



NOVA
UNIVERZA

DIGNITAS

Revija za človekove pravice

Slovenian journal of human rights

ISSN 1408-9653

Razvoj evtanazijskega vprašanja v slovenski medicinski stroki po drugi svetovni vojni

Mitja Četina

Article information:

To cite this document:

Četina, M. (2018). Razvoj evtanazijskega vprašanja v slovenski medicinski stroki po drugi svetovni vojni, Dignitas, št. 55/56, str. 166-192.

Permanent link to this document:

<https://doi.org/10.31601/dgnt/55/56-8>

Created on: 07. 12. 2018

To copy this document: publishing@nova-uni.si

For Authors:

Please visit <http://revije.nova-uni.si/> or contact Editors-in-Chief on publishing@nova-uni.si for more information.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



© Nova univerza, 2018



NOVA
UNIVERZA

FAKULTETA ZA SLOVENSKE
IN MEDNARODNE ŠTUDIJE



NOVA
UNIVERZA

EVROPSKA PRAVNA
FAKULTETA



NOVA
UNIVERZA

FAKULTETA ZA DRŽAVNE
IN EVROPSKE ŠTUDIJE

Razvoj evtanazijskega vprašanja v slovenski medicinski stroki po drugi svetovni vojni

Mitja Četina¹

1. Uvod

Tema evtanazije v slovensko javnost vstopa le sporadično, npr. ob odmevnejših primerih v tujini, ko si neozdravljivo bolni želijo skrajšati svoje življenje na zahtevo. O evtanaziji kot predmetu medicinske obravnave in razmišljanj seveda ne govorimo le po drugi svetovni vojni, se pa v tem času ta tema intenzivira. Zakaj prav po drugi vojni? Žal so vojne vedno bile in bodo gonilo tehničnega napredka na vseh področjih človekovega življenja – in medicina pri tem ni izjema.² Polovica stoletja, ki sledi padcu fašizma, je zaznamovana z izjemnim napredkom – tako tehničnim in medikamentoznoterapevtskim kot tudi napredkom v smislu novejših, natančnejših in bolj dovršenih kirurških posegov.

Tako lahko danes s pomočjo tehnologije umetno vzdržujemo pri življenju človeka, čigar možgani že dolgo ne delujejo, ki je torej možgansko mrtev. Česa takega si še pred kratkim ne bi mogli zamisliti niti najdrznejši vizionarji. In prav ta napredek, ki se je v znatnosti zgodil v zadnjih petdesetih letih, postavi zdravniško stroko – tudi v smislu »večnih« tem, kot je vprašanje evtanazije – pred popolnoma nove izzive. Medicina je namreč zaradi novih spoznanj in tehnologij postavljena v vlogo tistega, ki dobesedno odloča o prenehanju življenja v določenih primerih, kot je npr. odločitev za smrt neozdravljivo bolnih ali poškodovanih oseb.

Namen pričujočega besedila je torej bralcu predstaviti stališče slovenske medicinske stroke do evtanazije oziroma pokazati njegovo morebitno spreminjanje od konca druge svetovne vojne do danes. S tem želimo, prvič, strnjeno prikazati in obdelati kronolo-

¹ Splošna in učna bolnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje.

² Alain Badiou, 20. stoletje, Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2005; Anton Trstenjak, Človek končno in neskončno bitje: oznanjevalna antropologija, Celje, 1988.

ški pregled vprašanja evtanazije v slovenskem prostoru z vidika slovenskega zdravništva, ki bo – kot bomo pokazali – odražal statističnost slovenske zdravniške, hipokratske etike, ter, drugič, pojasniti, zakaj je temu tako, kakšne so pozitivne in negativne posledice te medicinske doktrine ter zakaj se kljub izjemnemu napredku znanosti in spremenjenim tradicionalnim pogledom na življenje (novi pogledi v medicinski etiki in bioetiki) odnos zdravniške stroke do vprašanja evtanazije ni spremenil.

2. Kratko o pojmu medicinske etike in deontologije

2.1 Pojem etike in deontologije

Pod pojmom etika si danes predstavljamo filozofsko disciplino, ki si prizadeva opredeliti naravo in pomen zahtev različnih moral. Moralna filozofija, kakor jo tudi imenujemo, torej skuša razumeti, pojasniti in upravičiti elemente našega vsakdanjega moralnega izkustva:³ moralne dileme, s katerimi se soočamo, moralna razhajanja, ki smo jim priča, moralne sodbe, ki jih oblikujemo, moralna čustva, ki jih posledično doživljamo, ter moralne odločitve in dejanja, ki jih nanje opiramo. Izvor etike sega v antično Grčijo k Aristotelu (384 do 322 pr. n. št.). Tako se je v zvezi z njegovimi deli pojavila oznaka »etika«, ki odtlej označuje filozofijo o raziskovanju morale.

Morala kot pojem v svojem bistvu predstavlja merila o tem, kaj je primerno in prav. Ta pojem se je skozi čas spreminjal, kot so se spreminjali njegovi nosilci in različne družbene skupine, ki jim pripadajo. Tako so za različna obdobja in družbe, kulturne kroge in družbene ureditve značilne tudi različne oblike morale. Poznamo, denimo, krščansko, kitajsko, indijsko in islamsko moralo, pa moralo človečnosti, strpnosti, strogega izpolnjevanja ukazov, moralno sužnjevanje in od te drugačno moralo gospodarjev. Nenazadnje bi lahko govorili celo o morali tatov, zapornikov, hipijev in narkomanov. Kot je razvidno že iz naštetih oblik morale, so njihova vodila in načela zelo različna, celo kontradiktorna, iz česar bi lahko sklepali, da absolutnih moralnih načel, ki bi bila veljavna v vseh časih, za vsakršen družbeni red in vse ljudi, ni. Še več, v skrajnem

³ Janez Milčinski, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1982, str. 16.

razumevanju različnosti moral bi to prek sklepa o pogojnosti vseh vrednot oziroma njihovi relativnosti vodilo v moralni kaos.⁴

Etika ima zato v odnosu do morale nadrejen pomen. Označuje širše področje etičnega, medtem ko se morala nanaša predvsem na človekovo etično držo, na njegovo osebno moralnost.⁵ Etika kot znanstvena disciplina tako za razliko od morale ne teži k temu, da bi razvila eno od moral in jo priporočila kot najboljšo, temveč si prizadeva, da bi pridobila pregled nad značilnostmi različnih moral. S tem načinom svojega znanstvenega delovanja skuša konec koncev le dokazati, da lahko nekatera moralna načela, pa četudi so vzeta iz različnih moralnih kompleksov, vendarle štejejo za splošno veljavna. To naj bi bilo tudi poslanstvo filozofske etike – za razliko od teološke, ki za izvor svojih norm navaja božje razodetje.⁶

Preden pa v naši razpravi preidemo na ožje področje medicinske etike, bi veljalo bralcu predstaviti še en pojem s področja etike, tj. pojem deontologije, saj se na etičnem področju, ki ga obravnava, pogosto prepleta z njim, če ne celo povsem prekriva.

Deontologija, nauk o dolžnostih (gr. *deon* – dolžnost), torej o tem, kaj bi nekdo moral storiti, se je kot znanost oziroma, bolje, disciplina razvila dosti kasneje kot etika. Pojem deontologija naj bi prvi uvedel Jeremy Bentham (1748–1832) leta 1814 v delu z naslovom *Deontology*. V njem je ideje utilitarizma, tj. moralne teorije, ki vse posebne moralne dolžnosti izpelje iz ene same, vrhovne dolžnosti, in sicer z namenom kar najbolj povečati koristi in srečo oziroma blaginjo vseh ljudi, uredil v sistem, iz katerega lahko povzamemo, da je naloga socialne zakonodaje in politike omogočiti kar največjo srečo največjemu možnemu številu ljudi. Da bi se ta cilj lahko uresničil v čim večji meri, naj bi država usklajevala težnje posameznika.⁷

Deontološka etika je tako s socialno-ekonomskega področja postopoma prodrla tudi v medicino. Tako Milčinski v svojem delu *Medicinska etika in deontologija navaja*, da je italijanski zdravnik Mateo Palmieri (1406–1476) prvi, ki znanstveno utemelji zdravniško deontologijo kot »kompleks norm, ki se jih mora zdravnik držati pri opravljanju svojega poklica v odnosih z bolniki, kolegi

⁴Friderik Klampfer, *Etiški pojmovnik*, Maribor, 2003, str. 12.

⁵Janez Juhant, *Etika, Na poti k vzajemni človeškosti*, Ljubljana, 2010, str. 1–5.

⁶Prav tam, str. 13.

⁷Anton Dolenc, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1993, str. 22–25.

zdravniki, javnimi organi in družbo».⁸ Pri tem je že razlikoval dva okvira, ki še danes tvorita temelj zdravniške etike, namreč ožjega, pravnega, in širšega, etičnega. Pravni predstavlja tisti minimum zakonsko sankcioniranih vrednot in norm, ki jih mora zdravnik spoštovati pri svojem delu. Šele širša moralna zavest, nadgrajena z osebnimi vrlinami, pa je tista, ki tvori želeno moralno podobo zdravnika.

Milčinski to tezo še nadgradi, ko pravi: »Razen zanesljivega in natančnega izpolnjevanja nalog in pravil, ki so zapisana v veljavnih predpisih, zahtevamo še posebej od zdravnika določene osebne lastnosti, ki jih ni mogoče predpisati z besedo zakona, so pa bistvene za zdravstvenega delavca: človekoljubnost, požrtvovalnost.«⁹ Tako tudi te izrazito moralne kvalitete prištevamo v minimalni program deontologije zdravnika. To je za bralca pomemben podatek, saj nam pojasni, da v strokovni medicinski literaturi oziroma medicinski stroki sploh izrazi etika, morala in deontologija pogosto prehajajo drug v drugega oziroma se neredko celo zlivajo (npr. etični kodeks, deontološki zakon, moralna načela, etična načela idr.). Prav tako se zdi, da Milčinski s tem nadgradi medicinsko deontologijo, ki naj bi bila primarno domena dolžnosti, načel in pravil, z etiko vrlin oziroma kreposti, saj, kot lahko vidimo, omenja moralno pomembne vidike posameznikovega značaja, ki mu omogočajo krepostno ravnanje.¹⁰

2.2. Medicinska etika

Medicinska etika je, kot že samo ime pove, sestavljena iz dveh, po svojem izvoru različnih znanstvenih smeri, tj. naravoslovne medicine in humanistične oziroma filozofske znanosti etike. Kot taka je torej že v svoji osnovi obsojena na protislovja oziroma konflikt, ki nujno izhaja iz soočenja dveh tako različnih znanstvenih disciplin, saj skuša poenotiti naravoslovno-tehnični in duhovno-filozofski princip. Izjemen napredek naravoslovnih znanosti v zadnjem stoletju, zlasti medicinskih oziroma bioloških ved, je človeštvo postavil pred nov niz vprašanj, pred katerimi stopicamo in iščemo prave odgovore za svoja ravnanja. Z razvojem genetike, prodiranjem v samo strukturo genskega zapisa, se pravi v načrt

⁸ Janez Milčinski, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1982, str. 16.

⁹ Anton Dolenc, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1993, str. 22–25.

¹⁰ Prav tam.

gradnikov človeškega telesa, kjer so poleg našega videza zapisane tudi potencialne bolezni, in reproduktivne medicine, ki odpira neslutene možnosti zdravljenja neplodnosti, se poleg »večnih« tem, kot je evtanazija, ki v kontekstu razvoja biomedicine in umetnega podaljševanja življenja pridobiva povsem nove razsežnosti, odpira široka paleta etičnih in moralnih vprašanj, ki jim že 24 stoletij stara deontološka Hipokratova etika ne more več ponuditi adekvatnih, tj. lucidnih odgovorov.

Ta je nastala med 6. in 1. stoletjem pred našim štetjem v antični Grčiji in se imenuje po njenem avtorju Hipokratu (460–375 pr. n. št.), zdravniku z otoka Kos, ki jo je kodificiral v še danes veljavni Hipokratovi zaprisegi. V njej je opredeljena temeljna vrednota te etike, tj. brezpogojno spoštovanje življenja od začetka do konca (načelo svetosti življenja). Temeljna načela hipokratske etike so dobronamernost, neškodljivost, avtonomnost, pravičnost, resni-coljubnost in zaupnost. Na njeni podlagi se v novejšem času pojavi potreba po poizkusu natančnejše opredelitve medicinske etike.

Strogo gledano sodi medicinska etika v sklop bioetike, ki je razmeroma mlada znanstvena disciplina. Ukvarja se z vprašanji dobrega in zla (etika) – kar je razvidno že iz imena – na mejnih področjih naravoslovnih znanosti (popularno imenovanih »bioznanosti«).¹¹ Področje, ki ga bioetika obravnava danes, je izjemno široko, kar velja tudi za številne avtorje, ki jo raziskujejo, posledično pa tudi za razlage, s katerimi skušajo razložiti njen pomen in bistvo.¹² Med številnimi definicijami bioetike bi morda veljalo omeniti definicijo Daryla Macera, ki bioetiko opredeljuje kot »ljubezen do življenja«.¹³

Prvi, ki je uvedel pojem bioetike, je bil ameriški onkolog Potter Van Rensselaer (1911–2001). Z leta 1970 prvikrat omenjenim terminom je hotel uvesti novo vejo filozofije, ki bi združevala medicino, biologijo, ekologijo in etiko. Bioetika naj bi tako tvorila most med znanostjo in človečnostjo, in sicer z namenom, da bi služila zdravju človeštva.

Področje bioetike je najlažje razumeti kot presek dveh velikih krožnic: krožnice etike in naravoslovnih znanosti (medicine, biologije, tehnologije idr.) ter male krožnice prava. Sprva je podro-

¹¹ Theodor Beauchamp, *Principles of biomedical ethics*, New York, 1994; Daniel Brock, *Life and Death, Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge, 1993.

¹² Rok Lampe, *Bioetika – izzivi in preučevanja te novejši discipline*, v: Peter Singer, *Razmislimo znova o življenju in smrti: Sesutje naše tradicionalne etike*, Ljubljana, 2004, str. 295.

¹³ <http://www.biol.tsukuba.ac.jp>.

čje, ki ga danes obravnava bioetika, sodilo k medicinski oziroma zdravniški etiki, ki sta danes razumljeni kot panogi bioetike. Področje medicinske etike v širšem pomenu besede se po Williamu Ruddicku razdeli na zdravniško etiko, etiko zdravstvene nege (ki poleg zdravnikov vključuje tudi medicinske sestre in drugo bolnišnično osebje), klinično etiko (ki je osredotočena na težavne bolnišnične primere ter vlogo etičnih komisij in svetovalcev) ter etiko življenja in smrti.¹⁴

Toda ker je natančno ločnico med posameznimi podzvrstmi bioetike oziroma medicinske etike praktično nemogoče potegniti, se to odraža tudi pri avtorjih s tega področja, saj izraza »medicinska« in »bioetika« nemalokrat uporabljajo kot sinonima. Zanje je značilen t. i. situacijski pristop oziroma situacijska etika (angl. case study), se pravi analiza nravnosti v posameznih primerih, običajno iz medicinske prakse. O tem pristopu k etiki podrobneje piše Vojko Strahovnik v članku *Oris moralnega partikularizma*.¹⁵

Ker je pojem medicinske etike izrazito kompleksen, ga najlažje ponazorimo na primeru dveh najvidnejših predstavnikov te t. i. »nove etike«, Johna Harrisa in Petra Singerja, njima kot antipod pa na koncu postavimo še tradicionalno medicinsko etiko.

2.2.1. John Harris in medicinska etika

Harris, filozof in profesor uporabne etike, je eden najvplivnejših sodobnih predstavnikov medicinske etike. Vodilo njegove etike življenja in smrti je vrednotenje človeških življenj.¹⁶ Odločitve o življenju in smrti namreč slonijo na sodbah o tem, čigavo življenje je vredno rešiti in za kakšno ceno. To pa spet temelji na bolj ali manj jasnih predstavah o tem, življenja katerih bitij sploh imajo vrednost in na čem ta temelji oziroma od kod izvira. Metodološko Harris tako skuša iz množice naših moralnih idej izluščiti tiste, ki so lahko razumna podlaga za naše odločitve o ohranjanju in izboljševanju življenj. S pomočjo raziskave o splošnih moralnih dolžnostih do drugih ljudi, ki nam jih nalagata spoštovanje njihovih dragocenih življenj in posebna narava zdravniškega poklica, skuša avtor najti trden temelj ter podrobno določiti vsebino in doseg zdravnikovih dolžnosti do bolnikov.

¹⁴ William Ruddick, *Medical Ethics*, v: *Encyclopedia of Ethics*, 1998, str. 253.

¹⁵ Vojko Strahovnik, *Oris moralnega partikularizma*, *Analiza*, 3/2003, str. 33–55.

¹⁶ Friderik Klampfer, *Vrednost življenja, zlo smrti in napačnost ubijanja: Harrisova etika življenja in smrti*, v: John Harris, *Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko*, Ljubljana, 2002, str. 325.

Da njegova stališča v veliki meri pomenijo odklon od tradicionalne etike, nam pove že bežen pregled njegovih stališč do poglavitnih tem. Nekaj jih navajamo spodaj.¹⁷

- Človeško življenje ni dragoceno samo po sebi, ampak smo vir njegove vrednosti in poslednji razsodnik o njem mi sami.
- Življenja vseh človeških bitij zato nimajo enake vrednosti, kvečjemu odraslih oseb, ki si enako močno želijo še naprej živeti.
- Ubijanje in puščanje živeti sta moralno enakovredna oziroma moralno enaki dejanji.
- Človeški zarodki in plodovi so samo potencialno osebe: njihova življenja zato ne morejo uživati moralnega varstva oziroma vsaj ne enakega varstva, kot ga uživajo osebe.
- Uboj zarodka v materi ali zunaj nje torej ni moralno sporen.
- Uporabi celic, tkiv in organov splavljenih zarodkov za poskuse z moralnega vidika ni mogoče česa očitati.
- Trupla preminulih človeških oseb bi morala biti brezpogojno na voljo za reševanje in izboljšanje življenj drugih, še živečih oseb.
- Homoseksualni partnerji, samske osebe in kandidati za posvojitelje niso nič manj usposobljeni za starševstvo od heteroseksualnih parov; obstoječa zakonska ureditev, pri kateri morajo navedeni dokazati svojo primernost, je diskriminatorna.
- Hipotetični odločitvi žensk za razmnoževanje s partitogenezo (enospolno, op. avtorja) in izumrtju moških ne moremo oporekati.
- Odločitev o tem, kateremu od kandidatov za nujno zdravniško pomoč ali zdravljenje pri omejenih sredstvih nuditi zdravljenje, bi morali prepustiti naključju.
- Ljudje so za avtonomno odločanje sposobnejši, kot smo pripravljeni priznati.

Harris namreč zagovarja dokaj preprosto izhodiščno stališče, da so vsa dejanja, motivi, značaji itd., ki so pravilni ali napačni, takšni zaradi določene svoje nadaljnje lastnosti in da mora zato vedno, kadar o njih kaj takega trdimo ali verjamemo, obstajati razlog, zaradi katerega to verjamemo. V iskanju tega naj bi se skrivala utemeljitev moralne argumentacije in vloga filozofa v medicinski etiki.¹⁸ To Harris razume kot osnovno predpostavko moralnosti, namreč da je ta razumsko utemeljena. Tako bomo izklop respi-

¹⁷ Prav tam, str. 327.

¹⁸ John Harris, Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko, Ljubljana, 2002, str. 47–69.

ratorja opisali kot dopustno dejanje opustitve pomoči, če ga bo na zahtevo pacienta izklopil zdravnik, oziroma kot nedopusten uboj, če ga bo, z namenom, da si prigrabi pacientovo premoženje, izklopil pohlepni sorodnik. Naloga filozofa naj bi po Harrisu tudi bila, da oceni razloge, zaradi katerih ljudje verjamejo, kar pač verjamejo. Pri kritiki razlogov, ki jih ljudje navajajo v zagovor svojih moralnih stališč, še zlasti če so ta dokončna, pa ima ključno moč moralna argumentacija.

Uporaba moralne argumentacije tako lahko pokaže, da se določeno moralno prepričanje ali sodba opira na nejasne ali v sebi protislovne pojme ali razlikovanja oziroma da je od njih odvisno, npr. »s čim bomo bolj spoštovali neozdravljivo bolnega, ki hoče umreti, s spoštovanjem vrednosti njegovega življenja ali s spoštovanjem njegove poslednje volje«. Ena izmed poglavitnih predpostavk moralne argumentacije je, da moramo podobne primere obravnavati podobno, razen če med primeroma najdemo razliko, ki jo lahko upravičimo kot moralno pomembno. Če te razlike ne moremo najti, potem se mora naša sodba v obeh primerih skladati.¹⁹

Sklicevanje na moralna načela, kar je značilnost tradicionalne etike, je za Harrisa relativno. Določeno moralno načelo bo sprejemljivo šele takrat, ko bomo imeli živo predstavo o njegovem namenu in upravičenjih zanj. Tako je veljavnost moralnih načel in njihova obveznost v končni fazi funkcija njihove vrednosti.

Za razliko od deontoloških etikov (npr. Epikurja), ki so v svoji teoriji o življenju in smrti relativni glede na žrtev in ki odgovarjajo na vprašanje, zakaj je smrt slaba za osebo, tako, da se sklicujejo na vrednost, ki jo ima življenje za to osebo in za druge, zastopa nova etika stališče, da ima življenje vsake osebe intrinzično vrednost, izvirajočo iz vrednosti biti oseba, ki se ne izčrpa. Smrt je za umrlega torej nekaj slabega, če bi bilo življenje, za katerega ga je prikrajšala, v celoti gledano vredno živeti. Torej je smrt slaba, če in samo če zmanjša vrednost življenja kot celote, npr. če žrtvi onemogoči izpolnitev njenih želja glede prihodnosti.²⁰

Tradicionalni prikaz napačnosti ubijanja nam vedno ponudi vsaj en razlog, zaradi katerega je ubijanje vedno napačno: ubijanje namreč po definiciji vključuje zavestno odločitev, da bomo poskrbeli, da nekdo umre; takšna odločitev pa priča o pomanjkanju

¹⁹ Prav tam, str. 120–136.

²⁰ Prav tam, str. 109–115.

spoštovanja do daru življenja. Po mnenju »novih etikov« (npr. Singerja in Harrisa) pa tradicionalno pojmovanje pesti pomembna pomanjkljivost, ki zamegli ločnico med dejanji, s katerimi povzročimo smrt osebe, in opustitvami dejanj, s katerimi bi lahko njeno smrt preprečili. Tradicionalna razlaga, poleg omenjenega, gradi tudi na nedokazani podmeni, da je življenje vedno dobrina ter da je zato vsako oblikovanje in uresničenje namere, da ga bomo uničili ne glede na naše morebitne razloge, nezgrešljiv dokaz, da te dobrine ne spoštujemo, kot bi jo morali. Toda Harris se na tem mestu vpraša, zakaj neki naj bi življenje človeka brezpogojno spoštovali. Tudi če je življenje res »podlaga za vse dobrine in pogoj vsake naše dejavnosti«, ²¹ to še zdaleč ne pomeni, da je življenje kot tako dragoceno. Če življenje zaradi učinkov bolezni izgubi svojo notranjo ali instrumentalno vrednost tako za osebo, ki to življenje živi, kot tudi za druge, kakšen razlog spoštovanja, ki nam narekuje, da ga še naprej ohranimo, nam še ostane? In če lahko s takojšnjo smrtjo povečamo njegovo vrednost za osebo, ki to življenje živi, zakaj bi potem z odločitvijo o njegovem uničenju dokazali, da nam ni mar za njegovo vrednost, ko pa je res prav nasprotno? Zakaj je ubijanje ljudi na njihovo izrecno zahtevo napačno? ²² Ker tradicionalna razlaga napačnosti ubijanja tem nalogam ni dorasla, se je veliko filozofov od etike svetosti življenja obrnilo k etiki dragocenega življenja oziroma življenja, ki ga je vredno živeti. John Harris je eden od njih. ²³

Zato je za oceno vrednosti določenega življenja odločilna sposobnost posameznika, da vrednoti svoje življenje, ne pa razlogi, zaradi katerih ga ceni. Se pravi, kdor v svojem življenju ne najde več nobene vrednosti, zato še ni prenehal biti oseba, se pa taka oseba sme, če si ne želi več dalje živeti, ubiti in mi ji smemo pri tem pomagati. Zatorej so samomor, pomoč pri samomoru in prostovoljna evtanazija po Harrisu dopustni. Oseba, ki se je odločila umreti, je bodisi prenehala ceniti življenje bodisi bolj kot življenje ceni smrt. Onemogočanje te želje pa je enako onemogočanju želje nekoga drugega, da živi dalje.

²¹ Friderik Klampfer, Vrednost življenja, zlo smrti in napačnost ubijanja: Harrisova etika življenja in smrti, v: John Harris, Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko, Ljubljana, 2002, str. 348.

²² John Harris, Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko, Ljubljana 2002, str. 128–131, 132–136.

²³ Prav tam.

2.2.2. Peter Singer in medicinska etika

Podobno kot Harris tudi avstralski filozof Singer pripada krogu »novih etikov«, ki v svojih premišljevanjih niso vezani na okope, ki bi jim jih postavljala tradicionalna medicinska etika.

Prav on, in ne obratno, je eden tistih, ki je temu skupku novih vrednot pridal ime »nova etika«, torej spremenjeno pojmovanje o svetosti življenja onkraj vsakega dvoma.

Za razliko od Harrisa, ki v svojih razmišljanjih obravnava večji del palete etičnih dilem sodobne medicinske etike, se Singer v svojih delih posveča predvsem vprašanju evtanazije in umetne prekinitve nosečnosti ter pri tem s situacijskim pristopom prepleta pravo in etiko. Ker se v našem delu v nadaljevanju posvečamo odnosu slovenske zdravniške stroke do evtanazije v obdobju od konca druge svetovne vojne do današnjih dni, bomo v naslednjih odstavkih predstavili Singerjev pogled na to problematiko, ki nam bo odstrl drugačno mednarodno prakso v posameznih primerih, kot jo bomo srečali, kot bomo lahko videli, v slovenski realnosti.

Dasiravno se bomo z definicijo pojma evtanazija podrobneje ukvarjali v naslednjem poglavju, je nekaj preprostih definicij za razumevanje Singerjevega pogleda na to problematiko dobrodošlih že na tem mestu. Evtanazijo – skrajšanje življenja človeka kot odraz njegove volje – delimo na pasivno in aktivno. Aktivna evtanazija je poseg, s katerim izzovemo predčasno in nebolečo smrt, da bi umirajočega rešili bolečin in mu omogočili človeka dostojno smrt. O pasivni evtanaziji pa govorimo, ko povzročimo smrt z opustitvijo nujnega in možnega dejanja, ki bi neozdravljivemu podaljševalo življenje.²⁴ Pasivna evtanazija je torej omogočanje mirnega umiranja.²⁵ Tako tradicionalna etika in deontologija kot tudi religije obema oblikama nasprotujejo.

Podobno kot Harris tudi Singer v evtanaziji vidi konflikt dveh temeljnih pravno priznanih človekovih pravic: pravice do življenja, utemeljene v osrednjih mednarodnih dokumentih o človekovih pravicah,²⁶ ter pravice do zasebnosti, ki vsebuje tudi osebno avtonomijo in pravico do svobodne odločitve o lastnem telesu. Ta konfliktna situacija dveh temeljnih pravic poraja neskončne

²⁴ Jože Trontelj, O evtanaziji in drugih odločitvah o koncu življenja, v: Ada Polajnar-Pavčnik in Dragica Wedam-Lukić (ur.), *Pravo in medicina*, 1998, Ljubljana, str. 323.

²⁵ Valentin Pozaić, *Življenje vredno življenja. Evtanazija v luči medicinske etike*, Ljubljana, 1987, str. 24–25.

²⁶ Splošna deklaracija o človekovih pravicah z dne 10. 12. 1948. Generalna skupščina Združenih narodov (resolucija št. 217 A(III)), 3. člen.

debate o upravičenosti evtanazije. Zato se je v evropskem pravu človekovih pravic na podlagi Evropske konvencije o človekovih pravicah, zlasti njenega 2. in 8. člena, postopoma izoblikovalo učenje o »pravici razpolaganja z lastnim telesom«.²⁷

2.2.3. Tradicionalna, hipokratska medicinska etika

Kljub temu, da bi bralec pričakoval drugače, se k predstavitvi najbolj znanega pogleda na medicinsko etiko, tradicionalnega, obračamo na zadnjem mestu. Temu ne botruje časovna distanca, spričo katere ima omenjeno pojmovanje etike absoluten primat, temveč morda želja, da bi bralec prek obravnav in pogledov sodobnih, tj. »novih etikov«, katerih opredelitve medicinske etike so bile predstavljene v prejšnjih dveh razdelkih, lažje razumel, celo *per negationem*, klasično medicinsko etiko, imenovano tudi hipokratsko.

Korenine hipokratske etike segajo 2400 let nazaj, tj. v antično Grčijo, kjer so se med 6. in 1. stoletjem pr. n. št. oblikovali temelji moralno-etičnih meril za zdravnike, ki jih po Hipokratu imenujemo Hipokratova prisega. Prisega je »aktualna« še danes, saj vsebuje temelje zdravniške morale tudi za današnje dni. Bistvo njene brezčasnosti je v morali in etiki zdravnika, ki ni bila istovetna s takratno javno moralo.²⁸

V helenistični Grčiji so bili namreč pojmi splav, samomor in celo evtanazija udomačeni, nesporni; še več, med številnimi znamenitimi misleci, kot je npr. Platon, so razumljeni kot pomemben element idealne družbe. To kaže helenistični čas, izjemen zaradi mišljenjske drznosti takrat živečih ljudi, saj se je uveljavila ena temeljnih vrednot, na kateri vse do danes temelji tradicionalna etika: brezpogojno spoštovanje življenja od začetka do konca oziroma svetost življenja.²⁹

Prvi del Hipokratove zaprisege obravnava medicino kot poklic oziroma ceh in je torej odraz časa, v katerem je medicina kot veda nastala. Sodobni etiki se tega dela pogosto lotijo s posmehom in ga pretresajo z namenom, da pokažejo zastarelost in neaktualnost hipokratske etike. Vendar je bistvo Hipokratove prisega v drugem delu, ki predstavlja brezčasno jedro. Vsebuje namreč temeljna načela medicinske etike današnjega časa.³⁰

²⁷ Rok Lampe, Pravica razpolaganja z lastnim telesom, Primerjalnopravna analiza s posebnim poudarkom na 8. členu EKČP, Maribor, 1997, str. 1–12.

²⁸ Anton Dolenc, Medicinska etika in deontologija, Ljubljana, 1993, str. 22–25.

²⁹ Janez Milčinski, Medicinska etika in deontologija, Ljubljana, 1982, str. 23–30.

³⁰ Prav tam.

- dobronamernost,
- neškodljivost,
- avtonomnost,
- pravičnost,
- resnicoljubnost in
- zaupnost.

Izpostavljena načela medicinski etiki opredeljujejo različno, pri čemer izpostavljajo tudi številna vprašanja oziroma dileme.³¹ Pod pojmom dobronamernost je mišljeno, da mora biti vsako zdravnikovo dejanje vedno usmerjeno v dobro pacienta. Pri tem se mora zdravnik znebiti vsakršnih predsodkov zoper pacienta, najsi bodo ti svetovnonazorski ali verski. Številni avtorji so mnenja, da je prav to načelo najpomembnejša vrednota medicinske etike.

Drugi pa glavno vrednoto medicinske etike vidijo v načelu neškodljivosti, saj naj bi bila, kot zatrjujejo, po logiki stvari pred dobronamernostjo. Temu v prid govori dejstvo, da so v zgodovini pogosti primeri, ko so zdravniki pacientu v dobri veri, z željo, da bi mu pomagali, predpisali določeno učinkovino, čeprav niso poznali vseh njenih učinkov, tudi škodljivih, in so pacienta prizadeli. Seveda tu kaj kmalu nastopi dilema, ali je stranski učinek zdravila slabši za zdravje pacienta kot osnovna bolezen. Prav zato si obe načeli pogosto stojita nasproti in sta glavni vir razprav tudi pri vprašanjih evtanazije.

Načelo avtonomnosti predstavlja bolnikovo pravico do izbire pri zdravljenju. Opira se na pacientovo svobodno voljo in svobodo odločanja. Naloga zdravnika je, da pacienta pouči o vseh možnih posledicah zdravljenja. Šele na osnovi tega se lahko pacient avtonomno odloči. Paternalistično odločanje zdravnika je torej nedopustno, tudi če bi bilo to v dobro pacienta. Zdravnik mora enakopravno obravnavati vse paciente ne glede na njihove lastnosti ali zmožnost plačevanja. Načelo pravičnosti pa je pogosto nemogoče opredeliti, kadar je zaradi varčevalnih razlogov omejena izdaja zdravila oziroma kadar se pacient do procesa zdravljenja vede malomarno. Bolnik ima tako tudi pravico, da izve vse informacije o poteku svojega zdravljenja. Načelo resnicoljubnosti pa je pogosto vprašljivo, ko gre za neozdravljivo bolnega, in odpira nove etične dileme. Načelo zaupnosti je zadnje in temeljno načelo v oblikovanju odnosa zdravnik – bolnik. S tem v zvezi v zdrav-

³¹ Prav tam.

niškem svetu poznamo institut zdravniške molčečnosti oziroma poklicne skrivnosti.

3. Definicija in vrste evtanazije

Skozi čas se je pomen evtanazije spreminjal glede na kulturno okolje, vero, ideologijo, položaj posameznika znotraj družbe in medicinske prakse, ki so med seboj sovplivale na njen pomen. Tako izraz, ki v izvornem antičnem smislu pomeni »dobro smrt«, se pravi nebolečo in hitro naravno smrt, postopoma pridobiva širše pojmovanje. Vanj se počasi vključuje tudi pojmovanje samomora oziroma umora, pri katerem asistira država, spočetka prostovoljnega, npr. med antičnimi in renesančnimi filozofi, kasneje prisilnega, z evgeničnimi in socialnodarvinističnimi programi, v današnjem času pa v ospredje stopa pomen človekove avtonomije v odnosu do kolektiva. Bralec se tako v toku časa venomer srečuje s sublimati ideje o nadvladi interesov kolektiva zoper spoštovanje vsakršnega življenja. V razpravo o evtanaziji se tako vključujejo različne stroke, ki jo obravnavajo skozi svojo optiko. Temu primerna je pestrost definicij in domala nemogoča verjetnost poenotenja mnenj, saj si pri opredelitvi tega pojma vsaka znanost pripisuje odločujoč delež. Menim, da se k opredelitvi evtanazije oziroma njenemu poizkusu najbolj približamo, če si ogledamo, kako nanjo gledajo tri ključne znanstvene vede, ki se ukvarjajo z njo, medicina, etika in pravo. Na tem mestu velja omeniti, da je mogoče občutiti velik vpliv vsaj še religije, zgodovine, sociologije in drugih ved.

3.1. Medicina

Milčinski, zdravnik in pravnik, je njeno večplastnost videl v tem, da lahko enkrat pomeni pretresljivo visoko etično dejanje, drugič tragično pomoto, spet tretjič, v drugih okoliščinah, hudodelstvo. Evtanazija je lahko tudi prefinjena medicinska tehnika. Nekateri jo obravnavajo kot strogo zdravniški problem, drugim pomeni skrajšanje trpljenja umirajočemu ali neozdravljivo bolnemu ne glede na to, kdo je posrednik med bolnikom in smrtjo, tretji pa jo izenačujejo z usmrtitvijo iz sočutja in usmrtitvijo na zahtevo, ko jo definirajo s pravico do pospešitve smrti neozdravljivo bolne osebe.³²

³² Janez Milčinski, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1982, str. 159.

Pri opredeljevanju pojma evtanazije avtor ločuje med »prav[o] ali čist[o] evtanazij[o]«, ki jo definira kot vsako dejanje, ki ima za cilj skrajšati življenje pri neozdravljivo bolni ali hudo pohabljeni osebi in ki je daleč od misli na kakršenkoli materialni ali moralni interes osebe, ki si je naložila breme ali opustitve tega dejanja, in, na drugi strani, pojmovanjem evtanazije, kakršnega smo srečali že pri Platonu, Baconu, Nietzscheju in, nenazadnje, v nacističnem evtanazijskem programu – tu gre torej za pojmovanje evtanazije, ki odraža nadvlado interesov skupnosti (države) nad dostojnostjo posameznikovega bivanja.³³

Ker naj bi bila, in tudi je, evtanazija danes na plečih medicine, ne preseneča, da je težnja po natančni opredelitvi in klasifikaciji prisotna predvsem v medicini. Ta jo deli na več sklopov: *aktivno*, *pasivno* in *posredno* ali *indirektno evtanazijo* ter na *pomoč pri umiranju*.³⁴

Aktivno evtanazijo definira kot uboj težko bolnih ljudi, ki bodisi to zahtevajo sami bodisi o tem odloča tretja oseba (zdravnik, sorodniki, država). Zgodnja evtanazija je uboj prizadetih ali težko bolnih otrok.

Pasivna evtanazija je prekinitev posebne zdravniške nege pri umirajočih, ki niso več sposobni sami privoliti v končanje kakega postopka. To lahko pomeni, da se intenzivna nega sploh ne začne, saj z njo ni mogoče obnoviti dostojnega življenja, mogoče pa je umirajočega spremljati na prag smrti.

Posredna (indirektna) evtanazija po opredelitvi medicinske stroke lahko pomeni isto kot pasivna evtanazija, le da je pozornost usmerjena v namen in ne dejavnost kot tako. Gre torej za nenamerno pospešitev prihoda smrti, ki je posledica sredstev za lajšanje bolečin in pomirjeval.

Pri pomoči pri umiranju kot spremljanju bolnih do praga smrti (npr. hospic) pa gre za to, da je pasivna evtanazija v bistvu »aktivna«.

3.2. Etični vidiki

Zanimive so tudi nekatere opredelitve evtanazije etikov, v našem primeru »novih etikov«, npr. Harrisa. Ta v delu *Vrednost življenja* evtanazijo definira kot preprosto *uresničenje odločitve, da se*

³³ Prav tam, str. 160.

³⁴ Matija Cevc, Evtanazija in zdravnik, Zdravniški vestnik, 64/1995, str. 155.

bo življenje posameznika izteklo prej, kot bi bilo treba, torej da se bo življenje končalo, čeprav bi se lahko nadaljevalo.³⁵ Na podlagi te odločitve evtanazijo razdeli na:

- *prostovoljno evtanazijo*, o kateri govorimo, kadar se izpostavljen odločitev ujema s posameznikovimi željami in ta zavestno privoli vanjo ter v vse vidike njene uresničitve,
- *prisilno evtanazijo*, pri kateri tako odločitev uresničimo v nasprotju z izrecnimi željami posameznika, in
- *neprostopoljno evtanazijo*, pri kateri odločitev o evtanaziji sprejmemo brez soglasja posameznika, ki ga zadeva, pri čemer so lahko razlogi za izostanek soglasja različni (npr. norost, nezavest).³⁶

Harris pri svojem razmišljanju izhaja iz predpostavke, da je tisto, kar ljudje najbolj cenimo, življenje samo. Iz tega izpelje, da je prisilna evtanazija vedno napačna, neprostopoljna pa samo takrat, ko ni zagotovo, kakšno je mnenje posameznika (npr. hudo prizadeti, neozdravljivo bolni novorojenci, ki jih čaka kratko in boleče življenje). Za prostovoljno evtanazijo pa pravi, da, podobno kot samomor, ni nikoli moralno napačna, saj če nekdo ne ceni več svojega življenja bolj kot smrti, ne more biti moralno narobe, »če si taka oseba vzame življenje ali če ji pri tem kdo pomaga ali namesto nje izvrši to dejanje, kadar tega sama ni sposobna«.³⁷

Kot etik Harris bistvenega problema evtanazije ne vidi v upravičenju prostovoljne evtanazije, ki sicer zavzema primat v razpravah o evtanaziji, temveč v neprostopoljni evtanaziji. Prostovoljna evtanazija namreč zadeva le malo ljudi in bi jo morala družba po njegovem mnenju dovoliti. Zavzema se torej za nadzor in opredelitev neprostopoljne evtanazije in v nekaterih primerih prisilne evtanazije. Ti pa sta skoraj izključno v domeni zdravništva oziroma se izvajata pod njegovim nadzorom. Harris zato uporabi besedo bolnišnični evtanazijski program. Kot primere tega oziroma neprostopoljne in prisilne evtanazije, ki ga tvorita, navaja ustavitev hranjenja in zdravljenja hudo prizadetih otrok, opustitev reanimacije pri pacientih po večkratnih infarktih, ki nimajo možnosti za rehabilitacijo, in protibolečinsko terapijo pri onkoloških pacientih v terminalni fazi, kjer sredstva za blaženje bolečin dejansko pospešujejo nastop smrti.

³⁵ John Harris, Vrednost življenja: uvod v medicinsko etiko, Ljubljana, 2002, str. 114.

³⁶ Prav tam, str. 115.

³⁷ Prav tam.

3.3. Pravni vidiki

Ker človek pri naravni smrti nima izbire, imamo vtis, da je izbrana smrt vedno nenaravna. To upošteva tudi pravo, saj štiti pravico do življenja in ne pred nenaravno smrtjo. Tudi sicer velja, da je prav pravo tisto, ki teži k čim bolj natančnim opredelitvam. Čeprav evtanazija ni pravni pojem in je ne izvajajo pravniki, pa pravna mnenja o njej postajajo vse bolj pomembna, saj je z zakonodajo določena sprejemljivost oziroma nesprejemljivost določenih ravnanj.

Albin Eser v *Lexikon der Medizin* pod geslom *Sterbehilfe, Recht* (Pomoč pri umiranju, pravo) poda sledeče mnenje: »Ker je mogoče v moderni medicini s smrtjo vedno bolj manipulirati in ker se zato pripisuje vedno večji pomen odločanju o samem sebi, naj gre za življenje ali smrt, se tudi na pravnem področju kot vse bolj nujna postavljajo vprašanja o možnosti in mejah pomoči pri umiranju: ne le kot samoumevna pomoč med tem, ko nekdo umira (v smislu odstranjevanja bolečin in spremljanja na prag smrti), ampak tudi kot pomoč pri umiranju (namerni uboj ali prekinitev nesmiselnega podaljševanja življenja).«³⁸

Prvi mednarodnopravni dokument, ki obravnava evtanazijo, je *Deklaracija o evtanaziji*, ki jo je oktobra 1987 v Madridu sprejelo Svetovno zdravniško združenje. Deklaracija evtanazijo opredeljuje kot dejanje, »s katerim se namenoma konča bolnikovo življenje; ne glede na bolnikovo lastno prošnjo ali na prošnjo bolnikovih bližnjih sorodnikov je neetična. To pa zdravniku ne preprečuje, da ne bi spoštoval bolnikove želje, naj dovoli naravnemu procesu smrti nemoten potek, ki bo v končni fazi povzročil bolnikovo smrt.«³⁹

S pravnega vidika je zato pri opredelitvi evtanazije prisoten konflikt dveh temeljnih človekovih pravic, in sicer pravice do življenja in pravice do zasebnosti. Posledično prav ta konflikt poraja neskončne razprave o upravičenosti evtanazije in pomoči pri samomoru. Tudi v slovenski pravni sferi zasledimo podobno nasprotje. Naša ustava tako jamči nedotakljivost človekovega življenja (17. in 21. člen *Ustave Republike Slovenije*), osebnega dostojanstva (34. člen), pa tudi pravico do zasebnosti (35. člen ustave). Obe ustavni pravici tako posredno odsevata družbeni in posameznikov interes oziroma njuno večno konfliktno sobivanje.⁴⁰

³⁸ Albin Eser, *Sterbehilfe. Recht*, v: Peter Reuter, *Lexikon der Medizin*, Freiburg, 1989, str. 1095.

³⁹ Anton Dolenc, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1993, str. 110.

⁴⁰ Rok Lampe, *Bioetika – izzivi in preučevanja te novejši discipline*, v: Peter Singer, *Razmišljanje znova o življenju in smrti: Sesutje naše tradicionalne etike*, Ljubljana, 2004, str. 310;

17. člen *ustave* se glasi: »Človekovo življenje je nedotakljivo. V Sloveniji ni smrtne kazni.« Z evtanazijskega vidika je pri tem členu vredno omeniti, da Evropsko sodišče za človekove pravice (mednarodnopravna institucija, katere akti veljajo tudi v našem pravnem redu) državi nalaga tudi t. i. »pozitivne obveznosti«. Te se nanašajo na preprečevanje nasilja, ki se konča s smrtjo človeka, ter dosledno izsleditev domnevnih storilcev in preiskavo proti njim. Teh pozitivnih obveznosti države pa sodišče ni raztegnilo; npr. kaznivo dejanje zdravnika, ki je zagrešil smrt novorojenčka, je po sedmih letih pravnega postopka zastaralo.⁴¹

21. člen je z evtanazijskega vidika aktualen v drugem delu, ki se glasi: »Prepovedano je vsakršno nasilje nad osebami, ki jim je prostost kakorkoli omejena, ter vsakršno izsiljevanje priznanj in izjav.« Splošno varstvo človekove osebnosti in dostojanstva je bolj poudarjeno v 34. členu, ki se glasi: »Zagotovljena je nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic.« Poleg ustave in veljavnih mednarodnopravnih dokumentov pa je pravica do zasebnosti varovana tudi z instrumenti civilnega prava.⁴²

Že v poglavju o medicinski etiki smo orisali primer Nizozemske, kjer se je v pravni praksi ta konflikt prevesil na stran posameznika. Kot že rečeno, nizozemski pravni red evtanazije ne pojmuje več kot umor, ampak kot odvzem življenja na zahtevo. Evtanazija oziroma odvzem življenja na zahtevo pa je na Nizozemskem kljub temu še vedno kaznivo dejanje, vendar z izjemo, ko temu ni tako (gl. poglavje o »novi etiki«). Drugače je s slovenskim kazenskim pravom, ki evtanazijo inkriminira kot umor in pomoč pri samomoru.

Tudi v novem slovenskem Kazenskem zakoniku (v nadaljevanju KZ) z dne 13. 10. 1994 se vprašanju evtanazije ni bilo mogoče izogniti. Po mnenju pravnika Viktorja Planinščca, izraženem leta 1995 v njegovem prispevku v Zdravniškem vestniku, je pričakovano odklonilno stališče do »pravice do smrti« posledica izvenprav-

Andraž Teršek, Marija Godec, Edvard Kovač, Ljubo Bavcon, in Anjuta Bubnov-Škoberne, Milošna smrt: Pravno in zdravniško sporne odločitve o končanju življenja, Okrogla miza o evtanaziji, Dignitas, Revija za človekove pravice, 10/2001, str. 128–148; gl. tudi: Anton Kristan, Odprava plodu in »dobra smrt«: sporni pravici do nenaravnega konca življenja, Dignitas, 10/2001, str. 15–32.

⁴¹ Lovro Šturm (ur.), Komentar Ustave Republike Slovenije, Ljubljana, 2002, str. 208; Ustava Republike Slovenije, Uradni list RS, št. 33I/1991.

⁴² Prav tam, str. 236, 368; gl. tudi: Golsong, Hans in drugi, Internationaler Kommentar zur Europäischen Menschenrechtskonvention, Koeln, 1995.

nih – filozofskih, moralnih, religioznih in tradicionalnih – pogledov naše družbe na to občutljivo področje.⁴³

Zdravnik torej po 127. členu omenjenega zakonika zagreši kaznivo dejanje umora, če bolniku v brezupnem in trpečem stadiju bolezni pomaga k hitrejši smrti.⁴⁴ Toda v tretjem odstavku tega člena je mogoče najti določbo, ki se posebej ozira na problem evtanazije: »Če kdo komu vzame življenje v posebnih olajševalnih okoliščinah, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let.«⁴⁵ Sicer pa velja, da je zagrožena kazen za umor najmanj pet let, pri kvalificiranih oblikah pa do 20 let, pri čemer slovensko kazensko pravo smrtne kazni ne pozna. Iz tega sledi, da bi sodišče zdravnika, ki bi neozdravljivemu in hudo trpečemu bolniku pomagal do smrti, kazensko obravnavalo po tej privilegirani obliki kaznivega dejanja umora.

Tudi za storilce kaznivega dejanja pomoči pri samomoru velja podobno. To področje ureja 131. člen KZ, kjer piše: »Kdor koga naklepoma napelje k samomoru ali mu pomaga pri samomoru in ta stori samomor, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let«, oziroma »kdor pomaga pri samomoru in ta stori samomor, pa so pri tem podane posebne olajševalne okoliščine, se kaznuje z zaporom do treh let« (sicer je predpisana kazen do pet let oziroma pri kvalificirani obliki celo kot za umor).⁴⁶

Po mnenju Viktorja Planinšca je prav v teh olajševalnih okoliščinah zakonodajalec pokazal nekaj razumevanja za pereča vprašanja evtanazije. Zdravnik, ki bi storil navedeni kaznivi dejanji, bo torej s strani sodišča spoznan za krivega in obsojen glede na »posebne olajševalne okoliščine«. Na tem mestu je pomembno omeniti, da pasivna evtanazija v pravu ne pomeni kaznivega dejanja, seveda ob pogoju pacientovega soglasja zanjo. Zdravnik torej ne bo zagrešil kaznivega dejanja, če bolnika ne bo zdravil in bo ta umrl, če je ta odklonil predlagane medicinske posege, do česar ima pravico po peti alineji prvega odstavka 47. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 9/1992 z dne 21. 2. 1992). Predpostavlja pa se, da mora bolnik predhodno izvedeti za diagnozo svoje bolezni ter obseg, način, kakovost in pred-

⁴³ Viktor Planinšec, Nekaj pravniških pogledov na »dobro smrt«, Zdravniški vestnik, 64/1995, str. 172; Janez Sinkovec, in Boštjan Tratar, Odškodninska, disciplinska, statusna in kazenska odgovornost fizičnih in pravnih oseb, Ljubljana, 2004.

⁴⁴ Kazenski zakonik Republike Slovenije, Ur. l. RS, št. 63/1994.

⁴⁵ Viktor Planinšec, Nekaj pravniških pogledov na »dobro smrt«, Zdravniški vestnik, 3/1995, str. 172.

⁴⁶ Prav tam.

videno trajanje zdravljenja ter posledice in učinke zdravljenja (tretja in četrta alineja 47. člena).⁴⁷

Seveda zgoraj navedeni zakonski in podzakonski akti hierarhično izhajajo iz ustavno zagotovljene pravice o nedotakljivosti življenja, kar zagotavlja njen 17. člen.

V pravni praksi na Slovenskem, najsibo v času Avstro-Ogrske, Kraljevine Jugoslavije, povojne Jugoslavije ali današnje samostojne Slovenije, ni mogoče opaziti nagibanja zakonodajalca k dekriminalizaciji ali dopustitvi evtanazije.⁴⁸

V sodobni pravni praksi najdemo analogijo z evtanazijskim vprašanjem tudi v odločbi ustavnega sodišča U-I-60/3, ki se sicer nanaša na skladnost oziroma neskladnost posameznih členov Zakona o nepravdnem postopku in Zakona o zdravstveni dejavnosti z ustavo glede prisilnega pridržanja pacienta na zaprtem oddelku psihiatrične bolnišnice. Sodišče je v obrazložitvi med drugim navedlo, da prisilno pridržanje na takšnem oddelku pomeni poseg v človekove pravice in temeljne svoboščine bolnika, med drugim tudi v pravico do prostovoljnega zdravljenja (tretji odstavek 51. člena ustave, ki zagotavlja tako pravico do zdravljenja kot tudi pravico do odklonitve zdravljenja). V zvezi s to pravico pa ustava dopušča, da zakon določi izjeme od načela prostovoljnosti zdravljenja. Eno izmed izhodišč za omejevanje ustavnih pravic je namreč splošno načelo, da so človekove pravice in temeljne svoboščine omejene z enako močnimi pravicami in svoboščinami drugih ljudi. Ustava namreč v tretjem odstavku 15. člena določa, da se lahko človekove pravice in temeljne svoboščine omejijo zaradi pravic drugih oziroma javne koristi. Seveda pa lahko ta omejitev temelji le na legitimnem in stvarno upravičenem cilju, pri čemer mora biti v skladu z načeli pravne države (splošno načelo sorazmernosti). Po tej analogiji torej v »evtanazijskem konfliktu« pravica do življenja prevlada nad pravico do zasebnosti (89).

⁴⁷ Gl. tudi: Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS, št. 15/2008; Zakon o zdravniški službi. Uradni list RS, št. 98/1999; Ur. l. RS, št. 67/2002, 15/2003, 45/2003-UPB1, 63/2003. Odl. US: U-I-291-00-15, 2/2004, 36/2004-UPB2, 62/2004. Odl. US: U-I-321/02-12, 47/2006, 72/2006-UPB3, 15/2008-ZPacP, 58/2008, 49/2010. Odl. US: U-I-270/08-10, 107/2010-ZPPKZ; Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 9/1992 in 26/1992.

⁴⁸ Prav tam, str. 173.

⁸⁹. Odločba Ustavnega sodišča RS U-I-60/3, dosegljivo na spletni strani Ustavnega sodišča RS.

4. Odnos do evtanazije v slovenski medicinski stroki

4.1. Uvod v problematiko evtanazije na Slovenskem v obdobju po drugi svetovni vojni do danes

Bolj kot kdajkoli prej je prav 20. stoletje prispevalo k obuditvi razprav o evtanaziji, tej večni temi, ki zadeva človekov konec. Kljub njenemu nenehnemu vračanju v razprave, ki so bile do tedaj zgolj akademske, da ne rečemo literarne, pa prav 20. stoletje pokaže njeno sistemsko implementacijo. In zgolj v tem dejstvu gre iskati njeno aktualnost in problematičnost. Kot smo omenili že v predhodnih poglavjih, je bila ideja »dobre smrti« v vseh svojih številnih niansah, katere glavno os predstavlja že omenjeno večno torišče med utilitarističnim dejanjem v prid državi s postranskim učinkom lajšanja bolečin posameznemu bolniku na eni strani ter humanističnim načelom nedotakljivosti življenja na drugi, v družbi sicer prisotna že v stoletjih pred drugo svetovno vojno.⁴⁹ Toda z nacističnim evgeničnim programom, ki svoje korenine požene že v zgodnjih dvajsetih letih prejšnjega stoletja, ter holokavstom doseže pojmovanje evtanazije v najtemnejšem pomenu besede svoj vrhunec, a še zdaleč ne konec.

Slovenci smo bili kljub svoji majhnosti in do pred kratkim nacionalni nesamostojnosti vedno del širšega prostora, bodisi fizično kot del državne celote, ki smo ji pripadali, kot del širšega intelektualnega ustvarjanja in navsezadnje tudi kot del vojnih grozot, ki so iz neposredne soseščine prej ali slej zajele tudi naše kraje.

Zato bi bilo krivično začeti razpravo o odnosu slovenske medicinske stroke do vprašanja evtanazije po drugi svetovni vojni, ne da bi omenili njene začetke, ki so zaradi svoje geneze posredno, vsaj v prvih povojnih desetletjih pa tudi neposredno povezani z vsemi nadaljnjimi razpravami slovenskega zdravništva o evtanaziji. Že sedaj pa je jasno, da so vprašanja, povezana z omenjeno problematiko, v naše zdravniške kroge skoraj vedno vstopila kot odziv na dogodke onstran naših meja.

Tako prvo razpravo o evtanaziji v slovenskem prostoru zasledimo kot odziv na delo že omenjenih kriminalista Bindiga in psihiatra Hocheja, ki z objavo svojega dela *Dovoljenje za uničenje življenja, ki ga ni vredno živeti* (leta 1920), položita temeljni kamen

⁴⁹ Dane Zajc, Evtanazija na obzorju, Ampak, 1/2002, str. 3.

kasnejšemu nacističnemu evgeničnemu programu in posredno holokavstu. Zato ni čudno, da že leto za tem (1921) v slovenski strokovni reviji *Slovenski pravnik* srečamo prvi zapis, pri katerem gre za kritiko nemške »državne« evtanazije.

Eden takih kritičnih glasov je bil ugledni slovenski zdravnik in psihiater Alfred Šerko, ki v svojem prispevku ostro kritizira sistemsko evtanazijo, s katero so v Nemčiji v prihodnjih letih usmrtili okoli 60.000 ljudi, večinoma duševno bolnih, invalidov idr. Poročljivo, a z grozljivo prerošnostjo pravi: »Iz narodnogospodarstvenih ozirov si dovoljujem priporočiti nemškemu profesorju, naj izpitajo, preden pride dan vseobčega spoznanja, dobro svoje idiote, ker ni izključeno, da bo istočasno dozorelo spoznanje, da bi bilo neekonomično odvzeti pobite idiote kemični industriji.«⁵⁰ Dvajset let kasneje so iz kož taboriščnikov res izdelovali torbice, knjižne ovitke ...

Šerko zastopa stališče brezpogojne dolžnosti ohranitve in spoštovanja življenja, ko pravi: »Etična norma, ki nam prepoveduje ubijanje, in sicer v principu ubijanje vsakega živega bitja, ni puhla fraza, ki se da iz utilitarističnih razlogov poljubno spreminjati.«⁵¹ Meni, da je spoštovanje življenja, tudi tistega, ki ga ni vredno živeti, tista lastnost, ki človeka loči od živali. S tem člankom je v *Slovenskem pravniku* postavljen mejnik v razpravah o evtanaziji na Slovenskem, diskusije v prihajajočih desetletjih pa so pogosto njegov odsev.

4.2. Kronološki razvoj evtanazijskega vprašanja na Slovenskem

4.2.1. Prva povojna desetletja

Povsem normalno je torej, da je bil v prvih povojnih desetletjih pogled na vprašanja, ki zadevajo mejno področje življenja in smrti oziroma evtanazije – sama diferenciacija tega pojma je bila šele v teku –, močno pod vplivom grozot druge svetovne vojne in holokavsta oziroma nacističnega evgeničnega programa uničevanja človeka nevrednega življenja.

Tako se Milčinski, sodni medicinec in pravnik, ki je dolga desetletja po vojni predstavljal vodilno avtoriteto na področju evta-

⁵⁰ Janez Milčinski, *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1982, str. 16.

⁵¹ Prav tam.

nazijskega vprašanja v slovenskem zdravništvu, leta 1962 v svojem uvodniku v knjigi *Medicina brez človečnosti* posveča temu vidiku. V tem besedilu Milčinski sicer obravnava vprašanje medicine »uničevanja«, saj je medicina kot stroka v nacističnih programih aktivno sodelovala in popolnoma zašla iz svoje etične podstatosti ter bila kot taka obsojena na nuernberškem procesu. Tako so zločini v imenu medicine pod naličjem znanstvenega raziskovanja temeljili na doktrini stroke in politični ideologiji. In prav v tem »spolzku nagibu stroke« vidi avtor povod za nastanek že večkrat omenjene teorije različne vrednosti ljudi glede na raso in nacionalnost. Na najnižjem delu te lestvice pa so bila bitja, nevredna življenja, duševno bolni in pohabljeni. Od tam je bil le še korak do tega, da sta evgenični evtanazijski program in rasna higiena postala del medicinske stroke in njenega študija.⁵²

O evtanaziji Milčinski zapiše: »Po besedi dobra smrt je to v šolskem pomenu usmrtitev neozdravljivo bolnega po njegovi lastni želji, a z zdravnikovo roko in zdravniškim orodjem.« Takšna seveda ni sprejemljiva tako s stališča Hipokratove prisega kot kazenskega prava. Zdravnikovo poslanstvo vidi v njeni antitezi, v »brezpogojni dolžnosti ohranitve življenja«, a se istočasno zaveda in prizna, da »včasih tej dolžnosti ni mogoče slediti brez vseh pridržkov«, ⁵³ saj bi to v določenem primeru lahko pomenilo, da je umirajoči zgolj objekt, na katerem zdravnik in smrt tekmujeta s časom. Pri navajanju posameznih mejnih primerov tako avtor že takrat trči ob številne etične izzive, ki jih zdravniku postavlja hitro se razvijajoča medicina (npr. umetno vzdrževanje dihanja in krvnega obtoka pri dojenčku z nepopravljivo prirojeno okvaro). Zato svojo predhodno tezo o dolžnosti ohranitve življenja dopolni s tezo o spoštovanju življenja in posledično smrti.

Tako v teh mejnih primerih zdravnik ne bo tisti, ki bo pacientu »pomagal umreti«, temveč bo »pomagal, ko bo pacient umiral«. ⁵⁴ Avtor torej zanika kakršnokoli možnost aktivnega ali pasivnega poseganja v potek umiranja, poudarja pa zdravnikov človeški odnos do bolnika in brezmejno spoštovanje njegovega življenja, tako »se bo zdravnik v luči in spoznanju, da je njegova naloga tudi lajšanje bolečin, odločal brez strahu, da bi naredil napako«. ⁵⁵

⁵² Prav tam, str. 31–39.

⁵³ Prav tam, str. 32.

⁵⁴ Prav tam.

⁵⁵ Prav tam.

Že dobro leto kasneje (1963) Milčinski objavi morda najpomembnejši tekst o evtanaziji. Za razliko od njegovih prejšnjih razmišljanj, ki so se bolj ali manj dotikala medvojne zlorabe evtanazije in etičnih stranspoti medicine, je njegovemu nastanku botrovalo konkretno vprašanje morebitne aktivne evtanazije pri novorojenčkih, ki so neozdravljivo bolni, se pravi aktivne evtanazije neozdravljivo bolnega brez njegove privolitve. To pereče vprašanje se je v svetovnih zdravniških krogih pojavilo v šestdesetih letih prejšnjega stoletja spričo šokantnega spoznanja – rojstev prizadetih otrok, ki so se rodili materam, ki so med nosečnostjo jemale pomirjevalo talidomid. Sprašuje se, ali naj medicina poseže in reši trpljenja bolnika, ki s svojo brezpogojno zahtevnostjo spremeni življenje staršev v neprekinjeno žrtvovanje, ki pa ga greni zavest, da je brezplodno. Toda otrok ni tisti, ki trpi. Mnogo bolj v tem primeru trpijo starši. To predstavlja eno razsežnost problema, drugo, ki ostaja očem prikrita, pa avtor oriše kot: »Kako bi gledali starše, ki bi svojega otroka peljali »evtanazirat?« in »Ali so nebolglijeni otroci res samo breme?« Zanimiva je njegova prispodoba, ko vlogo teh otrok v družbi (v širšem kontekstu pa tudi vseh tistih, »katerih življenje ni vredno le-tega«) primerja s spomeniki, ki »so nam lahko v napoto«, a jih ljudje kljub temu postavljajo. Tako v starših, ki sprejmejo takšnega otroka, vidi spomenik človeški solidarnosti, ki ne dovoli, da bi koga zapustili, četudi se je rodil neproduktiven in je njegovo življenje na videz »nevredno«. ⁵⁶

Tako v svojem članku *Dva obraza evtanazije* obširno razdela definicijo (gl. poglavje o definiciji evtanazije) in razvoj evtanazije od starega do novega veka, vse do Bindiga in Hocheja ter nemškega evtanazijskega programa, ki so ga sicer izvrševali, vendar ni bil nikoli uzakonjen, ter sprejetja evtanazijskih zakonov v ameriških zveznih državah Ohio in Iowa na začetku 20. stoletja, ki pa vendar doživita zavrnitev kongresa in nikoli ne stopita v veljavo.

Avtor bi evtanazijo rajši videl kot strogo zdravniški pojem; govori o pravi evtanaziji, »torej vsakem dejanju, ki ima za cilj skrajšanje življenja pri neozdravljivem bolniku ali pri hudo poškodovani osebi in ki je daleč od misli na vsakršni materialni ali moralni interes osebe, ki si je naložila breme dejanja ali opustitve«. Toda problem ni v medicini, nekateri namreč v evtanaziji vidijo skrajšanje trpljenja umirajočemu ali neozdravljivo bolne-

⁵⁶ Janez Milčinski, *Dva obraza evtanazije*, v: Ada Polajnar-Pavčnik, in Dragica Wedam Lukić (ur.), *Medicinska etika in deontologija*, Ljubljana, 1982, str. 166.

mu, ne glede na to, kdo je posrednik med bolnikom in smrtjo oziroma njen sosterilec. Spet drugim pomeni evtanazija usmrtitev iz sočutja in usmrtitev na zahtevo, ko jo definirajo s »pravico, da se pospeši smrt neozdravljivo bolne osebe«. ⁵⁷ To nenehno prestopanje pa onemogoča, da bi bila razprava omejena le na medicinsko pojmovanje, kot že rečeno, Milčinski vidi številne primere tega prestopanja vse od Mora, Bacona in Carrela, ki so hoteli legalizirati usmrtitev bolnih in onemoglih, pa do nacističnih zdravnikov.

Zato razlikuje med legalizirano in medicinsko evtanazijo, ko pravi: »Kazenskopravna plat evtanazije je gotovo manj problematična, kot se zazdi ob osamljenih primerih, ki pritegnejo pozornost javnosti. Toda vsakokrat znova se pokaže, da kazenskopravne določbe odpovedo, in se nazadnje pokaže tudi to, da bi bila uzakonitev evtanazije večje zlo, kot pa je obravnavanje posameznih primerov z uporabo neustreznih določb o naklepni usmrtitvi, četudi privilegirani – kolikor ima kazenski zakonik te ali one dežele take določbe.« ⁵⁸

Pri tem avtor navede številne razloge, ki govore proti izvzemanju »čiste« evtanazije s seznama prepovedanih in kaznivih dejanj, kot so: možnost zmotne ocene bolnikovega stanja; neupoštevanje njegove želje ali zahteve glede na to, da je bolnik pod trenutnim vplivom nevzdržnih bolečin ali da je zaradi splošne prizadetosti organizma njegova opravilna sposobnost zmanjšana ali vsaj dvomljiva; dejstvo, da pravic do odločitve ni mogoče prenesti na sorodnike, ki so v tej ali oni smeri čustveno prizadeti in glede bolnikovega življenja ali smrti tudi materialno zainteresirani. Proti pa navsezadnje govori tudi dejstvo, da je klasična evtanazija, tj. skrajšanje življenja neozdravljivo bolnemu človeku ali, točneje, pospešitev njegove smrti zaradi neznosnosti bolečin, ob že takrat prisotnih raznolikih in ob različnih primerih prikladnih protibolečinskih zdravilih, za zdravnika v bistvu brezpredmetna.

Seveda pa so pri zdravnikovem delu prisotne številne situacije, ki še zdaleč ne izpolnjujejo dejanskega stanja kaznivega dejanja, pa so »zato toliko nevarnejše za napake v luči etičnih načel. V takih situacijah zdravnik ne najde odgovora v kazenskih normah. Ne samo to: lahko se znajde celo sredi živega konflikta med črko zakona in etičnim načelom.« Evtanazija je tako *de facto* prisotna

⁵⁷ Prav tam, str. 159–167.

⁵⁸ Prav tam, str. 167.

že pri dajanju protibolečinske terapije v večjih količinah ali pri prikrajšanju neozdravljivo bolnega za sredstvo, ki bi mu utegnilo podaljšati življenje, četudi za kratek čas in za ceno bolečin, vse zato, da bi lažje pomagali »rentabilnejšemu in bolj perspektivnemu« pacientu.⁵⁹

In prav v takšnih primerih iz zdravnikove vsakodnevne prakse, ki jo zaznamujeta smrt in umiranje, se po avtorjevem mnenju znajdemo pred jedrom problema »zdravnik in evtanazija«. Evtanazije spričo tega ne moremo torej kar povprek in v vseh njenih podzvrsteh obsoditi kot moralne in kazenske obsodbe vredno dejanje. Je pa treba zaradi nenehne nevarnosti iztirjenja evtanazije iz strogo medicinskih vajeti na to še posebej opozarjati predstavnike zdravniškega poklica. Legalizirana evtanazija je nevarna predvsem zato, ker je »predvsem zdravnik tisti, ki ogroža in je tudi sam ogrožen s subtilnimi in prikritimi oblikami evtanazije.«⁶⁰ Zato ima obravnava evtanazije za cilj predvsem senzibiliziranje zdravnika, da bi se odzval na prvo »dozo nemoralnega in etično oporečnega«.⁶¹

S tem se Milčinski dotika že takrat prisotne tendence pravne doktrine, ki se je spustila v opravičevanje interesov družbe v škodo tretji osebi, v tem namreč sluti argument »spolzkega nagiba«, ki poizkuša nekatere zdravnikove odločitve prenesti na upravni odbor in ga s tem razbremeniti odgovornosti. Zato zdravniku pri soočenju z mejnimi vprašanji življenja in smrti svetuje: »Mnogo bolje kot o dolžnosti brezpogojne ohranitve življenja se nam zdi govoriti o brezpogojnem spoštovanju življenja. V luči spoštovanja življenja, ki pomeni obenem tudi spoštovanje smrti, se bo zdravnik lažje odločil za pravo pot. Ob tem pa se mora zavedati, da mu grozi dvojna nevarnost napake: ali bo postal sosterilec smrti – ali pa da v športni tekmi s smrtjo pozabi na bolnika.«⁶²

Nov in zanimiv pogled v razpravi o evtanaziji v slovenskem medicinskem prostoru leta 1990 prispeva Anton Dolenc, ki na področju sodne medicine in medicinske etike nasledi Miličinskega. V razpravi *Evtanazija v luči medicinske etike in deontologije ali samomor in evtanazija*, ki jo objavi v soavtorstvu z Brankom Ermencom in Martinom Homanom, se namreč posveča odnosu evtanazije in samomora.⁶³

⁵⁹ Prav tam, str. 164.

⁶⁰ Prav tam.

⁶¹ Prav tam, str. 165.

⁶² Prav tam.

⁶³ Anton Dolenc in drugi, *Evtanazija v luči medicinske etike in deontologije ali samomor in evtanazija*,

Avtorji še kako dobro zaznavajo duh časa, v katerem se povojno dojemanje grozot »iztirjene« evtanazije, se pravi interesov družbe do posameznikovega življenja, počasi umika v ozadje razprav o posameznikovi avtonomiji: »Po eni strani so jo v polpretekli dobi socialnopsihološko razvrednotili in razobesili kot vsakodnevni dogodek, po drugi strani pa je vsak dan več zahtev po »pravici do lastne smrti.«⁶⁴ Bolj kot je bilo mogoče zaznati takoj po vojni, so takrat, konec osemdesetih let, vidni rezultati bliskovitega razvoja medicinske znanosti v »obliki sodobnih tehnik oživljanja in pripomočkov, ki odmiranje lahko zadržijo na različnih stopnjah razpadanja življenjskih funkcij osebkov, ki pa na ta način ne preživlja več svoje osebne smrti, ampak smrti zdravnikov, intenzivnih oddelkov, slednje pa se pod težo zanimanj, ki jih prinašajo s seboj nova in nova spoznanja na področju presajanja organov, morajo tudi na novo etično in sociološko opredeliti.« Posledično se tako zdravnik tega časa srečuje z neprijetno izbiro med »možnostmi zlorabe skrajšanega življenja in z drugo skrajnostjo, neupravičenim podaljševanjem le-tega.«⁶⁵

Dolenc razpravo sklene z ugotovitvijo, da je pravica do smrti v tem stoletju vsesplošno prisotna, je pa spričo dejstva, da je to Platonovo filozofijo nacionalsocializem prignal do skrajnih meja, po medicinski in pravni plati nesprejemljiva. Samomor je na tem področju umiranja samo ena od kategorij, ki jo je treba upoštevati, ker prizadeti sam ali s pomočjo strokovnjaka poseže po svojem življenju, da bi skrajšal svoje muke in trpljenje ter končal svojo bolezen.

Zdravnik pa ne sme in ne more aktivno sodelovati pri skrajšanju človeškega življenja oziroma umiranja. Njegovo osnovno dolžnost Dolenc vidi predvsem v dajanju ustrezne pomoči umirajočemu, ne da bi mu zavestno (hote) skrajšal življenje.

v: Anton Dolenc (ur.), Samomor na Slovenskem, Ljubljana, str. 158.

⁶⁴ Prav tam.

⁶⁵ Prav tam.

LITERATURA IN PRAVNI VIRI

- Badiou, Alain. 20. stoletje. Društvo za teoretsko psihoanalizo, Ljubljana, 2005.
- Brock, Daniel. *Life and Death, Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge, 1993.
- Beauchamp, Theodor. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, New York, 1994.
- Cevc, Matija. Evtanazija in zdravnik. *Zdravniški vestnik*, 1995, let. 64, št. 3, str. 155–160.
- Dolenc, Anton (ur.). *Medicinska etika in deontologija*. Tangram, Ljubljana, 1993.
- Dolenc, Anton, Ermenc, Branko in Homan, Anton. Evtanazija v luči medicinske etike in deontologije ali samomor in evtanazija. V: Dolenc, Anton (ur.). *Samomor na Slovenskem, Medicinski razgledi*, Ljubljana, 1990, str. 157–165.
- Eser, Albin. *Sterbehilfe*. Recht. V: Reuter, Peter. *Lexikon der Medizin*, Springer, Berlin, 2004, str. 1095.
- Golsong, Hans in drugi. *Internationaler Kommentar zur Europaeischen menschenrechtskonvention*, Koeln, 1995.
- Harris, John. Vrednost življenja: Uvod v medicinsko etiko. Krtina, Ljubljana, 2002.
- Juhant, Janez. Etika 1. Na poti k vzajemni človeškosti. *Študentska založba*, Ljubljana, 2009.
- Kazenski zakonik Republike Slovenije. Uradni list RS, št. 63/1994 in 70/1994.
- Klampfner, Friderik. *Etiški pojmovnik*. Aristej, Maribor, 2003.
- Klampfner, Friderik. Vrednost življenja, zlo smrti in napačnost ubijanja: Harrisova etika življenja in smrti. V: Harris, John. Vrednost življenja: Uvod v medicinsko etiko, Krtina, Ljubljana, 2002, str. 325–366.
- Kristan, Anton. Odprava plodu in »dobra smrt«: sporni pravici do nenaravnega konca življenja, *Dignitas*, 10/2001, str. 15–32.
- Lampe, Rok. Pravica razpolaganja z lastnim telesom, Primerjalnopravna analiza s posebnim poudarkom na 8. členu EKČP, Maribor, 1997, str. 1–12.
- Lampe, Rok. Bioetika – izzivi in preučevanja te novejši discipline. V: Singer, Peter. *Razmislimo znova o življenju in smrti: Sesutje naše tradicionalne etike*, Studia Humanitatis, Ljubljana, 2004, str. 295–327.
- Milčinski, Janez. *Medicinska etika in deontologija*. Univerzum, Ljubljana, 1982.
- Odločba Ustavnega sodišča RS št. U-I-60/03 (4. 12. 2003; Uradni list RS, št. 131/2003 in OdlUS XII, 93); dosegljivo na <http://odlocitve.us-rs.si/usrs/us-odl.nsf/o/FD7834DB9B005297C125717200288CAA>. 27. 10. 2011.
- Planinšec, Vojko. Nekaj pravnih pogledov na »dobro smrt«. *Zdravniški vestnik*, 1995, let. 64, št. 3, str. 172–173.
- Polajnar-Pavčnik, Ada in Wedam-Lukić, Dragica (ur.). *Pravo in medicina*. Cankarjeva založba, Pozaić, Valentin, *Življenje vredno življenja. Evtanazija v luči medicinske etike*, Ljubljana, 1987, str. 24–25. Ljubljana, 1998.
- Ruddick, William. *Medical ethics*. V: Becker, Lawrence C. in Becker, Charlotte B. *Encyclopedia of ethics*, Routledge, London, 2001, str. 253.
- Splošna deklaracija o človekovih pravicah z dne 10. 12. 1948. Generalna skupščina Združenih narodov (resolucija št. 217 A(III)).
- Strahovnik, Vojko. Oris moralnega partikularizma. *Analiza*, 2003, št. 3, str. 33–55.
- Šturm, Lovro (ur.). *Komentar Ustave Republike Slovenije*. FDŠ, Ljubljana, 2002.
- Šinkovec, Janez in Tratar, Boštjan. *Odškodninska, disciplinska, statusna in kazenska odgovornost fizičnih in pravnih oseb*, Ljubljana, 2004.
- Teršek, Andraž, Godec, Marija, Kovač, Edvard, Bavcon, Ljubo in Bubnov-Škoberne, Anjuta, Milostna smrt: Pravno in zdravniško sporne odločitve o končanju življenja, Okrogla miza o evtanaziji, *Dignitas*, Revija za človekove pravice, 10/2001, str. 128–148.
- Trontelj, Jože. O evtanaziji in drugih odločitvah ob koncu življenja. V: Polajnar-Pavčnik, Ada in Wedam-Lukić, Dragica (ur.). *Pravo in medicina*, Cankarjeva založba, Ljubljana, 1998, str. 310–347.
- Trstenjak, Anton. *Človek končno in neskončno bitje: oznanjevalna antropologija*, Celje, 1988.
- University of Tsukuba, URL: <http://www.biol.tsukuba.ac.jp>. 1. 6. 2011.
- Ustava Republike Slovenije. Uradni list RS, št. 33/1991.
- Zajc, Dane. Evtanazija na obzorju. *Ampak*, 2002, let. 3, št. 1, str. 3.
- Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list RS, št. 15/2008.
- Zakon o zdravniški službi. Uradni list RS, št. 98/1999; Ur. l. RS, št. 67/2002, 15/2003, 45/2003-UPB1, 63/2003. Odl. US: U-I-291-00-15, 2/2004, 36/2004-UPB2, 62/2004. Odl. US: U-I-321/02-12, 47/2006, 72/2006-UPB3, 15/2008-ZPacP, 58/2008, 49/2010. Odl. US: U-I-270/08-10, 107/2010-ZPPKZ.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list RS, št. 9/1992 in 26/1992.