

Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanzacije. U agoniji umiranja pred medicinskom beskorisnošću

SUZANA VULETIĆ,
BRANKICA JURANIĆ,
ŠTEFICA MIKŠIĆ,
ŽELJKO RAKOŠEĆ*

UDK: 614.253
179:61

Izvorni znanstveni rad
Primljeno: 26. siječnja 2014.
Prihvaćeno: 7. travnja 2014.

* Doc. dr. sc. Suzana Vuletić,
Katolički bogoslovni fakultet
u Đakovu, Sveučilišta Josipa
Jurja Strossmayera u Osijeku, P.
Preradovića 17, 31400 Đakovo,
Hrvatska, suzanavuletic@yahoo.
com;

mag. med. techn. Brankica
Juranić, Klinika za unutarnje
bolesti, KBC Osijek;

mag. med. techn. Štefica Mikšić,
Dom zdravlja Đakovo;

mr. sc. Željko Rakošec, student
na specijalističkom studiju
pastorala kriznih situacija, Katolički
bogoslovni fakultet u Đakovu

Sažetak: U članku se nastoje prikazati moralno-bio-etičke, medicinske i pravne dileme biomedicinskoga progressa koji je svojim zapanjujućim tehnološkim razvojem potaknuo brojne nedoumice vezane uz mogućnosti ne/ograničene prolongacije finalne faze čovjekova života.

Napredak medicinske skrbi terminalnih bolesnika omogućio je da njihovo održavanje na životu može trajati relativno dugo, no sve je uočljivija besmislenost takvih zahvata, napose u situacijama koje obilježava nesnosna i bolna agonija dugotrajnoga umiranja i postupnoga otkazivanja svih životnih funkcija umiruće osobe, čiji se život postupno gasi, ali se zahvatima agresivno-intenzivne terapijske upornosti prisiljava na fiziološko održavanje.

Iz tih razloga, ovaj rad pokušava prikazati bioetičke smjernice i kriterije distanzacijskih zahvata koje bi orijentirale kliničku intervenciju primjenom principa »medicinske beskorisnosti« iz profesionalnoga medicinskog kuta; iz pravne perspektive i sa stajališta kršćanskoga morala, kako bi njihova integracija imala stručan i humani odjek u pokušajima humaniziranja posljednjih životnih trenutaka.

Ključne riječi: distanzacija, medicinska bes/korisnost, terapijska upornost/ustrajnost, terminalni stadij, intenzivna skrb, ne/razmjerna sredstva, kvaliteta života/umiranja, ortotanzacija, palijativna skrb.

Uvod

»Ljudska patnja pobuđuje sažaljenje, također nadahnjuje poštovanje i, na svoj način, zastrašuje. U njoj je stvarno sadržana veličina posebnoga misterija.«¹

¹ IVAN PAVAO II., Apostolsko pismo Spasonosno trpljenje – *Salvifici Doloris*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1984., str. 7.

Borba sa životom i smrću predstavlja najveći medicinski, ali i bioetički izazov, posebice u današnje doba koje bilježi porast neizlječivih i kroničnih bolesti. One nas suočavaju s nepodnošljivim gubitcima postupnih propadanja, koje bismo najradije pokušali staviti pod medicinski nadzor i tehnološku kontrolu.

Razvoj medicinske tehnologije na tom je području doprinio brojnim dobrobitima, za mnoge oboljele, no istovremeno je potaknuo i određene bioetičke dileme mogućnošću beskonačnoga održavanja u stanju »umirućega životarenja« tiranijom uzaludnoga pokušaja liječenja, odnosno izlječenja.

Biotehnološki napredak i medikalizacija ljudskoga života nastoje udruženim snagama potisnuti umijeće umiranja, odgađajući samu smrt. Taj je doseg pridonio porastu kliničkih dilema i moralno-etičkih nedoumica, vezanih uz primjenu i obustavu medicinskih intervencija na kraju života. One se različito interpretiraju u svakom pojedinom slučaju: neki sanjaju prirodnu smrt; drugi priželjkuju eutanazirajuću smrt bez daljnjih bolova; dok se drugi žele boriti u nedogled svim distanazijskim sredstvima za što dulje održavanje života, bez obzira na kvalitetu preostalog života.

Mogućnost medicine da korištenjem agresivne terapije intenzivnih zahvata, terminalne bolesnike održava na životu u vegetirajućem stanju, nepovratno izgubljenog vitalističkoga zdravstvenog stanja, stvara kliničke, pravne i bioetičke dileme u odnosu na usiljenu primjenu i obustavu medicinskih intervencija, uvođenjem rasprave o *distanaziji*, tj. o beskorisnom tretmanu terapijske ustrajnosti/upornosti.

Terapijska upornost predstavlja primjenu beskorisnih ili nedjelotvornih terapija u liječenju bolesnika, koje su nerazmjerne u odnosu na holističku dobrobit pacijenta. Obilježava je: beskorisnost u terapijskom smislu; mučnost dodatnih patnji i nerazmjernost sredstava u odnosu na terapijski rezultat. Njome se oboljelom samo produžava životna agonija i narušava dostojanstveno umiranje; njegovim bližnjima potiče se neutemeljena nada i neracionalno inzistiranje da se za umirućega pokuša činiti sve moguće; liječnike se izlaže brojnim profesionalnim dilemama; dok istodobno zdravstvenim osiguranjima gomilaju nesuvisle troškove, ionako oskudnih resursa. »Pretjeran tretman može biti tegoban za pacijenta, skup za društvo, a ne-tretman može povrijediti prava i dostojanstvo osoba koje traže pomoć.«²

Stoga distanazijski zahvat kod liječnika, pravnika i teologa izaziva brojne nedoumice i retorička pitanja poput sljedećih: kako prepoznati klinički stadij kada određena medicinska intervencija pretjeranoga terapijskog investiranja postaje beskorisna prema stručnim medicinskim standardima? Kako razlikovati između pokušaja produživanja života i/li smrtne agonije? Do koje granice medicina može/treba produživati pojedinačne živote? Ima li smisla nastaviti s terapijom samo zato da bi se

² L. PESSINI, *Distanazija. Do kada produžavati život?*, Adamić, Rijeka, 2004., str. 160.

život dotičnoga pacijenta produžio za koji trenutak, sat, dan, tjedan, ili više? Ima li pacijent pravo odbiti određeni medicinski zahvat ili ga ima pravo bezuvjetno zahtijevati? Bi li neki terminalni pacijent radije živio dulje ili patio manje? Kako se postaviti sa stajališta moralne i etičke odgovornosti utvrđivanja odnosa između pogodnosti i štetnih efekata izbora ne/razmjerne terapije? Što je u takvim slučajevima dopušteno ne/činiti? Koje etičke kriterije i moralne smjernice koristiti? U kojoj mjeri uvažavati određena neslaganja profesionalnoga mišljenja, stavova pacijenta i zahtjeva delegirane obitelji terminalno oboljele osobe u svezi daljnje primjene intenzivne skrbi? Kako prijeći s kurativnih na palijativne zahvate održavanja na životu redovnim sredstvima, isključujući izvanredna? Je li liječnik primoran iskušavati sve moguće ili može odustati od određene intervencije za koju smatra da je neuspješna? Može li etika presuditi?

S obzirom na niz netom postavljenih pitanja, čini se vrlo teškim i delikatnim donijeti profesionalno korektnu i moralno ispravnu odluku o prekidu pojedinoga tretmana. Najčešće liječnici nemaju objektivnih referenci na koje bi se mogli pozvati i nalaze se u etičkoj dilemi: »učiniti sve što je moguće?« ili »činiti samo ono što je ispravno?«. Osim toga, teškoći odluke o obustavi tretmana doprinose određene iznimke i neočekivane remisije, iznenadni oporavci, »čudotvorna« ozdravljanja i buđenja iz dugotrajne kome. Time pokušaj određivanja kada medicinski zahvat uistinu više ne pogoduje pacijentovim kliničkim obilježjima, čini se još neodređenijim.

Iz navedenih razloga, povećanje mogućnosti primjene sofisticirane medicinske tehnologije zahtijeva oprezno moralno prosuđivanje.

»Često se kaže da se moralni integritet jednog društva mjeri načinom kako ono postupa sa svojim najranjivijim članovima. Društvo koje uvažava čovjeka u njegovu dostojanstvu, ne će mu pružiti sredstvo za smrt, nego će mu utirati put za dobro i čovjeka dostojno umiranje.«³

Rasprava o distanziranoj beskorisnosti treba biti promatrana s medicinskoga, etičkoga, zakonskoga i teološkoga gledišta, budući da se njene nedoumice često rješavaju u dubioznoj savjesti, uz bolesnikov krevet, na razini brojnih kliničkih bio/etičkih komiteta ili pak pravnih presuda.

S obzirom da bioetičke rasprave medicinski beskorisnoga tretmana pokreću doboka pitanja o smislu i vrijednosti ljudskoga života, smatramo da se integracijom bioetike i kršćanskoga morala može pružiti značajan doprinos savjesnim dilemama onih koji o tomu trebaju odlučiti.

³ M. ANIČIĆ, V. JANKOVIĆ, Pravo na život u suvremenim etičkim promišljanjima i u socijalnom nauku Crkve, u: *Diacovensia* 19(2011.)2, str. 243.

Ove uvodne postavke i naznake dotaknutih problema, detaljnije i sistematičnije ćemo predstaviti u narednim cjelinama, polazeći od prve, čije ishodište kreće od prikaza suvremenog pogleda na umiranje i smrt iz medicinsko-tehnološke perspektive.

I. SUVREMENI POGLED NA UMIRANJE IZ MEDICINSKO-TEHNOLOŠKE PERSPEKTIVE

»*Bolje je smrt, nego gorak život, i počinak vječni, nego trajna bolest*« (Sir 30, 17)

Recentni progresi na području skrbi teško oboljelih i umirućih, drastično su promijenili pogled na ljudsku smrt posljednjih pedesetak godina. »Dugo je bila shvaćana kao prirodna pojava prema kojoj su se ljudi prirodno odnosili. Zatim je, u prošlom stoljeću, postala uznemirujuća vijest i neprihvatljiv događaj protiv kojega su upe-rene sve sile ljudskoga znanja. Postala je tabu tema i izbačena je iz neposrednoga svakodnevnog života.«⁴

Ljudi su nekoć manje strahovali od smrti i bili su spremniji prihvatiti što je ne-izbježno. Nekad se umiralo u obitelji, u prisustvu svih članova rodbine, ljudi su intenzivno vjerovali u zagrobni život i njegovu nepovrjedivu realnost, s velikom dozom smirenosti i ravnodušnosti, u molitvi i nadi ponovnoga susreta u nebu.

Današnji čovjek najradije ne bi umro. Htio bi ne oboljeti, ne starjeti, ništa ne riskirati i protiv svega se osigurati.⁵ Rezultat je to današnje kulture, koja u smrti vidi besmisao, a gubitkom njene transcendentne sastojnice čovjek se dodatno pribojava njezina ništavila. »Svakom čovjeku smrt, ma kako bila prirodna, ostaje prijetnja uništenja. Stoga je shvatljivo da izbjegavamo misao na smrt, kao i kontakt s njom.«⁶ Naše su misli na umiranje i smrt opterećene zastrašujućim predodžbama iz podsvijesti.⁷ »Budući da smo osjetljivi na gubitke, u smrti vidimo samo gubitak i osamljenost. Kako vazda težimo za posjedovanjem i imanjem, smrt shvaćamo oskudicom i nedostatkom.«⁸ »Prema smrti izgrađuje se svojevrsni autizam, kao da

⁴ A. ŠTAMBUK, Razmišljanje o smrti – dobne i spolne razlike, u: *Ljetopis socijalnog rada* 14(2007.)1, str. 155.-177.

⁵ Usp. A. JORES, *Osnove antropološke medicine*, »Okolo tri ujutro«, Zagreb, 1998., naslovnica knjige.

⁶ I. FUČEK, Čovjek pred licem smrti, u: V. POZAIĆ (ur.), *Pred licem smrti*, FTI, Zagreb, 1990., str. 25.

⁷ Te su predodžbe baštinjene iz srednjovjekovnog doba koje je smrt prikazivalo kao apokaliptičkog jahača, kostura. Svojim je kosirom neprestano mahala nad čovječanstvom. Teško se i danas oslobađamo te mistike smrti.

⁸ J. C. HAMPE, *Umire se sasvim drugačije. Doživljaji vlastite smrti*, »Okolo tri ujutro«, Zagreb, 1981., str. 43.-44.

više nije sastavni dio života, nego je treba skrivati, umirućega otpatiti u bolnicu, a ako ipak umre doma, »leša« se treba što prije riješiti i tugu prespavati tabletama za smirenje.«⁹ Živeći u epohi negiranja smrti, iz našeg se rječnika želi izbaciti svaki izraz koji govori o smrti, pa više i ne govorimo »mrtvac«, već »voljeni«; »pokop« zamijenjujemo »spomen činom«, a liječnici govore o smrti još jedino latinski.¹⁰

Ovakvom su ishodu pogodovali različiti čimbenici, a na poseban način racionalistički scijentizam koji je nastojao znanstvenom svemoći potisnuti činjenicu životne ograničenosti i konačnosti, biomedicinskim tehnološkim dostignućima. Oni su zagovarali apsolutiziranje biološke dimenzije biolatrijskim idolopoklonstvom životu, uvjeravajući suvremenoga čovjeka da može nadvisiti prirodne procese i tako biti gospodar vlastitoga života.

Potaknut tim, stručno-znanstveni progres pretvorio je posljednju fazu čovjekova života u dug, tegoban i paćenički proces umiranja. Suvremeni čovjek ima velike kognitivne spoznaje o smrti s biološkoga stajališta, malu razinu emocionalnoga prihvaćanja. On koristi brojne mehanizme kojima nastoji umanjiti strah i pobjeći od smrti, tražeći na svoj znanstveni način formulu za vječnost.¹¹ To možemo pratiti stoljetnim nastojanjima.

Iluzija da čovjek može ostvariti savršeno zdravlje i beskonačan život cvala je u različitim oblicima, otkad postoji povijest (od *epa o Gilgamešu*¹², preko grčke mitologije¹³) pa sve do suvremenih biomedicinskih postignuća pokušavala se osigurati besmrtnost, konzumiranjem posebnih supstancija. Umjesto biljke života, danas se »vječni život« nastoji osigurati uz pomoć farmaceutike i sofisticirane medicinske tehnologije. Fanatističan napredak medicinskih znanosti stvorio je opremu za oživljavanje, održavanje na životu, kriogeniju i ostale medicinsko-biotehnološke izume, koji sve više ostvaruju zapanjujuće mogućnosti, pomičući granice života i smrti.

⁹ J. LENKIĆ, *Eutanazija u moralno-teološkoj prosudbi*, Tonimir, Varaždinske Toplice, 2011., str. 17.

¹⁰ Usp. R. BUCKMAN, *Ne znam što reći. Kako pomoći i podržati umiruće*, Školska knjiga, Zagreb, 1996., str. 3.

¹¹ Usp. D. HERCIGONJA-KOCIJAN, Psihološki aspekti umiranja i smrti, u: *Crkva u svijetu* 33(1998.)1, str. 21.-22.

¹² Ep o Gilgamešu (1700. pr. K.): Gilgameš se ne može pomiriti sa smrću najboljeg prijatelja; istinski i duboko užasnut fenomenom smrti, odlazi u podzemni svijet gdje mu se daruje »biljka života«. Na povratku kući, Gilgameš zaspi i biljku života ukrade mu zmija. Posljedično, umjesto vječnoga života, ostaje mu smrtnost.

¹³ Vječna mladost i/ili besmrtnost postiže se konzumiranjem posebnih nektara i ambrozije, pića i hrane koji su bili isključiva povlastica bogova, Olimpljana. Krađu nektara s Olimpa, Tantal, Zeusov zemaljski sin, obrazlaže: nisam htio ljude osloboditi ni smrti ni bijede starenja, već im pokazati što imaju bogovi a što oni, kao ljudi, nikada ne će postići (vječni život).

»Tehnologija postaje, u izvjesnom smislu, inkarnacija snova današnjice o besmrtnosti ljudskoga bića. Izvanredna liječenja proporcionirana tehnologijom sekularizirana su verzija religijskoga čuda. Čudo za koje se jučer, u perspektivi vjere, molilo i očekivalo od Boga, danas se traži od tehnologije.«¹⁴

Primjena moderne tehnologije uspješno rješava brojne medicinske probleme i smrt postaje znak neuspjeha, umjesto neizbježan kraj biološkoga života.¹⁵ Te iste tehnike mogu biološki produžavati život i uz konstatiranu ili dekretiranu smrt. Tehnike reanimacije mnogi smatraju čudesnima, dok su za druge samo produžavanje agonije, a ne života.¹⁶

Moderni čovjek susreće se sa smrću koja je često shvaćena kao teško fizičko ponižavanje koje se događa unutar medicinskih centara, gdje se umire često u egzistencijalnoj samoći i tjeskobi iščekivanja neizbježnoga kraja.¹⁷ Tehnološki pristup životu, smrti, bolesti i zdravlju umanjuju humanu vrijednost patnje, boli i drugih vrijednosnih osjećaja, pa »znanstvenici humanističkih orijentacija upozoravaju da u doba visoko razvijene tehnike i tehnologije život i njegova obilježja dobivaju tehnološki smisao i tumače se pomoću brojeva, postotaka, dijagrama te drugim statističkim mjerljivim pokazateljima.«¹⁸

Dometima znanstveno-tehnološke medicine uviđa se transformacija smrti iz prirodna događaja, koja prelazi u ruke naše kontrole, u kalkulirano, isprogramirani događaj. Posljedično se različita egzistencijalna stanja čovjeka, kao što su život, bolest, patnja, bol, umiranje i smrt, proglašavaju besmislenima upravo u onim okolnostima u kojima tehnika pokazuje svoja ograničenja, tj. u kojima ona više nije u stanju, posredstvom medicinskih, tehničkih, kemijskih, ekonomskih, socijalnih i drugih sredstava, ublažavati, uklanjati ili izbjegavati takva stanja. Ta činjenica otkriva pravo lice tehnike.¹⁹ I potiče znanstveno-tehnološku medicinu da »teži rješenju dileme, padajući u jednu od dviju krajnosti. Ili odabire *eutanaziju*: priznavajući svoju nemoć, optira za skraćenje patnje skraćivanjem života, tvrdeći da, kada već ne može liječiti osobu, nema smisla produžavati agoniju. Ili *distanaziju*: uvrijeđena u svom ponosu, optira za otpor smrti do posljednjih konsekvenci, uvodeći terapijsku

¹⁴ L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 302.

¹⁵ Usp. A. FRKOVIĆ, Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanzacije i eutanazije, u: *Socijalna ekologija* 16(2007.)2 -3, str. 215.-219.

¹⁶ S. SPINSANTI, *Umanizzare la malattia e la morte*, Ed. Paoline, Cinsello Balsamo, 1980., str. 42.-44.

¹⁷ Usp. L. ALICI, F. D'AGOSTINO, F. SANTEUSANIO, *La dignita' degli ultimi giorni*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 1998., str. 5.-7.

¹⁸ N. GOSIĆ, *Bioetičke perspektive*, Pergamena, Zagreb, 2011., str. 18.

¹⁹ Usp. T. MATULIĆ, Bioetičko tematiziranje ljudskog umiranja: umiranje u procjepu medicinskog tehnicizma i ontoantropološkog »personizma«, u: *Crkva u svijetu* 40(2005.)1, str. 57.

ustrajnost koja prelazi svaku nadu pogodovanja pacijentu ili promicanju njegove opće dobrobiti.«²⁰

Iz svega navedenog vidimo kako »gubitak osjećaja povezanosti: smisao života – smisao bolesti, u modernoj kulturi stvara niz negativnih posljedica. Ona svodi medicinsku etiku na tehničko tretiranje bolesti i umiranja, uzrokom je sve učestalijih zahtjeva za odobrenjem eutanazije, utječe na nezadovoljavajuće stanje u palijativnoj skrbi i brizi za bolesne.«²¹ Kontinuirana tehnologizacija medicinske prakse za sobom povlači dehumanizaciju. »Ta činjenica ima dalekosežne posljedice za poimanje i vrjednovanje liječničke profesije jer je ona u novim medicinsko-tehničkim okolnostima priklještena antinomijom dobrobiti bolesnika, s jedne strane, i (bio) tehničke učinkovitosti, s druge strane.«²²

Budući da se život može znatno produživati, gdje bi onda trebala biti njegova naravna granica? Daje li posjedovanje znanja i vještine rukovanja znanstveno-tehnološkim postignućima medicinskim djelatnicima za pravo zanemarivati kvalitetu, svetost i granice prirodnoa života bolesna čovjeka?

»Odbijajući i zaboravljajući svoj temeljni odnos s Bogom, čovjek misli da je kriterij i pravilo samom sebi i smatra da ima pravo tražiti od društva jamstvo za mogućnosti i načine odlučivanja o vlastitom životu u potpunoj autonomiji. Čovjek se osjeća prisiljen na to stalnim napretkom medicine i njezinim sve modernijim tehnikama.«²³ Unatoč tomu, tehnologija mora služiti životu, a ne služiti se životom! Samo kada znanstveni napredak i tehnološki progres prihvaćaju razumsku utemeljenost, oni se stavljaju u potpunu službu dostojanstva ljudske osobe i dobra društva. »Razvitak suvremene tehnike, odnosno razvitak civilizacije kojom gospodari tehnika, zahtijeva razmjerni razvitak moralnoga života i etike. Eto zbog čega taj inače divljenja vrijedan napredak, (...) također mora izazivati višestruke bojazni: čini li taj napredak ljudski život na zemlji čovječnijim i čovjeka dostojnijim?«²⁴

S progresivnim pomacima medicinske tehnologije, povećala se kompleksnost pitanja vezana uz posljednje životne trenutke. Moderna je medicina u mogućnosti

²⁰ L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 171.

²¹ J. GRBAC, *Etičke dvojbe hrvatskog društva. O važnosti odgoja za moralne vrijednosti*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 2009., str. 114.

²² T. MATULIĆ, *Medicinsko prevrjednovanje etičkih granica. Svetost života priklještena između autonomije i tehnicizma*, Glas Koncila, 2006., str. 15.

²³ IVAN PAVAO II., *Evangelium vitae – Enciklika o vrijednosti i nepovrjedivosti ljudskog života*, *Evandjelje života*, (25. III. 1995.), Zagreb, 1995., br. 64 (=EV)

²⁴ Usp. IVAN PAVAO II., *Redemptor hominis – Enciklika Otkupitelj čovjeka*, (4. III. 1979.), br. 15 u: M. VALKOVIĆ (ur.), *Sto godina katoličkoga socijalnog nauka*, Kršćanska sadašnjost, Zagreb, 1991., str. 440.

biološki život produžavati i onda kada on za bolesnika gubi svaki smisao. Budući da liječnik može zadržati umiranje, u borbi za produženjem života, koristi se čitav tehnološki arsenal terapijski ustrajnog održavanja na životu, no često, bez stvarnoga poboljšavanja medicinskoga stanja.

Tim tehnološkim mogućnostima *terapijska ustrajnost* predstavlja samo tretman koji produžuje patnju umirućem bolesniku, odgađajući neizbježnost smrti na vrlo težak i bolan način.²⁵ To nas usmjerava da nastojimo prikazati evolucijski prikaz *distanazije* i *principa medicinske beskorisnosti* na kojem se ona razvija.

1.1. EVOLUCIJSKI PRIKAZ DISTANAZIJSKOGA PRINCIPA »MEDICINSKE BESKORISNOSTI«

Koncept *medicinske beskorisnosti* označava kriterij za primjenjivanje ili odustajanje od određene terapije. Pojam se često koristi pri definiranju uporabe nepodobnoga medicinskog tretmana, koji nije u mogućnosti poboljšati kliničku prognozu i ublažiti fiziološke simptome.

Posljednjih se godina o tom pojmu počelo intenzivnije raspravljati, primjenom agresivnih medicinskih intervencija u terminalnoj fazi života.

Agresivna i beskorisna skrb definira se kao nerazumna ustrajnost, koja odbija prihvatiti činjenicu umiranja neizlječivoga bolesnika, koji više nema šanse za preživljavanjem. Riječ je o uzaludnom produžavanju života.

U europskoj medicinskoj literaturi *medicinski beskoristan tretman* odnosi se na stručni medicinski pojam: *distanazije*.²⁶ Izraz označava sinonim za medicinsku beskorisnost²⁷ (eng. *medical futility*²⁸), što bismo mogli okarakterizirati kao terapijsku upornost beskorisne medicine; odnosno liječenje koje ne daje pozitivne rezultate. Označava »medicinsko ponašanje koje se sastoji u korištenju terapijskih

²⁵ Izraz, *terapijska ustrajnost*, uveo je francuski liječnik, Jean Robert Debray. Usp. M. CUYAS, *L'accanimento terapeutico e l'eutanasia*, u: *Dolentium Hominum* 6(1987.), str. 30.

²⁶ Riječ *dysthanasia* neologizam je grčkoga podrijetla i sastavnica je dviju grčkih riječi: *dys* = čin sa grješkom i *thanatos* = smrt, te predstavlja protivljenje čovjeka naravnoj smrti.

²⁷ Izraz ima korijene u grčkoj mitologiji. Legenda prepričava zgodu o Danaju, kralju Argosa i njegovih pedeset kćeri, te njegovu bratu, Egiptu, koji je imao pedeset sinova. Strahujući da bi njegov brat udajom kćeri s grčkim kneževima, ojačao svoju vladavinu, Egipat je želio da se one udaju za njegove sinove. Uputio je svoju vojsku da ih na to prisile. No, one, ubijaju svoje muževe prve bračne noći. Za kaznu su bile osuđene od Jupitera da zauvijek u Hadu skupljaju vodu u propusne vrčeve. Budući da nisu uspijevale donositi vodu, njihov je čin bio smatran beskorisnim. Usp. R. HALLIDAY, *Medical futility and the social context*, u: *Journal of Medical Ethics* 23(1997.), str. 148.

²⁸ Latinska riječ *futilis* znači: beskoristan, isprazan, propuštajući. *Futilis*, kao suprotnost od *utilitis*, postovječuje se s beskorisnošću i uzaludnošću.

postupaka čiji je učinak škodljiviji od učinka bolesti koju treba liječiti, ili je beskoristan, jer je liječenje nemoguće i očekivana je pogodnost manja od predvidivih poteškoća.«²⁹ Tretman se definira beskorisnim kad ne može polučiti realne šanse pobuđivanja onoga efekta koji bi kod oboljele osobe mogao biti smatran korisnim i donijeti mu dobrobit u terapeutskom smislu.³⁰

Premda je beskorisno liječenje tek u novije doba postalo predmetom ozbiljnije pozornosti, već u doba antičke medicine liječnik je bio dužan ne koristiti uzaludne postupke medicinske vještine. Izvrsni su liječnici bili oni koji su znali prepoznati trenutak odustajanja, odbijajući intervenirati kada su se suočavali s granicama uzaludnosti. Preostajalo im je »ublažiti pacijentovu patnju, smanjiti žestinu njegovih bolesti i odbiti tretiranje onih koji su potpuno podlegli svojim bolestima, priznajući da u takvim slučajevima medicina ne može učiniti više ništa.«³¹

I u Hipokratovim spisima nailazimo upute da »postoji vrijeme u kojem treba prekinuti određene tretmane.«³² »Kad god je bolest prejaka za dostupne lijekove, liječnik ne bi trebao očekivati pobijediti je medicinom. U takvim slučajevima suludo je primjenjivati beskorisnost zahvata.«³³ Platon tvrdi kako »racionalan liječnik treba znati procijeniti slučajeve kada treba odustati od daljnje primjene liječenja.«³⁴ »Život s potpunom preokupacijom bolesti nije život vrijedan življenja.«³⁵ Dok Celsus upozorava kako je »obveza opreznoga liječnika ne dirati u slučaj koji ne može spasiti i ne riskirati stvaranje izgleda da je ubio nekog čija bi sudbina bila samo umrijeti.«³⁶

Tradicionalna uloga liječnika bila je pratiti bolesnika u odmaklim fazama njegova oboljenja, prihvaćajući životno neizbježni kraj u prirodnom tijeku umiranja, čineći sve, ublažavanjem boli, što ugodnijim življenjem posljednjih trenutaka.

²⁹ S. MORATTI, The development of »medical futility«: towards a procedural approach based on the role of the medical profession, u: *Journal of Medical Ethics* 35(2009.), str. 369.-372.

³⁰ Usp. L. SCHNEIDERMAN, Defining Medical Futility and Improving medical care, u: *Bioethical Inquiry* 8 (2011.), str. 123.-131.

³¹ D. W. AMUNDESN, The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots, u: *Hastings Center Report* 8(1978.)4, str. 23.-30.

³² J. LASCARATOS, E. P. REBELAKOAU, S. MARKETOS, Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition?, u: *Journal of Medical Ethics* 25(1999.), str. 254.-258.

³³ »Hippocratic Corpus«, u: S. J. REISNER, AJ. J. DYCK, W. J. CURAN (ur.), *Ethics in medicine: Historical perspectives and contemporary concerns*, MIT Press, Cambridge, 1977., str. 6.-7.

³⁴ R. HALLIDAY, Medical futility and the social context, u: *Journal of Medical Ethics* 23(1997.), str. 148.

³⁵ Usp. PLATO, *Republic*, Hackett Publishing Co., Indianapolis, 1981., str. 76.-77.

³⁶ CELSUS, *De medicina*, 5, 26, 1, c apud. Prema D. W. AMUNDESN, The physician's obligation to prolong life: a medical duty without classical roots, u: *Hastings Center Report* 8(1978.)4, str. 25.

Pretpostavlja se da najstariji pravni i medicinsko-deontološki osvrt na beskorisnost medicinskih tretmana održavanja na životu dolazi od predsjedničke komisije za proučavanje etičkih problema u medicini.³⁷ Upozorava se da se skrb općenito razumno ograničava na profesionalne standarde i na odmjerene zdravstvene dobrobiti, kojima se oboljeloj osobi treba ponuditi odbiti i/li prihvatiti dostupne liječničke tretmane. Pritom se nikoga ne može prisiliti na one intervencije koje bi bile kontra-terapeutske. Tu su normu prihvatile i Američko torakalno društvo (1986.³⁸), Američko medicinsko udruženje (1991.³⁹), Hastings centar (1987.⁴⁰) i Društvo kritične medicinske skrbi (1990.⁴¹), upozoravajući liječnike protiv primjene beskorisnih medicinskih tretmana.

Oni svode 4 temeljna elementa za procjenu beskorisnosti: klinička kvaliteta pacijentova preostalogo življenja, vjerojatnost hospitalizacijskoga preživljavanja, kronična bolest i reverzibilnost akutne bolesti. Potom su se sustavnije razvijale direktive o primjeni i susprezanju od uporabe izvanrednih i redovnih sredstava; pacijentove naredbe o ne-oživljavanju i direktive o neželjenim medicinskim intervencijama.

Ranih 1990-ih pojavljuju se dileme održavanja na životu kronično neizlječivih bolesnika u terminalnom stadiju.

Pozornost su izazvala dva slučaja (Helga Wanglie⁴² i slučaj Baby K⁴³) u kojima je došlo do razilaženja stručnoga liječničkog stajališta i pacijentove rodbine u mišljenju o primjeni izvanrednih i redovnih sredstava kojima bi se trebale nastaviti pružati sve moguće intervencije. Dok su neki smatrali da se procjena medicinske beskorisnosti treba davati isključivo od strane stručne liječničke evaluacije, drugi

³⁷ PRESIDENT'S COMMISSION FOR THE STUDY OF ETHICAL PROBLEMS IN MEDICINE AND BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *Deciding to Forego Life-sustaining Treatment*, Government printing Office, Washington DC, 1983., str. 44.

³⁸ AMERICAN THORACIC SOCIETY BIOETHICS TASK FORCE, Withholding and withdrawing life-sustaining therapy, u: *Annals of Internal medicine* 115(1991.)6, str. 478.-485.

³⁹ COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS – AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Guidelines for the appropriate use of do-not-resuscitate orders, u: *Journal of the American Medical Association* 265(1991.)14, str. 1868.-1871.

⁴⁰ HASTINGS CENTER, *Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying*, Indiana University Press, Bloomington, 1987.

⁴¹ TASK FORCE ON ETHICS OF THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE, Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill, u: *Critical Care Medicine* 18(1990.)12, str. 1435.-1439.

⁴² L. NELSON, The Wanglie case: A demand for treatment clashes with medical integrity, u: *Clinical Ethics Report* 1(1992.)6, str. 2.-8.

⁴³ G. J. ANNAS, Asking the courts to set the standards of emergency care: The case of baby K, u: *The New England Journal of Medicine* 21(1994.)330., str. 1542.-1545.

su smatrali kako slučajevi zahtijevaju širu društvenu suodlučnost. Prvi slučaj, koji je utjecao na pravo oboljeloga da se odbiju zahvati beskorisnoga održavanja na životu, bio je slučaj Karen Ann Quinlan.⁴⁴

Pokušaj definiranja koncepta beskorisnosti postaje sporan unazad nekoliko desetljeća, sve većom tehnološkom sofisticacijom medicine⁴⁵ i nemogućnosti postizanje konsenzusa primjene i/li povlačenja određenih medicinskih zahvata. Distanazijskom se primjenom ne produžuje život u pravom smislu riječi, već se produžuje proces umiranja.

1.2. TIPOLOGIJA »MEDICINSKE BESKORISNOSTI«

Zagovornici beskorisnoga tretmana pokušali su definirati termin na način koji bi omogućio liječnicima individualnu uporabu u određenim kliničkim situacijama. Tim pokušajem tradicionalno uočavamo nekoliko pristupa.

- 1) Konceptualna pitanja prve generacije debata o medicinskoj beskorisnosti polazila su od pokušaja razjašnjenja konteksta unutar kojega su određeni tretmani bili smatrani *fiziološki beskorisnim*,⁴⁶ one medicinske intervencije koje nisu u mogućnosti proizvesti očekivanu somatsku efikasnost (npr. kardio-pulmonarno oživljavanje duže od 30 minuta, intubacija i ventilacija pacijenata u vegetativnom stanju duže od tri mjeseca, dijaliza, transplantacija organa, korištenje antibiotika ...). Fiziološki kriteriji ne uključuju moralne vrijednosti osobe i njene holističke dimenzije, već se odnose samo na njenu fizičku dimenziju. Stoga se pokušao tražiti bolji pristup.
- 2) Drugi se pristup usmjeravao na kriterij: *kvalitativne beskorisnosti*, koja se odnosi na pacijentovu kvalitetu života, prema kojoj su određeni tretmani ispod minimalne razine prema profesionalnoj procjeni (permanentna nesvjesnost i trajna ovisnost o ventilacijskim uređajima). Kvalitativna beskorisnost uključuje procjenu rizika i očekivane dobrobiti što često dovodi do nerazmjera medicinskoga i familijarnoga očekivanja, potičući daljnje bioetičke dileme distanzije. S obzirom na ta razilaženja, tražili su se daljnji kriteriji.
- 3) Koncept *kvantitativne beskorisnosti*: zagovara stajalište prema kojem bi liječnik prilikom donošenja odluke »utemeljene na empiričkim datostima posljednjih

⁴⁴ Karen je bila mlada žena koja je već dugotrajno bila u perzistentnom vegetativnom stanju. Nakon što je pretrpjela respiratorni zastoj, njen otac predložio je da se skine s umjetne ventilacije. Usp. J. QUINLAN, *Karen Ann: The Quinlans Tell Their Story*, Bantam Books, New York, 1977.

⁴⁵ Usp. A. G. O. FEIO, C. C. OLIVEIRA, Responsibility and technology: the issue of dysthanasia, u: *Revista de Bioética* 19(2011.)3, str. 615.

⁴⁶ Usp. D. B. WAISEL, R. D. TROUG, The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited, u: *Annals of Internal Medicine* 122(1995.), str. 304.-308.

100 slučajeva trebao utvrditi da je medicinski tretman beskoristan, te da su šanse za postizanje pacijentove dobrobiti samo 1%. Odnosno, beskorisnom se smatra ona intervencija koja nije polučila djelotvornost u posljednjih sto sličnih/istih slučajeva.⁴⁷ 1990-ih mnoge su bolnice usvojile ovu definiciju kao normativnu u svojim operativnim politikama.

- 4) Predložena su i dva dodatna koncepta za opravdanu primjenu distanzijškoga povlačenja: *skora immanentna beskorisnost / imminent demise futility* (kada bi pacijent umro i prije, neovisno o intervenciji) i *smrtonosno stanje beskorisnosti / lethal condition futility* (kada pacijent boluje od bolesti koja ne polučuje preživljavanja na duže vrijeme, neovisno o intervenciji).⁴⁸ Tim procjenama nastojalo se olakšati sljedećim kriterijem.
- 5) *Proceduralan pristup medicinske beskorisnosti*:⁴⁹ koji se odnosi na one odluke koje pobuđuju nesuglasnost, liječnika, pacijenata ili surogat-odlučitelja, kada se oni imaju pravo obratiti neovisnim bioetičkim odborima ili sudu za ljudska prava.

S obzirom da je svaki od ovih povijesnih modela bio kritiziran ili smatran redukcionističkim, pre naglašavajući samo određene dimenzije osoba u terminalnom stadiju, porasla je težina donošenja distanzijških odluka.

Budući da se rasprava o distanziji najčešće povezuje s pacijentima u trajno vegetirajućem, kritičnom ili terminalnom stanju, da bismo izoštrili njene kriterije profesionalno medicinske i moralno-bioetički opravdane primjene, potrebno je preliminarno opisati biomedicinske indikacije osoba koje se nalaze u tom stanju.

II. BIOMEDICINSKE INDIKACIJE OSOBA U TERMINALNOM STADIJU

Terminalni stadij završno je razdoblje života u kojem medicina spoznaje da više ne može iz/liječiti stanje nepovratnih bolesnika standardnim terapijama, nego samo ublažavati patnju postupnoga pogoršanja zdravstvenoga stanja, neizbježno približavane smrti.⁵⁰

⁴⁷ Usp. L. J. SCHNEIDERMAN et Al., Medical Futility: Its meaning and Ethical Implications, u: *Annals of Internal Medicine* 112(1990.), str. 952.

⁴⁸ Usp. B. A. BRODY, A. HALEVY, Is futility a futile concept?, u: *Journal of Medical Philosophy* 20(1995.), str. 123.-144.

⁴⁹ Usp. S. MORATTI, The development of »medical futility«: towards a procedural approach based on the role of the medical profession, u: *Journal of Medical Ethics* 35(2009.), str. 369.-372.

⁵⁰ Usp. G. SINACCIO, E. ROBERT, Malato terminale, u: S. LEONE, S. PRIVITERA (ur.), *Nuovo dizionario di Bioetica*, Istituto Siciliano di Bioetica, Roma – Acireale, 2004., str. 579.-580.

»*Terminalni bolesnik* osoba je kod koje se s priličnom medicinskom sigurnošću zna da je smrt samo pitanje trenutka. Radi se o imanentnoj smrti koja samo što nije uslijedila. Sada glavnu riječ uzimaju one osobe ili službe koje terminalnom bolesniku omogućavaju što je moguće više ljudski završetak, pružajući različite oblike asistencije, od duhovne i moralne do psihološke i emocionalne, te svojom nazočnošću čine humanu atmosferu posljednjih trenutaka ljudske egzistencije.«⁵¹ Stoga ćemo u daljnjem tekstu pokušati uvidjeti koje su biomedicinske, psihološke i duhovne konotacije osoba u terminalnom stadiju.

2.1. BIOMEDICINSKE INDIKACIJE OSOBA U TERMINALNOM STADIJU NA FIZIČKO-ORGANSKOJ DIMENZIJI

Trajno vegetativno stanje obuhvaća medicinske indikacije osoba u permanentnoj komi s neurološkim karakteristikama potpune cerebralne smrti, trajno vegetirajućega stanja ili stanje pacijenata minimalne svijesti. Osobe s oštećenjima u moždanim hemisferama ulaze u kronično stanje nesvijesti, zvano (postojano) vegetirajuće stanje. Njihov je hipotetski oporavak moguć, u prvim danima ili tjednima nakon početka, ali je problem da osobe mogu živjeti u tom stanju mjesecima/godinama uz sredstva održavanja na životu (kardiorespiratornoj podršci, parenteralnom hranjenju i kontroli infekcija).

Na takav način produžen život nema dostatne kliničke kvalitete, pa se sve više prihvaća da je moralno prekinuti umjetno hranjenje kod trajno vegetirajućih stanja, kada nema nikakve sumnje u poboljšanje prognoze pacijenta.

Gledano fiziološki, bolesnici nepomično leže i na sebi imaju pregršt tehnoloških priključaka i nastavaka aparata. Bolesnik nije svjestan sebe i okoline; diše spontano, ima stabilnu cirkulaciju i cikluse otvorenih i zatvorenih očiju, budnosti i spavanja.

Bol im se ublažava davanjem analgetika u obliku tableta, kapsula ili injekcija. Kombinacija opoida i nesteroidnih antireumatika (NSAR) može se primjenjivati i u obliku transdermalnih naljepaka, uvođenjem epiduralnoga katetera i primjenom PCA (*Patient Controlled Analgesia*) s mogućnosti povećavanja ili smanjenja doze. Opoidni analgetici imaju sedativni učinak, inhibiraju disanje, razvijaju toleranciju, ovisnost i halucinacije. Nesteroidni antireumatici i analgetici imaju protuupalni učinak, smanjuju bol i tjelesnu temperaturu. Postoji i mogućnost primjene fizikalnih tehnika za ublažavanje boli, kao što su terapija ultrazvukom, laserom, magnetoterapija i kinezioterapija, primjena terapijskoga i masažnoga dodira. Od elektroterapija primjenjuju se galvanske struje i transkutana električna nervna stimulacija (TENS). U svrhu otklanjanja nepodnošljivih bolova i primjene terapije protiv boli, ponekad

⁵¹ T. MATULIĆ, *Medicinsko prevrednovanje etičkih granica*, Glas Koncila, Zagreb, 2006., str. 155.-156.

dolazi do stvaranja ovisnosti ili oduzimanja svijesti pacijentu. Učinak posljedica poremećaja koje lijekovi izazivaju u oslabljenom tijelu od duge bolesti, oduzima posljednje snage borbe za preživljavanje i same dovode do letalnoga ishoda.

2.2. PROŽIVLJAVANJE OSOBA U TERMINALNOM STADIJU NA PODRUČJU PSIHOLŠKE RAZINE

S obzirom da jakim analgeticima možemo donekle uspješno tretirati fizičku bol, na području psihološke razine zapažamo stanje *patnje* koja često nastaje sučeljavanjem s neizbježnošću smrti.

Može postojati bol bez *patnje* i *patnja* bez boli kod osoba u terminalnom stadiju. Možemo smatrati da je bol fiziološka, dok je *patnja* psihološka. *Patnja* je mnogo šira, sveobuhvatnija. Ona obuhvaća psihičke, psihološke, društvene i duhovne dimenzije. Stoga možemo tvrditi da je bol i psihosomatski doživljaj.

Jedna od glavnih opasnosti zanemarivanje razlike između boli i *patnje* u kliničkom kontekstu jest tendencija da se tretmani usredotoče samo na fizičke simptome. *Patnja* je subjektivno pitanje i više je vezano za osobne vrijednosti. Može biti definirana, u slučaju bolesti, kao osjećaj tjeskobe, ranjivosti i prijetnje integritetu. Obilježena je promjenom raspoloženja, osjećajem gubitka kontrole nad procesom umiranja, gubljenjem nada i snova ili potrebe svoga redefiniranja pred svijetom.

Na području psiholoških osobina terminalnih osoba, uočavamo kako oni postaju preosjetljivi, željni pažnje, razumijevanja i utjehe. Oni očekuju humanu naklonost medicinskoga osoblja, jer je njihova *patnja* neizdrživa, kada nitko o njima ne skrbi.

Pacijenta može umiriti stisak ruke, blag pogled, saznanje da je netko pored njega, da se netko brine za njegovo dobro ili mala pozornost. Pacijent neverbalno komunicira s okolinom bez riječi, osjeća strah i njihovu blizinu. Stoga je i na ovoj razini važan tretman, tvrdnjom prema kojoj u ovoj fazi neučinkovite medicine »najbolja medicina čovjeku jest čovjek«. Izjava koja ide u prilog trenutka u kojem medicina postaje nemoćna, ali preostaje moć ljudske nazočnosti, solidarnosti, pažnje i ljubavi palijativnom naklonošću.

2.3. POTREBE OSOBA U TERMINALNOM STADIJU NA DUHOVNOJ RAZINI

Duhovna dimenzija boli/*patnje* nastaje iz gubitka značenja, smisla i nadanja. Time objedinjuje prethodne dvije razine proživljavanja boli te nužno zahtijevaju i svojstven tretman na području duhovne razine.

Duhovnost može pripomoći u shvaćanju da *patnja* ima smisla u prolaznosti života. Članovi obitelji ili osobe koje se brinu o pacijentu u trajno vegetirajućem

stanju, pomoću duhovne snage mogu lakše prihvatiti predstojeći životni gubitak bližnjega.⁵²

Njihove suze i osmijeh uz krevet terminalnoga bolesnika, dokaz su postojanja komunikacije na duhovnoj razini. Duhovna skrb donosi nemjerljiv potencijal poboljšanja kvalitete života pacijentu, članovima obitelji ili osobama koje skrbe o njima. Njeno pružanje s poštovanjem i osjećajnošću doprinosi punini smisla života, vrijednosti osobe i razvoju osjećaja voljenosti i pripadnosti.

Osobna patnja postaje temelj izgradnje i razvitka novih etičkih načela, a moralna obveza pružanja pomoći onima koji su u nevolji, glavna ljudska vrjednota. Pomoć koju pružaju jedni drugima, koliko je bitna za rast pojedinca, toliko je bitna i za funkcioniranje cjelokupnoga ljudskog društva.

Na ovoj razini, neizostavna je i važnost duhovnika u pružanju humane suosjećajne prisutnosti i dijeljenje sakramenata ispovijedi i bolesničkoga pomazanja, dok molitva razvija dimenziju zagovora, prošnje, oprostjenja, blagoslova i zahvale.

Na osnovi prethodno razmatranih kliničkih karakteristika, u tekstu koji slijedi nastojat ćemo se suočiti s konkretnim moralno-bioetičkim dilemama distanzije.

III. MORALNO-BIOETIČKE KONOTACIJE DISTANZIJE

Primjena distanzije potiče nekoliko moralno-bioetičkih zabrinutosti: agresivna skrb često je nehumana i okrutna; najčešće nije u najboljem interesu pacijentu, ne omogućuje moralni integritet holističkoga zdravstvenog pristupa i priziva u pitanje brojna bioetička stajališta vezana uz terminalnu fazu života.⁵³ Njih ćemo pokušati opširnije prikazati u kontekstu sukoba procjene kliničke kvalitete i svetosti života; pitanja ne/razmjernih medicinskih sredstava održavanja na životu; ekonomskih jednadžbi zdravstvenoga menadžmenta utilitarističkoga pragmatizma održavanja na životu i bioetičke aspekte sudjelovanja terminalnih bolesnika u eksperimentalnim istraživanjima.

3.1. SUKOB PROCJENE »KLINIČKE KVALITETE« I »SVETOSTI ŽIVOTA«

U kliničkom kontekstu odjela intenzivne skrbi pretežno se vrjednuje sintagma *kvalitete života*, nasuprot tradicionalnom konceptu *svetosti života*. Ideja kvalitete života

⁵² Iz iskustva sestriinske prakse vidljiva je bitna razlika reagiranja članova obitelji koje prakticiraju vjeru i onih koji ne vjeruju u Boga. Obitelji koje prakticiraju vjeru, svoju vjeru produbljuju patnjom bolesnoga člana. Smisao života pronalaze u kontekstu svojih religioznih uvjerenja i poimanja Boga. Članovi obitelji koje ne prakticiraju vjeru imaju pitanja koja su vezana uz smisao života ili osjećaja krivnje i kazne.

⁵³ Usp. S. MOHAMMED, E. PETER, Rituals, Death and the Moral Practice of Medical Futility, u: *Nursing Ethics* 16(2009.)3., str. 293.

zasjenjuje etiku svetosti života, poistovjećujući etičke kriterije s kriterijima medicinsko-tehničke učinkovitosti. Kvaliteta života redukcionistički se vezuje uz biološke parametre i čitavo se ljudsko dostojanstvo poistovjećuje s biološkom kvalitetom zdravstvenoga stanja organizma. Time izostaje transcendentarno, metafizičko i teološko tumačenje ljudskoga života.

»Moderno društvo, posebice je u drugoj polovini 20. st. religiozno shvaćanje svetosti preusmjerilo od moralne na biološku egzistenciju, te vrijednosno neutraliziralo pojam života, a na mjesto normativnoga pojma života uspostavilo deskriptivni te je usmjerilo samovrjednovanje na vrjednovanje drugih.«⁵⁴

Od etike nepovrjedive svetosti života, gdje je bilo naglašavana potreba poštivanja svakoga života u sebi, medicinsko tehnicističkim parametrima i vitalističkim paradigmama prelazi se na koncept kvalitete života, prema čijoj se vitalističkoj procjeni pojedini životi smatraju vrijednim poštovanja, a drugi ne.

Postoji mnogo dvosmislenosti objektivnih kriterija za vrjednovanje prosuđivanja kvalitete života. To se čini još težim mogućnošću medicinskoga produžavanja života, koje ponekad donosi posljedice koje nisu posve u skladu s kvalitetom života. Stoga se mnogi pitaju: može li se uopće govoriti o kvaliteti života kod neizlječivih i umirućih bolesnika, što u konačnici može poslužiti i kao opravdanje eutanazije.⁵⁵

»Slijedom toga lako je shvatiti pozadinu već danas ustaljenoga niza demografskih, medicinskih, tehnoloških, ekonomskih, socijalnih, psiholoških, emocionalnih i inih razloga koji se donose u prilog moralnom opravdanju aktivnog ubijanja različitih skupina ljudskih bića u delikatnim stadijima života i egzistencijalnim stanjima.«⁵⁶

Stavljajući u kontekst naše rasprave o distanziji, neki pristaše tvrde da se njome, odgađajući neizbježno, dodaje samo »kvantitativni život«, ali ne »kvalitetu života«, žrtvujući ljudsko dostojanstvo u ime kvantitete upitnog abiološkog života.⁵⁷ Distanzija ne želi prihvatiti uzaludnost terapijskih intervencija i bazira se na kvantiteti života, dok se eutanazija okupira kvalitetom života.

⁵⁴ I. CIFRIĆ, *Bioetička ekumena. Odgovornost za život*, Pergamena, Zagreb, 2007., str. 88.

⁵⁵ Time bi ubojstvo nerođenog djeteta, novorođenčeta s anomalijama, mentalno retardirane osobe, osobe u stanju demencije ili pogođene Alzheimerovim ili Parkinsonovim sindromom, ubojstvo osobe u stanju teške i neizlječive bolesti, nepodnošljivih bolova i patnje, u komatoznom ili trajnom vegetativnom stanju moglo biti moralno dopušteno.

⁵⁶ T. MATULIĆ, Bioetičko tematiziranje ljudskog umiranja: umiranje u procjepu medicinskog tehnicizma i ontoantropološkog »personizma«, u: *Crkva u svijetu* 40(2005.)1., str. 53.

⁵⁷ Usp. L. PESSINI, *Nav. dj.*, str.177.

Glede daljnega etičkog razumijevanja koncepta kvalitete života i primjene beskorisnih terapijskih zahvata, u dokumentu Papinskoga vijeća *Cor unum, o Etičkim pitanjima u odnosu na kritično bolesne i umiruće*, savjetuje se kako »posebna važnost treba biti dana kvaliteti života, iako iječnik nije obvezan koristiti svaku tehniku za održavanje života.«⁵⁸ Time uviđamo da kvaliteta održavanja života ne proturječi uvažavanju etike svetosti života. Svetost se odnosi na cjelokupnost osobe, a kvaliteta samo na fizičko stanje osobe. Čovjek svojim duhovnim sposobnostima nadilazi puke biološke određenosti.

Velikim razvojem medicinsko-tehnoloških znanosti Crkva jasno iznosi svoja moralna načela, naglašavajući da bioetička, kao ni klinička norma medicinske moralnosti ne smije biti isključiva kvalitativna biološka narav.

Po kršćanskom viđenju ljudskoga života, nijedan život ne smije biti smatran beskorisnim ili bez vrijednosti, neovisno o primjeni medicinske beskorisnosti. Miješati beskoristan tretman s beskorisnošću života po sebi je ozbiljna uvrjeda svetosti ljudskoga dostojanstva.⁵⁹

» ... svaki ljudski život, tako i onaj na rubu, ponižen i odbijen, ima beskrajnu vrijednost, jer je dio beskrajne ljubavi Božje. Tako život još nerođenih, djece, bolesnika, patnika, staraca, umirućih, mladih i zdravih jednako je svet i apsolutno nepovrjediv, od trenutka začeća do naravne smrti.«⁶⁰

Nadalje se moramo pozabaviti razjašnjenjem daljnjih etičkih nedoumica proglašavanja kriterija medicinske beskorisnosti na osnovu obustave redovnih i/li izvanrednih sredstava.

3.2. PITANJE REDOVNIH I IZVANREDNIH MEDICINSKIH SREDSTAVA ODRŽAVANJA NA ŽIVOTU

Suočavanje s neizbježnom smrću terminalno oboljelih osoba uvijek je teško i na profesionalnom i na emotivnom planu, i za liječnike, i za oboljelog i za obitelj. Situacija postaje još težom ukoliko se ne može postići suglasnost o povlačenju i/li primjeni svih dostupnih medicinskih sredstava.

⁵⁸ PONTIFICIO CONSIGLIO »COR UNUM«, Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morienti, (27.6.1981.), u: *Enchiridion Vaticanum* VII, str. 1133.-1173.

⁵⁹ E. PELLEGRINO, Decision at the end of life: the use and the abuse of the concept of futility, u: J. VIAL DE CORREA, E. SGRECCIA (ur.), *The dignity of the dying person: Proceedings of the fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano, 2000., str. 232.

⁶⁰ IVAN PAVAO II., Discorso ai partecipanti al Convegno sulla Vita promosso dalla Conferenza Episcopale Italiana, (16. 4. 1989.), u: *Insegnamenti* XII (1989.) 1., str. 385.; 387.

Postoji moralna obveza da se čovjek liječi, no potrebno je procijeniti jesu li terapijska sredstva kojima raspolažemo objektivno razmjerna perspektivi zdravstvenoga poboljšanja. Prigodom ove procjene pozornost treba usmjeriti na nakanu s kojom se provodi određeni zahvat. Dobrota nakane mjeri se ne temelju trijeznoga suda koji određuje i upravlja ravnotežom između željenoga dobra i tolerirane štete u granicama razuma, pa zato i odgovorne proporcionalnosti.⁶¹

Dužnost uzdržavanja vlastitoga života redovito obvezuje na uporabu *redovitih* sredstava, što je klasična terminologija koju je razjasnio papa Pio XII.⁶² Tijekom povijesti poprimala su različite klasifikacijske prijedloge sredstva održavanja na životu: blagotvorna / štetna; razborita / nerazborita; prikladna / neprikladna; izborna / zapovjedna; imperativna / fakultativna; obligatorna / neobligatorna... S obzirom na raznolikost termina, moralni teolog B. Häring predlagao je da se jednostavno govori o »dobrohotnim zahvatima, vjerojatno dobrohotnim, sigurno ne-dobrohotnim i škodljivim zahvatima.«⁶³ Kasnijim se zalaganjima bioetičara ustalila terminologija redovitih i izvanrednih sredstava, odnosno proporcionalna i ne/proporcionalna sredstva, ili pak sinonimno, razmjerna i nerazmjerna sredstva.

Uobičajena/redovna/proporcionalna/razmjerna sredstva – »Osoba ima moralnu obvezu koristiti uobičajena ili razmjerna sredstva za očuvanje vlastitoga života. Razmjerna su ona sredstva koja po ocjeni pacijenta pružaju razumnu nadu pogodovanja i ne pretpostavljaju pretjeran teret ili trošak za obitelj ili zajednicu.«⁶⁴ Ona obuhvaćaju mehaničko podržavanje disanja, bubrežnu dijalizu, antibiotike, umjetno hranjenje i hidrataciju. Papinsko vijeće za dušobrižništvo zdravstvenih radnika u br. 120 navodi: »Prehrana i vodnjenje spadaju u uobičajenu skrb za bolesnika, koju mu se duguje. Njihovo obustavljanje može imati značenje prave eutanazije.«⁶⁵ S etičko-moralnoga stajališta, redovita sredstva treba upotrijebiti za liječenje bolesti, za ublažavanje bolova i produživanje života.

Izvanredna/neproporcionalna/nerazmjerna sredstva nisu obavezna medicinska sredstva za sve bolesnike. To su svi lijekovi, tretmani i djelovanja koji ne mogu biti postignuti zbog pretjeranih troškova, boli ili drugih neugodnosti, ili koja, ako bi bila korištena, ne bi pružila razložnu nadu pogodovanja. Odnose se na oživlja-

⁶¹ Usp. M. ARAMINI, *Uvod u bioetiku*, KS, Zagreb, 2009., str. 300.

⁶² Usp. F. ANGELINI (ur.), *Pio XII.: Discorsi ai medici*, Orizzonte Medico, Roma, 1963.

⁶³ B. HÄRING, *Eutanasia e teologia morale*, u: AA.VV., *Morire sì, ma quando?*, Ed. Paoline, Cinisello Balsamo, 1977., str. 225.

⁶⁴ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and religious directives for catholic health care services*, Unired States Catholic Conference, Washington, 1996., br. 56.

⁶⁵ CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, br. 120 Tipografia Vaticana, Città del Vaticano, 1995., str. 93. (Ubuđuće citirano CDOS)

vanje električnim šokovima, intubaciju dišnih putova, traheotomiju, ugradnju pacemakera, injeciranja u srčani mišić, masažu otvorenoga srca, mehaničku ventilaciju odumrlih pluća, dijalizu nefunkcionalnih bubrega, ponavljanja oživljavanja... »Osoba može otkloniti korištenje izvanrednih ili nerazmjernih sredstava za očuvanje života«⁶⁶ ako njihova primjena dolazi u sukob s većim i težim obvezama i dužnostima, ona postaju klinički zabranjena i moralno nedopuštena.

U prosudbi razmjernoga i nerazmjernoga veoma veliku ulogu igraju sljedeće činjenice: vrsta sredstava na raspolaganju za liječenje, stupanj svjesnoga rizika u koji se ulazi, vodeći računa o bolesnikovu stanju, njegovim fizičkim i duševnim snagama, bolima i patnjama kojima se izlaže.⁶⁷ Treba prosuditi nije li ulaganje nerazmjerno s predviđenim rezultatima, odnosno ne donose li uporabljena tehnička sredstva bolesniku bolove i muke veće od koristi koje se mogu postići.⁶⁸ Dopušteno je prekinuti primjenu tih sredstava kada rezultati nisu ostvarili nadanja koja su se u njih polagala.

Etičke smjernice za katoličke zdravstvene službe Sjedinjenih Američkih Država, izjava katoličkih biskupskih konferencija i komiteta pro-vita Biskupske konferencije Sjedinjenih Američkih Država, smatraju da čak ni medicinski potpomognuta hidratacija i hranjenje nisu moralne obvezatne, kada ne donose ugodu osobi koja je pred neizbježnom smrću u vegetirajućem stanju.⁶⁹

Dokument sekretarijata francuskoga episkopata ističe da je »obveza redovitih sredstava, ali nije obveza poduzimanja izvanrednih sredstava koja iscrpljuju i muče pacijente, kažnjavajući ga na produljenje agonije življenja u stanju lišenu svake mogućnosti ponovnoga dolaženja k svijesti. U tom se slučaju radi o nepravednoj terapijskoj upornosti.⁷⁰

Razmjernost terapije podrazumijeva ono što je potrebno intervenirati koliko koristi bolesnikovu zdravlju, ni manje ni više. To treba procijeniti u cjelini osobe, vodeći računa o razvoju bolesti, kao i o razmjeru između koristi i rizika koji bi mogli pro-

⁶⁶ NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and religious directives for catholic health care services*, Washington, 1996., br. 57.

⁶⁷ Usp. V. POZAIĆ, *Čuvari života – radosti i tjeskobe djelatnika u zdravstvu*, FTI, Zagreb, 1998., str. 116.-117.

⁶⁸ Usp. SVETI ZBOR ZA NAUK VJERE, Deklaracija o eutanaziji, u: *Bogoslovska smotra* 50(1980.)4, str. 403.-404., ovdje br. IV.

⁶⁹ Usp. NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Ethical and religious directives for catholic health care services*, Washington, 1996., str. 21.-22.

⁷⁰ Usp. FRANCUSKI NACIONALNI SAVJETODAVNI ETIČKI KOMITET ZA ZDRAVSTVO I ZNANOSTI O ŽIVOTU, *Kraj života, dokončavanjem života, eutanazija*, Mišljenje br. 63, 27. siječnja 2000., u: L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 335.-351.

izaći iz toga. Iz tog proizlazi da se načelo razmjernosti terapije može primijeniti na sljedeći način:⁷¹

- Kad je smrt blizu i neizbježna, a raspoloživa sredstva, ako bi bila primijenjena, mogla imati samo učinak oskudnoga produljenja života, slobodno je odreći se neproporcionalnih sredstava, održavajući samo normalnu njegu/skrb kako bi se bolesniku pružila tjelesna i psihološka utjeha.⁷²
- Nitko nije obvezatan primijeniti nerazmjerne terapije, koje bi u nekim slučajevima mogle dovesti do terapijske upornosti, koja je mučenje bolesnika.
- U neizostavnosti neizbježne smrti, usprkos upotrijebljenim sredstvima, u savjesti je dopušteno odlučiti se za otklanjanje liječenja kojim bi se postiglo samo privremeno i bolno produženje života, a da se pritom ne prekine normalno liječenje koje se bolesniku u tim slučajevima treba pružiti.

S etičko-moralnoga stajališta, liječnik je dužan primijeniti redovita sredstva u liječenju bolesnika, imajući na umu da je to dužnost, ali i obveza koja prestaje u trenutku gubljenja medicinskoga smisla i kliničkoga razloga za nastavkom liječenja. Ne postoji moralna obveza korištenja izvanrednih sredstava i liječnik treba poštovati želje bolesne osobe koja odbija te mjere.

Ivan Pavao II. stoga će i ustvrditi da »odbijanje izvanrednih ili nerazmjernih sredstava nije jednako samoubojstvu ili eutanaziji; radije izražava prihvaćanje ljudskoga stanja pred smrću.«⁷³

Katolički teolozi naglašavaju da, kada je težina određenoga tretmana nerazmjerna svojim pogodnostima i koristima, tretman treba biti prekinut. Istina je da je primjena ovih načela u dnevnoj praksi vrlo teška, odustajanjem od kurativnih tretmana i prijelaza na palijativnu skrb. Kada više nema nade za liječenje, preostaje mogućnost ublažavanja patnji bez da se terapijska ustrajnost izrodi u tehničku opsjednutost ili u nerazmjernu terapijsku ustrajnost.

Nakon obrade ovih profesionalnih i etičkih dilema, prelazimo na još jednu medicinsko-moralnu konotaciju distanzacije, vezane uz utilitarističke i kalkulacijske procjene primjene principa terapijske beskorisnosti iz socijalno-ekonomskoga kuta.

⁷¹ Usp. CDOS, br. 64, str. 56.-57.

⁷² Usp. E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, vol. I, Vita e Pensiero, Milano, 1999.; str. 737.; V. VALJAN, *Bioetika*, Svjetlo riječi, Sarajevo-Zagreb, 2004., str. 296.

⁷³ EV, br. 65

3.3. EKONOMSKE JEDNADŽBE ZDRAVSTVENOGA MENADŽMENTA NA GRANICI UTILITARISTIČKOGA PRAGMATIZMA ODRŽAVANJA NA ŽIVOTU

U vrijeme rastućih medicinskih troškova, sve se više razmišlja o racionalizaciji zdravstvenih usluga. S obzirom da korištenje skupe tehnologije u terminalnom stadiju predstavlja dosta veliko opterećenje zdravstvenom menadžmentu, pacijenti se mogu pribojavati primjene principa medicinske beskorisnosti, strahujući da bi liječnik mogao postupiti uskraćujući im zdravstvene usluge, zbog ekonomskih kalkulacija ili procjene njihove kliničke kvalitete prema nekim utilitarističkim jednadžbama koje bi mogle biti diskriminirajuće prema određenim slojevima društva.

Pod ekonomskim vidom procjene primjene efikasnih medicinskih zahvata javljaju se kalkulacije: koje terapije, u kojoj mjeri, kojem stadiju bolesti, primijeniti na određen broj pacijenata, društveno produktivnim ili privatnim osiguranjem pokrivenim, a određenom broju pacijenata to isto prikratiti zbog oskudnih zdravstvenih resursa. Prihvatiti to obezvrjeđivanje značilo bi ograničiti skrb i ubrzavati smrt onih koji se smatraju ekonomskim teretom.

Napori za shvaćanje i definiranje što bi bio beskoristan tretman ne trebaju služiti kao kriterij za obuzdavanje resursa i racionalizaciju potreba, što bi moglo biti etički štetno i diskriminirajuće.⁷⁴ Zakon treba jamčiti ravnopravan pristup zdravstvenim resursima i pravednu distribuciju zaštite zdravlja.

Unatoč tomu, vlast dopušta da postoje razlike i u dostupnosti, i u distribuciji zaštite zdravlja te pružanju medicinske pomoći s obzirom na klasne, statusne i druge razlike, tj. da jedni imaju prednost u odnosu na druge. To znači da se usluge ne pružaju svakomu tko je bolestan, već onomu tko ih »zaslužuje«, odnosno, tko ih može platiti. Liječnik tada nije slobodan činiti što mu nalažu profesija i etika.⁷⁵ To je čisto utilitaristički stav koji je produkt moderne kulture.

»Nalazimo se pred jednim od najalarmantnijih simptoma 'kulture smrti', koji se širi napose u društvima blagostanja koje obilježava mentalitet učinkovitosti što pričinja previše teškim i nepodnošljivim sve veći broj starih i oslabljenih osoba. Njih se izolira od obitelji i društva, koje se organizira gotovo isključivo na temelju kriterija proizvodne učinkovitosti, u čemu nepovratno nesposoban život nema više nikakve vrijednosti.«⁷⁶

⁷⁴ Usp. L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 141.

⁷⁵ Usp. M. ŠTIFANIĆ, *Ima li nade za kute i pidžame? Pacijent i liječnik u bolesnom zdravstvu*, Udruga »Pacijent danas«, Rijeka, 2003., str. 133.

⁷⁶ EV, br. 64

Da bi se isključila moguća zlouporaba ovoga termina, ne smije se uzimati u obzir isključivo procjena kliničke kvalitete oboljeloga, vezano uz troškove zdravstvene skrbi i održavanja na životu; smanjenje broja bolničkih ležajeva na intenzivnim odjelima, kalkulacija zdravstvenim osiguranjima, niti bi oskudna materijalna sredstva zdravstvenih osiguravajućih kuća smjela vršiti pritisak trijaže kod primjene distanazijskih postupanja.

Distanazija treba razmišljati i o etičkim granicama ulaganja u zdravstvo u nedostatku resursa i ulaganja u zdravstvo. Treba uključiti pitanja društvene pravednosti jer bi bilo neracionalno trošiti ionako oskudna sredstva za zdravstvo, a napose za one tretmane koji su nesuvisli, besmisleni i neracionalni, te stoga i moralno neopravdani.

Primjena beskorisnoga tretmana ima svoju ekonomsku cijenu i traži da se dogovorno donose odluke o njegovoj primjeni. O pravičnom pristupu zdravstvenoj skrbi govori se i u *Konvenciji o ljudskim pravima i biomedicini*: »uzimajući u obzir zdravstvene potrebe i dostupna sredstva, poduzimajući odgovarajuće mjere kako bi na području svojih nadležnosti osigurale pravičan pristup zdravstvenoj zaštiti odgovarajuće kvalitete.«⁷⁷ Ukoliko određeni tretman ne može poboljšati zdravstveno stanje, tada ga se treba racionalno odmjeriti s nepotrebno korištenom skupoćom društvenih sredstava. Minimaliziranje agresivnih tretmana distanazije kod terminalno oboljelih bolesnika može omogućiti bolju kvalitetu njihovih osobnih života i umanjiti društvene troškove zdravstvene skrbi.

Još jedna moralno-etička dilema distanazije, leži u našem sljedećem naslovu.

3.4. BIOETIČKI ASPEKTI SUDJELOVANJA TERMINALNIH BOLESNIKA U EKSPERIMENTALNIM ISTRAŽIVANJIMA

Eksperimentalna istraživanja na terminalnim bolesnicima ponekad mogu imati tračak nade za poboljšanje kvalitete života, dok se u nekim slučajevima terapijsko nasilje provodi motivirano iskušavanjem novih terapija s ciljem da se ocijeni snaga i doza određenoga lijeka.

U *Deklaraciji o eutanaziji* uviđamo etičku opravdanost distanazijske primjene: »Ako nema drugih dostatnih lijekova, dopušteno je, uz pristanak bolesnika, pribjeći sredstvima koja stavljaju na uporabu najnovija medicinska tehnika, pa makar su ti lijekovi još u fazi kliničkih ispitivanja (nestandardiziranih terapija) i nisu izuzeti od rizika, a pobuđuju opravdanu nadu u terapijski ishod.«⁷⁸

⁷⁷ VIJEĆE EUROPE, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, u: *Narodne novine*, 13/2003., čl. 3.

⁷⁸ SVETI ZBOR ZA NAUK VJERE, Nav. dj., str. 404., ad. IV.

Međutim, za osudu je i treba izbjeći »hotimično kompliciranje tretmana pacijenata, bilo još nepoznatim lijekovima ili neizvjesnim rezultatima, bilo još nekonvencionalnim kirurškim zahvatima učinjenim samo u smislu eksperimentiranja nove tehnike ili upuštanja u smionije alternative«. »Zabranjuje se liječniku vršiti ispitivanja novim kliničkim i kirurškim postupcima na pacijentima s neizlječivim ili terminalnim patološkim promjenama, ako ne postoji razložno očekivanje koristi za njega, bez nametanja dodatnih patnji.«⁷⁹

Najnovija verzija *Helsinške deklaracije* o etičkim načelima za medicinska istraživanja na ljudima, navodi važan princip: »u liječenju pacijenata, gdje je dokazano da profilaktičke, dijagnostičke i terapijske metode ne postoje ili su nedjelotvorne, liječnik, uz informirani pristanak pacijenta, mora biti u mogućnosti slobodno koristiti nedokazanu ili novu profilaksu, dijagnostičke i terapijske postupke, ako u njegovoj prosudbi to nudi nadu za spas života, ponovno uspostavljanje zdravlja ili ublažavanje patnje. Gdje je to moguće, ove mjere trebaju biti predmet istraživanja, dizajnirane za procjenu njihove sigurnosti i učinkovitosti.«⁸⁰

Znanost ima svoj smisao samo ako je u potpunosti stavljena u službu promicanja čovjekova života na dostojansten način, a ne suprotno. I *Katekizam Katoličke crkve* navodi kako, »znanost i tehnika dragocjena su sredstva kad se stavljaju u službu čovjeku promičući mu cjelovit razvoj... One po vlastitom unutrašnjem značenju zahtijevaju bezuvjetno poštovanje osnovnih mjerila ćudoređa; moraju služiti ljudskoj osobi, njezinim neotuđivim pravima, njezinu istinskom i cjelovitom dobru u skladu s Božjim naumom i njegovom voljom.« »Istraživanja i pokusi s ljudskim bićem ne mogu opravdati čine koji su po sebi suprotni dostojanstvu osobe i moralnom zakonu.«⁸¹ To znači da ona mora biti vođena etičkim načelima i zajedničkim vrijednostima koje će joj određivati domene razvoja i ograničenja.

To ćemo upotpuniti definiranjem smjernica za odlučivanje o beskorisnom tretmanu u našoj posljednjoj cjelini.

⁷⁹ CONSELHO FEDERAL DE MÉDICINA, *Código de Ética Médica*, 1988., čl. 130. u: L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 167.

⁸⁰ WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>.

⁸¹ Usp. HRVATSKA BISKUPSKA KONFERENCIJA (za uporabu prijevoda na hrvatskom jeziku), *Katekizam Katoličke Crkve*, Zagreb, Glas Koncila, 1994., br. 2293-2295 (=KKC)

IV. DEFINIRANJE SMJERNICA ZA ODLUČIVANJE O BESKORISNOM TRETMANU

Pojam procjene bes/korisnosti određenoga medicinskog zahvata svakodnevno se pojavljuje u kliničkim odlukama i procjenama, predstavljajući jednu od najvećih i najtežih liječničkih odluka i moralnih dilema.

Među mogućim alternativama za pronalaženje izlaza iz tih nedoumica, koje vladaju u području medicinskoga tretmana u finalnoj fazi čovjekova života, sugerira se izrada interdisciplinarnih smjernica koje bi usmjeravale medicinsku intervenciju u tom području.

4.1. KRITERIJI ZA PRIMJENU »BESKORISNOSTI TRETMANA« IZ PROFESIONALNOGA MEDICINSKOG KUTA

Odluka o primjeni i/li obustavi medicinskoga tretmana bioetički je i profesionalno delikatna. Temeljno je pitanje definiranje kada određeni medicinski zahvat više ne pogoduje bolesniku.

Zagovornici beskorisnosti zadnjih su dvadesetak godina rigorozno tražili definiranje termina na način koji će omogućiti liječnicima uporabu u određenim kliničkim situacijama. Prilično teška etička odluka odnosi se na situaciju kada trebamo odlučiti je li potrebno odustati od tretmana za koji se smatra da je medicinski beskoristan.

Medicinske intervencije kod umirućih ili ireverzibilnih stanja mogu biti: ozdravljujuće usmjerene ili usmjerene na pružanje palijativne skrbi.⁸² *Ozdravljujuće usmjerene* jesu one intervencije kojima je primarna svrha da pokušaju ostvariti ozdravljenje, poboljšati zdravstveno stanje i terapijski učinak. *Usmjerene na pružanje palijativne skrbi* imaju za cilj više ublažavati duševne, emocionalne i psihološke simptome, nego produžavati život agresivnom primjenom medicinskih intervencija.

Kod distanzije trebamo imati u vidu da koncept beskorisnoga tretmana uvijek u sebi nosi promašaj postizanja medicinskoga cilja ili osobnoga dobra. Tretmani su kategorizirani beskorisnim kada ne postižu ciljeve odgađanja smrti, produženja života, poboljšanja, održanja ili obnove kvalitete življenja, pogodovanja pacijenta, poboljšanja prognoze ili pacijentove ugone, dobrobiti i općeg zdravstvenoga stanja, postizanja određenih fizioloških učinaka, povratka svijesti, okončanja ovisnosti o intenzivnoj medicinskom skrbi, ublažavanja patnje, obnavljanja određenih funkcija...⁸³

⁸² Usp. M. GINSBURG, *Medical futility and end-of-life care: an inter-organizational approach*, u: *HEC Forum* 2(1999.)12, str. 181-182.; 187.

⁸³ Usp. G. RUSSO, *Bioetica. Manuale per teologi*, Las, Roma, 2005., str. 249.

Ako pacijenti nisu pogodovani u medicinskom smislu, tretmani, iako povremeno efikasni, beskorisni su i liječnici imaju dužnost ne pružiti im ih, pozivajući se na načela ne-dobročinstva. Ti principi zahtijevaju obvezu da se odmjeri princip neškodljivosti, izbjegavajući tretmane koji bi samo beskorisno produžavali agoniju patnje i boli.

»U slučaju da pacijent ili njegov opunomoćenik traži neki tretman koji odgovorni zdravstveni djelatnik ocjenjuje očito beskorisnim u postizanju svojega fiziološkog cilja, zdravstveni radnik nije obavezan odrediti taj tretman. Ali, prosudba vrijednosti od strane zdravstvenoga djelatnika da, iako će neki tretman donijeti fiziološke pogodnosti, a pogodnost ne će biti dovoljna da jamči tretman, ne treba biti korišten kao osnova za određivanje je li neki tretman beskoristan.«⁸⁴

Određena vremenska primjena svih sredstava održavanja na životu može biti moralno opravdana samo ukoliko privremeno pridonosi obitelji i bližnjima ritualnoj dobrobiti opraštanja s oboljelom osobom i ako doprinosi olakšavanju procesa umiranja same osobe.

Američki bioetičar Edmund Pellegrino daje prijedlog koji kombinira subjektivne kriterije, objektivne kriterije i zajedničko određivanje što bi bio beskoristan tretman, uključivši liječnike i pacijente ili njihove predstavnike. To razmatranje postiže ravnotežu između triju kriterija: *efikasnosti, pogodnosti i tegobnosti*.⁸⁵

– *Efikasnost/korisnost*: usredotočuje se na medicinsko dobro i klinički mjerljive podatke o prognozama i terapijama, zahtijevajući da se odredi cilj zahvata. Efikasnost je vezana uz terapijsku intervenciju te je procjena njezine sposobnosti da promijeni prirodan tijek bolesti. Ako je cilj liječenje osobe, njegova će efikasnost ovisiti od konkretne mogućnosti postupka u postizanju cilja. Ako bi postupak bio kurativan, ima smisla nastaviti ga, ako ima izgleda za izlječenje. Ukoliko svrha nije liječenje, već ublažavanje boli, po kriteriju efikasnosti određuju se postupci za postizanje te svrhe. Ako bi svrha bila održavanje kontrole simptoma, ima smisla održavati je, a kad tu svrhu ne postiže, nije efikasan i može biti obustavljen. Klinička korisnost neophodna je, ali nije dovoljan razlog da bi odredio medicinsku beskorisnost. Element osobne procjene pacijentove dobrobiti mora biti uzet u obzir.

⁸⁴ HASTING CENTER, *Guidelines on the termination of Life Sustaining Treatment and the Care of the Dying*, Hastings center, Bloomington/Indianapolis, 1987., str. 32.

⁸⁵ Usp. E. PELLEGRINO, Decision at the end of life: the use and the abuse of the concept of futility, u: J. VIAL DE CORREA, E. SGRECCIA (ur.), *The dignity of the dying person*, Editrice Vaticana, Vaticano, 2000., str. 227.

- *Pogodnost*: subjektivno je određivanje od strane pacijenta i ne spada u domenu liječnika. Pogodnost se usredotočuje na pacijentovu ocjenu o vlastitom dobru, vlastitim ciljevima i vrijednostima u tretmanu koji se primjenjuje. Ukoliko ima nade u izlječenje, započinjanje ili nastavljanje terapije liječenja može predstavljati pogodnost za bolesnika. Kada nestane nada u izlječenje, a ostaju samo neugodni kolateralni efekti, smatra se da nema pogodnosti za održavanje tretmana oboljeloga i javlja se obveza njegove obustave.
- *Tegobnost*: odnosi se na fizičku, emocionalnu, ekonomsku ili društvenu cijenu nametnutu pacijentu tretmanom. Dimenzija tegobnosti ima dvije strane, jednu subjektivnu i drugu objektivnu. U liječnikovoj sferi činjeničnu, a u sferi pacijenta subjektivnu i osobnu. Ovdje je bitno istaknuti da odluka ne može biti jednostrana, svojstvena prvenstveno liječnicima ili medicinskom osoblju, već zajednička, i to u smjeru ostvarivanja pacijentova potpunog dobra kao glavnoga cilja.

Kada je ocjena ovih triju elemenata povoljna za dobro pacijenta, tada se tretman može moralno opravdati. Ukoliko je neki medicinski tretman proglašen beskorisnim na temelju opreznih prosuđivanja i odrednica: pogodnosti, tegobnosti i efikasnosti, ne bi trebao biti primijenjen.

Tretman može biti proglašen beskorisnim, ali ljudski život nikada. Miješati beskoristan tretman se beskorisnošću života, po sebi je ozbiljna povrjeda ljudskoga dostojanstva i dobra pacijenta. Stoga, primjereno korištenje toga koncepta pretpostavlja neke zahtjeve:

- Svako determiniranje beskorisnog tretmana treba biti učinjeno u kontekstu vrijednosti i obveza koje inspiriraju skrb o zdravlju: dostojanstvo osobe.
- Svako prosuđivanje beskorisnoga tretmana treba uzeti u obzir sve aspekte života bolesnika, uključivši fizičku, mentalnu i duhovnu dimenziju i životne preferencije.
- Ublažavanje boli uvijek treba zasluživati posebnu pozornost. Koncept beskorisnoga tretmana ne znači napuštanje skrbi.
- Odluke o procjeni primjene beskorisnoga tretmana ne mogu biti donošene jednostrano. One su kooperativan proces u kojem svaki sudionik ima definirano područje ovlasti. Liječnik je najopremljeniji za određivanje efikasnosti; pacijent ima ovlast u odnosu na određivanje pogodnosti; a liječnik i pacijent zajedno sudjeluju u ocjeni tegobnosti.

Faktori, koji se trebaju uzeti u obzir radi određivanja pogodnosti i koristi od odluka o odabiru, obuhvaćaju sljedeće: vjerojatnost uspješnoga rezultata; očekivan život pacijenta u odnosu na bolest(i), kvaliteta života; želje pacijenta, tegobnost za one

kojih se tiče (uključivši finacijske i psihološke cijene i izgubljene prilike da se tretiraju drugi pacijenti), zdravstvo i druge potrebe zajednice, individualan i institucionalan moral, te religijske vrijednosti.⁸⁶

»Kada je liječnik svjestan da više nije moguće spriječiti smrt pacijenta i da bi jedini rezultat intenzivnog terapijskoga tretmana bio dodavanje još više patnji, treba priznati granice medicinske znanosti i prihvatiti neizbježnost smrti. Poštovanje prema osobi koja umire zahtijeva obvezu izbjegavanja svake vrste terapijske ustrajnosti i favoriziranje prihvaćanja smrti. Zalaganje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika treba se nastaviti pažljivom i efikasnom, tzv. razmjernom terapijom i palijativnim skrbima.«⁸⁷

Utvrđeni kriteriji za određivanje beskorisnoga tretmana važna su moralna-bioetička odrednica u klinički ispravnom i savjesnom postupanju. Kako bismo još podrobnije iskristalizirali koncept medicinske beskorisnosti i distanzije, potkrijepit ćemo naš članak dodatnim kriterijima iz pravnoga kuta.

4.2. KRITERIJI ZA PRIMJENU »BESKORISNOSTI TRETMANA« IZ PRAVNOGA KUTA

Bioetičar R. M. Veatch tvrdi kako »ono što je jednom bilo neizbježno, sada se mora braniti kao moralno pravo.«⁸⁸ Stoga su kliničke odluke o primjeni kriterija beskorisnosti uzaludnoga tretmana, zajamčene i na pravnim razinama.

Vijeće Europe uputilo je *Preporuku br. 1418 – (1999.)*, *Zaštita ljudskih prava i dostojanstva neizlječivih terminalnih bolesnika*, da neizlječivim i terminalnim bolesnicima zajamče potrebnu pravnu i društvenu zaštitu te da se umirućoj osobi, suprotno volji, beskorisnim tretmanima, ne produžava život.⁸⁹

Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u odnosu na primjenu biologije i medicine, utvrdila je obvezu poštivanja i zaštite dostojanstva neizlječivoga i terminalnoga bolesnika, koje se posebno odnosi na umjetno produ-

⁸⁶ SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE ETHICS COMMITTEE, Consensus statment on the triage of critically ill patients, u: *Journal of the American Medical Association* 271 (1994.), br. 15.

⁸⁷ L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 373.-375.

⁸⁸ R. M. VEATCH, *Death, Dying and the Biological Revolution*, Yale University Press, New, Haven-London, 1976. Citat prema D. NERI, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignita' delle persone*, Laterza, Roma-Bari, 1995., str. 17.

⁸⁹ Usp. VIJEĆE EUROPE, *Zaštita ljudskih prava i dostojanstvo neizlječivih i terminalnih bolesnika*, *Preporuka br. 1418 (1999.)*, <http://assembly.coe.int/main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta99/EREC1418.htm>. (Dalje citirano: *Preporuka 1418*)

žavanja procesa smrti, bilo korištenjem mjera neprimjerenih stanju bolesnika, bilo nastavljanjem tretmana bez njegove suglasnosti.⁹⁰

Hrvatski *Kodeks medicinske etike i deontologije*, sukladno prethodnim preporukama, navodi: »Nastavljanje intenzivnoga liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju nije samo medicinski neutemeljeno, nego isključuje pravo umirućega bolesnika na dostojanstvenu smrt.«⁹¹

U daljnjem tretmanu umirućih važna je međunarodna *Preporuka Rec (2003) 24* Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. U njoj se navodi da »kada je medicinski tretman beskoristan, a smrt neizbježna, tada je primarni cilj medicinskih postupaka ublažiti bol i patnju palijativnom skrbi, odustajanjem od medicinske beskorisnosti.«⁹²

No, javlja se moralno-bioetička dilema, tko o njoj presuđuje: pacijent, liječnik, surogat-odlučitelj, klinički odbori ili više pravne instance?

Odluka o daljnjoj primjeni zahvata intenzivne medicinske skrbi ili obustavi distanzije mora uzimati u obzir interakciju svih uključenih subjekata. Iako u povijesnom hodu možemo uvidjeti kako se sve do 1970-ih godina princip medicinske beskorisnosti proglašavao od strane liječnika, na temelju njegove prognostičke procjene. Prebacivanjem paradigme liječničkoga paternalizma, na poštovanje pacijentove autonomije, legalna i bioetička prava oboljelih, doprinijela su da oni mogu slobodno zahtijevati i/li odbijati predloženi tretman. U novije se vrijeme odluka proširuje na surogat odlučitelje (bližnji, obitelj), bolničke etičke odbore, institucionalnu politiku, socijalne službe ili sudove.

Poštovanje autonomije pacijenta o odlučivanju medicinskih zahvata zakonski se afirmira na osnovi informiranoga pristanka. *Informirani pristanak* proces je kojim pacijent sudjeluje u odlučivanju hoće li izabrati tretman, operaciju ili dijagnostički postupak. Ta zakonski dokumentirana suglasnost, koja je također pravovaljana s moralnoga gledišta, ne može biti dobivena ako pacijent nije posve informiran o svim činjenicama.⁹³

⁹⁰ Usp. VIJEĆE EUROPE, *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini*, u: N. ZURAK (ur.), *Medicinska etika*, Merkur A.B.D., Zagreb, 2007., str. 321.-328.

⁹¹ SKUPŠTINA HRVATSKOGA LIJEČNIČKOGA ZBORA, *Kodeks medicinske etike i deontologije*, u: *Narodne novine* 55/08.; čl. 4., ad 3. (Dalje citirano: *KMED*)

⁹² VIJEĆE EUROPE, *Preporuka Rec (2003) 24, O organizaciji palijativne skrbi*. U: A. JUŠIĆ (ur.), *Hospicij i palijativna skrb*, Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2004.

⁹³ Usp. A. FRKOVIĆ, *Bioetika u kliničkoj praksi*, Pergamena, Zagreb, 2006., str. 61.

Preporuka 1418, Vijeća Europe, štiteći pravo na samoodređenje neizlječivim i terminalnim bolesnicima, zahtijeva poduzimanje potrebnih mjera za to: da se oživotvori pravo neizlječivih i terminalnih bolesnika na istinitu i potpunu informaciju, poštujući želju neke osobe da ne bude informirana; da se poštuju napredne smjernice o životu, odbacujući određene nepotrebne i preuranjene medicinske tretmane za neizlječive ili terminalne bolesnike, nesposobne da izraze vlastitu volju.⁹⁴

Hrvatski *Zakon o zdravstvenoj zaštiti* dopušta pacijentu da odbije određeno liječenje koje ne želi i koje smatra da mu šteti.⁹⁵ I u *Kodeksu medicinske etike i deontologije* govori se kako treba uvažavati »želju dobro informiranoga pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti, u pogledu umjetnoga produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise. Nastavljanje intenzivnoga liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski je neutemeljeno i isključuje pravo umirućega bolesnika na dostojanstvenu smrt.«⁹⁶

Za umrijeti dostojanstveno, svjesno i uz autonomiju odlučivanja, potrebno je biti dobro informiran – dostatno i pravovremeno obaviješten o dijagnozi bolesti, tijeku umiranja, prognozi trajanja života te blizini smrti, za ostvarenje kvalitete umiranja i smrti.

Ukoliko je pacijent izgubio mogućnost odlučivanja, pri donošenju odluka za uskraćivanje terapije ili prekidanje održavanja života, u takvim se slučajevima delegiraju predstavnici oboljeloga ili sam liječnik da donesu konačnu odluku o završetku pojedinceva života, u najboljem interesu pacijenta.⁹⁷

»Liječnik treba poštivati moralnu autonomiju i slobodni izbor pacijenta, što daje liječniku pravo da ograniči vlastiti intervent u završnoj fazi neizlječive bolesti, kako bi ublažio fizičke i moralne patnje pacijenta pomoću prikladnih intervenata.«⁹⁸

⁹⁴ Usp. VIJEĆE EUROPE, Preporuka br. 1418 (1999.)..., u: L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 356.

⁹⁵ *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u: *Narodne novine*, 82/2013., članak 22., »Prava i dužnosti osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite«, stavak 1., točka 6.: »odbijanje pregleda i liječenja«.

⁹⁶ *KMED*, članak 4; stavka 1., 2., 3.

⁹⁷ Međutim, u konkretnoj kliničkoj praksi na jedinicima intenzivne njege terminalnih bolesnika, često dolazi do nesuglasica između liječnika i bolesnikovih zakonskih zastupnika, odnosno, surogatnim su-odlučiteljima. Često se događa da obitelj ima nerealistična očekivanja od visoke medicinske tehnologije, što ih potiče da postupe iracionalno, pa od liječnika zahtijevaju da bude čudotvorac, svim raspoloživim intervencijama i ekperimentalnim metodama kako bi umirili vlastitu savjest da su pokušali učiniti sve za svog bližnjeg. Za detaljniji pristup upućujem na: AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, Persistent vegetative state and the decision to withdraw or withhold life Support, u: *Journal of the American Medical Association*, 263(1990.)3, str. 426.-430.

⁹⁸ KONFERENCIJA LIJEČNIKA EUROPSKE ZAJEDNICE, Principi di Etica Medica Europea, 6. 1. 1987., u: *Il Medico d'Italia*, (13. 2. 1987.), str. 7.; čl. 12.

Ukoliko pacijent odbija neželjene intervencije održavanja na životu, treba poštivati pacijentovu autonomiju. Ako pak pacijent želi primjenu svih sredstava održavanja na životu, a medicinski tim smatra da je nesuvisla, profesionalni integritet liječnika trebao bi prevagnuti. Liječnički integritet ne bi trebao narušavati pacijentovu autonomiju, već se obje vrijednosti trebaju poštivati u konačnom odlučivanju primjene distanzacije.

Fins i Solomon⁹⁹ smatrali su da dobra komunikacija može razriješiti konflikte procjene bes/korisnosti i tu ulogu pridaju socijalnim radnicima, kapelanim, bioeticarima.¹⁰⁰

Anticipirajući gubitak sposobnosti odlučivanja, pacijenti mogu pripremiti i pravni dokument, *biološku oporuku o životu (living will)*, zahtijevajući medicinska ograničenja u terminalnoj fazi bolesti. Odnose se na izbor terapije i njege koje želi imati u završnom stadiju svog života (vezane uz: kardiopulmonarnu reanimaciju, hranjenje, hidrataciju, antibiotike, transfuzije krvnih derivata, invazivne procedure, dijagnostička ispitivanja, radiološke pretrage, magnetsku rezonancu, kompjutoriziranu tomografiju ...).

Među najučestalijim obrascima samodeteminiranih bioloških odluka su:¹⁰¹

- Oporučno određenje ili napredne smjernice o životu (Living will) – kojom pojedinac unaprijed određuje i iskazuje svoju volju u pogledu medicinskih postupaka.
- Zakon o samoodređenju pacijenta (Patient Self Determination Act) = anticipirane naredbe ili upute, kojima se priznaje pravo svakoj osobi da donosi odluke o medicinskim terapijama, uključujući pravo odbijanja ili prihvaćanja medicinskih ili kirurških tretmana.
- Obrasci: »Ne oživljavati« (DNR = Do not resuscitate orders; NTBR = not to be resuscitated, No code, Code 4,) – obuhvaćaju pacijentove direktive da ga se ne oživljava kada dođe do zastoja rada srca i disanja. Ova direktiva može biti moralno opravdana u neizbježnoj blizini smrti ili ukoliko bi ponovno oživljavanje vodilo do sukcesivnih optovanih zastoja.

⁹⁹ Za detaljniji pristup ovoj temi, upućujem na: J. J. FINS, M. Z. SOLOMON, Communication in intensive care settings: the challenge of futility disputes, u: *Critical Care Medicine* 29(2001.), Supplementum N10-N15.

¹⁰⁰ Usp. M. B. WEST, J. M. GIBSON, Facilitating medical ethics vaze review: what ethics committees can learn from mediation and facilitation techniques, u: *Cambridge Q Healthcare Ethics* 1(1992.), str. 63.-74.

¹⁰¹ Usp. J. PARIS, R. A. Mc CORMICK, Living-Will Legislation, Reconsidered, u: *America* 145(1981.)5, str. 86.-89.

Sukladno njihovoj autonomiji, svaka pravna želja, vezana uz zahtjev, treba se poštovati. Pravo određivanja granica terapijskih ulaganja, temelji na uvjerenju da se ima pravo napustiti nedostojan život, kojem se svakim daljnjim medicinskim intervencijom ne polučuje nikakva daljnja dobrobit za bolesnika. To se afirmira i od strane crkvenoga učiteljstva.

Katolička crkva u SAD-u pružila je prototipne formulacije naprednih smjernica o životu, *Kršćansko potvrđivanje života / Christian Affirmation of life*.¹⁰² I španjolska biskupska konferencija izdala je svoj vid oporuke o životu, radi otklanjanja bilo kakve mogućnosti primjene eutanazije, i istovremeno izbjegavanja distanzije.¹⁰³

Vijeće Europe izradilo je dvije jako važne preporuke glede anticipiranih naredbi, a to su, već spominjana, *Preporuka 1418* (1999.) »Zaštita ljudskih prava i dostojanstva neizlječivih i terminalnih bolesnika« gdje se navodi koju bi formu i sadržaj trebale imati takve anticipirane upute da ne bi povrijedile ljudsko dostojanstvo i prava svake osobe te gdje se preporučuje palijativna skrb, a odbacuje eutanazija i distanzija; i *Preporuka 11* (2009.), »O načelima glede punomoći i anticipiranih naredbi za slučaj nesposobnosti« pomoću kojih bi bilo zajamčeno pravo građana da izraze svoju volju o zdravstvenim tretmanima u finalnoj fazi njihova života.¹⁰⁴

Unatoč brojnim preporukama Vijeća Europe, da se ovim pravnim dokumentima nastoji olakšati klinička odluka o susprezanju distanzije, u hrvatskom zakonodavstvu i dalje ne postoje anticipirane odredbe, ni biološke oporuke o životu.

Nakon pravnih razmatranja, nastojat ćemo zaokružiti definiranje smjernica za odlučivanje o beskorisnom tretmanu i sa stajališta Katoličke crkve.

¹⁰² »Mojoj obitelji, prijateljima, svećeniku, liječniku i odvjetniku: Iz razloga moje kršćanske vjere u dostojanstvo čovjeka i vječne sudbine Božje, u slučaju da postanem terminalan bolesnik, molim da budem obaviješten o tomu na način da bih se mogao emocionalno i duhovno pripremiti za smrt, bez da zbog toga napustim borbu za život. Imam pravo donositi svoje vlastite odluke u odnosu na tretmane koji bi mogli neopravdano produžiti proces umiranja (distanzija). U slučaju da bih postao nesposoban donositi te odluke i ne bi postojali razumni izgledi za oporavak, molim dakle, da se ne koriste etički izvanredne mjere radi produžavanja moga života, ali da bol bude ublažavana u slučaju da postane nepodnošljiva, pa iako bi iz toga proizlazilo skraćenje moga života. Ali, nikakav tretman ne smije biti korišten s namjerom skraćanja mogega života (eutanazija). Molim da se moja obitelj, prijatelji i kršćanska zajednica združe sa mnom u molitvi u mojoj pripremi za umiranje. Također molim da, nakon moje smrti, ostali nastave moliti za mene, tako da bih imao, uz milost Božju, vječni život.« (Citata prema: L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 234.-235.).

¹⁰³ *Testamento vital de la Conferencia Episcopal Española*, izvor: <http://www.conferenciaepiscopal.es/index.php/testamento-vital.html>

¹⁰⁴ Usp. *Preporuka 1418* (1999.); VIJEĆE EUROPE, *Preporuka* (2009.)11, *Principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity*; <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1563397&Site=CM>

4.3. KRITERIJI ZA PRIMJENU »BESKORISNOSTI TRETMANA« SA STAJALIŠTA CRKVENOGA UČITELJSTVA

Distanzija, kao umjetno produžavanje na životu, moralno je neopravdana i prema mišljenju Katoličke crkve. Crkva zagovara dostojanstveno uvažavanje svetosti ljudskoga života te promiče odustajanje od terapijske upornosti beskorisnih tretmana.

Katoličko učiteljstvo putem moralne teologije godinama je pružalo relevantne bioetičke doprinose za problem distanzijске upornosti. Prema bioetičaru D. Graciji termin beskorisnosti ušao je u područje biomedicinske etike, upravo polazeći od katoličkoga morala. Zahvaljujući isusovcu A. R. Jonsenu smatraju se beskorisnim sve one radnje koje bi imale izvaredan ili nerazmjern karakter, koji ne bi proizveo pogodnost za pacijenta.¹⁰⁵ Moralist B. Häring, vezano uz distanziju, tvrdi: »Glede umiranja, koje neposredno predstoji, čine se silni napori i ulažu golem sredstva koja ne pomažu nikom, ni umirućem, ni njegovoj rodbini. Rezultat je prečesto nedodavanje dana životu, već samo produljenje procesa umiranja, uz velika opterećenja za sve sudionike.«¹⁰⁶ I u *Katekizmu Katoličke crkve* tvrdi se da:

»Prekid medicinskih postupaka, tegotnih, pogibeljnih, izvanrednih ili gledom na očekivani ishod nesrazmjernih, može biti zakonit. U tom je slučaju riječ o odustajanju od terapijske upornosti. Time se ne želi izazvati smrt; već se prihvaća činjenica da je nije moguće spriječiti.«¹⁰⁷

Još je papa Pio XII. naglašavao da obveza tretiranja ne podrazumijeva pribjegavanje uzaludnim, nerazmjernim terapijskim mjerama ili mjerama koje nameću teret koji bi bolesnik smatrao uzaludnim za sebe ili druge.

Zbor za nauk vjere u *Deklaraciji o eutanaziji* govori o glavnim etičkim načelima o kojima treba voditi računa kod uprabe sredstava liječenja: »Kliničko održavanje biološkoga života može se prekinuti ako je svijest nepovratno izgubljena i ako bi to bio samo vegetativni život.« Deklaracija se izjašnjava o terapijskom nasilju, navodeći da je »dopušteno prekinuti primjenu sredstava kada rezultati ne odgovaraju očekivanjima... Kod približavanja smrti, koja je neizbježna unatoč korištenim sredstvima, dopušteno je u savjesti donijeti odluku o odbijanju zahvata koji bi samo privremeno i uz velike boli produžili život, a da se pritom ne prekinu uobičajene terapije namijenjene bolesniku u sličnim slučajevima.«¹⁰⁸

¹⁰⁵ D. GRACIA, *Ética de los confines de la vida*, El Buho, Estudios de Bioética, 1998, str. 258.

¹⁰⁶ B. HÄRING, *Livres e fiéis em Cristo: teologia moral para sacerdotes e leigos*, sv. III, São Paulo; Paulinas, 1979.-1984., str. 97.

¹⁰⁷ KKC 2278

¹⁰⁸ Usp. SVETI ZBOR ZA NAUK VJERE, Nav. dj., IV., str. 399.

Enciklika pape Ivana Pavla II., *Evandjelje života*, distanziraju ili terapijsku upornost kvalificira kao »medicinske intervencije koje više ne odgovaraju realnom stanju bolesnika, jer su već nerazmjerne rezultatima koji bi se mogli očekivati ili su nepodnošljive. U takvim stanjima, kad se smrt neizbježno i uskoro približava, može se u savjesti odbaciti postupke koji bi samo prouzročili nesiguran i mučan produžetak života, ali ipak bez prekidanja normalnoga dužnog liječenja bolesniku u sličnim slučajevima.« Ne upotrijebiti izvanredna i bezuspješna nesrazmjerno skupa sredstva niti je samoubojstvo niti eutanazija, nego prihvaćanje ljudskoga stanja smrtnosti. Istodobno ostaje obvezna redovita njega, a preporučuje se ublažujuće liječenje, tj. palijativna medicina, svojstvena njezi u hospiciju.¹⁰⁹

Papinska akademija za život ističe da se »poštovanje prema osobi koja umire zahtijeva više nego ikada obvezu izbjegavanja svake vrste terapijske ustrajnosti i favoriziranje prihvaćanja smrti. Zalaganje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika treba se nastaviti pažljivom i efikasnom razmjernom terapijom i palijativnom skrbi.¹¹⁰

Papinsko vijeće za pastoral zdravstva izriče, veliko »ne« onomu što naziva, *terapijskom žestinom*, misleći pritom na koncept terapijske upornosti.

»Medicina raspoložuje sredstvima koja su u stanju odgoditi smrt, a da pacijent ne dobije nikakvu stvarnu pogodnost. Jednostavno je održavan na životu pod cijenu teških patnji. Postoji, u tom slučaju, »*terapijska žestina*«, koja se sastoji u primjeni za bolesnika iscrpljujućih i teških sredstava, osuđujući ga na umjetno produženu agoniju. Sve je to u suprotnosti s dostojanstvom umirućega i s moralnom obvezom da se prihvati smrt.«¹¹¹

Deklaracija francuskih biskupa *O eutanaziji*, preporučuje:

»Svaki čovjek ima pravo i dužnost, u slučaju teške bolesti, dobiti potrebnu skrb radi očuvanja života i zdravlja. Takva dužnost, međutim, ne podrazumijeva da on pribjegava uzaludnim terapijskim sredstvima... Legitimno je uzdržati se od tretmana koji mogu donijeti malo pogodnosti u usporedbi s neugodnostima, poteškoćama i štetnim učincima. Moguće je obustaviti takve tretmane kada njihovi rezultati bivaju razočaravajući. Pravedan obzir prema ljudskom životu ne zahtijeva više od tog.«¹¹²

¹⁰⁹ Usp. EV, br. 64-67

¹¹⁰ Usp. PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The dignity of the dying person: Proceedings of the fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano, 2000., str. 25.

¹¹¹ CDOS, br. 119, str. 93.

¹¹² CONSELHO PERMANENTE DA CONFERENCIA EPISCOPAL DA FRANCA, *Declaração dos Bispos franceses sobre a eutanásia*, 23. rujna 1991., Sedoc, 1992., sv. 24, str. 599.-608.; ovdje: str. 600.

Vijeće Kanadske biskupske konferencije izdalo je memorandum *O Eutanaziji i o pomognutom samoubojstvu*, razlažući da »uzaludni medicinski tretman ili nerazmjerne metode, što ne čini drugo osim produžavanja procesa umiranja, nisu obvezatni.«¹¹³

Edmund Pellegrino ukazuje na realnost bioetike kršćanske inspiracije koja se protivi sekularnoj bioetici i različitim gledištima o tomu što sačinjava beskorisnost. On kaže da sekularni bioetičari koriste koncept distanzacije i beskorisnosti na način potpuno suprotan kršćanskom katoličkomu medicinskom moralu. Kao posljedica, koncept je bio korišten za opravdavanje eutanazije, pomognuto samoubojstvo, odbijanje tretmana novorođenčadi s ozbiljnijim nedostacima, starih i bolesnih, radi pošteđivanja rodbine, obitelji ili društva od tereta da skrbe o tim pacijentima. Bez utemeljenja na kršćanskoj antropologiji i evanđeoskom gledištu o skrbi za zdravlje, realnosti kao kvaliteti života, žrtvovanje za druge i duhovno vjerovanje prevedeni su u izraze puke koristi, štednje, užitka ili odsutnost patnje.¹¹⁴

Nastaviti s primjenom određenoga medicinskog tretmana, koji samo pacijentu uzrokuje dalje patnju, produžavajući mu život na određeno vrijeme, nije moralno, ukoliko je ta akcija beskorisna za samoga pacijenta, nema vrijednosti za obitelj oboljeloga, za zajednicu ili za medicinski tim.

Zadaća medicine ne bi se smjela shvatiti kao nastojanje produljivanja života, već kao podržavanje uvjeta kvalitetnog i čovjeka dostojnog života. Ona to čini dok ostaje u čovjekovoj službi kao osobe.¹¹⁵

Biomedicinske intervencije ne bi se smjele boriti protiv boli, bolesti i smrti pod svaku cijenu, svim tehnički mogućim sredstvima. Pritom, Papinska akademija za život napominje: »Kada je liječnik svjestan da više nije moguće spriječiti smrt pacijenta i da bi jedini rezultat intenzivnoga terapijskog tretmana bio dodavanje patnji, treba priznati granice medicinske znanosti i prihvatiti neizbježnost smrti.«¹¹⁶

¹¹³ CONSELHO PERMANENTE DA CONFERENCIA EPISCOPAL DO CANADÁ, *A Eutanaásia e o suicídio assistido*, u: *L'Osservatore Romano*, ožujak 1995., str. 4.-6.; ovdje str. 5.

¹¹⁴ Usp. E. PELLEGRINO, *Decision at the end of life: the use and the abuse of the concept of futility*, u: J. V. DE CORREA, E. SGRECCIA (ur.), *The dignity of the dying person*, Ed. Vaticana, Vaticano, 2000., str. 230.-231.

¹¹⁵ Usp. L. TOMAŠEVIĆ, *Liječnik i dostojanstvo umiranja: terapijska upornost*, u: H. JURIC (ur.), *3. lošinjski dani bioetike*, Grafo Mark, Zagreb, 2004., str. 97.

¹¹⁶ PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The dignity of the dying person: Proceedings of the fifth Assembly of the Pontifical Academy for Life*, Libreria Editrice Vaticana, Vaticano, 2000., str. 25.

Jasno je da kršćanski stav podržava život i da odbijanjem terapijske ustrajnosti nije protivan životu, nego jednostavno konstatira da je smrt postala nepobjediva i da bi borba protiv nje samo naškodila daljnjem stanju bolesnika i narušila njegovo dostojanstvo. Teološki pristup i doprinos katoličke moralne teologije u procjeni kriterija medicinske beskorisnosti nadilazi puki deontološki principizam i nastoji integrirati znanstveno-tehnološki pristup u humano-etički, palijativni.

Zaključak

Suvremena tehnološka medicina preobrazila je konačnost smrti u beskonačno velik niz problema medicinske, moralne, bioetičke i pravne naravi. Medicinske mogućnosti održavanju na životu dovele su u pitanje smislenost određenih terapijskih postupaka invazivnih intervencija distanazije u terminalnom stadiju, sve brojnijih bolesnika.

Iako se već godinama vodi bitka oko točnog utvrđivanja distanazije (koje stanje ju točno opravdava, što je konkretno beskorisno...), liječnici, pravnici i bioetičari sve teže postižu konsenzus. Predlagani su mnogi standardi, institucionalne procedure i terapeutske norme, koji bi označavali potrebu za medicinskim povlačenjem. Unatoč svim pokušajima, distanazija ne uspijeva uvijek raspoznati kada su terapijske intervencije uzaludne i kada treba prihvatiti smrt kao prirodan završetak života. Apsolutiziranjem života i redukcionističkim svođenjem na njegovu biološku dimenziju, negiranjem dimenzije smrtnosti i njene transcendentne dimenzije, nemoguće je doći do prihvatljivih bioetičkih i profesionalnih načela.

Tijekom neizbježnoga, smrtnoga ishoda neizlječive bolesti, kada postaje klinički besmisleno produžavati život intenzivnom medicinskom terapijom, nužno je preorijentirati zahvate agresivnih medicinskih intervencija u palijativni pristup ublažavanja boli i humane skrbi. U pokušaju ostvarenja humaniziranja zdravstvene njege u terminalnom stadiju života, trebalo bi prihvatiti inicijative adekvatnije skrbi o holističkim dimenzijama zdravlja i bolesti (na tjelesnom, duhovnom i duševnom planu), što podrazumijeva primjenu ublažujućega liječenja.¹¹⁷ Svrha palijativne skrbi jest kvaliteta, a ne kvantiteta života, gdje se pacijentu ne pristupa na kurativan, nego na integralno simptomatski, ublažujući način.

Prema određenju Svjetske zdravstvene organizacije ciljevi palijativne skrbi jesu sljedeći: postići oslobođenje od boli i ostalih neugodnih simptoma, umiranje i smrt afirmirati kao prirodne procese, smrt prepustiti prirodnom tijeku, bez namjere da se odgodi ili požuri, integrirati tjelesni, psihosocijalni i duhovni aspekt skrbi, po-

¹¹⁷ Usp. EV, br. 65

moći osobi da živi što aktivnije i kvalitetnije do same smrti, promovirati kvalitetu života osobe i obitelji...¹¹⁸

Ona zahtijeva »sa znanstvene točke gledišta, stručnu sposobnost; s humane točke gledišta, osjećajno prisustvo; s duhovne točke gledišta, dimenziju nade.«¹¹⁹

Palijativna skrb uvodi i praktično provodi ortotanaziju u medicinskoj praksi. *Ortotanazija*¹²⁰, označava »smrt u pravi trenutak«, koja odbacuje svaki oblik mistanazije (skraćena života), ne usmrćuje ljudski život (eutanazijom), niti ga unedogled produžava (distanazijom). Ona se sastoji u dostojanstvenom prepuštanju bolesnika da umre prirodnom smrću u svoje pravo vrijeme, ublažavajući mu bolove, a da se ne primijene bilo kakvi zahvati koji bi ionako bili suvišni, te da se prekine s onim terapijama koje su beskorisne, a da je pacijentu pružena osnovna zdravstvena njega i ljudska blizina. Prema M. Vidalu, španjolskom teologu, ortotanazija je »etička sinteza prava dostojanstvenoga umiranja i poštovanja ljudskoga života.«¹²¹

»Umrijeti u dostojanstvu znači umrijeti u pravom trenutku, vlastitom naravnom smrću, tako da su poštovane sve sastavnice i odrednice ljudske osobnosti. To je nastojanje da umiranje postane osmišljeno i svjesno proživljeno dovršenje života. To je umiranje u miru sa samim sobom, s drugima i s Bogom.«¹²²

Da bi se to ostvarilo, trebalo bi prihvatiti smrt kao događaj čovjekove povijesne ograničenosti koja odgovara njegovoj moralnoj i duhovnoj zrelosti i vodi ga da se otvori otajstvu transcendencije i egzistencijalno se smjesti u prostor koji je otvoren u beskonačno.¹²³ Nada obećanoga uskrsnuća kršćaninu daje »novo svjetlo na misterij patnje i umiranja i ulijeva u vjernika izvanrednu snagu da se povjeri Božjemu planu.«¹²⁴

Donošenjem moralno-bioetičkih pravila o primjeni medicinske beskorisnosti riješile bi se brojne rasprave. Prihvaćajući etička načela integralne medicinske skrbi terminalnih bolesnika, znatno bi se utjecalo na humanizaciju posljednjih trenutaka prije vječnosti, ostvarujući imperativ: »Liječiti ponekad, ublažavati često, tješiti uvijek!«

¹¹⁸ Usp. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Definition of Palliative Care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.

¹¹⁹ L. PESSINI, *Nav. dj.*, str. 13.

¹²⁰ Ortoanazija (od grč. *orthos*=pravilan i *thanatos*=smrt) označava smrt u svoje vrijeme, bez nepotrebnog kraćenja i bez dostanih patnji produžavanja procesa umiranja.

¹²¹ Usp. M. VIDAL, *Eutanásia: um desafio para a consciência*, Aparecida, Santuário, 1996., str. 98.-103.

¹²² D. NOVAKOVIĆ, *Eutanazija i situacije umiranja*, u: *Revija za sociologiju*, 2(1990.), str. 222.

¹²³ Usp. M. ARAMINI, *Nav. dj.*, str. 309.; 318.-319.

¹²⁴ EV, 67.

»Neizbježno, svaki ljudski život dolazi do svojega kraja. Osigurati da se to dogodi na dostojanstven, pažljiv i što je moguće manje bolan način, zaslu-
žuje toliki prioritet, koliko i svaki drugi. To je prioritet ne samo za liječničku
profesiju, za zdravstveni sektor ili za socijalne službe, nego za cjelokupno
društvo.«¹²⁵

¹²⁵ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The World health report. Conquering suffering enriching humanity*, <http://www.who.int/whr/1007/presse.htm>.

BIOMEDICAL AND MORAL-ETHICAL ASPECTS OF DYSTHANASIA. IN THE AGONY OF DYING BEFORE THE MEDICAL FUTILITY

*Suzana Vuletić**

Summary

The paper aims to present moral-bio-ethical, medical and legal dilemmas of biomedical progress which has with its amazing technological development prompted numerous concerns about the capabilities of un/limited prolongation of the final stage of human life.

The progress in medical care for terminal patients has made it possible to keep them alive for a relatively long time, but all the more apparent is the absurdity of such interventions, especially in situations marked by painful and unbearable agony of prolonged process dying and gradual cancellation of all life functions of a dying person, whose life is gradually fading away, but with interventions of aggressive-intensive therapeutic persistence they are forced to a physiological life-support.

For these reasons, the aim of this paper is to present the bioethical guidelines and criteria for dysthanasia procedures that would orient the clinical intervention by applying the principles of »medical futility« from a professional medical angle; from a legal perspective and from the standpoint of Christian morality, in order for their integration to resonate professionally and humanely in the attempts of humanizing the final moments of life.

Keywords: *dysthanasia, medical f/utility, therapeutic persistence/perseverance, terminal stage, intensive care, dis/proportional means, the quality of life/dying, orthotanasia, palliative care.*

* Doc. dr. sc. Suzana Vuletić, Catholic Faculty of Theology in Đakovo, J. J. Strossmayer University of Osijek, P. Preradovića 17, p.p. 54, 31400 Đakovo, Croatia, suzanavuletic@yahoo.com