

Eutanazija u dječjoj dobi

Duraković, Din

Source / Izvornik: **Jahr : Europski časopis za bioetiku, 2014, 5, 387 - 405**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:980421>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-19**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Din Duraković, Medicinski fakultet Rijeka, Sveučilište u Rijeci, Rijeka, Hrvatska

Eutanazija u dječjoj dobi

SAŽETAK

U tekstu su navedene definicije eutanazije i stavovi prema eutanaziji u različitim sredinama; aktivna eutanazija, pasivna eutanazija ili ortotanazija, distanazija, indirektna eutanazija kao i potpomognuto samoubojstvo. Posebno je mjesto dano hospiciju, palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. Detaljno su navedeni neki aspekti eutanazije u dojenačkoj dobi, kao i u dječjoj dobi. Navedene su neke zakonske regulative u vezi s krajem života u nekim dijelovima svijeta.

Kada se govori o eutanaziji, radi se o višeznačnom problemu. Treba se protiviti legalizaciji eutanazije kao nepotrebnom i opasnom rješenju. Umjesto toga treba razvijati palijativnu skrb u novorođenčadi i u djece u svim njezinim aspektima. Pritom je nužno promovirati programe edukacije u palijativnoj medicini i skrbi, treba promovirati osnivanje jedinica palijativne skrbi za djecu, te u svim medicinskim područjima propagirati cjelovit pristup čovjeku i njegovoj užoj zajednici.

Iako je eutanazija velik i složen problem, kao što i interakcija mnoštva različitih čimbenika može biti u podlozi raspravljanja o tom činu, aktivna eutanazija u novorođenčadi i u djece neprihvatljiva je i nedopustiva, kao što je nedopustiva u bilo kojoj dobi, već se treba prikloniti palijativnoj skrbi u klinički indiciranim slučajevima.

Ključne riječi: novorođenčad, dječja dob, eutanazija, distanazija, indirektna eutanazija, potpomognuto samoubojstvo, hospicij, palijativna skrb.

Za odstranjenje patnji ne treba odstraniti samog patnika.

(H. ten Have, 2012.)

Uvod

Definicije eutanazije

Pod izrazom eutanazija podrazumijeva se aktivni medicinski zahvat kojim završava život, a provodi se na zahtjev neizlječivo bolesnog čovjeka koji trpi bolove i velike patnje, ali se može raditi i o stanju bez svijesti (ireverzibilno komatozno stanje). Riječ *eutanazija* (*euthanasia* - *ευθανασία*) označava „dobru smrt“, a sastavljena je od dviju grčkih riječi: *eu* (*ευ*) = dobro, lijepo, lako i *thanatos* (*θάνατος*) = smrt. Tu se nameće jedno od temeljnih pitanja: kako dostojanstveno okončati s ovozemaljskim životom? Ono se u različitim kulturnim sredinama različito tumači i koristi za posve različite događaje, od smanjivanja bolova i drugih simptoma neizlječive bolesti do potpomognutog (asistiriranog) samoubojstva (3, 5, 11).

Smrt u novorođenčadi i djece i danas je događaj s kojim se čovječanstvo susreće, iako se ta tema najčešće ne spominje i potiskuje zbog frustracija i neugoda koje donosi. Neizlječivo, bolesno, a pogotovo umiruće dijete smatra se i medicinskim neuspjehom, i zato se o tome ne govori. Smrt je u ovakvom ozračju negacija svega što je planirano i s njom sve završava. K tome se bolesna stanja u nekim dijelovima svijeta ne liječe na jednak način kao u drugima, jer su nejednaki uvjeti življenja i materijalne mogućnosti liječenja. Iako za neka bolesna stanja postoje lijekovi i načini liječenja, dijelu svjetskog stanovništva to je nedostupno. Tako, primjerice, kad bi čaša čiste vode bila lijek, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) dvije trećine svjetskog stanovništva ne bi ga mogle imati.

Rimski filozof Gaius *Suetonius* Tranquillus (69. - 122. n. e.) definirao je eutanaziju kao „bezbolni završetak života“. Riječ eutanazija u medicinskom smislu po prvi put koristio je u 17. stoljeću engleski filozof Francis Bacon (1561. - 1626.) podrazumijevajući postupak koji ima za posljedicu lak, bezbolan, smiren („sretan“) završetak života, za vrijeme kojeg je liječnik odgovoran za nestanak tjelesnih bolova.

Eutanazija se u novije vrijeme odnosi na *aktivni medicinski zahvat* koji traži bolesnik koji prolazi boli i patnje; postupak provodi liječnik, a cilj je završetak života. Često se, posebno u SAD-u, govori o *asistiranom samoubojstvu* koje provodi liječnik koji daje bolesniku savjet ili sredstvo koje će bolesnik sam primijeniti na sebi, kada se na to odluči. *Pasivnom eutanazijom* naziva se “prekid ili neuvođenje besmislenog liječenja”. Kada se govori o “dopustiti bolesniku da umre od svoje bolesti”, to znači primjenjivati isključivo neagresivnu i simptomatsku terapiju (Jušić).

Stavovi prema eutanaziji u različitim sredinama

Stari Grci izlagali su svoju malformiranu ili slabo razvijenu 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 umirućima jer to predstavlja miješanje u odluke bogova. Često se kaže da se moralni integritet jednoga društva mjeri načinom kako ono postupa sa svojim najranjivijim članovima, posebno djecom. 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 (12). Neki autori (2002.) naglašavaju, umjesto konfrontacije, potrebu za dijalogom u tako kompleksnoj problematici (2, 12).

U SAD-u eutanazija ima javnu podršku koja se s vremenom povećava. Godine 1973. broj onih koji prihvaćaju legalizaciju eutanazije povisio se na 53 %, a 1991. već je iznosio 63 %. Amerikanci europskog podrijetla i Europljani skloniji su joj nego Afroamerikanci, mlađi su joj skloniji nego oni stariji od 50 godina. Isti autori citiraju postotke o eutanaziji u Engleskoj i Australiji. Čak i u Velikoj Britaniji, u kojoj se stvorio hospicijski pokret, broj liječnika koji prihvaćaju legalizaciju eutanazije iznosi 47 %, s time da ih je 46 % voljno primijeniti eutanaziju, ako se legalizira. U Australiji su postotci još viši – 60 % i 58 %, uz spremnost da je provedu 40 % do 50 % oboljelih. Neobično je da se u Velikoj Britaniji, koja raspolaže s tisućama hospicijskih kreveta, u imeniku 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 %, a u ponovljenoj anketi u 1994. broj pristaša u porastu je na 80 %. Medicinska nizozemska udruga još 1984. uvjetno je prihvatila eutanaziju, što znači da joj mora prethoditi ispunjenje niza uvjeta: 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 s drugim neovisnim liječnikom; 4. opis sredstava koja će biti korištena za dovršenje života. Liječnik koji provodi postupak treba napisati pisano izvješće koje predaje lokalnom javnom tužiteljstvu, koje će provjeriti je li sve učinjeno u skladu s propisima (2, 12).

Ten Have i sur. (4) naveli su rezultate analiza povjerenstava napose o eutanaziji u Nizozemskoj. Još 1991. Rimmelinck je povjerenstvo analiziralo smrtne slučajeve i došlo do sljedećih (poraznih) podataka: od 130.000 umrlih godišnje, 49.000 umire zbog različitih oblika eutanazije, a od tog broja u 5 % radilo se o aktivnoj eutanaziji. U 1.000 slučajeva nije se radilo o jasnoj i opetovano izraženoj volji bolesnika. U tim je slučajevima odluku donosio liječnik na osnovi svoje paternalističke ocjene stanja

kao neizdrživoga, a nedostajala je i konzultacija s drugim liječnikom, ili povijest bolesti nije bila u redu. Broj zahtjeva za eutanazijom ili asistiranim 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 toga i drugih povjerenstava dovele su i dovode u mnogih bolesnika do osjećaja nesigurnosti i nepovjerenja u odnosu prema liječnicima. One u njih rezultiraju strahom kako bi liječnik mogao provesti eutanaziju, iako je sam bolesnik ne želi. Govorilo se i o "bijegu" nekih bolesnika liječnicima u Njemačku, gdje eutanazija nije dopuštena.

U Nizozemskoj javnost štiti liječnika koji se brine za bolesnika. Ponavljaju se i slučajevi u kojima liječnik odbija provesti eutanaziju. U jednom takvom slučaju bolesnik se obratio Društvu za dragovoljnu eutanaziju koje je pokrenulo javnost u prilog njegova zahtjeva. Problem koji je u početku sličio pitanju odnosa bolesnik - liječnik, tako je dobio socijalno-političke dimenzije kontrole ipak kriminalnog čina. Nakon dugog perioda dekriminalizirajuće tolerancije prema eutanaziji, ona je u toj zemlji legalizirana 1. siječnja 2002.

Aktivna eutanazija

To je izravan postupak koji se primjenjuje za prekid bolova i patnji, a dovodi do smrti osobe na kojoj je primijenjen. Eutanazija je u suštini dragovoljna, jer ako to nije, onda se radi o oduzimanju života bez privole, pa se u tom slučaju radi o ubojstvu.

U literaturi se naziva „ubojstvo iz milosrđa“ ili „lagana smrt“, a provodi se smrtonosnom injekcijom. Brojni autori, međutim, smatraju te definicije nedorečenima i nekorisnima. Prema Glavnom tajništvu Vijeća Europe upućenih na Ministarstva zdravlja izrečeni su sljedeći jasni stavovi o eutanaziji: zakonski treba dopustiti obustavu terapijskih postupaka koje bolesnik ne želi, jer to ima za posljedicu produženje patnji. To nije samoubojstvo potpomognuto liječnicima ili ubojstvo iz milosrđa, već prepuštanje bolesti da ide svojim prirodnim tijekom. Liječnički zahvat koji bi imao za svrhu namjeren prekid života neetičan je. Volja bolesnika u ovom slučaju zakonski ga 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 (2-5, 11-13).

Pasivna eutanazija

Pasivna eutanazija odnosi se na nepoduzimanje mjera za produženje života, npr. isključenjem primjene lijekova, isključenjem intravenozne primjene infuzijskih otopina za hidrataciju i očuvanje vitalnih funkcija: kardiovaskularne, respiratorne i cerebralne. Pasivna eutanazija znači pomoć umirućem tako da mu se uskrati primjena terapije i sredstava kojima mu se održava život, tj. prestanak medicinskog tretmana koji nema šanse poboljšati pacijentovo stanje. Pasivna eutanazija je potpuno suprotan postupak od distanazije, gdje se nastoji neizlječivom bolesniku maksimalno produžiti život primjenom izvanrednih postupaka, bez kojih ne bi preživio. Indirektna ili pasivna eutanazija nisu zabranjene u mnogim zemljama, dok je aktivna eutanazija s pravom zabranjena (2-4, 12).

Brazilski bioetičar Pessini (8) smatra kako se palijativna medicina sastoji od trećeg puta između eutanazije s jedne i distanazije s druge strane, te nastoji uvesti pasivnu eutanaziju koja bolesniku u terminalnoj fazi bolesti i onima koji ga okružuju dopušta sučeljavanje sa smrću s određenom mirnoćom, jer s toga gledišta smrt nije bolest koju treba liječiti, nego nešto što čini dio života. U literaturi se ne razabiru aspekti pasivne eutanazije u djece.

Distanazija

Izraz se odnosi na medicinsku beskorisnost, a dolazi iz anglosaksonskog govornog područja. Radi se o dilemi: do kada produžavati život, povećavati i produživati patnje i agonije bolesnika. Smatra se beskorisnim liječenjem, koje ne dovodi do poboljšanja stanja bolesnika. U Europi se taj izraz rijetko rabi, vezan uz teorijske rasprave i osobne stavove pojedinaca. Događa se da teško bolesne osobe traže agresivniji i intenzivniji način liječenja, što im se ne omogućuje, a racionalno odbijaju beskorisnost dotadašnjeg liječenja. No dokazano je kako neki od takvih „distanatičnih“ postupaka u dugotrajnoj primjeni mogu biti od velike koristi, kao što, primjerice, dugotrajna mehanička ventilacija u bolesnika koji boluje od AIDS s plućnim komplikacijama (npr. s pneumonijom) može dovesti do poboljšanja bolesti.

Knjigu o tome napisao je brazilski bioetičar Pessini (8), a ona je prožeta mišlju da su život i smrt dva nerazdvojna pola ljudske stvarnosti i da je za svaki od njih potrebno stanovito znanje i umijeće. Na jednoj strani je to umijeće življenja, a na drugoj umijeće umiranja. Potonje je dosad u odnosu na prvo bilo uvelike potiskivano ili čak ignorirano, no danas ono dobiva podjednaku važnost kao i umijeće življenja.

Indirektna eutanazija

Ona se odnosi na liječenje čija nuspojava može biti skraćanje života. Frustrirajuće je, međutim, kad se termin eutanazija uključi u pojam nečega što se ipak (iz mnogo razloga) mora poduzimati kako bi se ljudska patnja smanjila i život možda ipak poboljšao. U postupku smirivanja bola i drugih simptoma u terminalnih bolesnika upotrebljavaju se etički argumenti koji se osnivaju na razmišljanju o postupcima s dvostrukim učinkom. Ovaj način razmišljanja opravdava čak i agresivne palijativne mjere koje mogu ubrzati ili izazvati smrt (npr. kirurški zahvat).

Neki autori ukazuju 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 (14).

Potpomognuto samoubojstvo

Potpomognuto samoubojstvo jest ono pri kojem bolesnik uzme lijekove koje mu je dao liječnik u svrhu samoubojstva, no ne odnosi se na dječju dob. Također je nedopustivo. Liječnik ne smije dati lijekove kojima se može pospješiti samoubojstvo.

Prema literaturnim podacima (3, 11, 12) palijacija ili oslobađanje od bolova razlikuje se od potpomognutog samoubojstva u najmanje dva razloga: 1) mnogi umirući bolesnici trpe bolove koje ne mogu podnijeti; 2) mnogi bolesnici koji traže potpomognuto samoubojstvo zapravo ne žele umrijeti, već žele prestanak bolova. Vrhovni sud Sjedinjenih Američkih Država zauzeo je stav da se može tolerirati u "doktrini dvostrukog učinka", pri kojoj je, ako se dogodi da primijenjeni postupak u liječenju dovede do prekidanja bolova, ali se dogodi da nastala nuspojava pospješi smrtni ishod, jer je namjera liječnika bila osloboditi bolesnika bolova i patnji, a ne smrtni ishod.

Potpomognuto (asistirano) samoubojstvo legalizirano je u nekim zemljama: Nizozemskoj, Belgiji, Luksemburgu, Švicarskoj, Estoniji, Albaniji, u državama SAD-a: Washington, Oregon i Montani, kao i u Kambodži i Japanu.

Hospicij i palijativna skrb

Hospicij je bio u prošlom vremenu mjesto gostoprimstva u okviru vjerske ustanove, u kojem su dobile smještaj bolesne i iscrpljene odrasle osobe, a ne i djeca. Potom se u 19. stoljeću u Francuskoj i Velikoj Britaniji to pretvorilo u „kuću umiranja“. Zatim se ovom imenicom 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, spajanjem jedinica Hospicija sv. Kristofora i Kraljevskog koledža Fakulteta za medicinu i stomatologiju, oblikovan je Odjel za palijativnu medicinu i politiku, na čelu s profesoricom I. Higginson. D. C. Saunders smatra se pokretačem svjetskog hospicijskog pokreta. Hospiciji su danas jedina etička alternativa za eutanaziju.

Kako bi se izbjegli nesporednosti 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 relativno je oskudno, pa je njegovo produbljanje zadatak neposredne budućnosti (2, 3).

Palijativna skrb naziv je koji se upotrebljava kada se govori o skrbi koju oboljelome pruža skupina 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.

Pomalo se izgrađuje stav kako umiranje treba proći na najbolji mogući način. O smrti i umiranju treba razgovarati.

Eutanazija u novorođenačkoj dobi

Razvoj i primjena tehničkih mogućnosti suvremene medicine povećala je izgleda za preživljavanje vitalno ugrožene novorođenčadi. No ponekad je stanje beznadno i ako se radi o novorođenčadi s teškim malformacijama ili izrazito male porođajne mase, liječnici su stavljeni pred dilemu treba li primijeniti medicinske postupke intenzivne skrbi. Kad je liječenje novorođenčeta bez nade, kad nema nikakve koristi ili bi kakvoća života bila neprihvatljiva, tada preostaje palijativna skrb. Pri donošenju takve odluke svaki slučaj treba zasebno razmatrati i u tom složenom procesu moraju sudjelovati liječnici, roditelji i ostalo zdravstveno osoblje. Roditelje treba precizno

obavijestiti o djetetovu stanju, mogućnostima liječenja i ishodima liječenja, te o mogućnostima palijativne skrbi. U deklaracijama o pravima novorođenčadi stoji da djetetu, koje nema izgleda za poboljšanje zdravstvenog stanja usprkos svim terapijskim dostignućima, treba pružiti najnužniju skrb bez invazivnih postupaka, tj. odgovarajuću palijativnu skrb i svu nužnu pomoć (1).

Danas se smatra da je palijativna treća grana medicine (uz preventivnu i kurativnu). Novosti su u medicinskom pristupu liječenja bolova, kontroli simptoma i sagledavanju osnovnih potreba teško bolesnih i umirućih. S bioetičkog stanovišta u novorođenačkoj dobi postoji dilema između terapijske upornosti i palijativne skrbi. S druge strane, kad se govori o sučeljavanju liječnika s eutanazijom, na prvome mjestu navode teško malformiranu novorođenčad (anencefalus) i novorođenčad izrazito male porođajne mase, a zatim trajno vegetirajuća stanja kao posljedicu teških oštećenja mozga ili teške demencije, te oboljele od karcinoma u posljednjem stadiju bolesti i oboljele od AIDS-a. U novorođenčadi pri kraju života, koja su s vrlo lošom prognozom i vjerojatno nepodnošljivom patnjom, u Nizozemskoj se provodi eutanazija, nakon obveznog ispunjavanja za to predviđenog protokola, što je u skladu sa zakonskim, socijalnim i kulturološkim stavovima u toj zemlji, ali je upitno hoće li se to provoditi i u drugim zemljama. Kad se na osnovi procjene kliničkog stanja utvrdi kako bi svaki zahvat radi liječenja bio neučinkovit, pitanje je svrhovitosti takva zahvata, ako krajnji cilj nije izlječenje već ublažavanje bolova. Dileme se nameću pri donošenju odluke za kirurške zahvate malformirane novorođenčadi i pri nekim postupcima u novorođenčadi izrazito male porođajne mase. Neke se malformacije mogu kirurški liječiti, ali zbog drugih promjena djeteta ima male izgleda za preživljavanje. Odgovor na sva ta pitanja može biti u palijativnoj skrbi. U zdravstvenoj skrbi bioetički valjana odluka temelji se na slobodnom odlučivanju pacijenta, no u neonatologiji te dječjoj dobi situacija je specifična, jer dijete ne može donijeti odluku. Nju donosi majka, odnosno roditelji, nakon što su od liječnika dobili sva potrebna obavještenja. U komunikaciji s roditeljima liječnik treba postići vjerodostojnu informaciju, kako bi dobio njihov pristanak. Novorođenče ne može biti subjekt dijagnostičkih, terapijskih ili eksperimentalnih postupaka, ako roditelji nisu kompetentno obaviješteni. Pri dobivanju informacije roditelji moraju saznati opis predloženog postupka, rizike, neugode, druge mogućnosti, predviđenu stopu neuspjeha, moguće komplikacije, mogućnosti oporavka, te kakva je prognoza za dijete ako se postupak ne provede. Posljednje pitanje posebno dolazi do izražaja onda kad je djetetovo stanje beznadno. Radi razvoja i modernizacije znanosti i tehnologije, sve veći broj dijagnostičkih i terapijskih postupaka otkriva niz etičkih, pravnih i vjerskih dilema. Bioetika kao međudisciplinarna i višedisciplinarna znanost nastoji pronaći odgovore na brojna

etička pitanja, pa tako i za dileme palijativne skrbi u ranoj dječjoj dobi. U dijelu rada koji slijedi bit će razmotrena pitanja palijativne skrbi u teško malformirane, bolesne novorođenčadi i u one izrazito male porođajne mase.

Palijativna skrb novorođenčadi holistička je i opsežna. Odnosi se na dijete, koje nema izgleda za poboljšanje zdravstvenog stanja, ali i na njegovu obitelj. Odvija se u sredini potpune skrbi, koja sprječava i olakšava djetetovu patnju i poboljšava mu uvjete života i umiranja. Treba zato pokušati olakšati tjelesnu, psihičku, socijalnu, emocionalnu i duhovnu patnju umirućeg novorođenčeta i obitelji. Interdisciplinarni tim daje potporu djetetovu dostojanstvu, pomaže umirućem smanjiti bol i poteškoće pri disanju, suosjeća i uživljava se u kulturološke osobitosti obitelji. Iako se napredak medicine zahvaljujući tehničkim dostignućima povećao, izgledi za preživljavanje vitalno ugrožene novorođenčadi u nekim stanjima ostali su beznadni. Ponekad treba donijeti odluku o tome treba li primijeniti invazivni postupak u djece s mnogim kongenitalnim anomalijama, bolestima, genetskim oštećenjima ili u djece izrazito male porođajne mase. Smatra se da je oživljavanje nedonoščeta nesposobnog za život posve neučinkovit postupak, onda kada je ono gestacijske dobi 22 tjedna ili manje i ima tjelesnu masu od 400 g ili manju. Rasprave se vode o etičkim problemima koji su javljaju pri intenzivnoj skrbi novorođenčadi izrazito male porođajne mase. U Pedijatrijskom odjelu Sveučilišne bolnice u Padovi, u suradnji s bioetičkim komitetom, posebno su analizirana pitanja vezana uz granicu životnosti, preživljavanje, ishod i etičke aspekte. Predložili su da se u 22. tjednu provodi samo palijativna skrb; u 23. tjednu, ako su prisutni vitalni znaci, novorođenče se odmah intubira, podržava se umjetno prodisavanje i ponovo se procijeni stanje ploda; u 24. tjednu dijete se intubira, podržava se umjetno disanje i kardiovaskularno oživljavanje. Jedinice neonatalne intenzivne skrbi trebaju imati odvojen dio, gdje se može provoditi palijativna skrb. Posebno je važno voditi brigu o djetetovu bolu, udobnosti, kao i pomoći obitelji, trudeći se da dijete ne pati. U Dječjoj bolnici u Bristolu analizirali su čimbenike koji su presudni pri donošenju odluke za uskraćivanje ili oduzimanje vitalnih postupaka. U 20 slučajeva postupci su uskraćeni ili prekinuti, a samo u dva slučaja nastavljeni. Medicinske sestre smatrale su da su pri donošenju odluke najvažnije želje roditelja i zapažanja da dijete pati, dok su liječnici smatrali najvažnijim čimbenike koji se odnose na prognozu djeteta.

Odluka o uskraćivanju oživljavanja ne smije nikad biti samo u oblasti medicinske prosudbe, već je moraju donijeti roditelji u dogovoru s liječnicima nakon potpune informiranosti o djetetovu stanju. No ponekad se dogodi da roditelji zahtijevaju prekid intenzivne terapije i nisu suglasni s ponovnim oživljavanjem, dok liječnici još nemaju dostatnu medicinsku prosudbu koja bi to opravdavala. U takvom stanju

liječnici se trebaju ponašati prema pravilima struke i kodeksima medicinske etike i deontologije (deontologija = znanost koja govori o dužnostima).

Mnogi liječnici koji skrbe o novorođenčadi smatraju da je palijativno liječenje opravdano čak i ako skraćuje život, ako ima za cilj olakšanje bola. Najvažniji međunarodni dokument koji se bavi pitanjem statusa djeteta – pacijenta jest Konvencija o pravima djeteta, koju je usvojila Generalna skupština UN-a 1989. godine. U članku 23. govori se o pravima djeteta s teškoćama u duševnom ili tjelesnom razvoju. U tom dokumentu stoji da takvo dijete treba voditi ispunjen i pristojan život u uvjetima koji jamče dostojanstvo. Pružena pomoć treba biti primjerena djetetovu stanju i uvjetima u kojima žive njegovi roditelji ili oni koji se skrbe za njega. Svjetska medicinska udruga je na temelju Konvencije Ujedinjenih naroda o pravima djeteta 1999. godine usvojila *Otavsku deklaraciju o pravu djeteta na zdravstvenu skrb*. Deklaracija štiti svako dijete od nepotrebnih dijagnostičkih postupaka, nepotrebnog liječenja i istraživanja. Posebno se ističe kako dijete kao pacijent i njegovi roditelji i zakonski zastupnici trebaju biti o svemu informirani i moraju sudjelovati u donošenju svih odluka koje se tiču djetetove zdravstvene skrbi, a navedeno je kako bi djetetu u terminalnom stadiju bolesti trebalo omogućiti odgovarajuću *palijativnu skrb* i svu nužnu pomoć, kako bi umrlo smireno i dostojanstveno. U skladu s Konvencijom o pravima djeteta Ujedinjenih naroda su i smjernice Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatskoga liječničkog zbora.

Svjetska udruga za perinatalnu medicinu (WAMP) na 5. svjetskom kongresu u Barceloni 2001. g. objavila je Barcelonsku deklaraciju o pravima majke i novorođenčeta. Dio deklaracije odnosi se na prava novorođenčeta, uz naglasak da je novorođenče osoba s posebnim pravima, koja zbog tjelesne i psihičke nezrelosti nije sposobna tražiti svoja prava. Navedeno je kako “na novorođenče ne treba primijeniti uzaludne postupke liječenja” i “ne treba pokušati održati na životu svako novorođenče čija je nezrelost izrazitija od najniže granice preživljavanja. U takvim slučajevima prilikom prosudbe uzet će se u obzir zemljopisne, društvene i ekonomske okolnosti u mjestu rođenja. U krajnjim slučajevima bit će obaviješteni roditelji te će oni, kad god je to moguće, sudjelovati u donošenju odluka prije samog rođenja”.

U preporukama institucije International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) iznesene su smjernice za postupke s novorođenčadi s teškim malformacijama i s nedonoščadi koja su zbog nezrelosti na granici preživljavanja (1). Djeca s teškim malformacijama imaju pravo na dostojanstvenu smrt, bez neprikladne medicinske intervencije, kad roditelji i njihovi liječnici smatraju da je to u njihovom najboljem interesu. Aktivna eutanazija smatra se etički neprihvatljivom čak kad se čini da je na dobrobit djeteta. Uskraćivanje ili oduzimanje medicinske skrbi, npr. mehanička

ventilacija, antibiotici, nazogastrična prehrana, davanje kisika, smatraju se opravdanim u takvim stanjima, uz osiguranu najnužniju skrb, koja uključuje oralnu prehranu, toplinu, ljubav, poštovanje. Upotreba analgetika i sedativa za olakšanje stresa i patnje smatra se odgovarajućom ako njezin primarni cilj nije izazivanje smrti. Da bi uskraćivanje ili oduzimanje medicinske skrbi bilo u interesu djeteta, trebalo bi u potpunosti ispitati i dokumentirati djetetov status te na osnovi njegova stanja reći roditeljima prognozu i dati mogućnost izbora. Postupak s nedonoščadi koja su zbog nezrelosti na granici preživljavanja trebao bi se prema smjernicama povjerenstva FIGO-a temeljiti na onome što roditelji i njihovi medicinski savjetnici smatraju da je najbolje za dijete, bez utjecaja religije, demografskih ili materijalnih čimbenika. Medicinsko osoblje ima etičku odgovornost za informiranje roditelja o mogućem kliničkom ishodu. Etično je osnovati “privremenu” intenzivnu skrb za djecu koja su nakon porođaja na granici preživljavanja. Daljnje kliničko stanje djeteta te savjetovanje iskusnih liječnika i roditelja razjasnit će je li bolje nastaviti ili prekinuti intenzivnu skrb. Kad se prekine intenzivna skrb, djeci treba omogućiti da su u toplom, da imaju odgovarajuću prehranu te da se s njima postupa dostojanstveno i s ljubavlju. Roditelje treba poticati da što više budu uz dijete. Hrvatski su perinatolozi u rezoluciji “Za zaštitu materinstva i djece i humanije rađanje” upozorili na to kako je nedonoščetu, koje je nezrelije od najniže granice preživljavanja, potrebno omogućiti *najnužniju skrb*, uz poštovanje njegova dostojanstva i prava na dostojni završetak života.

Kad je liječenje bez nade, kad nema nikakve koristi ili bi kakvoća života bila neprihvatljiva, tada jedino preostaje *palijativna skrb*. Pri donošenju takve odluke svaki slučaj treba zasebno razmatrati i u tom složenom procesu moraju sudjelovati liječnici i roditelji te ostalo zdravstveno osoblje.

Eutanazija u dječjoj dobi

Eutanazija u dječjoj dobi kontroverzno je područje, a odnosi se primarno na djecu koja su se rodila s teškim bolestima. U Belgiji u listopadu 2001. Senat je odobrio eutanaziju uz sljedeće uvjete: dob života viša od 18 godina (dakle, zakon je isključivao djecu iz eutanazije), neizlječiva bolest, opetovani zahtjevi bolesnika, registracija na nacionalnom odboru. Ipak, 13. veljače 2014. Belgija je postala prva zemlja u svijetu koja je usvojila zakon kojim dopušta eutanaziju djece bez obzira na dob, nakon što je Donji dom belgijskog parlamenta usvojio prijedlog zakona s 86 glasova za, 44 protiv i 12 suzdržanih. Belgijski senat velikom je većinom glasova usvojio prijedlog tog zakona još u prosincu 2012. godine (6, 7). Sada se čeka da belgijski kralj stavi svoj potpis na zakon, što se inače smatra formalnošću. Taj zakon

o dječjoj eutanaziji predviđen je za djecu koja su smrtno bolesna i nemaju izgleda za izlječenje, a zbog svog stanja trpe patnje. Predviđeni su za takvu odluku pristanak roditelja, stručno mišljenje troje liječnika, kao i mišljenje jednog psihologa koji će utvrđivati razumije li dijete što to znači. Smatra se kako se time daju prava smrtno bolesnoj djeci da umru dostojanstvenom smrću „krajnjim izrazom humanosti“. Navodi se da već postoji eutanazija u smrtno bolesne djece u belgijskim bolnicama, te da taj zakon neće dovesti do porasta u medicinski potpomognutoj smrti kod bolesne djece, već će zaštititi liječnike od kaznenog progona.

Belgija je legalizirala eutanaziju odraslih osoba 2002. g., za one koje trpe dugotrajne i nepodnošljive fizičke ili mentalne patnje koje nije moguće ublažiti. Već je tada u prvotnom prijedlogu zakona eutanazija za maloljetnike bila predviđena, ali je ta mogućnost napuštena zbog straha od negativnih reakcija u javnosti. Prema pisanju New York Timesa eutanazijom se u Belgiji prekine život više od 1.000 bolesnika godišnje, što čini 2 posto od ukupnog broja smrtnih slučajeva. Većinom se radi o ljudima preko 60 godina starosti koji boluju od (generaliziranog) karcinoma. U 2012. godini u Belgiji je zabilježeno 1.432 slučaja smrti eutanazijom, što je porast od 25 posto u odnosu na 2011. godinu. Svećenstvo kršćanskih, muslimanskih i židovskih vjerskih zajednica u Belgiji upozorilo je na veliku opasnost da ne bi eutanazija djece poprimila nedokučive razmjere. Uoči glasovanja o zakonu, čelnici vjerskih zajednica u Belgiji zajedničkom su ga izjavom osudili i pozvali su na molitvu i post protiv njega.

Pitanje dječje eutanazije podijelilo je i stručnu javnost. U prosincu je skupina pedijatarata poslala otvoreno pismo u kojem podržava pravo maloljetnika da odlučuju o svojoj smrti. U pismu je navedeno sljedeće: „Poučeni smo iskustvom kako u slučajevima teške bolesti i predstojeće smrti maloljetnici vrlo brzo dosegnu visok stupanj zrelosti do te mjere da su nekada sposobniji razmišljati o životu i izraziti se puno bolje nego zdravi odrasli.“ No prošlog je tjedna druga grupa od 175 pedijatarata poslala svoje otvoreno pismo javnosti u kojem traže kako o svemu treba bolje razmisliti prije nego se donese tako nepromišljena odluka. Prema njima ne postoji „nikakva stvarna potreba“ za donošenjem takvog zakona na području skrbi za smrtno bolesnu djecu, jer je medicina napredovala toliko da djeca u sustavu palijativne skrbi ne pate dok im se smrtni čas približava. Tvrde da još nitko od njihovih malih pacijenata nije spontano i svjesno izrazio želju za eutanazijom. U pismu je navedeno kako će davanje prava na eutanaziju maloljetnicima samo pogoršati stres i patnju, koju u teškim trenucima za svoje dijete proživljavaju roditelji i ostala obitelj (10).

Eutanazija u dječjoj dobi je ilegalna, osim sada u Belgiji, a u Nizozemskoj se može provesti pod posebnim uvjetima, što je sadržano u Groningenskom protokolu. Taj

se protokol odnosi na slučajeve u kojima treba donijeti odluku treba li aktivno završiti život novorođenčetu. Tu se novorođenčad dijeli u tri skupine: 1) novorođenčad bez izgleda za preživljavanjem; novorođenčad koja umiru ubrzo po rođenju, neovisno o optimalnoj modernoj medicinskoj skrbi - takvi su slučajevi hipoplazija pluća ili bubrega; 2) novorođenčad s vrlo lošom prognozom koja ovise o intenzivnoj skrbi, koja može preživjeti po intenzivnoj skrbi, ali su izgledi za život loši i loša kvaliteta života - to je novorođenčad s teškim abnormalnostima mozga ili teškim oštećenjima organa nastalim zbog ekstremno teške hipoksemije; 3) novorođenčad s beznadnom prognozom pri čemu će roditelji i liječnici neizmjerljivo patiti - takav je primjer *spina bifida*, čija je prognoza izuzetno loša unatoč kirurškim zahvatima, i u kojih nema izgleda za poboljšanje.

Parlamentarna skupština Vijeća Europe oštro je osudila proces ozakonjenja dječje eutanazije u Belgiji. Deklaracijom koju je 30. siječnja 2014. godine potpisalo 58 zastupnika pokušalo se spriječiti donošenje zakona. U Deklaraciji stoji kako se na taj način „izdaje najranjiviju djecu u Belgiji prihvaćajući da njihovi životi ne mogu više nikada imati nikakvu prirodenu vrijednost ili cijenu, te da trebaju umrijeti. Također je loša pretpostavka kako su djeca sposobna dati odgovarajući informirani pristanak za eutanaziju i ne mogu razumjeti teško značenje i složene posljedice povezane s takvom odlukom“.

Kritičari zakona također upozoravaju kako se zakon o eutanaziji za odrasle u Belgiji već zloupotrebljava i da je izmakao kontroli. Primjerice, posljednja istraživanja koja se odnose na zakon o eutanaziji u Belgiji iznijela su kako se 32 % slučajeva eutanazije radi bez zahtjeva pacijenta, dok se u belgijskoj pokrajini Flandriji događa 47 % neprijavljenih slučajeva liječnički potpomognute smrti. Osim Belgije, eutanazija za maloljetnike postoji još u Nizozemskoj od 2002. godine, što se odnosi na djecu dobi od navršениh 12 godina naviše. Od tada je samo petero djece zatražilo takvu mogućnost. Strahuje se kako će se nakon Belgije i Nizozemske praksa donošenja sličnih zakona proširiti i na druge zemlje, kao što je to slučaj s kanadskom pokrajinom Quebec, gdje se upravo priprema donošenje zakona o eutanaziji po uzoru na Belgiju.

Zastupnica Flamanskih liberalnih demokrata, podupirući zakonski prijedlog izjavila je kako *nije riječ o smrtnim injekcijama djeci, već je riječ o djeci s neizlječivim bolestima, čija se smrt bliži i koja trpe velike bolove*. Navela je kako u zakonu postoje mehanizmi koji priječe zlorabu.

Djeca koja žele okončanje vlastitog života moraju imati „*sposobnost razlučivanja*“, piše u zakonu, koji propisuje i da psiholozi moraju ispitati dijete i potvrditi da ono zna o čemu je riječ. Odluku djeteta o eutanaziji moraju potvrditi i roditelji.

Zagovornici zakona tvrde da to štiti vrlo mladu djecu i adolescente koji nisu zreli za takvu odluku. Zakon o eutanaziji djece podupire velik dio javnosti u toj zemlji, u kojoj je eutanazija za odrasle ozakonjena 2002. godine. Prvi zakon o eutanaziji u svijetu donesen je pod pokroviteljstvom bivše nizozemske ministrice zdravstva E. Borst. U Nizozemskoj se počeo primjenjivati 2002. godine i za djecu dobi od 12 godina naviše, dok je u ranijoj dobi taj postupak ilegalan.

Neke zakonske regulative završetka života

a) Vijeće Europe

U spisima Glavnog tajništva Vijeća Europe (3) upućenih Ministarstvima zdravlja jasni su stavovi o eutanaziji: zakonski se mora dopustiti obustava terapije koju bolesnik ne želi, jer rezultira produženjem patnji. To nije samoubojstvo koje je potpomognuo liječnik ili ubojstvo iz milosrđa, već prepuštanje bolesti da ide svojim prirodnim tijekom. Liječnički zahvat koji bi imao za svrhu namjeren prekid života neetičan je. Volja bolesnika u ovom slučaju zakonski ga 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 (3).

b) Mađarska

U Ustavu je naglašeno pravo na život i ljudsko dostojanstvo, ali ne i pravo na smrt. Etički kodeks Mađarske liječničke komore usvojen 1998. definira eutanaziju sljedećim riječima: “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, nisu ovlašteni za oduzimanje života bilo kojem ljudskom biću. Akcije usmjerene na dovršavanje ljudskog života inkompatibilne su s 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 bola i smanjenje patnji, pravo na obavještenost, pravo na samoodređivanje, pravo na odbijanje liječenja”. Oblik odbijanja je reguliran: bolesnika 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 odbija liječenje. No bolesnici koji odbijaju agresivnije liječenje i dalje imaju pravo na olakšavanje bola i patnje. U Mađarskoj od 1998. postoji i mogućnost pisanja oporuke za život, kojom se unaprijed odbijaju neki oblici liječenja, npr. 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 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 bola, 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 (3).

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 savjesti, a u skladu s načelima izrečenim u ovom članku. Ako uvjeti informiranosti i svijesti nisu prisutni, liječnik mora učiniti sve da produži život bolesnika koliko god on bio malo vrijedan i predstavljao samo produžavanje patnji. Neopravdanim 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". Konsenzus nije postignut u pokušaju definicije tko ima pravo odrediti što je to besmisleno liječenje - liječnik ili bolesnik? Konačno se prišlo tome da se u raspravu obavezno uključuju sami bolesnici i njihove obitelji, odnosno opunomoćenici.

U okviru Konferencije o ključnim problemima u palijativnoj skrbi i o njihovu 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 definirati uvjete u kojima bi trebalo obustaviti hidraciju, prehranu, kardijalnu, antihipertenzivnu, antidijabetsku, antikoagulantnu terapiju, terapiju uremije, respiratornu pomoć.

U Hrvatskoj u 2002. godini, nakon 6 godina postojanja hospicijskog pokreta, nije bilo uopće hospicija. Ipak, već rade hospicijski timovi kućne skrbi i odvijaju se organizirani posjeti u domovima umirovljenika, s ciljem postupnog razvitka palijativnog odjela, ali isključivo s dragovoljcima.

Rasprava

Prema naprijed navedenim definicijama (11) eutanazija je djelo koje je provelo zdravstveno osoblje, koje dovodi do smrti bolesnika. Mišljenja sam da nitko nema pravo oduzeti tuđi život. Poredoš i sur. na početku članka „Eutanazija - ubojstvo modernog doba“ pišu kako svako ljudsko biće ima pravo na život, koji često postaje predmetom manipulacije (5).

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 (9, 10).

Aktivna eutanazija je po mom mišljenju neprihvatljiva i nedopustiva. I u velikoj većini zemalja eutanazija je nedopustiva i ispravno se kvalificira kao ubojstvo. Zanimljivo je da je čak 47,1 % anketiranih u Hrvatskoj izjavilo da podržava eutanaziju, ne podržava je 33,1 %, a nema o tome svoje mišljenje 19,8 %. No, autori ispravno zaključuju kako prakticiranje eutanazije uništava temelje vrijednosnog sustava, kao i čitavu ljudsku zajednicu. Tolerantan razgovor i odgovorno sučeljavanje argumenata u budućnosti će možda konfrontirati promišljanju o iznimnom pravu na eutanaziju, kao i o sprječavanju zlouporabe toga prava.

U literaturi je naglašeno: kada bolesnik zaželi eutanaziju, on zapravo ne želi smrt, već želi gubitak bolova i patnji. Postoje aktivna i pasivna eutanazija. Aktivna eutanazija je zlodjelo. Pasivna bi bila bazirana na nepružanju pomoći teško bolesnom, primjerice nedavanjem tekućine intravenskom infuzijskom primjenom, nedavanje antibiotika u septičnom stanju u bolesnika koji, primjerice, boluje od generalizacije karcinomske bolesti i sl., nedavanju lijekova bez kojih bolesnik ne može živjeti i slično. Pasivna eutanazija također je zlodjelo.

Jednom je na predavanju liječnik iznio primjer iz prakse: bolesnik je bolovao od karcinoma debelog crijeva s bolnim koštanim metastazama. Naglo se razbolio od akutnog infarkta miokarda, praćenog zastojem rada srca. Primljen je u hitnoj službi u kliničku bolnicu, cijelim je putem do prijama reanimiran, toga dana prijama na odjelu reanimiran je u više navrata, defibriliran je preko 30 puta. Postupak je bio uspješan, pacijent je izašao iz bolnice za 3 tjedna na svojim nogama i živio je još 2 godine sa svojom obitelji. Primjenom ionizirajućeg zračenja kostiju po izlasku iz bolnice, koštane metastaze dovedene su u relativnu kontrolu, kao i bolovi. Preminuo je od posljedica karcinoma debelog crijeva, a ne od posljedica infarkta miokarda.

Mišljenja sam da je pasivna eutanazija nedopustiva. Liječnički poziv vezan je uz pomaganje bolesniku, a dok god je čovjek živ, ima i nade za njegovo poboljšanje zdravstvenog stanja, o čemu govori i navedeni primjer. Primjena jakih sredstava protiv bolova, npr. morfina može prekinuti život zaustavljanjem disanja i zaustavljanjem rada srca, što ovisi o dozi, no mišljenja sam da, ako se morfin primjenjuje, to treba učiniti zato da bi se smanjili ili suzbili bolovi, a nikako zato da bi se bolesnika lišilo života. Prema mnogim autorima bol je simptom kojeg se bolesnici najviše boje. No na današnjem stupnju medicine, bol se može suzbiti u više od 90 %. Bolesniku treba pomoći dok živi kako bi kvalitetno živio, a ne treba mu pomoći umrijeti. Umirući bolesnici gotovo nikada ne govore o samoubojstvu ili o aktivnoj eutanaziji.

Vrijednosti ljudskog života osnovne su vrijednosti koje čovjek i svako živo biće imaju, tj. vrijednost postojanja. Poznata su samoubojstva zbog neizdrživih bolova. Opetovano se čuje izjava: “Ne bojim se smrti, bojim se umiranja i uz umiranje vezane patnje”.

Pojam *autonomnosti čovjeka* u praksi je često vrlo relativan. Teško je odlučivati i u aktualnom trenutku i za aktualni trenutak, jer je rijedak 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, jer neki zauzimaju sljedeći stav: *kad mi se smrtni događaj dogodi, nemojte me oživljavati* (piše: DNR – engl. *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, ali i etika i moral službujućeg liječnika.

Kada se govori o eutanaziji, očito se radi o mnogoznačnom problemu. Smatram da se treba protiviti legalizaciji eutanazije kao opasnom i kao nepotrebnom rješenju. Umjesto toga treba razvijati palijativnu skrb u svim njezinim aspektima, pa ni razmišljanje o eutanaziji neće biti potrebno. 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.

Zaključak

Iako je eutanazija velik i kompleksan problem, kao što interakcija mnoštva različitih čimbenika može biti u podlozi razmišljanja o tom činu, aktivna kao i pasivna eutanazija u djece su neprihvatljive i nedopustive. U slučajevima kad je to indicirano, treba se prikloniti palijativnoj skrbi.

LITERATURA

1. Frković, Aleksandra, Wickerhauser-Majer, Teodora. »Bioetička razmatranja o palijativnoj skrbi u novorođenačkoj dobi«, *Paediatrica Croatica*, 50 (1/2006), str. 1-6.
2. Jušić, Anica. *Bioetika umiranja: bioetika u teoriji i praksi*, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 2001.
3. Jušić, Anica. »Eutanazija«, *Revija za socijalnu politiku*, 9 (3/2002), str. 1-10.
4. Gordjin, Bert, Ten Have, Henk (ur.), *Medicine, Health Care and Phylosophy*, Springer, New York, 2012.
5. Poredoš, Daša. »Eutanazija: ubojstvo modernog doba«, *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 53 (1/2003), str. 215-224.
6. <http://bljesak.info/rubrika/vijesti/clanak/belgija-dopustila-eutanaziju-i-za-djecu/76845> (14. prosinca 2014.)
7. <http://time.com/7565/belgium-euthanasia-law-children-assisted-suicide/#ixzz2tyreLGd8> (14. prosinca 2014.)
8. Pessini, Leo. *Distanzija – do kada produžavati život?* (s portugalskog jezika preveo R. Runko), Adamić d. o. o., Medicinski fakultet Rijeka, Hrvatsko bioetičko društvo, Rijeka 2001.
9. Bruno, Marie-Aurelie, Schnakers, Caroline, Damas, Francois, Pellas, Frederic, Lutte, Isabelle, Bernheim, Jan, Majerus, Steve, Moonen, Gustave, Goldman, Serge, Laureys, Steven. »Locked-in syndrome in children: Report of five cases and review of the literature«, *Pediatric Neurology*, 41 (4/2009), str. 237-246.
10. Beers, Mark H., Porter, Robert S., Jones, T. V., Kaplan, Justin L., Berkwitz, M. (ed.). »Child maltreatment: suicidal behaviour«, u: *The Merck Manual of Geriatrics*, 18. izdanje, Whitehouse Station, New Jersey 2006, str. 2507-2512.

11. Beers, Mark H., Porter, Robert S., Jones, T. V., Kaplan, Justin L., Berkwits, M. (ed.). »Suicidal behaviour«, u: The Merck Manual of Geriatrics, 18. izdanje, Whitehouse Station, New Jersey, 2006, str. 1741-1744.
12. Zurak, Niko. »Eutanazija«, *Liječnički vjesnik*, 123 (2001), str. 39-46.
13. The European Association of Palliative Care (EAPC) Ethics Task Force, 2003.
14. World Health Organisation (WHO) Geneva, *Olakšavanje boli izazvane rakom i palijativna skrb kod djece* (prijevod s engleskog jezika), Hrvatsko društvo za hospiciju/palijativnu skrb, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2001.

Din Durakovic

Euthanasia in a childhood

ABSTRACT

The paper deals with the definitions of euthanasia, and attitudes towards euthanasia in different countries. Active euthanasia, passive euthanasia or orthothanasia, dysthanasia, indirect euthanasia, and assisted suicide on request are pointed out. A special attention is given to hospice care, palliative medicine and palliative care, with a special reference to euthanasia in newborn infants and in childhood. Some law regulations regarding the end of life in some parts of the world are presented separately.

Euthanasia is a multifactorial problem. The legalization of euthanasia should be opposed as unnecessary and dangerous solution. Instead, palliative care in newborn infants and children in all its aspects should be developed. It is necessary to promote educational programs in palliative medicine and care, the establishment of palliative care units for children, and holistic approach to man and his close community in all medical areas.

Although euthanasia is a big and complex problem, as the interaction of many different factors may be underlying debate about the act, active euthanasia in newborn infants and children is unacceptable and intolerable, as is unacceptable at any age. In the clinically indicated cases palliative care should be selected.

Keywords: newborn infants, childhood, euthanasia, active, passive, dysthanasia, indirect euthanasia, assisted suicide on request, hospice care, palliative medicine, palliative care.

