Starije osobe i distanazija

Grgić, Mijo

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:137868

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Starije osobe i distanazija

Mijo Grgić, 1924/336

Varaždin, prosinac, 2020.

Sveučilište
Sjever

Odjel za sestrinstvo

Starije osobe i distanazija

Student

Mijo Grgić, 1924/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, prosinac 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

STUDIJ: preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK: Mijo Grgić | MATIČNI BROJ: 1924/336

DATUM: 05.10.2020 | KOLEGIJ: Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA: Starije osobe i distanazija

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Elderly people and Dystanasion

MENTOR: Melita Sajko mag.soc.geront. | ZVANJE: viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. Valentina Novak, mag.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko mag.soc.geront., mentor
3. Andreja Bogdan, prof., član
4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 1386/SS/2020

OPIS:

Pokušaj definiranja koncepta beskorisnosti liječenja postaje sporan unazad nekoliko desetljeća, sve većim tehnološkim sofisticiranjem medicine i nemogućnosti postizanja konsenzusa primjene određenih medicinskih zahvata. Naposljetku može se reći da se primjenom distanazije ne produžuje život u pravom smislu riječi, već se produžuje proces umiranja. Distanazijsko ponašanje se uglavnom pojavljuje kada dolazi do prosudbe između kvalitete života i čistoga biološkog preživljavanja. Naime, u medicini je još danas postoji stanovita «vitalistička» ideja da se život mora produžavati sve dok ima daha života. Prema toj ideji zadaća medicine je produživati i čuvati tjelesni i biološki život po svaku cijenu, bez obzira na njegovu kvalitetu.
U ovom radu će se prikazati osnovni pojmovi vezani uz distanaziju: terapijska ustrajnost i medicinska beskorisnost. Biti će obrađena bioetička i moralna pitanja vezana uz produženje života te kriteriji na osnovu kojih se donosi odluka o distanaziji.
Posebnu pozornost će biti posvećena distanaziji kod starijih osoba.

ZADATAK UBUČEN: 15.10.2020.

REPUBLIKA HRVATSKA
POTPIS MENTORA
SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Problematika smrti i umiranja uvijek je bila, poput pitanja o početku života, jedna od vodećih tema znanstvenog diskursa, ne samo s filozofskog i vjerskog stajališta, već i u medicinskom okruženju gdje se susreću praktični aspekti ove dvije pojave. Najbolji pristup tim problemima je interdisciplinarni i multidisciplinarni, upravo prema svom bioetičkom karakteru, uzimajući osobnu autonomiju pacijenta kao osnovnu smjernicu. Drugim riječima, potrebno je odmaknuti se od medicinsko-etičkog pojednostavljenja koje smanjuje i kratkovidno postavlja problem na dva osnovna stajališta: za ili protiv.

Sažetak

Distanazija je još uvijek slabo poznat pojam ne samo među medicinskim djelatnicama nego i među samim bioetičarima. Rasprava o distanazijskoj beskorisnosti trebala bi biti promatrana s medicinskog, etičkog, zakonskog i teološkog gledišta, budući da se sve nedoumice vezane uz distanaziju rješavaju uz pacijentov krevet, vrlo često kad je već kasno, na razini brojnih kliničkih bioetičkih udruženja ili pak pravnih presuda. Često se pitanje distanazije postavlja tek u posljednjim trenucima života i o tome nitko ne razmišlja prije. Terminalni pacijenti su oni koji su u završnoj fazi bolesti bez šanse da poprave svoje stanje, čak i djelomično ili privremeno, upotrebom bilo koje poznate i provedene terapijske mjere. U ovom radu će se prikazati osnovni pojmovi vezani uz distanaziju: terapijska ustrajnost i medicinska beskorisnost. Biti će objašnjena brojna bioetička i moralna pitanja vezana uz produženje života te kriteriji na osnovu kojih se donosi odluka o distanaziji. Iznijeti će se i smjernice iz istraživanja koja su se počela provoditi u novije vrijeme. Posebna pozornost će biti posvećena distanaziji kod starijih osoba. Vrlo je važno razmotriti dileme i smjernice za odlučivanje u distanaziji kako se odluka o njoj ne bi donijela naprečac i bez ispravnog razloga.

Ključne riječi

Distanazija, medicinska beskorisnost, produženje života, terapijska ustrajnost, kvaliteta života

Popis korištenih kratica

JIL – Jedinica intenzivnog liječenja

HLZ – Hrvatski liječnički zbor

WMA - Svjetska medicinska udruga (World Medical Association)

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

4 N - nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje

APACHE - Acute Physiology and Cronic Health Evaluation System

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Pojmovi terapijske ustrajnosti i medicinske beskorisnosti 3
2.1. Pristupi i tipovi medicinske beskorisnosti 5
2.2. Razlika između distanazije, eutanazije, mistanazije i ortotanazije 7
2.3. Uloga medicinske sestre u bioetičim načelima distanazije 10
3. Moralni i bioetički aspekt distanazije 12
3.1. Dileme vezane uz postupke odlučivanja 14
3.2. Stavovi vjere prema distanaziji 15
4. Smjernice za odlučivanje o distanaziji 18
4.1. Medicinski kriteriji za primjenu distanazije 18
4.2. Kriteriji za primjenu beskorisnosti tretmana iz pravnoga gledišta 24
4.3. Beskoristan tretman i ekonomičnost 29
5. Distanazija u starijoj životnoj dobi 30
5.1. Specifičnosti palijativne skrbi osoba starije životne dobi 31
5.2. Istraživanja o starijim terminalnim pacijentima 32
5.3. Prekid beskorisnog liječenja 35
6. Zaključak 37
7. Popis literature 38

1. Uvod

Sa progresivnim pomakom medicinskog napredovanja, povećala se i kompleksnost pitanja koji su povezani sa posljednjim životnim trenucima. Moderna medicina ima mogućnost biološki život produžavati i onda kada je on za bolesnika izgubio svaki smisao. U borbi za produžetkom života, može se primijeniti se čitav tehnološki spektar terapeutski ustrajnog održavanja na životu, no često, bez stvarnoga poboljšavanja medicinskoga stanja.

Napredak terapeutske skrbi terminalnih bolesnika omogućio je da njihovo održavanje na životu može trajati vrlo dugo, no sve je uočljivija besmislenost takvih zahvata, što je izrazito vidljivo u situacijama koje obilježava nesnosna i bolna patnja dugotrajnog umiranja i postupnoga otkazivanja sviju životnih funkcija terminalno bolesne osobe, čiji se život počeo postupno gasiti, ali se agresivnim i intenzivnim terapeutskim zahvatima produžava i prisilno postiže samo fiziološko održavanje.

Pokušaj definiranja koncepta beskorisnosti postaje sporan unazad nekoliko desetljeća, sve većim tehnološkim sofisticiranjem medicine i nemogućnosti postizanja konsenzusa primjene određenih terapijskih zahvata. Naposljetku može se reći da se primjenom distanazije ne produžuje život u pravom smislu riječi, već se produžuje proces umiranja. Distanazijsko ponašanje se uglavnom pojavljuje kada dolazi do prosudbe između kvalitete života i čistoga biološkog preživljavanja. Naime, u medicini je još danas postoje ideje o tome da se se život treba produžavati na bilo koji način sve dok ima daha života. Prema toj ideji zadatak medicine je produžavati i čuvati tjelesni i biološki život po svaku cijenu, bez obzira na njegovu kvalitetu [1].

Distanazija znači polaganu i bolnu smrt bez kvalitete života. Koncept se nadopunjuje polaganom i produljenom smrću, često popraćenom patnjom i tjeskobom.

Distanazija je malo poznat pojam, ali koji se često primjenjuje u zdravstvenom području. Predmet je interesa bioetike, a prema Bioetičkom rječniku preveden je kao "teška ili bolna smrt, koja se koristi za ukazivanje na produženje procesa umiranja liječenjem koje samo produžuje biološki život pacijenata. Nema ni kvalitetu života ni dostojanstvo. To je praksa koja ima za cilj

produžiti život terminalnih pacijenata, ali ih podvrgava velikim patnjama. Ova praksa ne produžuje život; već produžuje proces umiranja. Napredak znanosti i njezina provedba često ugrožavaju kvalitetu života ljudi koji pate, što utječe na njihovo dostojanstvo. Palijativna skrb i poštivanje prava pacijenata učinkovito su sredstvo za sprečavanje distanazije. Distanazija je stvarnost u svakodnevnoj praksi medicinskih sestara, o kojoj se malo raspravlja, iako je situacija koja uzrokuje mnogo patnje pacijentima čiji se život održava bez zadržavanja kvalitete života.

Zdravstvenim radnicima se u nekim slučajevima pruža bezuvjetna podrška produženju života naprednim mjerama, na primjer u slučaju pacijenata u vegetativnom stanju, ali s odobrenjem za darivanje organa ili za neku drugu korisnost iz perspektive obitelji ili pacijenta. U takvim slučajevima koncept uzaludnosti ne vrijedi.

Kako ne bi bilo negativnih implikacija na njegu koju pružaju stručnjaci intenzivne njege, čija praksa više puta prelazi granicu između života i smrti, neophodno je da medicinske sestre ovladaju tim konceptom kako ne bi kršile etički kodeks. Medicinsko osoblje je dužno postupati prema pravnoj regulativi zemlje u kojoj žive i rade, bez obzira na svoje vlastito stajalište prema životu, početak života i prava na smrt. Tu, dakako uvijek postoji mogućnost priziva savjesti. Današnja medicina je uznapredovala do te mjere da upravlja životom i smrću. Stoga bi se trebali primijeniti zakoni za situacije koje su u medicini jasne i nedvosmislene.

Zna se da su terapijske mogućnosti umjetnog održavanja života u jedinicama intenzivnog liječenja bezbrojne. Znanje i primjenjivost koncepata distanazije, eutanazije i ortotanazije su presudni jer stručnjak zna da nisu sve tehnički moguće intervencije etički ispravne i također zna razliku između pomaganja nekome da živi i sprječavanja nečije smrti. Znanje i razmišljanje o tim konceptima u svakom trenutku pacijentovog procesa umiranja omogućavaju medicinskim sestrama da daju svoj doprinos u raspravama između interdisciplinarnog tima, pacijenata i članova obitelji, promičući odgovarajuću skrb. Uloga medicinskih sestara, kao i ostalih profesionalaca, jest povezivanje učinkovite solidarnosti i ljudske i znanstvene kompetencije u službi krhkih pacijenata koji umiru.

2. Pojmovi terapijske ustrajnosti i medicinske beskorisnosti

S povećanjem očekivanog životnog vijeka, ponovno su oživljene rasprave o mogućnosti intervencije u životnom ciklusu, ubrzavanju ili produljenju trenutka smrti, što je možda jedno od središnjih etičkih pitanja primijenjenih na zdravlje. Tradicionalno postoji snažan otpor zdravstvenih djelatnika prekidu života s obrazloženjem da je medicinska funkcija spašavanje života. Međutim, u ovoj tvrdnji postoji velika neskladnost, budući da se "odvajanje od aparata", tako da "život ide svojim tokom", poznato kao pasivna eutanazija, smatra rutinskim postupkom. Terapijskom upornošću se oboljelom samo produžava životna agonija i narušava dostojanstveno umiranje; njegovim bližnjima potiče se neutemeljena nada i neracionalno inzistiranje da se za umirućega pokuša činiti sve moguće; liječnike se izlaže brojnim profesionalnim i moralnim dilemama; dok istodobno zdravstvenim osiguranjima gomilaju neopravdani troškovi, ionako oskudnih sredstava. Pretjeran tretman može biti tegoban za pacijenta, skup za društvo, a ne primjenjivanje tretmana također povrjeđuje pravo i dostojanstvo bolesne osobe, međutim odluke će i dalje biti teške jer pretjeran tretman može biti tegoban za pacijenta, skup za društvo, ali ne tretman može povrijediti prava i dostojanstvo osoba koje traže pomoć [1].

Izraz «terapijska ustrajnost» (L'acharnement therapeutique) prvi je spomenuo Jean-Robert Debray na početku pedesetih godina i definiran je, prema Pohieru, kao medicinski zahvat čije djelovanje je nepovoljnije za štetne učinke koji se trebaju ukloniti ili beskoristan zahvat jer je terapija nemoguća i teško je očekivati pozitivni ishod liječenja [1].

Terapijska upornost predstavlja primjenjivanje beskorisnih ili nedjelotvornih postupaka i terapija u liječenju bolesnika, koje su nerazmjerne u odnosu na holističku dobrobit pacijenta. Obilježava je: beskorisnost u terapijskom smislu; mučnost dodatnih patnji i nerazmjernost sredstava u odnosu na terapijski rezultat. Njome se oboljelom samo produžava životna agonija i narušava dostojanstveno umiranje; njegovim bližnjima potiče se neutemeljena nada i neracionalno inzistiranje da se za umirućega pokuša činiti sve moguće; liječnike se izlaže brojnim profesionalnim dilemama; dok istodobno zdravstvenim osiguranjima gomilaju

nesuvisle troškove, ionako oskudnih resursa. Pretjeran tretman može biti tegoban za pacijenta, skup za društvo, a ne tretman može povrijediti prava i dostojanstvo osoba koje traže pomoć, međutim odluke će i dalje biti teške jer pretjeran tretman može biti tegoban za pacijenta, skup za društvo, ali netretman može povrijediti prava i dostojanstvo osoba koje traže pomoć.

Terapijska uzaludnost je koncept o kojem se puno raspravlja indicirajući uporabu intervencija u zdravstvenoj skrbi koje nemaju bitno pozitivno djelovanje na bolesnika, u smislu prevencije, dijagnoze ili obrade.

Medicinski beskoristan tretman se može smatrati istovjetnim medicinskom pojmu distanazije. Distanazijom se podrazumijeva svako primjenjivanje medicinskih tretmana da bi se održao život u situacijama kada ne postoje naznake izlječenja, pri čemu ti zahvati mogu prouzročiti daljnje produljenje patnje i boli kod bolesne osobe. Distanazija ima isto značenje kao medicinska beskorisnost (eng. medical futility), što se podrazumijeva terapeutskom upornosti beskorisne medicine; odnosno medicinski postupak koji ne daje pozitivne rezultate. To je medicinsko ponašanje koje se sastoji u korištenju terapijskih postupaka čiji je učinak škodljiviji od učinka bolesti koju treba liječiti, ili je beskoristan, jer je liječenje nemoguće i očekivana je pogodnost manja od predvidivih poteškoća. Tretman se definira beskorisnim kad ne može rezultirati realnim šansama pobuđivanja onoga efekta koji bi kod oboljele osobe mogao biti smatran korisnim i donijeti mu dobrobit u terapeutskom smislu [2].

Distanazijom se podrazumijeva terapeutski postupak koji ne dovodi do nikakvih pozitivnih ishoda i pacijentu ne pruža olakšanje njegovih tegoba. I ne samo to, ono istodobno može biti i bolno. Dakle, radi se zapravo o prolongiranju smrti i patnje bolesnika, tj. o podržavanju procesa umiranja. To danas postoji u mnogim zdravstvenim ustanovama u kojima vodeće značenje ima tehnologija, a ne samo liječnik. Danas bolesnici sve više postaju zatočenici suvremene medicinske tehnologije i sve manje im se pomaže da umiru s više dostojanstva i manje boli. Za očekivati je da bi u zdravstvenim ustanovama trebala postojati drukčija moralna svijest i pristup pacijentima u terminalnom stanju.

Tek u posljednje vrijeme se ozbiljnija pozornost počela pridavati beskorisnom liječenju, međutim kroz povijest se mogu pronaći pokušaji kojima se na određeni način razdvajalo beskorisno od korisnog liječenja. Tako je u antičko doba liječnik bio dužan ne koristiti

beskorisne medicinske tretmane. Liječnik koji se htio uvrstiti među najbolje liječnike jer trebao znati prepoznati trenutak odustajanja i odbiti intervenciju ako bi došli do granica uzaludnosti. Ono što bi poduzimali u tom slučaju je: ublažavanje pacijentove patnje, smanjenje jačine njegovog oboljenja i odbijanje tretiranja onih koji imaju već toliko napredovanje bolesti čiji tijek je nemoguće zaustaviti, priznajući da u tim slučajevima medicina više ne može učiniti ništa. I u spisima Hipokrata mogu se preporuke kako postoji vrijeme u kojem treba prekinuti određene tretmane. U situacijama kad je bolest prejaka za dostupne lijekove, liječnik ne bi trebao očekivati pobijediti je medicinom. U takvim slučajevima suludo je primjenjivati beskorisnost zahvata.« [3] Celsus upozorava kako je »obveza opreznoga liječnika ne zadirati u slučaj koji ne može spasiti i ne riskirati stvaranje izgleda da je ubio nekog čija bi sudbina bila samo umrijeti.« Tradicionalna uloga liječnika je bila praćenje bolesnika u odmaklim fazama njegove bolesti, koji prihvaća životno neizbježni kraj u prirodnom tijeku umiranja, ublažavanje bolova i što ugodnije življenje posljednjih trenutaka [4].

2.1. Pristupi i tipovi medicinske beskorisnosti

Zagovornici beskorisnoga tretmana pokušavanju definirati kliničke situacije u kojima će ga liječnici opravdano primijeniti. Pronašli su nekoliko pristupa rješavanju problema.

- Prvi pristup započinje s pokušajem razjašnjavanja okvira unutar kojega se određeni tretmani smatraju fiziološki beskorisnima. To su zdravstveni tretmani koji ne mogu rezultirati očekivanom efikasnošću (npr. kardiopulmonalno oživljavanje duže od trideset minuta, intubacija i ventilacija pacijenata u vegetativnom stanju duže od tri mjeseca, dijaliza, transplantacija organa, nekritična primjena antibiotika). Fiziološki kriteriji ne uključuju moralne vrijednosti osobe i njenu holističku dimenziju, već podrazumijevaju samo njenu fizičku pojavu, pa je bilo razumno potražiti novi bolji pristup.
- Pristup kriterija kvalitativne beskorisnosti uključuje pacijentovu kvalitetu života, prema kojoj se određuju tretmani ispod minimalne razine prema profesionalnoj procjeni (permanentno stanje bez svijesti i trajna ovisnost o ventilacijskim uređajima).

- Kvalitativna beskorisnost treba procijeniti rizik i očekivanu dobrobit što često dovodi do nerazmjera između medicinskog i obiteljskog očekivanja, što dovodi do daljnjih bioetičkih dilema distanazije.
- Treći pristup je koncept kvantitativne beskorisnosti koji zagovara stajalište da liječnik prilikom donošenja odluke utemeljene na empirijskim podacima posljednjih 100 slučajeva treba utvrditi da je medicinski tretman beskoristan, te da su šanse za postizanje pacijentove dobrobiti samo jedan posto. Odnosno, beskoristan je onaj tretman koja nije rezultirao djelotvornošću u posljednjih sto sličnih ili istih slučajeva. 1990-ih godina mnoge su zdravstvene ustanove prihvatile ovaj pristup kao normativ u svom poslovanju,
- Predložena su i dva dodatna pristupa za opravdanu primjenu distanzijskog tretmana: skora iminentna beskorisnost / imminent demise futility (kada bi pacijent umro i prije, neovisno o intervenciji) i smrtonosno stanje beskorisnosti / lethal condition futility (kada pacijent boluje od bolesti koja ne rezultira preživljavanjem na duže vrijeme, neovisno o inervenciji). Da bi se došlo do ispravnih procjena s ta dva pristupa uveden je slijedeći pristup – proceduralni pristup.
- Proceduralan pristup medicinske beskorisnosti se odnosi na one odluke koje pobuđuju nesuglasnost, liječnika, pacijenata ili surogat-odlučitelja, kada se oni imaju pravo obratiti neovisnim bioetičkim odborima ili sudu za ljudska prava. S obzirom da je svaki od ovih povijesnih modela bio kritiziran ili smatran redukcionističkim, prenaglašavajući samo određene dimenzije osoba u terminalnom stadiju, porasla je težina donošenja distanazijskih odluka. Budući da se rasprava o distanaziji najčešće povezuje s pacijentima u trajno vegetirajućem, kritičnom ili terminalnom stanju, da bi se izoštrilo njene kriterije profesionalno medicinske i moralno-bioetički opravdane primjene, potrebno je preliminarno opisati biomedicinske indikacije osoba koje se nalaze u tom stanju [4].

2.2. Razlika između distanazije, eutanazije, mistanazije i ortotanazije

Riječ dysthanasia neologizam je grčkoga podrijetla i sastavnica je dviju grčkih riječi: dys = čin sa greškom i thanatos = smrt, te predstavlja protivljenje čovjeka naravnoj smrti. Etimološki distanazija označava pretjerano produžavanje agonije, patnje i smrti pacijenta. Pod tim pojmom u Europi se govori o l'acharnement thérapeutique, accanimento terapeutico (terapijska ustrajnost), u angloameričkoj literaturi o medical futility (medicinska beskorisnost), futile treatment (beskoristan tretman) ili futility (beskorisnost), odnosno liječenje koje ne daje nikakve pozitivne rezultate. Iako se Leo Pessini odrekao svog autorstva nad tim pojmom, tvrdeći da je riječ o neologizmu grčkog porijekla koji u portugalskom jeziku znači" polaganu, bolnu smrt u velikoj patnji", vjerojatno će se njegovo ime trajno vezivati uz taj neologizam. Naime, zahvaljujući upravo Pessiniju i njegovoj knjizi „Distanazija" taj pojam ulazi u bioetičku svakodnevnicu i moguće je da ubrzo dostigne popularnost svog pandana "eutanazija".[1]

Postoji tendencija miješanja koncepata beskorisnog tretmana i eutanazije sa osnovom u shvaćanju da je svako postupanje koje prekida mjere održavanja života intervencija eutanazične naravi. Ali, to nije točno, jer predmet eutanazije nije prvenstveno pitanje ne dobročinstva, dok bi beskorisnost to bila. Ono što kriterij beskorisnosti kaže je da obustavljanje izvjesnih mjera, u određenim okolnostima, nije nedobročineće. Radi se, prema tome, ne samo o radnjama propuštanja i o prolaznim radnjama. Na razini eutanazije, to bi sa moralnog gledišta bilo teško opravdati, ali ne i na razini beskorisnosti [1].

Mogućnosti distanazije su veće što je bolnica bolje opremljena medicinskom tehnologijom, te upozorava na razliku između eutanazije i distanazije. Prva je uvijek skraćivanje života, a druga je medicinsko djelovanje kojim se u situaciji neizbježne smrti produžavaju patnje umirućem tako da mu se odgađa neminovna smrt. Zapravo, riječ je o bolnom i nedostojanstvenom produžavanju života. Kod eutanazije se, iz samilosti, ubrzava smrt; kod distanazije se, bez milosti, produžava proces umiranja.

U današnje doba odgađanje i borba sa smrću provodi se u mnogim bolnicama koje mnogobrojnim tehničkim postignućima omogućavaju održavanje vitalnih funkcija umirućeg bolesnika. Samo preživljavanje ponekad nije dovoljno a da se ne postave pitanja o intenzitetu

njegovih patnji niti o tome koliko pati njegova obitelj. S jedne strane se nalazi eutanazija tj. skraćenje života, a s druge strane distanazija (produženje agonije, patnje i odgađanje smrti).
Odustajanje od distanazije ima sličnosti s konceptom pasivne eutanazije. Pojam eutanazije (grč. eu =dobro i thanatos=smrt) prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji odnosi se na namjerno bezbolno usmrćivanje ili nesprječavanje smrti zbog prirodnih uzroka primarno u situacijama neizlječive bolesti ili nepovratnog stanja kome. Srodni termini koji se koriste su ubojstvo iz samilosti i/ili dostojanstvena smrt [5].
Aktivna eutanazija uključuje postupak kojim se izaziva prekid vitalnih funkcija, npr. primjenom smrtonosne injekcije. Pasivna eutanazija podrazumijeva prestanak medicinskih postupaka neophodnih za održavanje života pacijenta, prestanak davanja terapije i isključenje uređaja neophodnih za umjetno održavanje na životu te u osnovi odgovara odluci o odustajanju od distanazije [6]. Pasivna eutanazija po mišljenju pojedinih autora u Hrvatskoj je dopuštena, iako pravna regulacija pasivne eutanazije ostavlja dvojbe. Ipak dio autora kritizira ovu podjelu naglašavajući da razlika između aktivne i pasivne eutanazije nije potpuno jasna, jer npr. liječnik pri isključenju pacijenta s respiratornog aparata čini radnju koja za posljedicu ima smrt pacijenta [7].

U Republici Hrvatskoj nije dopuštena eutanazija kao ni liječnički potpomognuto ubojstvo, ali smo svakodnevno svjedoci provođenja distanazije u zdravstvenim ustanovama [8]. Razvojem medicine i medicinske tehnologije te njihovom primjenom u završnoj fazi života distanazija je postala naša stvarnost. Iako je unaprijed jasno da primjena određenih medicinskih zahvata neće rezultirati ozdravljenjem niti značajno unaprijediti stanje pacijenta, već će i dalje produljiti bol i patnju, medicinski postupci se ipak provode.
Eutanazija nije isto što i liječnički potpomognuto ubojstvo kada liječnik da bolesniku sredstvo kojim će izvršiti samoubojstvo ili savjetom potpomogne bolesnika da to učini. U zemljama u kojim je eutanazija legalna pacijent uvijek mora doći liječniku s idejom o eutanaziji, a nikada liječnik ili drugi članovi medicinskog osoblja ne smiju dati bolesniku ideju o prekidu patnje i boli činom eutanazije.
Medicinske sestre identificiraju distanaziju, ali se bore protiv nje i umjesto toga većinom pružaju ortonaziju, dajući uvijek prednost udobnosti i ublažavanju boli u mirnom i ugodnom okruženju

s ciljem kvalitete života, najpozitivnije dimenzije prava na smrt, a ne nasilnog produženja života pomoću tehnologija. Donošenje odluka malo uključuje medicinske sestre i uglavnom je ograničeno na liječnike.

Eutanazija se razlikuje od socijalne eutanazije, odnosno mistanazije (bijedne smrti) jer nema nikakve veze s potragom za dobrom, glatkom i bezbolnom smrću. Najčešći oblik mistanazije u Latinskoj Americi je zadana strukturna pomoć, gdje odsutnost ili nesigurnost zdravstvenih usluga osigurava da osobe s tjelesnim ili mentalnim invaliditetom ili s bolestima koje bi se mogle liječiti rano umiru, u principu žive u boli i patnji. Sljedeći oblik mistanazije je medicinska pogreška (zlouporaba) kod koje pacijenti pate, na primjer, s odgođenim dijagnozama ili nedostatkom ispravnih oblika analgezije. Postoji i nemarna metanazija kad je pacijent napušten. Ti se oblici mistanazije temelje na krhkosti ljudske prirode - bilo iz nemara, nepromišljenosti ili zlouporabe - a ne na namjernoj namjeri da se nekome našteti, za razliku od mistanazije zbog nedoličnog ponašanja. Mistanazija zbog nesavjesnosti događa se kada liječnik /ili njegovi / njezini suradnici, slobodno i namjerno, koriste lijekove za kršenje ljudskih prava neke osobe, u vlastitu korist ili ne, izravno ili neizravno oštećujući pacijenta do te mjere da podcjenjuju njegovo dostojanstvo i uzrokuju bolnu i / ili rana smrt "[3]. Primjer mistanazije zbog zlouporabe je uklanjanje vitalnog organa za transplantaciju prije nego što je osoba umrla [3]. Ortotanazija (umijeće dobrog umiranja) odbacuje sve oblike mistanazije, ali, međutim, ne upada u zamku eutanazije ili distanazije. Ortotanazija nastoji izaći na kraj s terminalnim pacijentom, pomažući mu da se suoči sa svojom sudbinom sa većim spokojem, održavajući razliku između liječenja i brige, između održavanja života i omogućavanja da osoba umre, kad za to dođe vrijeme

Ortotanazija je pojam koji se prema mišljenju mnogih bioetičara nalazi između dvije krajnosti eutanazije i distanazije. Grčkim prefiksom »orto« –korektan, govori se o dostojanstvenoj smrti u pravo vrijeme, bez skraćenja života, ali i bez dodatnih patnji. Pod ortotanazijom, odnosno pasivnom eutanazijom podrazumijeva se uskraćivanje lijekova, hrane i medicinskih aparata kako bi se ubrzao trenutak smrti. Ortotanaziju brojni bioetički stručnjaci smatraju moralnijom od eutanazije ali i od distanazije. Ortotanazija, različito od eutanazije, osjetljiva je na proces humanizacije smrti, na umanjenje bolova, zloupotrebu pribjegavanja produljivanjima primjenom nerazmjernih sredstava što bi nametnulo dodatne patnje [1].

2.3. Uloga medicinske sestre u bioetičim načelima distanazije

Trenutna sestrinska praksa, čija je preteča Florence Nightingale, od samog početka vodi se etikom, koja je predstavljena kao poveznica između znanja iz biologije i humanističkih znanosti. I danas etička načela brane pravdu, kompetentnost, odgovornost i poštenje s ciljem promicanja ljudskog bića u cjelini. Sestre bi trebale preispitati ove principe u odnosu na praksu distanazije kako bi provodile svoje postupke u svakom trenutku. Također je dužnost medicinskih sestara poštivati i priznati pravo klijenata da donose odluke o vlastitoj osobi, liječenju i blagostanju te poštuju ljudska bića u smrti i nakon smrti. Stoga medicinske sestre trebaju osigurati da pacijenti i članovi obitelji dobivaju istinite informacije kako bi mogli donositi primjenjive, slobodne i svjesne odluke i ostvarivati svoju autonomiju.

Uloga medicinskih sestara još više dobiva na značenju zbog tehnološkog razvoja na području palijativne skrbi, uočljivog od trenutka kada se mjesto umiranja preseli iz kuća u bolnicu, čineći ga aseptičnim, udaljenim, tihim i često usamljenim za društvo.

Uloga medicinskih sestara u bilo kojoj situaciji, a posebno u slučaju distanazije, je osigurati pružanje njege od strane njihovih timova i drugih stručnjaka pacijentima i članovima njihovih obitelji, bez obzira na institucionalnu filozofiju ili organizacijsku kulturu. Za one koji se bore za život i vode se bioetikom, izvjesna je i temeljna istina da pružanje njege ne može prestati pred neizlječivim slučajem. Bioetika je područje u kojem stručnjaci mogu raspravljati i odražavati stečena znanstvena znanja u vezi s ugradnjom nove zdravstvene tehnologije, posebno u intenzivnu terapiju.

Bioetika je ugrađena u povijesno-socijalnu konstrukciju sestrinstva, što osigurava nove osnove za suočavanje sa svakodnevnim izazovima povezivanja skrbi, etike, njege i tehnike, integrirajući principe i kompetencije u kontekstu njege i odgovornosti za poštivanje ljudi, promicanje zdravlja i ublažavanje patnje. Znanje o bioetičkim principima je važno u svakodnevnoj praksi jer su ti principi instrumenti koji pomažu medicinskim sestrama u pružanju odgovarajuće etičke zaštite, izbjegavajući potencijalne pogreške. Kad se medicinske sestre vode bioetičkim načelima i razmišljaju o njima, pružaju humaniziranu njegu koja potječe iz akcija temeljenih na poštivanju prava na dostojanstveno pružanje zdravstvene zaštite. Komunikacija prožima sve radnje skrbi uključene u proces umiranja kao i sve dimenzije ljudskog bića.

Uključeni zauvijek pamte način na koji profesionalci komuniciraju s pacijentima i članovima obitelji (tj. Kako je bilo kad je voljena osoba preminula). Sestrinstvo je profesionalna kategorija koja je najbliža bolesnicima i najviše vremena provodi s njima, što im omogućuje dobivanje vrijednih podataka o pacijentima kako bi se dobio cjelovit prikaz pacijenata koji bi se proslijedio timu i koristio u razrješenju etičkih dilema.

Život i zdravlje temeljna su dobra, ali ne i apsolutna; smrt se ne može izbjeći. Ključno je shvatiti smrt kao prirodnu pojavu i humanizirati taj proces, podrazumijevajući da iza svake bolesne osobe stoji lice i ime sa svojom životnom pričom. Potrebno je izliječiti, ali također je potrebno njegovati, obnavljati, nadoknađivati, ublažavati, tješiti, nadzirati, smirivati i prepoznati ljudsku konačnost i ograničenja samog procesa liječenja, uravnotežujući upotrebu suvremenih tehnologija.

Privilegija je biti ispred terminalnog pacijenta i naučiti njegovu / njezinu povijest, jer je svaka osoba čarobno jedinstvena. Zadatak je medicinskih sestara koje s njima dijele njihov posljednji trenutak da ga olakšaju.

3. Moralni i bioetički aspekt distanazije

Eutanazija je u većini zemalja nedopuštena ali se zato distanazija provodi svakodnevno. Tako je distanazija postala sve veći bioetički problem i potaknula rasprave osobito u razvijenim zemljama, jer se postavlja pitanje ulaganja velikih financijskih sredstava u zdravstvo za održavanje terminalne faze života, a istovremeno se dovoljno ne ulaže u preventivne programe.

Provođenje postupka distanazije kod liječnika, pravnika i teologa izaziva velike bioetičke dileme i sljedeća pitanja [4]:

- moraju li se iskoristiti sva raspoloživa terapijska sredstva da bi se malo produžio život terminalnog pacijenta, je li liječnikova dužnost neograničeno održavanje života osobe s nepovratno oštećenim mozgom, treba li primijeniti aktivan tretman kod novorođenčeta s kongenitalnim malformacijama inkompatibilnim sa životom.
- Kako znati kada dolazi vrijeme da se sa kurativnih terapija prijeđe na terapije golog održavanja i olakšavanja?
- Kako se postaviti sa stajališta moralne i etičke odgovornosti utvrđivanja odnosa između pogodnosti i štetnih efekata izbora ne/razmjerne terapije?
- Kako razlikovati između pokušaja produživanja života i/li smrtne agonije?
- Do koje granice medicina može/treba produživati pojedinačne živote?
- Ima li smisla nastaviti terapiju samo zato da bi se život određenog pacijenta produžio za koji trenutak, sat, dan, tjedan, ili više?
- Ima li pacijent pravo na odbijanje određenog medicinskog zahvata ili ga ima pravo bezuvjetno zahtijevati?
- Bi li neki terminalni pacijent radije živio dulje ili patio manje?
- Što je u takvim slučajevima dopušteno ne učiniti?
- U kojoj mjeri priznavati određena neslaganja profesionalnoga mišljenja, stavova pacijenta i zahtjeva delegirane obitelji terminalno oboljele osobe u svezi daljnje primjene intenzivne skrbi?

- Postoji li obveza prizivanja skupih ili rijetkih tretmana u svakom slučaju kada postoji neminovna opasnost od smrti?
- Kako prijeći s kurativnih na palijativne zahvate održavanja na životu redovnim sredstvima, isključujući izvanredna?
- Je li liječnik primoran iskušavati sve moguće ili može odustati od određene intervencije za koju smatra da je neuspješna?
- Koje etičke kriterije koristiti? Pa i ako etički odbacimo eutanaziju, intervenciju radi skraćenja života i ubrzanja smrti, da li to znači postojanje obveze učiniti sve radi produženja života, čak i kada organi ulaze u višestruko otkazivanje i nema nikakve nade da se stanje bolesnika promijeni?
- Treba li apelirati za tretmane kojima će se vegetirajućem životu dodati nekoliko dana ili tjedana, ali koji u ničemu ne poboljšavaju kvalitetu toga života?

Palijativna skrbi bi mogla odgovoriti na prethodno postavljena pitanja. Svjetska zdravstvena organizacija u svojim izvještajima govori o potrebi da se ublaži bol, smanje patnje i da se život dostojanstveno završi kad je jasno da ne postoji mogućnost ni izgled da se pacijent izliječi. Budući da se postavlja cijeli niz pitanja, vrlo je teško i delikatno donijeti odluku o zaustavljaju započetog liječenja koja će biti i profesionalno korektna i moralno ispravna. Liječnici često ne nalaze objektivne reference na koje se mogu pozivati i dolaze u etičku dilemu dali trebaju poduzeti sve što je moguće ili trebaju uraditi samo ono što se smatra ispravnim. Težina odluke o zaustavljanju liječenja je često otežana određenim iznimkama i neočekivanim remisijama, iznenadnim oporavcima, „čudotvornim ozdravljenjima“ i buđenjem iz dugotrajnog komatoznog stanja. Svi ti slučajevi kada medicinski tretman uistinu više ne pogoduje pacijentovim kliničkim obilježjima, čine se još neodređenijima i odluka se čini još teža [4].

Primjenjivanje distanazije često započinje neke moralno-bioetičke brige jer se radi o agresivnoj skrbi koja je vrlo često nehumana i okrutna; često ne rezultira najboljim interesom za pacijenta, nije u mogućnosti osigurati moralnu cjelovitost holističkog zdravstvenog pristupa i priziva u pitanje brojne bioetičke principe povezane s terminalnom fazom života.

3.1. Dileme vezane uz postupke odlučivanja

Mogu se pretpostaviti i tri dileme vezane uz postupke odlučivanja [1]:

- Prva je, dilema između promicanja ublažavanja boli, s jedne strane, i očuvanje ili produženje života, s druge.
- Druga dilema je tenzija između autonomije liječnika i autonomije pacijenta u procesu odlučivanja o postupanjima. Napredak u farmakološkim znanostima znači da liječnik ima na raspolaganju čitav arsenal vrlo efikasnih lijekova za kontrolu bolova i produžavanje života. Etičko pitanje potječe iz analize koja nastoji utvrditi odnos između pogodnosti i štetnih kolateralnih efekata i izbora terapija koje treba primijeniti. U paradigmi dobronamjernog paternalizma, koji malo pomalo gubi snagu među praktičarima u medicini, pitanje je riješeno autoritarno od strane liječnika, koji odlučuje što činiti, jer, konačno, on je taj koji zna što je najbolje za pacijenta, on je «doktor». Autonomija liječnika prevladava u trenutku odlučivanja o tretmanu boli i, u raspravi o legitimitetu primjene analgetika sa ciljem kontroliranja boli, znajući da to može neizravno skratiti život, glavni protagonist nastoji biti zdravstveni radnik. U tom slučaju, sudjelovanje pacijenta je svedeno na čisto pasivnu ulogu.
- Treća medicinska paradigma se još razvija. Ona čini upitnim autoritarni stil liječnika u odnosu na bol i patnju svojega pacijenta i predlaže jedan participativniji stil, jedan model koji se može nazvati zajednički. Po tom modelu, liječnik razjašnjava svome pacijentu realnost njegove situacije i različite opcije raspoloživih terapija, kako kurativnih tako i palijativnih i, u svjetlu tih razjašnjenja, oni zajednički donose potrebne terapijske odluke. Na taj način je poštovana autonomija obiju strana i očuvano dostojanstvo osobe u procesu opraštanja od života.

3.2. Stavovi vjere prema distanaziji

Leo Pessini nije zagovornik distanazije jer je on kršćanin, svećenik i teolog koji je bio i bolnički kapelan. Za njega je život ujedno i suživot sa smrću. Naš život se već jednom dogodio, ali iz perspektive kršćanske vjere, on će se opet dogoditi. Pessini zagovara "dostojanstveno življenje vlastite smrti" čiji je danas najveći protivnik "moderna tehnologija" koja i jest dovela do distanazije. Od moderne medicine, potpomognute silnim razvojem tehnologije često puta se traži čudo da bi se nadvladala smrt. Tako ona zaboravlja da ne može čovjeka izliječiti od dimenzije smrtnosti [1].

Katolička Crkva je eutanaziju kao samilosno ubijanje stalno osuđivala jer ju je smatrala nedostojnom čovjeka i njegova dostojanstva. Kršćanstvo je izrazito protiv eutanazije. Često se eutanazija promatra kao zločin koji teško vrijeđa čovjekovu slobodu i dostojanstvo. Za Crkvu eutanazija je veće zlo nego zlo ubojstva jer se uništava život koji se nije u stanju braniti, te svaki zakon koji poziva na izvršenje eutanazijskog čina prema učenju Crkve ne treba biti prihvaćen. [9].

I istočnokršćani su se bavili pitanjem prekida života. Tako je Eugenios Voulgaris (Krf, Grčka, 1716; Sankt Peterburg, Rusija, 1806), ugledni teolog i učenjak te biskup u ukrajinskom Hersonu pisao rasprave iz teologije, filozofije i znanosti, uvelike utjecao na razvoj moderne grčke misli i pridonio percepciji zapadne misli u cijelom istočnokršćanskom svijetu. U svojoj raspravi o eutanaziji (1804.) Voulgaris je pokušao ublažiti strah od smrti uzdižući snagu vjere i povjerenja u božansku providnost, te predstavljajući smrt kao univerzalnu potrebu, ljekovitog liječnika i sigurnu luku. Voulgaris je svoja stajališta iznio u obliku utješne propovijedi, obilno obogaćene referencama na klasične tekstove, Bibliju i crkvene oce, kao i na svjetovne izvore, uključujući vitalne statistike iz njegove suvremene Engleske i Francuske. Osim eutanazije, uveo je pojmove poput distanazije i protanazije. Traktat o eutanaziji jedna je od prvih knjiga, ako ne i prva, posvećena eutanaziji u modernoj europskoj misli i izvanredan tekst za proučavanje vrlo ranih europskih stavova prema "dobroj smrti". U Traktatu se pod eutanazija jasno misli na duhovnu pripremu i pomirenje s umiranjem, a ne na ubijanje milosrdno povezano s liječnikom, kako je taj pojam napredovao u značenju tijekom 19. i 20. stoljeća. Ovaj je rani tekst vrijedan

proučavanja ne samo za povjesničara medicinske etike ili religijske etike, već i za svakoga tko se pokušava hrabro suprotstaviti smrti, bilo privatno ili profesionalno.

Budizam priznaje pravo ljudi da određuju kada iz ovog postojanja trebaju prijeći u sljedeće. Za budizam je mentalna kvaliteta života pacijenta od ključne važnosti, a njegova odluka o vremenu i načinu smrti od iznimne je važnosti, pod kaznom kršenja budističkih načela.

Iako je judaizam protiv eutanazije, to nije prepreka u praksi ortotanazije.

Islamski medicinski etički kodeks daje zakletvu da će se liječnik zavjetovati da će štititi ljudski život u svim fazama i pod bilo kojim okolnostima, čineći sve da ga oslobodi od smrti, bolesti, boli i tjeskobe. Liječnik je instrument islamskog Boga za liječenje bolesti, za očuvanje života i zdravlja.

Distanazija, kao umjetno produžavanje života, moralno je neopravdana prema mišljenju Katoličke crkve. Crkva zagovara dostojanstveno uvažavanje svetosti ljudskoga života te promiče odustajanje od terapijske upornosti beskorisnih tretmana. Papinska akademija za život ističe da „poštovanje prema osobi koja umire zahtijeva obvezu izbjegavanja svake vrste terapijske ustrajnosti i prihvaćanje smrti“. Zalaganje liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja treba se nastaviti pažljivom i učinkovitom terapijom i palijativnom skrbi [1]. Iz teološke pozicije eutanazija kao ubrzavanje smrti iz samilosti je neprihvatljiva, ali je podjednako neprihvatljiva i distanazija kao produžavanje procesa umiranja bez milosti, iako je odnos prema distanaziji nešto složeniji. Religijski se pristupi ponajprije zasnivaju na svetosti života, dok nereligijski naglašavaju pravo na osobni izbor i smanjenje patnje bolesnika [10].

Prema iskustvima iz sestrinske prakse primjećuje se razlika reagiranja članova obitelji koje prakticiraju vjeru i onih koji nisu vjernici. Obitelji koje prakticiraju vjeru, svoje vjerovanje produbljuju patnjom bolesnoga člana. Članovi obitelji koje ne prakticiraju vjeru imaju pitanja koja su vezana uz smisao života ili osjećaja krivnje i kazne.

Ideja kvalitete života zasjenjuje etiku svetosti života, poistovjećujući etičke kriterije s kriterijima medicinsko-tehničke učinkovitosti. Moderno društvo, posebice je u drugoj polovici 20. stoljeća religiozno shvaćanje svetosti preusmjerilo od moralne na biološku egzistenciju, te vrijednosno neutraliziralo pojam života, a na mjesto normativnoga pojma života uspostavilo deskriptivni te je usmjerilo samo vrjednovanje na vrjednovanje drugih [11].

Od etike nepovredive svetosti života, gdje se naglašava potreba poštivanja svakoga života u sebi, medicinsko tehnicističkim parametrima i vitalističkim paradigmama prelazi se na koncept kvalitete života, prema čijoj se vitalističkoj procjeni pojedini životi smatraju vrijednim poštovanja, a drugi ne. Postavlja se pitanje može li se uopće govoriti o kvaliteti života kod neizlječivih i umirućih bolesnika, što u konačnici može poslužiti i kao opravdanje eutanazije.

Neki pristaše tvrde da se distanazijom, odgađajući neizbježno, dodaje samo» kvantitativni život«, ali ne »kvalitetu života«, žrtvujući ljudsko dostojanstvo u ime kvantitete upitnog a biološkog života. Distanazija ne želi prihvatiti uzaludnost terapeutskih intervencija i bazira se na kvantiteti života, dok se eutanazija okupira kvalitetom života.

U dokumentu Papinskoga vijeća Cor unum, o etičkim pitanjima u odnosu na kritično bolesne i umiruće, savjetuje se da se posebna pozornost treba posvetiti kvaliteti života, iako liječnik nije obvezan primijeniti svaku tehniku za održavanje života. Čovjek svojim duhovnim sposobnostima nadilazi puku biološku određenost. Velikim razvojem medicinsko-tehnoloških znanosti Crkva je jasno iznijela svoja moralna načela, naglašavajući da bioetička, kao ni klinička norma medicinske moralnosti ne smije biti isključiva kvalitativna biološka narav. Po kršćanskom viđenju ljudskoga života, nijedan život ne smije se smatrati beskorisnim ili bez vrijednosti, neovisno o primjeni medicinske beskorisnosti. Miješati beskoristan tretman s beskorisnošću života po sebi je ozbiljna uvrjeda svetosti ljudskoga dostojanstva. Razvoj palijativne skrbi može osigurati mirnu i humanu smrt kod bolesnika sa teškim i neizlječivim bolestima [4].

4. Smjernice za odlučivanje o distanaziji

Pojam procjene beskorisnosti određenoga medicinskog zahvata je jedan od najtežih liječničkih odluka i dilema.

4.1. Medicinski kriteriji za primjenu distanazije

Odluka o primjeni i/li obustavi medicinskoga tretmana bioetički je i profesionalno delikatna. Temeljno je pitanje definiranje kada određeni medicinski zahvat više ne pogoduje bolesniku. Prilično teška etička odluka odnosi se na situaciju kada se trebao odlučiti je li potrebno odustati od tretmana za koji se smatra da je medicinski beskoristan. Medicinske intervencije kod umirućih ili ireverzibilnih stanja mogu biti: ozdravljujuće usmjerene ili usmjerene na pružanje palijativne skrbi. Ozdravljujuće usmjerene jesu one intervencije kojima je primarna svrha da pokušaju ostvariti ozdravljenje, poboljšati zdravstveno stanje i terapeutski učinak. Usmjerene na pružanje palijativne skrbi imaju za cilj više ublažavati duševne, emocionalne i psihološke simptome, nego produžavati život agresivnom primjenom medicinskih intervencija. Kod distanazije treba razumijevati da koncept beskorisnoga tretmana uvijek u sebi nosi promašaj postizanja medicinskoga cilja ili osobnoga dobra. Tretmani su kategorizirani beskorisnim kada ne postižu ciljeve odgađanja smrti, produženja života, poboljšanja, održanja ili obnove kvalitete življenje, pogodovanja pacijenta, poboljšanja prognoze ili pacijentove ugode, dobrobiti i općeg zdravstvenoga stanja, postizanja određenih fizioloških učinaka, povratka svijesti, okončanja ovisnosti o intenzivnoj medicinskom skrbi, ublažavanja patnje, obnavljanja određenih funkcija[1].

Ako pacijentima ne pogoduju u medicinskom smislu, tretmani, iako povremeno efikasni, beskorisni su i liječnici imaju dužnost ne pružiti im ih, pozivajući se na načela ne-dobročinstva. Ti principi zahtijevaju obvezu da se odmjeri princip neškodljivosti, izbjegavajući tretmane koji bi samo beskorisno produžavali agoniju patnje i boli. »U slučaju da pacijent ili njegov opunomoćenik traži neki tretman koji odgovorni zdravstveni djelatnik ocjenjuje očito beskorisnim u postizanju svojega fiziološkog cilja, zdravstveni radnik nije obvezan odrediti taj tretman.

Ali, prosudba vrijednosti od strane zdravstvenoga djelatnika da, iako će neki tretman donijeti fiziološke pogodnosti, a pogodnost ne će biti dovoljna da jamči tretman, ne treba biti korišten kao osnova za određivanje je li neki tretman beskoristan« [4].
Određena vremenska primjena svih sredstava održavanja na životu može biti moralno opravdana samo ukoliko privremeno pridonosi obitelji i bližnjima ritualnoj dobrobiti opraštanja s oboljelom osobom i ako doprinosi olakšavanju procesa umiranja same osobe.

Američki bioetičar Edmund Pelegrino daje prijedlog koji kombinira subjektivne kriterije, objektivne kriterije i zajedničko određivanje što bi bio beskoristan tretman, uključivši liječnike i pacijente ili njihove predstavnike. On također analizira neke etičke izazove korištenja koncepcije beskorisnog tretmana s obzirom na slijedeće okolnosti [1]:

- definiciju kvalitete života;
- pitanje uključenih ekonomskih resursa;
- samoodređenje osobe i
- problematiku kardiopulmonalne reanimacije i proglašenje cerebralne smrti.

Razmatra se ravnoteža između tri kriterija: efikasnost, pogodnost i tegobnost. Ta ravnoteža nije matematički, nego moralni račun temeljen na kliničkoj ocjeni koja daje težinu svakoj od ovih triju dimenzija, jednoj u odnosu na drugu i konačno, u odnosu na dobro pacijenta. Koncepcija beskorisnog tretmana je kao vodilja pozornosti u procesu odlučivanja u odnosu na terapijska ulaganja na kraju života.

Objašnjenje kriterija je sljedeće [1]:

- **Efikasnost/korisnost** usredotočuje se na medicinsko dobro i klinički mjerljive podatke o prognozama i terapijama, zahtijevajući da se odredi cilj zahvata. Efikasnost je vezana uz terapijsku intervenciju te je procjena njezine sposobnosti da promijeni prirodan tijek bolesti. Ako je cilj liječenje osobe, njegova će efikasnost ovisiti od konkretne mogućnosti postupka u postizanju cilja. Ako bi postupak bio kurativan, ima smisla nastaviti ga, ako ima izglede za izlječenje. Ukoliko svrha nije liječenje, već ublažavanje boli, po kriteriju efikasnosti određuju se postupci za postizanje te svrhe.

Ako bi svrha bila održavanje kontrole simptoma, ima smisla održavati je, a kad tu svrhu ne postiže, nije efikasan i može biti obustavljen. Neophodna je klinička korisnost, ali nije razlog da bi odredio medicinsku beskorisnost. Moraju obratiti pozornost na elemente osobne procjene pacijentove dobrobiti.

- **Pogodnost** se odnosi na ono što pacijent ili njegov predstavnik vide kao vrijednost. To je subjektivno određivanje od strane pacijenta i ne spada u domenu liječnika. Pogodnost se bazira na pacijentovu ocjenu o vlastitom dobru, vlastitim ciljevima i vrijednostima u tretmanu koji se primjenjuje. On pokreće pitanje: «da li tretman zavređuje truda za mene, pacijenta?« Teško može biti mjereno objektivno. Ako postoji nada u izlječenje, započinjanje ili nastavljanje terapije liječenja može predstavljati pogodnost za bolesnika. Kada više nema nade u izlječenje, a ostaju samo neugodni kolateralni efekti, smatra se da nema pogodnosti za održavanje tretmana oboljeloga i javlja se obveza njegove obustave.
- **Tegobnost** se odnosi na fizičku, emocionalnu, ekonomsku ili društvenu cijenu koja se nameće pacijentu tretmanom. Dimenzija tegobnosti se sastoji po dvije strane: subjektivne i objektivne. U liječnikovoj sferi činjenične, a u sferi pacijenta subjektivne i osobne. Postavlja se pitanje kolika je cijena efikasnosti i pogodnosti ne samo u dolarima, već i u svojoj sveukupnosti. Prema tome nije lako kvantificirati ono što predstavlja tegobnost, kao ni ono što je pogodnost. Tu je djelotvorno istaknuti da odluka ne može biti jednostrana, svojstvena prvenstveno liječnicima ili medicinskom osoblju, već zajednička, kako bi se ostvarilo pacijentovo potpuno dobro kao glavni cilj.

Kada je ocjena ovih triju elemenata povoljna za dobro pacijenta, tada se tretman može moralno opravdati. Ukoliko je neki medicinski tretman proglašen beskorisnim na temelju opreznih prosuđivanja i odrednica: pogodnosti, tegobnosti i efikasnosti, ne bi trebao biti primijenjen. Tretman može biti proglašen beskorisnim, ali ljudski život nikada. Miješati beskoristan tretman se beskorisnošću života je ozbiljna povreda ljudskoga dostojanstva i dobra pacijenta.

Dobro pacijenta je vrlo složen koncept. Prema Thomasmu i Pellegriniju sugeriraju, dobro pacijenta uključuje barem četiri komponente po hijerarhijskom rasporedu [1]:

- na najosnovnijoj razini se nalazi fizička dobrobit, odnosno dobro funkcioniranje ljudskog organizma kao organizma. To uključuje psihosocijalnu dobrobit, kao i fizičko funkcioniranje. To je sfera u kojoj liječnik obavlja svoju nadležnost;
- druga razina je bolesnikova vlastita ocjena svojega osobnog dobra, definiranje pacijentovih preferencija, njegovih ciljeva, tipa života kojeg želi živjeti. U toj je sferi pacijent ili njegov određeni predstavnik referentna točka;
- treća razina je dobro pacijenta kao osobe, ocjena u pogledu shvaćanja prirodnog zakona o tome što je svojstveno životu ljudskih bića kao ljudskih. Ova razina pacijentovog dobra se ne definira od strane liječnika ili pacijenta, već se zasniva na tome što je ljudsko biće, i kao referentnu točku ima prirodan zakon;
- na posljednjoj razini prema Pellegrinu, uzimajući stajalište kršćanstva, najviše je duhovno dobro iz kojega proistječe činjenica da su ljudi stvoreni i određeni od Boga na život osim ovog svijeta i zajedno s Njim.

Dvije posljednje razine nisu određene od strane pacijenta ili liječnika, a posljednja, duhovna, je razina koju sekularna bioetika lako negira, unatoč činjenici što su pacijenti, liječnici ili predstavnici uvijek iskazivali neku vrstu kompromisa ili odbacivanja u odnosu na određeno religijsko vjerovanje.

Zahtjevi za beskorisni tretman podrazumijevaju:

- Svako determiniranje beskorisnog tretmana treba biti poduzeto u kontekstu vrijednosti i obveza koje inspiriraju skrb o zdravlju: dostojanstvo osobe.
- Svako prosuđivanje beskorisnoga tretmana bi trebalo uzeti u obzir sve aspekte života bolesnika, uključivši fizičku, mentalnu i duhovnu dimenziju i životne preferencije.
- Ublažavanje boli uvijek treba zasluživati posebnu pozornost. Koncept beskorisnoga tretmana ne znači i prestanak skrbi.
- Odluke o procjenjivanju primjene beskorisnoga tretmana se ne mogu donositi jednostrano. To je kooperativan proces liječnika i pacijenta. Doktor medicine određuje

efikasnost, dok pacijent određuje pogodnosti. Doktor i pacijent zajedno procjenjuju tegobnost.

Pokazatelji, koje treba uzeti u obzir radi određivanja pogodnosti i koristi od odluka o odabiru, obuhvaćaju sljedeće [12]:

- vjerojatnost uspješnoga rezultata, očekivan život pacijenta u odnosu na bolest,
- kvalitetu života;
- želje pacijenta,
- tegobnost za one kojih se tiče (uključivši financijske i psihološke cijene i izgubljene prilike za liječenje drugih pacijenata),
- zdravstvo i druge potrebe zajednice
- institucionalan moral te
- religijske vrijednosti.

»Kada je liječnik svjestan da više nije moguće spriječiti smrt pacijenta i da bi jedini rezultat intenzivnog terapijskoga tretmana bio dodavanje još više patnji, treba priznati granice medicinske znanosti i prihvatiti neizbježivost smrti. Poštovanje prema osobi koja umire zahtijeva obvezu izbjegavanja svake vrste terapijske ustrajnosti i favoriziranje prihvaćanja smrti. Zalaganje liječnika i ostalih zdravstvenih radnika treba se nastaviti pažljivom i efikasnom, tzv. razmjernom terapijom i palijativnom skrbi.« [1]

Moralna-bioetička odrednica u klinički ispravnom i savjesnom postupanju su utvrđeni kriteriji kojima se potvrđuje dali je potrebno započeti beskorisni terapijski postupak .

Postoje, međutim, situacije u kojima neki tretman može biti beskoristan na duži rok, ali pogodan za pacijenta na kratak rok. Neki terminalan bolesnik sa diseminiranim karcinomom može željeti živjeti da bi vidio novorođenu praunuku ili koja završava studije na fakultetu ili reći posljednje zbogom svojoj obitelji. On može zaželjeti da mu život bude produžen antibiotičkim tretmanom kod upale pluća ili bubrežnom dijalizom.

Tretiranje upale pluća ili korištenje dijalize bilo bi beskorisno za liječenje karcinoma, ali nije za postizanje pogodnosti za pacijenta kako bi dobio vrijeme u kojem bi zaključio svoje religiozne ili osobne obveze. Nastavak tretmana može također biti opravdan da bi se omogućilo mladim roditeljima da se prilagode na činjenicu neizbježne smrti novorođenčeta. Ili bi bilo do određene mjere opravdano sve dok pacijenti i/ili rodbina iskreno vjeruju ili mole za čudo.

U svim tim primjerima, tretman ne zadovoljava u potpunosti koncept beskorisnosti jer postoji neka pogodnost, barem s gledišta pacijenta ili njegove obitelji. Beskoristan tretman, kao i svako drugo rješenje u procesu odlučivanja, treba uvijek biti primijenjeno na human način, sa osjećajima i diskretnošću. Koncept beskorisnosti, strogo primijenjen, može ignorirati obvezu da se pacijentu pomogne živjeti posljednje dane svoga života na spokojan način, u miru i na toliko zadovoljavajući način koliko je moguće. U tim slučajevima, autonomija pacijenta ne može prevagnuti nad prigovorom moralne savjesti liječnika. To bi bila apsolutizacija prava pacijenta na samoodređenje. Pacijenti ne mogu očekivati da liječnici primjenjuju tretmane koje smatraju beskorisnima [1].

Praksa bi se trebala temeljiti na nizu mjera usmjerenih na postizanje dostojanstvene smrti, a ne na dugotrajnoj patnji, boli i tjeskobi. Suprotno tome, pacijentima treba dopustiti da umru dostojanstveno i pružiti im skrb na temelju etike, štiteći prava pojedinaca, osiguravajući humaniziranu njegu i sigurnost. Iz ove perspektive, sestre bi trebale promicati rasprave povezane sa svakom provedenom akcijom, uzimajući u obzir pojedinačni i određeni trenutak pacijenta. Rasprava bi trebala biti dinamična i održavati se zajedno s drugim članovima zdravstvenog tima, članovima obitelji i pacijentima kako bi se kritički prosudilo jesu li te radnje usklađene s bioetičkim i humaniziranim načelima skrbi. Medicinske sestre trebaju pažljivo razmotriti situacije koje su se iskusile u njihovoj praksi kako ne bi odobravale provođenje beskorisnih terapija. Nekritičko razmišljanje o tim pitanjima dovodi do toga da zdravstveni radnici održavaju život "pod svaku cijenu", bez rasprave ili ispitivanja, što kontradiktorno favorizira distanaziju.

4.2. Kriteriji za primjenu beskorisnosti tretmana iz pravnoga gledišta

Kliničke odluke o primjeni kriterija beskorisnosti uzaludnoga tretmana, zajamčene i na pravnim razinama. Pretpostavlja se da su najstariji pravni i medicinsko-deontološki osvrti na beskorisnost medicinskih tretmana održavanja na životu potekli od predsjedničke komisije za proučavanje etičkih problema u medicini. Skrb o bolesnicima se previše logički usredotočuje na profesionalne standarde i na odmjerene zdravstvene dobrobiti, kojima se oboljeloj osobi nudi da prihvati ili odbije dostupne liječničke tretmane. Pritom se nikoga ne može prisiliti na one intervencije koje bi bile protu-terapeutske. Tu su normu prihvatili i Američko torakalno društvo (1986.), Američko medicinsko udruženje (1991.), Hastings centar (1987.) i Društvo kritične medicinske skrbi (1990.), upozoravajući liječnike protiv primjene beskorisnih medicinskih tretmana. Oni preporučuju četiri temeljna obilježja za procjenu beskorisnosti [4]:

- klinička kvaliteta pacijentova preostaloga življenja,
- vjerojatnost hospitalizacijskoga preživljavanja,
- kronične bolesti i
- reverzibilnost akutne bolesti.

Nakon toga su se sustavnije razvijale direktive o primjeni i susprezanju od uporabe izvanrednih i redovnih sredstava; pacijentove naredbe o ne oživljavanju i direktive o neželjenim medicinskim intervencijama.

Preporuka 1418

U svojoj Parlamentarnoj skupštini od 25. srpnja 1999, na 24. sjednici, Vijeće Europe usvojilo je Preporuku br. 1418 koja se odnosi na Zaštitu ljudskih prava i dostojanstvo neizlječivih i terminalnih bolesnika. Svrha preporuke je da se neizlječivim i terminalnim bolesnicima zagarantira potrebna pravna i društvena zaštitu te da se umirućoj osobi, suprotno volji, beskorisnim tretmanima ne produžava život. Preporuka 1418, Vijeća Europe, štiti pravo na samoodređenje neizlječivih i terminalnih bolesnika, te traži da se poduzmu odgovarajući postupci. Potrebno je omogućiti pravo neizlječivih i terminalnih bolesnika na istinitu i potpunu informaciju, poštivati želju neke osobe da ne bude obavještena, poštivati pravo na osobnost,

odbacivati određene nepotrebne i preuranjene medicinske tretmane za neizlječive ili terminalne bolesnike koji su nesposobni izraziti vlastitu volju [13].

Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava

Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u odnosu na primjenu biologije i medicine, utvrdila je obvezu poštivanja i zaštite dostojanstva neizlječivoga i terminalnoga bolesnika, koje se posebno odnosi na umjetno produžavanje procesa koji unatoč mjerama dobrobiti za pacijenta neizbježno vodi prema smrti, bilo korištenjem mjera neprimjerenih stanju bolesnika, bilo nastavljanjem tretmana bez njegove suglasnosti [14].

Hrvatski Kodeks medicinske etike i deontologije

Hrvatski Kodeks medicinske etike i deontologije, sukladno preporukama navodi: »Nastavljanje intenzivnoga liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju nije samo medicinski neutemeljeno, nego isključuje pravo umirućega bolesnika na dostojanstvenu smrt.« [15]. I taj paragraf medicinskoga kodeksa jasno utvrđuje kolike li su se promjene dogodile u današnjem gledištu medicine. Medicinska znanost je postigla značajne uspjehe, ali je i sa svojim razvojem i mogućnostima potaknula mnoga pitanja zbog moguće primjene u loše i zle svrhe.

Preporuka Rec

U daljnjem tretmanu umirućih važna je međunarodna Preporuka Rec (2003.) Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi. Povjerenstvo ministara 12. studenoga 2003.formalno je prihvatilo izvještaj Povjerenstva stručnjaka Vijeća Europe o organizaciji palijativne skrbi. Ovaj je izvještaj rezultat intenzivne suradnje niza sudionika izviše zemalja. Konačne preporuke, objašnjene popratnim memorandumom, definiraju nove standarde u pružanju tretmana palijativne skrbi među državama članicama.
U njoj se navodi da »kada je medicinski tretman beskoristan, a smrt neizbježna, tada je primarni cilj medicinskih postupaka ublažiti bol i patnju palijativnoj skrbi, odustajanjem od medicinske beskorisnosti.« [16]

No, javlja se moralno-bioetička dilema o tome tko će na kraju presuditi: pacijent, liječnik, surogat-odlučitelji, klinički odbori ili više pravne institucije? Odlučivanje o daljnjoj primjeni zahvata intenzivne medicinske skrbi ili obustavi distanazije mora uzimati u obzir interakciju svih uključenih subjekata. Sve do 1970-ih godina princip medicinske beskorisnosti je ovisio o procjeni liječnika. Prebacivanjem paradigme liječničkoga paternalizma, na poštivanje pacijentove autonomije, legalna i bioetička prava oboljelih, doprinijela su da oni mogu slobodno zahtijevati i/li odbijati predloženi tretman. U novije se vrijeme odluka proširuje na surogat odlučitelje (bližnji, obitelj), bolničke etičke odbore, institucionalnu politiku, socijalne službe ili sudove. Poštivanje autonomije pacijenta o odlučivanju medicinskih zahvata zakonski se afirmira na osnovi informiranoga pristanka. Informirani pristanak postupak je kojim pacijent sudjeluje u odlučivanju hoće li odabrati tretman, operaciju ili dijagnostički postupak. Ta zakonski dokumentirana suglasnost, koja je također pravovaljana s moralnoga gledišta, ne može biti dobivena ako pacijent nije posve informiran o svim činjenicama.

Hrvatski Zakon o zdravstvenoj zaštiti

Hrvatski Zakon o zdravstvenoj zaštiti dopušta bolesniku da odbije određeno liječenje koje ne želi i koje smatra da mu šteti[17]. I u Kodeksu medicinske etike i deontologije govori se kako treba uvažavati» želju dobro informiranoga pacijenta, koji boluje od neizlječive bolesti, jasno izraženu pri punoj svijesti, u pogledu umjetnoga produživanja njegova života, treba poštovati primjenjujući pozitivne zakonske propise. Nastavljanje intenzivnoga liječenja pacijenta u ireverzibilnom terminalnom stanju medicinski je neutemeljeno i isključuje pravo umirućega bolesnika na dostojanstvenu smrt.« [18].

Za umrijeti dostojanstveno, svjesno i uz autonomiju odlučivanja, potrebno je biti dobro informiran – dostatno i pravovremeno obaviješten o dijagnozi bolesti, tijeku umiranja, prognozi trajanja života te blizini smrti, za ostvarenje kvalitete umiranja i smrti. Ukoliko je pacijent izgubio mogućnost odlučivanja, pri donošenju odluka za uskraćivanje terapije ili prekidanje održavanja života, u takvim se slučajevima delegiraju predstavnici oboljeloga ili sam liječnik da donesu konačnu odluku o završetku pojedinčeva života, u najboljem interesu pacijenta.

Međutim, u konkretnoj kliničkoj praksi na jedinicama intenzivne skrbi terminalnih bolesnika, često dolazi do nesuglasica između liječnika i bolesnikovih zakonskih zastupnika, odnosno, surogatnim su-odlučiteljima. Često se dogodi da obitelj ima nerealistična očekivanja od napredne medicinske tehnologije, što ih navodi da postupaju iracionalno, pa od liječnika zahtijevaju da bude čudotvorac, svim raspoloživim intervencijama i eksperimentalnim metodama kako bi umirili vlastitu savjest da su pokušali učiniti sve za svog bližnjeg. Često se to događa u slučajevima kad se za vrijeme dobrog zdravlja i svjesnog života bolesnika nisu s njime pomirili ili su se na bilo koji način prema njemu ponašali loše i sad traže vrijeme u kojem će sve to loše pobrisati i zaboraviti. Naravno da je u tim trenucima to prekasno i njihovi napori i pritisci koje vrše na medicinsko osoblje postaju uzaludni.

»Liječnik treba poštivati moralnu autonomiju i slobodni izbor pacijenta, što daje liječniku pravo da ograniči vlastitu intervenciju u završnoj fazi neizlječive bolesti, kako bi ublažio fizičke i moralne patnje pacijenta pomoću prikladnih intervenata.« [19]

Ukoliko pacijent odbija neželjene intervencije održavanja na životu, treba poštivati pacijentovu autonomiju. Ako pak pacijent želi primjenu svih sredstava održavanja na životu, a medicinski tim smatra da je nesuvisla, profesionalni integritet liječnika trebao bi prevagnuti. Liječnički integritet ne bi trebao narušavati pacijentovu autonomiju, već se obje vrijednosti trebaju poštivati u konačnom odlučivanju primjene distanazije.

Preporuka 11 Vijeća Europe 2009

Ova preporuka govori o načelima za punomoći i temeljite naredbe u slučaju nesposobnosti pomoću kojih bi bilo zajamčeno pravo građana da izraze svoju volju o zdravstvenim tretmanima u terminalnoj fazi njihova života.

Preporuke kodeksa medicinske etike i deklaracija o pravima novorođenčeta

Prema Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatskog liječničkoga zbora objašnjava se da »pregled i pružanje pomoći djeci i malodobnim osobama, liječnik obavlja uz uvažavanje osobnosti djeteta u skladu s Konvencijom o pravima djeteta Ujedinjenih naroda – New York 1989. i pisanog pristanka roditelja ili skrbnika«. Članak 4. Kodeksa medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore govori o umirućem bolesniku. Nastavljanje intenzivnog liječenja bolesnika u ireverzibilnom terminalnom stanju nije samo medicinski neutemeljeno nego isključuje pravo umirućeg bolesnika na dostojanstvenu smrt.

Konvencija o pravima djeteta ukazuje da djeca imaju pravo na posebnu skrb prema raspoloživim sredstvima. Godine 1999. WMA Svjetska medicinska udruga usvojila je Otavsku deklaraciju o pravu djeteta na zdravstvenu skrb. Djeci treba izbjegavati primjenjivati nepotrebne dijagnostičke postupke, liječenja i istraživanja. U članku 29. stoji da bi djetetu u terminalnom stadiju bolesti trebalo omogućiti odgovarajuću palijativnu skrb i svu nužnu pomoć, te smirenu i dostojanstvenu smrt.

U smjernicama FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) dane su preporuke za postupak s novorođenčadi s teškim malformacijama [20]. Želja da svako novorođenče preživi, bez obzira na teške komplikacije u kasnijem životu, predmet je brojnih bioetičkih rasprava. Te rasprave mogu pomoći kliničarima da donesu odluku je li neko liječenje korisno ili se radi o distanaziji. Djeca s teškim malformacijama imaju pravo na dostojanstvenu smrt bez beskorisne medicinske intervencije, kada roditelji i njihovi liječnici smatraju da je to u njihovu najboljem interesu. Aktivnu eutanaziju smatra se etički neprihvatljivom čak kada izgleda da je u najboljem interesu djeteta.

FIGO preporuke govore i o tome da bi uskraćivanje ili oduzimanje medicinske skrbi trebalo biti u interesu djeteta; trebalo bi u se potpunosti ispitati i dokumentirati status djeteta te roditeljima na osnovi stanja djeteta savjetovati te ponuditi mogućnosti izbora. Ako dijete s malformacijama ne može disati po porodu, etički je prihvatljivo uskratiti mu mjere oživljavanja kada težina anomalija nije dvojbena u svezi produljenja života.

Kada dvojba postoji trebalo bi poduzeti ponovno oživljavanje uz medicinsku skrb, provesti daljnja ispitivanja i savjetovanja s roditeljima i drugim liječnicima.

Barcelonska deklaracija o pravima majke i novorođenčeta u članku 9. o pravima novorođenčeta navodi da »ukoliko se rodi plod s anomalijama koje su nespojive sa životom na novorođenče se ne trebaju primijeniti uzaludni postupci liječenja« [2].

4.3. Beskoristan tretman i ekonomičnost

Naše je doba zaslijepljeno profitom i smatra se da je društvo opterećeno ako skrbi o onim osobama koje su društveno neproduktivne jer one nameću troškove i trebaju skrb. Prihvatiti tu obezvrijeđenost znači riskirati slijedeći korak, to jest, ograničiti skrb, ne njegovati i ubrzavati smrt onih koji se smatraju ekonomskim teretom za društvo. To je posebna opasnost u zemljama kao što su Sjedinjene Američke Države gdje je organizirana skrb u svom komercijaliziranom obliku prihvaćena kao ekonomska neophodnost. Naravno, nijedan zdravstveni program do ovog trenutka otvoreno ne zagovara neprovođenje skrbi potrebnih za održavanje života. Nažalost, definicija potrebne skrbi može biti manipulirana u skladu sa količinom novca u igri.
Ekonomska beskorisnost obično se opravdava pretpostavkom mogućeg nedostatka sredstava za mlade i bolesnike sa boljom prognozom. Međutim tada postoji obezvređivanje života čitavog jednog segmenta društva. U vrijeme rata, gladi ili kriza racionalizacija resursa može biti neizbježiva. Pri ocjeni o obvezi financijskog ulaganja u neki postupak treba postaviti pitanje njegove efikasnosti i pogodnosti, ali treba također ocijeniti da li je predloženi postupak ono što se uobičajeno čini u takvim prilikama ili je nešto izvanredno i jednako, da li je napor koji čini bolesnik, medicinski tim i obitelj - razmjeran očekivanim rezultatima. Jednostavnije i lakše je moguće opravdati napore uložene u temeljnu skrb o bolesniku, kao što je higijena bolesnika, njegova prehrana i hidratacija oralnim putem. Mnogo je teže opravdati napore koji su uloženi u razne terapijske zahvate, osobito kirurške, ako to ne rezultira njihovom djelotvornosti i pogodnosti za bolesnika [1].

5. Distanazija u starijoj životnoj dobi

Nekada se mislilo da je udar starenja stanovništva na skrb o zdravlju problem samo razvijenih zemalja. To nije istina. Taj fenomen je uzrok zaokupljenosti za skrb o zdravlju u svakoj zemlji koja pokušava smanjiti stopu smrtnosti djece, produžiti očekivani život i poboljšati zdravstvene uvjete. U idućim desetljećima, razvijene zemlje će biti svjedoci porasta starih, po broju i razmjerno, udvostručenja broja onih iznad 65 godina i, možda, utrostručenja i više od toga onih sa 85 godina [1]. U svijetu postoji zabrinutost za dostojanstvo stare osobe i za to kako joj primijeniti dostojanstvenu zdravstvenu skrb. Iako u zemljama u razvoju takvi pritisci nisu toliko oštri i ne dolaze tako brzo, oni se već osjećaju. Svjetska banka smatra da će društva koja stare, u budućnosti biti jedan od najvažnijih problema za zemlje u razvoju, a zbog niske razine sudjelovanja radne snage i starenja hrvatskog društva, ključni izazov je nastaviti osiguravati fiskalnu održivost mirovinskoga sustava [21].

Pokazalo se da starenje populacije samo od sebe ne podrazumijeva da će se povećati cijena zdravstvene skrbi na zabrinjavajuću razinu. Zapravo je kombinacija starenja sa zdravstvenim i socijalnim problemima, te skrb o oboljelima ono što čini stvarnu razliku. Čak i kad postoje ograničenja u skupim i intenzivnim skrbima za starije, produžena i kućna skrb mogu biti izvanredno teške. Opća tendencija prema većem korištenju intenzivne medicinske skrbi, barem u odnosu na „stare-mlade“ – bubrežna dijaliza, koronarna kirurgija, na primjer uvećava troškove, iako donosi pogodnosti. Biološke prepreke usavršavanju zdravlja starih, naizgled učinkovite zbog prethodnog progresa, neizbježno će stvoriti nove zahtjeve i izazove na području istraživanja i mješavinu nade i frustracije [1].

Osnovni cilj je uspostava što bolje komunikacije između liječnika i pacijenta i omogućavanje kvalitetne upućenosti pacijenta u njegovo stanje. Nikako se ne smije dopustiti da bolesnik razvije nepovjerenje u liječnika koji skrbi o njemu. Za bolesnika je bolje da mu se kaže istina o stanju u kojem se nalazi, nego da živi u lažnom uvjerenju. Tako pacijent ima mogućnost pripremiti se na ono što slijedi - vrlo vjerojatni kraj života.

5.1. Specifičnosti palijativne skrbi osoba starije životne dobi

Gerijatrijski pacijenti znaju prikrivaju simptome, bilo nesvjesno ili svjesno kako bi poštedjeli svoje ukućane nelagode i straha, tako da je u palijativnoj njezi potrebno aktivno tražiti simptome kod starije osobe jer vrlo često zdravstvene tegobe i simptomi nisu jasno uočljivi. Interdisciplinarni tim mora posvetiti posebnu pozornost skupini bolesnika starije životne dobi koji trebaju palijativnu skrb, a žive u samačkoj obitelji, bez rodbine. Progresivna neizlječiva bolest u starijih osoba često dovodi do pojave gerijatrijskog sindroma „4 N“ (nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost, nekontrolirano mokrenje). Koža im je tanka, neelastična. Vrlo lako nastaje dekubitus. Oboljeli od raka često imaju disfagiju te im je potrebno davati manje obroke i prilagoditi konzistenciju hrane kako bi se olakšalo gutanje i žvakanje [22]. Tijekom palijativne skrbi za stariju osobu potrebno je redovno dnevno praćenje unosa tekućine, jer je poznato da su starije osobe sklonije dehidraciji. Parenteralna primjena tekućine u terminalnoj fazi života može dovesti do plućnog edema i oteklina.

Palijativna skrb se ne smije uvjetovati dijagnozom ili dobi bolesnika, a potrebitom je treba pružiti pravovremeno. Potrebno je pažljivo promatranje: facijalne ekspresije, pokreta, vokalizacije, ječanja, verbalizacije, promjena apetita, spavanja i drugih simptoma. Neophodne su detaljne informacije i suradnja s osobom koja je najviše prisutna uz gerijatrijskog bolesnika tijekom palijativne skrbi. Stariji pacijenti uzimaju više lijekova (nastaju njihove interakcije) te nerijetko umanjuju iskaze o svojoj boli (skala za bol, procjenu može ometati smetnje vida i sluha), a treba uzeti u obzir i moguće smetnje pamćenja. Svaka promjena ponašanja može ukazivati da gerijatrijski bolesnik u palijativnoj skrbi ima bolove. Na iskustvo boli utječu i socijalni čimbenici (npr. osamljenost, napuštenost od obitelji), psihički (depresija, tjeskoba), duhovni (npr. osjećaj krivnje i opraštanja). Primjerenu palijativnu skrb treba pružiti poštujući dostojanstvo, duhovne, religiozne te osobne potrebe gerijatrijskog bolesnika s progresivnom, neizlječivom bolesti [23].

Kada se pacijent približava smrti ingestija hrane i tekućine znatno se smanjuje. Tada nastaje pitanje o davanju tekućina umjetnim sredstvima. Tradicionalno mnijenje hospicija je da, kada pacijent više ne želi uzimati hranu, ne bi trebao biti prisiljavan na to. Naznake za rehidrataciju su suhoća u pacijentovim ustima, unatoč dobroj oralnoj njezi.

Suhoća u ustima je uobičajena za pacijente koji boluju od sa karcinoma i ne povezuje se samo uz dehidraciju, nego i za druge uzroke, kao što su lijekovi, oralne infekcije i lokalna radioterapija.

Rehabilitacija je sastavni dio palijativne medicine. Mnogi terminalni pacijenti se nepotrebno ograničavaju, čak i od strane članova obitelji, kada su još sposobni za aktivnosti i neovisni, što im daje smisao dostojanstva i samopoštovanja. Cilj palijativne skrbi je pobrinuti se za sustav potpore koji bi pomogao pacijentima da do smrti žive što je moguće aktivnije i kreativnije, koncept da se da karcinomom može živjeti dok se ne dogodi smrt još zvuči čudno za mnoge pacijente i njihove obitelji, ali i za mnoge liječnike i medicinske sestre. Neki programi palijativne skrbi održavaju superzaštitni naglasak, težeći održavanju duže hospitalizacije, a u drugima se stimulira neovisnost pacijenta. Naglasak na „učiniti“ umjesto na „biti uslužen“ pomaže osobama da žive i umru sa dostojanstvom i samopoštovanjem. Ti programi potiču kreativnost pisanim putem i umijećem uopće. Palijativna medicina potvrđuje život i proces umiranja prepoznaje kao dio života. Ne traži ni ubrzavanje ni odgađanje smrti. Nije obuzeta „tiranijom liječenja“ i čvrsto se protivi eutanaziji [1].

Ponekad medicinske intervencije nisu potrebne da bi se pomoglo riješiti zabrinutost, stres ili bezvoljnost umirućeg pacijenta. Umjesto toga držanje za ruku, sladoled, šalica vrućeg kakaa, topla deka ili trljanje leđa pravi su lijek. Kada i kako koristiti ove 'intervencije' ovisi o odnosu koji je medicinska sestra uspostavila sa bolesnikom. To ne bi trebalo imati značenje objektivizirane medicinske intervencije. Stoga bi medicinska sestra trebala prestati samo slušati i gledati znakove koji se uklapaju u određenu medicinsku intervenciju jer je to kategorija koja se samo može objektivizirati u papirologiji. Umjesto toga, više pažnje treba obratiti na kulturnu pozadini pacijenta, njihove odnose i njihovo razumijevanje zdravstvene zaštite [24].

5.2. Istraživanja o starijim terminalnim pacijentima

Cummins i Henry su 1961. godine iznijeli teoriju povlačenja, prema kojoj u očekivanju smrti dolazi do uzajamnog povlačenja između starijih ljudi i društva. Stariji ljudi smanjuju svoju socijalnu interakciju s društvom zbog sve veće brige za sebe. Istovremeno, ih i društvo isključuje kako bi im njihova smrt postala manje uznemirujuća [25].

Blackburn otkiva da su komunikacijski problemi kod starijih pacijenata bili česti i o njihovoj terminalnoj dijagnozi nije se razgovaralo s umirućim pacijentom. Blackburn naglašava da: Stariji pacijenti u bolnici mogu imati potrebe u pružanju svoje terminalne njege koje su donekle različite od onih prepoznatih kod mlađih pacijenata. Često je premalo vremena u kojem bi osoblje moglo pružiti učinkovitu terminalnu skrb stariim pacijentima. Dijagnoza umiranja često se postavlja isključenjem, nakon neuspjeha standardnog medicinskog liječenja. Teže je u odsustvu neoplazije i zahtijeva cjelovitiji pristup skrbi o pacijentima. Značajan broj starijih pacijenata koji umru u bolnici nemaju obitelj ili prijatelje koji bi ih mogli posjetiti i trebati im dodatna pažnja i podrška [26].

John Costello je u svojem istraživanju: Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards, istraživao iskustva umirućih pacijenata i medicinskih sestara koje rade na tri odjela za njegu starijih osoba s naglaskom na upravljanje brigom o umirućim pacijentima. Većina pacijenata koji umiru u bolnici stariji su od 65 godina, a dokazi sugeriraju da su tri od pet stariji od 75 godina. Stariji pacijenti medicinskim sestrama i liječnicima predstavljaju ogromne probleme i izazove u pogledu pružanja dobre terminalne njege, posebno u razvoju učinkovite komunikacije.

Metodologija - Odabran je etnografski oblik istraživanja. Uzorak istraživanja sastojao se od 74 pacijenta, 29 medicinskih sestara i 8 liječnika. Osnovne metode prikupljanja podataka bile su promatranje sudionika i polustrukturirani intervjui. Svi ispitanici intervjuirani su nakon razdoblja promatranja na svakom od odjeljenja. Podaci dobiveni promatranjem sudionika tada su korišteni za strukturiranje pitanja iz razgovora. Svrha postavljanja pitanja o odgovorima povezanim s promatranim materijalom bila je procijeniti u kojoj se mjeri događa konvergencija ili razilaženje podataka.

Rezultati pokazuju da je skrb o starijim umirućim pacijentima definirana nedostatkom „emocionalnog angažmana“ s pacijentom i institucionaliziranim ne otkrivanjem informacija o smrti i umiranju. Studija postavlja pitanja koja se tiču nedostatka učinkovite komunikacije o terminalnoj dijagnozi i strategijama koje medicinske sestre i liječnici koriste za otkrivanje informacija o smrti i umiranju. Iako medicinske sestre pružaju individualnu skrb umirućim pacijentima, velik dio toga bio je usmjeren na zadovoljenje tjelesnih potreba pacijenata. Sestre

su izvijestile da su psihosocijalni aspekti, uključujući duhovnu i emocionalnu njegu, bili važni, premda je bilo malo dokaza da su usmjerene na to u praksi. Indikativni zaključci ovog istraživanja sugeriraju da je terminalnu skrb za neke starije pacijente i dalje otežana oklijevanjem medicinskih sestara i liječnika da budu otvoreniji u komunikaciji o smrti. Čini se da bolnička kultura i običaji, vjerovanja i ideologije koji proizlaze iz biomedicinskog modela, značajno oblikuju iskustva starijih umirućih pacijenata. Unatoč napredovanju postignutom u upravljanju tjelesnim simptomima umirućih pacijenata i uvođenju palijativne skrbi na bolnička odjeljenja, čini se da je briga o umirućima u bolnici, posebno za starije ljude, i dalje najveći problem za medicinske sestre [27].

U nizozemskom istraživanju: End-of-life treatment decisions in nursing home residents dying with dementia in the Netherlands cilj je bio opisati s liječnicima odgovornim za liječenje i njegu, odluke o liječenju na kraju života pacijenata koji umiru od demencije u različitim fazama demencije u ustanovama za dugotrajnu njegu u Nizozemskoj.
Metode: prikupljanje podataka u nacionalno reprezentativnoj nizozemskoj studiji End of Life in Dementia (2007–2011). U roku od 2 tjedna nakon smrti, 103 liječnika popunila su upitnike o posljednjoj fazi života kod 330 stanovnika s demencijom koji su boravili u 1 od 34 ustanove za dugotrajnu skrb. Koristila se opisna statistika.
Rezultati: Napredne metode liječenja bile su rijetke (4,9%). Manjina je hospitalizirana (8,0%) u posljednjih mjesec dana (uglavnom zbog prijeloma) ili je primila antibiotike (24,2%) u posljednjem tjednu (uglavnom zbog upale pluća). Četiri pacijenta su primila hranjenje kroz sondu ili rehidracijsku terapiju u posljednjih tjedan dana. U gotovo polovice pacijenata (42,3%) donesene su odluke da se ne započne s liječenjem koje produžuje život, poput prijevoza u bolnice i umjetne prehrane i hidratacije. U više od pola pacijenata (53,7%) donesene su odluke o povlačenju potencijalno produženog liječenja, poput umjetne prehrane, hidratacije i lijekova. Antibiotici su se češće propisivali za pacijente s manje uznapredovanom demencijom, ali inače nije bilo razlika u odlukama o liječenju između pacijenata s uznapredovanom i manje uznapredovanom demencijom.

Zaključak je da liječnici često uskraćuju potencijalno opterećujuće liječenje koje produžuje život kod štićenika staračkih domova u svim fazama demencije u Nizozemskoj. To sugerira da liječnici smatraju da je pristup palijativnoj skrbi primjeren na kraju života u demenciji u dugotrajnoj skrbi [28].

5.3. Prekid beskorisnog liječenja

Svojedobno se postupak obustave ili neuvođenja terapije čiji će učinak biti samo produljenje umiranja nazivao pasivnom eutanazijom. O njoj odlučuje bolesnik, ako je autonoman, ili njegov opunomoćenik i liječnik, ako je umirući poremećene svijesti ili dementan. Ako se radi o djetetu s prirođenim malformacijama, ozljedama, odluku donosi roditelj ili skrbnik. Prekid terapije ili neuvođenje liječenja temelji se na odluci liječnika ili bolesnikovoj odluci. Bolesniku treba dopuštenje da umre od svoje bolesti, naravno ako to želi. Problem je sa sigurnošću odrediti trenutak u kojem život ide kraju. Liječenje pod svaku cijenu, jer liječnik ne može donijeti odluku o prekidu, neetično je liječenje. To je prolongiranje patnje, a i nabijanje suvišnih troškova. Svakako je praktički lakše produljivati uvedenu terapiju (npr. respirator, kemoterapija itd.), nego je prekinuti i prijeći na tretman anksioliticima, analgeticima, uz psihosocijalnu potporu. Ovo drugo traži mnogo više znanja i osjećaja odgovornosti.

Rasprave o nekorisnom liječenju počinju oko 1987. Nije postignut konsenzus usprkos brojnim raspravama. Kao kriterij pokušale su se razraditi i fiziološke kvantitativne mjere - APACHE sustav (Acute Physiology and Cronic Health Evaluation System). Međutim, ovakvi sustavi imaju veliku prognostičku snagu za skupine kao cjeline, ali ne i za pojedince.

Činjenica je da nema dovoljno djelatnika, vremena i novca da bi se učinilo sve za bolesnika. To je raširena pojava. Svaka odluka u pogledu izbora da se učini dobro za nekog bolesnika je prešutan izbor da se manje učini za drugog. A sa starenjem populacije ova se ograničenja naglo povećavaju. Pravičnu podjelu društvenih izvora financiranja, definiciju prioriteta, treba riješiti zajednica i društvo, a ne da se prepusti liječnicima racionalizacija i odgovornost za etička pitanja.

Nedopuštanje prekida beskorisnog terapeutskog tretmana bi dovelo do prenatrpanosti i nefunkcionalnosti odjela za intenzivno liječenje jer bi svi pacijenti stigli tamo da im se produži život. U suprotnom bi članovi zdravstvenog tima mogli biti optuženi zbog propusta koji se poistovjećuje s ubojstvom. Sve više se prihvaća prekidanje beskorisnog liječenja, posebno za trajno vegetirajuća stanja ili u terminalnih bolesnika.

Pessini naglašava povećano natjecanje na medicinskom području, s obzirom na troškove zbog čega nastaje standardiziranje medicinske prakse. Beskorisno liječenje postaje važan problem ne samo za zdravstvene radnike i bolesnike, već i za društvo. Važna postaje širina ovlasti i sredstava koje društvo daje zdravstvenim radnicima. Liječnici su otkrili staru etičku obavezu prestanka pružanja nekorisnog liječenja kad su se promijenila pravila naknade za troškove liječenja. Rasprave o ograničenjima postaju sve intenzivnije. Liječnik ima pravo odbiti liječenje koje je nekorisno makar ga bolesnik i tražio. Sve više pažnje se posvećuje pravednijoj raspodjeli sredstava namijenjenih medicini, po principu "činjenja dobra i nečinjenja zla". Prva stepenica je svakako ozakonjenje i konsenzus pri prekidu nekorisnog tretmana, a druga, još važnija, je smještanje pacijenta bolesnika u ustanove palijativne njege ili provođenje palijativne skrbi u kući [29].

6. Zaključak

Među mogućim alternativama za pronalaženje izlaza iz tih nedoumica, koje vladaju u području medicinskoga tretmana u finalnoj fazi čovjekova života, sugerira se izrada interdisciplinarnih smjernica koje bi usmjeravale medicinsku intervenciju u tom području.

Dužnost je liječnika da određuje ono što terapijski pogoduje bolesniku. U terminalnom stadiju bolesti najvažnije je osigurati cjelovitu skrb koja bi ublažila psihičke i fizičke posljedice koje bolest ostavlja za sobom. Praktično je za liječnika ključno da uoči taj trenutak prelaska kako bi izbjegao rizik terapeutske upornosti i kako bi svojemu pacijentu dao prijeko potrebna sredstva za ublaženje boli i patnje i pružio mu ljudsku utjehu. Problem distanazije, kao i problem umiranja u dostojanstvu, pojavio se u moderno vrijeme jer se danas, govoreći općenito, umire u starijoj dobi. Većina bolesnika ne umire toliko zbog akutnih ili zaraznih bolesti, već zbog kroničnih koje dugo traju ili zbog bolesti što ih izaziva staračka dob. Iako se manje spominje od eutanazije, distanazija se, iako nesvjesno, više prakticira. Iako su suprotni, oba pojma su etički osuđeni jer, grubo govoreći, jedan predviđa smrt još uvijek žive osobe, a drugi produljuje život već mrtve osobe.

Veliki je izazov zadržati dostojanstvo pacijenata u njihovoj posljednjoj fazi života, gdje se zalaže za promicanje blagostanja, jer omogućava pacijentima i njihovim obiteljima da se suočavaju sa smrću mirnije, prihvaćajući smrt kao dio života, a ne kao bolest koju treba izliječiti. Većina medicinskih sestara prepoznaje distanaziju u svojoj svakodnevnoj praksi. Veliki broj stručnjaka koji su ovu praksu prepoznali u svojoj rutini potkrepljuju potrebu medicinskih sestara da savladaju ove koncepte kako bi bile sposobne prepoznati ih i postupati u skladu s njima, odnosno učinkovito promičući rasprave s timom na temelju bioetike i vlastitog kodeksa etike, uvijek s ciljem pružanja odgovarajuće njege, uzimajući u obzir da je njega profesionalna kategorija i medicinska sestra je ona koja je u stalnom kontaktu s pacijentom i s njim ostaje najdulje.

7. Popis literature

[1] L. Pessini: Distanazija. Do kada produžavati život?, Adamić, Medicinski fakultet u Rijeci, Hrvatsko bioetičko društvo, Teologija u Rijeci, Rijeka, 2004., str. 160

[2] A. Frković: Distanazija i novorođenčad s teškim malformacijama. Gynaecologia et perinatologia [Internet]. 2004 [pristupljeno 21.08.2020.];13(4):165-170. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/15600

[3]: S. J. Reisner, AJ. J. Dyck, W. J. Curan (ur.): Hippocratic Corpus«, u Ethics in medicine:Historical perspectives and contemporary concerns, MIT Press, Cambridge, 1977., str. 6.-7.

[4] S. Vuletić: 'Biomedicinski i moralno-etički aspekti distanazije. U agoniji umiranja pred medicinskombeskorisnošću',Diacovensia, 22(2), 2014. str. 163-200. Preuzeto s: https://hrcak.srce.hr/122536 (Datum pristupa: 21.08.2020.)

[5] A. Frković: Bioetički ogledi o kvaliteti života. Pitanje distanazije i eutanazije. Soc ekol 2007; 16: 215-29.

[6] A. Frković: Bioetički pogledi na postupke u novorođenčadi izrazito male porođajne težine. Medicina 2005, 42: 121-126.

[7] K. Turković, S. Roksandić Vidlička, A. Maršavelski: Eutanazija i potpomognuto samoubojstvo. Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu 2010, 17: 223-46.

[8] R. Dobrila-Dintinjana, A. Redžović, M. Dintinjana: Distanazija – naša stvarnost, Hrčak, medicina fluminensis 2015, Vol. 51, No. 3, p. 393-395 Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/212513

[9] J. Lenkić:Eutanazija u moralno-teološkoj prosudbi, Tonimir, Varaždinske Toplice, 2011., str. 11.

[10] L. Tomašević: Liječnik i dostojanstvo umiranja: terapijska upornost. U: Jurić H, ur. 3. Lošinjski dani bioetike. Zagreb: GrafoMark, 2004.

[11] I. Cifrić: Bioetička ekumena.Odgovornost za život, Pergamena, Zagreb, 2007., str. 88.

[12] Society of Critical Care Medicine Ethics Committee, Consensus statment on the triage of critically ill patients, u: Journal of the American Medical Association 271(1994.), br. 15. Dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7818629/

[13] Vijeće Europe, Zaštita ljudskih prava i dostojanstvo neizlječivih i terminalnih bolesnika, Preporuka br. 1418 (1999). Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=16722&lang=EN&search=MTQxOHxjb3JwdXNfbmFtZV9lbjoiT2ZmaWNpYWwgZG9jdW1lbnRzIg==

[14] Vijeće Europe, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine:Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, u: Zurak, N.:,Medicinska etika, Merkur A.B.D., Zagreb, 2007., str. 321.-328.

[15] Skupština Hrvatskog liječničkog zbora,Kodeks medicinske etike i deontologije, u:Narodne novine 55/08.; čl. 4., ad 3.

[16]https://zdravlje.gov.hr/userdocsimages/arhiva/files/120234/Preporuka%20Povjerenstva%20ministara%20Vijeća%20Europe.pdf, pristup 15.07.2020.

[17] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, u:Narodne novine, 82/2013., članak 22., »Prava i dužnosti osoba u ostvarivanju zdravstvene zaštite«, stavak 1., točka 6.:odbijanje pregleda i liječenja.

[18] Hrvatska liječlnička komora: Kodeks medicinske etike i deonotlogije, dostupno na: https://www.hlk.hr/kodeks-medicinske-etike-i-deontologije.aspx

[19] Konferencija liječnika Europske zajednice,Principi di Etica Medica Europea, 6. 1. 1987., u:Il Medico d'Italia, (13. 2. 1987.), str. 7.; čl. 12. Diacovensia 22(2014.)2.

[20] FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics http://www.figo.org

[21] Međunarodna banka za obnovu i razvoj, Izvješće br. 44879-HR, Dostupno na: https://mfin.gov.hr/UserDocsImages//dokumenti/med-fin-institucije/svj-bank//hrva.%20verz.pdf

[22] S. Tomek-Roksandić, G. Perko, D. Mihok i sur. : Gerontološki centri 2004:zagrebački model uspješne prakse za starije ljude. 2. dop. Izd. Zagreb:Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreba Centar za gerontologiju; 2004.

[23] Z. Duraković i sur.: Gerijatrija medicina starije dobi. Zagreb: C.T. – Poslovne informacije, d.o.o. 2007.

[24] L. Cronican: "Preserving Dignity in the Long Term Care of Actively Dying Residents" (2017). All College Thesis Pr ogram, 2016-present . 29. https://digitalcommons.csbsju.edu/honors_thesis/29

[25] R. A. Cummins: Objective and subjective quality of life: An interactive model.Social Indicators Research, 52, 2000: 55-72.

[26] A. M. Blackburn: Problems of terminal care in elderly patients. Palliative Medicine 3, 1989: 203-206.

[27] J. Costello: Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. J Adv Nurs. 2001. Jul;35(1):59-68., Dostupno na: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11442683/

[28] S. Hendriks, D. Martin, L. Koopmans, R. Onwuteaka-Philipsen, B. Hertogh, J. Cees van der Steen: End-of-life treatment decisions in nursing home residents dying with dementia in the Netherlands.International journal of geriatric psychiatry. 2016. 32. 10.1002/gps.4650. URL: https://unovumc.nl/wp-content/uploads/2017/10/End-of-life-treatment-decisions-in-nursing-home-residents-dying-with-dementia-in-the-Netherlands.pdf

[29] http://www.plivamed.net/aktualno/clanak/2268/Osnovne-eticke-rasprave-u-hospicijskojpalijativnoj-skrbi-22.html

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, MIJO GRGIĆ *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom STARIJE OSOBE I DISTANCIRANJE *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Mijo Grgić
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, MIJO GRGIĆ *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom STARIJE OSOBE I DISTANCIRANJE *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Mijo Grgić
(vlastoručni potpis)