

# MEJE OŽIVLJANJA: ETIČNE DILEME IN SOOČANJE S SMRTJO

Iztok Potočnik, Anže Cunk

## UVOD

Oživljanje človeka, pri katerem je prenehalo delovanje srca ali dihanja, je eden najbolj dramatičnih trenutkov medicine. Pred zdravnikom se v nekaj sekundah odpre meja med življenjem in smrtjo, med močjo in nemočjo, med upanjem in sprejemanjem neizogibnega.

Reanimacija je za zdravnika simbol poklica – skrajni izraz znanja, tehnologije in etične odgovornosti. A hkrati je tudi trenutek, ko se razkrije, kako omejena je medicina. Kdaj oživljanje res vrne življenje in kdaj zgolj podaljša trpljenje?

Za psihiatre, psihologe, psihoterapevte in teologe to vprašanje presega medicinske protokole. Oživljanje in smrt odpirata eksistencialne teme: odnos do umiranja, pomen dostojanstva, izkušnjo krivde, strahu, upanja, zato je nujno, da oživljanje razumemo celostno – kot medicinski, etični in človeški proces.

## CELOSTNI POGLED NA ČLOVEKA IN ZDRAVJE

**Človek ni le telesno, temveč tudi duševno in duhovno bitje.** Zdravje po opredelitvi Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) pomeni telesno, duševno, duhovno in socialno blagostanje. Uspešno zdravljenje zahteva celosten pristop, ki upošteva človekovo enovitost in kompleksnost. Interdisciplinarni pristop vključuje zdravnike, psihoterapevte, socialne delavce, duhovnike, družino in skupnost, ki skupaj prispevajo k zdravljenju in oskrbi bolnika.

### Zdravniška prisega

Zdravnikovo poslanstvo je služiti človeškemu življenju – zvesto, sočutno in dostojanstveno, v duhu prisega, da bosta zdravje in dobrobit bolnika vedno njegova prva skrb. Ta prisega je sodobna, **prilagojena različica Hipokratove zaprisege**, oblikovana v skladu z **Ženevsko deklaracijo Svetovnega zdravniškega združenja**, ki jo slovesno izreče vsak zdravnik ob zaključku študija medicine.

Kot član zdravniškega poklica slovesno prisegam:

*Svoje življenje bom posvetil službi človeštvu. Zdravje in dobrobit mojega bolnika bosta moja prva skrb. Spoštoval bom avtonomijo in dostojanstvo mojega bolnika. Vedno bom spoštoval človeško življenje. Ne bom dovolil, da bi verska, narodnostna, rasna, politična, spolna ali socialna pripadnost vplivala na moje dolžnosti do bolnika. Ohranil bom najvišje spoštovanje do človeškega življenja. Ne bom uporabil svojega zdravniškega znanja za kršenje človekovih pravic in svoboščin, niti pod grožnjo. Spoštoval bom svoje učitelje, sodelavce in študente. Svoje poklicne dolžnosti bom opravljal vestno in dostojanstveno, v skladu z najboljšimi strokovnimi standardi in svojo vestjo. Spoštoval bom skrivnosti, ki so mi zaupane, tudi po smrti bolnika. Svoj poklic bom opravljal z vestnostjo, častjo in spoštovanjem, vedno v korist bolnika in družbe. To slovesno prisegam, prostovoljno in z vso svojo častjo.*

## KAJ JE OŽIVLJANJE?

**Reanimacija** (lat. *reanimatio* – ponovno oživljenje) pomeni skupek postopkov, s katerimi poskušamo ponovno vzpostaviti osnovne življenjske funkcije pri bolniku, pri katerem so prenehale.

Ločimo dve glavni ravni:

- **Temeljni postopki oživljanja (TPO):** stisi ali kompresije prsnega koša, umetno dihanje, uporaba avtomatskega defibrilatorja (AED). To so ukrepi, ki jih lahko izvede laik – in prav te minute pogosto odločijo o preživetju.
- **Dodatni postopki oživljanja (DPO):** vključujejo intubacijo, defibrilacijo, uporabo zdravil, poreanimacijske ukrepe in nadaljnje zdravljenje v enoti intenzivne terapije.

Cilj oživljanja je obnovitev osnovnih življenjskih funkcij, vendar izid **ni vedno »vrnitev v življenje« v pravem pomenu besede**. Pogosto pomeni vrnitev v težko bolezen, odvisnost od medicinskih naprav ali trajno nevrološko okvaro, ki bolnika in svojece postavi pred nove oblike trpljenja in odvisnosti.

Reanimacija zato ni zgolj tehnični postopek, temveč **etično in strokovno dejanje**, ki zahteva razmislek o koristih, posledicah in kakovosti življenja po posegu.

### Učinkovitost oživljanja in prostor za izboljšave

Kljub napredku v tehnologiji, dostopnosti AED in boljšemu usposabljanju zdravstvenih ekip ostajajo rezultati oživljanja razmeroma skromni.

Po podatkih evropskih in slovenskih študij **zunaj bolnišnice preživi le približno 5–10 % bolnikov**, medtem ko je **v bolnišnici preživetje okoli 15- do 20-%**. Še pomembneje pa je, da je delež tistih, ki se po reanimaciji vrnejo v življenje brez težjih nevroloških posledic, še nižji.

Te številke jasno kažejo, da ima sodobna medicina **veliko manevrskega prostora za izboljšave**. Ključna dejavnika nista le kakovost samega oživljanja, temveč **čimprejšnja razpoznavna poslabšanja in takojšnja obravnava bolnika še pred nastopom srčnega zastoja**.

Zgodnje ukrepanje – spremljanje vitalnih funkcij, prepoznavanje opozorilnih znakov in aktivacija odzivnega tima – pogosto pomeni razliko med življenjem in smrtjo.

Če do srčnega zastoja kljub vsemu pride, je odločilno, da zdravstveno osebje **ukrepa nemudoma**: začne kakovostne stise prsnega koša, uporabi AED in sledi strukturiranemu protokolu. Prve minute so odločilne – v njih se izriše meja med možnostjo preživetja in končnim izidom.

Sodobna medicina na reanimacijo zato ne gleda več le kot na tehnično zaporedje postopkov, temveč kot na **etično odločitev**. Zdravnik se mora vprašati, ali poseg res koristi bolniku ali zgolj zadovoljuje našo potrebo, da »nekaj naredimo«.

Oživljanje namreč **ni vedno vrnitev v življenje – pogosto je vrnitev v bolezen**, v stanje, ki zahteva dolgotrajno intenzivno zdravljenje, umetno dihanje in odvisnost od pomoči drugih.

Razumevanje teh meja je temelj odgovorne medicinske prakse: kdaj ukrepati z vso močjo – in kdaj je največja strokovnost v tem, da znamo spoštovati naravni tok umiranja.

Zdravstvenemu osebju, ki dela v bolnišničnem okolju ali v skupnostih, kjer se pričakuje hiter odziv na srčni zastoj, se priporoča posebno prilagojeni tečaj oživljanja, t. i. **takojšnja podpora življenjskim funkcijam (ILS, iz angl. Immediate Life Support)**. To je standardiziran program usposabljanja, namenjen zdravstvenim delavcem, ki se lahko prvi znajdejo ob bolniku s srčnim zastojem ali akutnim poslabšanjem vitalnih funkcij. Program je razvil **Evropski reanimacijski svet (ERC, iz angl. European Resuscitation Council)** kot vmesno stopnjo med **osnovnim oživljanjem (BLS, iz angl. Basic Life Support)** in **naprednim oživljanjem (ALS, iz angl. Advanced Life Support)**. Onkologom prilagojen tečaj ILS izvajamo tudi na Onkološkem inštitutu Ljubljana.

Cilji ILS:

- hitro **prepoznati srčni zastoj** ali nujno stanje, ki vodi v srčni zastoj,
- **začeti TPO** in učinkovite **stise prsnega koša**,
- **uporabiti AED ali defibrilator** v pravem trenutku,
- **vzpostaviti dihalno pot** in zagotoviti prezračevanje,

- **komunicirati in delovati v timu**, dokler ne prispe ekipa za napredno oživljanje (ALS).

Tečaj ILS je intenzivno enodnevno izobraževanje (4–6 ur), ki združuje teoretični in praktični del z vajami na manekenh, simuliranimi kliničnimi scenariji in timskim delom. Udeleženci se v varnem okolju učijo prepoznavati in obvladovati najpogostejša nujna stanja – nenadno izgubo zavesti, srčni zastoj in hude motnje ritma – ter razvijajo veščine strukturiranega, mirnega odziva. Poseben poudarek je na vodenju, odločanju in komunikaciji v timu, saj je uspeh oživljanja odvisen od usklajenosti in jasnega prevzemanja odgovornosti. Usposobljenost v ILS dokazano poveča preživetje bolnikov s srčnim zastojem, saj omogoča pravočasno prepoznavo ogroženosti in učinkovito ukrepanje v ključnih prvih minutah. Program je pomemben člen verige preživetja – povezuje zgodnje ukrepanje, defibrilacijo in prenos odgovornosti ekipi za ALS.

## ZGODNJE PREPOZNAVANJE POSLABŠANJA BOLNIKOVEGA STANJA

Uspeh oživljanja se začne dolgo pred samim zastojem. Ključno je pravočasno prepoznati znake poslabšanja: spremembe v zavesti, dihanju, krvnem tlaku, pulzu ali nasičenosti krvi s kisikom.

Zgodnje prepoznavanje poslabšanja bolnikovega stanja je eden najpomembnejših dejavnikov uspešne obravnave in preprečevanja srčnega zastoja. V ta namen so razviti standardizirani **sistemi zgodnjega opozarjanja (EWS, iz angl. *Early Warning Scores*)**, ki omogočajo objektivno oceno stopnje ogroženosti bolnika na podlagi ocene njegovih vitalnih funkcij.

Najpogosteje uporabljena sta »**Modificirana lestvica zgodnjega opozarjanja**« (MEWS, iz angl. *Modified Early Warning Score*) in »**Nacionalna lestvica zgodnjega opozarjanja**« (NEWS, iz angl. *National Early Warning Score*). Oba sistema temeljita na preprostih, ponovljivih meritvah in omogočata zgodnje prepoznavanje bolnikov, pri katerih se stanje slabša – še preden pride do kritičnega dogodka.

MEWS je bil eden prvih sistemov za zgodnje opozarjanje. Ocenjuje pet osnovnih fizioloških parametrov:

- srčni utrip,
- sistolni arterijski krvni tlak,
- frekvenco dihanja,
- telesno temperaturo,
- stopnjo zavesti (po lestvici AVPU: *Alert, Voice, Pain, Unresponsive*).

Vsaka vrednost je ovrednotena z določenim številom točk glede na odstopanje od normale. Skupni seštevek določa stopnjo tveganja – višji rezultat pomeni večjo verjetnost za akutno poslabšanje in potrebo po ukrepanju.

## NEWS

NEWS je posodobljena in razširjena različica MEWS, ki jo je razvil *Royal College of Physicians* v Združenem kraljestvu in jo danes uporablja večina evropskih bolnišnic.

Poleg osnovnih vitalnih znakov vključuje tudi:

- oceno/merjenje nasičenosti krvi s kisikom (SpO<sub>2</sub>),
- uporabo dodatnega kisika
- in v nekaterih različicah tudi oceno diureze.

Tako NEWS omogoča natančnejšo oceno funkcije dihalnega sistema, kar je posebej pomembno pri bolnikih z boleznimi dihal in onkoloških bolnikih po obsežnih operacijah.

Uporaba sistemov NEWS in MEWS bistveno izboljša **komunikacijo med zdravstvenimi delavci** in omogoča strukturirano odločanje. Rezultati se običajno beležijo v grafični obliki, kar omogoča hitro zaznavanje trendov poslabšanja.

Ko bolnik doseže določen prag točk, se aktivira **Medicinski urgentni tim (MET)**, iz angl. *Medical Emergency Team*, ki takoj oceni stanje bolnika in uvede ustrezne ukrepe. MET je most med bolnišničnim oddelkom in oddelkom intenzivne terapije.

S temi ukrepi se lahko mnogim bolnikom pomaga **še pred nastopom srčnega zastoja**, kar dokazano zmanjšuje smrtnost in potrebo po reanimaciji. NEWS in MEWS sta torej ključni orodji sodobne varne bolnišnične oskrbe in sestavna dela verige preživetja.

Zgodnje ukrepanje ima večplastne koristi: zmanjšuje število reanimacij, izboljšuje kakovost življenja bolnikov po uspešni reanimaciji ter razbremeni urgentne službe in osebje. Pomembno je razumevanje, da je **najboljša reanimacija tista, ki se ji uspemo izogniti.**

## MEJE OŽIVLJANJA

Meje oživljanja so **medicinske, etične in pravne**. **Medicinske** nastopijo, ko so poškodbe nezdružljive z življenjem ali gre za nepopravljivo odpoved več organov. Pri umirajočih bolnikih je oživljanje pogosto nesmiselno in povzroča dodatno trpljenje. **Etične** meje temeljijo na vprašanju koristi za bolnika in spoštovanju njegovega dostojanstva – oživljanje brez realne možnosti okrevanja lahko postane oblika iatrogene krutosti. Ključen je dialog z bolnikom (če je mogoč) in svojci o smislu zdravljenja ter pričakovanih glede izida. **Pravne** meje so opredeljene v obliki odredbe *Ne oživljaj* (DNR, iz angl. *Do not resuscitate*), ki temelji na *Zakonu o pacientovih pravicah* in omogoča vnaprejšnjo voljo bolnika (slika 1, priloga 1). Namen DNR ni opustitev skrbi, temveč zaščita pred nesmiselnimi postopki; odločitev se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji in je pogosto del paliativne oskrbe ter etičnega posveta.

Odločanje o začetku ali prenehanju oživljanja je eno najtežjih vprašanj v medicini. Zdravnik se znajde med strokovno presojo, etično odgovornostjo in sočutjem. Svojci pogosto pričakujejo, da se »naredi vse«, kar lahko vodi v konflikt med čustvenimi pričakovanji in realnimi možnostmi. Odločanje temelji na štirih etičnih načelih: **avtonomiji** (spoštovanje volje bolnika), **dobrobiti, neškodovanju in pravičnosti**. Včasih je večja odgovornost znati prenehati oživljati kot nadaljevati. Etična presoja ni enkratni dogodek, temveč proces dialoga med zdravnikom, bolnikom, svojci in interdisciplinarnim timom.

### Pravni okvir

V Sloveniji je pravni okvir razmeroma odprt.

**Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP, Ur. l. RS, št. 15/08 in dopolnitve)**, ki je bil sprejet leta 2008 in je odtlej večkrat dopolnjen, omogoča vnaprejšnjo voljo in zdravnikovo strokovno odločitev, da oživljanje ni smiselno.

Zakon med drugim določa **pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravico do upoštevanja vnaprej izražene volje**. V 7. poglavju zakona so opredeljene pravice pacienta do privolitve v zdravljenje in pravica do zavrnitve zdravstvene oskrbe.

Specifično o DNR zakon ne vsebuje eksplicitne klavzule, ki bi izrecno urejale vsak primer opustitve reanimacije. V praksi zdravniki sledijo etični in strokovni presoji ob upoštevanju bolnikove vnaprejšnje volje, kadar je ta znana in ustrezna, ter spoštovanju načela neškodovanja.

V tujini, zlasti v ZDA, Veliki Britaniji in Nemčiji, so DNR-odredbe standardizirane, obstajajo uradni obrazci in jasna pravna zaščita zdravnikov. Slovenska zakonodaja je bolj zadržana in prepušča presojo strokovnemu in etičnemu razmisleku.

## Etični okvir

Temeljno etično načelo je spoštovanje človekovega življenja. Pri odločanju o zdravljenju je treba vedno izhajati iz bolnikovega stanja, želja in stališča svojcev. Hrana, voda in osnovna sredstva za lajšanje bolečin so pravica vsakega bolnika, razen če njihovo dajanje povzroča dodatno trpljenje. Etika dopušča odklonitev umetnega dovajanja hrane ali tekočine, kadar to pomeni podaljševanje agonije brez smiselne koristi.

Slika 1. Primer formularja »Do not resuscitate« (DNR).  
(Vir: Mainz, Nemčija, Universitätsmedizin Mainz, 2023. Vir: <https://www.unimedizin-mainz.de>)  
(Uporabljeno z navedbo vira za izobraževalne namene, brez komercialnega namena)



In der Patientenkurve (ggf. mit Patientenverfügung etc.) einheften!

## DNR – Anordnung

Patienten-Aufkleber

Bei diesem Patienten ist  
**keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**  
einzuleiten!

Folgende Maßnahmen sind dennoch durchzuführen:	Ja	Nein
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gabe von Vasopressoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtinvasive Beatmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenersatzverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alle anderen Maßnahmen zur Behandlung der Erkrankung und zur Linderung ihrer Symptome (insbesondere Behandlung von Schmerzen und Luftnot, Stillen von Hunger und Durst) sind durchzuführen!**

### Entscheidungsgrundlage (Mehrfachnennungen möglich):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aktuell geäußelter Patientenwille | <input type="checkbox"/> Patientenv erfügung             |
| <input type="checkbox"/> Mutmaßlicher Patientenwille       | <input type="checkbox"/> Medizinische Aussichtslosigkeit |

### Behandlungsziele:

- Erreichen eines für den Patienten befriedigenden funktionellen Status
- Palliation

### Die Entscheidung wurde besprochen mit (Mehrfachnennungen möglich):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient                   | -----  |
| <input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter | -----  |
| <input type="checkbox"/> Ethikkomitee              | -----  |
| <input type="checkbox"/> Angehörige                | -----  |
|  | Datum, Name, Vorname (auf Wunsch Unterschrift) |

### Anordnende Ärzte :

-----	-----
Oberarzt: Name, Vorname	2. Arzt: Name, Vorname
-----	-----
Datum, Unterschrift, ggf. Stempel	Datum, Unterschrift

**Gültig bis:**  -----  bis auf Widerruf

## Do Not Resuscitate (DNR) Form

This is an important document. We recommend that you discuss this form with a doctor, but you do not have to.

### Your personal details:

Your name:

Your address:

- I request limited emergency care as herein described.
- I understand DNR means that if my heart stops beating or if I stop breathing, no medical procedure to restart breathing or heart functioning will be instituted.
- I understand this decision will not prevent me from obtaining other emergency medical care by health care professionals prior to my death.
- I give permission for this information to be available to local hospitals, out of hours and emergency services or other healthcare professionals as necessary to implement this directive.
- I hereby agree to the 'Do Not Resuscitate' (DNR) order.
- This directive remains effective until I make clear that my wishes have changed.

### Signatures:

Sign and date the form here in the presence of a witness

Your signature:

Date:

The witness must sign here after you have signed the form.  
The witness should then print his or her name and address in the spaces provided and complete the declaration below.

Signature of witness:

Name of witness:

Address :

### Declaration of witness

The capacity in which I know the patient:

I confirm that I am not the patient's spouse/relative or healthcare representative and will not benefit personally from the patient's death (tick box)

## PALIATIVNA IN DOLGOTRAJNA OSKRBA

Paliativna medicina ne pomeni opustitve zdravljenja, temveč **spremembo cilja** – iz boja za ozdravitev v prizadevanje za kakovost življenja. Njeno vodilo je lajšanje bolečine, trpljenja in duševne stiske. Paliativna oskrba vključuje tudi duhovno in psihološko podporo svojcem ter omogoča dostojanstveno slovo.

Diagnoza neozdravljive bolezni prinaša strah in občutek brezupa. Paliativno zdravljenje omogoča celostno oskrbo, ki vključuje telesno, psihološko, socialno in duhovno podporo. Cilj je dostojanstveno spremljanje umirajočih, ki jim zagotavlja mir, toplino in duhovno oporo, obenem pa preprečuje neetične prakse, ki bi ogrožale življenje bolnika.

**Dolgotrajna oskrba** dopolnjuje paliativno: namenjena je kroničnim bolnikom (npr. bolnikom z rakom) in starostnikom, ki potrebujejo stalno pomoč. Omogoča življenje v domačem okolju, zmanjšuje nepotrebne hospitalizacije in krepi občutek varnosti.

V kontekstu meja oživljanja imata paliativna in dolgotrajna oskrba ključno vlogo: ponujata **alternativo pretirani medicinski intervenciji** in skrbi za bolnika vračata človeški obraz.

## OPUSTITEV ZDRAVLJENJA, EVTANAZIJA IN ASISTIRANI SAMOMOR

Bolnik ima pravico do naravne smrti v varnem, mirnem in podpornem okolju. Zdravnik nima pravice podaljševati trpljenja, kadar zdravljenje nima več terapevtskega učinka. Odločanje o izrednih ukrepih, kot so reanimacija, transfuzija ali operacija, mora temeljiti na pričakovani koristi in bolnikovi volji. Spoštovanje in dostojanstvo vsakega bolnika morata biti vodilni načeli medicinske prakse.

**Prenehanje dragih, nevarnih ali nesorazmernih medicinskih postopkov** je etično sprejemljivo, če ti ne izboljšajo kakovosti življenja. To ne pomeni odtegotvanja osnovne nege, temveč sprejemanje naravnega poteka bolezni. Analgezija umirajočega je dovoljena tudi, če lahko pospeši smrt, kadar namen ni skrajšanje življenja, temveč lajšanje trpljenja.

**Opustitev zdravljenja** pomeni, da se ne izvajajo postopki, ki bi zgolj podaljševali trpljenje brez realne koristi za bolnika. Gre za dejanje, ki temelji na spoštovanju **naravnega poteka bolezni, bolnikove volje in njegovega dostojanstva**. Pri tem razlikujemo med dvema vidikoma odločanja, ki ju v angleški literaturi označujemo kot:

- »**withhold**« **obravnava** – *ne začeti zdravljenja*, kadar bi bilo zdravljenje nesmiselno ali prekomerno obremenjujoče za bolnika (npr. odločitev, da pri terminalnem bolniku ne začnemo umetne ventilacije ali oživljanja);
- »**withdraw**« **obravnava** – *prenehati z zdravljenjem*, ki se je že začelo, kadar postane očitno, da ne vodi več v izboljšanje ali olajšanje stanja (npr. odklop od ventilatorja ali prekinitvev umetne prehrane pri bolniku v končni fazi bolezni).

Čeprav se razlika zdi semantična, ima v praksi etični pomen: pri *withhold* se proces zdravljenja sploh ni začel, pri *withdraw* pa gre za zavestno odločitev, da se zdravljenje, ki je postalo neučinkovito, prekine. V obeh primerih namen ni povzročiti smrti, temveč **izogniti se podaljšanju trpljenja in ohraniti dostojanstvo bolnika**.

**Evtanazija** pa je povsem drugačna praksa. Gre za **aktivno dejanje z namenom povzročiti smrt**, najpogosteje z uporabo zdravila ali injekcije, ki privede do hitrega in mirnega umiranja. V Sloveniji je evtanazija **prepovedana** z veljavno kazensko zakonodajo, v nekaterih državah (npr. Nizozemska, Belgija, Kanada) pa je dovoljena pod strogimi pogoji – predvsem na izrecno in večkrat potrjeno željo bolnika ter ob presoji, da trpi neznosno in neozdravljivo.

Medtem ko **opustitev zdravljenja pomeni sprejetje smrti, evtanazija pomeni njeno povzročitev**.

Zdravnik, ki opusti nesmiselno zdravljenje, smrti ne povzroči, temveč **omogoči, da bolezen sledi svojemu naravnemu poteku**. Pri tem se spoštujeta osnovno etično načelo neškodovanja (*primum non nocere*) in bolnikova pravica, da ne bo podvržen medicinskim postopkom brez realne koristi.

Pomembno je razlikovati tudi med **asistiranim samomorom** (angl. *Physician-assisted suicide*) in evtanazijo. Pri asistiranem samomoru zdravnik **ne izvede dejanja, ki povzroči smrt**, temveč bolniku zagotovi sredstva (npr. zdravilo), ki jih bolnik **sam** uporabi, da konča svoje življenje. Ta praksa je

dovoljena v nekaterih državah, npr. v Švici, Oregonu in Kanadi, kjer je strogo regulirana, zahteva več zaporednih izrazov volje in psihiatrično presojo sposobnosti odločanja.

S stališča etike in prava **asistirani samomor** pomeni mejo med avtonomijo posameznika in družbeno odgovornostjo zdravnika.

V Sloveniji in večini evropskih držav ostaja zaenkrat **prepovedan**, saj prevladuje stališče, da je zdravnikova vloga lajšati trpljenje, ne pa pospeševati smrti.

V sodobni paliativni medicini je cilj drugačen: ne posegati v naravni potek smrti, temveč **zagotoviti mirno, nebolečo in dostojanstveno umiranje** – brez nepotrebnih posegov, a tudi brez zapuščanja bolnika.

Človeško življenje je v skladu z načeli medicinske etike in deontologije vrednota, ki zahteva spoštovanje in skrb v vseh njegovih obdobjih in okoliščinah. Civilna družba in država morata zagotavljati zaščito najranljivejših ter dostop do varne, strokovne in sočutne zdravstvene obravnave. Medicinski posegi naj bodo usmerjeni v zdravljenje, lajšanje trpljenja in ohranjanje dostojanstva bolnika. Posebno pozornost in podporo si zaslužijo osebe z omejenim življenjem ali zdravjem, da bi lahko ohranjale čim boljše kakovost življenja in občutek človeškega dostojanstva.

Zdravstveni delavci se lahko v praksi znajdejo v navzkrižju s svojo vestjo ali verskimi prepričanji. Pravica do ugovora vesti je ustavno varovana in omogoča, da posameznik ravna skladno s svojimi moralnimi vrednotami. Etika v zdravstvu nas uči, da zvestoba življenju, pravičnosti in sočutju predstavlja temelj prihodnosti humane medicine.

Vprašanje končanja trpljenja z evtanazijo ali zdravniško pomočjo pri samomoru odpira eno najglobljih etičnih dilem sodobne medicine. V središču razprave stoji temeljno načelo zdravniške prisege, ki pravi: »*Vedno bom spoštoval človeško življenje.*« To načelo ne pomeni le prepovedi odvzema življenja, temveč zavezo k varovanju njegovega dostojanstva v vseh obdobjih in okoliščinah, tudi v trenutkih umiranja.

Sodobna različica Hipokratove zaprisege – **Ženevska deklaracija Svetovnega zdravniškega združenja** – od zdravnika zahteva, da svoje znanje in spretnosti uporablja v korist bolnika, nikoli pa za povzročanje smrti. Evtanazija in zdravniško asistirani samomor v tem kontekstu predstavljata dejanje, katerega

neposredni cilj ali sredstvo je smrt, čeprav z namenom končanja trpljenja. Takšno ravnanje zato ni v skladu z duhom zdravniške zaprisege.

Pomembno je torej razlikovati med namernim povzročanjem smrti in prenehanjem medicinskih postopkov, ki ne prinašajo več koristi. Odločitev za prenehanje nesmiselnega ali nesorazmernega zdravljenja, ki bi le podaljševalo trpljenje, je v skladu z načeli medicinske etike in deontologije. V takšnih primerih zdravnik smrti ne povzroča, temveč sprejema njen naravni potek, pri čemer zagotavlja ustrezno paliativno oskrbo in lajšanje bolečin. Cilja ostajata spoštovanje dostojanstva bolnika ter omogočanje mirnega in sočutnega umiranja.

V Sloveniji so vse osrednje zdravniške organizacije – Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Združenje za paliativno medicino in drugi strokovni organi – zavzele jasno stališče proti uzakonitvi evtanazije in zdravniško asistiranje smrti. Njihovi argumenti temeljijo na več ključnih izhodiščih. Prvič, zdravnikovo poslanstvo je lajšati trpljenje, ne povzročati smrti; zakonita evtanazija bi spremenila bistvo medicinske poklicnosti in razmerje zaupanja med bolnikom ter zdravnikom. Drugič, v družbi obstaja nevarnost zlorab, zlasti pri ranljivih skupinah, starejših in socialno osamljenih, ki bi se lahko počutili kot breme. Tretjič, sodobna paliativna medicina omogoča učinkovito obvladovanje bolečin in drugih simptomov, zato ni potrebe po poseganju v življenje. Ključni cilji medicine ostajajo kakovostna oskrba, lajšanje trpljenja in spremljanje bolnika z empatijo.

Zdravniška etika temelji na spoštovanju življenja, vendar tudi na sprejemanju smrti kot naravnega dela človeškega obstoja. Prizadevanje medicine ni v podaljševanju življenja za vsako ceno, temveč v ohranjanju njegove kakovosti in smisla do konca. Sprejemanje neizogibnosti smrti ne pomeni odpovedi zdravniški dolžnosti, ampak njen najvišji izraz – sočutno spremljanje človeka v zadnjem obdobju življenja ob lažšanju bolečine in varovanju dostojanstva.

Tako se v medicinski etiki ločujeta dve temeljni usmeritvi: **dejanje, ki povzroči smrt**, in **sprejemanje smrti ob hkratni skrbi za človeka**. Prva pot vodi izven meja zdravniške zaprisege, druga pa ostaja znotraj njenega bistva – v službi človečnosti, dostojanstva in sočutja.

## Prostovoljno končanje življenja v Evropi – pravni in etični okvir

Razprava o prostovoljnem končanju življenja, ki vključuje evtanazijo in zdravniško pomoč pri samomoru, sodi med najzahtevnejša etična vprašanja sodobne medicine. Ključna dilema izhaja iz razmerja med pravico posameznika do samoodločbe in zdravniško dolžnostjo varovanja življenja. V različnih evropskih državah so se zakonodaje razvile različno – od popolne prepovedi do strogo nadzorovanih pogojev, v katerih je dovoljena odločitev za prostovoljno končanje življenja.

V Evropi so trenutno **Nizozemska, Belgija, Luksemburg, Španija in delno Švica** države, kjer je tovrstno ravnanje pravno opredeljeno in pod določenimi pogoji dovoljeno. Na **Nizozemskem** je evtanazija dovoljena od leta 2002, kadar bolnik trpi neznosno in brez možnosti izboljšanja, ob tem pa večkrat jasno izrazi željo po končanju življenja. Zdravnik mora upoštevati t. i. **merila skrbnosti** (angl. *Due care criteria*) in postopek obvezno prijaviti neodvisni komisiji. **Belgija** ima podoben zakon, ki velja tudi za kronično bolne in – v izjemnih primerih – za mladoletne z neozdravljivo boleznijo. **Luksemburg** je sprejel skoraj identično zakonodajo, medtem ko je **Španija** leta 2021 postala prva južnoevropska država, ki je uzakonila evtanazijo in asistirani samomor za odrasle z resno in neozdravljivo boleznijo, ki povzroča trajno trpljenje.

**Švica** je posebnost, saj aktivna evtanazija ni dovoljena, dopuščena pa je zdravniška pomoč pri samomoru – bolnik sam zaužije predpisano snov, zdravnik pa zagotovi pogoje in nadzor, da dejanje ni storjeno iz sebičnih namenov druge osebe. Švicarski model temelji na načelu osebne avtonomije in ni omejen le na terminalne bolnike, kar sproža dodatne etične razprave.

V vseh teh državah zakonodaja določa več skupnih pogojev: odločitev mora biti prostovoljna, premišljena in ponovljena; bolnik mora biti duševno sposoben sprejemati odločitve; bolezen mora biti neozdravljiva in povzročati neznosno trpljenje; postopek mora potrditi vsaj en neodvisni zdravnik. Ti pogoji naj bi preprečili zlorabe in zagotovili spoštovanje človekovega dostojanstva.

Etika prostovoljnega končanja življenja ostaja razdeljena. Zagovorniki poudarjajo avtonomijo posameznika in pravico do dostojanstvene smrti, kadar trpljenje preseže meje znosnega. Nasprotniki pa opozarjajo, da je zdravnik

po svojem poklicnem poslanstvu zavezan varovanju življenja, ne njegovemu aktivnemu končanju, ter da bi lahko uzakonitev evtanazije ogrozila zaupanje med bolnikom in zdravnikom. V ospredju je tudi vprašanje zaščite ranljivih skupin – starejših, osamljenih, depresivnih ali socialno odrinjenih, ki bi se lahko čutili dolžne »prostovoljno« končati življenje.

Kljub razlikam v zakonodajah evropske države poudarjajo skupno vrednoto: **dostojanstvo človeka ob koncu življenja**. Tudi v državah, kjer evtanazija ni dovoljena, je razvoj paliativne medicine omogočil, da bolniki umirajo v miru, brez bolečin in v krogu podpornih odnosov. Etika sodobne medicine tako vse bolj združuje načeli sočutja in svobode – zdravnikovo dolžnost lajšanja trpljenja in bolnikovo pravico do avtonomne odločitve – pri čemer ostaja osnovno merilo vedno spoštovanje življenja in dostojanstva človeka.

## PALIATIVNA SEDACIJA

**Paliativna sedacija** je uporaba zdravil za zmanjšanje zavesti pri bolnikih z neznosnim trpljenjem, ki ga ni več mogoče ublažiti (slika 2). Namenjena je zadnji fazi življenja, ko je cilj lajšanje bolečine, dušenja, tesnobe in nespečnosti. Za paliativno sedacijo se uporabljajo učinkovine, ki se tudi sicer pogosto uporabljajo pri sedaciji in anesteziji (tabela 1).

Sedacija **ne pospeši smrti**, temveč omogoča miren prehod. Od evtanazije se razlikuje po namenu in odmerku: namen je lajšanje trpljenja, ne skrajšanje življenja.

Etika paliativne sedacije zahteva jasno indikacijo, soglasje bolnika ali svojcev ter dokumentirano odločitev tima. Gre za sprejeto prakso v sodobni paliativni medicini in izraz spoštovanja dostojanstva bolnika.

Slika 2. Povzetek korakov algoritma za paliativno sedacijo.

(Vir: Ebert Moltara M, Bernot M, Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: temeljni pojmi in priporočila. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana: 2023.).

---

Ocena stiske/simptomov: preučiti telesne, psihične, duhovne in socialne težave, vključiti interdisciplinarno ekipo.

---

Komunikacija z bolnikom in svojci: razjasniti cilje oskrbe, možnosti sedacije, pomen zmanjšane zavesti, zagotoviti informirano soglasje.

---

Odločitev za začetek paliativne sedacije: če simptomi (npr. delirij, huda dispneja) ostajajo neobvladljivi, bolečina ali stiska je nesprejemljiva za bolnika.

Izbira vrste sedacije: lahko blažja ali globoka, lahko začasna ali kontinuirana – glede na bolnikovo stanje in želje.

Uvedba sedacije: zagotoviti ustrezno zdravniško in negovalno podporo, spremljanje vitalnih znakov, prilagajanje odmerkov, vključitev paliativnega tima.

Nadaljevanje oskrbe: med sedacijo zagotoviti podporo bolniku in družini, pravočasno prilagajati terapije, spremljati posledice.

Evalvacija in dokumentacija: vestno evidentirati razloge, potek sedacije, odziv, vključitev svojcev in etičnih vprašanj; pregled postopka v okviru paliativne oskrbe.

Prehod v skrb za umirajočega bolnika: če sedacija ne uspe izboljšati stiske, se preide k oskrbi umirajočega s poudarkom na dostojanstvu in podpori.

Žalovanje in podpora svojcem: po smrti bolnika omogočiti dostop do podpore za svojce in refleksijo postopka.

Tabela 1. Najpogosteje uporabljene učinkovine pri paliativni sedaciji.

(Vir: Onkološki inštitut Ljubljana, 2023; Slovensko združenje za paliativno medicino.)

Zdravilo	Začetni odmerek (IV ali SC)	Ključne značilnosti/opombe
Midazolam	1–2 mg/h (po titraciji)	Zdravilo prve izbire; kratko delovanje, možnost titracije
Levomepromazin	6,25–12,5 mg s.c./8 ur	Sedativ z antipsihotičnim učinkom, primeren za kombinacijo z opioidom
Diazepam	5–10 mg i.v./6–8 ur	Alternativa pri intoksikaciji z benzodiazepini; počasnejši začetek
Deksmedetomidin	0,2–0,7 µg/kg/h IV	Uporaben pri paliativni sedaciji z ohranjeno respiracijo; manjša verjetnost globoke sedacije
Morfin ali drugi opiodi	individualno	Za lajšanje bolečine in dispneje, ne za primarno sedacijo

## VLOGA SVOJCEV, TERAPEVTOV, DUHOVNIKOV IN ZDRAVSTVENEGA OSEBJA

Soočenje z umiranjem in smrtjo sproži pri vseh vpletenih – bolniku, svojcih in zdravstvenem osebju – močna čustva, ki segajo od strahu in nemoči do jeze in občutka krivde. Pogosta zahteva svojcev »naredite vse« redko izraža racionalno odločitev; pogosteje je izraz obupa, negotovosti in žalosti, ki spremljajo izgubo.

Naloga zdravnika in tima je, da ta čustva prepoznajo in spoštujejo, ne da bi jih sodili.

Temelj odnosa je sočutna komunikacija: pojasniti realne možnosti zdravljenja, prisluhnuti doživljanju svojcev in jih postopoma voditi od pričakovanja ozdravitve k sprejemanju neizogibnega.

V teh procesih imajo pomembno vlogo tudi terapevti in duhovniki. Terapevt pomaga svojcem ubesediti neizrečeno – občutek krivde, jeze, zmedenosti – in omogoča, da se izguba preobrazi v proces žalovanja. Duhovnik ali duhovni spremljevalec pa prinaša simbolni okvir, omogoča molitev, obred ali preprosto prisotnost, ki daje smisel neizrekljivemu.

Prisotnost in tišina sta pogosto več vredni kot besede.

Sodelovanje med zdravnikom, terapevtom in duhovnikom ustvarja varno polje, v katerem smrt ni razumljena kot poraz, temveč kot del človeške celote. Takšna interdisciplinarna podpora je pomembna ne le za svojce, ampak tudi za zdravstveno osebje, ki se pogosto znajde pod močnim čustvenim pritiskom.

## KDAJ PRENEHATI Z OŽIVLJANJEM

Odločitev o prekinitvi oživljanja je ena najzahtevnejših v medicinski praksi. Zdravnik se znajde med strokovnimi smernicami, etično odgovornostjo in človeško težo trenutka. Kljub napredku reanimatologije ni vsako oživljanje smiselno; včasih je etično in strokovno pravilno, da se postopek zaključi, kadar bi nadaljevanje pomenilo le podaljševanje neizogibnega.

Smernice ERC in AHA priporočajo prekinitev oživljanja, kadar:

- po 20–30 minutah ALS ni znakov povrnitve spontane cirkulacije in so izključeni reverzibilni vzroki (4 H + 4 T);
- so prisotne poškodbe, nezdržljive z življenjem;
- so potrjeni znaki biološke smrti;
- obstaja veljavna odredba DNR ali vnaprejšnja volja bolnika;
- nadaljevanje ni v korist bolniku, temveč bi pomenilo podaljševanje trpljenja.

Pred prekinitvijo oživljanja mora zdravnik preveriti vse reverzibilne vzroke, oceniti odziv bolnika in zabeležiti čas smrti. Odločitev mora biti strokovno utemeljena, mirna in transparentna. Dokumentirati je treba potek, izvedene ukrepe, razloge za prekinitev in pogovor s svojci. Komunikacija s svojci naj bo empatična, s poudarkom, da je bilo storjeno vse, kar je medicinsko upravičeno, ter s prostorom za tišino ali duhovno oporo.

Prenehanje oživljanja ne pomeni opustitve skrbi, temveč prehod iz kurativne v paliativno držo. Zdravnik ne povzroči smrti, ampak prizna, da je življenje doseglo svojo mejo.

Pri bolnikih z napredovalo maligno boleznijo je odločanje še posebej zahtevno. Oceniti je treba naravo bolezni, prognozo, kakovost življenja in voljo bolnika. V terminalni fazi je pogosto strokovno utemeljeno, da se oživljanje ne začne (*withhold*). Odločitev o prenehanju oživljanja zahteva znanje, izkušnje, empatijo in pogum ter naj bo sprejeta v sodelovanju tima. Včasih je največja odgovornost zdravnika v tem, da zna prenehati.

## **INDIKACIJE ZA SPREJEM V ENOTO INTENZIVNE TERAPIJE – POSEBNOSTI PRI ONKOLOŠKIH BOLNIKI**

Sprejem bolnika v enoto intenzivne terapije (EIT) je ena najzahtevnejših odločitev v klinični medicini. Intenzivna terapija vključuje napredne in pogosto invazivne postopke (mehansko ventilacijo, vazopresorje, dializo, invazivni monitoring) ter stalno prisotnost multidisciplinarnega tima. Namen intenzivne terapije ni podaljševanje biološkega obstoja, temveč omogočanje okrevanja tam, kjer je to še mogoče.

Bolnika sprejmemo v EIT, kadar je ogrožena ena ali več vitalnih funkcij in je pričakovano, da je motnja reverzibilna. Odločitev mora temeljiti na celostni oceni stanja, prognoze in volje bolnika (tabela 2). Intenzivna medicina ima svoje meje – pri napredovali, neozdravljivi ali terminalni bolezni sprejem pogosto ne prinaša koristi. Ključna so vprašanja: ali je okrevanje realno, ali so posegi v skladu z voljo bolnika in ali zdravljenje ne pomeni nesorazmernega podaljševanja trpljenja. Če na ta vprašanja ni pritrdilnega odgovora, je primerneje preiti v paliativno oskrbo (tabela 2).

Uporabljamo dva točkovnika za oceno bolnikove zmogljivosti: lestvica funkcijske sposobnosti, ki jo je razvila vzhodna onkološka kooperativna skupina (ECCG, iz angl. *Eastern Cooperative Oncology Group*); **performans status** je lestvica, ki ocenjuje, kako dobro bolnik deluje v vsakdanjem življenju in koliko je omejen zaradi bolezni, in ocena po Karnofskyjem.

ECCG uporabljamo za:

- odločanje o zdravljenju (kemoterapija, imunoterapija, intenzivni posegi),
- oceno prognoze,
- presojanje toleranc terapij.

#### **Lestvica ECOG (na kratko)**

0 – popolnoma aktiven, brez omejitev

1 – lahke omejitve, sposoben lahkega dela

2 – sposoben skrbeti zase, ni sposoben dela, pokreten > 50 % dneva

3 – omejena samostojnost, v postelji > 50 % dneva

4 – povsem onemogočen, v postelji 100 % dneva

5 – smrt

**Karnofskyjeva lestvica** je orodje za oceno **funkcionalne sposobnosti bolnika**. Uporablja se predvsem v onkologiji, intenzivni medicini in paliativi.

Po njej bolnika ocenimo tako:

**KPS 100–80 %**

Bolnik je skoraj popolnoma normalen, z minimalnimi simptomi.

**KPS 70–50 %**

Bolnik zmore skrbeti zase, vendar ni sposoben dela; potrebuje občasno pomoč.

**KPS 40–10 %**

Huda prizadetost; bolnik večinoma leži, potrebuje obsežno ali stalno nego.

**KPS 0 %**

Smrt

Ocena praktično pove:

- kako hudo je bolnik prizadet,
- kakšno zdravljenje lahko tolerira,
- kakšna je prognoza.

Tabela 2. Sprejem onkološkega bolnika v intenzivno terapijo – merila ZA in PROTI.

Merila ZA sprejem v EIT	Merila PROTI sprejemu v EIT
Akutno, <b>reverzibilno stanje</b> , ki ogroža življenje (npr. sepsa, obstrukcija dihalnih poti, akutna respiratorna odpoved)	Napredovala, <b>neozdravljiva ali terminalna bolezen</b> , brez realne možnosti okrevanja
<b>Dobra predhodna funkcionalna zmogljivost</b> (ECOG 0–2, Karnofsky > 60 %)	<b>Slabo splošno stanje</b> , izčrpanost, kaheksija, (ECOG ≥ 3, Karnofsky = < 60)
Bolezen, ki je <b>potencialno ozdravljiva</b> ali trenutno <b>v kurativni fazi</b> zdravljenja	<b>Metastatska bolezen</b> z napredovanjem kljub terapiji
<b>Enkratni akutni zaplet</b> (npr. febrilna nevtropenija, reverzibilna sepsa po kemoterapiji)	<b>Večorganska odpoved</b> (≥ 3 organske disfunkcije) ali nereverzibilna respiratorna odpoved
Prisotna <b>možnost nadaljnje onkološke terapije</b> po okrevanju	<b>Izčrpane onkološke terapevtske možnosti</b> – ni več načrtovanega zdravljenja
Izražena <b>želja bolnika za aktivno zdravljenje</b>	Bolnik ali pooblaščenec je izrazil <b>vnapejšnjo voljo proti intenzivnemu zdravljenju ali oživljanju (DNR)</b>
<b>Družinska in socialna podpora</b> , možnost rehabilitacije	<b>Nezmožnost rehabilitacije</b> , popolna odvisnost od pomoči

ECOG – angl. *Eastern Cooperative Oncology Group*

Pri onkoloških bolnikih so te meje še posebej občutljive. Napredovala rakava bolezen pogosto vodi v večorgansko odpoved, imunosupresijo in izčrpanost, kar močno zmanjša možnosti okrevanja. Kljub temu onkološki bolnik ni *a priori* neprimeren za intenzivno terapijo – odločitev naj upošteva naravo bolezni, stadij zdravljenja, splošno stanje, prognozo in bolnikovo voljo. Najboljši izidi so pri reverzibilnih zapletih, kot so sepse ali akutne toksične reakcije med aktivnim zdravljenjem. Pri terminalnih bolnikih je intenzivno zdravljenje pogosto neučinkovito in etično vprašljivo.

Uspešnost reanimacije pri metastatski bolezni je zelo nizka – preživi manj kot 5 % bolnikov, večina brez zadovoljive nevrološke funkcije, zato smernice (ERC, 2021) priporočajo, da se oživljanje pri terminalnih bolnikih vnaprej pretehta in, če je prognoza brezupna, postopka ne začne (*withhold resuscitation*). Ključna dela etičnega pristopa sta pogovor z bolnikom in svojci o ciljnih zdravljenjih ter spoštovanje vnaprejšnje volje.

Odločanje o sprejemu v intenzivno terapijo naj temelji na triažnih merilih: reverzibilnosti stanja, pričakovani kakovosti življenja in možnostih nadaljnega zdravljenja. Najprimernejše je timsko odločanje (onkolog, anesteziolog, internist, paliativni zdravnik, po možnosti bolnik ali svojci). Tak pristop omogoča strokovno in etično uravnoteženo odločitev, ki v ospredje postavlja korist za bolnika – ne le tehnično možnost zdravljenja.

## »DEBRIEFING« PO REANIMACIJI

Po vsaki reanimaciji, zlasti kadar izid ni uspešen, je priporočljivo izvesti strukturiran pogovor – »debriefing«. Namenjen je refleksiji, učenju in čustveni razbremenitvi članov tima. Ne gre za iskanje krivde, temveč za varno okolje, kjer lahko udeleženci izrazijo doživljanja, razjasnijo dvome in zmanjšajo občutek neuspeha. S tem se krepi psihološka stabilnost, zmanjšuje tveganje za izgorelost in spodbuja strokovna rast.

Vrste debriefinga:

- **Takojšnji** (*»hot«*): kratek pogovor nekaj minut po dogodku, namenjen sprostitvi napetosti in osnovni refleksiji.
- **Strukturirani** (*»cold«*): poteka v 24–48 urah, traja 20–40 minut ter vključuje opis dogodka, čustveno refleksijo in učenje za prihodnost.

Temeljna načela:

- brez obtoževanja in kaznovanja,
- vsi imajo pravico govoriti in biti slišani,
- spoštovanje zaupnosti,
- poudarek na sodelovanju, pogumu in strokovnosti.

Redna izvedba »debriefinga« je znak zrele profesionalne kulture, ki razume, da skrb za bolnike vključuje tudi skrb za zdravstveno osebje. Tako kot reanimacija oživlja telo, »debriefing« oživlja tim – krepi zaupanje, povezanost in človečnost v medicini.

## Izgorelost zdravstvenega osebja ob soočanju s smrtjo in oživljanjem

Delo v medicini, zlasti v intenzivni terapiji, onkologiji, urgentni in paliativni oskrbi, prinaša visoko čustveno in moralno obremenitev (tabela 3). Zdravnik se vsakodnevno srečuje z življenjem, smrtjo in trpljenjem, pogosto brez časa za lastno čustveno predelavo.

Izgorelost (»*burnout*«) je posledica dolgotrajnega stresa pri delu z ljudmi. Zanj so značilni:

- čustvena izčrpanost (praznina, utrujenost, nemoč),
- depersonalizacija (odmaknjenost, zmanjšana sočutnost),
- občutek neučinkovitosti (dvom v smisel dela, krivda).

Pogosta je tudi moralna stiska – notranji konflikt med strokovno dolžnostjo in človečnostjo. Dolgotrajna izpostavljenost smrti in neuspehom lahko vodi v anksioznost, nespečnost ali telesne simptome.

Dejavniki tveganja: visoka odgovornost, pomanjkanje kadra, slaba komunikacija, zabrisane meje med empatijo in distanco, odsotnost podpore.

Preprečevanje izgorelosti:

- **Organizacijsko:** uvedba debriefinga, odprta komunikacija, ustrezna kadrovska podpora.
- **Timsko:** redni pogovori, supervizija, jasne vloge.
- **Osebnostno:** ravnovesje med delom in zasebnim življenjem, telesna in duševna skrb, refleksija.

Skrb za bolnika se začne s skrbjo za tistega, ki zdravi. Zdravnik, ki zna prepoznati svoje meje in poišče podporo, ni šibek – je strokovno zrel.

Tabela 3. Izgorelost zdravstvenih delavcev.

(Vir: Milenovic MS et al. *Anesth Analg.* 2020;130(2):307–309. Zwitter M. *Medical Ethics in Clinical Practice.* Springer; 2019.)

Področje	Ključne značilnosti
<b>Opredelitev</b>	Dolgotrajna čustvena in telesna izčrpanost zaradi dela z bolniki v težkih in mejnih situacijah
<b>Glavni znaki</b>	Utrujenost, apatija, ciničen odnos, občutek praznine in zmanjšane učinkovitosti
<b>Najbolj ogroženi</b>	Anesteziologi, zdravniki intenzivne in paliativne medicine, medicinske sestre
<b>Vzroki</b>	Preobremenjenost, dolgotrajen stres, soočanje s smrtjo, pomanjkanje podpore
<b>Posledice</b>	Telesna izčrpanost, depresija, napake pri delu, izguba empatije
<b>Preprečevanje</b>	Redna supervizija, timska podpora, postavljanje meja, skrb za lastno zdravje in počitek
<b>Etika</b>	Zdravnik, ki skrbi za druge, mora skrbeti tudi zase – to je del njegove profesionalne in etične odgovornosti

## ZAKLJUČEK

Oživljanje ima jasne medicinske, etične in pravne meje. Največja umetnost sodobne medicine ni zgolj v tem, da zna podaljšati življenje, temveč v tem, da zna spoštovati njegov konec. Soočanje s smrtjo zahteva pogum, strokovnost in človečnost. Paliativna oskrba, komunikacija in sodelovanje med zdravniki, terapevti in duhovniki omogočajo, da tudi umiranje postane del celostne skrbi za človeka. Smrt ni poraz, temveč naravno dokončanje življenja. Včasih največja odgovornost zdravnika ni v tem, da nadaljuje, temveč v tem, da zna prenehati oživljati. Sprejem v intenzivno terapijo naj bo izraz upanja – ne zanižanja realnosti. Odločitev naj bo **multidisciplinarna** (onkolog, anesteziolog, internist, paliativni zdravnik, po potrebi psiholog/duhovnik), **individualizirana** glede na bolnika, bolezen in vrednote in **dokumentirana** v zdravstvenem kartonu z jasnim opisom presoje in dogovora s svojci. Pri zdravstvenem osebju, ki se pogosto srečuje s smrtjo, je pogostost izgorevanja nadpovprečna.

Zdravnik, ki zna prepoznati svoje meje in poišče podporo, ni šibek – je strokovno zrel. Zdravstveni sistemi, ki to omogočajo, pa so sistemi, ki ne izgorevajo, temveč **zdravijo** – bolnike in ljudi, ki zanje skrbijo.

---

## Literatura

- Akdeniz M, Yardimci B, Kavukcu E. Ethical considerations at the end-of-life care. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 2021;49(2):95–102. doi:10.5152/TJAR.2021.21032.
- Benedik J, Ivanetič Pantar M, Ebert Moltara M, et al. Obvladovanje simptomov v paliativni oskrbi bolnika z rakom. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2020. Dostopno na: [https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/RSK/AD5\\_2\\_PRIPOROCILA-OBVLADOVANJE-SIMPTOMOV-V-PALIATIVNI-OSKRBI-BOLNIKA-Z-RAKOM-za-RSK.pdf](https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/RSK/AD5_2_PRIPOROCILA-OBVLADOVANJE-SIMPTOMOV-V-PALIATIVNI-OSKRBI-BOLNIKA-Z-RAKOM-za-RSK.pdf).
- Biskup E, Dellweg D, Neuenschwander H, et al. Oncological patients in the intensive care unit. *Swiss Med Wkly.* 2017;147:w14538.
- Bos MM, de Keizer NF, Meynaar IA, et al. Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis. *Acta Oncol.* 2015;54(5):1146–53.
- Breitbart W. Existential guilt and the fear of death. *Palliat Support Care.* 2017;15(2):138–45. doi:10.1017/S1478951517000228.
- Ebert Moltara M. Paliativna oskrba v Sloveniji – osnovne opredelitve, organizacija, stanje 2025 [Internet]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2024. Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/Paliativno-oskrba-v-Sloveniji-%E2%80%93-osnovne-opredelitve-dr.-Maja-Ebert-Moltara-dr.-med-1.pdf>.
- Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA.* 2016;316(1):79–90.
- European Association for Palliative Care (EAPC). White Paper on Euthanasia and Assisted Suicide: A Palliative Care Perspective. *Palliat Med.* 2016;30(6):593–4.
- European Parliament Research Service (EPRS). Euthanasia and assisted suicide in Europe: legal framework and recent developments. Brussels: EPRS; 2022.
- Government of the Netherlands. Is euthanasia allowed? [Internet]. The Hague: Government.nl; 2023 [citirano 20. okt. 2025]. Dostopno na: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/is-euthanasia-allowed>.
- Kumar N, Patel R, Singh A, et al. To resuscitate or not to resuscitate? The crossroads of ethical decision-making in resuscitation. *J Med Ethics.* 2023;49(2):85–92. doi:10.1136/medethics-2022-108905.
- Lopuh M. Delavnica: Oskrba umirajočega v domačem okolju. V: 2. Slovenski kongres paliativne oskrbe: zbornik. Ljubljana: Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo (SZD); 2017. str. 48.

- Lopuh M. Organizacija mobilnih paliativnih timov v Sloveniji. V: 2. Slovenski kongres paliativne oskrbe: zbornik. Ljubljana: SZD; 2017. str. 24–26.
- Lopuh M. Paliativna dejavnost v Splošni bolnišnici Jesenice. V: 2. Slovenski kongres paliativne oskrbe: zbornik. Ljubljana: SZD; 2017. str. 62.
- Lopuh M. Options for palliative care in Slovenia. V: Škoberne A, et al., ur. 7th Slovenian Nephrology Congress: Collection of Abstracts; Ljubljana, 11.–14. marec 2021. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; 2021. str. 62–65.
- Lopuh M, Možina M, Rdić A, et al. Gorenjska paliativna mavrica – izzivi timskega dela. V: 3. Slovenski kongres paliativne oskrbe: zbornik. Ljubljana: Slovensko združenje za paliativno in hospic oskrbo (SZD); 2019. str. 89.
- Lopuh M, Prešern A. Vpliv bolečine na družbo. Revija ISIS. 2012;(1):78.
- Maja Ebert Moltara, Bernot M. Paliativna oskrba odraslih bolnikov z rakom v Sloveniji: temeljni pojmi in priporočila. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana; 2023.
- Milenovic MS, Matejic BR, Simic DM, et al. Burnout in anesthesiology providers: shedding light on a global problem. *Anesth Analg.* 2020;130(2):307–9. doi:10.1213/ANE.0000000000004542.
- Puxty K, McLoone P, Quasim T, et al. Survival in solid cancer patients following intensive care unit admission: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2014;40:1409–28.
- Rahner K, O'Donnell J. *Approaching the End: A Theological Exploration of Death and Dying.* London: SCM Press; 2015.
- Schellongowski P, Sperr WR, Valentin A, et al. Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care. *Eur Respir Rev.* 2016;25(141):87–96.
- Steck N, Egger M, Maessen M, et al. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and the US. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(23–24):407–15.
- Svetovno zdravniško združenje (World Medical Association – WMA). Declaration of Geneva (Physician's Pledge) [Internet]. Geneva: WMA; 2017 [posodobljeno 2022; citirano 20. okt. 2025]. Dostopno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva>.
- Svetovno zdravniško združenje (World Medical Association – WMA). Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide [Internet]. Geneva: WMA; 2019 [citirano 20. okt. 2025]. Dostopno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide>.
- Svetovno zdravniško združenje (World Medical Association – WMA). International Code of Medical Ethics [Internet]. Geneva: WMA; 2022 [citirano 20. okt. 2025]. Dostopno na: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics>.
- Zwitter M. *Talking about Medical Ethics.* Ljubljana: Cankarjeva založba; 2018.

Priloga 1. Predlog obrazca za opustitev ali odtegnitev zdravljenja.

**OBRAZEC: OPUSTITEV ALI ODTEGNITEV ZDRAVLJENJA**

**Datum odločanja:**

**Razlog (aktualne diagnoze, simptomi in opis poslabšanja stanja):**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

**Pobuda za odločanje:**

Kdo je dal pobudo za odločanje?

**Presoja zmožnosti odločanja:**

Je bolnik zmožen odločanja?  da  ne  delno

**Vnaprej izražena volja bolnika:**

Je bolnik vnaprej izrazil voljo glede intenzivnosti zdravljenja?  da  ne

Če **da**, kakšne so bile želje glede intenzivnosti zdravljenja?

**Vključenost svojcev:**

So pri odločitvi vključeni svojci ali bližnje osebe?  da  ne

Če da, navedite: .....

**Člani konzilija (ime, priimek, podpis specialista):**

.....

.....

.....

**Predlagana opustitev medicinsko neutemeljenega zdravljenja**

(označite z  ali obkrožite)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> oživljanje                    | <input type="checkbox"/> vazoaktivna zdravila | <input type="checkbox"/> diagnostični postopki |
| <input type="checkbox"/> mehanska podpora srca         | <input type="checkbox"/> operativni posegi    | <input type="checkbox"/> hidracija             |
| <input type="checkbox"/> mehanska ventilacija (MV/nMV) |   | <input type="checkbox"/> sistemska terapija/RT |
| <input type="checkbox"/> prehrana                      | <input type="checkbox"/> HD/HF                | <input type="checkbox"/> krvni derivati        |
| <input type="checkbox"/> drugo: .....                  |   |  |

### Predlagana odtegnitev medicinsko neutemeljenega zdravljenja

(označite z  ali obkrožite)

- |  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> mehanska podpora srca         | <input type="checkbox"/> vazoaktivna zdravila  | <input type="checkbox"/> prehrana |
| <input type="checkbox"/> mehanska ventilacija (MV/nMV) | <input type="checkbox"/> sistemska terapija/RT |                                   |
| <input type="checkbox"/> HD/HF                         | <input type="checkbox"/> hidracija             |                                   |
| <input type="checkbox"/> drugo: .....                  |  |                                   |

### Opomba:

Bolniku in/ali svojcem, zakonitemu zastopniku ali bližnji osebi mnenje konzilija pojasni **lečeči onkolog**.

Če se bolnik zdravi na OIT, lahko mnenje pojasni tudi **lečeči zdravnik na OIT**.

### Okrajšave

**MV/nMV** – mehanska ventilacija/neinvazivna mehanska ventilacija

**HD/HF** – hemodializa/hemofiltracija

**RT** – radioterapija

**OIT** – oddelek za intenzivno terapijo

### Opredelitve

**Medicinsko neutemeljeno zdravljenje** – zdravljenje, ki ne prispeva več k izboljšanju ali vzdrževanju kakovosti življenja bolnika.

**Ne oživljaj! (DNR – Do Not Resuscitate)** – odločitev o opustitvi poskusov oživljanja.

**Opustitev zdravljenja** – odločitev, da se neko zdravljenje ne uvede.

**Odtegnitev zdravljenja (withdrawing)** – ukinitve zdravljenja, ki ga bolnik že prejema, kadar je mogoče presoditi, da nadaljevanje ni v njegovem najboljšem interesu.