

**PRAVNI FAKULTET
UNIVERZITETA UNION U BEOGRADU**

**PRAVO NA DOSTOJANSTVENU SMRT DEMENTNIH
BOLESNIKA: PRAVNE I ETIČKE DILEME**

specijalistički rad

Kandidat: Dr sc. Dragana Daruši

Mentor: Prof. dr Violeta Beširević

Beograd, 2015.

*„Smisao i dostojanstvo puta postoje samo utoliko
ukoliko umemo da ih nađemo sami u sebi”.*

Ivo Andrić

Sadržaj:

1. Uvodne napomene-----	1
2. Predmet istraživanja-----	5
3. Ciljevi koji se žele postići radom -----	6
4. Eutanazija u pravnom kontekstu-----	6
5. Aktivna eutanazija-----	14
6. Pasivna eutanazija-----	16
7. Pravo na dostojanstvenu smrt dementnih osoba-----	20
7.1. Epidemiologija demencija-----	21
7.2. Demencija iz ugla kliničara-----	24
7.3. Demencija u ogledalu prava na dostojanstvenu smrt-----	30
8. Pravo na život i autonomija dementne osobe-----	31
9. Otežavajuće okolnosti kao etičke dileme u zbrinjavanju dementnih osoba--	36
10. Rasuđivanje u proceni demencije kao društvenog fenomena-----	41
11. Zakonodavstvo Holandije - osnovne napomene vezane za eutanaziju dementnih osoba-----	44
12. Šta bi se moglo dogoditi ako zakonske izmene izostanu-----	49
13. Eutanazija dementnih osoba u ogledalu medicinske etike-----	50
14. Šta lekar mora da obezbedi za slučaj eutanazije dementnih osoba-----	55
15. Zaključak-----	59
16. Literatura-----	61

1. Uvodne napomene

Društveni tokovi proteklih godina nametnuli su potrebu izmena i dopuna zakonskih propisa u pojedinim oblastima pravne regulative u zdravstvu. Odgovore na mnoga pitanja i dileme, sa kojima se susrećemo u svakodnevnoj kliničkoj praksi, a koja se odnose na prava pacijenata, prvi je predvideo Zakon o zaštiti zdravlja iz 2005. godine. Zbog promena koje su unele savremeni tokovi razvoja zdravstvenog sistema, Zakon o pravima pacijenata, donet 22. maja 2013, je preuzeo mnoga rešenja iz prethodno pomenutog, ali je u nekim pitanjima otišao i korak dalje. Propisi koji su ovim zakonom precizirali pravo pacijenta da prihvati ili odbije predloženu meru lečenja, zatim pravo na informaciju, pravo na privatnost, kao i pravo na drugo stručno mišljenje, su bitno ojačali autonomiju pacijenta.

Član 2. Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda, garantuje da je pravo na život svake osobe, kao osnovno i najočiglednije ljudsko pravo, zaštićeno zakonom: „Pravo na život svake osobe zaštićeno je zakonom. Niko ne može biti namerno lišen života, sem prilikom izvršenja presude suda kojom je osuđen za zločin za koji je ova kazna predviđena zakonom...“ Ovako definisan čl.2 nameće pozitivnu obavezu državama da preduzmu praktične mere, kako bi zaštitile život pojedinca.¹ U slučaju osoba obolelih od demencije postavlja se pitanje da li je pomenuto osnovno ljudsko pravo autonomija pacijenta da život po sopstvenom izboru okonča dostojanstveno ili živi ispod ljudskog dostojanstva, što je u ovom slučaju neizbežno. Zbog navedenog, deo javnosti bi mogao zaključiti da postoji kršenje ili da su ugrožena i sva ostala prava navedena u pomenutoj Konvenciji, čime se dovodi u pitanje i pravo na život. Ako pacijent ima pravo da odbije predloženu meru lečenja, može i da odluči kako da okonča svoj život. Ovo razmišljanje bi svakako moglo biti logičan sled ili dopuna pomenutom čl.2 Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda. Ako je tako, ko bi bio taj koji bi doneo odluku da se nečiji život okonča tako što bi procenio da dementna osoba od određenog trenutka više nije sposobna da rasuđuje. U očima velikog broja lekara ovakvo shvatanje prava na život ili izbor pacijenta je kršenje medicinske etike i Hipokratove zakletve, presuda ili smrtna kazna.

Eutanazija je svakako pojam koji će iz razloga nedovoljnog razumevanja i kontradiktornosti koji u sebi nosi, morati pretrpeti mnogobrojna usaglašavanja kako bi se

¹Evropska Konvencija o zaštiti ljudskih prava i sloboda, Rim, 4. novembar 1950.

ispunilo pravno očekivanje postupka, isključila mogućnost zloupotrebe ali i ispunile zakonske regulative koje je doneo pomenuti Zakon o pravima pacijenata.² Pošto zakon predviđa da o meri lečenja mogu odlučiti i osobe sa mentalnim oštećenjem, a u skladu sa svojim mogućnostima, logično je da će tu mogućnost na isti način imati pravo da koriste i osobe sa mentalnim deficitom kakav je demencija. Upravo kontradiktornosti koje su prepoznate u mogućem postupku zakonske regulative eutanazije podelio je struku u tumačenju bitnih momenata. S toga se od debata koje budu vođene u narednom periodu očekuje da se pomenuta kontradiktornost, u predlogu izmene i dopune zakonskih regulativa, precizno opredeli u relaciji gde je pravo na život u suprotnosti sa pravom pacijenta da prihvati ili odbije meru lečenja.

Pojedini autoriteti u medicinskoj struci su se izjasnili protiv uvođenja eutanazije. Oni navode Hipokratovu zakletvu koja lekare obavezuje na bezuslovno pružanje lekarske pomoći kao imperativ struke. Na suprot ovome, moramo podsetiti da su pojedine oblike eutanazije u svoj zakonodavni sistem odavno već uvele neke države uključujući Holandiju, Belgiju, Luxemburg, Švajcarsku, američke države Oregon, Vašington, Vermont i Montana, kao i Kolumbija, a od januara 2015. i Kanada. Iz svega navedenog neminovno u nastupajućem periodu sledi dug proces i veliki broj rasprava koje će biti veoma složene i bolne.

Pojam koji je veoma značajan, a tesno vezan za ljudska prava u ovoj oblasti, je svakako pomenuta autonomija pacijenta. Ako se pažljivo analizira sadržaj pojedinih članova Zakona o pravima pacijenata, jasno je da smo kroz prihvatanje prava pacijenta da odluči o predloženoj meri lečenja, prihvati ili odbije, kao i u palijativnom zbrinjavanju obolelih u terminalnom stadijumu bolesti, na neki način „prećutno“ prihvatili terminološki adaptirane pojmove kao neke od oblika pasivne eutanazije.³ Poseban akcenat bi se ovde morao staviti na palijativno zbrinjavanje, postupak tokom kojeg simptomatskom terapijom lekar olakšava tegobe pri umiranju. Deo medicinske struke u ovom tretmanu može prepoznati terminološku bliskost sa pomoći pri umiranju što su mnogi mediji propratili i delom objavili, kao na primer u Nemačkoj.⁴ Prihvatajući pomenuto Srbija je otvorila vrata budućim raspravama i donošenju novih mera, propisa i zakona u oblasti prava na dostojanstvenu smrt.

²Za više vidi odredbe Zakona o pravima pacijenata izglasane odlukom Skupštine Srbije 22. jula 2013.

³*Ibid.*

⁴<http://www.blic.rs/Vesti/Svet/434212/Spor-u-nemackoj-Vladi-Sme-li-se-pomagati-pri-umiranju>

Veliki udeo u našim nesuglasticama svakako nosi topografski definisani socijalni okviri, tradicija, kulturološko ponašanje i robovanje predrasudama koje su nas, ne samo u ovoj nego i u drugim oblastima, proteklih godina odvele stranputicom. Kako ni Evropski sud za ljudska prava, a ni naš Zakon o pravima pacijenata, do danas nisu zauzeli stav da iz autonomije proizilazi pravo na dostojanstvenu smrt, pomenuto mi je iznudilo razmišljanje da pacijentu data sloboda odlučivanja treba da bude dozvoljena i u posebnim situacijama kada nije kompetentan da donese odluku o lečenju. Sve to bi imalo za cilj da osoba obolela od demencije može, u skladu sa svojim mentalnim mogućnostima, kada bi se našla u bezizlaznoj situaciji trajne duševne patnje, opredeli za dostojanstvenu smrt.

Navedeno se zapravo može dovesti u vezu sa raspravom o uvođenju eutanazije u zakonodavni sistem suprotstavljenih stručnih krugova i većine društava koja podržavaju ovu odluku. Kako u drugim, tako i u zdravstvu, posebno postavljenom zadatku rasprava se vodi u polju obaveznih postupaka i onih koji su označeni kao zabranjeni. Zakonodavac je predvideo sankcionisanje za sve propuštene, a pravno obavezujuće postupke u tretmanima, isto kao što se sankcioniše vršenje zabranjenih postupaka. Što se neki postupak učini štetnijim, to je veća verovatnoća da će vrlo brzo dospeti u sferu zakona. Na isti način se može razmišljati i kada je u pitanju eutanazija.

U literaturi je poznat Mil-ov princip štete.⁵ Britanski filozof iz devetnaestoga veka Džon Stjuart Mil (*John Stuart Mill*) je autonomiju čoveka prepoznao u načinu delovanja, tako da se proizvede sreća najvećeg broja ljudi, zbog čega je nazvan Mil-ov princip. Autor je svoja tumačenja detaljno izneo u eseju „O slobodi“ 1859. Kao jedan od najuticajnijih zagovornika utilitarističke teorije u filozofiji devetnaestog veka razmatra distinkciju između privatnog života i javnog morala zasnovanu na pojmu štete.⁶ Autor svoju tezu objašnjava kroz četiri polja: ličnog života, morala, javne politike i zakona.

Ako je sve to tako eutanazija bi mogla postaviti najviše kriterijume u struci, a i zakonodavstvu, obzirom da i ona pripada ljudskim pravima, posebno pomenutoj oblasti autonomije pacijenta. Do sada je postavljen zakonski okvir i dato pravo pacijentu da odluči u situacijama koje bi se mogle tumačiti i prepoznati u nekom od oblika pasivne eutanazije. Da

⁵U našoj literaturi se naziva i principom samoodbrane - prim.prev.

⁶John Stuart Mill, *O slobodi*, 1859. (britanski filozof, jedan od najuticajnijih zagovornika utilitarističke teorije u filozofiji i ekonomiji devetnaestog veka) <http://karposbooks.com/dzon-stjuart-mil.htm> (*Utilitarizam*, gl. 2, *O slobodi*, gl. 3).

pojasnim prethodno navedeno, pacijent može da odbije predloženu meru lečenja, ali je lekar i tada dužan da mu pomogne i olakša tegobe u terminalnom stadijumu bolesti, što se naziva palijativna terapija, kako to nalažu i preporuke Saveta Evrope. Ovaj način zbrinjavanja bi takođe mogao biti protumačen kao indirektno prihvatanje pasivne eutanazije.

Od šezdesetih godina dvadesetog veka, koji je obeležilo početak savremene medicine, pravo pacijenta na autonomiju je označavalo pravo pacijenta da donosi odluke o vlastitom životu i telu bez prinude od strane drugih, uključujući umiranje i reprodukciju.⁷ Pitanje o mogućoj legalizaciji eutanazije, pravu na dostojanstvenu smrt, kao i tome ko je taj koji odlučuje kako će neko umreti je polarizovalo javnost u Srbiji. Država koja je proteklih decenija živela u Hobsovom prepoznatljivom „prirodnom stanju“, iz ratova izašla potpuno materijalno i moralno devastirana sa nedovoljno jakim mehanizmima društvene samokontrole, spornim granicama, nerešenim odnosima sa susedima i urušenim zdravstvenim sistemom koji je u mnogim institucijama na ivici egzistencije.⁸ Sve ovo je rezultirano nedostatkom mehanizama koji bi prepoznali potrebu za uvođenjem eutanazije u zakonodavne tokove. Pitanje legalizacije eutanazije je svakako upućeno i Etičkom komitetu Srpskog lekarskog društva, ali ono ga, za sada, otvara samo u negativnom kontekstu. Ovo podrazumeva samo razmatranje situacija kada se iz bilo kojih razloga posumnja da je eutanazija već izvršena, a sa ciljem da se ustanovi odgovornost lekara. Odredbe Kodeksa profesionalne etike Lekarske Komore Srbije, ističu da lekar mora da odbacuje i osuđuje eutanaziju, i da je smatra lažnim humanizmom.⁹ Kako do sada zakonske definicije eutanazije nema, stvorena je konfuzija u pogledu njenog pravnog statusa, jer je zanemarena činjenica da zakon različito tretira postupke lekara koji se mogu podvesti pod pojam eutanazije.¹⁰

S obzirom da je medicinsko pravo relativno mlada i neafirmisana naučna disciplina, veći deo stručne javnosti je predmet njenog izučavanja do nedavno poistovećivao sa sudskom medicinom. Povremeno su o eutanaziji raspravljali stručnjaci za krivično pravo, sporeći se najčešće oko postojanja krivičnog dela ubistva iz milosrđa.¹¹

⁷Gregori E. Pens, *Klasični slučajevi iz medicinske etike*, „Službeni glasnik“, Beograd, 2007.

⁸Violeta Beširević, *Pravo na dostojanstvenu smrt*, 2007, objavljeno u Glasniku Advokatske Komore Vojvodine, br.12/2008, str.527-541.

⁹Kodeks profesionalne etike Lekarske Komore Srbije, „*Sl.glasnik RS*“, br. 121/2007.

¹⁰Violeta Beširević, *op.cit.*(fusnota 8).

¹¹*Op.cit.*

Kao takva, legalizacija eutanazije je proteklih godina, nesumljivo jedno od najatraktivnijih biotečkih pitanja. Svedoci smo da uprkos posleratnim zbivanjima, tranziciji u društvu, kakvo je i naše, uz evidentno odsustvo tranzicione realnosti i šire javne rasprave, srpsko zakonodavstvo i etički standardi o eutanaziji se bitno ne razlikuju od većine zakonodavstava drugih evropskih država. Kao što je već ranije napomenuto, pasivna eutanazija, o čijoj se definiciji može diskutovati, legalizovana je u vidu prava pacijenta da odbije tretman u okviru Zakona o pravima pacijenata, dok je aktivna eutanazija u bilo kojoj formi zabranjena.¹² U slučaju pojedinih stanja kao što su koma, pacijenti u trajnom vegetativnom stanju, krajnju odluku o prestanku veštačkog ili asistiranog održavanja života donose i dalje lekari. Odluke se donose na osnovu medicinskih kriterijuma i protokola lečenja. Za razliku od pomenutog, savremena nastojanja teže da se odgovornost podeli između lekara, članova porodice obolelog i sudova, a doneta odluka bude u interesu pacijenta, kako se njegovo pravo na samoodređenje ne bi izgubilo.¹³

2. Predmet istraživanja

Demencija je stanje koje se klinički manifestuje kontinuiranim intelektualnim propadanjem pri očuvanoj svesti. Kao takvo, logično za sobom povlači mnoge pravne i etičke dileme u pogledu zbrinjavanja i pravne zaštite. Pravo na dostojanstvenu smrt obolelih od demencije je jedno od pitanja koje očekuje rešenje u nekoj budućoj dopuni zakona, a ujedno je i predmet ovog rada.

Tokom dugogodišnje prakse zapaženi su značajni problemi, nepravilnosti i okolnosti koji su neizostavno nametnuli potrebu inicijative za dopunom postojeće zakonske regulative u postupanju tokom zbrinjavanja ovih osoba. Lečenje i odgovornost lekara koji procenjuje terenutak kada život dementne osobe gubi svaki smisao i dostojanstvo, gubitak sposobnosti rasuđivanja, sledstveno oduzimanje poslovne sposobnosti, kao i njihovo pravo na dostojanstvenu smrt, svakako opravdava izbor teme.

¹²Za više vidi Zakon o pravima pacijenata, „*Sl.glasnik RS*“ broj 45/13, čl.15-19, 2013.

¹³*Ibid.*

3. Ciljevi koji se žele postići radom

Cilj rada je da kritičkim osvrtom i komparativnom analizom: člana 2. Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda, zakonima donetim u zemljama koje su odobrile eutanaziju (Holandija i dr.), Zakona o Pravima pacijenata u Srbiji, Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije, Konvencije Saveta Evrope o ljudskim pravima i biomedicini, Kodeksa profesionalne etike Lekarske Komore Srbije, pratećih radnji tokom tretmana i zbrinjavanja, rasprave o eutanaziji tokom 2015. u Srbiji, posebno dovođenjem u vezu pravnih i etičkih dilema o uvođenju eutanazije u zakonodavstvo Srbije, ukažem na potrebu dopune pravne regulative u polju prava na dostojanstvenu smrt, osoba obolelih od demencije.

Kliničko iskustvo u radu sa dementnim osobama je iznudilo potrebu davanja predloga šta lekar treba da obezbedi da bi svojim postupanjem učinio što prihvatljivijim uslove pod kojima bi pacijent odlučio o eutanaziji. Istovremeno bi izvršilac eutanazije, bio u potpunosti zakonski zaštićen tokom tretmana ovih osoba. Navedeno je razmatrano u posebnom poglavlju ovoga rada. Zadatak bi bio da iznete činjenice ukažu zakonodavcu na značaj blagovremene edukacije dementne osobe kao i njenog okruženja. Donošenjem odluke o uvođenju avansnog testamenta u kliničku praksu utvrdila bi se prethodno formirana volja obolelog. Na taj način bi se umnogome olakšao tretman i pravno postupanje ovlašćenih lica nakon gubitka sposobnosti rasuđivanja.

U slučaju demencije eutanazija bi se mogla prepoznati i u terminu „naručena usluga doneta u vremenu svesnosti“ kada je dementna osoba izrazila volju da svoj život okonča dostojanstveno. Precizirani pravni postupci na ovakav način bi podelili odgovornost između testamentom ovlašćenih lica i lekara tokom tretmana. Cilj bi u ovom slučaju bio poštovanje autonomije dementne osobe.

4. Eutanazija u pravnom kontekstu

Iz prethodnog teksta se može zaključiti da se na primeru pacijentovih prava najbolje može oceniti višegodišnji rad na unapređenju uslova humanijeg, kvalitetnijeg i odgovornijeg lečenja uopšte. Termin definisan pojmom pacijentova prava, je odraz svojevrsne kulturne, socijalne i etičke evolucije ljudskih prava. Ukratko ću se osvrnuti na razvojni put prava

pacijenata. Do danas je to jedini put koji može uticati da se svest intelektualnog potencijala društva u celini probudi sa jednim ciljem, ostvarivanje prava na dostojanstvenu smrt kada je reč o demenciji.

Razvijene zemlje anglosaksonkog područja, su prve usvojile zakonodavstvo o pravima pacijenata koje je vremenom postalo deo evropskih preporuka. Vrlo brzo su se ovoj preporuci pridružile i druge zemlje. U SAD, su na primer u jednoj bostonskoj klinici, još 1973. godine, posebnim uputstvom objašnjavali svakom pacijentu o pravima koja mu pripadaju.¹⁴ Očigledno koreni današnjih prava na obaveštenje, informaciju vode iz ovoga perioda. Od međunarodnih dokumenata značajno je pomenuti Lisabonsku deklaraciju o pravima pacijenata koju je usvojila 1981.godine Svetska medicinska asocijacija. Začeci evropskog koncepta pacijentovih prava se prvi put definišu u Povelji o hospitalizovanom pacijentu, koju je 1979. godine usvojio Bolnički komitet E.E.C. Ona je specifična po svom sadržaju pretežno upućenom bolničkom pacijentu, ali i drugim pacijentima. Iako je bilo očekivano da se u naznačenom pravcu razvija, ovako koncipirana povelja doživela je neuspeh 1985 godine.¹⁵ Period od tada do 1994.godine, je obeležen pokušajem definisanja principa i iznalaženja strategije za promovisanje pacijentovih prava. Iste godine je sačinjen oficijelni međuvladin evropski tekst o opštim pravima pacijenata. On je nazvan Deklaracija o promovisanju pacijentovih prava u Evropi i nudio je opšti okvir da bi podržala države članice u njihovoj politici.¹⁶ Ubrzo je sledilo usvajanje specifičnog sektorski vezujućeg instrumenta Saveta Evrope, Evropske Konvencije o ljudskim pravima u biomedicini 1997. godine.¹⁷ Pošto Konvencija pokriva minimalni nivo koji je garantovan i ispod kojeg se ne može ići, državama stranama u Konvenciji je dopušteno da u odnosu na postavljene okvire i svoje potrebe, mogu predvideti širu zaštitu pacijenata, što se definiše zaključivanjem protokola. Evropski sud za ljudska prava u Strazburu može dati savetodavno mišljenje u tumačenju, što Konvenciji osigurava bolju pravnu efektivnost.¹⁸

¹⁴Hajrija Mujović Zornić, Institut društvenih nauka Beograd, Udruženje za medicinsko Pravo Srbije, Uvod u medicinsko pravo, str.6.

http://www.lks.org.rs/Storage/Global/Documents/dogadjaji/PROGRAM_educacije_-_tekst.pdf.

¹⁵*Ibid.*

¹⁶Vidi istraživnje koje je uradila Biblioteka Narodne skupštine za potrebe rada narodnih poslanika i Službe Narodne skupštine; istrazivanja@parlament.rs

http://www.akaz.ba/Fokus/Prava/Dokumenti/BrosuraPravaPacijenata_hr.pdf

¹⁷Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, sačinjena u Oviedu (Asturias) 4, aprila 1997.godine, u originalu Na engleskom i francuskom jeziku, „*Sl.glasnik RS-Međunarodni ugovori*“, br.12/2010.

¹⁸Videti: Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, ICP/HLE 121, World Health Organization, 1994, The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, Ljubljana, 1996, European Health Care reforms –

Oba dokumenta o ljudskim pravima i biomedicini, 1995.godine, kao i Univerzalna deklaracija UNESCO-a o humanom genomu i ljudskim pravima, 1997.godine, pokazuju da nacionalni trendovi u Evropi idu ka istom cilju. Važan momenat u razvoju ovog polja zakonodavstva predstavlja Evropska povelja o pacijentovim pravima iz 2002. godine. Nju čine dva dela, prvi govori o fundamentalnim pravima, a u drugom su definisana četrnaest prava pacijenata. Na taj način se u centar pažnje stavlja pojedinac kao inicijator prava koja moraju biti proklamovana u vidu prava na interesne aktivnosti zastupanja i participacije u donošenju odluka u oblasti zdravlja. Cilj je bio uspostavljanje standarda koji trebaju biti implementirani u nacionalno zdravstvo, politiku, a prvenstveno u svakodnevnu medicinsku praksu.¹⁹ Glavni cilj međuvladinog zdravstvenog programa Saveta Evrope je jačanje položaja pacijenata. Tako bi on bio važan instrument za implementaciju pacijentovih prava u nacionalnu politiku i zakonodavstvo. Donet je i Vodič Saveta Evrope, kojeg su činile preporuke za specifične situacije, što se pokazalo kao korisnim te je vrlo brzo uspostavljeno evropsko partnerstvo o pacijentovim pravima i jačanju građana. Posmatrano na nacionalnom nivou svake države, odnos lekara i pacijenta ostvaruje se kroz ustavne garancije, osnovne zakone, pravilnike, druge propise i sudske izvore prava, koji su sastavni deo zajedničkog razvoja državnog prava o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju. Jasno je da su prava pacijenata otvorila novo poglavlje u istoriji i razvoju zdravstva.

Da bi se složenost i značaj aktuelizacije donešenja zakonske regulative o eutanaziji u potpunosti razumela, kratko ću se osvrnuti na bitne momente u bližoj istoriji Srbije, a odnose se na događaje koji se mogu dovesti u vezu sa navedenim. Istorija beleži običaj, koji je poznat kao „lapot“, ubijanje starih i iznemoglih osoba. Ako bi se dokazalo da je u nekim delovima istočne Srbije zaista postojao običaj da stare i iznemogle ubija najčešće njihov najstariji sin, što bi iz današnje perspektive spadalo u domen socijalne patologije, najverovatnije bi se i razjasnio predmet sporenja autoriteta na pitanje da li je „lapot“ zaista deo srpske istorije ili je proizvod usmenih predanja i legende.²⁰ U doba Kneževine Srbije iz 1857. godine, dat je predlog nacrtu Kriminalnog zakonika koji je predviđao ubistvo umirućih kao poseban oblik ubistva iz milosrđa. Iako kao takav nije usvojen, značajno je napomenuti da je predviđao

Citizens' Choice and Patients' Rights, Copenhagen, 1997, Rezolucija UN o ljudskim pravima i biomedicini, 1995, i Univerzalna deklaracija UNESCO-a o humanom genomu i ljudskim pravima, 1997.

¹⁹Za više vidi: Hajrija Mujović Zornić, *Uvod u medicinsko pravo*, Institut društvenih nauka Beograd, Udruženje za medicinsko pravo Srbije, 2013.

²⁰Za više vidi Violeta Beširević, *Pravo na dostojanstvenu smrt*, 2007, i Svetislav Marinović, *Pravo na smrt (eutanazija)*, izd. Kulturno-prosvjetna zajednica Podgorice, Podgorica, 1996, str. 44-46.

kaznu zatvora u trajanju do dve godine za onog ko ubije umirućeg bolesnika, ranjenika ili lice u smrtnoj opasnosti, na ozbiljan i nesumnjiv zahtev tog lica.²¹

Krivični zakonik Kraljevine Jugoslavije iz 1929. godine. privilegovao je lišenje života „na izričit i ozbiljan zahtev ili molbu žrtve” kaznom zatvora do 5 godina, a ako je takvo lišenje učinjeno „usled sažaljenja prema bednom stanju žrtve” kaznom zatvora do 3 godine.²² Pod sažaljenjem se u ovom slučaju podrazumevalo osećanje tuđeg bola kao svog sopstvenog, a pod „bednim stanjem“ neizlečivo bolesno stanje ili neko drugo beznadežno stanje praćeno bolovima i patnjama kojima nije bilo pomoći.²³ Očigledno da je zakonik Kraljevine Jugoslavije, iz perioda između dva svetska rata, bio liberalan ne samo za vreme kada je primenjivan već i u odnosu na naše važeće zakonodavno rešenje.²⁴ Zbog tragičnog iskustva sa pomenutom prisilnom eutanazijom u nacističkoj Nemačkoj u posleratnom krivičnom zakonodavstvu se gubi odredba o ubistvu iz milosrđa. O nekim događajima svedoče oskudni primeri sudske prakse u bivšoj Jugoslaviji koji su izricali relativno blage kazne ako su procenjeni kao ubistvo pod okolnostima koje su ličile na eutanaziju.²⁵ Prva knjiga o eutanaziji napisana je na ovim prostorima još 1940. godine. Njen autor, Milivoje Milenković, lekar, pesnik i esejista, je još tada tvrdio da se etički problemi u vezi sa legalizacijom eutanazije mogu prevazići i rešiti.²⁶

Mnogi filozofi savremenog doba su se bavili pitanjem eutanazije. Ernst Haeckel (*Ernst Haeckel*) je zahtevao da se duševni bolesnici i oni koji boluju od telesno neizlečivih bolesti liše života na bilo koji prikladan i bezbolan način.²⁷ 1920. godine, se pravnik Karl Binding (*Karl Binding*) i lekar Alfred Hoče (*Alfred Hoche*) posebno ističu svojim tumačenjem eutanazije. U svojim iskazima određuju koji život nije vredan života i naziva ih „balast – egzistencijama“.²⁸ Po njima su u ovu kategoriju spadale i sve osobe s telesnim i mentalnim oboljenjima. Ovaj stav su iskoristili nacisti te su putem novina, knjiga i filmova uticali na

²¹Za više vidi: Violeta Beširević, *Pravo na dostojanstvenu smrt*, 2007, i Dragana Kolarić, *Lišenje života iz samilosti*, Pravni život. 9/2006, str.131-132.

²²Klajn Tatić.V., *Lekareva pomoć neizlečivo bolesnom pacijentu-etički i pravni problem*, Institut društvenih nauka, Beograd, 2002, str. 153.

²³Kolarić, *op.cit.*, str. 131., *Ibid.*, str.153.

²⁴Milena Bogdanić, Jelena Rakić, *Eutanazija*, Pravne teme, godina 2, Broj 3, str. 218-224; 343.2.01:179.7; 342.721

²⁵Violeta Beširević, *op.cit.*, (fusnota 8).

²⁶Za više vidi: Violeta Beširević, *Pravo na dostojanstvenu smrt*, 2007, i Milivoje Milenković, *Eutanazija ili ubijanje iz milosrđa*, Skoplje, 1940.

²⁷Valentin Pozalić, *Eutanazija pred zakonom*, Pregledni članak 3/98.

²⁸Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Binding, K. Hoche, A. 1920, Felix Meiner Verlag, Leipzig.1922.

javno mnjenje. Tokom drugog svetskog rata, Hitler je ove osobe nazvao "beskorisnim jedačima", a pomenutu teoriju primenio je u praksi tako što ih je evidentirao, potom slao u domove i tamo eutanazirao. Još se i danas čuvaju neki primerci kao dokaz istraživanja koja su vršena na mozgovima eutanazirani osoba, njih 300.000, kao neizbrisiv trag ovih dela. Ovaj period markiran kao uvod u holokaust.²⁹

U proteklom periodu veliki uticaj na promenu stava učinio je razvoj i savremeni trendovi u uporednom pravu. U pojmu eutanazija prepoznaje se još uvek ubistvo iz milosrđa te je to razlog što još nije postignut dogovor o njenoj definiciji. Jasno je jedino etimološko značenje pojma eutanazija. Reč je grčkog porekla: eu = dobro i thanatos = smrt, što znači „laka“ ili „dobra smrt“. Legalizacija eutanazije se do danas vezuje samo za medicinski kontekst.³⁰

Bez obzira iz kog se ugla posmatra, definicija eutanazije bi morala da sadrži stav koji obuhvata činjenje ili nečinjenje kojim se skraćuje život kako bi se na zahtev umirućeg ili neizlečivo obolelog pacijenta, onog koji se nalazi u situaciji u kojoj kvalitet njegovog života, zbog teških bolova ili potpunog odsustva svesti izgubio svaki smisao i pao ispod svakog ljudskog dostojanstva. Po sudu obolelog ili njegove okoline postupanje bi imalo za cilj da prekрати patnje i bolove u kojima se našao pacijent.³¹

Većina učesnika u raspravi na temu eutanazije razlikuje aktivnu od pasivne eutanazije. To znači da razlikuje postupanje lekara koje direktno ili indirektno izaziva smrt pacijenta što je slučaj kod aktivne eutanazije, ili svojim nečinjenjem „dopušta“ pacijentu da umre na sopstveni zahtev, što prepoznaje pojam pasivne eutanazije. Takođe, većina lekara prepoznaje tendenciju upotrebe sredstava za umirenje bolova tokom palijativne nege, bez obzira na činjenicu što se na taj način može i ubrzati smrt pacijenta.³² Kao pojavni oblik, eutanaziju treba razlikovati od lekarski ili medicinski potpomognutog samoubistva, što predstavlja indirektnu aktivnu eutanaziju. Klinički se prepoznaje u postupku tokom kojeg lekar stavlja na

²⁹<http://forum.klix.ba/eutanazija-asistirano-samoubistvo-t78043.html>

³⁰Radišić J., *Medicinsko pravo*, PFUUB, Beograd, 2008.

³¹Violeta Beširević, *op.cit.* (fusnota 8).

³²Reč *palijativ* latinskog je porekla i znači maskirati ili prikriti. Označava medicinski tretman koji ublažava, olakšava ili otklanja bolne simptome neizlečive bolesti. Vidi Milan Vujaklija, *Leksikon stranih reči i izraza*, izd. Prosveta, Beograd, 1954.

raspolaganje bolesniku sredstvo pomoću kojeg će sam okončati svoj život kada to bude odlučio ili mu lekar svojim savetom pomaže da želju, da okonča svoj život, i ostvari.³³

O eutanaziji se intenzivno ponovo počinje raspravljati šezdesetih godina dvadesetog veka, od kada su do danas prepoznata mnoga kontradiktorna i oprečna mišljenja autoriteta u medicini. Još uvek oslonac raspravi čine oblasti u medicini, mada bi neizostavno morale biti uključene i druge oblasti, pogotovu one koje se tiču pravnih postupaka. Većina zemalja tzv. zapadne civilizacije, kao i neke države u Evropi, su legalizovale pasivnu eutanaziju kroz prava pacijenata da odbije predloženu medicinsku uslugu ili tretman čak i kada se radi o vitalno ugroženima. Svi oblici aktivne eutanazije, ubistva iz milosrđa, su uglavnom zabranjeni osim, kao što sam u ranijem tekstu navela, u Holandiji od 2001, Belgiji od 2002, Luksemburgu, Švajcarskoj, američkim državama Oregon i Montana, Kolumbiji, Japanu, a od januara 2015, i u Kanadskoj provinciji Kvebek.³⁴ Početkom 2008. godine je u Luksemburgu usvojen zakon o legalizaciji eutanazije, a u Češkoj na zahtev liberala je u toku diskusija o nacrtu zakona kojim bi se legalizovala aktivna eutanazija. Da bi zaštitili lekare od krivične i moralne odgovornosti, zemlje koje su legalizovale pasivnu eutanaziju kroz pravo pacijenta da odbije tretman, su odvajanjem ova dva postupka na neki način pomirili sukobljene strane u diskusiji o doktrinarnim i socijalnim razlozima koje su isticali protivnici legalizacije. Tako se od 1985. godine na predlog Državne komisije za eutanaziju u Holandiji, odbijanje ponuđenog tretmana ili prekidanje započetog tretmana kojim se život veštački održava, ne smatra pasivnom eutanazijom, već uobičajenom medicinskom praksom.³⁵

U brojnim presudama koje su donete pred američkim nižim sudom, i u jedinoj presudi Vrhovnog suda SAD-a u slučaju *Cruzan*, ne pominje se pravo lekara da izvrši pasivnu

³³Violeta Beširević, *Euthanasia: Legal Principles and Policy Choices*, European Press Academic Publishing, Firenca, 2006.

³⁴„Do legalizacije nije, međutim, došlo na isti način i u istom obimu. Holandija je legalizovala oba oblika aktivne eutanazije uz pomoć doktrinarnih principa krivičnog prava, shodno kojima lekar ne podleže krivičnoj odgovornosti ako je aktivnu eutanaziju izvršio pod tačno određenim uslovima. Belgija je donela zakon kojim ne precizira metode aktivne eutanazije a kojim ovlašćuje lekara da na zahtev pacijenta izvrši ovaj tretman uz uslov da poštuje propisanu proceduru. Građani Oregona su referendumom legalizovali pomoć lekara u samoubistvu ali ne i ubistvo na zahtev pacijenta. Švajcarski Krivični zakon, donet 1942. godine, predviđa kažnjavanje za pomoć u samoubistvu samo ako je pomoć pružena iz koristoljublja, dok svaki drugi motiv, pa i saosećanje sa umirućim pacijentom, ne čini delo kriminogenim. Kao i u Oregonu, ubistvo na zahtev pacijenta inkriminisano je bez obzira na motive učinioca. U Kolumbiji je do legalizacije došlo odlukom Višeg suda, s tim što se ovom odlukom izričito zabranjuje eutanazija pacijenta obolelih od Alchajmerove, Parkinsonove i Lou Gehrigove bolesti. Najzad, u Japanu postoji konsenzus nižih sudova o dozvoljenosti aktivne eutanazije.“
Za više vidi Violeta Beširević, *Bogovi su pali na teme: o ustavu i bioetici*, Anali Pravnog fakuleta u Beogradu, 2/2006, str. 211.

³⁵Za više vidi John Griffiths, Alex Bood and Helen Weyers, *Euthanasia & Law in the Netherlands*, izd. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1998.

eutanaziju, već se naglašava pravo pacijenta da odbije bilo kakav medicinski tretman, uključujući i onaj kojim se život produžava ili spašava.³⁶ Slično je postupila i američka država Oregon koja je legalizovala pomoć lekara u samoubistvu. U ovoj državi Zakon o dostojanstvenoj smrti (The Death with Dignity Act), izričito navodi da se pomenuti tretman ne smatra nijednim oblikom aktivne eutanazije, ali ni samoubistvom, pomoći u samoubistvu, ubistvom iz milosrđa niti ubistvom.³⁷

U slučaju *Pretty*, Evropski sud za ljudska prava, je zauzeo stav da pravo na odbijanje svake vrste medicinskog tretmana, pa i onog kojim se život spašava ili održava, proističe iz prava na samoodređenje, koje je kao aspekt privatnog života, zaštićeno čl.8 Evropske Konvencije za zaštitu ljudskih prava i sloboda.³⁸ I pored navedenog stava ovoga suda da zahtev za aktivnom eutanazijom utemeljen na pravu na samoodređenje, isti nije zaključio da se inkriminacijom bilo kog oblika aktivne eutanazije krši pravo na privatni život, obzirom da se krivičnom inkriminacijom štite prava trećih lica, pre svega maloletnika i onih koji nisu u stanju da daju svoj pristanak na ovakav tretman.³⁹ Ovakvo tumačenje bi se moglo prepoznati i u slučaju demencije, jer se radi o osobama koje su veštačenjem procenjene da su zbog prirode bolesti izgubile sposobnost rasuđivanja.⁴⁰

U slučaju *Glass*, Evropski sud za ljudska prava u Velikoj Britaniji, svojom presudom je potvrdio da je jednostranom odlukom lekara o uzdržavanju od daljeg tretmana nad mentalno obolelim pacijentom, uz istovremeno ubrizgavanje morfijuma radi ublažavanja bolova u dozi koja je odgovarala odraslim pacijentima, uprkos protivljenju zakonskog zastupnika, prekršeno njegovo pravo na poštovanje privatnog života koje uključuje i pravo na moralni i fizički integritet.⁴¹ Ovako doneta odluka je uzburkala javnost posebno lekare.⁴²

Aktuelan globalni trend afirmisanja odredbe prava pacijenata na odbijanje tretmana i palijativnu negu, bitno je uticao i na stav srpskog zakonodavstva koje 2005. godine Zakonom o zaštiti zdravlja, deklariše pravo pacijenta na odbijanje svake vrste medicinskog tretmana,

³⁶Cruzan v. *Director Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261, 110 S.Ct.2841, 1990.

³⁷Vidi čl. 3.14. pomenutog zakona.

³⁸Vidi *Pretty v. UK*, 2346/02, presuda od 29. aprila 2002.

³⁹*Ibid.*

⁴⁰Violeta Beširević, *op.cit.* (fusnota 8).

⁴¹*Glass. v. UK*, 61827/00, presuda od 9. marta 2004.

⁴²Violeta Beširević, *Euthanasia: Legal Principles and Policy Choices*, European Press Academic Publishing, Firenca, 2006.

uključujući i ono kojim se život spašava ili održava.⁴³ Krivični zakonik,⁴⁴ koji je stupio na snagu 2006. godine, uvodi odredbu o ubistvu iz milosrđa, odnosno zabranjuje lišenje života iz samilosti i pomaganje u samoubistvu, dok Kodeks profesionalne etike Lekarske komore Srbije,⁴⁵ iz 2007. godine, uređuje odnos lekara prema umirućem pacijentu, i sadrži odredbu o zabrani eutanazije koja je zbog svoje nedorečenosti ostavila prostor za neku buduću raspravu. Naime, Etički kodeks naglašava da „lekar odbacuje i osuđuje eutanaziju i smatra je lažnim humanizmom“, a potom dodaje da je „namerno skraćivanje života u suprotnosti sa medicinskom etikom“ (član 62). Pomenuta odredba nije praćena opisom medicinskih postupaka koji bi vodili „namernom skraćivanju života“, već se na istom mestu navodi da će lekar uvažiti želju dobro informisanog, neizlečivog bolesnika, koja je jasna i izražena pri punoj svesti, a koja se odnosi na veštačko produženje njegovog života.⁴⁶ Etički kodeks bi morao imati predviđen način postupanja lekara u slučaju da oboleli nije sposoban da rasuđuje što bi za veštaka bilo od neprocenjivog značaja kada se radi o situacijama kakav je mentalni deficit u slučaju demencije. Procena rasuđivanja u ovim situacijama bi mogla u bitnoj meri pravno opredeliti ali i zaštititi dementnu osobu u daljem tretmanu i postupanju.⁴⁷ i ⁴⁸ I pored toga što se ima utisak da je navedenim propisima regulisana eutanazija, ipak pojam eutanazije još nije definisan. Svedoci smo da se često pred sudovima vode sporovi vezani za činjenje ili ne činjenje postupajućeg lekara. Za razliku od zemalja koje su legalizovale postupke lekara kroz razne vidove lekarske pomoći obolelim ili umirućim pacijentima, kako bi ih etički i pravno razdvojili od eutanazije, propisi u našoj državi to još ne čine.⁴⁹

Zakonski osnažena autonomija pacijenta, proteklih godina je dostigla značajan nivo u kliničkoj praksi. Rad lekara, opravdano ali i zbog nedovoljne informisanosti, se našao pod lupom javnosti i u mnogim situacijama doživeo oštre kritike. Zbog činjenica navedenih u prethodnom tekstu neophodno je osvrnuti se na značaj i značenje pojmova aktivna i pasivna eutanazija.

⁴³Zakon o zaštiti zdravlja, „Sl.glasnik RS“, br. 107/2005.

⁴⁴Krivični zakonik, „Sl.glasnik RS“, br. 85/05 i 107/05.

⁴⁵U daljem tekstu: Etički kodeks. Vidi, „Sl.glasnik RS“, br. 121/2007.

⁴⁶*Ibid.*

⁴⁷Vladimir V. Vodinelić, *Građansko pravo*, Beograd 2012.

⁴⁸Poznić B, Rakić Vodinelić V., *Građansko procesno pravo*, Savremena administracija, Beograd, 2010.

⁴⁹*Krivični zakonik*, („Sl.glasnik RS“, br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012 i 104/2013), http://www.paragraf.rs/propisi/krivicni_zakonik.html.

5. Aktivna eutanazija

Krivično zakonodavstvo u Srbiji, do nedavno nije pravilo razliku između ubistva iz milosrđa i običnog ubistva. Svako direktno i aktivno učešće lekara u pomoći pri umiranju ili lišavanju života teško obolelih umirućih bolesnika sa ciljem skraćivanja patnji i bolova koje trpe, kao i pružanje pomoći u samoubistvu na zahtev obolelog, je zabranjeno. Ipak, Krivični zakonik, koji je stupio na snagu 2006. godine, u članu 117. inkriminiše novo delo, lišenje života iz samilosti odnosno ubistvo iz milosrđa. Na taj način isključuje mogućnost lišavanja života iz samilosti i pomaganje pri samoubistvu u koje spada i navođenje na samoubistvo. Prema toj odredbi, onaj ko liši života punoletno lice iz samilosti zbog teškog zdravstvenog stanja u kojem se to lice nalazi, a na ozbiljan i izričit zahtev tog lica, kazniće se zatvorom od 6 meseci do 5 godina. Za ovo učinjeno delo zakon predviđa kaznu blažu nego za ubistvo.⁵⁰

Kodeks profesionalne etike Lekarske komore Srbije iz 2007. godine, u čl.62,⁵¹ kao što sam ranije već navela, nalaže da „lekar odbacuje i osuđuje eutanaziju i smatra je lažnim humanizmom“, a potom se u istom tekstu dodaje da je „namerno skraćivanje života u suprotnosti sa medicinskom etikom“. Na taj način Etički kodeks uređuje odnos prema umirućem pacijentu, a sadržaj odredbe o zabrani eutanazije, zbog svoje nedorečenosti je ostavio prostor za neku buduću raspravu. Ovako definisana odredba nije precizirala postupke lekara u toku lečenja i tretmana koji bi za sigurno vodili „namernom skraćivanju života“ na izričit zahtev pacijenta. Iz ugla struke, ovako definisana odredba je neprecizna i nedovoljna. Na istom ovom mestu se navodi da je lekar dužan da u potpunosti uvaži želju i poštuje volju dobro informisanog pacijenta, a koji se našao u situaciji neizdržive patnje i bola, tokom neizlečivog oboljenja. Pri tom se navodi da je želja pacijenta izražena pri punoj svesti, a koja se odnosi na veštačko produženje njegovog života.⁵² Činjenica da je i u Etičkom kodeksu izostalo definisanje načina postupanja lekara u slučaju da oboleli nije sposoban da rasuđuje, dalo mogućnost za nastavak polemika. Za postupanje tokom veštačenja ovakvih slučajeva predvidivost i zakonski putokaz u tim situacijama bi umnogome olakšao rad, posebno bi imao neprocenjiv značaj u slučaju mentalnog deficita kakav se viđa kod demencije. Jedna od najčešćih povoda za diskusiju tokom veštačenja je svakako procena sposobnosti rasuđivanja koja opredeljuje u slučaju demencije, prethodno formiranu volju. Obzirom da je autonomijom

⁵⁰Krivični zakonik, „*Sl.glasnik RS*“, br. 85/05 i 107/05.

⁵¹U daljem tekstu: Etički kodeks. Vidi, „*Sl.glasnik RS*“, br. 121/2007.

⁵²*Ibid.*

pacijenta zakonski osigurano pravo pacijenta da prihvati ili ne predloženu meru lečenja, u slučaju mentalnog deficita kakav se opisuje u kliničkom nalazu dementnih lica, lekar je po zakonu dužan da u potpunosti uvaži prethodno formiranu volju pacijenta. Ako znamo da se sposobnost rasuđivanja i testamentalna sposobnost stiče sa 15 godina, a sposobnost odlučivanja sa 18 godina, onda bi kod sačinjavanja avansnog testamenta u slučaju demencije ova i slične situacije imale neprocenjiv značaj za pravno postupanje. Na taj način bi i lekar bio zakonski zaštićen od eventualnog krivičnog sankcionisanja postupka koji bi se mogli vezati i za pojam eutanazije. Postupanja u pomenutoj situaciji bi bila značajna jer bi mogla u bitnoj meri pravno da zaštiti dementnu osobu, a opredeli efikasniji i bezbedniji tok postupanja lekara.⁵³

U nedostatku precizne definicije eutanazije, sporno može biti pitanje da li se ovo delo može izvršiti i „nečinjenjem“, što je u ranijem tekstu već komentarisano. Po tome, lekar koji bi uzeo u obzir odbijanje pacijenta na veštačko produženje života pri punoj svesti, ne bi bio zakonski sankcionisan zbog krivičnog dela lišenja života iz samilosti. I pored navedenog, jasnija i preciznija zakonska definicija ovog krivičnog dela bi u lekarskoj praksi bila od koristi.

Za potrebe ovog rada interesantno je napomenuti još dve činjenice. Prvo, Krivični zakonik izričit je u odnosu na to da zahtev mora dati punoletno lice, što znači da bi, na primer, lekar koji bi pod istim okolnostima udovoljio zahtevu maloletnika, odgovarao za klasično ubistvo.⁵⁴ Drugo, osoba koja zahteva da ga drugo lice liši života, prema zakonskom opisu mora biti u teškom zdravstvenom stanju koje se tumači neizlečivom i neizdržljivom patnjom, koja je zasigurno vodi smrtnom ishodu.⁵⁵ Nasuprot ovome, pravo na odbijanje medicinskog tretmana, pa čak i tretmana kojim se život produžava ili spašava, nije vezano za zdravstveno stanje pacijenta. Svako može odbiti ponuđeni tretman iz bilo kog razloga. To praktično znači da, na primer, lekar koji na zahtev Jehovinog svedoka ne izvrši transfuziju krvi kojom mu se život spašava, neće biti krivično odgovoran zbog njegove smrti, dok će lekar, koji na zahtev

⁵³*Ibid.*

⁵⁴U hrvatskom Kaznenom zakoniku ovakvog razlikovanja nema - pasivni subjekat krivičnog dela usmrćenja na zahtev, može biti svako lice, uključujući i maloletnika. Vidi član. 94 hrvatskog Kaznenog zakona.

Interesantno je napomenuti da element bića tog krivičnog dela nije pobuda - samilost prema pasivnom subjektu a predviđena kazna strožija je nego ona predviđena u čl.117 KZ RS (za usmrćenje na zahtev propisana je kazna zatvora u trajanju od 1 do 8 godina).

⁵⁵Stojanović Zoran, *Komentar Krivičnog zakonika*, izd. Službeni glasnik, 2006, Beograd, str. 337.

pacijenta ubrizga smrtonosni medikament, biti kažnjen blažom kaznom samo ako je reč o neizlečivo obolelom i umirućem pacijentu. U protivnom, odgovaraće za klasično ubistvo.⁵⁶

Pomoć u samoubistvu licu koje se nalazi u teškom zdravstvenom stanju, kao i navođenje na samoubistvo, bez obzira na prisutnost njegovog ozbiljnog i izričitog zahteva, takođe je kažnjivo. Nezavisno od toga da li je samoubistvo samo pokušano ili je izvršeno, predviđena je kazna zatvora od tri meseca do tri godine. Ako je u pitanju maloletno ili neuračunljivo lice, kazna je strožija. Zabrana pružanja pomoći u samoubistvu neizlečivo obolelim ili umirućim licima, takođe je univerzalnog karaktera, odnosi se i na lekare i na druga lica.⁵⁷

Pomenuti navodi bi morali biti povod da se u okviru zakonske predvidivosti opredeli pravo na dostojanstvenu smrt dementnih osoba. U protivnom bi se u velikom broju slučajeva, mogla dovesti u pitanje verodostojnost nalaza ordinirajućeg lekara i veštaka u postupku zbrinjavanja ovih pacijenata. Imajući u vidu klinički tok, dinamiku oboljevanja kao i perspektivu obolelih, procena sposobnosti rasuđivanja bi se mogla dovesti u pitanje u svim slučajevima kada se radi o testamentalnoj sposobnosti.⁵⁸ Donošenje preciznijih zakonskih propisa u ovom polju bi u svakom slučaju olakšala rad lekara, a posebno ohrabrila dementnu osobu kod donošenja odluke u periodu kada je bila sposobna za rasuđivanje.

6. Pasivna eutanazija

Grupa pravnika iz Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo 2003. godine, je pokrenula inicijativu za legalizaciju pasivne eutanazije, odnosno dopuštanja lekaru da se „uzdrži“ od daljeg održavanja u životu pacijenta koji je neizlečivo oboleo i umirući, „dopuštajući“ mu tako da umre „prirodnom smrću“.⁵⁹ Do tada je ovaj vid medicinskog tretmana bio zabranjen zbog tumačenja da je u njemu prepoznato krivično delo pomaganja u samoubistvu. Predlagači ove inicijative, date u Nacrtu kodeksa lekarske etike Srbije, objašnjavali su da je pitanje legalizovanja pasivne eutanazije, dato po ugledu na savremeno shvatanje pojedinih evropskih zemalja, nehumano. Čoveka koji se nalazi u bezizlaznom

⁵⁶Violeta Beširević, *op.cit.*, (fusnota 8).

⁵⁷Za navedno vidi čl.119 KZ RS.

⁵⁸*Op cit.*

⁵⁹Violeta Beširević, *op.cit.*, (fusnota 8).

stanju, je nehumano održavati u životu po svaku cenu.⁶⁰ Osim što su se članovi Srpskog lekarskog društva našli zatečeni, jer nisu bili konsultovani, otpora ovakvom predlogu od strane lekara, tada nije bilo.

Do same legalizacije došlo je 2005. godine usvajanjem Zakona o zaštiti zdravlja koji uvodi radikalne novine u odnosu pacijent - lekar. Ovaj zakon prvi put govori o pravu pacijenta na samoodređenje (autonomiju), privatnost i informisanost, uvodi instituciju zaštitnika (ombudsmana) pacijenatovih prava, danas savetnik pacijentovih prava. Takođe pokreće i neka bioetička pitanja uključujući transplantaciju organa i medicinska istraživanja. Zbog pravnog statusa pasivne eutanazije nad pacijentima koji nisu u stanju da daju svoj pristanak na predloženi tretman, za potrebe ovog rada bitno je istaći da se 2005. godine prvi put uvodi definicija moždane smrti koja se utvrđuje kod lica koja se nalaze u dubokoj komi i kod kojih se disanje održava aparatima.⁶¹

Odlučivanje o prestanku veštačkog održavanja života je jedno od najčešćih i najdelikatnijih pitanja, u vezi sa pacijentima koji su u komi ili u trajnom vegetativnom stanju.⁶² Srpsko zakonodavstvo je u situacijama, da li će se uopšte započeti sa veštačkim održavanjem života ili isključiti aparati, dalo reč lekarima. Zakon o zaštiti zdravlja predviđa da se, medicinske mere bez pristanka pacijenta, mogu primeniti samo u hitnim situacijama. On dopušta da se prema pacijentu koji je bez svesti ili nije u stanju da da svoj pristanak, medicinske mere mogu preduzeti samo na osnovu odluke konzilijuma lekara.⁶³ Etički kodeks nalaže lekaru da u ovim situacijama postupi po svom najboljem znanju i savesti, podsećajući ga pri tome da je eutanazija zabranjena. U navedenom ostaje nejasno da li se pomenuti zakon odnosi i na postupanje u slučaju kada pacijent nije sposoban da rasuđuje ali je svestan ili samo na pacijente bez svesti. Pitanje koje se neizbežno nameće je: Na osnovu kog standarda ili kriterijuma odlučuje postupajući lekar? Za razliku od Evropske konvencije o ljudskim pravima i bio medicini, koja iako u nejasnoj formi, za standard uzima najbolje interese pojedinca, Etički kodeks, nema u fokusu interese pacijenta, već za standard postavlja medicinske kriterijume, prepustivši lekaru da o njima odlučuje po svom najboljem znanju i

⁶⁰*Predviđena i pasivna eutanazija.*, Danas, 24. april 2003.

⁶¹Definicija je data u Pravilniku o bližim medicinskim kriterijumima, načinu i postupku utvrđivanja smrti lica čiji se delovi tela mogu uzimati radi presađivanja („*Sl.glasnik RS*“, br. 13/2005).

⁶²Pacijenti u trajnom vegetativnom stanju mogu da se povremeno probude, pri čemu nisu svesni bilo čega i ne reaguju na stimulanse bilo koje vrste. Kako im moždane ćelije još uvek funkcionišu, mogući su neki refleksi koji ih teraju da se povremeno zagrcnu, kašlju ili gutaju, kao i da prave nekoordinisane pokrete ili zvukove.

⁶³*Ibid.* član 34.

savesti. Izuzetak jedino predstavljaju umirući pacijenti koji su u nesvesnom stanju ili su nesposobni za rasuđivanje. U tom slučaju Etički kodeks govori o tome da lekar, pored medicinskih merila, treba da uzme u obzir i ranije izraženu volju umirućeg bolesnika kao i mišljenje njegovih bližnjih koji ga dobro znaju.

Ostaje nejasno da li se postavljeni kriterijum odnosi i na dementne osobe koje nisu sposobne da rasuđuju. Pri tome, ovaj staleški propis ne preuzima čak ni kompromisnu formulaciju navedene Evropske konvencije, prema kojoj će predhodno izražena volja pacijenta „biti uzeta u obzir“ već koristi blažu formulaciju prema kojoj se ta volja „treba uzeti u obzir.“ Pomenuto može značiti da lekar i ne mora da sledi ranije izraženu želju umirućeg bolesnika. Etički kodeks eksplicitno nalaže da konačnu odluku u ovakvim slučajevima donosi lekar,⁶⁴ što može biti od veoma bitnog značaja za zakonsku regulativu ili uvođenje eutanazije dementnih lica. Etičkim kodeksom 2006. godine, po prvi put se definiše odnos lekara prema umirućim pacijentima: „Umiranje bolesnika i smrt deo je lekarskog lečenja. Lekar je dužan da umirućem pacijentu u završnom stadijumu bolesti, obezbedi dostojne uslove umiranja, jer bi nastavljanje intenzivnog lečenja bolesnika u ovom stanju isključilo pravo umirućeg na dostojanstvenu smrt“.⁶⁵ Kao što se može zaključiti, i pored preporuka Saveta Evrope, u Srbiji je tek od nedavno prisutna ideja o neophodnosti uvođenja koncepta palijativne nege kao i svest o tome da umirući pacijenti zaslužuju posebnu pažnju i brigu medicinskih poslenika i društva u celini.

Zakonodavac u Srbiji još uvek ne predviđa mogućnost da putem pacijentovog avansnog testamenta (living will), neko lice unapred izrazi svoju odluku čak i u slučaju da se nađe u stanju u kojem neće biti u mogućnosti da rasuđuje, na primer koma. Zakon jedino dopušta da pacijent ima pravo da imenuje drugo lice koje će u njegovo ime dati pristanak za slučaj da on postane nesposoban da donese odluku (tzv. proxy decision-making). Zakon nije predvideo mogućnost da ovlašćeno lice ima pravo i da odbije tretman, što je osnov koncepta dobrovoljne pasivne eutanazije.⁶⁶ Izostankom regulative o pacijentovom testametu i ovlašćenjima imenovanog lica, pravo pacijenta na samoodređenje, tj. autonomiju, je povređeno, jer ne garantuje da će ranije izražena želja pacijenta u pogledu nastavka tretmana,

⁶⁴Član 65, stav 2 Etičkog kodeksa.

⁶⁵Član 61, stav 2 Etičkog kodeksa.

⁶⁶Vidi član 32, stav 4 Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

za slučaj kome ili trajnog vegetativnog stanja, biti uzeta u obzir, kako je to predviđeno članom 9. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini.⁶⁷

Mnoge zemlje su zauzele stav da je lečenje pacijenta bez njegovog pristanka, bez obzira na njegovo zdravstveno stanje, građanski delikt i krivično delo. Nesporno je da se medicinska mera, u pomenutim slučajevima, preduzima nakon potpunog obaveštenja, samo uz pristanak zakonskog zastupnika tog lica. S obzirom da se radi o pravu na život, nije dovoljno samo pretpostaviti da zakonski zastupnik, analogno pristanku, ima pravo i na odbijanje ovakve vrste tretmana.⁶⁸ Neophodno bi bilo precizno definisati njegova ovlašćenja i kriterijume na osnovu kojih se odlučuje u takvim situacijama. Pored toga, postavlja se i pitanje ko će odlučiti o prestanku rada mašina koje održavaju u životu dete ili mentalno obolelo lice, u slučaju da se mišljenja lekara i zakonskog zastupnika ne podudaraju? Zakon o zdravstvenoj zaštiti ne tretira ovakve situacije, a Etički kodeks samo nalaže lekaru da ne postupi po zahtevu roditelja ili staraoca kojim se zahteva uskraćivanje lečenja deteta. Ovo bi takođe bio značajan momenat koji zakonodavac mora imati u vidu kada se radi o tretmanu i eutanaziji dementne osobe koja bi se zbog kliničkog toka bolesti mogla naći u istoj ili sličnoj situaciji. Iz navedenog možemo zaključiti da je odgovornost lekara, za svaku neovlašćenu intervenciju nad telom pacijenta, prepoznata kao samovoljno lečenje. Kao takvo, predstavlja ozbiljno kršenje pacijentovog prava na samoodređenje i ljudsko dostojanstvo koja su, kao primarne vrednosti, zaštićena i Ustavom Srbije.⁶⁹ Pomenuto bi se posebno moralo uzeti u obzir tokom razmatranja prava na dostojanstvenu smrt dementnih lica i uvođenju eutanazije opšte.

Kao što je već rečeno Konvencija Saveta Evrope o ljudskim pravima i biomedicini⁷⁰ koju je Srbija ratifikovala 2010. godine, kao i Evropska povelja o pravima pacijenata i Principima WHO, posebno naglašava neophodnost pismenog pristanka pacijenta, odnosno njegovog zakonskog zastupnika, kada je u pitanju preduzimanje predloženih invazivnih dijagnostičkih i terapijskih medicinskih mera. Takođe Evropska povelja o pravima pacijenata i Principi WHO kao i Zakon o pravima pacijenata Srbije, omogućava da pristanak pacijent

⁶⁷Puni naziv ove konvencije Saveta Evrope, poznate i kao Konvencija iz Ovijeda, je: Konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u primeni biologije i biomedicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini. Srbija je ovu konvenciju potpisala ali je još nije ratifikovala.

⁶⁸Violeta Beširević, *op.cit.*, (fusnota 8).

⁶⁹Vidi član 23 Ustava RS.

⁷⁰Konvencija Saveta Evrope o ljudskim pravima i biomedicini, „*Sl. glasnik RS - Međunarodni ugovori*“, br. 12/2010 - dalje: Konvencija SE, koju je Srbija ratifikovala 2010. godine.

može da opozove u bilo kom trenutku tokom medicinskog tretmana. Zakon ne predviđa ograničenja ovog prava, i ne može se dovesti u pitanje ako to zahtevaju, na primer, interesi trećih lica ili interesi države da štiti život i integritet medicinske profesije.

Ako se sve navedeno u praksi i primenjuje onda je uočljivo i razmišljanje da je već delom pasivna eutanazija i prihvaćena ne samo teorijski, nego i praktično. Pitanje je samo tumačenja, shvatanja i sprovođenja zakonskih regulativa. Ovo je posebno važno kod dementnih lica, gde je vodeći čl.2 Evropska Konvencija o zaštiti ljudskih prava i sloboda, pravo na život.

Srpsko zakonodavstvo danas zauzima blagonaklon stav prema pasivnoj eutanaziji, ali još uvek nije dalo odgovor na mnoge dileme vezane za istu. Koncept medicinskog tretmana koji se smatra dopuštenim, u velikoj meri je nedorečen i neprecizan. Nema definisanog stava o postupanju prema novorođenom detetu sa ozbiljnim telesnim nedostacima, niti stava o tretmanu kojim se ponovo pokreće rad srca u slučaju naglog srčanog zastoja (cardiac arrest).⁷¹ Ključno pitanje koje bi trebalo urediti ako dođe do legalizacije eutanazije, odnosi se na subjekt koji donosi odluke o prestanku ili upotrebi medicinskih mera kojima se život spašava ili održava.

Kao i u većini država, usvojena rešenja u našem zakonodavstvu su različita, a zavise od toga da li je reč o pacijentu sposobnom za rasuđivanje ili o onom koji to nije, na primer obolelom od demencije.⁷²

7. Pravo na dostojanstvenu smrt dementnih osoba

Uzevši u obzir činjenicu da je proteklih godina natalitet sve niži, a da se zahvaljujući opštem tehničko-tehnološkom napretku linearno produžio život, za očekivati je da će jedan od najozbiljnijih zdravstvenih problema u razvijenim zemljama biti linerani porast dementnih osoba. U nerazvijenim zemljama je manji broj obolelih jer je i dužina života, zbog loših

⁷¹Violeta Beširević, *op.cit.* (fusnota 8).

⁷²Violeta Beširević, *Euthanasia: Legal Principles and Policy Choices*, European Press Academic, Publishing, Firenca, 2006.

uslova, znatno kraća. S obzirom na značaj ovoga stanja, navode koji slede u tekstu, i cilj rada, ukratko ću se osvrnuti na epidemiološke podatke i epidemiologiju demencije.

7.1. Epidemiologija demencija

Epidemiološki podaci, u odnosu na postavljen zadatak rada, su povod i osnov za razumevanje značaja izmena i uvođenja novih zakonskih regulativa u koje spada i eutanazija dementnih lica. Porast broja obolelih koji predviđa Svetska Zdravstvena Organizacija (WHO) do 2025, je u najmanju ruku zabrinjavajući ali sigurno i zastašujući. Naime, prema rezultatima opsežnih populacijskih studija rađenih u SAD-u, Švedskoj, Velikoj Britaniji, Danskoj, prevalenca demencije kreće se u rasponu od: 9 do 14% u populaciji osoba starijih od 65 godina, od kojih je jedna trećina potpuno nesposobna za samostalan život, i 30 do 35% starijih od 85 godina.⁷³ Rezultati pomenutih studija govore o veoma velikom broju trenutno procenjenih obolelih u SAD, više od 1.500 000.⁷⁴ U našem neposrednom okruženju istraživanja u ovom pravcu su veoma retka. U Hrvatskoj je na primer Zavod za zaštitu zdravlja grada Zagreba još 1986. objavio podatke o učestalosti oboljevanja od nezaraznih bolesti po kojima je učestalost „psihoorganskog sindroma“ bio 14%.⁷⁵

Još davne 1906.godine., je Alojz Alchajmer (Alois Alzheimer), nemački patolog i neurolog opisao slučaj progresivnog intelektualnog propadanja bolesnice stare 51 godinu. Tada je primećeno da između ovoga oboljenja i senilne demencije nema bitne razlike. Od 70-tih godina prošlog veka ova bolest zauzima važno mesto u kliničkoj praksi isto kao i senilna demencija.⁷⁶ Od tada pa do danas se bitno izmenio pristup u lečenju i pravnom postupanju u slučaju obolelih od demencije.

Iako ne navodi način procene i metod koji se koristio tokom istraživanja, što u ovim relacijama i nije od bitne koristi i važnosti, WHO predviđa, za period od 1985 do 2025, 40 godina, u SAD-u porast stanovništva starijeg od 65 godina za 105%, u Indiji za 265%, a u nerazvijenoj Gvatemali, po ovoj proceni, broj starijih od 65 godina bi se mogao uvećati za čak

⁷³Ivo Lušić: DEMENCIJE, na <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>.

⁷⁴*Ibid.*, str.3.

⁷⁵*Ibid.*

⁷⁶*Ibid.*,str.2.

357%.⁷⁷ Istraživanja WHO su takođe ukazala da postoji potpuna pravilnost u pojavnosti demencije. Od 65 godine života broj obolelih se udvostručuje na svakih sledećih 5 godina. U SAD-u ovaj broj iznosi po proceni epidemiologa, 123 nova slučaja na 100 000 stanovnika.⁷⁸ Po rezultatima srodnih istraživanja, koja su potvrdila da su stariji u većem riziku od demencije, je i istraživanje Globalne prevalencije demencije koje je sproveo Ferri sa saradnicima, 2005. godine.⁷⁹ Ono je pokazalo da se demencija kod starijih od 85 godina registruje u 20%. Po proceni ovih istraživača taj broj će biti udvostručen do 2050.godine, što je veoma zabrinjavajuće.⁸⁰ Incidenca je približno podjednaka u oba pola, dok je prevalenca ove bolesti znatno viša kod žena, obzirom da one duže žive od muškaraca. Prema izveštaju WHO od demencije boluje milijarda ljudi, a svake godine umre oko 6,8 miliona. Svaki šesti stanovnik Planete boluje od demencije, a svaki hiljaditi umire od neke neurološke bolesti. Procenjuje se da je u Evropi tokom 2004.godine, ekonomska šteta od neuroloških bolesti iznosila 139 milijardi evra.⁸¹ Takođe, pomenuta istraživanja WHO, navode da od demencije veoma retko oboljevaju neke rase kao npr. severnoamerički Indijanci i Nigerijci.⁸²

Jedan od nezaobilaznih momenata u analizi prevalencije demencije je svakako ekonomski aspekt. Kliničarima je poznato da oblici demencije, koje razmatra ovaj rad, traju u proseku od 5 do 8 pa i 10 godina, a neminovno dovode do gubitka radne sposobnosti i sposobnosti rasuđivanja. Zbog prirode bolesti ove osobe zahtevaju veliki angažman i stalni nadzor svih članova porodice, ovlašćenih institucija koje u terminalnoj fazi zbrinjavaju ova lica, kao i osiguravajućih društava. Sve ovo iziskuje angažovanje značajnih investicija za lečenje i zbrinjavanje. Na primer, procena utrošenih troškova za DAT bilo posredno ili neposredno za 1997.godinu, su u SAD-u iznosile više od 90 milijardi dolara.⁸³ Imajući u vidu da će tokom sledećih 50 godina u SAD-u troškovi za zbrinjavanje porasti trostruko, strah od ekonomskih posledica ove bolesti nesumnjivo je opravdan, posebno u zemljama u tranziciji koje nemaju precizne podatke o broju obolelih od demencije, kao što nemaju ni organizovano

⁷⁷*Ibid.*, str.3.

⁷⁸*Ibid.*

⁷⁹C. Ferri et al. Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study. *Lancet* 2005, 366: 2112-2117; Alzheimer's Association. Statistics about Alzheimer's Disease. Available at <http://www.alz.org/AboutAD/statistics.asp> (Accessed 19 April 2008).

⁸⁰C.Ferri et al., *op. cit.*, (fusnota 7), 2115.

⁸¹M. Žikić i dr.; 2009, *Epidemiology, etiology, classification, diagnosis, differential diagnosis and treatment of dementias*, Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja, Pregledni članak Review article UDK 616.892.3., XVII, br. 1-2.

⁸²*Ibid.*

⁸³Za više vidi Ivo Lušić: DEMENCIJE, <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>.

zbrinjavanje obolelih u institucije namenjene samo za ovu vrstu patologije, niti sredstava za njihovo zbrinjavanje.⁸⁴

Od klinički poznatih oblika demencije, najčešće su Alchajmer-ova (Alchimer) bolest (oko 60%), Vaskularne demencije (oko 15%), Demencija sa Levijevim telima (oko 10%), Frontotemporalne demencije (5-10%), dok na sve ostale oblike demencije odlazi oko 5%.⁸⁵ Navedeni podaci su iznudili potrebu dopuna zakonskih regulativa i pravne zaštite obolelih u najkraćem mogućem roku uključujući i razmatranje uloge i mesta eutanazije dementnih lica.

U ovom radu se razmatra klinički oblik demencija kao stanje koje podrazumeva skup različitih simptoma čija je osnovna karakteristika sporo progresivno intelektualno propadanje, odnosno propadanje stečenih kognitivnih funkcija pri očuvanoj svesti.⁸⁶ Obzirom da se radi o ireverzibilnom mentalnom propadanju, demencija ima negativan učinak na obavljanje dnevnih aktivnosti te nakon određenog vremenskog intervala, rezultira nemogućnošću samostalnog obavljanja osnovnih društvenih, dnevnih i radnih obaveza. Posebno je uočljivo postepeno, kao što je ranije napomenuto u tekstu, oštećenje sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije u sva tri pravca (vremenu, prostoru i prema trećim licima). Iz tih razloga, demencije se kao klinički entitet, svrstavaju u neurodegenerativna oboljenja.⁸⁷ U pomenuta spadaju sva oboljenja nervnog sistema koja u sebi nose patofiziološki mehanizam nakupljanja abnormalnih proteina koji se međusobno povezuju i talože u živčanom sistemu uzrokujući njegovo postepeno i progresivno propadanje uz klinički karakteristične manifestacije bolesti u koje spada i Alchajmer-ova bolest, Frontotemporalna demencija, Parkinson-ova bolest i dr.⁸⁸ Pored navedenog, postoje klinički oblici demencije nastali kao posledica nekog drugog oboljenja centralnog nervnog sistema, pratećeg stanja ili oboljenja nekog drugog sistema organa. Posledično imaju drugačiji klinički tok, a lečenje se sprovodi u sklopu primarnog oboljenja. Kao takvi oblici demencije mogu biti predmet nekog drugog rada.

⁸⁴*Ibid.*, str. 3 i 4.

⁸⁵M.Žikić i dr., *op.cit.*, (fusnota 9), str. 7 do 9.

⁸⁶G.W.Small, D. Kaufer, M.S. Mendiondo, P. Quarg, R. Spigel: Cognitive performance in Alzheimer's disease patients receiving rivastigmine for up to 5 years. *Int J Clin Pract* 2005, 59 (4):473-477.

⁸⁷*Op.cit.*

⁸⁸Iva Gašparović, *Genetics of neurodegenerative diseases*, Zavod za kliničku neurologiju, Klinika za neurologiju, KBC Rijeka, pregledni članak medicina fluminensis 2013, Vol. 49, No. 2, p.144-156.

Život i zaštita su osnovne vrednosne postavke koje tretiraju ličnosne karakteristike ljudskog roda. Posebno mesto ove vrednosti zauzimaju u evropskoj tradiciji etičkog kodeksa. Iz razloga što tretman demencije u pojedinim fazama oboljenja, zahteva procenu sposobnosti rasuđivanja, centralna tema je etička procena tzv. avansnog testamenta (living will). Iz ovih razloga status dijagnostikovan kao demencija za zdravstvenog radnika - lekara, pravnu regulativu, javno zdravstvo uopšte predstavlja veliki izazov, za obolelog strepnju i patnju, a za porodicu obolelog tragediju.

Do danas još nije postignuta potpuna saglasnost u postavljanju sveobuhvatne definicije demencije. S obzirom da se radi o poremećaju najviših funkcija centralnog nervnog sistema postoje mnogobojna neslaganja. Svetska Zdravstvena Organizacija demenciju definiše kao poremećaj sposobnosti pamćenja, uz moguće pridružene druge kognitivne deficite: disfaziju, apraksiju, agnoziju i poteškoće u orijentaciji i/ili donošenju svakodnevnih odluka.⁸⁹ Jasno je da ovako definisana demencija podrazumeva skup kliničkih simptoma gde dominiraju oštećenja mentalnih funkcija.

Demencija, kao što je već rečeno, je složeno stanje koje neminovno vodi potpunoj onesposobljenosti, kako mentalnoj tako i fizičkoj. Posebno su uočljive poteškoće u orijentaciji i/ili donošenju svakodnevnih odluka, što je najznačajnije u proceni rasuđivanja demencijom osoba.⁹⁰

7.2. Demencija iz ugla kliničara

Poznato je da se tačan početak demencije ne može sa sigurnošću utvrditi niti se može predvideti tok. Okruženje koje primećuje promene u ponašanju demencijom osobe često previdi značaj blagovremene intervencije i tretmana. Pacijent se najčešće javlja u već poodmaklom, za kliničara prepoznatljivom stadijumu ove bolesti. U to vreme porodica i okruženje opisuje status koji traje unazad više godina, a koji se u poslednje vreme naglo pogoršao. Poznato je da osobe kod kojih se markiraju neki od znakova demencije ne prihvataju to saznanje, niti prihvataju bilo kakav tretman i intervenciju, te se obično lekaru javljaju u odmakloj fazi ili se

⁸⁹Za više vidi Ivo Lušić: DEMENCIJE, <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>. str.1.

⁹⁰C. McPherson, K. Wilson & M. Murray. Feeling Like a Burden to Others: A Systematic Review Focusing on the End of Life. *Palliat Med* 2007, 21: 115-128; K. Parsons-Suhl et al. Losing One's Memory in Early Alzheimer's Disease. *Qual Health Res* 2008, 18: 31-42.

prisilno dovode na lečenje. Ljudsko biće najteže podnosi promene koje se tiču mentalnog zdravlja i ličnih karakteristika.⁹¹

Ovo je samo još jedan od dokaza koliko je porodici teško da u pravo vreme prihvati činjenicu da se sa njenim članom događa nešto, što osobu čini u mentalnom smislu ne prepoznatljivom. Simptomi izmenjenog ponašanja su dugo vremena prihvatljivi i ne predstavljaju teškoću u funkcionisanju, u jednom momentu postaju nesavladivi i zahtevaju hitnu intervenciju. Ovo je najznačajniji vremenski period u kojem je neophodno definisati pomoć, pravnu zaštitu obolelog i proceniti njegovu sposobnost rasuđivanja. Vrlo retko se heteroanamnestičkim podacima može zaključiti ili doneti odluka o želji odnosno prethodnoj volji pacijenta. S obzirom na navedeno i dinamiku simptoma, dementne osobe često zavedu i iskusnog kliničara da donese blagovremenu odluku o planu daljeg zbrinjavanja. Ljudsko biće je sklono samosažaljevanju te tako svojim stavovima otežava porodici i lekaru da sprovede postupak do kraja. Najčešće se zbog kolebljivog raspoloženja i kolebljivih stavova i odluka odlažu mere zbrinjavanja. Ne retko se događa, da se pomoć za hitno zbrinjavanje zahteva u terminalnoj fazi, kada porodica više nije u mogućnosti da zadovolji potrebe dementne osobe.⁹²

Zbog dubokog funkcionalnog oštećenja plaža memorije, osoba obolela od demencije nema svest niti sećanje na skorije događaje, ličnosti, svoje zahteve i izjave. S toga se porodici stavlja na teret zbrinjavanje koje prevazilazi mogućnosti postojećeg zdravstvenog sistema jer su prohtevi u nezi i zbrinjavanju ovih lica nesavladivi. Takođe su isti vezani za pomoć trećeg lica. Vrlo često ovakvi pacijenti bivaju odbijeni po zahtevu za tuđu negu i pomoć koja bi im inače zakonom pripadala. Kao tako opredeljena novčana sredstva bi mogla delom rešiti pomoć porodici u zbrinjavanju dementnih osoba. Ona bi podrazumevala finansijsku podršku za negu obolelog člana porodice u vremenu kada su ostali članovi porodice radno angažovani, a dementna osoba prepuštena samoj sebi.

Preuzevši teret dela obaveza na sebe institucije, koje tretiraju dementne osobe, se suočavaju ne samo sa finansijskim teretom, nego i fizičkim opterećenjem tokom nege, a posebno mentalnim stresom. Posebno je naglašen stres ukućana i osoba bliskih oboleloj iz

⁹¹B. Reisberg. Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacol Bull* 1988, 24: 653-659; S. Mitchell. A 93-Year-Old Man with Advanced Dementia and Eating Problems. *JAMA* 2007, 298: 2527-2536.

⁹²*Ibid.*

razloga nemogućnosti uspostavljanja i održavanja adekvatne komunikacije. Vremenom dominira sažaljenje, i po pravilu obolelu osobu lišava socijalnog okruženja i izoluje. Ove situacije su za lekare prepoznatljive, a za porodicu i obolelog predstavljaju nepremostivu traumu. Iz tog razloga socijalno okruženje je obično okvir zaštite dementnog, a koje vremenom ograničava socijalnu mrežu funkcionisanja te se takva lica najčešće nalaze u kućnom „pritoru“, odnosno izolaciji. Razlozi za to su stid i sram koji prednjači mentalnim miljeom našeg društva. Pored navedenog često su nemoć u pružanju pomoći izvor nesuglasica unutar porodice kao i preterano očekivanje, potreba da se ovakva osoba pravno zbrine i teret podeli ili nega prepusti nekom drugom. Blisko okruženje često postavlja i sumnju u dijagnozu demencije, te postavljaju nerealne zahteve od institucija koje zbrinjavaju dementne osobe.⁹³ Jasno je da je zbog nepredvidljivog toka i nemogućnosti eventualne procene dužine bolesti otežana i organizacija zbrinjavanja dementnih lica.

U radu sa dementnim osobama ističe se psihološka barijera koja oslikava svest i svesnost u pojedinim fazama bolesti. Naime, dementne osobe u pojedinim fazama svog stanja, mogu veoma dobro i tačno da markiraju svoj problem kao što mogu i da osveste svoje postupke. Na žalost, upravo su ovo momenti koji opterećuju zbrinjavanje dementnih osoba. U tim trenucima se najčešće odlažu odluke kako bi se status obolelog zaštitio od uznemiravanja i stresova, koji su provocirajući faktori pogoršanja. Porodica uglavnom, iz pomenutih razloga, izbegava pokretanje postupka sačinjenja testamenta ili starateljstva. Mentalne patnje sa kojima se suočava dementna osoba su svakako deo straha koje nosi ovo stanje, a napredovanje demencije za sigurno nosi teret gubitka ljudskog dostojanstva. Stari bi se sa velikom verovatnoćom saglasili u želji da zaštite ljudsko dostojanstvo koje je osnov i u proceni mentalnih sposobnosti u postupku procene rasuđivanja. S toga bi se edukacijom porodice i okoline obolelog značajno mogao poboljšati tok zbrinjavanja dementne osobe, a lucidni momenti iskoristiti kao značajni za procenu rasuđivanja dementne osobe.

Blagovremena procena formirane autonomne volje kao izbor dostojanstvene smrti u situacijama kada to sama dementna osoba nije sposobna da učini, je od velikog značaja za njihovo zbrinjavanje. Predvidljivost davanja ovlašćenja u pravnom postupku, koju bi

⁹³Despite the fact that it is known that multifaceted intervention can make a significant difference in the burden of care experienced, little has been done in a structural way in that area. See M. Mittelman et al. A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease. *JAMA* 1996, 276: 1725-1731; M. Mittelman et al. Improving Caregiver Well-being Delays Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease. *Neurology* 2006, 67: 1592-1599.

dementna osoba definisala u početnoj fazi bolesti, a posebno ukoliko bi zakonodavac predvideo starosnu granicu nakon koje bi svako trebao to da pravno definiše kroz svoju odluku, u vremenu kada je osoba još sposobna za rasuđivanje, bila bi od velikog značaja za sprovođenje njene volje.⁹⁴

Potreba za dopunom zakonske regulative pojačava i činjenica da su starija lica opterećena saznanjem da će se u slučaju demencije o njima morati starati članovi porodice ili će morati biti smešteni u neku od institucija za zbrinjavanje starih lica. Za starije je viđenje patnje njihovih bližnjih, mnogo veći od straha od smrti njih samih. Strah, u ovom slučaju, ne uključuje samo finansijski aspekt zbrinjavanja, nego je činjenica da će rođaci morati platiti visoku cenu emocionalne brige za njih.

Po uzoru na Holandski zakon bi se svakako morala razmotriti i činjenica da su 6% osoba starosne dobi od 61 do 92 godine izjasnilo da bi dalo saglasnost za eutanaziju u slučaju demencije.⁹⁵ Kliničko iskustvo govori u prilog da su starije osobe više okrenute sebi i zadovoljenju svojih potreba, i jedinstvene u svojim stavovima. Iskustvo stečeno veštačenjem je da često dementna osoba svoje poverenje daje pre ordinirajućem lekaru nego nekom drugom, kada je u pitanju donošenje bilo kakvih odluka.

Znajući težinu koju nosi odluka, lekari se nerado odlučuju da pomognu pacijentu i njegovoj porodici savetima i sugestijama, nerado edukuju pacijente, odnosno nerado preporučuju određene korake u polju zakonske regulative. Razlog ovome je što su lekari i sami nesigurni u svoju kompetenciju te se boje sankcija. Najčešće se obolele osobe upućuju na neku od ustanova koje se bave socijalnim aspektom zbrinjavanja pacijenata i advokatima. S obzirom da je Zakon o pravima pacijenta stupio na snagu, za očekivati je da će i u određenim situacijama od ordinirajućeg lekara dementne osobe i članovi njihovih porodica zahtevati pomoć u rešavanju sopstvenog zbrinjavanja. U svetu još uvek mali broj lekara veruje da će se u bliskoj budućnosti pitanje eutanazije dementnih osoba uključiti u zakonodavni sistem. U našoj državi je za sada reč struke protiv eutanazije. Bilo kako se ovo bude tumačilo, neminovno je budućnost okrenuta zakonodavcu koji će u skladu sa potrebama

⁹⁴*Op cit.*

⁹⁵M. Rurup et al. Frequency and Determinants of Advance Directives Concerning End-of-life Care in The Netherlands. *Soc Sci Med* 2006, 62: 1552-1563.

zdravstvenog i socijalnog sistema morati uvrstiti i mogućnost izbora eutanazije, prava na dostojanstvenu smrt.

Jedan od razlog zašto bi procena rasuđivanja trebala biti osnova avansnog testamenta je svakako činjenica da su dementne osobe, u skladu sa svojim intelektualnim potencijalom, obrazovanjem, razvojem i tokom bolesti, sklone ponavljanju obrazaca naučenih pre vidljivih manifestacija bolesti, odnosno dijagnostikovane demencije. Pod ovim iskusan kliničar prepoznaje mogućnost uticanja na osobu koja treba u određenom trenutku da odluči o sadržaju svog avansnog testamenta kojim bi opredelila volju za vreme, način, sredstvo, osobu i instituciju u kojoj bi svoj život dostojanstveno završila, eutanazijom. Na ovome mestu moramo napomenuti da klinički oblici, odnosno varijacije kliničkog prepoznavanja demencije, sa sadržajem koji na izgled može zavesti čak i iskusne lekare, moraju biti potkrepljeni nalazima koji ukazuju na ličnosne karakteristike obolele osobe. Obzirom da se uglavnom radi o licima koja su se lekaru javljala i ranije zbog nekih drugih oboljenja, logično je da ordinirajući lekar bude inicijator procene mentalnih sposobnosti svog pacijenta. Iniciranje procene sposobnosti rasuđivanja bi bila prioritet u tretmanu i pravnoj zaštiti za slučaj da želi da sprovede testamentom svoju volju o dostojanstvenoj smrti ukoliko oboli od demencije.

Kao što je ranije napomenuto, stanje demencije nosi nepredvidivu dinamiku u vremenu i sadržaju, a sledstveno i u mogućem oporavku. To se mora imati u vidu kada se formira odluka koju zakon prepoznanje kao autonomiju pacijenta, odnosno volju da svoj život u slučaju demencije, ili kada je bolest već u toku, okonča dostojanstveno eutanazijom. Upravo zbog dinamike kliničke slike tokom demencije zakonodavac bi morao predvideti reviziju testamenta u određenom vremenskom intervalu ili po potebi na zahtev ordinirajućeg lekara.

U pojedinim državama u svetu, zakonodavac je predvideo za sve testatore, reviziju testamenta na dve godine. Kliničko iskustvo u ovome prepoznaje prvenstveno značaj i neophodnost provere prethodno formirane volje obolele osobe u određenom vremenskom intervalu. Revizijom testamenta bi bila data mogućnost opoziva, potvrde ili dopune prethodno definisanog sadržaja. Na izmenu sadržaja bi mogao uticati ne samo testator, nego i lekar, ukoliko za to postoji potreba. Pomenuto se odnosi na izmene vezane za razvoj novih simptoma ili momenata u kliničkoj slici obolelog, a koji bi imali direktnog uticaja na formiranje konačnog nalaza procene rasuđivanja. Takođe je zakonodavac u nekim zemljama,

kakav je slučaj u Holandiji, predvideo pravne radnje u svrhu zaštite odluke ili zaštite od navođenja na formiranje odluke dementne osobe. Ovo se odnosi na zaštitu od moguće zloupotrebe procenjenog statusa obolelog tokom veštačenja.

Kako demencija nosi klinički ne samo postepeno ireverzibilno propadanje plaža mentalnih funkcija, tako može biti i tesno vezano za izmenjeno ponašanje, ne retko praćeno agresijom. Takođe se mogu javiti i simptomi koji su veoma slični ili isti kao kod drugih psihičkih poremećaja i psihijatrijskih oboljenja. Klinički ovi simptomi se prepoznaju po prisutnim halucinacijama svih oblika, rizičnim oblicima ponašanja, nesvrshodnim i po život opasnim radnjama (hod po šinama, trčanje po kolovozu i sl.). U ovakvim slučajevima zakonodavac bi morao imati predviđenu mogućnost slobode tokom intervencije pod zaštitom ovlašćenog ili ovlašćenih lica koje bi svakako pacijent morao prethodno opredeliti u testamentu. Osobe koje mogu pomoći pri zbrinjavanju mogu biti članovi porodice, najbliži prijatelji, a mogu biti i ovlašćeni pratioci u postupku zbrinjavanja dementne osobe. Na ovakav način bi se umnogome olakšao proces zbrinjavanja u hitnim ili nepredvidivim situacijama u koje može dopasti dementna osoba, a za koje bi se po dosadašnjim pravilima moralo na odluku suda čekati određeni vremenski period. Skraćenje ovakvih odluka u hitnom postupku bi takođe doprinelo i kvalitetu pruženih usluga. Na ovo se posebno mora misliti u slučaju kada simptomi nastanu naglo ili se razviju u kratkom vremenskom intervalu. Ako se u ovom slučaju uzme u obzir Zakon o pravima pacijenata koji je stupio na snagu 2013.godine po kojem se bilo koja intervencija može odbiti, a pri tom lekar mora poštovati autonomiju obolele osobe, onda se mora računati i na pomenute situacije kada pacijent nije sposoban da rasuđuje, odnosno da opredeli svoju želju, te to mora uraditi neko drugi. U tom slučaju postoji velika verovatnoća da će se u nekoj od faza oboljenja ispoljiti ili stvoriti uslovi za moguće fizičko povređivanje od strane lekara koji je u procesu zbrinjavanja, kao i pojava agresivnih nekontrolisanih sumanutosti prema ne samo sebi, nego i okolini od strane pacijenta. Ovo su momenti kada se lekar nalazi možda i u najtežoj situaciji jer treba da odluči o prinudnom zbrinjavanju odnosno intervenciji koja najčešće nosi neizvestan tok.

Postavlja se pitanje šta u tim situacijama uraditi i šta naš zakon predviđa? Za sada je zakonodavac predvideo samo prinudno zbrinjavanje mentalno oštećenog lica u slučaju da se radi o pokušaju suicida ili da postoje nagoveštaji o želji za suicidom. U ostalim situacijama je predviđena asistencija milicije što u velikoj meri komplikuje prinudnu hospitalizaciju jer

zahteva i odluku suda, kao što je slučaj i kod svih drugih mentalnih oboljenja.⁹⁶ U stanju demencije, osoba nema svest o svojim postupcima. Često su te radnje prepoznate kao individualne ličnosne karakteristike, i upravo su to momenti koji odlažu bilo kakvu intervenciju. Neki dementni pacijenti su blagi, mirni i saradljivi iako nisu svesni svojih postupaka mogu se lako ubediti i ukazati im pomoć, dok drugi ispoljavaju suprotnu prirodu i teško se postiže dogovor o dobrovoljnosti pri zbrinjavanju. Dva razloga su uočljiva u kliničkoj praksi: jedan od najčešćih je pomenuta komplikovana i duga zakonska procedura do sprovođenja, a drugi je često prepreka koja se odnosi na kolebljivost odluke porodice obolelog. Naime, porodici je veoma teško da prihvati činjenicu da je nekog od bliskih osoba potrebno zbrinuti na psihijatriju, a još mnogo teže to učiniti prisilno. S toga se u trenutku kada treba sprovesti odluku obično sažale i izraze želju da se odgodi uz objašnjenje da ipak žele dati još jednu šansu za korekciju ponašanja ili promene tretmana. U velikom broju slučajeva se za vrlo kratko vreme ponovi događaj sa mnogo težim posledicama i tada se uglavnom nalaže zakonska procedura koju inicira lekar uz nadležne institucije sud i Centar za socijalnu pomoć.

7.3. Demencija u ogledalu prava na dostojanstvenu smrt

Simptomi demencije su ujedno i prateći simptomi prepoznati kod više od 150 oboljenja nervnog sistema. S obzirom na kompleksnu simptomologiju koja prati demenciju, složen medicinski tretman, socijalne aspekte ove bolesti, kao i značaj pravovremene procene rasuđivanja obolele osobe, svakako zavrednjuje veliku pažnju društva u celini, a posebno zakonodavca.

Prethodno izneto za laika znači da starenje stanovništva nosi za sobom linearni porast dementnih osoba. Za lekare koji se bave ovom problematikom uključuje potrebu rešavanja statusa dementne osobe ne samo u starosti, nego i u dobu pune radne sposobnosti, koje ne retko nosi Alchimer-ova bolest. Osnovni problemi markirani u kliničkoj praksi su oni koji nosi socijalna mreža zbrinjavanja dementnih lica kao i njihova pravna regulativa, odnosno pravna zaštita.

⁹⁶Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Sl.glasnik RS“, br.107/2005, 72/2009-dr.zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013-dr.zakon i 93/2014, VII Obavezno upućivanje u psihijatrijsku ustanovu čl.44; Zakon o pravima pacijenata čl.16-19, 2013.

Pravo pacijenta da odluči o predloženom zdravstvenom tretmanu u okviru kojeg je pomenuta neprikosnovena autonomija pacijenta je možda osnov da se razmotri činjenica da li smo na pragu definisanja eutanazije u okviru postojećeg zakona. Jedan od ključnih momenata koji se u ovim situacijama stavlja na teret lekaru je svakako definisanje vremena kada dementna osoba gubi sposobnost rasuđivanja odnosno kada je pravi trenutak da avansnim testamentom svako, imajući u vidu mogućnost i onih koji trenutno nisu oboleli od demencije, a žele da svoju volju zakonski opredele, to i zvanično učine. S obzirom da se životni vek proteklih godina znatno produžio, mora se imati u vidu predvidljivost i perspektiva obolelog od demencije.

Za laika je stanje demencije vezano za starost, dok kliničko iskustvo govori da rečenica koju najčešće čujemo u ordinaciji „samo da mi bog pamet ne uzme“ nije vezana za starosnu dob pacijenta. Evidentno je da se najviše bojimo nemoći da vladamo sobom i svojim postupcima. Iz toga je i proistekla želja da čovek svoj život dostojanstveno, po svom izboru završi. Jedno od najkontraverznijih pitanja ovoga vremena je svakako eutanazija dementnih osoba što u osnovi sadrži pomenuto pravo na autonomiju obolele osobe.

8. Pravo na život i autonomija dementne osobe

Ukratko ću se osvrnuti literaturnim navodima koji ističu autonomiju pacijenta kao neprikosnovenu, a pravo na život kao osnovno pravo. Često je citirano istraživanje sprovedeno u Velikoj Britaniji 2007. godine, a odnosi se na analizu anketiranih osoba koje bi se opredelile, u slučaju da se nađu u situaciji da obole od demencije, za pomoć lekara pri umiranju. U ovoj studiji se 60% ispitanika, svi bele rase, izjasnilo pozitivno u odnosu na postavljen zadatak, ostalih 40% ispitanika drugih rasa, bilo je protiv eutanazije.⁹⁷ Ovi rezultati bi mogli biti tema nekog drugog istraživanja koje bi obuhvatilo, u odnosu na postavljen zadatak, rase i kulturološka obeležja. Ovo istraživanje su takođe obeležili pozitivni rezultati onih koji bi dali avansnim testamentom pristanak za svoju eutanaziju, a u korist svog partnera i njegovog daljeg kvalitetnog života.⁹⁸ Pri tom zapaženo je da bi etički ova odluka mogla biti

⁹⁷Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia, Nia Williams, Charlotte Dunford, Alice Knowles and James Warner* INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY Int. J. Geriatr. Psychiatry 2007, 22: 1229-1234. Published online 8 May 2007 in Wiley InterScience Department of Psychological Medicine, Imperial College London, UK, DOI:10.1002/gps.181(www.interscience.wiley.com)

⁹⁸*Ibid.*

dovedena u tesnu vezu sa uticajem kulturoloških i verskih odlika teritorije na kojoj pacijent živi i radi. Ispitanici bele rase su se, shodno nivou obrazovanja, tehničko-tehnološkom napretku države i društva u kojem žive, lakše i više opredeljivali za samoubistvo uz pomoć ili umiranje uz pomoć lekara.⁹⁹ Pomenuti rezultati su slični onima koji su dobijeni u ispitivanju uzorka starih ljudi u Minesoti, 1999, SAD.¹⁰⁰ Takođe su slični i rezultatima koje su dobijeni istraživanjem holandskih ispitanika.¹⁰¹ Već je ranije navedeno da je Holandija jedna od prvih zemalja koja je u svoj zakonodavni sistem uvela eutanaziju. U skladu sa tim pomenuto istraživanje je potvrdilo da se pojedinci u većem broju opredeljuju za dostojanstvenu smrt, pre nego za život ispod ljudskog dostojanstva. Rasprava o eutanaziji je aktuelizovala problem starenja i demencije tako da je tema postala aktuelna i u Domu lordova u Engleskoj.¹⁰² Oni poseban naglasak daju nekoj budućoj debati na temu podrške pasivnoj eutanaziji i samoubistvu uz pomoć lekara.

Kliničko iskustvo ukazuje da su stare osobe najčešće prepuštene nezi trećeg lica u svom domu ili u nekoj od ustanova za zbrinjavanje ove populacije. S toga je za očekivati da stare osobe i same žele da u terminalnom stadijumu svoje bolesti dostojanstveno umru. Navedeno je pojačano činjenicom da je demencija stanje u kojem čovek najčešće umire sa slikom gubitka ljudskog dostojanstva. S toga, pomenuta nedavno otvorena debata u Domu lordova o umiranju uz pomoć lekara, posebno naglašava da u raspravu treba pored glasa javnosti, uključiti i obolele od ovog oblika mentalnog deficita. U zaključku ove studije naglašeno je da je deo javnosti u Engleskoj, u slučaju neizdržive patnje, saglasan pre za eutanaziju nego da im se život veštački održava tretmanima i aparatima.¹⁰³ Ovo je veoma značajan podatak koji bi mogao biti povod za debatu na temu prihvatanja autonomije do mere da pojedinac koji odlučuje o svom životu ima pravo da odluči, u slučaju da oboli od demencije i o vremenu i načinu svog umiranja. Dementne osobe prolazeći kroz različite faze i iskušenja u bolesti, mogu dati doprinos u proceniti svoje situacije bolje nego bilo ko drugi u okolini. Navedeno iziskuje potrebu za daljim sličnim istraživanjima, kako bi se preciznije opredelili rezultati.¹⁰⁴ Za očekivati je da osobe iz različitih kulturoloških sredina, različitog

⁹⁹*Ibid.*

¹⁰⁰Gjerdingen D, Neff J, Chaloner M., *Older persons' Opinions About Life-sustaining Procedures in the face of Dementia*. Arch Fam Med 8: 421-425, 1999.

¹⁰¹Rietjens JAC, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al., *A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: survey among the Dutch general public and physicians.*, Soc Sci Med 61:1723-1732, 2005.

¹⁰²<http://www.scribd.com/doc/33178988/BIOETIKA-i-eutanazija#scribd>

¹⁰³Rietjens JAC, van der Heide A, op.cit., (fusnota 101).

¹⁰⁴*Ibid.*

nivoa obrazovanja i rasa na različite načine doživljavaju život i smrt. U skladu sa tim za očekivati je da se i različito izjašnjavaju.

Kao što je već rečeno, većina nacionalnih ustava i međunarodnih ugovora namenjenih zaštiti ljudskih prava i sloboda, kao što Evropska konvencija o zaštiti ljudskih prava i osnovnih sloboda nalaže, započinje pravom na život. Pravo na život zauzima centralno mesto u svakom sistemu zaštite ljudskih prava što proističe iz njegovog karaktera.¹⁰⁵ Razmatranje čl.2 Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda, proklamujući pravo na život kao osnovno i apsolutno ljudsko pravo, u slučaju demencije dovodi u pitanje da li bi lekar koji tretira dementnu osobu uopšte imao pravo da ukaže na potrebu procene sposobnosti rasuđivanja, s obzirom da je život po navedenom neprikosnoven.

Čl.2 pomenute Konvencije glasi: „Pravo na život svake osobe zaštićeno je zakonom. Niko ne može biti namerno lišen života, sem prilikom izvršenja presude suda kojom je osuđen za zločin za koji je ova kazna predviđena zakonom“. „Svako ima pravo na život“ nameće pitanje ko bi bio taj koji bi vršio procenu granice, vremena trajanja nečijeg života, odnosno ko bi bio taj koji bi odredio da se nečiji život okonča legalno eutanazijom. Na ovakav način bi se po Konvenciji moglo zaključiti da postoji kršenje ili ugrožavanje svih ostalih prava čime se dovodi u pitanje pravo na život.

Ipak, pravo na život nije apsolutno pravo, neka ograničenja u njegovom uživanju predviđena su u stavu 2 čl.2. ove Konvencije. Lišenje života se ne smatra protivno ovom članu ako je proisteklo upotrebom sile koja je nužna, a u cilju odbrane nekog lica od nezakonitog nasilja, da bi se izvršilo zakonito hapšenje ili sprečilo bekstvo i prilikom primene mera u cilju suzbijanja nereda ili pobune. Od ovoga nisu moguća odstupanja niti bilo kakve restrikcije, kao što je slučaj na primer kod slobode izražavanja.¹⁰⁶ Ako je to tako, onda bi se moglo postaviti pitanje i da li je čl.2 ove Konvencije direktno suprotstavljen autonomiji pacijenta.

Pred Evropskim sudom za ljudska prava vođeni su postupci zbog kršenja čl.2 u vezi sa odbijanjem zahteva za ubistvom iz milosrđa, eutanazijom. Npr. u slučaju *Pretty protiv*

¹⁰⁵Violeta Beširević, *Euthanasia: Legal Principles and Policy Choices*, izd. European Press Academic Publishing, Firenca, 2006.

¹⁰⁶Interights, *Manual For Lawyers: The Right to Life under the European Convention on Human Rights (Article 2)*, Interights, London, 1, 2011.

Ujedinjenog Kraljevstva, vođen je spor jer je žena koja je bila paralizovana zbog neizlečive degenerativne bolesti mišićnog tkiva, zahtevala pomoć supruga u samoubistvu.¹⁰⁷ Prilikom svog obraćanja Sudu, tvrdila je da pravo na život obuhvata i pravo na izbor života ili smrti, odnosno da se čl.2 Konvencije štiti i autonomija pacijenta. Ona je tvrdila da je Ujedinjeno Kraljevstvo nepristajanjem da se odrekne krivičnog gonjenja njenog supruga, koji bi joj pomogao da izvrši samoubistvo, povredilo čl.2 Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda. Sud je u svom obrazloženju ovog slučaja naveo da smatra da pomenuta Konvencija ne garantuje negativni aspekt prava na život, odnosno pravo na smrt. U skladu sa tim Sud je našao da nije došlo do povrede čl.2 pomenute Konvencije.¹⁰⁸

Ovako složen i sistematičan pristup Suda ukazuje na to da se ovakvim i sličnim pitanjima pristupa veoma obazrivo, a svaki slučaj posmatra i analizira nezavisno jedan od drugog. Iako su neke države, kao na primer Holandija, legalizovale eutanaziju, Sud je smatrao korisnijim da se u slučaju, kao što je *Pretty*, pozvati se na čl.8., pravo na poštovanje privatnosti i porodičnog života, nego ga postaviti u direktnu relaciju vezanu za čl.2 pomenute Konvencije.¹⁰⁹ Obzirom na status u kojem se pacijentkinja našla zbog teškog degenerativnog oboljenja mišićnog tkiva, ova odluka je potvrdila snagu i značaj poštovanja privatnosti i porodičnog života, a njena želja posmatrana u relaciji prava na dostojanstvenu smrt u korist kvaliteta života partnera, supruga. Sud je cenio težinu duševne patnje i neizdrživu situaciju u kojoj se *Pretty* zbog bolesti našla, te je posmatrano iz ugla kliničara, dao prednost pravu na privatnost kojoj je cilj bio pravo na dostojanstvenu smrt, a ne trajna i neizdrživa duševna patnja i bol, ne samo nje nego i cele porodice posebno supruga, koji se brinuo o njoj.

Ovaj primer je svakako jedan od mogućih koji bi se uzeo u razmatranje kod rešavanja implementacije eutanazije dementnih osoba u zakonodavni sistem. Poseban naglasak treba dati analizi svakog slučaja autonomno, imajući u vidu dinamiku kliničke slike. S obzirom da je u tretman uključena socijalna zajednica čiji je oslonac porodica obolelog, neophodno bi bilo već u ranom stadijumu bolesti obezbediti anamnestičke podatke i nalaze lekara u vidi službene beleške, a kojim bi se preciziralo preuzimanje odgovornosti trećeg lica u slučaju da pacijent oboleo od demencije opredeli svoj zahtev za eutanaziju. Imajući u vidu navedeno,

¹⁰⁷Case of *Pretty v. The United Kingdom* [European Court of Human Rights], Application no. 2346/02, Strasbourg, April 29, 2002.

¹⁰⁸*Pretty v. United Kingdom*, (2346/02) [2002] ECHR 423 (29 April 2002), <http://www.hrcr.org/safrica/life/Pretty.html>

¹⁰⁹*Pretty v. United Kingdom*, ECtHR, Application no. 2346/02, presuda od 29. aprila 2002.

rasprava o eutanaziji dementnih lica, bi morala jasno da definiše kliničko-etičke argumente koji prednjače u donošenju odluke. Ključnu ulogu u donošenju ovakvih dogovora morao bi pored zakonodavca imati i ordinirajući lekar odnosno tim koji bi vršio procenu sposobnosti rasuđivanja kod osoba sa određenim stepenom demencije, a koje su izrazile želju da dostojanstveno okončaju svoj život. Po uzoru na holandski zakon, najvažniji elementi ovoga dokumenta moraju sadržati etičko vrednovanje u proceni eutanazije. U ove elemente spada ljudsko dostojanstvo, procena svih aspekata autonomije i kvalitet života.¹¹⁰ To su ujedno i elementi koji su u slučaju demencije najviše ugroženi, a koji vremenom, odnosno trajanjem demencije, dovode do potpunog gubitka identiteta obolele ličnosti.¹¹¹

Nepredvidivost, raznolikost kao i dinamika razvoja kliničkog toka demencije za kliničara predstavlja veoma složen zadatak, ne samo s medicinskog nego i pravnog aspekta zbrinjavanja obolelog. Ni jedan drugi psihički niti psihijatrijski poremećaj ne može toliko da zavede i iskusnog kliničara kao što je to slučaj demencije. S toga bi bilo poželjno da se timski profilisanim kadrom obezbede i donesu protokoli o zbrinjavanju ovakvih lica.

Struci je dobro poznata činjenica da su dementne osobe i njihovo okruženje prepušteni snalaženju i iznalaženju mogućnosti zbrinjavanja posebno u odmaklom stadijumu bolesti. Ako uzmemo u obzir zakonske navode, onda nam je jasno da je sprovođenje volje pacijenta u terminalnim fazama pa čak i kada se radi o uobičajenoj proceduri lečenja veoma otežana. Razlog ovome je nepostojanje pravne regulative statusa dementnih lica koja bi se odnosila na dokaz o formiranoj volji još u početnoj fazi bolesti. U tom slučaju dokaz autonomije pacijenta bi bila učvršćena i višekratno ponovljena volja pacijenta koja bi se kao odluka, po Zakonu o pravima pacijenata, morala i poštovati. U uznapredovaloj fazi demencije neophodno bi bilo opredeliti staratelja kojeg je dementna osoba markirala prilikom ranijih izjašnjavanja. U našem zakonodavstvu se na donošenje sudske konačne odluke o starateljstvu čeka i po nekoliko meseci, što je za slučaj demencije nedopustivo dug period. Navedena klinička slika, koju prati izuzetna dinamika i šarolikost simptoma, koji variraju po intenzitetu i trajanju tokom vremena i u odnosu na situaciju u kojoj bi pregled i nalaz trpeo reviziju, bio dokument periodično obnavljan (revizija dokumenta), kao potvrda dokaza volje dementne osobe.

¹¹⁰Chris Gastmasns and Jan de Lepeleire, *Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia*, Bioethics, vol. 24 no 2., 2010, pp 78-80.

¹¹¹*Ibid.*

Pored navedenog nalaz bi morao sadržati u prilogu i potvrdu dijagnostičkih metoda kao što je na primer neuropsihološka obrada. Ona bi trebala rezultatima baterije testova dati dokaz umanjene mentalne sposobnosti. Kao takvi bi imali uticaja na procenu rasuđivanja dementne osobe. Takođe u prilog potvrde dijagnozi bi trebalo uvesti kao obaveznu: rendgenološku dijagnostiku, Magnetnu rezonancu (MR) i angio MR mozga. Ovi nalazi bi imali za cilj da isključe organska oboljenja, a potvrde stanja koja uzrokuju oblike demencije koje tretira ovaj rad, što je u ranijem tekstu navedeno. One bi imale za cilj da dokažu oštećenja pojedinih lokacija koje su uzrok umanjene mentalne sposobnosti kod osoba sa simptomima demencije. Kao takve, predložene dijagnostičke metode, bi bile osnov za procenu perspektive i toka demencije individualno razmatrano kod zbrinjavanja ovih osoba. Tokom vremena u kontaktima sa ordinirajućim lekarom, provera sposobnosti rasuđivanja bi se mogla činiti i ponavljanjem naučenih ili stečenih obrazaca. Oni mogu biti jedno od dokaza ranije formiranih stavova dementne osobe. Na ovakav način bi klinička praksa doprinela dopuni pravne regulative koja se odnosi na reviziju testamenta. Ponovljena volja u određenim vremenskim intervalima u sadržaju testamenta, bi bila još jedan dokaz poštovanja autonomije osobe koja je donela odluku o svojoj eutanaziji za slučaj demencije, na ovaj način i višekratno potvrdila. Preporuka dopune dijagnostičke procedure, koju bi trebalo predvideti dokumentacijom obaveznom u slučaju avansnog testamenta, bi bila korisna ne samo za slučaj demencije nego i isključenja drugih oboljenja koja mogu dati kliničku sliku sličnu demenciji. Pouzdanost postavljanja dijagnoze demencije poštujući proceduru dijagnostike za radiologe, neurofiziologe i neuropsihologe se kreće od 60 do 90%.¹¹² Navedeni dijagnostički postupci su neophodni medicinski koraci tokom utvrđivanja dijagnoze demencije. Kao takvi bi morali biti sastavni deo sadržaja protokola o lečenju i pravnom postupanju u slučaju da osoba obolela od demencije izrazi želju da svoj život okonča eutanazijom.

9. Otežavajuće okolnosti kao etičke dileme u zbrinjavanju dementnih osoba

Na ovome mestu se neizostavno moram osvrnuti na pojedine situacije i momente koji često otežavaju tretman i zbrinjavanje dementnih osoba. Klinička slika demencije iziskuje niz postupaka u okviru timskog zbrinjavanja koji ne retko mogu uticati i na sam ishod. Jedan od njih su „agresivni“ postupci lekara i zdravstvenog osoblja koja ukazuju pomoć dementnoj

¹¹²Dutch Association of Clinical Geriatrics., Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (Diagnostics and Medicinal Treatment of Dementia). Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications, 2005.

osobi. Neposredna okolina dementnog pacijenta, način i postupke pri pokušaju zbrinjavanja, zbog suprotstavljanja i pružanja otpora obolelog, prepoznaju ili porede sa zlostavljanjem i fizičkim maltretmanom. Oni se često tumače kao ne etički i nemoralni. Razlog tome je što dementne osobe, nesvesne svojih postupaka tokom ukazivanja pomoći, prisutni prepoznaju kao iznuđenu fizičku i mentalnu patnju od strane zdravstvenih radnika. Iako porodica i okruženje insistira na smeštaju u neku od ustanova koje se bave problematikom dementnih lica, mnogo češće, zbog iracionalnog ponašanja, otpora prilikom pregleda i hospitalizacije dementne osobe, se smeštaju u ustanove koje tretiraju druge mentalne ili psihijatrijske poremećaje.

Za očekivati je da se ovi momenti moraju zakonski predvideti, a da se lica koja zbrinjavaju obolelu osobu zakonski zaštite. U protivnom bi se zbrinjavanje moglo protumačiti neetičkim i nemoralnim u odnosu na dementnu osobu koja se protivi zbrinjavanju. Na pregledu se često evidentiraju povrede ili tragovi samopovređivanja koji se u socijalnim relacijama komentarišu kao loše postupanje prema bolesnoj osobi te ih kao takve takođe treba sankcionisati. Sve navedeno je samo posledica logičnog sleda događaja jer se vrlo retko dementna osoba zbrinjava uz svoju saglasnost. Pri tom veliku ulogu igraju ličnosne karakteristike obolele individue. I na koncu, dementna osoba se najčešće prisilno zbrinjava u neku od institucija za zbrinjavanje starih lica, na primer u tzv. „starački dom“, gde u velikom broju ove osobe po mišljenju drugih, ne dobijaju onaj stepen nege, koja im po pravu na život Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda, pripada. Dnevni tokovi i situacije koje zatiču članovi porodice i bliski prijatelji prilikom posete ovim institucijama, dementnoj sebi bliskoj osobi, ne retko prepoznaju i komentarišu kao vrlo agresivno postupanje, na izgled neadekvatno, nemoralno, a u suštini se u nekim situacijama, odnosno fazama bolesti i trenutnim kliničkim znacima, nema izbora.

Da bi se sve ovo izbeglo poželjno bi bilo, po ugledu na neke zemlje (na primer Holandija) koje su zakonski predvidele ove situacije, uvesti u zakonodavni sistem i mogućnost edukacije zdravih lica koja još nisu ili ne pokazuju znake i simptome demencije, i onih koji su genetski predisponirani te trpe psihičku patnju, i strah od eventualnog razvoja demencije, odnosno nasleđa.¹¹³ Na taj način bi se u perspektivi olakšalo porodici ili okolini

¹¹³Chris Gastmasns and Jan de Lepeleire, *Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia*, Bioethics, vol. 24 no 2., 2010, pp 78-80.

budućeg obolelog. Edukovan budući pacijent bi mogao blagovremeno opredeliti svoju volju i u navedenom slučaju biti zbrinut na neki drugi način ili možda daleko pre nego što bi se iznuđene situacije i dogodile.

Ovako definisan problem rađa novo pitanje koje bi bilo upućeno zdravstvenom radniku, a odnosi se na način i kriterijume izbora prilikom preporuke za edukaciju osoba kod kojih su registrovani početni znaci i simptomi demencije ili uopšte nisu pacijenti, ali žele da budu u potpunosti informisani. Ključni problem je kako probuditi svest u čoveku koji još za vreme pune radne sposobnosti, bez naznaka bilo kakvih simptoma, treba da vizionarski opredeli situaciju u kojoj bi se mogao naći tokom svog života, i da se samoinicijativno zaštiti avansnim testamentom u kojem bi sve navedene momente sam iskazao kao svoju volju u nekom budućem činjenju i sopstvenom zbrinjavanju. Ukoliko zakonodavac u budućnosti bude dao ili predvideo ovakvu mogućnost kao izbor svih, bez obzira da li su oboleli ili ne, a koji su sposobni za rasuđivanje, lekar bi kao i u svim drugim situacijama i u ovoj, morao da poštuje autonomno pravo pacijenta kao i da u potpunosti sprovede sadržaj avansnog testamenta. Time bi se izbegle komplikacije koje nosi zbrinjavanje ovih pacijenata, a ujedno postigao viši stepen pravne zaštite u postupku rešavanja i sprovođenja pravnih uputa tokom lečenja i zbrinjavanja do momenta kada bi se eutanazija po odluci pacijenta i sprovela. U protivnom, samoinicijativno edukovanje dementne osobe, porodice ili budućeg pacijenta, moglo bi se tumačiti i kao samovoljni postupak lekara, obzirom da obaveštenje mora sadržati i objašnjenja koja se odnose na terminalni stadijum demencije.

Deo javnosti i lekara ove postupke svrstavaju u pomoć pri samoubistvu. Zakonodavac je dužan da ordinirajućeg lekara podrži u svojoj spremnosti da dajući detaljno, jasno i precizno obaveštenje, zaštiti pacijenta od neizbežnih posledica kakave su gubitak ljudskog dostojanstva u demenciji. Ovo su samo napomene koje bi svakako trebalo zakonski definisati u vidu kratke i efikasne procedure, koja za cilj ima mogućnost hitnog zbrinjavanja dementnog pacijenta i bez saglasnosti, ukoliko se nađe u situaciji koju lekar proceni kao opasnom po zdravlje, njegov život i okolinu. Istovremeno bi se i pojedini neizbežni postupci lekara tokom zbrinjavanja zakonski podržali, lakše i brže sproveli, a lekar kao što sam već napomenula, zakonski zaštitio.¹¹⁴

¹¹⁴Zakon o pravima pacijenata, „*Sl.glasnik RS*” broj 45/13, čl.15-19, 2013.

Još jedan od bitnih momenata sa kojim se lekar sreće u svojoj kliničkoj praksi, a mora imati na umu kada procenjuje rasuđivanje u stanju demencije, je gubitak koordinacije tokom grafološkog iskaza - pisanja. Ova česta klinička manifestacija u demenciji se odnosi na u neurologiji poznat fenomen agrafije i disgrafije, koji podrazumeva nemogućnost pisanja ili komuniciranja pisanim simbolima. Zakonodavac je predvideo mogućnost svojeručnog potpisa podjednako vrednog kao i otisak kažiprsta.¹¹⁵ Oba imaju istu pravnu snagu, što bi kod pacijenata sa demencijom, morali imati u vidu. Naime, tokom već pomenute dinamike razvoja, nepredvidljivosti razvoja i dominacije simptoma u vremenu, često se događa da u odnosu na markirane lokacije koje su oštećene u mozgu, individualno oboleli bivaju onesposobljeni u grafološkom izrazu pre nego u ostalim mentalnim funkcijama. S toga svesni nastale situacije i zavisnosti od pomoći drugih, dementne osobe bivaju vrlo uznemirene, vidno zbunjene, tako da mogu dati lažnu kliničku sliku onesposobljenosti više nego što bi bila da je ova funkcija očuvana. Ovo je samo još jedan od momenata koje tokom procene rasuđivanja moramo uzeti u obzir kao otežavajuću okolnost, ali ne i apsolutnu onesposobljenost obolelog. Zakonodavac bi morao predvideti mogućnost ali i obavezu da već u prvom sačinjenom testamentu u slučaju demencije se podjednako ne samo vrednuju nego i primenjuju identifikacije ravnopravno oba potpisa, svojeručni potpis i otisak kažiprsta. Ukoliko bi se zakonski predvidela obaveza stavljanja oba oblika potpisa već u prvom sačinjenom testamentu, umnogome bi doprinela mentalnoj opuštenosti, emocionalnoj stabilnosti i psihičkom miru dementne osobe. Obzirom da je dementna osoba bila svesna načina na koji je potpisala i to memorijski registrovala u trenutku kada je još bila sposobna za rasuđivanje, stekla bi veću sigurnost u donetu odluku koju će na dalje morati da poštuje lekar i ovlašćeno lice, advokat.

U prilog ovome ukratko ću se osvrnuti na navode teoretičara u ovim oblastima, a koji su u svojim radovima naglasili značaj predviđanja određenih situacija koje se klinički prepoznaju u perspektivi bolesti što je nemerljivog značaja, posebno u slučaju demencije. Imajući u vidu klinički tok i dinamiku bolesti, pretpostavljanje i predviđanje pojedinih kliničkih manifestacija bi imale veliki značaj u slučaju da dementna osoba izrazi volju i testamentom odluči o eutanaziji. Ordinirajući lekar bi u tom slučaju mogao blagovremeno

¹¹⁵Za više vidi čl.16 Zakona o overavanju potpisa, rukopisa i prepisa iz 2014. godine, (*“Sl.glasnik RS”* br.93/2014 i 22/2015) kojim je predviđeno overavanje potpisa, overavanje rukoznaka: „Podnosilac isprave koji nije u stanju da se potpiše odnosno stavlja na ispravu otisak kažiprsta desne ruke.“ Ovo je osnovni zakon koji uređuje kako se može overiti neka isprava. Zakonu o nasleđivanju, (*“Sl.glasnik RS”*, br.46/95, 101/2003 -odluka USRS i 6/2015), takođe predviđa da se na zaveštanju (testamentu) može staviti rukoznak.

reagovati i podržati odluku dementne osobe pre nego što bi se njena sposobnost rasuđivanja zbog bolesti dovela u pitanje.

Poznat je primer, kada jedan od obolelih od demencije, Cari Henderson, 1998, pišući o svojim iskustvima tokom bolesti, insistira na više poštovanja tokom tretmana i poziva slične sebi da istupe sa svojim iskustvima: „Voleo bih da vidim neke ljude sa Alchajmer-ovom bolesti, ne pokušavam da ostanem svo vreme u senci, ali želim reći, prokletstvo, i mi smo ljudi. Želimo da sa nama razgovaraju i da nas poštuju kao što Bog nalaže, iskreno kao prema drugim ljudima.“¹¹⁶ Ovo je samo jedan od pokušaja iznošenja dokaza o težini i dubini duševne patnje koju trpi dementna osoba, nemoćna da se suprotstavi situaciji u kojoj se našla.

Kliničko iskustvo često beleži, kao što i pomenuti autor navodi, da su dementne osobe dublje pogođene negativnim iskustvima tokom tretmana. Kliničaru su poznate situacije da pojedine dementne osobe svoje stanje doživljavaju kao razorno i ponižavajuće u svojoj sredini i socijalnom miljeu kojem pripadaju (maligna socijalna psihologija).¹¹⁷ Nemoćne da vladaju svojom ličnošću, osobe obolele od demencije svoje stanje doživljavaju kao malignu bolest koja brzo dovodi do gubitka ljudskog dostojanstva. Kao takva, demencija izaziva negativnu kvalifikaciju pomenutih stavova, a efekti svakako imaju štetan uticaj po obolelu osobu. Poznato je da su ove osobe mnogo ranjivije, kolebljivog afekta, emotivno stigmatizirane. Razlog tome je najčešće njihova pasivnost i nedostatak predusjetljivosti te često bivaju u kontaktu sa drugima povod ponižavajućim konfliktnim situacijama. Ramišljanje i sadržaj misli dementne osobe se samo može pretpostaviti. Vidljiva psihička patnja i tegobe, posmatrajući njihove reakcije u sopstvenoj nemoći govore u prilog nepodnošljive emotivne patnje i duševnog bola. Eutanazija u ovim situacijama svakako nije rešenje, ali je znajući perspektivu i patodinamiku bolesti, jedno od mogućih rešenja kako bi se izbegla socijalna izolacija i smrt pod utiskom gubitka ljudskog dostojanstva.

¹¹⁶Cary Smith Henderson, Partial View An Alzheimer's Journal,1998.

¹¹⁷<http://documents.tips/documents/skracena-socijalna-psihologija.html>

10. Rasuđivanje u proceni demencije kao društvenog fenomena

Zbog svega do sada navedenog jasno je da se demencija mora posmatrati kao veoma složen, ne samo medicinski nego i društveni fenomen. Kako u Kantovom smislu pacijent oboleo od demencije nije više racionalno biće, a demencija primorava da aktivno moralno biće prelazi u pasivno nemoralno, u nekim medicinskim krugovima se ovo tumačenje shvata kao radnja koja tretira pacijenta koji treba da uradi najbolje u korist onih koji su zdravi i ostaju. U bioetici je trend, a prihvatljiv i po Kantovom tumačenju etike, da naši postupci moraju imati logičan konzistentan stav koji racionalno obavezuje, jer bi protivrečnost volje u ovom slučaju bila iracionalna.¹¹⁸ Ovim tumačenjem je naglašeno da se u slučaju demencije mora poštovati volja pacijenta formirana u vremenu očuvane sposobnosti rasuđivanja jer je to period racionalnog rasuđivanja, a ujedno je i neizostavni element tokom procene sposobnosti rasuđivanja. Ne prihvatanje volje u periodu racionalnog rasuđivanja bi bilo iracionalno za status dementne osobe.

Činjenica je da su česti sporovi kojima se pokušava opozvati testament ili ugovor bilo koje vrste kada se radi o staroj osobi. Sudska praksa prepoznaje potrebu da se veštačenje sposobnosti rasuđivanja treba raditi kod svih osoba starijih od 65 godina. Prilog tome je iskustvo koje je pokazalo da članovi porodice ne reaguju na sadržaj testamenta ili odluke najbližih isto pre i nakon njihove smrti. Predmet sporenja najbližih srodnika najčešće se odnosi na propuste tokom sačinjenja ugovora. Najčešće kao razlog sporenju je sumnja da testator u trenutku sačinjenja nije bio poslovno sposoban odnosno sposoban za rasuđivanje. Medicinskoj praksi bi bio umnogome olakšan rad ukoliko bi se ovaj interval, odnosno procena protokolarno za sve jednako sprovodila nakon određenih godina starosti, a pri tom da je ta granica zakonom definisana. Ovo bi posebno imalo značaja u radu veštaka.¹¹⁹ U protivnom čak i kada je namerno načinjen propust se ne može tretirati kao takav, jer zakon prepoznaje sposobnost rasuđivanja i testamentalnu sposobnost sa 15 godina starosti, a poslovnu sposobnost sa 18 godina. To znači da ako nije zakonski sprovedeno lišavanje poslovne sposobnosti trajno ili delimično, osoba se smatra sposobnom za rasuđivanje. U tom slučaju eventualno pokrenuti sudski spor završava na način testamentom definisan, a porodicu ostavlja u nedoumici da li je to zapravo ispravno sprovedeno.

¹¹⁸Safet Bektović, *Etika dužnosti i susret sa bližnjim: Imanuel Kant i Emanuel Levinas*, Institut za sistematsku teologiju Univerziteta u Kopenhagenu; Arhe, 1, 1/2004.

¹¹⁹Za više vidi Zakon o sudskim veštacima, „*Sl.glasnik RS*“, br. 44/2010 i Zakon o uslovima za obavljanje poslova veštačenja, „*Sl.glasnik RS*“, br.16/87 i 17/87.

Prema Kantu samoubistvo počinje u trenutku kada se na svaki način čini sve da bi se izbegao bolan, nemoralan život bez ljudskog dostojanstva.¹²⁰ Kant smatra da je svaka vizualizacija okončanja života bez ljudskog dostojanstva zapravo i početak vizualizacije samoubistva. Upravo je ovo trenutak kada se mora učiniti procena sposobnosti rasuđivanja i pravno definisati zaštita duševne patnje koju trpi dementna osoba. Etika koja sugerise da je samoubistvo pogrešno u suprotnosti je sa mnogim principima slobode koja je u ovom slučaju racionalni objekt.¹²¹ U slučaju demencije pravo na dostojanstvenu smrt bi bilo ujedno i potpuno priznanje autonomije obolele osobe. U Kantovom tumačenju etike demencija vodi dugoročnom strukturnom poremećaju mentalnih funkcija koje vode gubitku, kako je već rečeno ljudskog dostojanstva, ličnosti, sve do potpunog gubitka kompetentnosti.¹²² Zato Kant sugerise samoubistvo odnosno ubistvo kako bi čovek izbegao situaciju da izgubi svoju ličnost.¹²³ Na taj način bi se očuvao integritet ljudskog bića, a izbegla slika života na rubu ili bez ljudskog dostojanstva, što je u slučaju demencije neizostavno i konačno. Ovo shvatanje bi se moglo uzeti u razmatranje kada bi se trebao definisati trenutak koji sa sigurnošću podrazumeva trajni gubitak sposobnosti rasuđivanja, odnosno trenutak kada čovek gubi sebe. Obzirom da je individualno, a zavisi od mnogih faktora uključujući i prethodni psihički status dementne osobe kao i lične karakteristike, do sada nije postavljen kriterijum po kojem bi se ovaj trenutak mogao opredeliti. Niko do sada nije definisao koji su to klinički znaci demencije koji precizno opredeljuju gubitak sposobnosti rasuđivanja. S toga nije ni postavljen kriterijum niti protokol po kojem bi se moglo definisati rasuđivanje u pojedinim fazama demencije.

Uglavnom se procena vrši po osnovu poznatih elemenata psihijatrijske obrade mentalnog statusa ličnosti.¹²⁴ Barijera za upućivanje u hospise je svakako nedostatak tačnih prognostičkih elemenata koji obeležavaju terminalni stadijum demencije. Ovo su istovremeno i trenutci koji bi mogli označiti početak sprovođenja prethodno učvršćene volje i sledstveno sprovođenje eutanazije. Naime, trajni smeštaj dementne osobe u neku od ustanova za zbrinjavanje ovih pacijenata, bi trebao biti poslenji korak kada zakonodavac nalaže da testator precizira svoju volju. Poznato je da pacijent najviše strahuje od mentalne patnje i gubitka

¹²⁰Safet Bektović, *op.cit.*, (fusnota 118).

¹²¹*Ibid.*

¹²²Robert Sharp; *The dangers of euthanasia and dementia: How Kantian thinking might be used to support non-voluntary euthanasia in cases of extreme dementia*, *Bioethics*, 1467-8519.

¹²³Matthew C. Altman, *A Companion to Kant's Critique of Pure Reason*, 2008, I. Kant, *Works of Immanuel Kant: Including Critique of Pure Reason, Critique of Practical Reason*, Groundwork of the Metaphysics of Morals & more, 2008.

¹²⁴*Op.cit.*, (fusnota 49).

kontrole nad svojim postupcima. S toga je težina mentalne pratnje, odnosno duševnog bola jedan od elemenata koji bi opredelio granicu koju treba poštovati kada je reč o osobi koja se izjasnila za eutanaziju.

Kao što je poznato rasuđivanje je složena mentalna funkcija koja čoveku omogućava procenu planirane radnje ili događaja sa potpunim uvidom u učinjeno i potpunom odgovornošću u slučaju proisteklih ili uzrokovanih posledica. Na zahtev suda ili advokata često se kao zadatak veštaku postavlja procena sposobnost rasuđivanja kao i poslovna sposobnost, na primer kod sačinjenja testamenta, ugovora o doživotnom izdržavanju.

Da bi osoba mogla koherentno fluidnim misaonim tokom adekvatno rasuđivati, odnosno imati uvida u učinjeno, moraju biti zadovoljeni određeni uslovi, a koji se odnose na pažnju, opažanje, mišljenje kao i na pamćenje, upamćivanje i zapamćivanje.¹²⁵ Kada se steknu odnosno održavaju navedeni uslovi u aktivnom i adekvatnom obliku tada govorimo o statusu osobe koja je sposobna da rasuđuje. Na ovome mestu moramo naglasiti da se kod procene sposobnosti rasuđivanja u određenim situacijama moraju uzeti u obzir usvojeni i naučeni mentalni obrasci kao i nivo obrazovanja osobe pre nego što je nastupila demencija. Da bi se zaključilo da je osoba sposobna ili ne da rasuđuje, ne moraju uvek biti apsolutno prisutni svi navedeni faktori. Neophodno je da se lekar veštak uveri u proceni da je osoba prethodno učvrstila svoju volju kroz ponavljane obrasce kojima definiše svoju želju.¹²⁶ Kod dementnih osoba se mora vrlo obazrivo pristupiti proceni mentalnog statusa iz još jednog razloga. *Vrlo često se događa da mentalni status ne prati fizičke manifestacije.* Klinici je dobro poznata situacija da u pojedinim oblicima demencije mogu biti upadljive fizičke manifestacije oboljenja koje iracionalno prate mentalni status. Naime, osoba može biti fizički onesposobljena za funkcionisanje dok je mentalno mnogo spremnija i obrnuto. Dementna osoba može biti dezorijentisana u prostoru, vremenu ali i ne prema drugim licima. Ovo je veoma bitan momenat jer se događa da su zbog socijalne izolacije i izostanka adekvatnog kontakta sa drugim osobama, dementni uskraćeni za aktuelne informacije i nove sadržaje, pa na naizgled uobičajena pitanja, kao na primer koji je dan, ili koliko je sati, ne odgovore tačno ali na pitanja koja se odnose na osobe u neposrednoj okolini, ukućane i lica koja vode brigu o njima, odgovore apsolutno tačno. Kliničko iskustvo pomenuto može objasniti ranije

¹²⁵Za više vidi Predrag Kaličanin, „*Psijhijatrija i zaštita prava mentalno obolelih*“; Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1992.

¹²⁶*Ibid.*

formiranim bliskim relacijama sa pojedinim osobama iz neposrednog okruženja. Njih obolela osoba doživljava kao zaštitnika i oslonac, a naučeni model ponašanja i komunikacije ponavlja u istim ili sličnim situacijama. Takođe na posebna pitanja, koja se tiču odluka donetih u prethodnim dogovorima sa svojim najbližima, najčešće odgovaraju uvek na isti način, što se objašnjava prethodno naučenim modelima reagovanja i odlučivanja. Ovo bi bio dokaz da su svoju volju učvrstili pre nego što su doživeli trajne gubitke pojedinih plaža mentalnih funkcija. Navedeno bi bilo neophodno uočiti i tumačiti kada se radi o sačinjenju avansnog testamenta za slučaj demencije i želje da svoj život okončaju dostojanstveno eutanazijom pre nego što izgube sebe, svoj identitet i ljudsko dostojanstvo.

11. Zakonodavstvo Holandije-osnovne napomene vezane za eutanaziju dementnih osoba

U Holandiji je zakonodavac kod uvođenja eutanazije u zakonodavni sistem isključio mogućnost eutanazije nad osobama obolelim od demencije. Međutim, tokom vremena i brojnih debata održanih na ovu temu, ideja je dobila značajno mesto i podršku u javnosti.¹²⁷ Osnov za prihvatanje dopune zakona je klinički tok demencije. U terminalnoj fazi bolesti dominira nepovratno visok stepen patnje i duševne boli, zbog života oslikanim gubitkom ljudskog dostojanstva.¹²⁸ Proteklih godina, u zemljama koje su ustanovile nacrt zakona o eutanaziji, predlog da se uvede i zakon o eutanaziji dementnih lica je naišao na odobravanje velikog dela javnosti. Posebno je podržan od osoba koje imaju saznanja o kliničkom toku bolesti ili imaju neposredan kontakt sa dementnom osobom, svesni dubine duševne patnje koje one trpe. Kao što je ranije navedeno, u terminalnom stadijumu ličnost gubi kompetenciju i sposobnost rasuđivanja zbog kojeg je odobravanje naišlo na prihvatanje do mere predvidljivosti čak i delimične autonomije dementnog pacijenta.¹²⁹

Holandija je zemlja u kojoj je eutanazija prihvatljiv čin, zakonski definisan, a ovlašćeni za sprovođenje eutanazije može da je sprovede samo na zahtev i po želji obolelog. Na taj način aktivna eutanazija se sprovodi po odluci odbora kojeg čini pravnik, lekar i

¹²⁷Chris Gastmasns and Jan de Lepeleire, *Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia*, Bioethics, vol. 24 no 2. 2010, pp 78-80.

¹²⁸*Ibid.*

¹²⁹*Ibid.*

ekspert etike. Svoju odluku pacijent sprovodi uz pomoć advokata. Tako je u potpunosti osigurana zaštita građana po kojoj oboleli ima pravo na svoj izbor.¹³⁰

Mnoge zemlje, pa i naša, su kroz prihvatanje odluke pacijenta da ima pravo da predloženu meru lečenja odbije, uvele indirektno pasivnu eutanaziju u medicinske tokove. Dr Boni Steinbok (*Dr Boni Steinbock*), profesor bioetike, tvrdi protiv, koristeći autonomiju da opravda aktivnu eutanaziju.¹³¹ Naime, pravo pacijenta da odbije tretman, koristeći pravo na autonomiju, objašnjava situacijom da se oboleli nalazi u nepodnošljivom stanju duševne patnje i bola. Po uzoru na pomenuto bi se moglo shvatiti da je legalizacija pomoći lekara pri umiranju ili samoubistvo uz pomoć kontradiktorno jer se radi zapravo o istom, i sa istim ciljem. Pomenuto bi se moglo razumeti na isti način. Lekar da bi olakšao patnju i bol stavlja na raspolaganje pacijentu određene medikamente pomoću kojih bi on u trenutku, koji sam odabere i odluči, okončao svoj život ili bi lekar pomogao pacijentu da okonča svoj život onda kada on to odluči. U oba slučaja je cilj isti, olakšanje patnji koje trpi pacijent. Glavna etička podrška pasivnoj eutanaziji se bazira upravo u pravu na autonomiju koja podrazumeva da pojedinci imaju pravo da donose sopstvene odluke, odluke o sprovođenju medicinskog tretmana, i da se one moraju apsolutno prihvatiti. Pomenuto se mora primiti sa rezervom u slučaju da se radi o dementnoj osobi u stadijumu kada je autonomija delimično ili potpuno ograničena.¹³²

Jasno je da su ograničenja u autonomiji postavljena da bi se oboleli zaštitili od drugih koji bi eventualno mogli imati uticaja i kontrolisati život i odluke obolelih.¹³³ Upravo je to jedan od važnih elemenata koji moraju imati centralno mesto kada se radi o sačinjenju testamenta u kojem osoba obolela od demencije daje svoju saglasnost za eutanaziju. Obzirom da se radi o klinički prepoznatljivom statusu, često emotivno destabilizovanom kolebljivim raspoloženjem, sa uočljivim velikim oscilacijama u momentu donošenja odluka, zakonodavac bi morao obratiti posebnu pažnju i posebno zaštititi dementnu osobu od mogućeg uticaja drugih lica. Postavlja se etičko pitanje, da li se u tim situacijama može uopšte i uticati na donošenje odluke obolelog, ako se klinički procenjuje da nije sposoban za rasuđivanje i da li je tada nemoralno pomoći kod donošenja odluka, bilo uticanjem na samog obolelog ili bez

¹³⁰Robert Sharp; *The dangers of euthanasia and dementia: How Kantian thinking might be used to support non-voluntary euthanasia in cases of extreme dementia*, *Bioethics*, 1467-8519.

¹³¹Collier, C., and R. F. Haliburton, *Bioethics in Canada: A Philosophical Introduction*. Toronto, ON, Canada: CSPI 2011.

¹³²Gurney, M. "Court Strikes the Right Balance on Assisted Suicide." *National Post*, June 18, 2012.

¹³³*Ibid.*

konsultovanja u njegovo ime odlučiti o meri lečenja? Moglo bi se smatrati moralnim pomoći bez da pacijent bude pitan, obzirom da se radi o osnovnom pravu, pravu na život, da je profesionalna dužnost lekara ukazivanje pomoći, davanje potpunog obaveštenja, kao i palijativna nega u terminalnom stadijumu bolesti u nekoj od ovlašćenih Institucija za tretman ovih pacijenata.

U pravnom jačanju predvidljivih situacija, a prognostički izvesnih umogome se može doprineti boljem kvalitetu života dementnih osoba. One bi u tom smislu imale u perspektivi jasnije postavke i izvesnije dostojanstvenu smrt ne čekajući da njihov život izgubi svaki smisao dostojan čoveku. Kvalitet života u iznetim, a kliničaru dobro poznatim situacijama, pravno podržane, bi svakako imao značaj i kod provere i učvršćivanja prethodno formirane volje dementne osobe, da svoj život okonča uz pomoć lekara, nekim od oblika eutanazije. Zajednički cilj svega navedenog bi bio očuvanje ljudskog dostojanstva, poboljšanje kvaliteta života kao i zakonska zaštita predvidivih situacija koje nosi stanje kakvo je demencija.

Oboleli se već od prvih manifestacija bolesti boje predvidivog stadijuma u kojem zasigurno gube sebe. Čak, i samo saznanje, da demencija ruši masku života dostojnu čoveku, bi moglo biti početno uporište budućih zakonskih propisa i dopuna postojećem Zakonu o pravima pacijenata. Nedavno objavljeni navodi potvrđuju da je Holandija pionirskim koracima zakonski definisanim daleko ispred ostalih zemalja, poštujući pravo na slobodu volje kroz autonomiju pacijenta, odobrila mogućnost eutanazije dementnih lica. U kliničkoj praksi je po prvi put zvanično i sprovedena, u martu 2011, kada je eutanazirana žena stara 64 godine obolela od Alchamer-ove demencije.¹³⁴ U ovom i sličnim budućim slučajevima je saglasnost i saradnja porodice neophodna što je autor u pomenutom navodu i naglasio. Ovaj primer ukazuje na činjenicu da je porodični lekar u svakoj svojoj poseti i pored znakova duboke demencije proveravao volju pacijentkinje. Tokom svake posete lekara ona ju je na isti način izražavala ponavljajući prethodno formiran stav da želi pre da umre nego da ide u dom za stare. Porodica je suočena sa ovom činjenicom ispoštovala navode i sprovela njenu volju.¹³⁵ Naime, kako se sve više insistira na izboru lekara i instituciji porodičnog lekara, za slučaj demencije bi mogao upravo on biti važna karika u sprovođenju volje koju je pacijent izrazio testamentom.

¹³⁴*Ibid.*

¹³⁵*Ibid.*

Zakonodavac u Srbiji bi ovu činjenicu morao imati u vidu kada bude sprovodio neke buduće izmene u ovom polju zakona. U tom smislu, poštujući autonomiju dementne osobe, koja je u datom momentu odražavala mentalnu spremnost u smislu očuvane sposobnosti za rasuđivanje, porodični lekar bi mogao biti ovlašćen od strane zakonodavca za proveru iste tokom kućnih poseta i pregleda, u ličnom kontaktu sa obolelim. Na taj način bi ujedno bio i podrška porodici u sprovođenju odluke dementne osobe koja je dala svoj pristanak da bude eutanazirana. Svakako nepodnošljive patnje koje pacijent trpi, ponižavajuće situacije koje neminovno nosi dementno stanje bi morale biti jače od želje da se život održava po svaku cenu pa i života na rubu izgubljenog ljudskog dostojanstva. Posebno je naglašen strah uzrokovan emocionalnom i mentalnom patnjom zbog gubitka ljudskog dostojanstva kada sva nega i briga pada na teret trećeg lica.

Zbog navedenog bilo bi veoma bitno da se sačini predlog i protokol standarda koji bi bili osnov za procenu rasuđivanja, uz moguće predvidive individualne razlike. Predlog sadržaja protokola bi trebao biti deo zaključaka budućih debata na temu eutanazija. Kao takav zakonski podržan protokol bi ispunio uslove koji bi zadovoljili kriterijume napred komentarisane.

S druge strane dobrovoljnost i nepodnošljivost patnji koje trpi dementna osoba bi mogle biti lako i zloupotrebene. Kliničkoj praksi je poznato je da su stari i osobe sa simptomima demencije u nekim situacijama sklone navođenju, iznuđenim odgovorima i lakom prihvatanju tuđeg mišljenja te se mogu vrlo lako izmanipulisati. Da bi se ova situacija izbegla, rešenje bi se moglo naći u dopuni ovlašćenja kroz organizovanje izvršnih tela ili timova i komisija određenog broja kvalifikovanih osoba koje bi bile neka vrsta kontrole ili supervizora nad postupcima ordinirajućeg lekara i porodice. Nadgledanje bi pored lekara trebao da čini i advokat koji sprovodi odluku pacijenta kao i specijalista medicinske etike. Na taj način bi se još više učvrstila pravna bezbednost, zaštita i sugurnost dementne osobe.

Jedan od razloga koji pojačava prethodno navedeno su faze tokom razvoja bolesti, koje po prepoznatljivom toku u vremenu osciliraju, a tokom kojih možemo sa velikom verovatnoćom iskustveno predvideti neku narednu. Pojedini vremenski intervali u razvoju demencije su različito naglašeni i obeleženi kliničkim manifestacijama. Simptomi se klinički mogu prepoznati na različite načine, kao što mogu i prethodne kliničke manifestacije izostati, ili biti više ili manje naglašene u narednom periodu. Pojava novih simptoma ili pogoršanja

statusa mogu biti uzrokovana i događajima iz neposredne okoline obolelog. Svaka nova i nepoznata situacija ili stres, pozitivan u slučaju nekog radosnog događaja ili negativan u smislu nesretnih slučajeva, konflikata i sličnog, može uticati na pogoršanje statusa demencije. Struci je poznato da prvi simptomi najčešće počinju učestalim zaboravljanjem nekih predmeta, stvari, događaja ili imena osoba iz okoline.¹³⁶ Ova faza bolesti vremenski različito traje, a ujedno je period kada najčešće izostane pomoć ne samo terapeuta nego i socijalne mreže. Razlog tome je neprepoznavanje ili negiranje simptoma. Nakon početne faze bolest progredira individualno vrlo različito. Vremenski interval napredovanja bolesti u ovoj fazi je nepredvidiv, kao i što je dužina trajanja pojedinih faza individualno vrlo različita, ali za sigurno i za sve obolele isto, postepeno vodi trajnom gubitku ličnih karakteristika. Do izražaja dolaze bizarnosti kojih osoba nije svesna i prihvata ih kao obrasce kojima se u buduće služi u obavljanju dnevnih aktivnosti počevši od lične higijene, fizioloških potreba, komunikacije i sl.¹³⁷

Kliničke manifestacije su razlog više da se sve do sada navedeno već u početnom stadijumu demencije zakonski predvidi, počevši od davanja potpunog obaveštenja ili informisanja porodice i obolelog o mogućem toku bolesti i planu tretmana, pa sve do cilja koji je oboleli sebi postavio avansnim testamentom. Navedeno bi ukazalo na veće poštovanje ličnosti pacijenta u cilju očuvanja ljudskog dostojanstva, a u ovim fazama bi se predvidela mogućnost, po želji obolelog, da život okonča dostojanstveno, eutanazijom.¹³⁸ S obzirom da su intervali u pojedinim etapama razvoja bolesti nepredvidivi, bilo bi poželjno da se svaki trenutak svesnosti uz prepozantljivu ličnosnu odliku bilo koje dimenzije, iskoristi za dopunu obaveštenja pacijenta i proveru volje koju je iskazao ukoliko se odlučio za eutanaziju. Ordinirajući lekar bi trebao nalaz i mišljenje tokom svih kontakata sa dementnom osobom, evidentirati u vidu službene beleške. Kao takvi iskazi bi mogli biti pravno uobličeni od strane advokata, i kao dopuna sačinjenom testamentu pojačati nalaze lekara koji proverava volju pacijenta pri svakoj narednoj poseti, a čime bi se utvrdila pacijentova želja da život okonča eutanazijom.

¹³⁶Za više vidi Predrag Kaličanin, „*Psijhijatrija i zaštita prava mentalno obolelih*”; Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1992.

¹³⁷*Ibid.*

¹³⁸Gurney, M., „*Court Strikes the Right Balance on Assisted Suicide.*” National Post, June 18, 2012.

12. Šta bi se moglo dogoditi ako zakonske izmene izostanu

U ovom trenutku moguće je nagovestiti problem koji bi mogao ugroziti status dementnih osoba, ali i celog društva, ako se ne usvoji zakon odnosno ne podrži eutanazija u zakonskoj regulativi. Linearni porast dementnih osoba, koji će narednih godina pratiti napredak u medicini i sledstveno produžiti ljudski vek, što bi povećao broj ljudi na planeti uopšte, mogao bi ozbiljno finansijski opteretiti pa i ugroziti obolele, porodice dementnih osoba, institucije za smeštaj ovih lica, ako zakon ne predvidi sprovođenje potpune autonomije pacijenta.¹³⁹ Kada kažem potpuna autonomija mislim na prihvatanje odluke dementne osobe da svoj život dostojanstveno okonča eutanazijom.

Posebno bi moglo biti ugroženo funkcionisanje osiguravajućih kuća i zdravstvenih fondova koji izdvajaju ogromna sredstva za zdravstvene usluge date osobe. Proteklih godina data je mogućnost da pojedinac samoinicijativno opredeli sredstva koja uplaćuje bankama ili osugravajućim društvima za slučaj bolesti, a koji u datoj situaciji mogu biti nedovoljni. Jedan od razloga je manjkavost zakonskih regulativa i nepreciznost u raspodeli istih u situacijama koje su nepredvidive i veoma složene, kao što je slučaj kod demencije. Kliničaru je poznato da ovako opredeljena sredstva nisu dovoljna za zbrinjavanje osobe obolele od demencije. Socijalno zbrinjavanje i briga za ove osobe bi u pomenutom bitno i direktno uticalo na pad kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga. Finansijsko opterećenje koje iziskuje lečenje i nega obolelog umnogome iscrpljuje već siromašna sredstva koje društvo izdvaja. Priroda bolesti zahteva organizovanje timova stručnih osoba koji bi se bavili samo ovom problematikom. Jedan od razloga mogućeg pada kvaliteta pruženih usluga je pomenuto uvećanje finansijskog učešća u zbrinjavanju predvidivo velikog broja obolelih, a drugi razlog bi bilo emotivno iscrpljenje porodice kao i gubitak kontakata u socijalnoj mreži. Ovaj kompleksan sistem zbrinjavanja i angažman bi zbog navedenog svakako doveo u pitanje kvalitet života obolelih.

Pored obolelih visok nivo emotivne patnje i duševnog bola trpe i osobe bliske dementnoj (članovi porodice, deca, bliski rođaci). Oni su kao i oboleo prinuđeni da svo svoje vreme podrede i prilagode potrebama dementne osobe, što za sobom povlači ne samo pomoć nego i mnogobrojne iznuđene probleme koji prate negu obolelih od demencije. Kliničko

¹³⁹Chris Gastmasns and Jan de Lepeleire, *Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia*, Bioethics, vol. 24 no 2., 2010, pp 78-80.

iskustvo nam govori da ukućani i deca obolelog često i sami zbog velikog fizičkog i mentalnog napora oboljevaju od somatskih bolesti (visok krvni pritisak i kardiovaskularne bolesti, oboljenja gastrointestinalnog trakta), a često i raznih psihičkih poremećaja (anksioznost, depresija, panični poremećaj, agresivnost, razne fobije). Iako se simptomi kod njih ne ispolje u meri koja je za očekivati, svakako su u visokom stepenu izloženi mentalnom opterećenju koje kod mnogih indukuje i trajne poremećaje zbog hroničnog stresa koji trpe. Za očekivati je da se navedeno ublaži sredstvima koja bi trebalo po zakonu da se izdvajaju za tuđu negu i pomoć. Bilo bi poželjno da se ova sredstva opredele u određenom rasponu i visini mesečne naknade jer je društvu u celini dobro poznat iznos tj. visina naknade neophodne za negu, počevši od lekova, pomoćnih medicinskih sredstava kao što su pelene, hodalica, edukativni i radni angažman u okviru dnevnog boravka i sl. Vrlo retko se ovaj vid pomoći ostvaruje u redovnom procesu odlučivanja po zahtevu za tuđu negu i pomoć. U okviru pomenutog, otežavajuća okolnost je i to što najčešće dementne osobe oboljevaju, kao i svi ostali i od drugih bolesti, a ne samo demencije, te im je i za to potrebna pomoć u dijagnostici, praćenju i lečenju.

Sve ovo su samo osnovne naznake ili napomene koje su transparento prikazane kao najčešće sa kojima se srećemo u kliničkoj praksi. Kao takve će neminovno u bliskoj budućnosti, obzirom na trenutni broj i perspektivu obolelih, biti veliki teret i ugrožavajuće za funkcionisanje zdravstvenog sistema ali i društva u celosti.

13. Eutanazija dementnih osoba u ogledalu medicinske etike

Razmatrajući moguće navode koji bi imali značaj za pravnu i medicinsku zaštitu dementnih lica, svakako se nameće činjenica da bi lekar morao biti još u početku lečenja jasno opredeljen, u skladu sa medicinskom etikom, u svom stavu o eutanaziji, a za slučaj mentalnog deficita kakav je demencija. Bilo bi poželjno da zakonodavac definiše protokolom situacije u kojima bi lekar morao ili mogao imati uticaj na izbor kao odluku pacijenta, da svoj život okonča dostojanstveno, eutanazijom. U ovom slučaju mislim na isključivanje mogućnosti davanja saglasnosti kada je u pitanju beznade odnosno nepodnošljivo psihičko stanje koje može biti klinički protumačeno i viđeno na više načina.

Zakonodavac je predvideo u kojim situacijama lekar veštak treba da proceni sposobnost rasuđivanja kako bi planiranirana pravna radnja bila u potpunosti zadovoljena i realizovana. Zato se *Chabot* zalaže da pomoć pri umiranju bude primenjena, ne samo u situacijama somatskog oboljenja nego i psihijatrijskog, ukoliko obolela osoba iskaže svoju volju i odluči se za eutanaziju.¹⁴⁰ Ovako razmišljanje bi moglo biti primenjeno i za slučaj demencije, obzirom da on nosi ireverzibilni mentalni deficit. Na ovakav način bi se isključila mogućnost eventualne zloupotrebe suverenog položaja lekara u pomenutoj situaciji, kada osoba nije sposobna za rasuđivanje. Volja i autonomija pacijenta, u velikoj meri bi se mogla shvatiti ugroženom, ako navedeno posmatramo iz ugla čl.2 Evropske konvencije za ljudska prava i slobode koji tretira pravo na život. S toga je veoma važno proceniti da li obolela osoba ima uvid u svoje stanje i kapacitet da prepozna situaciju u kojoj se našla, te da ostane pri odluci koju je donela ranije, a što bi bila potvrda njene volje.

Henri Vajsbek (Henri Wijsbek) u radu u slučaju Helen i Margo, upravo ističe značaj procene sposobnosti same dementne osobe, odnosno da li osoba sa ovakvim mentalnim deficitom može da proceni značaj svoje odluke. Na taj način se daje poseban značaj pojedinim momentima koje lekar treba da beleži tokom svakog kontakta sa obolelim, a što se odnosi na proveru njegove odluke i volje. Nesigurnost i neodlučnost u donošenju odluke u slučaju demencije može imati u pojedinim fazama bolesti relativan značaj. Otežavajuća okolnost koja može da dovede u pitanje prethodno iskazanu volju je upravo oscilacija simptoma, od potpuno svesnog samostalnog i samoinicijativnog ponavljanja prethodno iznetog stava pozitivne odluke o eutanaziji, sve do trenutka kada osoba ne može čak ni da prepozna svoju prethodnu izjavu.

Tokom procene statusa dementne osobe, posebno mesto ima narativni identitet i psihološki kontinuitet odnosno konstantnost u odluci.¹⁴¹ Ovo podrazumeva svesno ponavljanje odluke tokom svih ili većine poseta lekaru, što bi utvrdilo volju pacijenta i učvrstilo odluku. Slučaj Helen i Margo upravo ukazuju na značaj procene psihičkog stanja koje je iz ugla etike neophodno, kada govorimo o proceni rasuđivanja. Značajno je napomenuti da su, kao Helen i Margo, mnoge osobe u svom novom „psihičkom ruhu“ u potpunosti srećne. Vrlo često se klinički posmatrano, prepoznaje status koji dementnu osobu

¹⁴⁰Henri Wijsbek, „*To thine own self be true: On the loss of integrity as a kind of suffering*”, *Bioethics*, vol. 26 no 1, January 2012, pp 1-7.

¹⁴¹Henri Wijsbek, *op.cit.*, pp 1-7.

vraća u doba detinjstva, na primer se igraju, kako autor u pomenutom slučaju i navodi, plišanim igračkama. Kao takvi ne bi trebali, niti bi ni oni sami, bili pogodni da se isključe iz životnih tokova, jer ih i sami nisu isključili. Nisu dali nikakve naznake niti postoje indikacije po svemu viđenom u analizi ponašanja ovih osoba da su nesrećni, već suprotno, u kontaktu sa njima i kliničkom izrazu na pregledu stiče se utisak da su srećni.¹⁴² Najčešće su iako neadekvatni za uzrast, nasmejani, razdragani, živahni, pričljivi i zainteresovani za „igračke i igru koju su samo kreirali”. Jasno je da etički ni moralno ne bi bilo dopušteno isključiti sreću ovim osobama i uskratiti im užitak koji su tokom mentalno izmenjenog stanja doživeli kao sreću i u kojem su srećni. Na suprot ovim primerima postoje klinički slučajevi gde su pacijenti veoma nesrećni u svojoj koži, nezadovoljni novom situacijom u kojoj su se našli te po svaku cenu žele da se iz nje izmeste. Veštak i ordinirajući lekar bi bili odgovorni da u ovakvim situacijama veoma pažljivo analiziraju preostali mentalni kapacitet dementne osobe kao delić svesnosti koji je opredeljuje u njenoj odluci.

Za razliku od navedenog primera, češće su prepoznatljive situacije u kliničkoj praksi koje jasno ukazuju na afektivno labilnu osobu nezadovoljnu novonastalom situacijom. Najčešće dementna osoba iskazuje svoje veliko nezadovoljstvo jer ne vlada svojom ličnosti. Njihova želja od prvih pregleda u momentu kada su simptomi demencije uočeni i kontakata sa lekarom prepoznaje potrebu za izolacijom iz socijalne mreže i postepenim prekidom kontakata sa osobama iz neposrednog okruženja, stidom, povlačenjem i zatvaranjem u prostoriju, prekidom svih vrsta komunikacija kao što su na primer telefonski pozivi. Klinička praksa objašnjava da se ove osobe povlače iz razloga što su im mentalne i fizičke mogućnosti bitno snižene. Zbog simptoma teško hodaju, sporo i teško nalaze reči te otežano komuniciraju, ne prepoznaju tekst i ne drže pažnju te izbegavaju čitanje, a usporeni misaoni tok im onemogućava da prate događaje u okolini (ne gledaju tv), postepeno gube sposobnost grafološkog iskaza, agrafija, ne mogu pisati, zaboravljaju sled radnji koje su nekada obavljali, kao na primer kuvanje, jer se ne mogu setiti šta treba da urade i sl. Pored navedenog evidentna je fizička zapuštenost, gubitak želje za negom i ličnom higijenom, a izraženom željom da svoj život okončaju što pre dok su još svesni sebe. Ovako emotivno ranjiva i labilna osoba je sklona manipulacijama od strane drugih lica. Zbog potrebe da se pravno zaštite, ne samo od drugih nego i od osoba iz neposrednog okruženja i ukućana, neophodno bi bilo oformiti timove stručnjaka srodnih struka. Njihova uloga bi prvenstveno, iz etičkog ugla, bila vezana

¹⁴²*Ibid.*, pp 1-7.

za procenu ličnosti. Timski doneta odluka bila bi sveobuhvatnija, a pravno i medicinska procena bi bila definisana individualno za svakog pacijenta, a posebno prilagođena datoj situaciji. Kliničko iskustvo ukazuje da bi se na ovaj način preciznije odredio momenat kada su se stekli uslovi da se objektivno pristupi oboleloj osobi i uvaži autonomija do te mere da se u potpunosti prihvati i sprovede njena odluka kao konačna.

Da bi se izbegle situacije u kojima bi dementna osoba bila shvaćena kao nesposobna za rasuđivanje, revizija avansnog testamenta bi u određenim vremenskim intervalima, na primer na pola godine, imajući u vidu dinamiku, oscilaciju i varijetete kliničkih manifestacija bolesti, mogla imati veliki značaj za potvrdu prethodno učvršćene volje. Volju koju bi na isti način ponavljala osoba obolela od demencije bi bio jedan od dokaza nepromenjenog čvrsto formiranog stava i odluke da svoj život želi da okonča dostojanstveno. Kliničko iskustvo nametnulo je predlog da svaku narednu reviziju procene sposobnosti rasuđivanja radi drugi tim stručnjaka sačinjen po istom principu. Na taj način bi se izbegla pristrasnost pojedinih članova tima i moguća zloupotreba suverenosti struke kod procene, kao i uticaj članova uže ili šire porodice na donešenu odluku. Nalazi ordinirajućeg lekara u vidu službene beleške, sačinjeni tokom živog kontakta sa dementnom osobom, bi bili neizostavni deo revizije testamenta, što je od neporcenjive važnosti za donošenje konačne odluke o spovođenju eutanazije date osobe. Ovakvom periodičnom dopunom nalaza, potvrdom starih i iznošenjem novih simptoma u kliničkoj slici, doprinelo bi se kvalitetu sadržaja konačnog nalaza koji bi opredelio sposobnost rasuđivanja. Konačni ili poslednji nalaz, bi bio onaj nakon kojeg se ne bi više radila procena rasuđivanja, odnosno onaj nakon kojeg procena stepena rasuđivanja više ne bi imala smisla. Kliničko iskustvo takođe ukazuje da bi službena beleška u vidu „dnevnika bolesti” dementne osobe pružila bolji uvid u tok razvoja i stepen mentalnog deficita što bi rezultiralo boljoj proceni, kao i što bi potvrdio u različitim vremenskim intervalima, prethodno formiranu volju u pravno preciznijem testamentu za dati slučaj.

Do danas je zakonodavac u Srbiji predvideo u postupcima koji se tiču donošenja odluka kao na primer testament, ugovor o doživotnom izdržavanju, veštačenje poslovne sposobnosti i sposobnosti rasuđivanja, što iz ugla kliničara u slučaju demencije nije dovoljno niti precizno. Ove situacije je, na primer zakonodavac u Holandiji u potpunosti predvideo, pa čak i mogućnost odustajanja u potpunosti ili delimičnog odlaganja sprovođenja testamenta, a kao što sam već ranije napomenula u pojedinim državama SAD-a se revizija testamenta radi na dve godine. Sumiranje ponavljanih nalaza procene rasuđivanja u određenom vremenskom

intervalu, koji bi potvrdio ili izmenio prethodni, bio bi od neprocenjivog značaja, kada govorimo o volji i odluci dementne osobe.

Značaj teme ovoga rada nametnuo je potrebu da se ukratko osvrnem na značaj, ulogu i mesto lekara kao mogućeg ili potencijalnog izvršioca eutanazije. Etika, kao nauka koja se bavi moralom, odnosno medicinska etika kao skup principa i pravila kojih se lekari trebaju pridržavati tokom svojeg profesionalnog delovanja je kao medicinski dokument prvi put formulisan u Nirberškom kodeksu, a potom je i Svetska medicinska asocijacija (WMA) usvojila Helsinšku deklaraciju.¹⁴³ i ¹⁴⁴ Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije do sada prepoznaje samo pomoć i održavanje života do iscrpljenja biološkog potencijala nakon čega se život završava smrću.¹⁴⁵ Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije podržava, prihvata i nalaže sve medicinske oblike pomoći do trenutka kada se život završi iscrpljenjem bioloških potencijala. Uzimajući u obzir sve prethodno navedeno, Katalog fundamentalnih ljudskih prava Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i sloboda, Zakon o pravima pacijenata, koji predviđa mogućnost odbijanja predložene mere lečenja, u kliničku praksu je „neprimetno“ uveden pojam pasivne eutanazije, koja u ovim relacijama podrazumeva prećutnu saglasnost lekara sa odlukom pacijenta čak i kada je životno ugrožen.¹⁴⁶ Takođe, lekar je u obavezi da u terminalnoj fazi bolesti pomogne, odnosno olakša tegobe, koje se simptomatski kupiraju palijativnom negom. Za pojedince u struci ovaj postupak podrazumeva obavezu, dok je neki prepoznaju kao pomoć pri umiranju. Jasno je da se u sistem zdravstva odavno uvela pomoć pri umiranju, samo je terminološki neprecizno definisana. Palijativna nega na neki način simbolizuje ili je „sinonim“ pomoći pri umiranju. Lekar svesno daje veće doze lekova za smirenje bolova u terminalnoj fazi bolesti. Pri tom se ne može isključiti mogućnost da će, pored smirenja bolova, terapija uticati da smrt nastupi možda i ranije. Razumljivo je što većina lekara ovaj čin smatra lečenjem, a termin pomoć pri umiranju neprihvatljivim, nemoralnim i ne etičkim jer se Hipokratovom zakletvom obavezao isključivo na pomoć obolelom. Kao takav pomenuti termin ne prepoznaje „sinonim“ u proceduri palijativne nege ili eutanazije, te većina lekara vidi sebe kao ubice, a ne kao osobu koja pomaže.

¹⁴³Karel Turza, *Medicina i društvo, Uvod u medicinsku etiku*, Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu, 2009.

¹⁴⁴Više o tome: prevod Jocić D., Krajinović D., Helsinška deklaracija (DoH), World medical Association declaration of Helsinki (DoH), Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (WMA, 1964, 1975, 1983, 1989, 2000, 2002, 2004, 2008).

¹⁴⁵Kodeks profesionalne etike lekarske komore Srbije, „*Sl. glasnik RS*“, br. 121/2007.

¹⁴⁶Za više vidi Zakon o pravima pacijenata, Pravo na pristanak čl.15 do 19, 2013.

Debate na temu eutanazije u proteklom periodu, u mnogim zemljama pa i našoj, su naišle na podelu, negodovanje i neprihvatanje jednog dela javnosti. Ovo se može shvatiti i kao nedovoljno poznavanje medicinskog i pravnog polja eutanazije. Činjenica je da su tradicija i konzistentnost otpora u našoj sredini umnogome uzrokovale stagnaciju i propast zdravstva uopšte. Pojedinci su se odvažili da slobodom svog mišljenja daju doprinos i podrže onaj deo populacije koji je dosegao najviši nivo intelektualne svesti i svestan neminovnosti svog kraja želi da svoj život u slučaju demencije okončana dostojanstveno. U prilog tome, anketirani u kliničkoj praksi su se većinom izjasnili da bi pristali da budu eutanazirani pre nego njihov život izgubi svaki smisao, a posebno pre nego što izgube svesnost o sebi i svojoj okolini. Kao što je poznato i zakon donet u Holandiji je u početku imao velikog otpora i veliki broj protivnika uvođenju eutanazije.¹⁴⁷ Međutim, poslednjih godina je sve više pristalica eutanazije, što je odraz stepena intelektualnog i kulturološkog miljea u kojem živimo. Sve više se naglašava značaj i stavlja u prvi plan profesionalna odgovornost ordinirajućeg lekara i tima koji se uverio u beznade u kojem se pacijent našao.¹⁴⁸

Lekar je dužan da postupa u najboljem interesu za pacijenta, što bi bio najbolji pokazatelj poštovanja autonomije i volje dementnog pacijenta. Ukoliko zakonodavac odluči da uvede u svoj sistem eutanaziju, ona bi predstavljala uslugu opredeljenu avansnim testamentom dementne osobe i lekar bi morao u potpunosti sprovesti volju pacijenta: „*Voluntas aegroti suprema lex ex*”.

14. Šta lekar mora da obezbedi za slučaj eutanazije dementnih osoba

Imajući u vidu iznete činjenice i stavove proistekle iz dugogodišnjeg kliničkog iskustva u radu sa osobama koje boluju od demencije, moralnih i etičkih dilema, problema u pravnoj regulativi i zaštiti ovih osoba, na ovome mestu neophodno je napomenuti obaveze lekara u slučaju da zakon bude usvojen.

Uvažavajući zakonodavstvo zemalja koje su legalizovale eutanaziju, autonomiju pacijenta, mogućnost činjenja pri pomoći i olakšanju patnji na samrti, palijativnu negu, predlog za sačinjenje avansnog testamenta za slučaj demencije, moje iskustvo u radu sa

¹⁴⁷Nancy A. Melville, *Assisted Suicide for Mental Illness Gaining Ground*, Psychiatry, July 31, 2015.

¹⁴⁸*Ibid.*

dementnim osobama nametnulo je predloge obaveznih postupaka lekara u vidu protokola za slučaj eutanazije dementnih osoba:

1. U skladu sa intelektualnim potencijalom i trenutnom mentalnom spremnošću osobe sa simptomima demencije, u ranoj fazi bolesti nakon psihološke obrade i sprovedene dijagnostike, lekar je dužan pacijentu pružiti detaljne podatke o trenutnoj situaciji kao i pretpostavljenoj poziciji u perspektivi bolesti. Pacijent mora biti dobro informisan o situaciji i perspektivi svog stanja već od samog početka bolesti.

2. Ordinirajući lekar je u obavezi da tokom prvih kontakata sa dementnom osobom još u početnoj fazi iznese svoj stav o eutanaziji kao i da predloge mogućih raznih oblika zbrinjavanja u terminalnoj fazi demencije. Na taj način bi lekar dao mogućnost da pacijent i porodica, ovlašćeno lice od strane obolele osobe za sprovođenje njene odluke, već od samog početka razmotre pristanak na eutanaziju kao moguće rešenje u terminalnoj fazi bolesti.

3. Ordinirajući lekar treba da na početku lečenja individualno kod svakog pacijenta opredeli prednjačeće kliničke znake, simptome i individualne razlike koje bi, pored ostalih, prilikom svake posete pacijenta u svom nalazu posebno pratio i notirao. Akcenat treba dati dinamici simptoma i duševnoj patnji. Ovako definisani nalazi, službena beleška u vidu dnevnika bolesti za datu osobu, bi se po potrebi sumirali u vidu zaključka koji bi opredelio sposobnost za rasuđivanje.

4. Lekar koji prati status dementne osobe treba da službenom beleškom ojača tvrdnju da je stanje pacijenta nepodnošljivo, a situacija trajno beznadežna patnja. Beleška treba da sadrži relevantne činjenice i probleme sa kojima se pacijent sreće ili one koji mu otežavaju ili olakšavaju položaj u socijalnoj mreži funkcionisanja i zdravstvenog tretmana.

5. Kao što je u ranijem tekstu navedeno, dementne osobe su u nekim situacijama i fazama bolesti sklone navođenju, iznuđenim odgovorima i lakom prihvatanju tuđeg mišljenja, te se mogu vrlo lako izmanipulisati. S toga, imajući u vidu dinamiku bolesti, a da bi se isključila mogućnost manipulacije i pristrasnog stava lekara i osoba uključenih u negu, neophodno je vršiti superviziju nalaza ordinirajućeg lekara u vremenskom intervalu od pola godine. Cilj pomenutog bi bio sačinjenje kontrolnog nalaza koji se odnosi podjednako na medicinski i pravni deo. Na taj način bi se koristeći pravo na drugo mišljenje, mišljenje tima lekara

potvrdio, dopunio i uneo nove podatke u status obolele osobe. Tim lekara za superviziju nalaza bi se formirao neposredno pred kontrolni pregled. Ovaj tim treba da čine eksperti iz oblasti neurologije, psihijatrije, etike, medicinskog prava i advokat koji sprovodi odluku pacijenta. Sumiranjem sadržaja službenih beležaka ordinirajućeg lekara i supervizora na period od pola godine, konačna potvrda uverenosti lekara koji procenjuje status dementnog pacijenta kao pravnog subjekta, bila bi od neprocenjivog značaja da je u trenutku donošenja odluke o dostojanstvenom okončanju svoga života eutanazijom, dementna osoba bila sposobna za rasuđivanje.

6. U cilju jačanja pravnog statusa, pravne regulative i podsticaja socijalne mreže dementne osobe, potrebno bi bilo uvesti, zakonski definisanu, za sve obolele u jednakom iznosu finansijsku podršku, kao tuđa nega i pomoć dementnoj osobi. Istovremeno treba odrediti nivo ovlašćenja za korišćenje iste za slučaj da dementna osoba nije u mogućnosti da je pravno sprovede, na primer ne može da se potpiše, ne vidi, nije sposobna za samostalno funkcionisanje jer teško hoda i sl. Ovaj vid finansijske podrške predlažem da se odredi odmah nakon postavljanja dijagnoze bez sporovđenja do sada poznate procedure u PIO fondu.

7. Lekar je dužan da uputi dementnu osobu na edukaciju u dnevni boravak - radionice, sa ciljem da se osobe sa istim ili sličnim problemima kao i članovi njihovih porodica, staratelji, na pravi način edukuju. Edukaciju treba da sprovode stručnjaci medicinske i pravne struke. Obzirom da se radi o predlogu dopune mera socijalne zaštite koje se odnose na zbrinjavanje dementnih osoba, a u skladu sa tim potrebno je angažovanje svih ovlašćenih društvenih struktura u lancu pružanja pomoći, a propisima donetim od strane Ministarstva zdravlja Srbije i lokalne samouprave.

8. Lekar je dužan da se višekratno uveri da je zahtev za eutanaziju, pacijenta obolelog od demencije, bio dobrovoljan, i da je svoju odluku doneo dok je bio sposoban da rasuđuje. Ovaj podatak neophodno je uvrstiti u evidenciju kao obavezan sadržaj službene beleške sačinjene u ličnom kontaktu.

9. Ordinirajući lekar je dužan, da u slučaju demencije, nakon utvrđivanja dijagnoze kao potvrdu svog nalaza obezbedi, predloži ili uputi na još jedno stručno mišljenje predviđeno Zakonom o pravima pacijenata. Na taj način bi se izbegla sumnja u ispravnost postavljene dijagnoze od strane osoba bliskih oboleloj.

10. Članovi novoformiranog tima za superviziju u postavljenom zadatku, moraju neovisno jedan od drugog dobiti pismeni pristanak dementne osobe u vremenu kada je bila sposobna da rasuđuje, što bi bila potvrda i uverenje lekara i pacijenta da nije bilo moguće obezbediti ili sačiniti alternativnu situaciju za dati slučaj.

11. U vreme sačinjenja prvog avansnog testamenta lekar je dužan postupiti po čl.16 Zakona o overavanju potpisa, rukopisa i prepisa iz 2014.godine i Zakona o nasleđivanju.

Na taj način bi dementna osoba imala uvid u istinitost i svest o pravosnažnosti svog potpisa kako bi se izbegla trauma u slučaju agrafije i pokolebalo uverenje sačinitelja testamenta o istinitosti i verodostojnosti svoje odluke. Dopunjavanje potpisa otiskom prsta bi pri nekoj narednoj reviziji testamenta eliminisao stres, koji bi zasigurno produbio nepodnošljivu psihičku patnju i pogoršao status dementne osobe.

12. Planirani uslovi za okončanje života moraju biti pažljivo razmotreni i individualno prilagođeni za svaku osobu sa demencijom. Eutanazija mora biti izvedena pažljivo, profesionalno bez traume.

Usvajanjem ovih predloga bi sprovedena volja pacijenta bila dokaz da se i lekar i pacijent uverio prvenstveno intenzivnom komunikacijom tokom živih kontakata u određenim vremenskim intervalima da ne postoji u datoj situaciji ni jedno drugo alternativno razumno rešenje osim eutanazije. Od 1980.godine, rasprava koja se vodi, za razliku od ranijih, se oslanja na tumačenje i pokušaj zakonskog definisanja eutanazije nekompetentnih pacijenata kakvi su oboleli od demencije. U ovom pravcu se od 2000/1, zbog činjenice da je centralna tema mnogih rasprava bila demencija, kao i zbog linearnog porasta broja obolelih, napredovalo tokom iznošenja podataka u javnost. Naime, sve češće se eutanazija dementnih lica argumentovano dovodi u relaciju neophodnosti i potrebe, a ne samo kliničke analize i eventualno zloupotrebe od strane lekara, članova porodice ili advokata. U prilog ovome vitalni seniori u trećem dobu osporavaju stereotipe starosti koji bi bili razlog odustajanju od životnih odluka i sprovođenja svoje volje. Oni sve više žele da ostvare kontrolu nad svojom budućnošću, ne samo u medicinskom nego i pravnom pogledu, a posebno žele da odbace mogućnost da bolest u svojoj perspektivi nosi gubitak sopstvenog identiteta.

U vezi sa pomenutim je ministar zdravlja Holandije, Truplo Else Borst, lekar po struci, podržala legalizaciju eutanazije dementnih lica navodeći da progresivni gubitak pamćenja u

kombinaciji sa nesposobnošću da se prepoznaju svoja deca i ukućani, linearnim gubitkom mentalnih funkcija, što vremenom za sigurno vodi gubitku svog identiteta, zaslužuje prihvatanje pomoći lekara pri umiranju obolelih od demencije.¹⁴⁹ Ovaj zakon je probudio u mnogima razne sumnje, od onih koje se odnose na verodostojnost procene rasuđivanja do vrlo složenih koje se tiču sprovođenja eutanazije.¹⁵⁰ Poslednjih godina se sve više autoriteta u struci izjašnjava u prilog potrebi dopune zakona kojim bi se legalizovala eutanazija dementnih osoba.

Na osnovu prethodno iznetih činjenica i pojedinih tumačenja zaključujem da donošenje odluke o eutanaziji dementnih osoba predstavlja nesumljivo vrh intelektualne organizacije svesti, ne samo pojedinca nego i društva u celini, i kao takva morala bi u narednom periodu zauzeti veoma važno mesto kod donošenja novih zakonskih regulativa.

15. Zaključak

Posmatrajući prethodno definisane postavke kao preduslov dobre procene rasuđivanja dementne osobe i provere prethodno formirane volje, položaj lekara bi bio zaštićen posebno u odnosu na shvatanje ili strepnju da bi mogao biti krivično sankcionisan kao izvršitelj eutanazije.¹⁵¹ Činjenica je da bi terminalna faza u demenciji, visok stepen duševne patnje, gubitak ljudskog dostojanstva i sopstvene ličnosti, trebala biti osnov svake naredne debate na ovu temu. Poštujući navedeno, lekar bi po pravilima dužne pažnje zasnovanim na postojećoj sudskoj praksi, bio samo stručno lice koje sprovodi pravno definisanu autonomiju pacijenta.¹⁵²

Činjenica je da dementne osobe u kontaktu sa drugim doživljavaju bolnu i ponižavajuću konfrontaciju. Uzrok ovome je njihovo izmenjeno ponašanje zbog mentalnog

¹⁴⁹Truplo Else Borst, lekar po struci, poznata po svojim liberalnim stavovima u mnogim pitanjima vezanim za zdravstvo, od 1994. do 2002. bila je ministar zdravlja i potpredsednik holandske vlade. Holandija je za vreme njenog mandata postala prva zemlja u svetu koja je ozakonila eutanaziju 2001. godine, stupi na snagu 1. aprila 2002. godine. 2012. godine eutanazija je sprovedena u 4000 slučajeva ove države.

¹⁵⁰Cees M. P. M. Hertogh et al; *Would We Rather Lose Our Life Than Lose Our Self? Lessons From the Dutch Debate on Euthanasia for Patients With Dementia*; *The American Journal of Bioethics*, 7(4): 48-56, 2007.

¹⁵¹*Ibid.*

¹⁵²*Ibid.*

deficita koji onemogućava adekvatnu komunikaciju i saradnju sa osobama iz neposrednog okruženja. Pravo na dostojanstvenu smrt, je moralno i etički prihvatljivo rešenje koje štiti ljudsko dostojanstvo kada je u pitanju mentalni deficit kakav nosi demencija, na suprot onome što bi se dogodilo ako zakon ne bude usvojen. Posebno treba naglasiti značaj efikasnijeg zbrinjavanja dementnih osoba koje pružaju vidljiv i očigledan otpor svom statusu. Ove osobe vremenom poprimaju obeležja nepodnošljivog stanja te su sklone agresiji, otežavaju sprovođenje terapijskih koraka, a sve vodi potpunoj socijalnoj izolaciji. Finansijski ulog u lečenje, evidentno ireverzibilnog procesa, kakav je demencija, bi se mogao umesto pomenutog usmeriti u tehničko tehnološki napredak u medicini, nove lekove, dijagnostiku i pomoć obolelima u situacijama koje su procenjene kao pozitivne i izvesne.

Sve ovo bi trebalo uzeti u razmatranje tokom debate i u prvi plan staviti nepodnošljivu emotivnu patnju, beznadežno stanje i život na rubu ljudskog dostojanstva koji se viđa u terminalnoj fazi demencije. Donošenje zakona o eutanaziji dementnih osoba bi potvrdilo da je ljudsko dostojanstvo neprikosnovoeno u autonomiji pacijenta, a sledstveno finansijska sredstva usmerilo u pravcu napretka, poboljšanja uslova lečenja i života uopšte.

16. Literatura

Alzheimer's Association. Statistics about Alzheimer's Disease, 2008
Available at <http://www.alz.org/AboutAD/statistics.asp>

B. Reisberg., *Functional Assessment Staging(FAST)*, Psychopharmacol Bull 1988,24:653-659

Biblioteka Narodne skupštine za potrebe rada narodnih poslanika i Službe Narodne skupštine;
istrazivanja@parlament.rs
http://www.akaz.ba/Fokus/Prava/Dokumenti/BrosuraPravaPacijenata_hr.pdf

Cary Smith Henderson, Partial View An Alzheimer's Journal,1998

Cees M. P. M. Hertogh et al; *Would We Rather Lose Our Life Than Lose Our Self? Lessons From the Dutch Debate on Euthanasia for Patients With Dementia*; The American Journal of Bioethics, 7(4): 48–56, 2007

C. Ferri et al., *Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study*. Lancet 2005, 366: 2112–2117

Chris Gastmasns and Jan de Lepeleire, *Living to the bitter end? A personalist approach to euthanasia in persons with severe dementia*, Bioethics, vol. 24 no 2., 2010, pp 78–80

C. McPherson, K.Wilson&M.Murray., *Feeling Like a Burden to Others: A Systematic Review Focusing on the End of Life*. Palliat. Med. 2007, 21: 115–128

Cruzan v. Director Missouri Department of Health, 497 U.S. 261, 110 S.Ct.2841, 1990

Collier, C., and R. F. Haliburton., *Bioethics in Canada: A Philosophical Introduction*. Toronto, ON, Canada: CSPI., 2011

Dragana Kolarić, *Lišenje života iz samilosti*, Pravni život. 9/2006, str.131-132

Dutch Association of Clinical Geriatrics, Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie (*Diagnostics and Medicinal Treatment of Dementia*). Alphen aan de Rijn: Van Zuiden Communications, 2005

Gjerdigen D, Neff J, Chaloner M., *Older persons' Opinions About Life-sustaining Procedures in the face of Dementia*, Arch Fam Med 8: 421–425, 1999

Gurney,M., „Court Strikes the Right Balance on Assisted Suicide.” National Post, June 18, 2012

G.W.Small, D. Kaufer, M.S. Mendiondo, P. Quarg, R. Spigel., *Cognitive performance in Alzheimer's disease patients receiving rivastigmine for up to 5 years*. Int J Clin Pract 2005, 59 (4):473-477

Henri Wijsbek, “To thine own self be true’: On the loss of integrity as a kind of suffering”, Bioethics, vol. 26 no 1, January 2012, pp 1-7

<http://www.blic.rs/Vesti/Svet/434212/Spor-u-nemackoj-Vladi-Sme-li-se-pomagati-pri-umiranju>

<http://forum.klix.ba/eutanazija-asistirano-samoubistvo-t78043.html>

<http://documents.tips/documents/skracena-socijalna-psihologija.html>

<http://www.scribd.com/doc/33178988/BIOETIKA-i-eutanazija#scribd>

I.Kant., *Works of Immanuel Kant: Including Critique of Pure Reason, Critique of Practical Reason, Groundwork of the Metaphysics of Morals & more*, 2008

Interights, *Manual For Lawyers: The Right to Life under the European Convention on Human Rights (Article 2)*, Interights, London, 1, 2011

Iva Gašparović, *Genetics of neurodegenerative diseases*, Zavod za kliničku neurologiju, Klinika za neurologiju, KBC Rijeka, 2013, vol. 49, No. 2, p. 144-156

Ivo Lušić: DEMENCIJE

<http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>

Klajn Tatić.V., *Lekareva pomoć neizlečivo bolesnom pacijentu - etički i pravni problem*, Institut društvenih nauka, Beograd, 2002, str. 153

K. Parsons Suhl et al., *Losing One's Memory in Early Alzheimer's Disease. Qual Health Res* 2008, 18: 31–42

Matthew C. Altman., *A Companion to Kants Critique of Pure Reason*, 2008

Milena Bogdanić, Jelena Rakić, *Eutanazija*, Pravne teme, godina 2, Broj 3, str. 218-224; 343.2.01:179.7; 342.721

M. Mittelman et al., *A Family Intervention to Delay Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease*, JAMA 1996, 276: 1725–1731

M. Mittelman et al., *Improving Caregiver Well-being Delays Nursing Home Placement of Patients with Alzheimer Disease*, Neurology 2006, 67: 1592–1599

M. Rurup et al., *Frequency and Determinants of Advance Directives Concerning End-of-life Care in The Netherlands*, Soc. Sci. Med. 2006, 62: 1552–1563

M. Žikić i dr., *Epidemiology, etiology, classification, diagnosis, differential diagnosis and treatment of dementias*, Aktualnosti iz neurologije, psihijatrije i graničnih područja, Pregledni članak Review article UDK 616.892.3., XVII,br. 1-2, 2009

Nancy A. Melville, *Assisted Suicide for Mental Illness Gaining Ground*, Psychiatry, July 31, 2015

Nia Williams, Charlotte Dunford, Alice Knowles and James Warner, *Public attitudes to life-sustaining treatments and euthanasia in dementia*, International journal of geriatric psychiatry Int. J. Geriatr. Psychiatry, 2007, 22:1229–1234, (www.interscience.wiley.com)

Predviđena i pasivna eutanazija., Danas, 24. april 2003

Rietjens JAC, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, et al., *A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: survey among the Dutch general public and physicians.*, Soc Sci Med 61:1723-1732, 2005

Robert Sharp, *The dangers of euthanasia and dementia: How Kantian thinking might be used to support non- voluntary euthanasia in cases of extreme dementia*, Bioethics, vol. 26, 2012, 231-235

S. Mitchell., A., *93-Year-Old Man with Advanced Dementia and Eating Problems*, JAMA 2007, 298: 2527–2536

Svetislav Marinović, *Pravo na smrt (eutanazija)*, izd. Kulturno - prosvjetna zajednica Podgorice, Podgorica, 1996, str. 44-46

Valentin Pozalić, *Eutanazija pred zakonom*, Pregledni članak 3/98

Violeta Beširević, *Bogovi su pali na teme: o ustavu i bioetici*, Anali Pravnog fakuleta u Beogradu, 2/2006, str. 211

Violeta Beširević, *Pravo na dostojanstvenu smrt*, 2007, objavljeno u Glasniku Advokatske Komore Vojvodine, br.12/2008, str. 527-541

Knjige

Binding, K. Hoche, A., *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*, 1920, Felix Meiner Verlag, Leipzig, 1922

Gregori E. Pens, *Klasični slučajevi iz medicinske etike*, „Službeni glasnik“, Beograd, 2007

Hajrija Mujović Zornić, *Uvod u medicinsko pravo*, Institut društvenih nauka Beograd, Udruženje za medicinsko pravo Srbije, Beograd, 2013, str.6

John Griffiths, Alex Bood and Helen Weyers, *Euthanasia & Law in the Netherlands*, izd. Amsterdam University Press, Amsterdam, 1998

John Stuart Mill, *O slobodi*, 1859, (*Utilitarizam*, gl. 2, *O slobodi*, gl. 3)
<http://karposbooks.com/dzon-stjuart-mil.htm>

Karel Turza, *Medicina i društvo, Uvod u medicinsku etiku*, Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu, 2009

Milivoje Milenković, *Eutanazija ili ubijanje iz milosrđa*, Skoplje, 1940

Milan Vujaklija, *Leksikon stranih reči i izraza*, izd. Prosveta, Beograd, 1954

Poznić B., Rakić Vodinelić V., *Građansko procesno pravo*, Savremena administracija, Beograd, 2010

Predrag Kaličanin, „*Psihijatrija i zaštita prava mentalno obolelih*“, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 1992

Radišić J., *Medicinsko pravo*, PFUUB, Beograd, 2008

Safet Bektović, *Etika dužnosti i susret sa bližnjim: Imanuel Kant i Emanuel Levinas*, Institut za sistematsku teologiju Univerziteta u Kopenhagenu, Arhe, 1, 1/2004

Violeta Beširević, *Euthanasia: Legal Principles and Policy Choices*, European Press Academic Publishing, Firenca, 2006

Vladimir V. Vodinelić, *Građansko pravo*, Beograd, 2012

Zakoni, Odluke, Rezolucije, Statuti, Kodeksi

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine Oviedo, April 1997

Convention on Human Rights and Biomedicine and its Protocols. Council of Europe. Oviedo, Strasbourg, 1997-2005

Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe, ICP/HLE 121, World Health Organization, 1994; The Ljubljana Charter on Reforming Health Care, Ljubljana, 1996

Evropska Konvencija o zaštiti ljudskih prava i sloboda, Rim, 4. novembar 1950

European Health Care reforms - Citizens' Choice and Patients' Rights, Copenhagen, 1997

Human Cloning - Ethical Issues. UNESCO, Paris, 2004. www.unesco.org/bioethics

International Declaration of Human Genetic Data. UNESCO, Paris, 2003

International Bioethics Committee of UNESCO (IBC): The use of embryonic stem cells in therapeutic research. Paris, 2001, <http://www.unesco.org/bioethics>

Jocić D., Krajinović D., *Prevod: Helsinška deklaracija (DoH), World medical Association declaration of Helsinki (DoH), Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* (WMA, 1964, 1975, 1983, 1989, 2000, 2002, 2004, 2008), Katedra za socijalnu farmaciju i farmaceutsko zakonodavstvo, Farmaceutski fakultet, Univerzitet u Beogradu, Decembar, 2009

Kodeks profesionalne etike Lekarske Komore Srbije, „*Sl.Glasnik RS*“, br. 121/2007

Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, sačinjena u Oviedu (Asturias) 4. aprila 1997.godine, u originalu na engleskom i francuskom jeziku, „*Sl.glasnik RS-Međunarodni ugovori*“, br.12/2010

Krivični zakonik, „*Sl.glasnik RS*“, br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012 i 104/2013), http://www.paragraf.rs/propisi/krivicni_zakonik.html

National Institutes of Health (NIH) USA: Human Cloning and Human Dignity - An Ethical Inquiry. Bethesda, 2002

Pravilnik o bližim medicinskim kriterijumima, načinu i postupku utvrđivanja smrti lica čiji se delovi tela mogu uzimati radi presađivanja, „*Sl.glasnik RS*“, br. 13/2005

Rezolucija UN o ljudskim pravima i biomedicini, 1995

Statut Lekarske komore Srbije, „*Sl.glasnik RS*“, br. 111/2006, 68/2008, 14/2010, 36/2011-odluka US, 43/2011 i 22/2012

Stojanović Zoran, *Komentar Krivičnog zakonika*, Službeni glasnik, Beograd, 2006, str. 337

Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. UNESCO, Paris, 2005

World Health Organization (WHO): Department of Ethics, Trade, Human Rights and Health Law; Ethics Team Activities in 2004, more in <http://www.who.int/ethics>

Zakon o pravima pacijenata, „*Sl.glasnik RS*“, br. 45/13

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „*Sl.glasnik RS*“, br. 107/2005, 72/2009-dr.zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013-dr.zakon i 93/2014

Zakon o sudskim veštacima, „*Sl.glasnik RS*“, br. 44/2010

Zakon o uslovima za obavljanje poslova veštačenja, „*Sl.glasnik RS*“, br. 16/87 i 17/87

Zakon o overavanju potpisa, rukopisa i prepisa, „*Sl.glasnik RS*“, br. 93/2014 i 22/2015

Zakonu o nasleđivanju, „*Sl.glasnik RS*“, br.46/95, 101/2003 - odluka USRS i 6/2015

Sudski sporovi

Case of *Pretty v. The United Kingdom* [European Court of Human Rights], Application no. 2346/02, Strasbourg, April 29, 2002, <http://www.hrcr.org/safrica/life/Pretty.html>

Pretty v. United Kingdom, ECtHR, Application no. 2346/02, presuda od 29. aprila 2002

Glass. v. UK, 61827/00, presuda od 9. marta 2004