

## ЕУТАНАЗИЈА У ТЕОРИЈИ И ПРАКСИ

Проф.др Јованка Коларовић

Термин еутаназија води порекло из грчког језика и у буквалном преводу гласи добра смрт (εὖ, *eu* (добар, леп) + θάνατος танатос (смрт)).

Постоје различите дефиниције еутаназије, а једна од најједноставнијих и најчешће коришћених каже да је еутаназија пракса намерног окончања живота како би се олакшали бол и патња. Бак и сарадници наводе да је еутаназија чин који доводи до смрти безнадежно болесне особе која пати на релативно брз и безболан начин из разлога самилости. Поједине земље су у својим законима и за њих везаним актима јасно навеле шта се у њиховом законодавству подразумева под еутаназијом. Тако на пример британски Комитет за медицинску етику горњег дома парламента дефинише еутаназију као “намерну интервенцију предузету са израженом намером да се оконча живот да би се ослободило неподношљиве патње”, док се у Холандији се под еутаназијом подразумева “окончање живота од стране лекара на захтев болесника”.

Из наведеног се види да у различитим земљама еутаназија не подразумева исто, па је веома важно да терминологија буде јасна. Сем појма еутаназија, постоји и појам *самоубиство потпомогнуто од стране лекара* (енг. *Physician Assisted Suicide – PAS*). Овај термин је широко распрострањен у стручној литератури, мада се сусреће и новији, исправнији термин *смрт потпомогнута од стране лекара*. Канада је у своје законодавство увела и термин *медицинска помоћ у умирању* (енг. *Medical Assistance In Dying – MAID*) којим су обухваћене и еутаназија и ПАС. Мада имају сличне циљеве ПАС и еутаназија се разликују у томе да ли лекар непосредно учествује или не учествује у чину који окончава живот. Основна разлика између еутаназије и ПАС је у томе што код еутаназије лекар изводи интервенцију која окончава живот (интравенски убризгава лекове), а у случају ПАС лекар обезбеђује потребна средства (рецепт за лекове) и/или информације, а болесник сам извршава чин. Еутаназија је чин предузет од стране лекара, који намерно окончава живот пацијента на његов захтев. У томе случају лекар убризгава смртоносну супстанцу. У случају ПАС сам болесник примењује (попије) смртоносну супстанцу коју је преписао лекар. Еутаназија може бити *доброволна* када се изврши над одраслом особом која је способна за одлучивање и то на њен изричит писмени захтев. *Недоброволна еутаназија* је ситуација у којој се еутаназија изврши над особом која нема способности за доношење одлука из разлога као што су на пример тешка деменција или кома. Разликујемо *активну еутаназију* која подразумева употребу смртоносних супстанци или акција да би се окончао живот и *пасивну еутаназију* која подразумева ускраћивање уобичајеног лечења које је неопходно за продужетак живота (нпр. течност, храна, антибиотици).

На веб сајту канадске владе (<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1>) дате су детаљне информације о медицинској помоћи у умирању, критеријумима које је потребно задовољити да би се приступило МАИД, о томе где и како се може обезбедити ова услуга, о надзору над МАИД и извештавању о извршеним МАИД, о томе у којим случајевима је неопходна независна процена неког другог стручњака. Најзад, наглашено је да влада снажно

подржава палијативну негу као алтернативу и да је посвећена побољшању ових услуга, а дати су и линкови који упућују кориснике како да добију додатне информације о доступности услуга палијативне неге. Особе које у Канади могу остварити право на МАИД морају задовољити следеће критеријуме: бити држављани Канаде или имати сталан боравак у Канади (ова услуга није доступна држављанима трећих земаља што спречава такозвани „ПАС туризам“ карактеристичан за Швајцарску), бити старији од 18 година и пословно способни, имати тешку и неизлечиву болест, захтев за МАИД морају поднети добровољно, без спољашњег утицаја или притиска и морају га потписати и датирати у присуству два независна сведока, а подносиоци захтева морају потписати и информисани пристанак за остваривање МАИД. Насупрот томе, неке земље, као на пример Холандија која је прва легализовала еутаназију или Белгија, имају знатно либералније законе. Тако је на пример у Холандији еутаназија непосредно након легализације била дозвољена само за терминално оболеле, да би се временом критеријуми проширили на особе са хроничним болестима, па се од еутаназије за физичка обољења прешло на еутаназију за ментална обољења, па на еутаназију за психолошку нелагодност и менталну патњу. Након тога је еутаназија дозвољена у особа старијих од 70 година које су “уморне од живота”, а дозвољена је и еутаназија деце. Еутаназија деце, чак и новорођенчади, вршена је и пре легализације, а овакве одлуке су се доносиле у сарадњи са стручњацима бројних профила, правосуђем и родитељима. Холандски протоколи за еутаназију су се временом проширили са свесног пацијента који даје експлицитан пристанак на болесника без свести који не може да обезбеди сагласност за еутаназију.

Тренутно је медицинска помоћ у умирању дозвољена у 7 земаља света (Холандија Белгија, Луксембург, Швајцарска, Канада, Колумбија, Нови Зеланд), у 9 савезних америчких држава (Орегон, Вашингтон, Монтана, Калифорнија, Колорадо, Вашингтон ДЦ, Мејн, Њу Џерси), и у државама Викторија и Западна Аустралија у Аустралији. Еутаназија деце дозвољена је у Холандији за децу старију од 12 година (планира се укидање овог ограничења), у Колумбији је дозвољена за децу старију од 6 година али само у терминалној фази болести, док у Белгији нема старосног ограничења, а у Швајцарској потребна старост није наведена. У четири јурисдикције у којима је МАИД тренутно опција за малолетнике, случајеви извршене еутаназије су ретки. Од легализације 2002. године у Холандији је било укупно 14 случајева, а у Белгији 8. У Швајцарској упркос недостатку раније законске или регулаторне контроле од 1998. године није забележен ни један случај, а у Колумбији случајеви су изузетно ретки или их уопште нема.

Најчешћа обољења због којих болесници подносе захтев за медицинску помоћ у умирању су у свим земљама малигне болести. Међутим, свуда се региструје постепено повећање удела других болести које се наводе као разлог за подношење захтева за еутаназију или ПАС. У годишњем извештају канадске владе о МАИД смртима у 2019. години наводи се да је малигна болест у 67% случајева била разлог подношења захтева за МАИД, затим следе респираторне (10,8%), неуролошке (10,4%) и кардиоваскуларне (10,1%) болести, те мултипли коморбидитети (9,1%). У Белгији у 2017. години су на првом месту такође малигне болести (61,4%), затим следе мултипли коморбидитети (19,1%), затим неуролошка (7,8%), кардиоваскуларна (3,4%), респираторна (3,0%) обољења, ментални поремећаји (1,7%), болести костију, мишића и везивног ткива (1%),

па трауме, тровања и други спољашњи узроци (0.8%). Захтев су најчешће подносиле особе старије животне доби (65+), а најређе младе одрасле особе и веома старе особе (95+).

Као најчешћи узрок патње болесника који су поднели захтев за МАИД наведени су губитак способности ангажовања у смисленим животним активностима и немогућност обављања уобичајених дневних активности, а не како би се то можда могло очекивати бол који се не може контролисати.

У Холандији еутаназија и ПАС се најчешће изводе у кући (80%), док се у Канади и Белгији приближно једнак број случајева извршава у кући и у болници (око 35%). Еутаназију свуда најчешће врше лекари опште праксе и породични лекари (65% у Канади).

Лекови препоручени за извођење еутаназије су: барбитурати и неуромишићни релаксант, само барбитурати или у комбинацији са другим лековима (искључујући неуромишићне релаксанте), само неуромишићни релаксант или у комбинацији са другим лековима (искључујући барбитурате). Иако статистика показује да се препоручени лекови све више користе приликом еутаназије и даље се користе и не препоручени лекови, сами или у комбинацији са препорученим лековима. Непрепоручени лекови су: бензодиазепини и опиоиди, само бензодиазепини или бензодиазепини у комбинацији са другим лековима (искључујући барбитурате, неуромишићне релаксанте или опиоиде), само опиоиди или опиоиди у комбинацији са другим лековима (искључујући барбитурате, неуромишићне релаксанте или бензодиазепине).

Иако се постепено повећава се број држава и територија са сопственом јурисдикцијом које легализују еутаназију, расправе око еутаназије се настављају. Постоји оправдана забринутост да има много могућности да се закон злоупотреби. Препознате су вулнерабилне групе (особе без свести, особе са узнатредовалом деменцијом, особе са одређеним психијатријским обољењима, особе са инвалидитетом) које су у повећаном ризику да се над њима изврши недобровољна еутаназија или да буду под притиском окружења да се одреде за добровољну еутаназију. Због тога су у првом плану свих дебата питања која се тичу ефикасне друштвене контроле над еутанзијом и спречавање злоупотреба. Међутим, легализација еутаназије обично укључује и дефинисање стандарда за пажљиву и тачно дефинисану медицинску праксу као и систем друштвене контроле над еутанзијом. Мере сигурности које су најчешће на снази су легализација искључиво добровољне еутаназије која се може разматрати искључиво на писмени захтев болесника који у тренутну одлучивања мора бити пословно способан. Подносилац мора да размотри намеру за подношење захтева најмање два пута у одређеном дефинисаном временском периоду и може у свако доба, све до непосредно пред само извршење да одустане од захтева. Захтев за МАИД се најчешће повлачи зато што се пацијент предомислио (54%), зато што су се палијативне мере биле довољне (26,2%), што је променио мишљење у задњем тренутку, непосредно пред МАИД (20,1%) и из других разлога (1.5%). Еутаназију у већини земаља може извршити искључиво лекар и њено пријављивање је обавезно. Пре одлуке о еутаназији потребно је обезбедити друго, а понекад и треће мишљење независних лекара као и/или консултације лекара

различитих специјалности и стручњака других профила (сестре, психолози, социјални радници...).

Упркос евидентном напретку на пољу ефикасне контроле еутаназије мишљења су и даље често подељена. Уједињене нације сматрају да холандски закон о еутаназији представља повреду Универзалне декларације о људским правима због ризика по људску безбедност и интегритет живота сваке особе. Контраверзно је и питање потенцијалног давалаштва органа за трансплантацију. Иако број потенцијалних донора међу еутаназираним особама износи највише 10%, давалаштво би помогло да се ублажи несташица органа, али са друге стране повлачи могућност за додатне злоупотребе. Еутаназија има и бројне противнике у редовима лекарске професије који сматрају да је еутаназија променила дефиницију и улогу лекара који је од експерта за лечење и поновно успостављање здравља постао експерт за прописивање лекова за окончање живота. Неки лекари сматрају да је еутаназија у супротности са Хипократовом заклетвом, док други мисле да је уколико лекарску дужност тумачимо мало шире од пуког одржавања живота, она заправо пружање помоћи људима да живе живот који они сматрају смисленим. У овом тренутку подршка МАИД међу лекарима је мања него у општој популацији. Осим тога, против еутаназије су и највеће светске религије. У многим државама је било неуспешних покушаја легализације еутаназије, након чега би се обично препоручило развијање и побољшање услуга палијативне неге уместо увођења еутаназије. У неким земљама је дозвољена примена терминалне седације која се примењује када други палијативни третмани нису довољно ефикасни и која има за циљ да пацијента са тешким патњама коме се ближи смрт одржава у несвесном стању.

## ЛИТЕРАТУРА

Back AL, Wallace JI, Starks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State. Patient requests and physician responses. *JAMA*. 1996 Mar 27;275(12):919-25.

Verhagen E, Pieter JJ, Sauer JJ P. The Groningen Protocol — Euthanasia in Severely Ill Newborns. *N Engl J Med* 2005; 352:959-962 DOI: 10.1056/NEJMp058026

Wiebe E, Green S, Schiff B. Teaching residents about medical assistance in dying. *Can Fam Physician* 2018;64: 315e316.

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*. 2016;316(1):79–90. doi:10.1001/jama.2016.8499

Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium. *N Engl J Med*. 2015;372(12):1179-81. doi: 10.1056/NEJMc1414527.

Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med*. 2020; Sep 4:apm-20-637. doi: 10.21037/apm-20-637. Epub ahead of print.

## КОРИСНИ ЛИНКОВИ

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>

<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019.html#chart4.1>

<https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

[www.dyingforchoice.com](http://www.dyingforchoice.com)