

Pravica do dostojanstvene, človeka vredne smrti

Ksenija Tušek Bunc,
Janko Kersnik

Uvod

Osnovna etična načela, kot so dobronamernost, neškodljivost, avtonomnost, pravičnost, resnicoljubnost in zaupnost, vodijo zdravnike pri vsakdanjem delu z bolniki. Večina bi te pojme z lahkoto skrčila na strokovnost – kakovost obravnave. Pravičnost je bolj ali manj politična in splošno moralna kategorija, ki ji humanistično izobražen zdravstveni strokovnjak ne bi ugovarjal. Etika v medicini, o kateri smo do pred kratkim komaj razmišljali, ker smo se zanašali na trdnost hipokratska tradicije, stoji danes pred daljnosežnim procesom in potrebo po redefiniranju. Vzrok za to so spremembe medicinskih, tehničnih, kulturnih in ekonomskih predpostavk, pred katerimi sta se znašla tako zdravnik kot bolnik. Medicinska ekspertiza in medicinska etika v zdravljenju sta tesno integrirani med seboj že od Hipokrata dalje. Ta doktrina zahteva od zdravnika ravnotežje med tehničnim znanjem in moralnimi zahtevami v medicinskih obravnavah, tudi ob postopkih oživljanja. Hipokratska prisega zahteva od zdravnika, da svoje znanje uporabi vedno v korist bolnika, za ohranjanje življenja, lajšanje trpljenja in zmanjševanju invalidnosti in nikoli v njegovo škodo. Namen prispevka je opozoriti in pokazati na zanemarjeno področje v zakonodaji, ko gre za postopke oživljanja, na pomanjkanje predzakonskih aktov, predvsem in ne nazadnje pa podati izziv veljavnim etičnim normam ter nakazati možne rešitve s poudarkom na upoštevanju avtonomije bolnikov.

Človekova volja – vrhovni zakon

Načelo »Voluntas aegroti suprema lex esto« pravi, da je človekova volja vrhovni zakon. Poleg ostalega gre za načelo popolne anatomije osebnosti. Ta koncept vključuje poudarjanje in dajanje privilegirane prednosti človekovi osebnosti in njeni zasebnosti, njenim pravicam, njeni osebni svobodi s povsem suverenim odločanjem o sebi. Avtonomija osebnosti zajema človekovo telo in njegovo duševnost. Bolnikova avtonomnost je pravica do lastne izbire, svoboda volje in svoboda odločanja o vseh ukrepih. Bolnik se lahko za nekaj odloči, če je ustrezno seznanjen z vsemi okoliščinami in možnimi izidi. Pri posredovanju informacij je potrebna dobršna mera resnicoljubnosti. Zdravnik ne sme prikrivati resnice, da bi bolnika aktivno ali pasivno zavajal in si na ta način izposloval privolitev za ukrepe, ki so morda v nasprotju z bolnikovo voljo. Bolnikovo odločitev moramo sprejeti, čeprav morda močno odstopa od pričakovanih medicinske stroke. Ob tem se moramo prepričati, da je bolnik upošteval vse okoliščine in razumel posledice.

Tako torej načelo avtonomnosti bolnika domneva, da se nobena druga osebnost in tudi družbena institucija ne more vtikati v ali spreminjati odločitve, ki jo je neka oseba sprejela o sebi ali v zvezi s seboj. Koncept smiselno vsebuje tudi načelo, da lahko bolnik odkloni kakršne koli zdravilne posege, torej tudi kardiopulmonalno (KPO) oživljanje. Sam akt je morebiti v očeh nevtralnih medicinsko izobraženih ali neizobraženih opazovalcev lahko sporen. Paradigma »voluntas aegroti suprema lex esto« tako razlaga, da so bolnikove odločitve nemara v očeh opazovalca lahko še kako »napačne«, a jih kljub temu nima nihče, razen bolnika samega, pravice spreminjati ali nanje vplivati. To pomeni, da bolnik lahko odkloni vse medicinske posege, ne glede

na to, da morebiti vsa okolica (kajpak vključno z zdravnikom) ve, da bi mu ti ukrepi zagotovo lahko podaljšali ali olajšali življenje. Zdravnikovih posegov bolniku, v sozvočju s konceptom popolne avtonomnosti osebnosti, nikakor ni mogoče vsiliti. Z odklonitvijo posegov pa lahko bolnik kajpak neposredno vpliva na dolgotrajnost svojega življenja.

Najpogostejše napake se kažejo tako, da se zdravnik odloči namesto bolnika, ker misli, da ve, kaj je najbolje za bolnika, ali ker bolnik ne upošteva zdravnikovih navodil. Že po osnovni medicinski izobrazbi smo usmerjeni v reševanje življenja in zdravja za vsako ceno. Nadgradnja z usmerjenimi znanji urgentne medicine, ki so podkrepjena z bleščecimi uspehi nujne medicinske pomoči in z modernimi tehnologijami, nas približajo božjemu poslanstvu – odločanju o življenju in smrti. Kakor smo si zdravniki nekdaj ob prihodu do bolnika ali poškodovanca še pred nekaj leti dovolili ugotoviti smrt, je dandanašnji to precej strokovnoskrusko dejanje in si ga skorajda nihče več ne upa izvršiti. Filozofski razmislek o pravici do konca življenja oz. pieteti smrti je prepuščen vsakemu posamezniku, predvsem pa je potrebno poudariti problem potencialne kršitev bolnikove avtonomije »vis a vis« kršitve kazenskega zakonika oz. njegovega člana o opustitvi zdravniške pomoči.

Načelo »voluntas aegroti suprema lex esto« zajema poleg načela popolne avtonomije osebnosti še načelo dobronamernosti, načelo nepovzročanja zla in princip pravičnosti. Koncept dobronamernosti označuje tisto, kar je za neko osebo dobro. Ne zajema samo elementov Hipokratove prisige v pomenu »ne stori nikomur nič hudega«, kar označuje zgolj neko pasivno držo, temveč zahteva zavezanost k načelu »delaj dobra dela«. Zdravnik je v luči koncepta dobronamernosti dolžan svojemu bolniku nuditi največjo možno kakovost medicinskih ukrepov, toda le tiste ukrepe, ki so za bolnika dobri, in znotraj teh le tiste, v katere bolnik načelno privoli. Načelo popolne avtonomnosti bolnika in načelo dobronamernosti hudo trčita takrat, ko posameznik odkloni vse posege, ki so v očeh zdravnika zanj koristni, in pri posegih, ki zmorejo podaljšati njegovo življenje. Tako lahko umirajoči sprejme odločitev, da se odpove vsem medicinskim posegom, ki bi morebiti lahko podaljšali čas njegovega odhajanja iz življenja. Zdravnik mora takšno željo spoštovati, še posebej, če bi nadaljnji zdravilni postopki lahko še poslabšali kakovost bolnikovega preostalega življenja (načelo nepovzročanja zla). Uspešno oživljanje pogosto hudo okvari kakovost preostalega bolnikovega življenja. Odklonitev posegov, ki lahko podaljšujejo čas odhajanja iz življenja, pome-

ni v območju »voluntas aegroti suprema lex esto« jasen neposreden vpliv na dolgotrajnost življenja, jasno odločitev o skrajšanju življenja. Tako pridemo do točke, kjer je možno trditi, da ne samo, da ima umirajoči človek pravico do življenja, ima tudi pravico do dostojanstvene, človeka vredne smrti.

Profesor Miličinski ne opozarja zaman, da so dileme ob odhajanju človekovega življenja za zdravnika že od nekdaj zelo hude in da zanje nikoli ni univerzalnega recepta. Miličinski govori o brezpogojnem spoštovanju življenja in v luči takšnih pogledov vidi možnost za sprejemanje zdravnikovih odločitev, ki so v vsakem primeru praviloma drugačne. Miličinski upravičeno opozarja, da je zdravnik v trenutkih, ko se sreča z odhajajočim življenjem, kot vrhovodec, ki mu grozi nevarnost dvojne napake. Postane lahko sotorilec smrti ali pa v športni tekmi s smrtjo pozabi na bolnika. Želja za zmago nad smrtjo (četudi samo kratkotrajno zmago) lahko zasenči resnično korist bolnika – mirno in neboleče umiranje. V luči spoštovanja življenja, ki obenem pomeni tudi spoštovanje smrti, se bo zdravnik lažje odločil za pravo pot.

»Nil nocere, bonum facee«, načelo neškodovanja, dobiva v sodobni medicini povsem novo dimenzijo. Ob tem so še prav posebej pereča vprašanja upoštevanja bolnikove zadnje volje in želje v intenzivni medicini ali neodločanju za terapijo. Zahteva »koristi« je ravno tako težko uresničljiva kot »ne škoduj«. In kdo je pravzaprav tisti, ki definira, kaj je za nekoga dobro in kaj slabo? Če je v tradicionalni medicini sprejemal vse odločitve modri zdravnik, v sodobni družbi posameznik sam odloča svoje prioritete dobrin in cilje. Človekova oziroma bolnikova volja ima v sodobnih bioetičnih razmišljanjih prioriteto, ki sicer ni absolutna, ima pa veliko težo.

Pravica do dostojne smrti

Trenutno stanje v biomedicinski znanosti in tehnologiji označuje izreden razmah usposobljenosti in organiziranosti nujne medicinske pomoči z neznansko razširjenimi možnostmi tehničnega delovanja zdravnika. Vse preveč je prisotna želja po večnem življenju za vsako ceno in strah pred neukrepanjem. Vedno več je ljudi s slabo kakovostjo življenja, odvisnih od medicinske tehnologije, ob tem pa se pojavlja problem prekinitve začetega ukrepanja. Številna akutna stanja predstavljajo za bolnika in njegove bližnje precejšen pretres in zmanjšajo nabor možnih opcij. Kadar bolnik zaradi duševne nerazsodnosti ali motenj zavesti ni sposoben odločanja oz. sodelovanja pri odločanju, postane pridobivanje pristanka močno oteženo. Zdravnik se v takih primerih

sklicuje na dobrobit bolnika in presojo na osnovi lastnih strokovnih, kulturnih, moralnih ter etičnih norm, kaj je za bolnika najbolje. Na prvi pogled se zdi, da v primerih kardiopulmonalnega oživljanja ne more biti veliko etičnih dilem. Vendar živimo v pluralni družbi, kjer so dopustne različne norme in je zdravnikova presoja golo ugibanje, kaj bi si izbral konkretni bolnik. Zavedamo se, da je potrebno odločno in čim prej pričeti postopke za ponovno vzpostavitev življenjskih funkcij, saj je znano, da je to eden od najpomembnejših pogojev za uspešnost oživljanja. Pa vendar so tu še drugi dejavniki, kot so prisotnost poškodb, morebitno končno stanje neozdravljive bolezni, starost, povod za kardiopulmonalni zastoj. Tako nam v trenutnih okoliščinah pomagajo pri odločitvah priznane strokovne norme o tem, koliko časa je lahko nekdo klinično mrtev, ali, kakšno zdravstveno stanje je potencialno še združljivo z življenjem in so zato utemeljeni vsi potrebni ukrepi za povrnitev in ohranitev življenja. V svoji vznesenosti se moramo vsakič posebej vprašati, ali ne prestopamo mejo človeškega in ne kršimo bolnikove avtonomije, da ukrepamo izključno v njegovo korist in mu obenem ne kratimo »pravice do dostojne smrti«, kot je to imenoval profesor Miličinski.

Prisotni bližnji so nam pogosto bolj v nadlogo kot v korist pri odločanju o temeljnih ukrepih v kritičnih stanjih. V danem trenutku se tako kot mi nagonsko odločajo za ukrepanje za vsako ceno. Te odločitve v nas še nadalje podžgejo strokovni elan. Ena večjih dilem pri tem je, v kako slabem stanju mora biti bolnik, da se o njegovi usodi lahko odloči eden ali več bližnjih. V stresnih trenutkih tudi ni mogoče preverjati istovetnosti navzočih in njihove legitimne pravice odločanja. Legalne pravice namreč nimajo vse dokler je bolnik živ, je polnoleten ali mu ni bila odvzeta opravilna sposobnost. Z upoštevanjem mnenja nepooblaščenih navzočih zagotovo kršimo bolnikovo avtonomijo, čeprav podpora bližnjih pri naših odločitvah dobro dene in nas v duši ščiti pred Damoklejevim mečem pritožb ali tožb.

Oživljati – da ali ne?

Optimalna rešitev bi bila, da bi oživljali samo tiste bolnike, ki imajo možnost za dolgo in kakovostno življenje. Pogosto je to na začetku oživljanja težko napovedati. Pri pred tem zdravih ljudeh in pri otrocih ni nobenega dvoma in je treba z KPO začeti takoj in brez oklevanja. V okoliščinah pa, ko pride pri hudo bolnem do zastoja delovanja srca, lahko zdravnik na prvo mesto postavi načelo dobronamernosti in nepovzročanja zla ter se enostransko odloči, da bo KPO opustil. Bolnik v agoniji

in tik pred smrtjo ima namreč pravico do spoštljivega odnosa do sebe in do spoštovanja človekovega dostojanstva v obdobju umiranja. Oživljanje, če pride do zastoja krvotoka in dihanja, ga bo v najboljšem primeru vrnilo v obdobje agonije, v obdobje umiranja in trpljenja. To ni v sozvočju z načelom dobronamernosti in ne v sozvočju z načelom spoštovanja človekove osebnosti in njegove avtonomije. Človek ima pravico do dostojanstva tudi v procesu umiranja. Nesmiselni postopki oživljanja to dostojanstvo grobo podirajo in s tem grobo posegajo v anatomijo osebnosti. Poleg tega so lahko takšni ljudje zaradi poškodb dobljenih med oživljanjem pahnjeni v še hujšo agonijo. V takšnih primerih prav tako ni mogoče govoriti o zdravljenju. Glede na statistično neuspešnost oživljanja je pri hudo bolnih kroničnih bolnikih, ki se jim življenje izteka, in pri bolnikih v terminalnem obdobju neke maligne bolezni, ki pa se lahko vleče še mesece, več kot potreben pogovor med zdravnikom in bolnikom. Nekateri bolniki želijo sodelovati pri odločitvah. Drugi prepuščajo vse zdravniku. Na primeren način se je možno skorajda z vsakim bolnikom pogovoriti o morebitni rabi ali nerabi ukrepov KPO. Schechter imenuje tak postopek kar pogajanje in poudari, da je treba bolnika in njegovo družino temeljito podučiti o naravi bolnikove bolezni in o verjetnem izhodu. Gotovo ni odveč poudariti, da mora zdravnik med pogovorom z bolnikom in svojci upoštevati, da so vsi zaradi bolezni v posebnem psihičnem stanju in je potrebna velika mera poslušnosti za sočlovekovo trpljenje, da je moč tak pogovor voditi in končati na dostojni ravni. Če ima zdravnik dovolj poslušnosti za bolnika in svojce, potem lahko tudi iz lastne praksa potrdimo, da takšen odnos med bolnikom, njegovo družino in zdravnikom vodi do globokega uvidevanja bolnikovega stanja in do skupnih odločitev, ki niso sporne. Po takšnem obširnem razgovoru običajno skoraj nikoli ne pride do večjih nesporazumov. Bolnik torej mora imeti priložnost izpričati svojo voljo pred svojci ali pred pričami. In v tem primeru ne gre za pomoč pri umiranju ali za prekinitve zdravljenja, temveč za spoštovanje človekove odločitve, da ne želi oživljanja, povratka s praga smrti torej.

Kristalno jasno je, da je pomembna samo strategija zdravljenja nekega bolnika in šele na osnovi tega spoznanja je moč razmišljati o odredbi »Ne oživljati«. To, kar so stari zdravniki intuitivno že dolgo vedeli, je sedaj prinesla analitična obdelava nekaterih pred tem zelo nedorečenih pojmov v tradicionalnem medicinskem gledanju. V ZDA se je v poznih sedemdesetih eksplicitno raba odredbe »Ne oživljaj« razvila predvsem zaradi pritiska prava in manj zaradi nujnosti njene medicinske

ske rabe, torej bolj za iskanje pravne varnosti kot pa za iskanje čistih etičnih rešitev. Gre za odredbo, ki jo mora zdravnik zapisati v bolnikovo dokumentacijo, in ki pomeni, da v primeru zastoja srca ali dihanja bolnika ne bodo oživljali. Za to je potrebna privolitev po pojasnilu (informed consent). Ameriške bolnišnice so v zvezi z odredbo » Ne oživljati« sprejele posebna priporočila, od katerih so gotovo najbolj znane smernice bolnišnice Yale – New Haven, ki so jih kasneje povzele ostale ameriške bolnišnice. V bolnišnici Yale- New Haven so izdelali posebno klasifikacijo stanja terminalno bolnih, ki so jih razdelili v štiri skupine. Namen te klasifikacije je bil izdelati smernice za tisto osebje, ki se morebiti med dežurstvom znajde pred posteljo bolnika, ki ga ne poznajo. Vendar pa v ameriški praksi bolnikov zdravnik pooblastila o opustitvi ukrepov KPO ne more prenesti na druge zdravnike. Veljavnost odredb o opustitvi postopkov oživljanja pa je kratkotrajnega značaja in jih je potrebno sproti preverjati in potrjevati. Ob vsaki odredbi o opustitvi določenega načina zdravljenja je treba pripisati, kako dolgo odredba velja. Če po preteku odrejenega časa odredba ni bila prenovljena, je nična. Ob tem mora biti o takšnih ukrepih obveščena etična komisija, ki deluje kot varovalka, ki jo je potrebno vključiti vedno takrat, ko temelj za odločanje ni jasen. Toda v vsakem primeru je opustitev postopkov KPO, ki je posledica jasno izražene bolnikove volje, etično nesporna.

Kako do pravilne odločitve?

V naraščajočem pluralizmu vrednostnih predstav in prioritet v sodobnih družbah lahko pravo odločitev dosežemo le ob upoštevanju vseh etičnih načel. Vprašati se moramo:

- S kom imam opravka?
- Kdo bo prizadet?
- Kakšni so cilji?
- Kdo je zainteresiran za te cilje?
- Kakšna so tveganja pri dosegu teh ciljev?
- Kako lahko ocenimo tveganja?

Idealno bi bilo poznati kulturno ozadje posameznika in njegove preference. Pri tem vprašanju pa nam v nasprotju z enostavnim odločanjem le lahko pomagajo bližnji, da izvemo, kakšno voljo je glede poslednjih trenutkov izrazil hudo bolni ali poškodovani. Za nekatere etične, verske in druge skupine so nekatera načela dobro poznana širšim krogom in jih zato zlahka upoštevamo. Kljub slabši napovedi smo se dolžni podrediti takim preferencam. V nasprotju bomo prizadeli pieteto

posameznika in celotne skupine, kljub našim najboljšim in strokovno podkrepjenim namenom.

Razumljivo bo naš cilj vedno storiti vse potrebno za ohranitev življenja posameznika, ki ga obravnavamo. Kljub temu, da smo ob akutnih stanjih usmerjeni predvsem v trenutno zagotavljanje življenjskih funkcij in se nam zdi rehabilitacija in življenje dan potem odmaknjena, moramo nujno presojeti tudi posledice svojih ukrepov na kakovost življenja tega bolnika. Pogosteje, ko se bomo spraševali o tem, manj bolnikov in poškodovancev bo trpelo zaradi uspešno izvedene intervencije. Seveda ne gre za opuščanje zdravniške pomoči, temveč za preudarnost, da nas trenutni cilj naše dejavnosti ne zaslepi pred morebitnim drugačnim ciljem posameznika, ki ga obravnavamo.

Dnevno spopadanje s tveganji ob tako pomembnih odločitvah najbrž predstavlja še večji stres, kot je samo delo v nujni medicinski pomoči. Kljub temu se ne smemo prepustiti lagodnosti ukrepanja za vsako ceno, da se nam le ni treba ukvarjati z vprašanjem, ali je bilo ukrepanje res najboljša rešitev nastalega stanja. Splošna kultura nujne medicinske pomoči se je na tem področju močno odmaknila od tiste izpred nekaj let, zato se vsakdo med nami pravzaprav boji, da ne bi ničesar ukrenil, četudi bi mogoče v izoliranem okolju povsem pričrpano ugotovil nesmotrnost kakršnega koli ukrepa in razglasil bolnika za mrtvega pred vsakršnim posegom. Anekdotično pa se, tudi po vseh merilih mrtvih na njih še vedno izvaja ukrepe oživljanja z namenom storiti vse zapovedane aktivnosti v izogib obsodbi stanovskih kolegov, pritožbi bližnjih in obsodbi sodišča. Mar ni v takih primerih odločitev o postopkih oživljanja, ki jih je treba pričeti takoj in odločno, beg v agresivno tehnično medicino in je odraz obrambne etike in izjemnega stanja etične odgovornosti. Etično upravljanje s krizami nadoomešča in zamenjuje konsenzualno ocenjevanje koristi. Tako uspešnost medicine in tudi postopkov oživljanja ni posledica zgolj etično razmišljujoče medicine, temveč naravoslovno-empirične presoje v medicini.

Kam naj gre razvoj?

»Contra vim mortis non nascitur herba in hortis.« Če so se nekoč zdravniki s spoštljivo vdanostjo umaknili pred smrtjo, bo danes razvoj medicinske tehnologije in znanosti odpiral vedno večje možnosti preživetja in reševanja vse težjih stanj, s čimer bo že sedaj nevhvaležne odločitve napravil še težje. Ljudi bo potrebno seznaniti z naraščajočimi dilemami in jih osvestiti, da morajo o svoji usodi začeti aktivno odločati dovolj zgodaj, ko še ne potrebujejo nujne medicinske pomoči in ko se o tem

lahko odločajo še pri polni zavesti. Vsakdo bi moral postaviti življenjsko oporoko o tem, do katere mere in v katerih stanjih dopušča ekstremne medicinske ukrepe za ohranitev življenja. V oporoki mora biti določen tudi izvrševalec občanove volje, da imajo izvajalci zdravstvene oskrbe operativno možnost izvršiti njegovo voljo ali pa v primeru očitnega konflikta med strokovno utemeljenostjo in občanovo voljo možnost poklicati na pomoč sodišče, da razsodi v najbolj zapletenih primerih.

Vsi, ki se srečujemo z akutnimi stanji, pa poleg običajnega pouka o medicinski etiki in o sporazumevanju z bolnikom potrebujemo pouk o sporazumevanju z bližnjimi v primeru nujnih stanj. Neustrezno posredovanje informacij, delne informacije ali informacije v nepooblaščenih rokah pogosto končajo na rumenih straneh ali v pritožbah, čeprav se pogosto izkaže, da sploh ni šlo za zdravstveno napako.

Gotovo je moč trditi, da se porajajo nova etična vprašanja: vprašanje o pravici in dolžnosti do prekinitve terapije pri umirajočih, nadalje o mejah biomedicinske manipulacije, o storilnostih in mejah intenzivne medicine, o agresivni kemoterapiji ali radioterapiji, o prepovedi medicinskega spremljanja umiranja in predvsem o napetosti in razkoraku med zdravniško odgovornostjo in avtonomijo bolnika

Sklep

Etični problemi in dileme so pri akutnih stanjih pogostejši kot v kateri koli drugi zdravstveni dejavnosti. Spoštovanje etičnih načel je bistvena vsebina vsakega medicinskega ukrepa. Za KPO veljajo v medicini in medicinski etiki enaka načela kot za vse zdravilne postopke, oziroma kot za vse postopke, kjer gre za odloča-

nje med smrtjo in življenjem. KPO ima svoje indikacije, ima pa tudi kontraindikacije in polje brez indikacij. Kot vsak zdravilni postopek lahko bolnik KPO vnaprej zavrne. Toda tudi zdravnik se lahko v skladu spravili svoje stroke odloči, da KPO ni ustrezen postopek pri njegovem bolniku. Takšni pomisleki se pojavljajo predvsem pri terminalno bolnih, medtem ko veljajo za otroke in zdrave odrasle, kjer zastoj dihanja in delovanja srca ni posledica bolezni, drugačna pravila. Pri slednjih je praviloma potrebno pričeti z oživljanjem takoj. Vendar nas tudi v nujni medicinski pomoči ne sme zavesti gola medicinska strokovnost, ne da bi se ozrli na preference našega bolnika. Dober zdravnik prekaša druge bolj po stališčih in spretnostih kot po znanju. Bivanje med življenjem in smrtjo ostaja zdravnikova najbolj odgovorna in tragična dolžnost, toda z razpravami znotraj stroke in z razpravami z laično javnostjo bo potrebno spodbujati takšne rešitve, pri katerih bodo sodelovali tudi bolniki. Spodbujati bo potrebno vključevanje bolnikov v proces odločanja, pa čeprav o postopkih, kot je oživljanje. Bolniki morajo imeti možnost izpričati svojo voljo pred svojci ali pred pričami o morebitnih postopkih oživljanja. Upoštevanje bolnikovih želja in predhodnih odločitev v stanjih, kjer je potrebno oživljanje, predstavlja pomemben izziv za medicinsko stroko, pa tudi za širšo družbeno skupnost. Množici etičnih, kulturnih vrednot in principov navkljub nimamo na voljo odgovorov na etične dileme ne ustreznih etičnih meril in presoj in ravno tako ne pravne podpore. Svoje bo morala napraviti tudi država in državni aparat, katerega naloga je, da poskrbi za ustrezno pravno podlago z ustrezno metodologijo pridobivanja izjav v primerih odklonitve KPO.

Literatura

1. Ule. M. *Etične dileme sodobne medicine. Kozmologija moderne znanstvene medicine. Spre gledana razmerja. Aristej, Maribor. 2003; 230-37.*
2. *Hipokratova prisega. V: Dolenc A. Medicinska etika in deontologija. Dokumenti s komentarjem. Tangram, Ljubljana. 1993; 21.*
3. Milčinski J. *Zdravnik in smrt. Medicinska etika in deontologija. Univerzum. Ljubljana. 1982; 173-86.*
4. Flis. V. *Slehernik in vprašanja medicinskih ukrepov ob odhajanju življenja: Oživljanje in sodobna bioetika. Medicina in pravo 1999- 2000 Izbrana poglavja. Maribor. 2000; 137-50.*
5. Sass H M. *Medizin und Ethik. Reclam, Stuttgart. 1998.*
6. Eleff SM, Hanley DF. *Postresuscitation prognostication and declaration of brain death. V. Paradis NA, Halperin HR, Novak RM, eds. Cardiac arrest: the Science and Practice Of Resuscitation Meedicine. Baltimore. Williams and Wilkins. 1996; 910-22.*
7. Blackhall LJ. *Must we always use CPR? New Engl Med 1987; 317: 1281-85.*
8. Schecter WP. *Withdrawing and withholding life support in geriatric surgical patient. Ethical considerations. Surg Clin N Am 1994; 74: 245-59.*
9. *Do not resuscitate orders. V: Furrow BR, Johnson HS, Jost TS, Schwartz RL, eds. Health Law: Cases, Materials and Problems. ST. Paul, West Publishing 1987;906-15.*
10. Appelbaum PS *et al. Informed Consent: legal theory and clinical practice. Oxford University press. New York 1987;3: 35-65.*