

др Весна Клајн-Татић,  
научни сарадник Института друштвених наука у Београду

## ПРАВО УМИРУЋЕГ ПАЦИЈЕНТА ДА ОДБИЈЕ УПОТРЕБУ ИЛИ ДА ЗАХТЕВА ОБУСТАВУ МЕДИЦИНСКИХ МЕРА КОЈИМА СЕ ОДРЖАВА У ЖИВОТУ

У раду се разматра проблем односа правних дужности лекара према умирућем пацијенту и пацијентовог права на лични избор и самоодређење у односу на властито тело и живот, односно на властиту смрт. Улази се у дискусију о менталној способности и праву пацијента да донесе одлуку да пристане, односно да одбије медицинске мере којима се његов живот вештачки продужава и дужностима лекара да обавести пацијента о облицима и ризицима лечења.

Писац, затим, истражује којим се етичким и правним правилима руководи медицинска и правна пракса у доношењу одлуке о употреби, обустави или непредузимању мера којима се умирући пацијент одржава у животу.

Кључне речи: *Вештачко продужавање живота. - Еутаназија. - "Достојанствена смрт". - Право избора.*

*"Ја сам одувек држао да је исто толико језиво колико и карактеристично што је Кафка једини европски геније који се уистину и несумњиво растао од света... правом "последњом речи"; кад више није могао подносити болове, подсетио је свог пријатеља и лекара др Клопштока на његово обећање да ће му, кад дође до тога, дати смртоносну ињекцију опијума, а кад је овај оклевао, Кафка му је рекао: "Убијте ме - јер ћете иначе постати убица!" Ко би још могао, осим њега, у последњој агонији телесних мука послати у ваздух такву пламену муњу - да ли се то некоме свиђало или се не свиђало."*

Вили Хас (1)

### 1. УВОД

1. Скорашња достигнућа у медицини и биомедицинским наукама омогућују да се данас умирући пацијент одржава у животу много дуже него што је то раније икада било могуће. Пацијент у коме може бити одржаван у животу за неодређено време. Помоћу савремене меди-

(1) Цит. у: Миодраг Б. Шијаковић, *Франц Кафка - сведок нашег отуђења*, Београд, 1986, стр. 179.

цинске технологије, а нарочито помоћу инфузија, респираторних уређаја и машина које замењују срце и плућа, лекари су у стању не само да краткорочно премосте престанак рада срца и парализу дисања, него и да вештачки надокнаде изостанак других функција током дужег времена (2).

2. С друге стране, развој нових техничких уређаја и медицинских поступака који омогућују вештачко продужење живота и пресађивање људских органа, побудили су интересовање и бригу законодавца за проблем еутаназије или "убиство из милосрђа", који је једно време био сасвим запостављен. Еутаназија се односи како на ублажавање процеса умирања, тако и на проузроковање саме смрти (3). Нови увид у процес умирања присилили су правнике да ревидирају дуговечну правну дефиницију смрти. Осим тога, неједнака примена поступака за пролонгирање живота изискује надзор над професионалним дужностима лекара према њиховим умирућим пацијентима. Као што рече један немачки професор права: "Смрт је сувише важна да би се медицинска професија оставила на миру." (4). Због нових начина лечења тешких болесника, који област смрти гурају далеко преко граница природног, постало је нужно редефинисати правне дужности лекара према умирућим пацијентима, као и право пацијента на лични избор и самоодређење у односу на властито тело и живот, на "достојанствену смрт" у ситуацији неизлечиве, смртоносне болести. Другим речима, достигнућа у области медицине покренула су читав низ нових питања која се тичу законитог и моралног односа наспрам умирућег пацијента. Најпре: када престаје професионална дужност лекара да одржи пацијентов живот средствима медицинске технологије? Друго: може ли лекар преписати болеснику лекове који ублажавају његов бол, али му скраћују и живот? Може ли доктор прекинути лечење на изричит захтев свог пацијента? Ко разматра лекареву одлуку да прекине вештачко одржавање живота?

У овом раду покушаћемо да укажемо на неке од одговора које на постављена питања нуде савремено законодавство, медицинска и правна пракса и теорија.

## II. ПАЦИЈЕНТОВО ПРАВО САМООДРЕЂЕЊА У ОДНОСУ НА ВЛАСТИТИ ЖИВОТ

### 1. Дужности лекара према умирућем пацијенту

1. У начелу, лекарске дужности укључују лечење, профилаксу и ослобађање од бола. Но, кад се ради о неизлечивом и умирућем пацијенту, те се професионалне обавезе донекле модификују. Јер, доктор се мора концентрисати на ублажавање патње и пружање помоћи пацијенту током процеса умирања. У тој фази неизбежно се суочавамо са проблемом еутаназије или "убиства из милосрђа" (5). Пре него што се

(2) Види о томе: Ervin Deutsch, *Extremisituationen: Notfall, Intensivmedizin, Sterbehilfe, Todeszeitpunkt, Sektion*", у делу: *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, Berlin, 1983, XII, стр. 153-155.

(3) Ervin Deutsch, "Euthanasia: A German View", у делу: *Euthanasia*, Edited by A. Carmi, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo, 1984, стр. 92. (у даљем тексту: E. Deutsch, *Euthanasia*).

(4) Цит. према: *ibid*, стр. 91.

(5) *Ibid.*, стр. 92.

задржимо на неким специфичним аспектима еутаназије, потребно је да изнесемо неке идеје које садрже законски прописи у већини правних система, а који устанављавају стандарде који се тичу питања живота и смрти.

2. И у континенталним и у англосаксонским правним системима, људски живот се сматра врхунском вредношћу друштва. Тако је и по уставима и по кривичним законима. Мада кривични законици не прописују казне због покушаја самоубиства, будући да поштују озбиљну одлуку да неко сам себи одузме живот, они држе да је то злочин за сваког другог ко убије, чак и на изричит захтев жртве. То се образлаже тврдњом да постоји битна разлика између самог захтева жртве да је убије неко други и стварног убијања себе. Такође, право налаже дужност супругу, родитељу и доктору да заштите туђи живот. Докле год закон буде заинтересован, одговорност мора постојати и за намерно и за ненамерно убиство другог (6).

Сходно томе, члан 113. Швајцарског казненог законика третира еутаназију као привилеговано убиство на захтев жртве: "Онај ко на озбиљан, упоран захтев неке особе пружи овој смрт, казниће се затвором до пет година" (7). Право Велике Британије не инкриминише посебно еутаназију, али је третира као убиство са предумишљајем (8). У кривичним законима Грчке, Данске, Исланда, Финске и Немачке, изричити захтев жртве да јој се скрате болови, односно да буде лишена живота третирају се као олакшавајуће околности, док се дело, само по себи, кажњава као кривично дело убиства с предумишљајем (9). Француски кривични законик не помиње еутаназију као посебно кривично дело, јер се ту стичу два основна елемента убиства: уништење човековог живота и намера да се проузрокује смрт. Мотиве извршиоца закон не узима у обзир, будући да признаје само оне олакшавајуће околности које се могу објективно доказати. Закон не признаје "самилост", а сагласност жртве је без вредности (10). Кривични закони СР Југославије не садрже никакву одредбу о еутаназији, јер убиство из милосрђа третирају као свако друго убиство. Да ли ће се у пракси еутаназија сматрати као олакшавајућа околност, то је фактичко питање јер суд слободно цени изнете доказе (11).

Једина европска земља која је, под одређеним околностима, недавно дозволила "убиство из милосрђа", јесте Холандија. Тако је после Кине и многих делова Сједињених Америчких Држава, Холандија постала прва европска земља са најтолерантнијом политиком у овој области. Било је за очекивати, а тако се и догодило, да ова одлука отвори врло емотивну расправу о пракси која није законита ни у једној европској земљи, иако судови у многим од њих толеришу скраћивање мука

(6) *Ibid.*, стр. 91.

(7) Олга Јелачић - Бранко Толић: *Еутаназија (деонтолошки и правни проблем)*, "Наша законитост", 1976, бр. 2, стр. 48.

(8) *Ibid.*

(9) *Ibid.*

(10) *Ibid.*, стр. 49.

(11) Члан 47. КЗ Србије, "Службени гласник СР Србије", бр. 26/1977; члан 28. КЗ Војводине, "Службени лист САП Војводине", бр. 17/1977; члан 30. КЗ Косова, "Службени лист САП Косова", бр. 20/1977. и, члан 39. КЗ Црне Горе, "Службени лист СР Црне Горе", бр. 22/1977; Види о томе и: "Политика", понедељак, 1. март 1993, стр. 11.

безнадежно оболелима, односно показују наклоност према њеном практиковању или често пред њом затварају очи (на пример, Немачка, Белгија, Велика Британија, Данска) (12).

3. Како ни болест, ни мука, ни умирање нису нови, то ни питања која покреће еутаназија нису скорашња. Еутаназија је дело које је чињено и раније, а чини се и данас често од стране доктора у већини земаља. То не може бити сузбијено, нити би требало да буде. С друге стране, расправе за и против еутаназије воде се од античког доба па све до данашњих дана, од стране филозофа, етичара, правника, књижевника, лекара, лаика и болесника (13). Међутим, ниједна земља нема националну, систематски сакупљену званичну статистику која би показала колико су учестали захтеви умирућих пацијената за еутаназијом, односно помоћи у умирању. Ипак, подаци који постоје показују да међу разлозима за молбу јасно предњаче малигнитет, патња без перспективе за побољшање, и неподношљива бол (14).

Док неки мисле да је еутаназија увек погрешна и да треба да остане незаконит чин, чињенице у многим случајевима умирућих пацијената су присиљавајуће и изнуђујуће. Наиме, лекари јој прибегавају у околностима када је то једини начин да испуне пацијентову жељу да му се прекине патња и када не постоји ништа више што би они могли учинити. Акцент се ставља на бескорисност даљег медицинског старања о пацијенту, јер то старање не досеже више до субјекта о коме је реч. Старање о ономе који умире постаје исто тако бесциљно као што су били бесциљни и ранији медицински покушаји да се спасе или излечи неизлечиви болесник. Јер поклон није поклон ако се не прими (15).

Према томе, не постоје ни моралне ни законске сумње да лекар може и мора ублажити пацијентову патњу, у случају кад симптоми болести прете да погоршају његово стање (16). У суочавању са смрћу, и продужење живота и квалитет живота представљају променљиве вредности. И право и етика признају да у очима пацијента квалитет живота може имати предност над дужином живота. Човек који умире може желети да се ослободи свога бола чак и по цену живота. Ипак, и у овој ситуацији карактеристичан је конфликт професионалних обавеза лекара: дужности да олакша патњу и задржи квалитет пацијентовог живота на најбољем могућем нивоу, и дужности да одржи пацијентов живот све дотле док је то могуће (17).

(12) Види: "Политика", субота, 13. фебруар 1993, стр. 5.

(13) *The Kidness That Kills*, "The Economist", September 26<sup>th</sup> 1992, p. 17 (у даљем тексту: "The Economist")

(14) Dirk J. van de Kaa: *Human Rights, Terminal Illness and Euthanasia*, у: "Population and Human Rights", United Nations, New York, 1990 (Geneve, 3-6 April 1989), стр. 189 и сл. (у даљем тексту: Dirk J. van de Kaa у: "Population and Human Rights"); Анкета која је спроведена у децембру 1991. у Данској, показала је да чак 57 % испитаника сматра да је смртосна ињекција "добро и прихватљиво решење" за смртно оболеле који желе да скрате своје патње (цит. према: "Политика", субота, 13. фебруар 1993, стр. 5.)

(15) Упореди: "The Economist", p. 17; Paul Ramsey: *The Patient as Person: Exploration in Medical Ethics*, 120-123 (1970), у делу: Judith Arceen, Patricia A. King, Steven Goldberg, Alexander Morgan Capron: *Law, Science and Medicine*, Mineola, New York, 1984, p. 1199 (у даљем тексту: *Law, Science and Medicine*)

(16) E. Deutsch, *Euthanasia*, стр. 92.

(17) *Ibid.*

4. Да бисмо рекли од ког тренутка еутаназија може бити извршена, морамо дефинисати процес умирања у појмовима времена. Тешкоће овог задатка изгледају несавладиве зато што поједини органи престају да функционишу у различитим временским тренуцима. Због тога смо суочени са разним дефиницијама смрти, мада се оне данас ослањају најчешће на престанак мождане функције и престанак крвне циркулације. Време од којег медицинска помоћ у умирању може бити пружена зависи искључиво од околности конкретног случаја. Али најпре мора бити установљено да пацијент пати од неизлечиве органске болести која неизбежно води ка смрти, да је смрт блиска или, у најмању руку, предвидљива (18).

Лекари су најпре дужни да се усредсреде на ублажавање патњи умирућих. У светлу овог приоритета, њима је допуштено да примене методе лечења које скраћују пацијентов живот све дотле док оне служе ублажавању његових болова. Тај вид медицинске помоћи у умирању упућује на "чисту" или "активну" еутаназију. То је једини случај у коме данашњи правни системи допуштају да се смрт проузрокује позитивним медицинским чином. Сваки други облик активне помоћи пацијенту у умирању позитивна законодавства забрањују (19).

Разлози хуманости налажу лекару обавезу да заштити крај пацијентовог живота, чија је личност умно мртва. У том случају су дефинитивно окончани услови за постојање човека као личности. Ако код пацијента наступи неповратни прекид свих можданих функција, одређених у складу са прихваћеним медицинским стандардима, личност је медицински и правно мртва. Зато у случају мождане смрти, лекар може окончати интензиван медицински третман тако што ће искључити уређај који је одржавао пацијентов живот. Са наступањем мождане смрти престаје дужност лекара да пацијента и даље лечи (20).

Поставља се, међутим, питање шта су дужности лекара према пацијенту који се налази у истрајном вегетативном стању. То је стање у коме пацијент нема контакт са околином, али делови његовог мозга настављају да живе. Када је у чувеном случају Quinlan Врховни суд Државе Њу Џерси одлучивао о "оптималном лечењу" пацијенткиње чији је живот одржаван средствима медицинске технологије, он је стао на становиште да "жаришна тачка одлуке" - да ли престати са изванредним напорима да се сачува живот - "треба да буду прогнозе разумне могућности повратка и спознајни, умни живот, а не присилно настав-

(18) *Ibid.*

(19) *Ibid.*

(20) Критеријум тзв. *иреверзибилне (неповратне) коме* развио је 1968. године *Ad-hoc committee* Универзитета Харвард. Потребно је да се престанак можданих струјних акционих потенцијала утврди путем EEG-а (A definition of irreversible come J.A.M.A. 68, 337); види о дефиницији смрти и: *Uniform Determination of Death Act*, 12 у U.L.A. 236 (Spr. 1983): "Једна особа код које се одржава или (1) иреверзибилни престанак циркуларних и респираторних функција или, (2) иреверзибилни престанак свих функција целог мозга, укључујући мождани прекид, јесте мртва. Утврђивање смрти мора бити начињено у складу са прихваћеним медицинским стандардима". (О томе види у делу: "Law, Science and Medicine", p. 1063-1076); види о интензивном третману и можданој смрти и: *Deutsch Ervin: Arztrecht und Arzncimittelrecht*, 2. Aufl., Berlin, 1991, стр. 194 (у даљем тексту: E. Deutsch: *Arztrecht und Arzncimittelrecht*).

љање биолошке вегетативне егзистенције” (21). Такође, у случају *Dinnerstein*, Апелациони суд Масачусета је заузео став да ”продужавање живота не значи пуко спречавање чина умирања, већ намера да се ослободе симптоми који би омогућили враћање нормалној, функционалној, интегралној егзистенцији” (22).

5. Из свега изложеног ваљало би закључити да су у савременој медицинској пракси за помоћ у умирању од значаја три руководећа принципа: активна помоћ у умирању начелно је недопуштена; смртно болесном човеку треба, уколико је то могуће, дати шансу да хумано умре; сем тога, такав болесник треба да буде господар над властитом смрћу (23).

## 2. Пацијентово право на ”достојанствену смрт” у ситуацији неизлечиве, смртоносне болести

1. Међународни прописи о људским правима, као што су Општа декларација о људским правима из 1948. године (члан 3.) и Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода из 1950. године (члан 6.1.), афирмишу право на живот као лично, неотуђиво право, али не и право на ”умирање са достојанством”, односно право на властиту смрт. Међутим, ти прописи не баве се правом на онемогућавање, ако неко жели да одузме себи сопствени живот, или правом да се одбије медицински третман нужан за продужавање живота. Нај-после, они се не односе ни на ситуацију у којој је живот човека окончан са његовим личним пристанком (24).

Будући да су ови прописи донети релативно давно, није необично што су се у међувремену неке идеје у свести људи промениле. Тако су данас све гласнија мишљења о потреби заштите права личности. У томе склопу и захтеви за еутаназијом и ”достојанственом смрћу” имају све више поборника. Међу медицинским лаицима, филозофима, етичарима и правним теоретичарима који не признају да је људски живот једно објективно добро, тј. да има вредност или светост сам по себи, у моралном или правном смислу, све више добија на значају идеја о личности човековој (25). *Личност* (од латинске речи - *personalitas*) је особеност, властитост појединца (индивидуума) што га одликује и разликује од свих осталих појединаца јединственошћу и непоновљивошћу. Као рационални, самосвесни чинилац, личност има вољу и способност да

(21) *Matter of Quinlan*, 355 A. 2d 647, 669 (цит. у случају *Barber v. Superior Court*, Court of Appeal of California, Second District 2, 1983, 147 Cal. App. ed 1006, 195 Cal. Rptr. 484, у делу: *Law, Science and Medicine*, p. 1099).

(22) *Matter of Dinnerstein* (1978) 380 N.E., 2 d 134, at p. 138 (cit. у случају *Barber v. Superior Court*, Court of Appeal of California, у делу: *ibid.*)

(23) E. Deutsch: *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 1991, стр. 194.

(24) Dirk J. van de Kaa, у: *Population and Human Rights*, стр. 183 и сл.; 192-194.

(25) Van der Wal, G. A.: *"Bestaat er een recht op sterven? (Does a right to die exist?)"*, у делу: *Euthanasie: Kniepuiten in een discussie (Euthanasia: issues in a discussion)*, G. A. van der Wal, ed. Boarg, Netherlands, Ambo, 1987, p. 146 (cit. prema: Dirk J. van de Kaa, у: *ibid.*, стр. 195 и сл.); види о томе и: H. Tristram Engelhardt: *"Medicine and the Concept of Person"*, in: *Contemporary Issues in Bioethics*, 94-99 (T. Beauchamp and L. Walters eds. 1982), у делу: *Law, Science and Medicine*, p. 1068-1069.

прави лични избор (26). Према томе, право на "достојанствену смрт" изискивало би заштиту битних карактеристика личности у ситуацији у којој се увећава њена патња, губи идентитет и прети обезличавањем (27).

2. Пацијентово право самоодређења произлази из његове способности, као људског бића, да ствара извесну дистанцу између свога живота и себе самог и док тако чини, његов идентитет као појединца је очуван (28). Сходно томе, не би могла бити учињена неправда онима који дају свој пристанак да умру "својом природном смрћу, у своје сопствено време" без сметњи и без тога да постану субјекти једног пролонгираног периода умирања и патње (29). У овом приступу нагласак лежи на праву да се има посебна врста смрти - смрти достојне људског бића и личности која је то била током живота. Као у животу, тако и у смрти, битне карактеристике човека морају наћи свој израз и морају бити обезбеђене, тј. заштићене. Постоји стандардни минимум испод кога људска егзистенција не би никад требало да падне, па ни у последњој фази смртоносне болести. Право "умрети са достојанством" добија тако значење *права на личну смрт* и није више везано за субјективни термин "достојанство" (30). Већина правних система не признаје експлицитно право на самоодређење у овом значењу, али га, по правилу, и не негира. Правом да се умре личном смрћу, експлицитно или имплицитно, признаје се и то да нема колизије између права на живот као неотуђивог права - у смислу да га човек не може уступити, односно пренети на другог - и некоришћења тог права у изузетним околностима, када живљење постаје један неподношљиви терет (31).

3. Пристанак пацијента као битни предуслов за медицински третман и пратеће право да га одбије или да захтева уздржавање од третмана за подупирање живота

#### а) Општи принципи

1. Устави већине земаља у свету гарантују човеку право приватности и слободе од напада на његов телесни интегритет (32). Отуда је за сваку медицинску интервенцију потребан претходни пристанак пацијента. Другим речима, медицинска професија нити сме узурпирати право пацијента на пристанак на лечење, нити сме игнорисати његово одбијање да то учини (33).

(26) *Филозофски речник*. Загреб, 1965, стр. 231; Van der Wal, *ibid.* (цит. према: Dirk J. van de Каа, у: *ibid.*; H. T. Engelherdt, *ibid.* у делу: *ibid.*)

(27) Dirk J. van de Каа, у: *ibid.*, стр. 17.

(28) *Ibid.*, стр. 197.

(29) *Ibid.*, стр. 197-198, 195.

(30) Van der Wal, *op. cit.*, p. 146 (цит. према: *ibid.*, стр. 195)

(31) Dirk J. van de Каа, у: *ibid.*, стр. 198.

(32) Види чланове 22. и 25, став 4. Устава СР Југославије, "Службени лист Савезне Републике Југославије", бр. 1/1992.

(33) Види: члан 10. Закона о здравственој заштити Србије, "Службени гласник Републике Србије", бр. 17/1992.; види о томе и Јаков Радишић: "Неопходност престанка на лечење", у: *Професионална одговорност медицинских посланика*, Београд, 1986, стр. 175-185; Dieter Giesen: "Foregoing Medical Treatment", у: *International Medical Malpractice Law, A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care*, Tübingen, 1988, marg. 932, стр. 456 (у даљем тексту: D. Giesen: "Foregoing Medical Treatment")

2. Доктрина о обавештеној сагласности обавезује лекара да информише пацијента о варијантама (облицима) који постоје у прилазу лечењу. Мада програм лечења мора бити индивидуализован, пошто је сваки пацијент случај за себе, разлике у онеспособљености умирућих пацијената диктирају разлике у начину и интензитету њиховог лечења. У принципу, постоје четири општа степена лечења која лекар треба да узме у обзир и размотри са умирућим пацијентом, његовом породицом и тимом укључених лекара: 1) хитно оживљавање (34); 2) интензивно лечење и настојање да се продужи живот; 3) опште медицинско лечење, које укључује антибиотике, лекове, операције, хемотерапију у случају рака и инфузију и, 4) општа болничка нега и напори да се пацијенту омогући удобност која укључује ослобађање од бола и давање пацијенту воде и хране према његовим потребама (35).

3. Интензивни медицински третман искикује сам по себи пристанак пацијента или његовог правног заступника. Кад се ради о пацијенту без свести, довољан је претпостављени пристанак. Битно је да се овде даје генерални пристанак, док је за поједине мере потребан још, потом, посебан пристанак, ако се ради о мери која је у тој области неуобичајена. Уопште узев, пацијент се може и прећутно сагласити са интензивним медицинским третманом, тако што се не противи предузимању одговарајућих мера (36).

Међутим, пацијент има могућност да интензивни медицински третман одбије. Он то може да учини у тренутку у коме је са одговарајућом мером требало започети. Али, пацијент може и *унапред* да одбије интензивну негу или да то учини преко свог заступника, тј. да заступника овласти да интензивну меру одбије. То се дешава или у тзв. *пацијентовом тестаменту* (Living Will) или преко заступника у правима личности (37). Пацијент једноставно изјави да над њим не треба предузимати мере за продужавање живота, посебно не интензивне мере у безнадежном стадијуму (38). С друге стране, ни један од ових начина одбијања не ослобађа лекара дужности да утврди да ли раније изјављена воља пацијента одговара његовој претпостављеној вољи. Обе те воље (претпостављена и раније изјављена) имају значај индиције да је

(34) Види о томе: Mitchell T. Rabkin, GERAL GILLERMAN and Nancy R. Rice: *Orders Not to Resuscitate*, 295 "New England Journal of Medicine", 634 (1976), у делу: *Law, Science and Medicine*, p. 1232.

(35) Sidney H. Wanzer, S. James Adelstein, Ronald E. Cranford, Daniel E. Federman, Edward D. Hook, Charles G. Moertel, Peter Safer, Alan Stone, Helen Taussig and Jan van Eys: *The Physician's Responsibility Toward Hopelessly Ill Patients*, 310 "New England Journal of Medicine", 955, 958-959 (1984), у делу: *ibid.*, p. 1145-1147.

(36) E. Deutsch: *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, стр. 193.

(37) *Ibid.*

(38) Слично као у Немачкој тзв. *пацијетов тестамент*, тако у САД законодавство о "Природној смрти" ("*Natural Death*"), донето или предложено, допушта умирућим или пацијентима који су неизлечиво и смртоносно болесни да, пре почетка онеспособљености, одбију третман за подупирање живота без уплитања суда (*Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment of Bibliography under United States' President's Commission*) - скраћено DFLST. Ни један лекар или медицинска установа неће бити субјекти грађанске одговорности или криви за било које кривично дело или за непрофесионално понашање ако су, поступајући у складу са захтевима овог закона, узроковали уздржавање или повлачење поступка за подупирање живота квалификованог (ментално способног) пацијента. (цит. према: D. Giesen: "*Foregoing Medical Treatment*", *mag.* 939, стр. 459).



таква воља постојала и да постоји и даље (39). Истовремено, ни право умирућег пацијента да одбије употребу мера којима се он одржава у животу или његов захтев да се те мере обуставе, не лишвају лекара слободе да не прихвати таквог пацијента (40).

## б) Правни статус ментално способног пацијента

1. Предуслов да пацијент, као аутономни појединац, оствари право да свој живот штити, да га чува или да га се одрекне, јесте однос поштовања и обзира околине према његовој болести, муци и умирању. Ако пацијент држи до свог живота, он може тражити, иако се налази у фази умирања, предузимање свих могућих медицинских мера. Ако те мере стоје на располагању, оне се морају предузети, чак и кад лекар сматра да је продужавање патње бесциљно. Живот, као највиша вредност у друштву, не може се сврстати у категорије као што је "користан" или "бескористан" и мора се подржати колико је год могуће, ако је то жеља пацијента (41). Јер, иако је процес његовог умирања у току, пацијент може бити из неких личних или породичних разлога високо мотивисан да продужи свој живот (42).

С друге стране, одрастао пацијент при здравој свести има право да одбије медицински третман, "ма колико неразумно или, чак, глупо ово могло изгледати у очима његових медицинских саветника (43)". У смислу обавештеног избора медицинског лечења, "способним" умирућим пацијентом сматра се онај који схвата релевантне ризике и алтернативе и чија одлука одражава његов промишљен избор, а није резултат привремено искривљеног суда условљеног, на пример, болом, лековима или, метаболичком абнормалношћу, који су утицали на његову способност да врши избор (44).

2. У свим земљама које су узете у разматрање у овом чланку, судска пракса подржава право одраслог пацијента при здравој памети да после прегледа, дијагнозе, савета и консултација, одлучи да ли ће се, ако ће се уопште, подврћи операцији или неком третману. То значи да преовлађује став да је воља болесника, а не спас болесника највиши закон (*Voluntas aegroti, non salus aegroti suprema lex est!*). Јер, само поступање у интересу тела пацијентовог, без признавања да је он, као појединац, централни доносилац одлуке, негирало би сваки индивидуални пацијентов интерес у самоодређивању, способност да формира, мења и тражи своје сопствене планове за живот (45). Када дође до конфликта између пацијентовог права на самоодређење и лекареве дужности да се стара о његовом здрављу, тада би, у начелу, требало да превлада одлука

(39) E. Deutsch, *op. cit.*

(40) Dirk J. van de Kaa, у: "Population and Human Rights", стр. 194

(41) E. Deutsch, *Euthanasia*, стр. 93.

(42) P. Ramsey, *op. cit.*, у делу: *Law, Science and Medicine*, p. 1110; види и: David Jakson and Stuart Younger: *Patient Autonomy and Death With Dignity*, 299 "New England Journal of Medicine" 404 (1979), у делу: *ibid.*, p. 1131.

(43) D. Giesen, *op. cit.*, marg. 934, стр. 456; E. Deutsch, *op. cit.*

(44) M. T. Rabkin, G. Gillerman and N. R. Rice, *op. cit.*, у делу: *Law, Science and Medicine*, p. 1233.

(45) D. Giesen, *op. cit.*, marg. 934, стр. 457.

пацијента, тј. да буде заштићено његово право избора шта ће бити учињено са његовим телом (46).

### ц) Правни статус ментално неспособног пацијента

1. "Неспособним" умирућим пацијентом сматра се онај који није никада био ментално способан или, у најмању руку, није никада изразио своја гледишта о лечењу и нези на коју би пристао, ако се нађе у фази умирања. У правном статусу он је изједначен са "способним" пацијентом. Наиме, у друштву је установљена пракса да се деци, сенилнима, ментално ретардиранима и другим ментално слабима, додељује статус личности (47). Но, за разлику од "способног" пацијента, који је као личност носилац и права и обавеза, "неспособни" пацијент има права, али не и обавезе. Он није морално одговоран чинилац, али се са њим поступа с поштовањем. Корисност овакве праксе лежи у чињеници што је често тешко рећи када је један појединац личност. На пример: колико је потребно да човек буде сенилан, да би се као личност сматрао неспособним да пристане на медицински третман, или да захтева да се он обустави. Другим речима, и "способни" пацијенти могли би се бојати начина на који би се поступало према њима уколико таква пракса не би била установљена (48).

## III. МЕШАЊЕ У ОДЛУКУ О УПОТРЕБИ, ОБУСТАВИ ИЛИ НЕПРЕДУЗИМАЊУ МЕРА КОЈИМА СЕ УМИРУЋИ ПАЦИЈЕНТ ОДРЖАВА У ЖИВОТУ

1. Различите медицинске ситуације у којима је човек принуђен да донесе прецизну одлуку која се тиче живота и смрти безнадежно болесног пацијента, веома су компликоване и изазивају бројне етичке и правне дилеме. Проблеми долажења до одређене одлуке у граничној ситуацији између живота и смрти јако варирају у степену, ако не у врсти, у различитим околностима. Кључни разлог лежи у томе што појединачни избор умирућег пацијента о лечењу или нелечењу не одређује гласање већине, већ сложеност појединачне ситуације гледане из перспективе особе позване да одлуку донесе. Према томе, значајне одлуке о животу и смрти много су комплексније него статистички подаци који би показивали, на пример, да би већина људи у сличној ситуацији у којој је умирући пацијент изабрала лечење, јер то не помаже да се питање реши. Посебно је тешко донети етички и правно утемељену одлуку у ситуацији кад пацијент није у стању да изрази своје жеље у погледу медицинског третмана, а није начинио ни *тзв. тестамент*, затим кад се ради о болеснику који пати али му не предстоји блиска смрт, или ако се пацијентова фамилија не слаже са његовим жељама, или, кад се лекарево мишљење не поклапа са жељама пацијента или његове фамилије (49).

(46) *DFLST 27* (цит. према: *ibid.*, marg. 936-937, стр. 457-458.

(47) Види о томе. Н. Т. Engelhardt, *op. cit.*, у делу: *Law, Science and Medicine*, п. 1069-1072.

(48) *Ibid. y ibid.*

(49) Упореди: Supreme Judicial Court of Massachusetts *In re Saikewicz*, 1977, Mass 728, 370 N. E. 2d 417, у: *ibid.*, п. 1153, 1155; "The Economist", September 26<sup>th</sup> 1992, p. 17.

Сви ови разлози приморали су неке земље да у доношење одлуке о употреби, односно обустави или уздржавању од мера за подржавање живота умирућег пацијента укључе не само чланове његове породице, него и етичке одборе, па чак и јавног тужиоца и судове.

У болницама у којима су установљени одбори за лечење самртника, спроводе се у живот етички принципи о "оптималном лечењу". Ти одбори имају саветодавну улогу. Они помажу лекарима, пацијентима и њиховим породицама у доношењу одлука које се тичу задржавања, укључивања или искључивања уређаја за одржавање живота. У вези са тим у литератури се наглашава да иза потребе да се изађе у сусрет жељама умирућег пацијента да оствари своје право да "умре са достојанством", мора стајати чврст, јасан и доследан *клинички суд лекара*, који је истовремено и професионалан и задрворазумски (50).

2. У Холандији није неуобичајено да се лекар који размишља о еутаназии, саветује претходно са одговарајућим властима, на пример, јавним тужиоцем. Ако јавни тужилац нађе да се лекар придржавао свих стандардних критеријума пажљивости у лечењу свог пацијента, он може одлучити да не подигне тужбу. Но, ако то и учини, пресуда може бити ослобађајућа и то из два главна разлога: непостојања кривице и одсуства незаконитости. Наиме, иако је дело извршено, околности оправдавају чин, мада је дело учињено нема прекршиоца (сукоб савети, виша сила) (51).

3. У многим европским земљама и у САД често се дешава да су судови принуђени да се умешају и донесу одлуку која се тиче обуставе или уздржавања од лечења умирућег пацијента. То бива на иницијативу самог пацијента, који од суда тражи да даваоце медицинске неге присили на предузимање или непредузимање извесних корака, или на иницијативу самих давалаца медицинске неге који траже да суд одлучи о способности или праву пацијента да прекине лечење (52). На питање да ли умирући пацијент може да се изјасни против живота када му се овај вештачки продужава, судови данас спремније одговарају афирмативно. Суочени са потребом да одлучују у граничној ситуацији између живота и смрти, они све чешће усвајају став да се "вредност живота... умањује не са одлуком да се добије третман, већ са пропустом да се способном људском бићу допусти право избора (53)". Улога суда је веома важна и за даваоце медицинских услуга и за саме пацијенте. Како пацијенти, тако и даваоци медицинских услуга (уплашени од грађанске или кривичне одговорности или од губитка дозволе за бављење својом професијом) захтевају правна правила која би одредила ширину права на одбијање медицинског третмана за вештачко одржавање живота.

4. У случају *SATZ v. Perlmutter*, Окружни апелациони суд Државе Флорида је изнео мишљење да се због невероватног напредовања у научној медицини и због свих оних који су укључени у трагедије умирућих пацијената које муче данашње друштво, мора размотрити

(50) D. Jakson and S. Younger, *op. cit.*, y: *Law, Science and Medicine*, p. 1127; 1132.

(51) Cleton-van de Dikkenberg, E. C.: *Terminale zorg en Euthanasie (Terminal care and euthanasia)*, Utrecht, Netherlands; G. G., en G. D., 1989, p. 61 (цит. према: Dirk J. van de Kaa, y: *op. cit.*, стр. 201

(52) D. Giesen, *op. cit.*, marg. 937, стр. 458

(53) Цит. према: *ibid.*, marg. 939, стр. 459-460.

однос права појединца да одбије медицинско лечење према државном интересу очувања живота, према потреби да се заштите невина трећа лица, према дужности да се спречи самоубиство, и према захтеву да се помогне одржавању етичког интегритета медицинске праксе (54). Разматрајући овај однос у поменутом случају, Суд је стао на становишта да ниједан од четири обзира према држави нема предност у односу на индивидуалну жељу самосвесног и разумног пацијента да одбије, односно прекине лечење (55). Постоји, наиме, суштинска разлика између интереса државе да инсистира на спасавању људског живота у случају кад су мучење, бол и патња излечиви, и њеног интереса у односу на пацијента код кога се не поставља питање излечења, него када се и по коју цену његов живот може за кратко продужити (56). Према томе, када одрастао и свестан пацијент тражи искључивање респиратора и када су и одрасли чланови његове породице сагласни са тим, тада је прекидање оваквог лечења далеко од тога да би се могло сматрати узроком његове неприродне смрти; оно ће резултирати у његовој смрти од природних узрока (57). Другим речима, у овом случају несрећна, али ментално способна особа одлучује да не искористи једно од скупих чуда модерне медицинске науке. Таквом пацијенту не треба укинути уставно право слободе избора и самоодређења, задавањем бескрајне лекарске тортуре његовоме телу, све до неизбежног али вештачки и привремено удаљеног момента смрти (58).

5. Кад се од суда тражи да одреди који правни стандарди важе за одлуку о вештачком проудужењу живота ментално неспособног пацијента, тада су његови задаци још деликатнији. Јер, то питање обухвата и два посебна и важна потпитања. Као прво, да ли постоји пацијентово право избора или преовлађује интерес државе да заштити живот по сваку цену. Друго, ако право избора постоји под извесним условима, која разматрања улазе у процес доношења одлуке (59).

У случају *Superintendent of Belchertown v. Saikewicz*, Врховни суд Државе Масачусетс је стао на становишта да се вредност људског достојанства протеже како на ментално способног тако и на ментално неспособног пацијента. Према томе, признаје се генерално право свим пацијентима да у одговарајућим околностима медицинску негу одбију (60). "Најбољи интереси" неспособног лица нису нужно заштићени тиме што му се натурају одлуке способних лица у сличној ситуацији. Већина ментално способних особа које болују од рака пристају, на пример, на лечење хемотерапијом, упркос споредних негативних дејстава и ризика таквог лечења, пре него што допуштају да њихова болест иде својим природним током. У случају *Saikewicz-a*, међутим, који је

(54) *SATZ v. Perlmutter*, District Court of Appeal of Florida, Fourth District, 1978, 362 So 2d 160, affirmed 379 So 2d 359, у делу: *Law, Science and Medicine*.

(55) *Ibid.*, у: *ibid.*

(56) Случај *Superintendent of Belchertown v. Saikewicz*, Supreme Judicial Court of Massachusetts, 1977, р. 425-426 (цит. у случају *SATZ v. Perlmutter*), у: *ibid.*, р. 1121.

(57) *In re Saikewicz*, 426 Њ. 11 (цит. у случају *SATZ v. Perlmutter*) у: *ibid.*, р. 1121-1122.

(58) Случај *SATZ v. Perlmutter*, у: *ibid.*, р. 1122-1123.

(59) *Superintendent of Belchertown v. Saikewicz*, Supreme Judicial Court of Massachusetts, 1977, у: *ibid.*, р. 1147-1157; 1149.

(60) *Ibid.*, у: *ibid.*, р. 1152

дубоко ментално ретардирана особа, лечење токсичким лековима било би за њега невољно ураћање у стање болне патње, из разлога које он никада не би разумео. Могућност да такав по природи некооперативан пацијент буде физички задржан, да би се омогућило полако интравензно давање лекова, могло би једино да повећа његов бол и страх, као и опасност да његово тело не буде у стању да издржи токсичка дејства лека (61). Чак и кад би лечење хемотерапијом довело до попуштања болести, то би било само привремено, а његов "квалитет живота" значио би само продужавање стања бола и дезоријентације. Зато "заменујућа одлука" о нелечењу значи искрено поштовање интегритета и самосталности појединца. Јер, према ментално неспособном пацијенту поступамо "као да имамо разлога да верујемо да би се он користио својим правом избора кад би био у стању да расуђује и доноси одлуке рационално (62)". Пошто су код ментално неспособног пацијента приоритети непознати, ми морамо поступати с обзиром на приоритет разумне способности личности које би она имала у ситуацији неспособне. Чак и ако погрешимо у одређивању њених приоритета, личност би се могла сложити (ако она некад/некако постане способна) да је била сношљиво (добро) лечена, ако смо имали добар разлог да мислимо да би она учинила избор који јој је прописан/импутиран (63).

#### IV. ЗАКЉУЧАК

1. Све док у већини европских земаља постоје кривичноправни прописи којима се санкционише еутаназија или "убиство из милосрђа", а који су намењени првенствено лекарима, пацијенти неће бити у стању да легитимно и у пуној мери остваре своје право на самоодређење у односу на властити живот, односно право на властиту смрт. Другим речима, питање да ли право пацијента да у одређеним околностима изабере смрт има предност над интересом државе да очува живот грађана, није још законски уређено. Одговор на то питање зависи од случаја до случаја, па стога изгледа као да је све и допуштено и забрањено у исти мах. А неизвесност око тога како се морално и законито односити према умирућем пацијенту, шкоди и медицинској професији и друштву у целисти.

2. Додуше, право и ментално способног и ментално неспособног умирућег пацијента да одбије употребу мера којима се он одржава у животу или да захтева да се те мере обуставе, изборило је данас свој морални и правни статус. Међутим, границе дозвољеног у примени овог права, у различитим медицинским ситуацијама, нису јасне, и око тога постоје озбиљне дилеме и у медицинској и у правној пракси. У начелу, ни кривично ни грађанско право не терају пацијента да се, противно својој вољи, подвргне медицинским мерама којима се његов живот вештачки продужава. Упркос томе, законодавци нерадо прихватају пацијентово право самоодређења у односу на властити живот и

(61) *Ibid.*, y: *ibid.*, p. 1153; 1155.

(62) *Ibid.*, y: *ibid.*, fn. 15, p. 1154.

(63) *Ibid.*, y: *ibid.*

не показују спремност да уведу нова правила која би одобрила еутаназију или "смрт из самилости". При томе се заборавља да благостање свог пацијента сваки лекар не ставља увек испред интереса науке или друштва у целини, нити да своје сопствене вредности замењује за пацијентове. Пренебрегава се чињеница да се технички уређаји за продужење живота могу употребити и ради циљева изван интереса дотичног пацијента. Из тих разлога, медицински посланици морали би бити много активнији у *објашњавању и оправдавању својих стандарда* који се тичу њихових професионалних дужности према умирућим пацијентима, независно од тога да ли ће њихови ставови бити уважени или неће.

(Примљено, 3. маја 1993)

*Dr. Vesna Klajn-Tatić,*

*Research Associate of the Institute for Social Sciences in Belgrade*

## THE RIGHT OF TERMINAL PATIENT TO REFUSE MEDICAL TREATMENT

### *Summary*

The subject matter of the present study is the problem of relations between legal duties of physician toward a terminal patient and the latter's right to decide on his (her) own life and body, namely death. Relevant issue is the intellectual capacity of the patient to accept, namely to refuse, medical treatment aiming at maintaining his (her) life functions. This corresponds to physician's duty to inform the patient on forms and risks of treatment.

Further discussed are the ethical and legal rules governing medical and legal professional practice in reaching a decision as to use, suspending or failing to apply specific treatment of a dying patient.

Key words: *Artificial maintaining of life functions. - Euthanasia. - "Dignified death". - The right of choice.*

*Vesna Klajn-Tatić,*

*collaborateur scientifique à l'Institut des sciences sociales de Belgrade*

## LE DROIT DU MALADE MORIBOND DE REFUSER L'UTILISATION OU D'EXIGER LA SUSPENSION DES MESURES MÉDICALES GRACE AUX-QUELLES IL EST MAINTENU EN VIE

### *Résumé*

L'auteur examine le problème des rapports des devoirs juridiques du médecin envers le malade moribond et le droit du malade au choix personnel et à l'autodétermination par rapport à son propre corps et à sa propre vie, c'est-à-dire par

rapport à sa propre mort. L'auteur discute de la capacité mentale du malade d'adopter une décision acceptant ou refusant les mesures médicales qui prolongent sa vie de manière artificielle et les devoirs des médecins d'informer les malades sur les formes et les risques du traitement.

L'auteur examine par la suite les règles éthiques et juridiques qui servent de guide à la pratique médicale et juridique dans la prise de la décision sur l'utilisation, la suspension ou la non utilisation des mesures qui maintiennent en vie un malade moribond.

Mots clé: *La prolongation artificielle de la vie. - L'euthanasie. - "La mort digne". - Le droit au choix.*