene presoje so notranje povezane z vrednostno sodbo, ki ne zadeva le intuicije in razuma, temveč tudi voljo. Različnost dejstev, okoliščin in izkušenj presojamo z vidika treh najvišjih načel. Pravičnosti, racionalne naklonjenosti in svobode. Ta najvišja načela so izrecno ali posredno izražena v vseh moralnih kodeksih. Iz te univerzalne zahteve sledi, da bi resnico, ki jo odkrivamo znanstveniki, filozofi in teologi, vsaj načelno morala zaznati vsa racionalna bitja.

Analogije, ki jih manifestira celotni red bitja, so razlog, da naravoslovne znanosti usodno vplivajo na človekovo (samo)zavest in na pojmovanje človeškega osebnega dostojanstva. Izkušnja človeške narave od znotraj, v obliki človeških nagnjenj, na široko odpira dileme na področju biomedicine, medicinske genetike in socialne etike. Novi tehnološki in tehnokratski pogoji so svet spremenili v globalno vas; znanstvenike, mislece in teologe vabijo k tesnemu sodelovanju in profesionalni solidarnosti. Vprašanje avtoritete in zaupanja do znanstvenikov in voditeljev je še toliko bolj postalo temeljni etični problem. Javnost od znanstvenikov in akademskih voditeljev pričakuje popolno predanost stroki, profesionalno pristojnost in budnost do nosilcev politične oblasti.

## Ethics in science

Our knowledge of the world begins with direct awareness of our experience. This awareness is completed by use of logical principles lying outside the world of facts. Logical necessity can be shown as absolute. The significance of scientific investigation and of any human action goes beyond the natural facts and our state of mind, beyond the imperatives of logical necessity, beyond the variety of circumstances and beyond signifying language. When regarding objects we allow them to express their essence, to speak from the background of the whole world and from the necessity of ultimate principles. Objective scientific consideration are intrinsically connected with a value judgment that is not only matter of intuition and reason but also of will. Variety of facts, circumstances and experiences is judged against the three ultimate principles, which we may call the principles of justice, rational benevolence, and liberty. These ultimate principles are found explicitly or implicitly in all moral codes. From this demand of universality it follows that the truth claimed by scientists, philosophers and theologians should be determinable at least in principle by all rational beings.

Analogies running through the whole order of being make it possible that the natural sciences exercise a vital influence on our (self)awareness, and on the understanding of personal human dignity. Experiencing human nature from the inside, in the form of human inclinations, opens wide dilemmas in the fields of biomedicine, medical genetics and social ethics. New technological and technocratic conditions have changed the world into a global village, inviting scientists, thinkers, and theologians to close cooperation and professional solidarity. All the more the question of authority and trust in scientists and governors had become a fundamental ethical problem. Society expects from scientists and academic governors a complete dedication to their profession as well as professional competence and vigilance towards the authorities.

## Prof. dr. Borut Holcman



### Življenjepis

Rojen 14. januarja 1962 v Mariboru.

Od leta 2010 je izredni profesor za področje pravne zgodovine, cerkvenega prava in nemške pravne terminologije na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru, kjer se je zaposlil leta 1998.

Od leta 2004 je doktor zgodovinskih znanosti, doktorat je pridobil na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, 1991. je magistriral in 1986 diplomiral na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani.

Leta 1987 se je zaposlil kot duhovnik na Mariborski nadškofiji, kjer je ostal do leta 1992, od 1992 do 1993 je bil zaposlen kot likvidator na Probanci Maribor, od leta 1993 do 1998 je delal kot arhivist v Pokrajinskem arhivu Maribor, od 1998 je zaposlen na Pravni fakulteti Univerze v Mariboru, od 1998 do 2005 kot asistent, 2005 do 2010 kot docent in od 2010 kot izredni profesor.

Njegova publicistična dejavnost obsega 7 izvirnih znanstvenih člankov, od tega 3 v revijah s faktorjem vpliva (SSCI), je avtor strokovnih člankov, samostojnih znanstvenih in strokovnih sestavkov v monografskih publikacijah in je zaželen predavatelj.

Avtor 7 monografij in 17 razstav.

V letih 2008-2011 je bil urednik revije *Lex localis*, 2005-2010 Zbornika Pravne fakultete Univerze v Mariboru in od leta 2008 je član uredniškega odbora BRGÖ ((Beiträge zur Rechtsgeschichte Österreichs), ki ga izdaja Akademija znanosti Republike Avstrije.

Zadolžen je bil za projekt Fevdalno sodstvo v razsvetljenem absolutizmu in je sodeloval pri projektih Reforma nepravdnih postopkov in pri Referenčnem modelu za nadaljevanje vključevanja e-poslovanja v pravni sistem.

Od leta 2006 je predstojnik Inštituta za filozofijo, zgodovino in ikonografijo prava, Pravne fakultete Univerze v Mariboru.

## »Če hočem zdraviti, se moram k zdravljencu obrniti!« (*Razumevanje etičnega po Levinasu*)

»Eden izmed njih, učitelj postave, ga je preizkušal z vprašanjem: »Učitelj, katera je največja zapoved v postavi?« Rekel mu je: »Ljubi Gospoda, svojega Boga, z vsem srcem, z vso dušo in z vsem mišljenjem. To je največja in prva zapoved. Druga pa je njej podobna: Ljubi svojega bližnjega kakor samega sebe. Na teh dveh zapovedih stoji vsa postava in preroki.« (Mt, 22, 35-40). Načelo ljubezni do bližnjega se izraža na različne načine, ravno tako načelo sočutja in prijaznosti ali načelo poštenosti in strpnosti. V enem svojih intervjujev je Levinas, židovski filozof prejšnjega stoletja, ob vprašanju o metodologiji fenomenološkega dela in o zavesti, posebej še takrat, ko je študiral Heideggra, povedal, da so »načini zavesti, ko pristopamo k predmetom bistveno odvisni od bistva predmetov. Celo Bog lahko spoznava materialne stvari le tako, da se obrne k njim. Bitje ukazuje pristop k sebi. Pristop k bitju je določen z opisovanjem tega bitja.« Za našo razpravo sta bistvenega pomena dve izhodišči, zdravim in sem zdravljen. Kako poteka korelacija med tema pojmomoma, bi lahko odgovorili s štirimi vprašalnici: zakaj?, kaj?, kdo? in kako?. Prvi odgovor na vse je dialog. Odnos. Cilj vsega je odnos dveh ljudi in pričakovanja, ki so lahko in se lahko izpolnijo samo znotraj tega odnosa.

V pravo poznamo pojem narave stvari in prenesenega v etično nam Levinas ponuja odgovor v celostnem premisleku o resnici in mejah takšnega premisleka.

### **Ključne besede**

Levinas, zdravim, sem zdravljen, fenomenologija, narava stvari, regula aurea

## Dr. Marta Sjeničić, dipl. univ. prav.



### Življenjepis

Dr. Marta Sjeničić se je rodila 1969 v Beogradu. V svojem magistrskem delu se je leta 2002 ukvarjala s temo »Okužba HIV in premoženjska odgovornost«. Doktorirala pa je iz medicinskega prava leta 2010 na temo »Krivda pacienta kot oškodovanega v civilnem pravu«. Je pravni konzultant na projektih Evropske komisije na področju zdravstva ter znanstveni sodelavec Centra za pravna istraživanja v Beogradu. Področje njenega znanstvenega raziskovanja je civilno in medicinsko pravo. Je članica Bioetičnega društva Srbije, 2007 leta je bila članica predsedstva Združenja za

medicinsko pravo Srbije ter od leta 2001 je sekretarka Biltena Združenja za medicinsko pravo. Je avtorica številnih znanstvenih člankov, v katerih se predvsem ukvarja z zdravstvenim sistemom in pravicami pacientov. Predava na magistrskem študiju medicinske fakultete Univerze v Beogradu. Redno organizira predavanja in okrogle mize z različnimi temami s področja medicinskega prava.

## Okolnosti u kojima je produženje lečenja u najboljem interesu pacijenta

### *Circumstances in which the prolonged care is in the patients' best interest*

#### Rezime

Sa pravne strane posmatrano, interes pacijenta za produženim lečenjem se određuje kroz slobodnu volju pacijenta, koju mu je zakonodavac potvrdio kroz odredbe ustava i zakona kojima se uređuje zdravstvena zaštita. Većina ustava i zakona daje svesnom pacijentu, sposobnom za rasuđivanje pravo na samoodređenje u odnosu na sopstveno telo i zdravlje. Ovo pravo pacijentu omogućuje da prihvati, ali i da odbije svaku medicinsku meru, pa i onu koja je vitalno indikovana.

Kada se, međutim, radi o pacijentu koji nije u mogućnosti da donosi odluke, lekar je taj koji odlučuje u skladu sa osnovnim principima lekarske etike, a to su princip očuvanja života i princip dobrotvornosti i neškodjenja (*primum nil nocere*). Naravno, u zemljama u kojima postoji ozakonjen pacijentov testament, prethodno izjavljena pacijentova volja je ta koja odlučuje o preduzimanju ili nepreduzimanju mera za produženje lečenja. I u zemljama u kojima takva pravna regulativa ne postoji, prethodno izražena volja pacijenta se može uzeti u obzir, kao i volja zakonskog zastupnika i porodice, ali to ne mora biti od presudnog značaja za konkretan slučaj.

Produženje lečenja ne treba poistovećivati sa merama palijativnog zbrinjavanja. Mere palijativnog zbrinjavanja se, primarno, sprovode u cilju olakšavanja patnji i bola pacijenta, odnosno u cilju poboljšanja kvaliteta pacijentovog života. One, međutim, kao sporedni efekat, mogu imati skraćivanje života pacijenta, ali im to svakako nije cilj. I kod sprovođenja mera palijativnog zbrinjavanja, sa pravne tačke gledišta, odlučujuća je volja pacijenta. Kada pacijent nije svestan ili sposoban za rasudjivanje, svakako treba preduzeti sve mere koje pacijentu olakšavaju bol i patnju, a ulaze u opseg mera palijativnog zbrinjavanja. One predstavljaju izraz jednog od osnovnih principa medicinske etike, a to je princip humanosti.

#### Ključne reči

pacijent, produženo lečenje, palijativno zbrinjavanje, terminalna bolest, samoodređenje.

## Summary

Patients' interest for the prolonged treatment is expressed through the patients' free will, confirmed by the legislator through the provisions of the constitutions and laws regulating health care. Most of these give the right to self-determination to the conscious, competent patient, when deciding on his own body and health. This right enables to patient to accept, but also to refuse every medical intervention, including the vital ones.

In the case of the patient unable to decide, physician is the one that makes the decisions in accordance with the basic principles of medical ethics: principle of saving life and principle of beneficence (*primum nil nocere*). In the countries with the legally regulated patients' will, previously expressed patients' will is the one deciding on non/undertaking of the prolonged treatment measures. Even in the countries where there is no such legal regulation, previously expressed patients' will can be taken into consideration, as well as the opinion of the legal representative and the family. However, this must not be of crucial importance while deciding.

Prolonged treatment should not be identified with the palliative care measures. Palliative care measures are, in the first place, carried out for the purpose of facilitating pain and suffering of the patient, i.e. for the purpose of improving the patients' life quality. However, they can have the shortening of patients' life, as a side effect, but this is not their aim. From the legal point of view, the patients' will is deciding also in the case of caring out the palliative care measures. In the case of unconscious or incompetent patient, palliative care measures should be undertaken by all means. They represent one of the basic principles of medical ethics – humanity principle.

## Key words

Patient, prolonged care, palliative care, terminal illness, self-determination

Pitanje produženja lečenja postavlja se u slučajevima pacijenata koji boluju od neizlečive bolesti i koji su u terminalnoj fazi bolesti. “Produženje lečenja” automatski implicira da se radi o nekom obliku učešća lekara u životu ili smrti pacijenta. Oblici i doseg ovog učešća različiti su u zavisnosti od konkretnih okolnosti i nisu nesporni u teoriji. Sa stanovišta pravne teorije, od okolnosti relevantnih za produženje lečenja, u prvom koraku je najbitnije je da li je pacijent svestan i sposoban da odlučuje.

**Svestan, mentalno sposoban pacijent – pravo pacijenta da odbije medicinski tretman**

## Pasivna eutanazija

U doba starih Grka i Rimljana, eutanazija je podrazumevala isključivo laku i bezbolnu smrt, ali je, kasnije, njeno prvobitno značenje dopunjeno sa još druga dva: ublažavanje smrtnih bolova davanjem bolesniku narkotičkih sredstava i usmrćenje neizlečivih bolesnika radi prekraćenja njihovih muka.<sup>1</sup> U nekim zemljama došlo je do promene termina, jer se, umesto reči “eutanazija” koristi izraz “pomoć u umiranju”<sup>2</sup>. Savremena nauka razvila je više različitih podela eutanazije prema određenim kriterijumima: direktna i indirektna aktivna eutanazija, pasivna dobrovoljna, nehotična i nedobrovoljna eutanazija.<sup>3</sup>

Pitanje produženja ili neproduženja lečenja često se vezuje za pojam pasivne eutanazije. Prema nekim autorima pasivna dobrovoljna eutanazija znači pravo pacijenta da odbije medicinski tretman pod okolnostima u kojima će takvo odbijanje verovatno ili sigurno rezultirati njegovom smrću.<sup>4</sup> Ovakvo shvatanje, lekara koji nudi medicinski tretman dovodi u situaciju da je on taj koji vrši eutanaziju, pa makar i pasivnu.

Deo teorije koji, kod pacijentove odluke da odbije lečenje, govori u prilog pasivnoj eutanaziji vrlo je vrlo rečita i oštra na ovom terenu, u cilju odvajanja pasivne od aktivne eutanazije, u cilju definisanja reakcije lekara na odluku pacijenta i slično. Navodi se da je, od prvog objavljenog i poznatog slučaja Quinlan iz 1976. godine<sup>5</sup>, sudovima postalo jasno ono što je medicinskoj profesiji već duže vreme bilo pozna-

---

<sup>1</sup> Radišić Jakov, Medicinsko pravo, Nomos, Beograd, 2008, str.143

<sup>2</sup> Klajn-Tatić, Isto, str. 59

<sup>3</sup> Isto, str. 30

<sup>4</sup> Klajn-Tatić, Isto, str.31

<sup>5</sup> In re Quinlan, 70 N.J.10, 355 A.2d 647, rev'd 137 N.J.Super.227, 248, A.2d 801 (1975) cert.denied.429 U.S.972 (1976), prema Klajn-Tatić, Isto, str.31



to i očividno – da postoji jedan uvećani broj slučajeva u kojima medicinski tretman drži pacijenta u životu, ali da ipak ne uspeva da pacijentu povрати zdravlje.<sup>6</sup> Zbog toga sudovi, koji su suočeni sa ovim problemom, moraju da odrede razliku između onih pacijenata čije bi se zdravlje moglo povratiti putem medicinskog tretmana i onih pacijenata koji su “osuđeni” da ostanu u predvorju između života i smrti čak i sa medicinskim tretmanom, zbog čega se pacijentima mora priznati pravo da odbiju medicinski tretman<sup>7</sup>, što celu situaciju podvodi pod institut pasivne eutanazije.

## **Učešće lekara u produženju lečenja uz saglasnost pacijenta**

Ono što se kod nekih autora smatra eutanazijom, pasivnom, ali eutanazijom, to je u praksi, ali i prema nekim teoretičarima, uglavnom, normalno medicinsko postupanje. Ne radi se o usvajanju eutanazije kao normalne medicinske prakse, već o svakodnevним odlukama i aktivnostima lekara na osnovu svakodnevних odluka pacijenata.

U skladu sa ustavnim principom prava na slobodan razvoj ličnosti i fizičkog i psihičkog integriteta, koje sadrže svi savremeni ustavi, ali i sa zakonskim odredbama savremenih zakona o zdravstvenoj zaštiti ili zakona o pravima pacijenata, pacijent koji je svestan i sposoban za rasudjivanje definitivno ima poslednju reč u tome da li će se i koja medicinska mera nad njim preduzeti. On može, nakon pribavljanja adekvatne informacije, odbiti preduzimanje medicinske mere, makar ona bila vitalno indikovana (“informed consent”). Naravno, ukoliko se nepreduzimanje medicinske mere (što može doprineti smrti pacijenta) kosi sa moralnim stanovištem lekara i njegovom savešću, on može, uz isticanje ”prigovora savesti” uputiti pacijenta drugom lekaru. Svoju odluku o lečenju pacijent izražava pristankom na medicinsku intervenciju. Pristanak pacijenta predstavlja pravni i etički izraz ljudskog prava da njegova autonomija i samoodređenje budu poštovani.<sup>8</sup> Pravo pacijenta na samoodređenje je nezaobilazna granica za svakog lekara. Ono je direktan izraz ličnih prava, shodno kojima se ni jedna radnja ne sme preduzeti nasuprot izričitoj volji pacijenta. Zahtev za pristankom informisanog pacijenta odraz je dva glavna ideala: prvo, da svaka osoba ima pravo da odredi šta će biti učinjeno sa njenim telom i, drugo, da odluka o podvrgavanju medicinskom tretmanu ili o uzdržavanju od njega treba da je konačno pacijentova, a ne njegovog lekara. Dakle, pravo da se odredi

<sup>6</sup> Klajn-Tatić, Isto, str. 31

<sup>7</sup> Isto, str.31-32

<sup>8</sup> J. McHale, M. Fox, Health Care Law, second edition, Sweet&Maxwell, London 2007, 349.

u odnosu na medicinsku intervenciju pristankom ili odbijanjem, je pravo svakog pacijenta, pa i umirućeg.

Takav stav je opšte prihvaćen. Tako danski Zakon o medicinskom postupanju uređuje da lekar neće započinjati, niti nastavljati tretman protivno pacijentovim željama, sem ukoliko nema specijalno ovlašćenje da to učini. Posledica ovakvog oblika pacijentovog raspolaganja je da on odbijanjem tretmana može izbeći da bude veštački održavan u životu.<sup>9</sup> Ovo se primenjuje i u slučaju da je pacijent, putem “pacijentovog testamenta”, izrazio želju da na njemu ne budu primenjene mere za produženje života, u situaciji kada je njegova smrt neizbežna. Prema danskom Zakonu o medicinskom postupanju “mere za produženje života” predstavljaju one mere koje ne nude mogućnost izlečenja, poboljšanja ili olakšanja, već samo izvesno produženje života. Stav francuske pravne regulative je da je povreda ljudskog tela zabranjena osim u slučaju postojanja terapijskih razloga i osim ukoliko je osoba dala saglasnost na zahvat u telo.<sup>10</sup> To znači da lekar mora da prihvati odbijanje pacijenta, jer bez pacijentovog pristanka, aktivnosti lekara predstavljaju povredu telesnog integriteta pacijenta. Francuski Kodeks lekarske etike takođe uređuje da saglasnost pacijenta mora da se zahteva pre bilo kakve dijagnostičke procedure ili tretmana. Ako sposoban pacijent odbije dijagnostičku proceduru ili tretman, lekar, nakon što je informisao pacijenta o svim posledicama odbijanja, mora da poštuje ovu odluku.<sup>11</sup> Francuski Krivični zakonik doduše propisuje obavezu da se pomogne osobi koja je u opasnosti, ali ova obaveza nije apsolutnog karaktera i treba je fleksibilno tumačiti u slučajevima kada je sposoban pacijent, uz prethodnu informaciju, odbio da primi tretman.<sup>12</sup> Dakle, iako Krivični zakonik propisuje obavezu lekara da sačuva život, a to je i jedan od osnovnih principa medicinske etike, ova obaveza je ograničena pravom pacijenta da odbije mere očuvanja života.<sup>13</sup>

Kada se radi o pravu na odbijanje medicinskog tretmana, nemački Ustav već u članu 2 uređuje pravo građana na samoodređenje.<sup>14</sup> Zbog toga nemačka sudska praksa već dugo vremena prepoznaje pravo pacijenta sposobnog za rasuđivanje da

---

<sup>9</sup> Nys Herman, „Physician Involvement in a Patient’s Death: A Continental European Perspective“, *Medical Law Review*, 7, 1999, str.218-219

<sup>10</sup> Član 16-3, Code civil, Version consolidée du code au 1er janvier 2013., Edition : 2013-01-06, Internet adresa: <http://perlpot.net/cod/civil.pdf>, 27.2.2013

<sup>11</sup> Nys, Isto, str. 222

<sup>12</sup> Odluka francuskog Kasacionog suda od 3.januara 1973, prema Nys, Isto, str.222

<sup>13</sup> Nys, Isto, str. 224

<sup>14</sup> Grundgesetz fuer die Bundesrepublik Deutschland, vom 23.Mai 1949 (BGBl. S.1), zuletzt geaendert durch das Gesetz vom 11.Juli 2012 (BGBl. I S.1478), Internet adresa: [http://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg\\_01.html](http://www.bundestag.de/bundestag/aufgaben/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg_01.html)

odbije medicinski tretman, čak i u slučajevima kada se radi o vitalno indikovanoj meri. Krivično-pravna zabrana “ubistva na zahtev”, ne znači da se ne može poštovati pacijentova volja da ne bude subjekt mera za produženje života.<sup>15</sup> Pacijentova volja je, u Nemačkoj, relevantna i kada se radi o odluci apstinencije od tretmana.<sup>16</sup>

U Holandiji, pacijent ima pravo da, iz bilo kog razloga, odbije dalje lečenje, čak i u slučaju da je ono, po mišljenju lekara indikovano i neophodno za produženje života pacijenta. Irelevantno je da li pacijent želi time da skрати svoj život ili da li se doktor slaže sa pacijentovom odlukom.<sup>17</sup> Odluka da se ne započne ili ne nastavi tretman koji produžava život, onda kada je takav tretman “medicinski beskoristan” u smislu da nema izgleda na uspeh ili da bi bio neproporcionalan koristi koju bi pacijent od njega imao, spada, prema holandskoj sudskoj praksi i pravnoj teoriji, u “normalnu medicinsku praksu”, koju lekar ima pravo da primeni.<sup>18</sup>

Kada se, pak, radi o tretmanu oslobadjanja od bolova, dakle, preduzimanju nekih mera palijativnog zbrinjavanja, lekar, prema danskom Zakonu o medicinskom postupanju može da propiše analgetike, sedative i slično, neophodne da bi se ublažilo pacijentovo stanje, čak i ako će se kao posledica izazvati ubrzanje momenta pacijentove smrti. Danski Etički odbor, međjutim, smatra da se doze sedativa i sličnih lekova ne mogu povećavati automatski već samo u skladu sa zahtevima pacijenta i samo kada su druga sredstva za kontrolu bola očigledno neadekvatna.<sup>19</sup> Kada se radilo o medicinski indikovanom tretmanu oslobadjanja od bolova na koji je terminalno oboleli pacijent dao saglasnost, nemački Vrhovni sud je odlučio da pružanje mera palijativnog zbrinjavanja od strane lekara, nije protivzakonito bez obzira na neželjene, ali neizbežne posledice skraćivanja života. Upravo suprotno je protivzakonito: lekar povredjuje telesni integritet pacijenta onda kada se uzdržava od pružanja indikovanih mera palijativnog zbrinjavanja.<sup>20</sup>

Holandija dozvoljava preduzimanje mera za oslobadjanje od bolova i podvodi ih pod termin “normalna medicinska praksa”. U načelu se prihvata da skraćivanje procesa umiranja, ali bez bola, jeste legitiman osnov za propisivanje sredstava protiv bola.<sup>21</sup>

---

<sup>15</sup> Nys, Isto, str. 228

<sup>16</sup> Isto, str. 232

<sup>17</sup> Isto, str. 234

<sup>18</sup> Isto, str. 235

<sup>19</sup> Isto, str. 220

<sup>20</sup> Verrel T., „Der BGH legt nach: Zulaessigkeit der indirekten Sterbehilfe“ (1997) 6, Medizinrecht, str. 249

<sup>21</sup> Nys, Isto, str. 236

## Nesvestan pacijent ili pacijent nesposoban za rasuđivanje

Kada je pacijent bez svesti ili mentalno nesposoban za prihvatanje obaveštenja i davanje pristanka, uvek se treba rukovoditi principom in dubio pro vita, jer on sabira u sebi bar dva od četiri osnovna etička načela medicinske profesije, a to su načelo poštovanja života i načelo humanosti (dobrotvornosti i neškodjenja). Kada se radi o odluci o nepreduzimanju tretmana u slučaju terminalno obolelog pacijenta, Francuski Apelacioni sud u Rouen-u je, u jednom slučaju, osudio lekara-anestezijologa za “nedobrovoljno ubistvo”. Lekar je, naime, odlučio da ekstubira pacijenta i da povuče sve mere reanimacije. Kasacioni sud je potvrdio ovakvu odluku i to zbog činjenice da je lekar prekinuo medicinski tretman, koji nije, doduše, bio usmeren na izlečenje, ali je održavao život i bio je uobičajen. Ukoliko bi Kasacioni sud drugačije odlučio, takva bi odluka otvorila put ka eutanaziji.<sup>22</sup> Ukoliko je lice nesvesno ili nesposobno za rasuđivanje, treba, naravno uzeti u obzir mišljenje njegovog zastupnika, porodice ili eventualne želje pacijenta dok je bio svestan i sposoban za rasuđivanje. To su okolnosti koje mogu uticati na odluku lekara, ali lekar se, ipak, uvek mora rukovoditi principom in dubio pro vita.

Ukoliko je mentalno sposoban, svestan, terminalno oboleo pacijent nedvosmisleno odbio da se podvrgne medicinskoj meri koja bi mu produžila život (veštačku ishranu, napajanje, transfuziju krvi, ponovno oživljavanje u slučaju prekida rada srca ili pluća, i slično), a zatim je zapao u besvesno stanje, mora se uzeti u obzir i mišljenje pacijenta koje preduzimanje ovih mera ne dozvoljava. Time lekar radi u skladu sa trećim etičkim načelom medicinske profesije, a to je načelo poštovanja ličnosti pacijenta, odnosno autonomije volje. U tom smislu, treba razmotriti pitanje pacijentovog testamenta (living will).

Pacijentov testament je pismena izjava mentalno sposobnog pojedinca o pristanku ili nepristanku na lečenje ili na određeni način lečenja ili medicinski zahvat od strane lekara, koju pojedinac daje za vreme smrtno i/ili neizlečive bolesti ili pre nego što će oboleti, za slučaj da, kao pacijent, izgubi mentalnu sposobnost odlučivanja o medicinskom tretmanu koji se njega tiče. Potreba da se pravo na samoodređenje vrši već u prethodnoj fazi, tj. pre oboljenja i početka procesa bolesti, pre svega na području lečenja smrtno ili neizlečivo bolesnih pacijenata, ishodi iz teških stanja u kojima se nalaze ovakvi bolesnici i iz često suviše mučnih i invazivnih terapijskih mera lekara. U SAD se koriste “living will” zakoni i zakon o trajnom ovlašćenju za

---

<sup>22</sup> Isto, str. 226

zastupanje u vršenju ličnog prava na odlučivanje o sopstvenom zdravlju. Skoro sve države u SAD imaju "living will" zakone koji garantuju svakom pojedincu pravo na "prirodnu smrt". U zemljama SAD osoba može unapred da zahteva da u slučaju nesposobnosti ili nemogućnosti, neko u njeno ime donosi odluke koje se tiču medicinskog tretmana ako to bude potrebno. Living will je pismena izjava pacijenta kojom on zahteva da se njegov život ne produžava prekomerno<sup>23</sup>.

U Danskoj pravna regulativa uredjuje pravila o pisanju, formulaciji, registraciji i opozivu pacijentovog testamenta. Pacijentova želja da se lekar uzdrži od mera za produženje života, u situaciji kada je smrt neizbežna, je obavezujuća za lekara. Sve druge želje izražene u testamentu služe samo kao smernice lekaru. U situaciji kada je pacijent u nemogućnosti da izrazi svoju volju, lekar mora da se obrati Registru testamenata pacijenata da bi utvrdio da li postoji pacijentova želja izražena u ovom obliku.<sup>24</sup>

Holandski Zakon o medicinskom ugovoru uredjuje da kada je lice od 16 godina i starije, napisalo pacijentov testament u doba kada je bilo sposobno za rasudjivanje, lekar mora da, u trenutku kada to lice više nije sposobno za rasudjivanje, poštuje jasno izražen stav pacijenta kojim se odbija davanje saglasnosti za produženje života. Lekar može da prenebregne ovakvo odbijanje ako ima dobro zasnovane razloge za to. Teorija smatra da lekar ovo svoje ovlašćenje može koristiti restriktivno, odnosno samo onda kada izjava nije izričita ili je zastarela. U slučaju da lekar postupi u skladu sa pacijentovim testamentom, neće se smatrati da je izvršio ubistvo, a pacijentova smrt će se smatrati prirodnom. To znači da ne podleže posebnoj pravnoj kontroli.<sup>25</sup>

Jasno je da su evro-kontinentalni sistemi, koji inače svoje odluke baziraju na propisima, ovoga puta podlegli uticaju sudske prakse. U Francuskoj i Nemačkoj, uticaj lekara na produženje ili okončanje života pacijenta evidentno ima granicu u odluci pacijenta. Preko ove granice, postoji krivično-pravna i etička zabrana lekaru da preduzme ili se uzdrži od mera, što utiče na okončanje života pacijenta. Razlozi na kojima se zasnivaju ovakva pravna rešenja u različitim evropskim zemljama su različiti i ukazuju na veći ili manji strah od uvođenja eutanazije. Sa pravne strane posmatrano, ipak je odluka pacijenta, izražena unapred ili u trenutku lečenja, ta koja odlučuje o produženju ili prekidu lečenja. Pacijent je taj, koji, ukoliko je u mogućnosti, izražava svoj najbolji interes. Ukoliko pak nije u mogućnosti, onda to

---

<sup>23</sup> Klajn-Tatić, Isto, str. 67

<sup>24</sup> Nys, Isto, str. 219

<sup>25</sup> Isto, str. 234

za njega čini zakonski zastupnik, ali je, u krajnjem koraku, odlika na postupajućem lekaru. A on se mora rukovoditi načelom in dubio pro vita, u skladu sa osnovnim principom medicinske etike.

## Situacija u Srbiji

Najčešći uzrok smrti stanovništva u Srbiji 2006.godine bile su kardiovaskularne bolesti, a druga po učestalnosti bila su maligna oboljenja (sa učešćem od 19,7% u svim uzrocima smrti). Godine 2004. 34,3% svih pacijenata i 32,2% pacijenata obolelih od raka umrlo je u bolnici, ali nema podataka o mestu smrti preostalihh 67% pacijenata. Sa starenjem stanovništva i sve većom očekivanom dužinom života, broj obolelih od malignih i drugih teških bolesti se iz godine u godinu povećava, pa se tako povećava i broj bolesnika kojima je potrebno palijativno zbrinjavanje. Lekari se u praksi vrlo brzo sretnu sa teškim, hroničnim, neizlečivim bolesnicima, umiranjem i saopštavanjem teških dijagnoza bolesnicima i članovima njihovih porodica.<sup>26</sup>

## Produženje lečenja

U Srbiji se samo strukovni pravni akti (Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije) bave pitanjem produženja lečenja, za razliku od teorije, koja je ovo pitanje više obrađivala. Pitanje primene mera za produženje života još uvek nije rešavano na zakonskom nivou. Teorija smatra da je za utvrđivanje okolnosti pod kojima je produženje lečenja u najboljem interesu pacijenta, potreban, pre svega, dobar i kontinuiran kontakt sa pacijentom i njegovom porodicom, uvrđivanje volje pacijenta. Uz to, potrebna je i dobra dijagnostika da bi se utvrdilo pravo stanje pacijenta i da li se dalje radi o svrsishodnom ili uzaludnom lečenju pacijenta. Pod uzaludno lečenje pacijenta mogu spadati: intervencije usmerene na održavanje života pacijenata u trajnom vegetativnom stanju (veštačka ventilacija); reanimacija pacijenata sa uznepredovalim, neizlečivim bolestima; hemioterapija kod daleko uznepredovalog karcinoma ili primena antibiotika ili parenteralne rehidracije kod pacijenta u poslednjim stadijumima bolesti. Donošenje odluka u ovakvim situacijama nije jednostavno i zavisi od konkretnog slučaja. Uvek treba razjasniti sa koje tačke gledišta je neka intervencija uzaludna: da li sa medicinske ili sa tačke gledišta pacijenta koji smatra da ne vredi živeti u datim okolnostima. Neophodno je izvršiti procenu cilljeva pacijenata ili porodice i utvrditi šta je, po njihovom mišljenju, ko-

---

<sup>26</sup> Downing Julia, Milićević Nataša, Haraldsdottir Erna, Ely John, Palijativna medicina: priručnik za studente medicine, Medicinski fakultet u Beogradu, Beograd, 2012, str.1

risno. Bitno je sve vreme ostvariti najbolju moguću komunikaciju sa pacijentima, njihovim porodicama, članovima tima i drugim stručnjacima. Nekada dodje i do sukoba vrednosti ili verskih uverenja pacijenta/porodice i medicinskih radnika, čak i stavova o tome šta je suštinska vrednost života. Ali u svakom od ovih slučajeva, lekari moraju uvek imati na umu princip *primum non nocere*.<sup>27</sup>

Takodje je bitno utvrditi šta znači “produženje lečenja”. To može biti: nutritivna podrška, parenteralna rehidracija, kardiopulmonalna reanimacija, terminalna sedacija, i slično. U svakom konkretnom slučaju, produženje lečenja može imati drugačije značenje. Svaki konkretan slučaj je, dakle, slučaj za sebe, ne samo po stanju u kome se pacijent nalazi, njegovoj patnji, medicinskim indikacijama, nego i po vrsti potrebnog produženog lečenja, po, eventualno, izraženom stavu pacijenta u odnosu na produženo lečenje, po stavu njegove porodice. Pacijent ili njegova porodica moraju znati koji su ciljevi lečenja: kurativni ili palijativni, kako bi znao šta može da očekuje.<sup>28</sup>

## Palijativno zbrinjavanje

Krivični zakonik RS<sup>29</sup> članom 253 neukazivanje lekarske pomoći inkriminiše kao krivično delo. Ovu odredbu u situacijama terminalno obolelih pacijenata koji odbijaju mere produženja života ili koji prihvataju mere palijativnog zbrinjavanja, treba fleksibilno tumačiti. Naime, lekar nema ni zakonsku ni moralnu obavezu da čuva život “po svaku cenu”.<sup>30</sup> To bi bio preveliki teret koji se stavlja lekaru na pleća, a ponekad se kosi sa željama pacijenta ili sa prirodnim tokom stvari. Sa teološkog stanovišta posmatrano – šta je Bog dao, to samo Bog može i da oduzme. Medjutim, taj božji prerogativ mu se oduzima u situacijama kada su medicinska tehnologija i sredstva toliko napredovali da se život umirućeg čoveka ponekad produžava protiv-prirodno i, vrlo često, protiv ili bez njegove volje. U tom smislu, medicina je često u situaciji da da prioritet kvantitetu života nad kvalitetom života, onda kada je jasno da je veštačko produženje života samo psihofizička patnja. Tehnološki napredak u medicini i povećanje terapijskih mogućnosti moraju biti razmatrani u kontekstu palijativnog zbrinjavanja. Dostupnost ovih mogućnosti ne znači automatski i da su one primenljive kod svih pacijenata niti da će doprineti boljitku kod svakog pacijenta. Mora se uvek razmotriti da li je taj postupak u najboljem interesu paci-

<sup>27</sup> Isto, str. 137-138

<sup>28</sup> Isto, str. 142

<sup>29</sup> Službeni glasnik RS, br. 85/2005, 88/2005, 107/2005, 72/2009, 111/2009 i 121/2012

<sup>30</sup> Downing, Milićević, Haraldsdottir, Ely, Isto, str. 142

jenta, tj. da li doprinosi poboljšanju njegovog života.<sup>31</sup> Prioriteti se menjaju kada je jasno da se bolest ne može izlečiti. Tada se ne postavlja pitanje lečiti ili ne lečiti, već koji postupak je najadekvatniji imajući u vidu biološko, lično i socijalno stanje pacijenta. Lekar nema ni obavezu ni pravo da “propisuje” laganu smrt. U tom času javljaju se mnoge dileme koje zahtevaju od pacijenata, članova njihovih porodica, prijatelja i članova zdravstvenog tima da donose kompleksne odluke. Te odluke se mogu ticati medicinskih, socijalnih ili emocionalnih dilema.<sup>32</sup>

Cilj palijativnog zbrinjavanja je dobra kontrola simptoma i poboljšanje kvaliteta života pacijenta. S obzirom na to da se radi o pacijentima u odmaklim fazama bolesti, kod kojih može doći do različitih komplikacija tokom lečenja, dešava se da se pokušaj lečenja završi smrtnim ishodom. Ovde se radi o principu dvostrukog efekta, kada potpuno prihvatljiva terapija (kao što je kontrola bola pacijenta u terminalnoj fazi bolesti) dovede do smrti. Ovo u normalnim okolnostima nije prihvatljiv ishod lečenja<sup>33</sup>, ali u slučaju terminalno obolelog pacijenta može biti. Vrlo je verovatno da ni pacijent koji je u bolovima, a svestan toga da umire, neće razmišljati o tome da li da uzalud produžava život koji je ionako na koncu, trpeći strašne bolove, ili da umanji bolove ponudjenom medicinskom supstancom. Prema Albertu Schweizeru, bol je “strašniji gospodar čovečanstva nego što je i sama smrt”.<sup>34</sup> Princip dvostrukog efekta glasi: “Ako mere preduzete za ublažavanje fizičkih i mentalnih patnji prouzrokuju smrt pacijenta, prihvatljive su i sa moralne i sa pravne tačke gledišta, ako je namera lekara bila da pacijentu ublaži patnje, a ne da ga ubije”.<sup>35</sup> U tom smislu je za terminalno obolele pacijente irelevantno, a neprikladno i uvredljivo za lekare koji se time bave, aktivnosti palijativnog zbrinjavanja i ostvarivanje kvalitetnijeg života kao njihovog osnovnog cilja, a eventualnim skraćivanjem života kao sporedne posledice, uopšte definisati pasivnom eutanazijom, u današnjem smislu reči. Naime, primena simptomatske terapije i svih drugih aktivnosti koje čine palijativno zbrinjavanje su pomoć u kvalitetnom življenju, a ne pomoć u umiranju. Smrt nam je svakako predodređena, ali kvalitetan život nije.

Procena pacijenta u palijativnom zbrinjavanju usmerena je na ublažavanje patnje. Patnja može da ima fizičke, psihološke, socijalne i duhovne komponente. Procena

---

<sup>31</sup> Isto, str. 129

<sup>32</sup> Isto, str. 127

<sup>33</sup> Downing, Milićević, Haraldsdottir, Ely, Isto, str.134

<sup>34</sup> Milićević Nataša, „Palijativno zbrinjavanje obolelih od malignih bolesti“, Internet adresa: <http://www.docstoc.com/docs/114852717/PALIJATIVNO-ZBRINJAVANJE-OBOLELIH-OD-MALIGNIH-BOLESTI>, 24.02.2013

<sup>35</sup> Downing, Milićević, Haraldsdottir, Ely, Isto, str. 134



mora da vključi sve ove aspekte stanja i iskustva pacijenta. Odluka o ne/produženje lečenja je samo jedan od aspekata u okviru procene patnje. Procena patnje u pali-jativnom zbrinjavanju razlikuje se od drugih vrsta kliničke procene jer je njen cilj i ublažavanje patnje.<sup>36</sup> Kada su u pitanju pacijenta u odmaklim fazama progresivnih bolesti, donošenje odluka je izuzetno složeno. Stvari nikada nisu crne ili bile, ali se mora odlučiti šta treba, a šta ne treba raditi. Zdravstveni radnici treba da odole iskušenju da preduzimaju medicinsku intervenciju ukoliko nema dokaza da će ona biti korisna pacijentu. Dakle, mora se biti u stanju da se proceni potencijalna korist i šteta. Izuzetno je važno neprestano pitati pacijenta šta misli o terapiji i kako se oseća. Osim toga, treba saslušati članove porodice pacijenta i što jasnije odgovoriti na njihova pitanja. Kako se stanje pacijenta pogoršava, uloga porodice kao njegovo-g zastupnika, postaje sve važnija, ali želje porodice treba usaglasiti sa mišljenje tima za palijativno zbrinjavanje o tome šta je u najboljem interesu pacijenta.<sup>37</sup>

Pravna regulativa koja se bavi palijativnim zbrinjavanjem u Srbiji su Strategija palijativnog zbrinjavanja RS i Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije. Osnov palijativnom zbrinjavanju se daje i kroz Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju, kao i kroz određena podzakonska akta koja prate ove zakone, ali te odredbe nisu dovoljno detaljne niti razrađene u smislu olakšavanja palijativnog zbrinjavanja u praksi.

Strategija za palijativno zbrinjavanje<sup>38</sup> je dokument kojim se utvrđuje politika države u oblasti palijativnog zbrinjavanja. Strategija sadrži i Akcioni plan za njeno sprovođenje za period od 2009-2015.godine. U uvodnim odredbama Strategije ustanovljavaju se uslovi koji su neophodni u cilju uspešnog uspostavljanja i uključivanja palijativnog zbrinjavanja u postojeći system zdravstvene zaštite. Ti uslovi su: 1) izmena propisa kojima se uređuje sistem zdravstvene zaštite; 2) uključivanje službi za palijativno zbrinjavanje u sistem zdravstvene zaštite RS; 3) obezbeđivanje i dostupnost opioida i drugih lekova za palijativno zbrinjavanje u skladu sa razvojem liste esencijalnih lekova za palijativno zbrinjavanje pacijenata, i 4) edukacija zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, pacijenata, porodica i javnosti o palijativnom zbrinjavanju. Strategija daje predlog organizovanog palijativnog zbrinjavanja, uvodjenje edukacije zdravstvenih radnika i saradnika kao i svih ostalih učesnika u palijativnom zbrinjavanju (društva, porodice, obolelih i volontera). Opređeljuju se na generalan način i nivoui, obim i program edukacije. Strategija

---

<sup>36</sup> Isto, str.35

<sup>37</sup> Isto, str. 92

<sup>38</sup> Službeni glasnik RS, br. 17/2009

odredjuje da sve izveštaje o planu rada i izvršenju plana svih učesnika u palijativnom zbrinjavanju (službi kućnog lečenja, centra za koordinaciju službi, jedinica za palijativno zbrinjavanje, konsultativnih timova i centra za razvoj palijativnog zbrinjavanja na tercijarnom nivou) na sva tri nivoa zdravstvene zaštite, zavodi i instituti za javno zdravlje dostavljaju Institutu za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Republička stručna komisija treba dva puta godišnje da razmatra realizaciju aktivnosti predviđenih Akcionim planom za sprovođenje Strategije za period od 2009 do 2015 godine i predlaže mere za poboljšanje i unapređenje palijativnog zbrinjavanja.

U Srbiji je u toku projekat „Razvoj usluga palijativnog zbrinjavanja u Republici Srbiji“ u okviru koga se, između ostalog, nastoji da se da se implementiraju ciljevi Strategije.

Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije<sup>39</sup> uređuje da je kod neizlečivog bolesnika jedan od osnovnih zadataka lekara da efikasno preduzima sve mere lečenja koje će pacijentu ublažiti bolove i psihičku patnju. U terminalnom stadijumu bolesti, lekar treba da obezbedi čoveku dostojne uslove umiranja, jer bi nastavljanje intenzivnog lečenja bolesnika u ovom stanju isključilo pravo umirućeg na dostojanstvenu smrt. Dakle, ukoliko smatra da preduzimanje daljih intenzivnih medicinskih mera nije indikovano, u skladu sa Kodeksom, lekar ih neće preduzeti. Kodeksom se zabranjuje eutanazija, kao namerno skraćenje života, koje je u suprotnosti sa medicinskom etikom. Međutim, želju dobro informisanog bolesnika od neizlečive bolesti, jasno izraženu pri punoj svesti u pogledu veštačkog produživanja njegovog života, lekar će uvažiti. Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS<sup>40</sup> (slično kao i drugi zakoni o zdravstvenoj zaštiti ili o pravima pacijenata, u regionu) članom 28 i članovima 31-35 uređuje pravo na obaveštenje i pravo na pristanak.

Ako bolesnik nije pri svesti ili iz drugih razloga nije u stanju da saopšti svoj pristanak, Zakon o zdravstvenoj zaštiti RS članom 34 propisuje da se hitna medicinska mera može se preduzeti i bez njegove saglasnosti. Ovaj član propisuje i da se druge medicinske mere da nad ovakvim pacijentom u zdravstvenoj ustanovi mogu se preduzeti na osnovu konzilijarnog nalaza.

Lekar je ovlašćen da preduzme mere palijativnog zbrinjavanja kod bolesnika koji je bolestan na smrt, u cilju smislenog lečenja i olakšanja u trpljenju. Zanimljiva je konstatacija Kodeksa da je umiranje bolesnika i smrt deo lekarskog lečenja. Prili-

---

<sup>39</sup> Službeni glasnik RS, br. 121/2007

<sup>40</sup> Službeni glasnik RS, br. 107/2005, 72/2009, 88/2010, 99/2010, 57/2011 i 119/2012

kom lečenja umirućeg u poslednjem periodu bolesti potrebno je da se uzme u obzir njegova poslednja želja, ukoliko je umirući pri svesti, uračunljiv je i o svojoj bolesti je bio adekvatno informisan, izuzev ukoliko njegova želja nije u skladu sa etičkim merilima lekara. Kod nesvesnih ili neuračunljivih bolesnika potrebno je odlučiti se prema medicinskim merilima, ali pri tome treba uzeti u obzir i eventualnu volju bolesnika i mišljenje bližnjih koji bolesnika dobro poznaju. Konačno odlučuje lekar. Dakle, volja bolesnika, izražena kroz pacijentov testament ili na drugi način, može uticati na odluku lekara, ali je, u slučaju pacijenata koji su bez svesti ili neuračunljivi, konačna odluka lekara.

Nacrt Zakona o zaštiti prava pacijenata od 30.10.2012.<sup>41</sup> članom 27 propisuje pravo na olakšavanje patnji i bola. Prema ovom članu svaki pacijent ima pravo na najviši nivo olakšavanja patnje i bola saglasno opšte prihvaćenim stručnim standardima i etičkim principima, što podrazumeva terapiju bola i humanu palijativnu negu u poslednjem stadijumu života. Pravo iz stava 1. ovog člana ne podrazumeva eutanaziju.

## **Pacijentov testament**

Pitanje pacijentovog testamenta nije uređeno pravnim propisima Srbije. Sa stanovišta teorije, međutim, može se reći da se ovde radi o jasnim instrukcijama i smernicama pacijenta koje se tiču lečenja, komfora i reanimacije u slučaju neizlečive bolesti ili nesposobnosti da o tome odlučuje. Ove instrukcije ne moraju biti pisane, ali ako su usmene o tome mora da postoji pisani trag u istoriji bolesti.<sup>42</sup> U svojim instrukcijama pacijent ne može zahtevati ili odbiti lečenje koje bi prouzrokovalo štetu drugima. On može odbiti neke postupke ili lečenje, ali ih ne može zahtevati. On ne može odbiti higijenske mere, ishranu i pojenje na usta ili kontrolu simptoma koja je u njegovom najbolje interesu, niti može dati direktivu za eutanaziju.<sup>43</sup> Ukoliko postoje izdate direktive i ukoliko se smatra da se mogu ispoštovati, najvažnije je da odluka koja se na osnovu njih donese pacijentu više koristi nego šteti. Zbog toga su dobra komunikacija i poverenje između tima i pacijenta/porodice neophodni.<sup>44</sup>

---

<sup>41</sup> Internet adresa: <http://www.zdravlje.gov.rs/showpage.php?id=185>, 2.mart, 2013.

<sup>42</sup> Downing, Milićević, Haraldsdottir, Ely, Isto, str. 132

<sup>43</sup> Isto

<sup>44</sup> Isto

Organizacijo simpozija so omogočili:



Organizacijo simpozija so omogočili:



Univerza v Mariboru

Organizacijo simpozija so omogočili:



**ENERGETIKA  
MARIBOR**

Organizacijo simpozija so omogočili:



Organizacijo simpozija so omogočili:

**DELIKOMAT**









