

# ŽIVOT DOVEDEN NA RUB

intenzivna medicina, tzv. pravo na smrt, eutanazija, utvrđivanje smrti, transplantacija

ZVONIMIR ŠEPAROVIĆ  
Pravni fakultet, Zagreb

UDK: 340.6 : 614.2  
Pretisak

*Mogućnosti suvremene medicine u održanju života postale su takve da se dovedu u pitanje smislenost i opravdanost nekih radnji. Produljivanje života pod svaku cijenu, smatraju neki, postaje besmisleno, jer ono znači produljenje umiranja i patnji. Medicina može danas manipulirati životom i smrću. To je svojevrsni teror čovječnosti. Medicina može prekinuti život kada se ovaj pokazuje "besmislenim", odnosno da ga održava i tada kada to služi samo strahu od prigovora o preranom prekinuću života, ili da bi se dobilo na vremenu za presađivanje dijelova tijela. Uz intenzivnu medicinu, odnosno teške pacijente koji se umjesto održavaju na životu naročitim naporima i primjenom osobite tehnike, vezuje se problem tzv. pasivne eutanazije, zatim problemi transplantacije organa, pristanka pacijenta i dr.*

## PRAVNI ASPEKTI INTENZIVNE MEDICINE

Povećane odgovornosti i rizik u graničnim situacijama života i smrti

1. Pravni aspekti intenzivne medicine su brojni i raznoliki. Pravo ima samo instrumentalnu ulogu u društvu, pa tako i u medicini. Kako je i intenzivna medicina samo dio medicine, to je i pravni aspekt intenzivne medicine samo ono što i medicinsko pravo uopće, sa značajnom razlikom da se ovdje mogu pojaviti neki specifični problemi. Intenzivna medicina, kao i intenzivna njega znače jedno izuzetno stanje, brigu o bolesniku u kojeg su izostale ili prijete izostankom vitalne funkcije. Radi se o graničnim situacijama života i smrti, u kojima tok bolesti ili nekog drugog kritičnog stanja vodi prema smrti, a medicina koja intervenira ulaže krajnje napore da taj proces zaustavi. Odatle sve ono što je specifično za intenzivnu medicinu može imati i specifičan pravni aspekt. Taj pravni aspekt, međutim, bilo bi posve pogrešno uzeti u smislu nekog jasnog pisanog normativnog kodeksa. Prije je riječ o društvenim, etičkim, deontološkim kategorijama koje samo u krajnjim svojim oblicima imaju i svoj pravni izraz. Mogli bismo reći da intenzivna njega stavlja najviše zahtjeva na cjelokupni personal, kako u fizičkom tako i psihičkom smislu. Ona znači i povećane odgovornosti, jer se radi o situacijama koje se u pravu nazivaju stanjem nužde, izvanrednim stanjem, stanjem povećanog rizika.

Svi problemi pravnog aspekta intenzivne medicine mogli bi se svesti na problem odgovornosti za odluke koje su u graničnom području života i smrti pacijenta. Liječnik je dužan pružiti najdjelotvorniju pomoć bolesniku radi spašavanja ili produljivanja njegova života. Na temelju bioloških zakona, život je vremenski ograničen i prije ili kasnije nastupa smrt svakog pojedinca. Produženje života, a naročito unapređenje tehnologije održanja života, stvara velik broj problema za anesteziologa i svakog drugog liječnika u

\* Ovaj tekst objavljen je u knjizi "GRANICE RIZIKA" — etičko pravni pristup medicini, Zagreb/Čakovec, 1985.

intenzivnoj njezi. Pravne dužnosti u intenzivnoj njezi nastaju naročito u vezi sa slijedećim pitanjima: 1. koje su granice održanja života, 2. kada nastupa smrt, 3. kome dati prednost u situacijama kada nema dovoljno raspoloživih aparata koji održavaju ili produžavaju vitalne funkcije organizma terminalno bolesnog pacijenta.

Mogućnosti moderne medicine u održanju života postale su takve da se dovodi u pitanje smislenost i opravdanost nekih radnji. Produljavanje života pod svaku cijenu, smatraju neki, postaje besmisleno, jer ono znači produljenje umiranja i patnji. To je svojevrsni teror čovječnosti. Medicina danas može manipulirati životom i smrću na način da prekine život kada se ovaj ukazuje "besmislenim", odnosno da ga održava i tada kada to služi samo strahu od prigovora i preranom prekinuću života, ili da bi se dobilo na vremenu za presađivanje dijelova tijela. Savršeno organizirana i opremljena medicina i medicinska tehnika ponekad graniči s akrobatikom. Misli se na slučajeve tzv. apaličara — bolesnika za koje se teško može reći da žive, a klinički još nisu mrtvi (oboljeli od infarkta, krvarenja u mozgu, traumatizirani i sl.; poneki od takvih bolesnika umiru tek nakon 30 godina). Tehnika reanimacije i intenzivna medicina uopće, imaju danas ogromne mogućnosti upravo u postupanju u takvim graničnim situacijama.

Uz intenzivnu medicinu, odnosno teške pacijente koji se umjetno održavaju na životu naročitim naporima i primjenom osobite tehnike, vezuje se problem tzv. pasivne eutanazije, zatim problemi transplantacije organa, pristanka pacijenta na dostojanstvenu smrt, ili ne? Ta pitanja nužno vode prema problemu eutanazije.

Premda će danas svaki liječnik u pravilu odbiti eutanaziju kao nešto što je u oporbi s njegovom tradicionalnom deontologijom, ako se predoče neka nova suptilnija značenja pojma pomaganja u umiranju i kada se predoče neka temeljna ljudska prava, onda stvari postaju ako ne jasnije, a ono svakako složenije.

Eutanazija, naime, ima dva temeljna značenja: prvo, kao aktivno oduzimanje života tzv. za život nesposobnih "nevrijednih života" (njem. lebensunwerten Lebens), prekidanje života teškim neizlječivim bolesnicima iz samilosti; tu eutanaziju će u načelu svatko otkloniti. Ima, međutim, pojedinaca koji upravo danas zagovaraju i tu eutanaziju.<sup>1,2,3,4</sup> Mi se na takva stajališta ovdje nećemo osvrnati. Drugo je shvaćanje eutanazije kao pomoć u umiranju, kao olakšanje smrtnih patnji beznadno bolesnim. Neki apokaliptično najavljuju skoru pojavu liječnika "specijalista za usmrćivanje na zahtjev".

Spominjemo još i ove juridičke probleme u intenzivnoj medicini: kako dobiti ili nadomjestiti pristanak pacijenta za čitav niz ofenzivnih pretraga i ozbiljnih i najtežih zahtjeva koji se poduzimaju u situaciji u kojoj redovno pacijent nije uopće ili nije adekvatno svjestan situacije u kojoj se nalazi i ne može odlučivati u vlastitim stvarima. Pri bližavanje ili stvarna nazočnost kritičkog stanja otvara problem vrste terapije, jer neke terapije olakšavaju patnje, ali i pogoršavaju zdravstveno stanje. Infaustni pacijent treba brigu okoline koja mora biti obaviještena o njegovu stanju, takva osoba može imati probleme raspolaganja za slučaj smrti, rješenje aktualnih kritičnih situacija, potrebu da bude obaviještena o vlastitom stanju, a da se pritom ne povrijedi liječnička deontologija koja nalaže posebne obzire za takve situacije itd.

2. Suvremeni razvoj otvara mnoštvo novih problema. Moglo bi se reći, ako je medicina u nevolji i teškoćama zbog suviše mnogo velikih promjena, pravo je u teškoćama zbog suviše malo promjena. Neki prigovaraju da su etički standardi i pravna pravila u zaostatku za znanstvenim napretkom<sup>4</sup> i potencijalima eksperimentalne medicine<sup>5</sup>, i da

pravo onemogućava ili otežava eksperimentalne programe. Možda je to tačno, ali kako kaže sudac Vrhovnog suda SAD Warreb Burger u slučaju poput onog Karen Ann Quinlan,<sup>7</sup> djevojke koja je predmet medicinskih i pravnih rasprava u pitanju održavati na životu ili ne, pravo i etički standardi nisu predmet istraživanja i otkrivanja; oni su plodovi polaganoga evolutivnog procesa. Pravo ne istražuje kao što to čini znanost i medicina; ono reagira na društvene potrebe u zahtjeve. Pravo nije svrha za sebe, ono je sredstvo. Sredstva redovito nisu rađena da bi pronašla soluciju za hipotetične probleme već za stvarne probleme, što znači da problemi moraju nastati, egzistirati i biti prepoznati prije nego što pravo na njih odgovori radi pronalazaženja solucije. U tomu se pravo i znanost razlikuju.

Ipak, pravo, pa i medicinsko pravo, ne treba shvatiti kao neku zapreku napretku. Koliko god pravo bili konzervativno, ono ne može značiti smetnju u znanstvenim pokušima i znanstvenom napretku uopće, osim ako se radi o dvojbenim zahvatima i pravno nedopuštenoj praksi u kakvu ulaze i primjena nedopuštenih sredstava, eksperimenti na živim osobama, postupanje bez pristanka i drugi slični zahvati koji su društveno neprihvatljivi i pravno zabranjeni.<sup>5</sup>

Mi ćemo se ovdje prvenstveno pozabaviti problemima vezanim za granice i dužnosti održavanja ljudskog života u intenzivnoj medicini, a u drugom dijelu i s još nekoliko pojedinačnih problema.

### Granice dužnosti liječnika

3. U traženju granica dužnosti djelovanja u intenzivnoj medicini, prema Eichleru<sup>6</sup> polazi se od tri tipa terapije u intenzivnoj njezi: 1. maksimalna terapija koja služi nadomjestku vitalnih funkcija (npr. disanje, ponovno aktiviranje srca, dijaliza i sl.), 2. norm-terapija (Die Normtherapie) kojoj je zadatak održanje vitalnih funkcija nakon uspješne "maksimalne terapije"; u prvom su planu enteralno ili parenteralno hranjenje i druge potrebne mjere i 3. minimalna terapija, koja se sastoji u davanju analgetika, najnužnijih infuzija i dr. (ova se terapija još naziva "humanitarna" terapija). Kada se liječnik odlučuje u intenzivnoj njezi za daljnje vođenje terapije, to će biti gotovo isključivo "maksimalna terapija", tj. moraju, konsekventno biti iscrpljene sve terapeutske mogućnosti da bi se pomoglo ozdravljenje pacijenta. "Minimalna terapija" znači nerijetko bijeg od jasne odluke, koja ima nužno kao posljedicu smrt pacijenta. "Minimalna terapija" znači pomoć u umiranju (im Sterben) ne radi umiranja (zum Sterben), "ne radi se da se pomogne umrijeti sondern nur vermieden wird das Sterben hansauszu zogern". Radi se o potrebi obzira ne samo pred životom već i pred umiranjem."

Jasne odluke o granicama dužnosti liječnika može naći djetalni liječnik, bez bojazni od kasnijih vlastitih duševnih opterećenja ili predbacivanja od rodbine, pravnika ili teologa, ako:

1. temeljna bolest pacijenta isključuje daljnji život. Kod nekih malignih bolesti to može biti i slučaj i u mladim ljudima,
2. visoka životna dob pacijenta i time reducirano opće stanje onemogućava liječenje,
3. trajanje zastoja krvotoka ili disanja nespojivo je s reanimacijom (Wiederbelebung),

4. kada najteže ozljede ili nagnječenja lubanje isključuju svako preživljavanje.

Eichlerk<sup>6</sup> se poziva na Pija XII koji je na anesteziološkom kongresu u Rimu (1957) opravdao davanje sredstava za ublažavanje boli i kada je s tim povezano skraćenje života, kao i opravdanje za uklanjanje aparata za disanje, prije nego što je krvotok dospio u stanje potpunoga zastoja. U konačnom stavu slaže se s Pribillom da liječnikova dužnost liječenja ima granice u trenutku kada produženje života ne znači za umirućeg više nikakvu pomoć.

4. Teško je oti se dojmima da se ovdje radi o nekim novim stavovima koji nisu lako prihvatljivi. Ne može nas se lako isključiti iz razgovora time što se tvrdi da se samo onaj tko se sreo s ovim problemom i tko se kroz mnogo godina nalazio uz krevet najtežih bolesnika i najteže ozlijeđenih pacijenata smije ovdje izjasniti i da jedan čisti teoretičar nije ovlašten, zbog nedostatka iskustva, ovdje se izjasniti i davati obvezne direktive.<sup>6</sup> Ne potcjenjujući vrijednost iskustva, ipak, rješenja su dublja, problemi su dalekosežniji nego što bi to mogla odrediti praksa i osobno iskustvo. Konačno, možda bi netko od onih liječnika koji su doživjeli "čuda" kada su "ponovno oživljavani" i slučajevi smatrani nepovratno izgubljenim prema svim zakonima iskustva, možda bi netko s takvim iskustvom bio jednako mjerodavan dati i suprotne direktive, zabacivanjem "minimalne terapije" koja najvjerojatnije nije ništa drugo već prikrivena pasivna eutanazija.

Odgovornost liječnika raste u ovim situacijama između života i smrti. Kažu da je Aleksandar Makedonski razapeo na križ liječnika koji je ostavio svog pacijenta i otišao u kazalište! Liječnik ima određeni djelokrug dužnosti koje mora izvršavati. Postupajući po pravilima znanosti i struke liječnik je slobodan u izboru načina i sredstava. Zahvati s povećanim rizikom povećavaju i odgovornost liječnika za propuste, ali, s druge strane, ako se takve radnje nalaze u granicama tzv. dopuštenog rizika, ponašanje liječnika bit će opravdano.

5. U ovim pitanjima nema još jasnih rješenja. To je najbolje pokazao slučaj Karen Ann Quinlan,<sup>7</sup> djevojke koja je popila pogubnu kombinaciju alkohola i droge, koja je "ubila njenu svijest" i od tada živi uz pomoć tehničkih pomagala, na respiratoru. Slučaj je izazvao pažnju svjetske javnosti. U povodu toga govori se da možemo razlikovati ne samo život i smrt, već tri različite kategorije, puni život, konačnu smrt i nešto u sredini što neki nazivaju "Život tijela i smrt ljudskosti". Roditelji Karen Quinlan smatraju da čovjek u takvim neodređenim stanjima ima "pravo na smrt", pa su tražili isključenje respiratora. Sudac Robert Muire je od lučio suprotno: liječnici moraju učiniti sve da K. Q. ostane živa, jer ovdje "nema prava na smrt".

31. ožujka 1976. godine u povodu žalbe roditelja Vrhovni sud države New Jersey je riješio: Karen Ann Quinlan može umrijeti! Međutim, dva mlada liječnika naslućivala su takvu odluku i započeli su postepenim oduzimanjem respiratora nekoliko tjedana prije odluke suda. Na zaprepaštenje svih koji su pratili slučaj ona je nastavila disati, svojim autonomnim sistemom! I tako jedna od najkonzervativnijih sudskih odluka našeg vremena nije provedena. Nedavno je objavljena vijest o izjavi roditelja da njihova kći Karen Ann Quinlan, koja već 80 tjedana živi bez pomoći "aparata srce-pluća" u jednoj privatnoj ustanovi za zbrinjavanje nemoćnih osoba u Maurice Plainsu, New Jersey, pati od novih tegoba, koje bi mogle uskoro izazvati smrt. Međutim, 23-godišnja djevojka, premda u komi, već dvije godine i bez nade da se oporavi iz svoje duboke nesvijesti, živi, najvišem sudu svoje zemlje i — svojim roditeljima, usprkos.



6. Ovaj je slučaj do krajnjih granica aktualizirao problem određivanja momenata smrti. Štoviše otvorio je veliku raspravu u nemedicinskim krugovima, u javnosti oko pitanja ima li čovjek pravo na smrt. Slučaj Quinlan bio je povod (*occasio legis*) za donošenje prvog u svijetu Zakona o pravu na smrt (*Right to-die bill*) u Kaliforniji, SAD koji je stupio na snagu 1. siječnja 1977. godine. Zakon omogućuje terminalno bolesnim osobama da "umru u dostojanstvu" (*die with dignity*). Preduvjet je da pacijent potpiše svoju posljednju volju ("*living will*"). Zakon određuje da bolesnik može autorizirati prekid postupka održavanja života.

### Tzv. pravo na smrt

7. Valja reći da se ovdje zbiva nešto posve novo što se pojavilo 1. zbog izvanrednog napretka medicine, 2. zbog zaostajanja prava i 3. zbog promjena u sustavu etičkih vrijednosti. Čini se da odjednom raste zanimanje za probleme smrti do mjera da je, prema harvardskom profesoru Schneidmanu ovo "doba smrti"! "U zapadnom svijetu, pisao je on sedamdesetih godina,<sup>8</sup> mi smo danas više orijentirani prema smrti nego što smo bili u vrijeme crne kuge u 14. stoljeću". Ova pitanja proizlaze iz činjenice da je čovjek jedina životinja koja zna da će umrijeti i koja također zna da može, poput Hamleta, uviđati relativnu prednost smrti pred nastavljanjem života. Prije prospekta smrti čovjek je u najotvorenijem smislu Sartre-ove fraze, "osuđen na slobodu". On može imati slučajnu smrt ili smrt po izboru<sup>4</sup>. Camus je naglašavao i pretjerivao isticanjem da je cijeli problem čovjeka u stvari problem suicida!

8. O pravu na smrt je u posljednje vrijeme nastala zapažena literatura<sup>(7,9,1)</sup>. Bilo da izjednačavaju pravo na smrt s eutanazijom<sup>2</sup> ili se izričito protive tzv. *mercy killing*<sup>3</sup> pravo na smrt uglavnom se svodi na slijedeće: ako čovjek ima pravo na život, to isto pravo znači i pravo okončati život. Čovjek nije dužan, niti se od njega smije zahtijevati podnošenje nepotrebnih patnji ili unižavanja uslijed produžene i ponižavajuće bespomoćnosti i deterioracije uma i tijela ili obojeg, kada već nema razborite mogućnosti smisljena oporavka. U mnogih se danas nalazi strah od produženog umiranja i ovisnost. Logično bi bilo da društvo dopusti okončanje beskorisnog mučenja.

Još je 1891. godine Vrhovni sud SAD utvrdio: "Ni jedno pravo nije svetije, ili jače zaštićeno, nego pravo svakog pojedinca raspolaganja i kontrole nad vlastitom osobom, slobodnom od svakog ograničenja ili miješanja drugih, osim jasnog i nedvojbenog autoriteta zakona" (*Union Pacifik v. Botsford*).

Cardozo u slučaju *Schloendorff* (1914) smatra: "svako ljudsko biće zrelijih godina i zdravog razuma im pravo odrediti što će biti učinjeno s njegovim tijelom". Brandeis je govorio o slučaju *Olmstead* (1928) o "pravu biti ostavljen na miru" (*the right to be left alone*). Sud *Kanzas* u slučaju *Natanson* (1960) smatra da je "svaki čovjek gospodar svoga tijela i smije, ako je zdrave pameti, izričito zabraniti poduzimanje zahvata za spašavanje života, ili nekog drugog medicinskog tretmana".

### Pomoć umirućem

Čini se da je pravo osobe tražiti trajno oslobođenje od patnji ili besmislene egzistencije; također se čini da roditelji ili drugi zastupnici imaju ne samo pravo već trebaju biti i ohrabreni prihvatiti odgovornost, zahtijevati da osoba "povjerena njihovoj brizi, bude pošteđena nekorisnih patnji ili tragične egzistencije".

Oni koji se protive eutanaziji iz moralnih ili religioznih razloga imaju, razumije se, pravo da to čine. Ali njima ne smije biti dopušteno da zaustave zakonodavstvo, koje bi dopustilo drugima s drukčijim vjerovanjima, da se posluže svojim pravima izbora smrti za sebe same ili za osobe za koje su zakonom odgovorne. Epitet ubojice ili krvnika, često pripisan pristicama eutanazije, nisu primjenjivi na čin milosrdna dovršetka nekog bolnog i beznadnog života.

Premda to nije samo po sebi opravdanje za primjenu eutanazije, impresivno je i sig-nifikantno da tako mnogo odgovornih ljudi sada vjeruje da je moralno neobranjivo uskraćivati olakšanje od beznadnih patnji ili unižavanja u beznadnom. Doista, oni vjeruju da društvo nema to pravo. Premda neki ljudi još vjeruju u otkupljujuću vrijednost patnje i osuđuju eutanaziju za svakog, sada nalazimo vrlo raširenu suglasnost da je oslobođenje od beskorisnih, beznadnih patnji moralno opravdano i da barem pasivna eutanazija može biti pod određenim okolnostima dopuštena. Čak su i mnogi istaknuti teolozi istaknuli da je prema njihovu mišljenju aktivna eutanazija također dopuštena u mnogim slučajevima i da je uskraćivati to, moralno neopravdano.

Judeokršćanska etika zahtijeva od čovjeka da djeluje milosrdno. Ipak, milosrđe i zakonitost, kakvi su danas, mogu gurati čovjeka u dva oprečna smjera u isto vrijeme. Neki dobrotivi liječnici slijede zapovijed "Učini drugome kao što bi htio da drugi učini tebi", i bez zakonskog ovlaštenja određuju ili daju letalno opojno sredstvo ili poduzimaju radnje koje dovode do završetka života umirućeg ili beznadno nemoćnog bolesnika. Zasi-gurno ne bi smjelo biti potrebno da liječnik mora birati između milosrdne radnje i zak-onom nedopuštene radnje koja je milosrdna i opće usvojena kao moralno ispravna. Opasno je ohrabriranje na potajnu radnju kršenja zakona.

Zdrav zakon trebao bi biti permisivan a ne mandatoran i ni jedan liječnik, medicinska sestra ili netko treći ne bi smio poduzeti radnju protivno svojim željama, uvjerenjima, savjesti ili vjerskim načelima i ni jedan bolesnik ne bi smio biti podvrgnut pozitivnoj ili negativnoj eutanaziji protiv svoje volje!<sup>2</sup>

9. Ne može se pravo na smrt usvojiti kao osobno pravo u klasičnom smislu iz više razloga. Za razliku od prava na život, pravo na smrt ne može se realizirati tako da bude priznato od trećih i od javnog poretka. Ne može se zahtijevati respektiranje i ispunjavanje od drugih. Kada bismo to pravo priznali u njegovu punom opsegu, došli bismo do ap-surdnih rješenja: nosilac prava mogao bi postavljati zahtjev da se njegovo pravo poštuje, ostvari pa i preko trećih, došli bismo do legalizacije ubojstva iz milosrđa, a to je, za naše današnje poimanje, ne samo zbog mogućnosti zloupotrebe, neprihvatljivo.

Prije nego se osvrnemo na ponajvažniji problem medicine uopće i intenzivne medi-cine ponaosob, tj. problema utvrđivanja i odnosa spram smrti, nekoliko naznaka u odno-su na bol, njegovo suzbijanje i problematiziranu funkciju boli u suvremenoj medicini.

10. U tretiranju terminalnog bolesnih od raka, liječnici ne oklijevaju upotrijebiti nar-kotike, jer je očekivano trajanje života bolesnika kratko i stvaranje ovisnosti nije glavna briga. Mnogi eksperti vjeruju da s drogama treba započeti rano i propisati ih agresivno u takvim slučajevima. "Bol rastvara ličnost", smatra K. Foley, tako počinjemo tretirati bol prije nego što ona započne kontrolirati život osobe. S napredovanjem bolesti daju se sve jača sredstva. U engleskim i američkim bolnicama primjenjuju "Brompton mixture", koktel morfina, antidepresiva i drugih droga, imenovan prema londonskoj bolnici i nami-jeđen specifično za umiruće pacijente.

Bol postaje predmetom posebnog interesa u novije vrijeme. Razvija se posebna grana medicine dolorologija. Bol, naime, osim što može biti sporedni ili glavni simptom bolesti, za neke ljude predstavlja bolest za sebe, koja demobilizira i blokira posve somatski, postojeći način života. Za uklanjanje boli primjenjuju se sredstva od radikalne kirurgije do transcendentalne meditacije. Prema dr. Donlin M. Long iz Pain Treatment Center bolnice John Hopkins u Baltimoru, "zbiva se jedna od najdramatičnijih stvari u medicini". Poseže se za akupunkturu i električnim stimulatorima, da bi se uklonila bol. Traži se uzrok boli i sredstvo za njezino uklanjanje; neki su ga našli u tzv. enkephalinsu, "narkotiku" koji proizvodi tijelo, a može voditi proizvodnji neadiktivnih "Ubojica boli" (painkillers). Nalazi se da kronična bol predstavlja kompleksnu bolest u kojoj igraju ulogu fizički, psihološki i socijalni faktori.

U nemedicinskoj literaturi nalazimo mišljenja prema kojima je medicina, doduše uspjela gotovo ukloniti boli, izgradila sredstvo i način za uklanjanje boli, ali je na taj način stvorena neželjena situacija. Jatrogeno djelovanje sredstava za umirenje i ublaženje boli je poznato. Bez tih sredstava niti mnoge današnje ovisnosti, i to ne samo one tabletomanije, ne bi uopće postojale. Međutim, funkcija boli se ne smije posve ukloniti i iz drugih razloga na koje je posebno upozorio Ivan Ilić<sup>17</sup>. Ima neke tvrdoglavosti poput one R. M. Rilke-a, koji je odbijao uzimanje bilo kakvih sredstava za umirenje kako bi smireno i prirodno dočekao smrt!

Analgezija, ili ugasla osjetljivost za bol, dio je anestezije i neodvojivi dio suvremene medicine. Ona je dobrobit i doprinos humanizaciji medicine, bez koje bismo se morali vraćati na grube i okrutne fizičke mjere uklanjanja boli gušenjem, onesveščivanjem udarcem i sl. Ali i gašenje osjetljivosti za sve vrste osjeta (anestezija) ima svoje osjetljivosti, granice i probleme<sup>(10,13)</sup>. Stvaranje ovisnosti, tabletomanije i sl. samo su neke od popratnih štetnih pojava, koje su u intenzivnoj medicini najmanji problem, jer je u pitanju sam život i njegovo produžavanje.

11. Kriteriji i načini utvrđivanja od posebnog su značenja u intenzivnoj medicini. I u nas je upozoreno na taj problem<sup>(10-15)</sup>. Utvrđivanje smrti u većini zemalja spada u zakonsku nadležnost liječnika i tako treba da ostane i dalje. U uobičajenim prilikama liječnik može, bez posebne pomoći, utvrditi je li određena osoba mrtva, služeći se klasičnim kriterijima koji su poznati svakom liječniku.

Dva suvremena postupka u medicini učinila su, međutim, potrebnim pručavanje pitanja utvrđivanja trenutka smrti. To su: 1. sposobnost održavanja optoka krvi obogaćene kisikom umjetnim putem u tkivima tijela koje je bilo nepovratno ozlijeđeno i 2. upotreba organa kao što su srce i bubrezi s umrlih za transplantaciju. Komplikacija je u tome što je smrt postepeni proces na razini stanica i što razna tkiva imaju raznoliku sposobnost preživljavanja nestašice kisika. Klinički interes, međutim, ne leži u čuvanju izdvojenih stanica već u sudbini cijele osobe. Pokušavaju se pronaći kriteriji smrti<sup>(15,16,14)</sup>. Danas više, kažu, nije točna uvriježena postavka da smrt nastaje u trenutku prestanka rada srca i zastoja disanja<sup>14</sup>. Prema Deklaraciji o utvrđivanju dijagnoze smrti Svjetske medicinske skupštine iz Sydneya 1968. godine, ni jedan tehnološki pojedinačni kriterij ne zadovoljava potpuno s obzirom na sadašnja medicinska znanja, niti može bilo koji tehnološki postupak biti zamjena sveobuhvatnom prosuđivanju liječnika. Ipak djelatni liječnik treba uputu za postupanje u dvojbjenim, graničnim ambivalentnim situacijama. Pogledajmo kako nastoje riješiti problem u Švedskoj, zemlji visokog (građanskog) etičkog standarda.

### Odbori za etička pitanja — primjer Švedske

12. Švedska je, poslije Helsinške medicinske konferencije 1964. godine, značajne po Deklaraciji-poslanici liječnicima u kliničkim istaživanjima<sup>17</sup>, osnovala pri medicinskim fakultetima i institutima odbore za etička pitanja. Prvi je osnovan na Karolinskom institutu 1966. godine. Švedsko društvo za medicinske znanosti, svjesno da odvojeni odbori ne mogu riješiti na jednak ili sličan način iste probleme, odlučio je (1969) osnovati Komisiju za medicinsku etiku. Prvobitno se radilo o brizi za etička pitanja u medicinskim istaživanjima. U radu su sudjelovali i laici (nemedicinari), a istraživači nisu bili obavezni tražiti mišljenje Komisije. No, bez takva mišljenja teško su mogli računati s dobivanjem sredstava. U svojoj konačnoj formi Komisija djeluje u sastavu od 10 članova, od kojih su petorica članovi Društva medicinskih znanosti, jedan je član Državnog medicinskog istraživačkog savjeta, a četvorica predstavljaju različita javna tijela (sindikata, javne radnike, središnju organizaciju profesionalnih radnika). Zadatak je komisije davanje savjeta i općih uputa iz medicinske etike, u prvome redu za istraživačke projekte, a u novije vrijeme za utvrđivanje trenutka smrti i prava umirućeg. Švedska ne usvaja moždanu smrt kao kriterij smrti "što ometa vršenje transplantacije", kako ističe predsjednik Komisije za etička pitanja prof. Giertz<sup>16</sup>.

Nacionalni je odbor za zdravlje i socijalnu politiku odredio koji su znaci pomoću kojih se može utvrditi ireverzibilno i trajno nepostojanje moždane aktivnosti odnosno funkcije i kada će nastupiti arest srca. U takvim slučajevima svaki daljnji tretman je besmislen s medicinskog stanovišta, te se može odustati od terapije i da postojeći tretman ne mora biti produžen. Ipak, smatra taj odbor, pacijent s permanentnom odsutnošću cerebralne funkcije ne može biti smatran mrtvim.

Dobili su novi zakon o transplantaciji, ali nisu riješili problem kriterija smrti.

Socijalni komitet Parlamenta zajedno s Komisijom za etička pitanja smatra da postoji velika potreba za nalaženjem prihvatljivih oblika za upotrebu organa od pacijenata u kojih više nema moždanih funkcija, premda se takve osobe ne mogu pravno smatrati mrtvim.

Komisija je izradila slijedeće upute kako valja postupati s pacijentima pri kraju života:

"Svaka bolesna osoba, kada se približi trenutak smrti, mora imati priliku da se pripravi za neizbježni kraj života. U tom stadiju kada je u procesu umiranja povratak smisljenoj egzistenciji prepriječen, tretman mora biti koncentriran, na prirodan način, na fundamentalnu osobnu njegu. Odgovorni liječnik treba da odredi medicinski tretman koji je potreban s obzirom na stanje pacijenta, uzimajući u obzir pacijentove želje, čak i u slučaju kada pacijent, uslijed slabosti, gubi sposobnost upravljanja vlastitom situacijom, ali je još zadržao svijest o svojoj osobi.

Tehnički napredna sredstva medicine, kao što je transfuzija krvi, intravenska davanja tekućine, hrane ili lijekova, respiratorni tretman ili operacije upotrijebit će se do mjere da se mogu smatrati korisnim za pacijenta. "Korisno" treba prosuđivati u skladu s potrebama medicinske njege, a ne prema koncepciji "produžavanja života pacijenta" ili "skraćenje njegovih patnji". Zadatak je liječnika u tom stadiju smanjiti patnje i pravljenje tog posljednjeg razdoblja života tako mirnim koliko je moguće. Analgetici se mogu davati bez obzira na rizik stvaranja ovisnosti. Međutim, nije dopušteno poduzimati bilo koju radnju sa svrhom skraćanja života"<sup>16</sup>.

### Intenzivna skrb, moždana smrt i transplantacija

13. U nas je upozoreno da je složena i vrlo značajna zadaća neurologa, neurokirurga i anesteziologa prepoznati ireverzibilno komatozne bolesnike koji će umrijeti bez obzira na poduzete mjere liječenja, te izdvojiti one s izgledom na oporavak i vraćanje u normalan život<sup>14</sup>. Nužno je usmjeriti intenzivnu skrb, te osoblje i materijalna sredstva za njegu tih bolesnika u kojih postoji vjerojatnost oporavka. "Otklanjanje primjene intenzivne njege u bolesnika u kojih je sigurno (sic!) da će one samo održavati tjelesnu ljušturu ne znači eutanaziju ili umorstvo. Tako barem rezolutno tvrde neki naši autori"<sup>14</sup>. Jedna druga grupa autora smatra da "prema sadašnjoj definiciji smrti, prekid kontakta s respiratorom je egzekutivan moment, a prestanak održavanja cirkulacije i borbe protiv bakterijske invazije, dakle pasivan stav terapeuta, nije daleko od eutanazije"<sup>15</sup>. Ipak, i ta grupa autora naglašava da nije preuranjeno pretpostaviti da će smrt mozga biti regularno izjednačena sa sadašnjim pojmom smrti. Zalažu se za osiguranje dijagnostičkog minimuma dijagnoze moždane smrti i ističu nužnost najrigoroznijeg reguliranja ovog postupka.

14. Moždana je smrt relativno idealno stanje za uzimanje tkiva i organa za transplantaciju<sup>15</sup>. Transplantacije su, posebno one srca, otvorile mnoštvo etičkih i pravnih pitanja. Prema nekim mišljenjima,<sup>18</sup> budući da je uspjeh presađivanja organa (bubrega, jetre, srca itd.) u ovom trenutku u najmanju ruku nesiguran i da prognoza s obzirom na dugotrajno preživljavanje bolesnika mora nužno biti oprezna, nije ni čudo što se postavlja pitanje nije li transplantacija organa preuranjena i jesu li takvi zahvati etički uopće prihvatljivi. Uzimanje organa s netom umrlih osoba otvara etičke probleme koji zadiru u odnos između liječnika i bolesnika i s kojima se liječnik susreće kad liječi umirućeg bolesnika koji je potencijalni davalac. Liječnik mora na prvom mjestu štititi interese umirućega. "Sigurno je da će kirurg koji spremno čeka na to da presađi organ vršiti makar i "suptilnu" prisilu na liječnika da što prije proglasi smrt, jer oštećenje organa što ga kani presađiti brzo raste s trajanjem vremena ishemije. Liječnik je do sada mogao promatrati nastupajuću smrt strpljivo i proglasiti je nakon dugog vremena pošto su prestali svi znakovi života. No kad smrt očekuje skupina kirurga koja se sprema na transplantaciju, situacija je posve drukčija; zakašnjenje od nekoliko minuta može biti odlučno. Liječnik koji se brine za umirućeg ima prema bolesniku još uvijek pune obaveze, a s druge strane ima moralnu odgovornost i prema potencijalnom primaocu"<sup>18</sup>.

Jedno još konzervativnije mišljenje povezuje transplantaciju, umirućeg pacijenta i eutanaziju na izravan način<sup>19</sup>.

"Problem milosrdnog ubojstva iz medicinskih pobuda dobiva posve drukčije značenje u vremenu transplantacijske kirurgije. Postoji mogućnost da će liječnici, i medicinsko osoblje općenito, uznastojati uzeti organe za transplantaciju u nekim slučajevima u kojima će se suviše optimistički odlučiti o izvršenju eutanazije. Ponekad može doći do pritiska liječnika za upotrebu tkiva i organa beznadno nesvjesnog bolesnika u pokušaju da se pomogne inače beznadno bolesnom, ali još uvijek "spasivom" pacijentu. To su definitivno teoretski moguće i vjerojatne praktične implikacije. Kako izbjeći takve situacije? Budući da će najvjerojatnije tek nastati ti problemi u institucijama i centrima koji poduzimaju najnaprednije kirurške zahvate, najbolji način za minimiziranje takvih mogućnosti bit će da se u odboru koji bi odredio eutanaziju ne nađe niti jedan liječnik-kirurg koji bi poduzeo transplantaciju sada ili u budućnosti<sup>19</sup>.

15. Naveli smo dva rezervirana stava prema transplantaciji da bismo pomoću njih upozorili na moguća zastranjenja. Inače, danas je potrebno razlikovati transplantacije po-

jedinih organa prema uspjehu. Smatra se da je, primjerice, transplantacija bubrega "u fazi redovne terapijske aplikacije"<sup>20</sup>. Optimistički stav prema transplantaciji zauzela je i radna grupa koja je, na traženje Republičkog sekretarijata za zdravlje i socijalnu politiku Hrvatske, a kao prvi jugoslavenski model, koji će poslužiti drugim republikama i pokrajinama radi ujednačavanja, izradila Prijedlog Zakona o presađivanju dijelova ljudskog tijela.

### Pacijent koji odbija zahvat

16. Ima i drugih problema iz pravnoga aspekta intenzivne medicine. Bez pretenzija na potpunost spominjemo tek probleme odgovornosti osoblja u intenzivnoj njezi, koje uvijek radi timski, pa je moguće da jača, a u nekim slučajevima i da se gubi osjećaj odgovornosti oslanjanjem na drugog, prebacivanjem odgovornosti na drugog i sl. Vrijedi pravilo da svatko odgovara za svoj dio posla, da je odgovornost distributivna, osobna, konkretna (dinamična, vezana za priliku) itd.

17. Problemi se javljaju pri odbijanju pacijenta da surađuje, recimo, ne pristaje na transfuziju ili zahvat, premda su ovi medicinski indicirani. U pravilu vrijedi autonomija volje pacijenta koju valja maksimalno uvažavati. Treba se čuvati prisile, ali ne odustati od uvjerenja: dužnost je liječnika razuvjeriti punoljetnu osobu od donošenja i provođenja nerazboritih odluka, ne i primjena sile, pa ni na prijevaran način. U kritičnim situacijama postupa se po pravilima krajnje nužde: za spas ili dobrobit jednog dobra može se žrtvovati drugo; vrijedi načelo vaganja dobara (odbijanje transfuzije može se javiti u povećanoj mjeri ako dođe i kod nas do upotrebe tzv. "trupne krvi", tj. krvi uzete iz umrle osobe, kako se to, po zoru na neke druge zemlje, i u nas u novije vrijeme predlaže).

18. Problemi nastaju i u slučaju izbora pacijenta kada raspoloživih organa ili tehničkih sredstava nema dovoljno. Primjerice, još uvijek nema dovoljno uređaja za dijalizu. Nedavno je uvezena prva umjetna gušterača, jedina u Zagrebu. U drugim sredinama već se upozorava na taj problem<sup>(21,22)</sup>. Doista što će biti odlučujuće pri izboru pacijenta koji će dobiti neki organ, ili neku "vitalnu protezu"? Ugled, vrijednost života, dob, broj osoba koje uzdržava, ili izgledi na uspjeh, ili...?

19. Liječnik će u tom i u većini drugih dvojbenih situacija najbolji odgovor naći u svojoj savjesti, ili pak u kodeksu svoje profesionalne etike ili deontologije. Ponekad i u sustavu pravnih normi, koji na žalost, kod nas još ni izdaleka nije dovoljno izgrađen, niti suvremen. No, gdje štiti svjetski zakon, progovorit će zakoni razbora i srca.

### LITERATURA

1. Hendin D.: *Death as a fact of life*, Warner, 1974.
2. Russel R. O.: *Freedom to die, moral and legal aspects of euthanasia* New York, 1975.
3. Heifetz, M. D.: *The right to die*, Berkley Medallion, New York 1976.
4. Maguire, D. C.: *Death by choice*, Doubleday New York 1974.
5. Katz, J.: *Experimentation with human beings*, Russel Sage F. New York 1972.
6. Eichler J.: *Grenzen der Behandlungspflicht in der Intensivmedizin* 4th World Congress on Medical Law, Manila 1976, Reports
7. Sharpe G.: *Quinlan, euthanasia, and the physician's dilemma*, 4th World Congress on Medical Law, Manila 1976, Reports
8. Schneidman R.: *The enemy*, Psychology Today 3:37, 1970.



9. Mannes M.: **Last rights**, A Case for the death, Morrow, New York 1974.
10. Fry R. P.: **Death under anesthesia**, Trial Magazin 1/2:57 1971.
11. Ribarić Lj.: **Sudsko-medicinska problematika reanimacije**, Medicina 4:452, 1967.
12. Ribarić Lj.: **Problemi oživljavanja glede na trenutak smrti** (otisak, bez naznake bibliografskih podataka)
13. Ribarić Lj.: **Odgovornost anesteziologa kod "mors in tabula"**. **Medicinski glasnik**, 5-6:201
14. Vidović M., Peruško E., Keros P.: **Prognoza moždane kome i dijagnoza cerebralne smrti** (separat)
15. Tasić M., Volarić B., Popović D., Bajić M., Živojinović S.: **Sudsko-medicinski, etički i klinički aspekti regionalne smrti mozga-coma depasse**, **Medicina** 2:42, 1974.
16. Giertz G.: **Experiences as chairman on a commission on medical ethich with special reference to rights of the dying and criteria of death**, 4th World Congress of Medical Law, Manila 1976. Reports
17. Ilić I.: **Medicinska Nemezis**, Prosveta Beograd 1976.
18. Nakić B.: **Transplantacija i etika**, **Encyclopedia moderna** 8:56, 1969.
19. Subrahmanyam b. V., **Das Gupta S. M.:** "Euthanasia", 4th World Congress on Medical Law, Manila 1976, Reports B. VII
20. Frančišković V.: **Transplantacija**, **Medicinska enciklopedija**, dopunski svezak, Zagreb MCMLXXIV, 676 i d.
21. Grad N.: **Legislative response to the new biology: Limits and possibilities**, 15 U.C.L.A.L. Rev. 480, 497, 968.
22. **Due process in the allocation of scarce lifesaving medical resources**, **The Yale Law Journal** 84:1732, 1975.

## LIFE ON THE EDGE, INTENSIVE CARE, THE SO-CALLED RIGHT TO DEATH, EUTHANASIA, TRANSPLANTATION

ZVONIMIR ŠEPAROVIĆ

Faculty of Law, Zagreb

*The potential and possibilities of modern medicine in maintaining life have become such that the purposefulness and justifiability of some actions are being doubted. According to some opinions the prolongation of life at any cost becomes senseless because it means the manipulate with life and death. It is to a certain extent the reign of terror over mankind. Medicine can terminate life when it is found to be »senseless«. Medicine can also maintain life, even were it only for not being reproached of terminating it too soon, or to gain time for transplantating parts of the body. Intensive care, which maintains olfe of serious patients, with great efforts and sophisticated technologies, brings about the problem of the so-called passive euthanasia, problems of organ transplantation, patient's approval, etc. These are undoubtedly some of the most urgent question of medicine but this means that they are also ethical and legal questions.*