

Eutanazija

Anica Jušić

Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb HLZ
Zagreb, Hrvatska

Pregledni članak

UDK: 343.988:616-082

Primljeno: svibanj 2002.

U uvodu autorica definira različite oblike eutanazije (aktivnu, pasivnu, indirektnu, asistirano samoubojstvo itd.). Osvrće se na pojmove: vrijednost ljudskog života, humanost i autonomija osobe. U idućem poglavlju prikazuje stavove spram nasilnog svršetka života u različitim sredinama, od starogrčkih i srednjovjekovnih do recentnih istraživačkih rezultata u SAD, Engleskoj, Njemačkoj, Nizozemskoj i Australiji.

U trećem poglavlju – Zakonske regulative u vezi s krajem života – autorica analizira podatke dobivene od Vijeća Europe, te relevantne podatke iz zakonodavstva Mađarske i konačno one s područja Hrvatske. U završnom je poglavlju prikazano ono osnovno u vezi s palijativnom skrbi kao jedinoj etičkoj alternativi za eutanaziju.

Cljučne riječi: eutanazija, palijativna skrb, hospicij, umiranje.

UVOD: DEFINICIJE EUTANAZIJE

Uvijek nanovo moram se sjetiti bolesnika iz moje ordinacije, svojedobnoga branitelja. Došao je k meni zbog posttraumatskog stres-sindroma. Među ostalim zatražio je moje mišljenje o, za njega, posebno traumatskom doživljaju. Naime, kada se za vrijeme borbi vratio na područje s kojega se njegova jedinica morala povući, našao je dva svoja suborca – prijatelja, nabijena na kolac. Urali su od bolova, raspadajući se, i zaklinjali su ga da ih ubije, da im dokrajči neizmjernu patnju. Uzeo je revolver i opalio u potiljak. Nastupila je tišina.

Pitao me je da li je ispravno postupio?

Riječ *eutanazija* ima dvije grčke sastavnice: *eu* – lijepo, dobro, lako i *thanatos* – smrt. Kako završiti život “dostojno” – pitanje je i termin čije se značenje različito tumači. Upotrebljava se za etički potpuno različite događaje. Umiranje s dostojanstvom za različite ljude znači posve različite stvari: ono s jedne strane znači napuštanje liječenja koje samo produžuje život i primjerenu kontrolu boli i drugih simptoma, a s druge, pod ovom se oznakom misli se na eutanaziju ili asistirano samoubojstvo.

U srednjem vijeku smrt je bila česta tema i svakodnevnoga, i religioznoga, i literarnog i likovnog života. S razvojem medicine i njezinih tehničkih pomagala smrt i patnja su se sve dalje odgadale i odmicale iz središta čovjekove pažnje.

Suvremena svjetska populacija postaje sve starijom. Kao početak starosti danas se označava čovjekova dob nakon sedamdeset i pete. Međutim, iako moćna medicina nije i sve-moćna, i smrt je nešto s čime se ipak stalno susrećemo, kao i s njezinim negiranjem i potiskivanjem iz društvenih razgovora kao tabu-teme. Suvremeno društvo je ipak potrošačko društvo svakodnevnih užitaka u kojem se riječ smrt rijetko spominje, osim kao sadržaj kriminalističkih filmova. Mnogi članovi ovoga društva ne podnose ni manje teškoće, neugodnosti ili frustracije. Smrt ipak znači prekid sa svim ugodnim i lijepim u životu, što većini ljudi predstavlja osnovno u životu, pa se zato nje boje čak i u mislima. Neizlječivo bolestan, a pogotovo umirući čovjek, smatra se i medicinskim neuspjehom, i zato o tome ne treba govoriti. Smrt je u ovakvom ozračju negacija svega što je planirano i s njom sve završava (Buckman, 1996.).

Ipak, s promjenom starosnog sastava svjetske populacije, i smrt prestaje biti marginalizirana i zbog etičkih i zbog materijalnih razloga, tim više što se nakon radikalnog iskorijenjenja mnogih bolesti javljaju nove koje odnose milijune žrtava. Osim toga sve više se proširuje i grupa kroničnih bolesnika koji su akutnu fazu preživjeli zahvaljujući modernoj medicini. To su ljudi koji često žive život beskrajne patnje. Uz to, zbog izrazito neravnomjerne razdiobe materijalnih dobara u svijetu i kod kuće, stvaraju se bolesna stanja čiji je uzrok jasan kao i njihovo liječenje. Raspad života u obitelji i lokalnoj zajednici stvara osjećaj osamljenosti,

doživljaj pomanjkanja oslonca u nevolji, te prevladava i razvija se želja da se "sve to jednom svrši". Oni mladi "završavaju" lakše. Oni stariji boje se "jer što će biti ako poduhvat ne uspije i napravim od sebe još većeg invalida. Molim vas, zato uvedite eutanaziju", pisala je jedna starica kao predstavnik svoje generacije.

Prije nego što prijedem na konkretnu analizu oblika eutanazije, htjela bih reći nekoliko riječi o *vrijednosti ljudskog života*. To je sigurno osnovna vrijednost koju čovjek i svako živo biće ima, vrijednost postojanja, dana od Stvoritelja. Zato tim više iznenađuju tako različiti religiozni kriteriji u vezi s nasilnim završetkom života. Religiozno je dopušteno oduzimanje života u ratu ili na osnovi sudske presude, dopušteno je ugrožavanje vlastitog života iz plemenitih motiva borbe za religioznu afirmaciju ili obranu domovine. Istodobno se maksimalna osuda upravlja na nasilno skraćanje života zato jer dotična osoba ne može više izdržati neizmjernu patnju, ili zato što je jednostavno previše slaba za borbu sa životnim nedaćama. Poznata su samoubojstva zbog neizdrživih bolova. Opetovano se čuje izjava: "Ne bojim se smrti, bojim se umiranja i uz umiranje vezane patnje". Eutanazija, međutim, ne može biti ni humano ni milosrdno rješenje jer se lišava svoga postojanja čovjek – patnik, umjesto da se eliminira patnja.

Moramo se zaustaviti i na pojmu *humano*. Pod njim razumijevamo sve ono što pomaže da se potvrde one kvalitete koje čovjeka razlikuju od manjarazvijenih živih bića, u prvom redu njegov duhovni profil u najširem smislu, te njegova emocionalno-društvena uključenost u sredinu u kojoj se nalazi. Moderna, sofisticirana medicinska tehnologija izolira ga od društvenog života u jedinicama intenzivne njege, pretvarajući ga u objekt mjerenja bioloških parametara i titriranja terapije, daleko od onoga što bi dotični želio kao oblik završetka svoga života. Borbu protiv ovakvog oblika dehumanizacije pokrenule su, među ostalim, knjige Illicha i van den Berga (Ten Have, 1997.). Prvi autor zahtijeva reorijentaciju medicine s očuvanja biološkoga ljudskog života na održavanje sadržajnog života osobe. Drugi autor ukazuje na to kako je smrt postala medicinski kontroliran događaj i zatražio da se osigura pravo bolesnika da sam oblikuje svoje umiranje.

Još je nešto na čemu se moramo zaustaviti, a to je pojam *autonomnosti čovjeka* koja je,

nažalost, u praksi često vrlo relativna. Teško je odlučivati i u aktualnom trenutku i za aktualni trenutak, jer se rijetko ima cjelovit pregled i razumijevanje značenja svih sastavnica na kojima bi se trebala osnivati naša odluka, odnosno izbor. Još je teže odlučivati o događaju u budućnosti (ne oživljavati – DNR – *do not resuscitate*). Odluku s jedne strane poremećuje manjak informacija, a s druge su strane utjecaji uže i šire zajednice, te prošla iskustva i konačno teška bolest.

Govori se o *aktivnoj, pasivnoj i indirektnoj eutanaziji*. No terminologija se postupno mijenja, tako da termin eutanazija postaje rezerviran za aktivni medicinski zahvat u svrhu dokončanja života, a na zahtjev patnika. Izvršilac eutanazije je liječnik. Češće se govori, naročito u Sjevernoj Americi, o od liječnika *asistiranoj samoubojstvu*. Liječnik daje sredstvo koje bolesnik sam primjenjuje kada se odluči za njegovu primjenu. Pritom pomoći može i samo savjet. Kao *pasivna eutanazija* nazivao se "prekid ili neuvodenje besmislenog liječenja". U hospicijskom se pokretu govori o "dopustiti bolesniku da umre od svoje bolesti", što u medicinskoj praksi znači davati isključivo neagresivnu i simptomatsku terapiju.

Indirektna eutanazija se odnosi na liječenje čija nuspojava može biti skraćanje života. Međutim, frustrirajuće je kad se termin eutanazija uključi u pojam nečega što se ipak (iz mnogo razloga) mora poduzimati kako bi se ljudska patnja umanjila i život možda ipak popravio. U postupku smirivanja boli i drugih simptoma u terminalnih bolesnika upotrebljavaju se etički argumenti koji se osnivaju na razmišljanju o postupcima s dvostrukim efektom (Cavanaugh, 1996.). Ovaj način razmišljanja opravdava čak i agresivne palijativne mjere koje mogu ubrzati ili izazvati smrt (operacija!). Povijesno je ovakvo razmišljanje vezano uz katoličku moralnu teologiju. Ali, ono se osniva i na suvremenom laičkom filozofskom razmišljanju i uklapa se u etički pluralističke kliničke pogone.

Razmišljanja s dvostrukim efektom imaju svoje porijeklo u spisima Tome Akvinskoga. On odvaja ono što netko namjerava od onoga što predviđa kao mogući efekt jednoga čina, ali što ne namjerava učiniti. Akcije se ne proglašavaju dobrim ili lošim samo na osnovi svojih posljedica. Po nekonzekvencijalističkoj etici djelo je dobro i ako ima loše posljedice, ako je načinjeno iz opravdanih motiva. Ako se da-

de jak analgetik kako bi se, na bolesnikovu želju, ublažili neizdrživi bolovi i ako zbog tog lijeka dođe do ubrzanja ili nastupa smrti, onda je ovakav postupak opravdan ili čak i obavezan. To u našim problemima vrijedi za primjenu morfina u injekcijama koje mogu ugroziti centar za disanje. Danas, kada imamo peroralni morfin, ta dvojba nije više aktualna. Morfin primijenjen peroralno, u postupno rastućim dozama, ne ugrožava značajnije centar za disanje, a smiruje bol u preko 80% slučajeva, što bi trebalo predstavljati veliko olakšanje i za savjest liječnika i za patnje bolesnika. Osim toga on prekida i s boli izazvana refleksna poremećenja i kardiorespiratornog i gastrointestinalnog sistema i imunoloških reakcija itd.

Nužno je raščistiti i pojam *dobrovoljna eutanazija*. Pritom ne treba naglašavati ono *dobrovoljna* jer je to sadržano u definiciji eutanazije. Jer ako se ne radi o dobrovoljno prihvaćenom postupku, onda je to obično ubojstvo, a znamo da je njegova definicija: oduzimanje života bez privole žrtve.

Opetovano se navodi da je psihijatrijski morbiditet među bolesnicima koji zahtijevaju ubrzanje smrti, značajan. C. Saunders (1996.) naglašava da je zahtjev za eutanazijom u hospiciju ili uz zaštitu hospicijskih timova izuzetan i obično mu prethode teška iskustva ili psihijatrijska problematika. Z. Zyliz (osobno saopćenje, 2000.) opisuje slučaj bolesnika koji je napustio hospicij kako bi se mogao eutanazirati. Ovakvi su slučajevi sigurno izuzetni. Iz toga proizlazi zaključak da eutanazija i od liječnika asistirano samoubojstvo trebaju predstavljati važan problem za obradu u krugu psihijatrijskih profesionalaca (Chochinov i Wilson, 1997.).

Klaschik (1998.) ukazuje na iskustvo po kojem se želja za eutanazijom izražava u ranoj ili srednjoj fazi bolesti. Umirući bolesnici gotovo nikada ne govore o samoubojstvu ili aktivnoj eutanaziji.

STAVOVI SPRAM EUTANAZIJE U RAZLIČITIM DRUŠTVENIM SREDINAMA

Stari Grci su izlagali svoju malformiranu ili slaborazvijenu djecu smrti, pa su često i sami pomagali pri samoubojstvu. Hipokrat je u tekst liječničke zakletve stavio da liječnik ne smije dati smrtonosan lijek nikome, iako se to od njega traži. Protivio se pomaganju umiru-

ćima jer to predstavlja miješanje u odluke bogova. Poznati je i podatak o običaju starih Eskima da svoje nemoćne starce izlažu zvijerima.

Često se kaže da se moralni integritet jednoga društva mjeri načinom kako ono postupi sa svojim najranjivijim članovima. Svakako se o smrti sve više govori, a posebno o onoj namjerno izazvanoj. To je, kao što se vidi iz uvoda i definicija, vrlo složen problem i ne može ga se riješiti jednostavno borbom protiv "medikalizacije" eutanazije (Zurak, 2001.). Liječnik i medikament stvarno nisu bitni elementi u eutanaziji, a pogotovo ne u asistiranom samoubojstvu. I Solter (2001.) a pogotovo Clark (2002.) naglašavaju, umjesto konfrontacije, potrebu za dijalogom na temu ovako kompleksne problematike.

U SAD eutanazija ima javnu podršku (Chochinov i Wilson, 1997.), koja iz godine u godinu raste. Godine 1973. je broj onih koji prihvaćaju legalizaciju eutanazije narastao na 53%, a 1991. iznosio je već 63%. Bijelci su joj skloniji nego Afroamerikanaci, mladi su joj skloniji nego oni stariji od 50 godina. Isti autori citiraju postotke o eutanaziji u Engleskoj i Australiji. Čak i u Engleskoj, kolijevci hospicijskog pokreta, postotak liječnika koji prihvaćaju legalizaciju eutanazije iznosi 47%, s time da ih je 46% spremno primijeniti eutanaziju ako bude legalizirana. U Australiji su postotci još viši – 60% i 58%, uz spremnost da je izvrše 40% do 50% oboljelih.

Svakako je neobično da se u Engleskoj (s tisućama hospicijskih kreveta) u adresaru hospicija i hospicijskih ustanova mogu naći i adrese društava za eutanaziju!

Nijemci su, prema Klaschiku (1998.), u ispitivanju javnog mnijenja 1974. pokazali da prihvaćaju aktivnu eutanaziju s više od 54%. Ponovljena anketa u 1994. pokazala je porast na 80% u prilog eutanaziji. A Nijemci su prema njoj dugo bili suzdržani iz poznatih razloga. Ipak, nacistička je eutanazija bila nešto sasvim drugo (Schmidt, 1999.). Motivi su joj bili eugenički: stvaranje čiste rase. Bila je masovna, a ne individualna. Međutim, ona se odnosila i na kronične bolesnike, uglavnom duševne i bolesnike s različitim prirođenim malformacijama, pa su počinitelji govorili i o nekakvom milosrđu; bila je uglavnom rezultat identifikacije s Führerom i nacističkim pokretom.

U Nizozemskoj je Kraljevska medicinska nizozemska udruga još 1984. uvjetno prihvatila

la eutanaziju "jer se u pluralističkim društvima nikad neće postići konsenzus o abortusu i eutanaziji". Uvjetno, znači da joj mora prethoditi ispunjenje niza uvjeta. Ten Have i Welie (1997.) pritom kao osnovni navode neophodan dokument: 1. povijest bolesti bolesnika; 2. zahtjev za dovršenje života: jasan, slobodan, brižno sastavljen zahtjev samoga bolesnika (ako takvog zahtjeva nema, liječnik mora obrazložiti zašto ga nema); 3. konzultacija sa drugim neovisnim kolegom; 4. opis sredstava upotrijebljenih za dovršenje života. O svemu tome liječnik-izvršilac treba napraviti pismeni izvještaj koji predaje lokalnom javnom tužiteljstvu, a ono će provjeriti je li sve učinjeno u skladu s propisima. Dakle, počinitelj eutanazije sam sebe prijavljuje. Teoretski bi on mogao biti proglašen i krivim, međutim to se u pravilu nije dešavalo.

Ten Have i Welie nadalje govore o rezultatima komisijских analiza. Još 1991. Remmelinkova je komisija obrađivala smrtnе slučajeve u Nizozemskoj, i došla do porazne činjenice: od 130.000 umrlih godišnje, 49.000 umire zbog različitih oblika eutanazije, a od tog broja 5% je bilo aktivnih eutanazija. U 1.000 slučajeva nije bilo jasne i opetovano izražene volje bolesnika. U tim je slučajevima odluku donosio liječnik na osnovi svoje paternalističke ocjene stanja kao neizrdrživoga, a manjkala je i konzultacija s drugim liječnikom, ili povijest bolesti nije bila u redu. Broj zahtjeva za eutanazijom ili asistiranom samoubojstvom tri puta je veći od broja ostvarenih eutanazija. Kao razlog zahtjevu za eutanaziju navode se i osjećaj gubitka dostojanstva, ovisnost o drugima, zamorenost životom. Bol kao isključivi razlog zahtjevu susreće se u samo 6% slučajeva! Opetovano se dešavalo da je smrt zbog eutanazije bila prijavljena kao prirodna smrt samo zbog straha od eventualnih posljedica.

Konstatacije citirane komisije, a i drugih sličnih, stvorile su i stvaraju u brojnih bolesnika osjećaj nesigurnosti i nepovjerenja u odnosu liječnik/bolesnik. One u njih izazivaju strah da bi liječnik mogao izvršiti eutanaziju iako je sam bolesnik ne želi. Govorilo se i o "bijegu" nekih bolesnika liječnicima u Njemačku, gdje eutanazija nije dozvoljena.

Posebno se u Nizozemskoj citira slučaj majke koja je oboljela od depresije zbog gubitka dvojice sinova (Ten Have i Welie, 1997.). Odbila je psihijatrijsko liječenje, tražila je eutanaziju, i psihijatar je prihvatio eutanaziju.

Na suđenju, sud mu je prigovorio samo to što se nije s kolegom konzultirao, premda reaktivna depresija, odnosno patološko žalovanje, sigurno ne može biti indikacija za eutanaziju.

Nizozemska javnost zaštićuje liječnika koji se brine za bolesnika. Opetuju se i slučajevi u kojima bi liječnik odbio eutanaziju. Bolesnica bi se onda obratila Društvu za dobrovoljnu eutanaziju i ono bi pokrenulo javnost u prilog njezina zahtjeva. Problem koji je u početku izgledao kao problem odnosa bolesnik – liječnik, na taj bi način postao socijalno-politički problem kontrole ipak kriminalnog čina. Nakon dugog perioda dekriminalizirajuće tolerancije prema eutanaziji ona ipak postaje legalnom 1. siječnja 2002. (Clark, 2002.). U listopadu 2001. belgijski je senat odobrio eutanaziju uz uvjete: starost iznad 18 godina, neizlječiva bolest, opetovani zahtjevi bolesnika, registracija na nacionalnom odboru. Clark navodi da je 10% smrti u Belgiji posljedica neformalne eutanazije.

Asistirano samoubojstvo je legalizirano u državi Oregon u SAD-u, u Kambodži, te Japanu u Aziji.

Još godine 1995. legalizirana je eutanazija u Sjevernoj Australiji (Sykes, 1996.). Legalizaciju je ishodio sam predsjednik Marshall Peron potkraj svoga mandata, potaknut smrću vlastite majke koja je umrla u izuzetno teškim bolovima. Prva eutanazija o kojoj se mnogo pisalo izvršena je pomoću, za tu svrhu, posebno konstruiranog stroja koji je omogućavao bolesniku da sam sebi intravenozno uštrca mješavinu barbiturata i mišićnog relaksansa. Asistiranom samoubojstvu prethodilo je vrijeme kušnje postojanosti bolesnikove odluke o smrti od više tjedana. U finalnoj fazi, do uštrcavanja, moglo je doći istom nakon pozitivnog odgovora na trokratno pitanje stroja – svakako strašno psihološko mučenje. Nasljednik Marshalla Perrona omogućio je izglasavanje pedesetak amandmana na Perronov zakon, tako da je njegova primjena praktički prestala.

ZAKONSKE REGULATIVE U VEZI SA KRAJEM ŽIVOTA

a) Vijeće Europe

U spisima Glavnog tajništva Vijeća Europe (Gatterer, 1999.) upućenih na Ministarstva zdravlja, postoje jasni stavovi o eutanaziji: za-

konski se mora dopustiti obustava terapije koju bolesnik ne želi, jer rezultira produženjem patnji. To nije samoubojstvo potpomognuto od liječnika ili ubojstvo iz milosrđa, već prepuštanje bolesti da ide svojim prirodnim tokom. Liječnički zahvat koji bi imao za svrhu namjeran prekid života, neetičan je. Volja ga bolesnika u ovom slučaju zakonski ne opravdava. Stoga se predlaže da države u svom zakonodavstvu uvedu promjene koje pogoduju realizaciji hospicijskih ideja. Palijativna skrb treba biti priznata kao zakonsko pravo svakoga pojedinca.

Istakla bih i organizaciju Europske konferencije "Eutanazija i asistirano samoubojstvo u Nizozemskoj i Europi" Institut za bioetiku, Maastricht, Nizozemska, 1994. Osobito je značajna organizacija međunarodnih tečajeva "Etika i palijativna skrb", što ih Katoličko sveučilište Nijmegen, Nizozemska, redovito održava svake godine od 1997. naovamo.

b) Mađarska

Sociologinja Katalin Hegedus (2001.), u dva navrata gošća naših konferencija u Zagrebu, objavila je niz podataka o zakonskoj regulativi problema vezanih uz kraj života u svojoj domovini/tranzicijskoj zemlji Mađarskoj.

U mađarskom Ustavu naglašava se pravo na život i ljudsko dostojanstvo, ali ne i pravo na smrt. Etički kodeks Mađarske liječničke komore (usvojen 1998.) definira eutanaziju sljedećim: "eutanazija je aktivnost liječnika, odgovor na bolesnikov zahtjev, usmjerena na smrt bolesnika, bolesnog od neizlječive bolesti. U slučaju aktivne eutanazije intervencija je aktivna, dok pasivna eutanazija uključuje neaktivnost. Eutanazija čini da se smrt dogodi ranije nego što bi se inače desila. Liječnici su vezani zakletvom da liječe i da olakšavaju patnju bolesnika i nisu ovlašteni za oduzimanje života bilo kojem ljudskom biću. Akcije usmjerene na dovršavanje ljudskog života su inkompatibilne sa medicinskom profesijom i ne uklapaju se u medicinsku etiku".

U mađarskom Zakonu o zdravstvenoj njezi (1997.) osnovna prava umirućih jesu: "pravo na primanje medicinske njege, pravo na ljudsko dostojanstvo, pravo na osobnu podršku, pravo na ublažavanje boli i smanjenje patnji, pravo na obaviještenost, pravo na samoodređivanje, pravo na odbijanje liječenja". Oblik odbijanja je detaljno reguliran: bolesni-

ka moraju pregledati tri liječnika, uključujući i specijalistu psihijatra. Pritom treba učiniti stanku u trajanju od tri dana. Nakon toga bolesnik mora još jednom u prisutnosti dvaju svjedoka izjaviti svoju namjeru da odbije liječenje. No bolesnici koji odbijaju agresivnije liječenje i dalje imaju pravo na olakšavanje boli i patnje.

U Mađarskoj od 1998. postoji i mogućnost pisanja *living will* – oporuke za život, kojom se unaprijed odbijaju neki oblici liječenja, naprimjer reanimacija. Za ostvarenje ovoga prava imenuje se određena osoba. Odluka se obnavlja svake dvije godine, a može se bilo kada i povući.

Etički kolegij Mađarske liječničke komore je još 1987. oblikovao i ovaj tekst: "nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stadiju nije samo besmisleno već produljuje patnju, i ponižava i liječnika i bolesnika".

Godine 1998. oblikovan je službeni stav spram terminalne palijativne medicine, a glasi: "Terminalna palijativna medicina nije identična s pasivnom eutanazijom. To je posebno polje medicinske aktivnosti. Njeni su ciljevi olakšati fizičku i duševnu patnju bolesnika koje smatramo neizlječivima prema kriterijima aktualne medicine. Nakon primjerene analize liječnik može odustati od liječenja koje smatra beskorisnim i primijeniti primjerenije liječenje. Bolesnik svakako mora pristati na palijativnu skrb."

U mađarskom Zakonu o zdravstvenoj njezi javljaju se sljedeće definicije hospicijske/palijativne skrbi. 1) Skrb o umirućem bolesniku je ciljana na fizičku i duševnu skrb i njegu osoba koje su u terminalnom stadiju svoje bolesti, s ciljem poboljšanja kvalitete njihova života, olakšavanja patnje i zaštite njihova ljudskog dostojanstva sve do smrti. 2) Kako bi se postigli spomenuti ciljevi, bolesnici imaju pravo na kontrolu boli, fizičke i duševne patnje, na blizak emocionalni odnos sa svojim rođacima i ostalim njegovateljima. 3) Ako je to moguće, hospicijska skrb treba biti ponuđena u kući bolesnika, u obiteljskom okruženju. 4) Hospicijska skrb uključuje podršku rodbini umirućih bolesnika i nudi im duhovnu potporu tijekom razdoblja bolesti i žalovanja.

Svakako, Mađari su spram nas u prednosti. Deset godina nakon početka hospicijskog pokreta 1991. godine, oni imaju četiri hospici-

ja s 51 krevetom, 14 hospicijskih timova kućne njege, dva dnevna centra i dva hospicijska mobilna suportivna tima. U pet staračkih domova u Mađarskoj postoje posebne hospicijske/palijativne usluge.

c) Hrvatska

Kodeks Hrvatskoga liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore u svom 4. članku naglašava "da je namjerno skraćivanje života u suprotnosti s medicinskom etikom. Želju dobro informiranog bolesnika koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu, pri punoj svijesti u pogledu umjetnog produžavanja njegova života, treba poštovati. Ako bolesnik nije pri svijesti, liječnik će postupiti po svom najboljem znanju i u skladu s načelima izrečenim u ovom članku". Ako uvjeti informiranosti i svijesti nisu prisutni, liječnik mora učiniti sve da produži život bolesnika kolikogod on bio malo vrijedan i predstavljao samo produžavanje patnji. Vrhovac (1999.) naglašava da materijalni uvjeti ne smiju odlučivati o odustajanju od daljnjeg liječenja bolesnika. To je sigurno etički, ali znamo da to sve češće neće biti moguće, jer netko ipak liječenje mora platiti. Primjerice, ako imamo dva respiratora na raspolaganju a tri kandidata, jedan od njih mora biti lošije zbrinut. Ili u slučajevima bolesnika bez zdravstvenog osiguranja kojih ima sve više, nameće se pitanje je li etički da zbog "besmislenog" liječenja, preostala obitelj bude svedena na prosjački štap?

Na "Prvom zagrebačkom sastanku o neurološkoj palijativnoj skrbi" u rujnu 1999. bilo je govora i o teškom cerebralnom oštećenju mlade žene zbog kardijalnog aresta u narkozi. Ona je nakon toga poživjela još 24 godine u prestrašnom stanju. Matovinović-Sabljar (2000.) je na zadani naslov "Gdje smo pogriješili" odgovorila nizom pitanja: gdje smo pogriješili u liječenju; jesmo li uopće pogriješili; bismo li danas postupili drugačije; bismo li uopće liječili; postoje li danas neke odrednice, neke smjernice koje bi nam pomogle u odluci o liječenju? Kao odgovor na pitanje nanizala je i određene podatke. Citiram neke od izloženih podataka.

Rasprave o besmislenom liječenju započiju negdje oko 1987. i vodile su se u početku s mnogo strasti. Objavljen je i velik broj članaka, s vrhuncem u 1995. godini. Od tada učestalost jenjava zbog pomanjkanja konsen-

zusa. Besmislenim se smatra liječenje "kojim se održava stanje bez svijesti ili koje ne dovodi do prestanka ovisnosti bolesnika o mjerama intenzivne skrbi" ili, opet kvantitativna definicija, "kad liječnici zaključe da je u posljednjih 100 slučajeva iste vrste, liječenje bilo beskorisno". Kao kriterij, pokušalo se razraditi i fiziološke kvantitativne mjere (APACHE sustav - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation System*). Ovakvi sustavi imaju veliku prognostičku snagu za skupine kao cjeline, ali ne i za pojedince. Konsenzus nije postignut niti u pokušaju definicije tko ima pravo odrediti što je to besmisleno liječenje - da li liječnik ili bolesnik? Konačno se prišlo tome da se u raspravu obavezno uključuju sami bolesnici i njihove obitelji, odnosno opunomoćenici. Pri tom se raspravu može početi i unaprijed i onda kad nastupe konkretne okolnosti.

U spomenutom slučaju mlade žene, na prekid akutne reanimacije bolesničina majka sigurno nikada ne bi pristala. A što se tiče kroničnog stanja, bilo bi dovoljno da se bolesnicu premjestilo u manje diferenciranu ustanovu, na lošiju njegu, i njezin bi život bio završio. No problem je bio tko će dati takvu naredbu. Još mi i danas odzvanjaju u ušima bolesničini krikovi!

Pokušali smo načiniti korak dalje u konkretizaciji postupaka u svezi s obustavljanjem ili neuvođenjem neučinkovitog liječenja na kraju života. U okviru Konferencije o ključnim problemima u palijativnoj skrbi i o njihovom rješavanju u obiteljskoj medicini (2002.), na okruglom stolu održana je i rasprava na temu "dopustiti da umre od svoje bolesti". Pozvani su sudionici imali zadatak da definiraju uvjete u kojima bi trebalo obustaviti hidraciju, prehranu, kardijalnu, antihipertenzivnu, anti-dijabetičku, antikoagulantnu terapiju, terapiju uremije, respiratornu pomoć. Govorilo se i o DNR - *do not resuscitate order*. Rasprava ove vrste ponovit će se u idućoj školskoj godini 2002./2003. u znatno većem obujmu.

U Hrvatskoj danas, u 2002. godini, nakon 6 godina postojanja hospicijskog pokreta, nema uopće hospicija. No dvije godine ipak rade prvi hospicijski timovi kućne skrbi i odvijaju se organizirani posjeti u domovima umirovljenika, s ciljem postepenog razvitka palijativnog odjela, ali isključivo s volonterima. Ovih dana nam je od grada dodijeljen prvi prostor u nam, za Regionalni hospicijski centar. Borimo se za ulazak u prijedlog Zakona o zdravstve-

nom osiguranju, s prijedlogom legaliziranja osnovnih hospicijskih/palijativnih jedinica. Nadamo se da će nam u tome pomoći nedavno osnovani Savjetodavni odbor za palijativnu skrb Ministarstva zdravstva, u kojemu su i brojni članovi iz inozemstva. Nastavljamo i s organizacijom konferencija, simpozija, tečajeva, radionica, jer promjene će donijeti i primjeren izobraženi pojedinci.

Od sastanaka u Hrvatskoj na kojima se govorilo o različitim oblicima eutanazije, istakla bih Treći simpozij *Hospicij i palijativna skrb*, održanog u Zagrebu, 1999. sa dvije sjednice. Jedna je imala naslov "O prekidanju bezizglednog liječenja i prepuštanju bolesnika prirodnom tijeku bolesti". Iza nje je održana sjednica sa gostom Ten Have, uglednim profesorom etike i povijesti medicine iz Nijmegena, pod naslovom "Eutanazija kao medicinski postupak na izričiti zahtjev bolesnika". Materijali simpozija većim su dijelom tiskani u **Biltenu za palijativnu medicinu/skrb**, br. 5/1999.

Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore u Dubrovniku je 2001. organiziralo okrugli stol na temu "Eutanazija i liječenje koje nema smisla" i o njemu izvjestilo u **Liječničkim novinama**. Sastanak na istu temu je ponovljen u Zagrebu. O eutanaziji se govorilo i u pojedinačnim predavanjima u okviru brojnih sastanaka ili tečajeva o bioetici, u različitim organizacijama (Društvo humboldtovaca, Simpozij o bioetici u teoriji i praksi, održanom u Europskom domu u Zagrebu, Katoličko liječničko društvo, Prvi proljetni bioetički simpozij Hrvatskoga liječničkog zbora, itd.)

HOSPICIJSKI POKRET I PALIJATIVNA SKRB: JEDINA ETIČKA ALTERNATIVA ZA EUTANAZIJU

Hospicij je riječ kojom se u prošlim stoljećima označavalo mjesto gostoprimstva za iscrpljene i bolesne, često organizirana od redovničkih zajednica. Zatim se ovom imenom označavala "kuća umiranja" u 19. stoljeću u Francuskoj i Engleskoj. Danas riječ hospicij u različitim zemljama ima različito značenje. Prvi moderni hospicij otvorila je Cicely Saunders u Londonu 1967. godine. On ujedinjuje ljudsko suosjećanje s najvišim medicinskim dostignućima. Smatra ga se vodećim nastavnim i istraživačkim centrom nove medicinske struke. Prije nekoliko godina, spa-

janjem jedinica Hospicija sv. Kristofora i Krajevskog koledža Fakulteta za medicinu i stomatologiju, oblikovan je Odjel za palijativnu medicinu i politiku, na čelu s profesoricom Irenom Higginson. Dame Cicely Saunders smatra se pokretačem svjetskog hospicijskog pokreta.

Kako bi se izbjegli nesporazumi javljaju se u prvom redu u Sjevernoj Americi, novi nazivi *palijativna medicina* i *palijativna skrb*.

Palijativna medicina (pallium – plašt) nova je grana medicine koja proučava i primjenjuje postupak s bolesnicima oboljelima od aktivne, progresivne, uznapredovale bolesti s nepovoljnom prognozom. Težište joj je na kvaliteti života do smrti i bolesnika i njegove obitelji. Sve više prevladava mišljenje da se stavovi palijativne medicine moraju primjenjivati u većini medicinskih struka, a posebno u onkologiji, neurologiji, pedijatriji i gerijatriji. Izgleda da će se cijela medicina podijeliti u tri područja: preventivu, kurativu i palijativu. Vrlo je razvijeno poznavanje problema početka života, ali znanje u vezi s njegovim završetkom je relativno oskudno, pa je njegovo produbljenje zadatak neposredne budućnosti.

Palijativna skrb je naziv koji se upotrebljava kada se govori o skrbi koju oboljelome pruža grupa liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, svećenika i dobrovoljaca. SZO proširuje definiciju: palijativna skrb naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan proces, oslobađa od mučnih simptoma, daje psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji, a pomaže i obitelj u vrijeme žalovanja.

O bioetici umiranja može se raspravljati s raznih aspekata (Jušić, 2001.): s aspekta društva i vremena kojem umirući pripada, sa stajališta liječnika i drugih profesija koje sudjeluju u skrbi za bolesnika te njegovatelja u najširem smislu, te sa stajališta samog bolesnika. U svemu tome valja istaći važnost komunikacije i informiranosti bolesnika, jer odnosi glume i neistine stvaraju nepovjerenje i barikade u komunikaciji i, konačno, doprinose izolaciji bolesnika. Bolesnik (ako to iole želi, jer neki vole živjeti u iluzijama) mora saznati istinu o svojem stanju i prognozi. Važno je pripremiti ga za prihvaćanje onoga što dolazi (Baile i sur., 2001.), kako ne bi klonuo. Jer samo ako zna na čemu je, tj. što ga čeka, može ispravno oblikovati svoj završetak i oproštaj te predustriti teške lomove u toku žalovanja.

Pomalo se izgrađuje stav da je umiranje život, krajnji dio života koji završava smrću, te ga treba proživjeti na najbolji mogući način. Pritom je bitna njegova kvaliteta, a ne njegova dužina. O smrti i umiranju treba razgovarati, to ne smije biti tabu-tema. To treba biti društveni događaj poput rođenja ili vjenčanja, onako kako je to bilo u našim seoskim zajednicama gdje su već mala djeca učila i što je smrt i što je porod.

ZAKLJUČAK

Kada se govori o eutanaziji, očito se radi o vrlo kompleksnom problemu. Moramo i mi

ovdje, u maloj Hrvatskoj, intenzivnije i učestalije o njemu razgovarati.

Tolerantan razgovor i odgovorno sučeljanje argumenata u budućnosti će ipak utrti stazu promišljanju o iznimnom pravu na eutanaziju, kao i o sprečavanju zlorabe toga prava. Ipak se treba protiviti legalizaciji eutanazije kao opasnom i kao nepotrebnom rješenju. Treba razvijati palijativnu skrb u svim njezinim aspektima, pa eutanazija neće biti potrebna, niti će je tko tražiti. Pritom je nužno promovirati programe edukacije u palijativnoj medicini i skrbi, treba promovirati osnivanje jedinica palijativne skrbi, te u svim medicinskim područjima propagirati cjelovit pristup čovjeku i njegovoj užoj zajednici.

LITERATURA

- Baile, F. W., Buckman R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, A. E., Kudelka, P. A. (2001.) SPIKES – Protokol sa šest stepenica za saopćavanje loših novosti: primjena na bolesnike s rakom. *Bilten za palijativnu medicinu/skrb*, suppl. 1.
- Buckman, R. (1996.) *Ne znam što reći: kako pomoći i podržati umiruće*. Zagreb: Školska knjiga. (Orig.: *How to Break Bad News. A guide for Health Care Professionals*. University of Toronto Press, 1998.)
- Cavanaugh, T. (1996.) The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesia. *Administration of the Terminally Ill. J. Pain. Symp. Manag.* (12): 248-254.
- Chochinov, M. H., Wilson, G. K. (1997.) *The Euthanasia Debate: Attitudes, Practices and Psychiatric Considerations, Advanced European Bioethics Course, Ethics and Palliative Care*. Nijmegen: Syllabus.
- Clark, D. (2002.) Issues of euthanasia in the European context, on: *Conference on key issues in palliative care and its solutions in family medicine*. Zagreb, 21-23 March. Zagreb: Croatian Medical Association.
- Gatterer, E. (1999.) *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*. Report Council of Europe, Parliamentary Assembly.
- Husebo, S., Klaschik, E. (1998.) *Palliativmedizin: Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*. Berlin – Heidelberg: Springer Verlag.
- Hegedus, K. (2001.) Studija bolesnika s etičkom problematikom i eutanazija: stanje u Mađarskoj. *Bilten za palijativnu medicinu/skrb* (10): 33-34.
- Jušić, A. (2001.) *Bioetika umiranja: bioetika u teoriji i praksi*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
- Konferencija o ključnim problemima u palijativnoj skrbi i o njihovu rješavanju u obiteljskoj medicini*, Zagreb, 21.-23. ožujak 2002.: "...dopustiti da u miru umre od svoje bolesti" – rasprava na okruglom stolu, koordinator i zamisao Anica Jušić.
- Sabljar-Matovinović, M. (2000.) Gdje smo pogriješili? *Bilten za palijativnu medicinu/skrb* (8): 11-13.
- Saunders, C., Sykes N. (1996.) *Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti*. Zagreb: Školska knjiga. (Orig.: *The Management of Terminal Malignant Disease*. Edward Arnold, 1993.)
- Schmidt, M. (1999.) Oblici mišljenja nacional-socijalističke psihijatrije: usporedbe s modernom raspravom o "bioetici", *Socijalna psihijatrija* (3-4):164-172.
- Sykes, N. (1996.) Legal euthanasia in Australia, *Hospice Bulletin* 3(3):2-2.
- Solter, M. (2001.) O eutanaziji. *Liječnički vjesnik* (7-8):211-211.
- Ten Have A. M. J. H., Welie, V. M. J. (1997.) *Euthanasia in The Netherlands. Advanced European Bioethics Course. Ethics and Palliative Care*. Nijmegen: Syllabus.
- Vrhovac, B. (1999.) Stanovišta Povjerenstva za etiku i deontologiju Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore u vezi s obustavljanjem liječenja, *Bilten za palijativnu medicinu/skrb* (5):19-21.
- Zurak, N. (2001.) Eutanazija. *Liječnički vjesnik* (123):39-46.

Summary

EUTHANASIA

Anica Jušić

Croatian Society for Hospice/Palliative Care
Zagreb, Croatia

In the introduction the author defines different kinds of euthanasia (active, passive, indirect, assisted suicide etc). Some concepts were discussed: value of human life, humanity and the autonomy of a person. In the next chapter the author presents the standpoints on the forced end of life in different societies, from ancient Greece and medieval opinions to recent results of research in the USA, England, Germany, the Netherlands and Australia.

In the third chapter – Legislation related to the end of life – the author analyses the data obtained from the Council of Europe, the relevant data from Hungarian legislation and finally the data from Croatia. The final chapter provides basic information about the palliative care, which is the only ethical alternative for euthanasia.

Key words: euthanasia, palliative care, hospice, dying.