



SUNKIOMIS IR NEPAGYDOMOMIS LIGOMIS SERGANČIŲ ASMENŲ ORUMO APSAUGOS REIKALAVIMAS – TARPTAUTINĖS IR NACIONALINĖS TEISĖS NORMOS BEI PRAKTINIAI JŲ TAIKYMO ASPEKTAI¹

Kristina Astromskė², Rūta Butkevičienė³, Jolanta Kuznecovienė⁴, Eimantas Peičius⁵, Gvidas Urbonas⁶

DOI: <https://doi.org/10.7220/2029-4239.23.1>

SANTRAUKA

Žmogaus teisių ir laisvių apsaugos klausimai sveikatos priežiūros srityje yra itin aktualūs ir reikalaujantys ypatingo dėmesio, ypač dėl to, kad senėjanti visuomenė, biomedicinos mokslų pažanga, geresnė sveikatos priežiūros paslaugų kokybė ir visa eilė kitų veiksnių sąlygoja ilgesnę gyvenimo trukmę, reikalauja daugiau sveikatos resursų ir tuo pačiu atveria naujas teises bei etines dilemas sprendžiant žmogaus gyvenimo pabaigos klausimus. Įvairūs tyrimai rodo, jog sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergantys asmenys susiduria su įvairiomis kliūtimis, kaip kad atskirtimi, diskriminacija, esminės priežiūros ir paslaugų neprieinamumu. Todėl vienas esminių klausimų šioje srityje – kaip paskutiniuose gyvenimo etapuose užtikrinti sergančių asmenų orumą, kurio pagrindu suponuojamos ir esminės pacientų teisės.

Atsižvelgiant į Europos Tarybos rekomendacijas dėl nepagydoma liga sergančiųjų ir mirštančiųjų žmogaus teisių bei orumo apsaugos, straipsnyje siekėme išsiaiškinti rekomendacijose pasiūlytų priemonių įtvirtinimą tarptautinėje bei nacionalinėje teisėje, o taip pat ir praktinio įgyvendinimo ypatumus.

¹ Straipsnis parengtas vykdant LMT finansuojamą projektą „Sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergančių asmenų orumo gyvenimo pabaigoje užtikrinimas Lietuvoje: sampratos, lūkesčiai, galimybės ir kliūtys“, sutarties Nr. S-GEV-20-2.

² Vytauto Didžiojo universitetas, Teisės fakultetas.

³ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas.

⁴ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas.

⁵ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas.

⁶ Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Visuomenės sveikatos fakultetas.

Analizuojant mokslinius tyrimus, sveikatos politikos tikslus ir teisinio reguliavimo raidą Lietuvoje, pastebima, kad realaus žmogaus teisių ir orumo apsaugos sveikatos priežiūroje įgyvendinimui, be aiškių teisinių nuostatų, reikia ir pakankamų organizacinių sąlygų, specialistų gebėjimų ugdymo, kad žmogaus teisės ir orumo nežeminančios sąlygos būtų užtikrinamos teikiant kokybišką sveikatos priežiūrą, tame tarpe priimtinas ir prieinamas paliatyviosios pagalbos paslaugas.

Vertinant įsipareigojimus žmogaus teisių srityje ir Europos Žmogaus Teisių Teismo praktiką, valstybė, nustatydamas su gyvenimo pabaigos sprendimais susijusias galimybes ir reguliuodama jų įgyvendinimui reikalingas procedūras, turi pasiekti pusiausvyrą tarp pagarbos žmogaus orumui bei apsisprendimo teisei, ir būtinybės išsaugoti kitus pažeidžiamų asmenų bei visuomenės interesus. Pusiausvyros turi būti siekiama užkertant kelią piktnaudžiauti sunkiai sergančių asmenų padėtimi, kai siekiama su žmogaus orumu nesuderinamų tikslų.

Nustatant galimybes atsisakyti gydymo, gyvybės palaikymo ar gaivinimo procedūrų yra itin svarbu susitarti dėl tikslaus ir vieningo teisinių sąvokų vartojimo, bei įtvirtinti vieša diskusija bei tyrimais atskleistus visuomenės poreikius atitinkančių reguliavimą. Aiškesnė visuomeninių vertybių ir pacientų bei jų artimųjų poreikius atitinkančių sąlygų integracija į sveikatos paslaugas ir sveikatos profesionalų bei pacientų santykius reglamentuojančias teisės normas, galėtų ženkliai prisidėti prie žmogaus orumo apsaugos įgyvendinimo ne tik paliatyviosios pagalbos paslaugų teikime, bet ir visose kitose sveikatos priežiūros srityse.

REIKŠMINIAI ŽODŽIAI

Žmogaus orumas, paliatyvioji pagalba, išankstiniai valios pareiškimai, sveikatos priežiūros paslaugų kokybė.

ĮVADAS

Žmogaus teisių ir laisvių apsaugos klausimai šiandien lygiai taip pat aktualūs ir reikalaujantys ypatingo dėmesio, kaip ir prieš keliasdešimt ar šimtą metų. Senėjanti visuomenė, biomedicinos mokslų pažanga, geresnė paslaugų kokybė ir visa eilė kitų veiksnių sąlygoja ilgesnę gyvenimo trukmę, reikalauja daugiau sveikatos resursų ir tuo pačiu atveria naujas teises bei etines dilemas sprendžiant žmogaus gyvenimo pabaigos klausimus. Vienas esminių klausimų šioje srityje – kaip paskutiniuose gyvenimo etapuose užtikrinti sergančių asmenų orumą, kurio pagrindu suponuojamos ir esminės pacientų teisės, ir laisvės.

Svarbu paminėti, kad orumas, kaip vertybė ir teisinis principas, yra neatsiejamas nuo pliuralistinės pilietinės visuomenės formavimosi ir demokratinių vertybių puoselėjimo. Pliuralizmas gina nuomonių bei visuomeninių institucijų įvairovę ir ieško bendrų priedaidų demokratijai bei kultūriniam tęstinumui.⁷ Žmogaus orumo koncepcija suponuoja idėją apie kiekvieno žmogaus ir unikalumą, neįkainojamą vertę ir išskirtinumą, palyginus su daiktais

⁷ Patric Dunleavy and Brendan O’Leary, *Valstybės Teorijos. Liberaliosios Demokratijos Politika* (Eugrimas, 1999).

ir kitomis gyvomis būtybėmis. Kita vertus - orumo samprata, visų pirma, remiasi prigimtinės teisės idėja, ir būtent prigimtinės teisės yra tai, kas būdinga visiems be išimties žmonėms. Tai reiškia, kad kiekvienam visuomenės nariui turi būti taikomos tos pačios taisyklės ir kiekvienas žmogus traktuojamas vienodai. Iš esmės tai reiškia, kad visiems individams turi būti garantuotos vienodos galimybės varžytis dėl socialinio statuso, kuris yra svarbus tiek socialiniu, tiek ekonominiu požiūriu.

Eurostat duomenys rodo, kad Europoje jau ilgą laiką tęsiasi visuomenės senėjimo tendencija, didėja vyresnio amžiaus žmonių dalis.⁸ Lietuvoje, kaip ir kitose Europos valstybėse, daugėja sergančiųjų onkologinėmis bei kitomis su amžiumi susijusiomis lėtinėmis ligomis.⁹ Atitinkamai, vis didesnė visuomenės dalis atsiduria sudėtingose situacijose, kai dėl senyvo amžiaus ir ligotumo prarandamos kokybiško gyvenimo galimybės, susiduriama su fundamentalių žmogaus teisių pažeidimų ir orumo pažeminimo grėsmėmis visuose socialiniuose santykiuose, tame tarpe ir sveikatos priežiūros paslaugų srityje.¹⁰¹¹

Sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergantys asmenys turi lygiai tokias pat žmogaus ir paciento teises kaip ir kiti visuomenės nariai. Tačiau, siekiant įgyvendinti šias teises, jie susiduria su įvairiomis kliūtimis, kaip kad atskirtimi, diskriminacija, esminės priežiūros ir paslaugų neprieinamumu. Teisė į visiems vienodai prieinamą ir tinkamą kokybės sveikatos priežiūrą yra įtvirtinta Europos Tarybos priimtos Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijos (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija)¹² 3 straipsnyje. Ši teisė reiškia būtinybę valstybėje teisingai skirstyti ir naudoti išteklius, sudarant realų tinkamą ir kokybišką sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą, nei vienam pacientui nepatiriant diskriminacijos.

Moksliniuose tyrimuose pažymima, kad žmogaus teisių kontekste esminiu sveikatos santykių teisinio reguliavimo principu galėtų būti laikomas Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijoje¹³ įtvirtintas žmogaus orumo principas. Tačiau taip pat pastebima, kad žmogaus orumo principas nėra aiškiai apibrėžtas¹⁴ nei žmogaus teisių doktrinoje, nei pačioje Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijoje, todėl yra svarstoma ir apie tai, kad praktinės galimybės šį principą taikyti kaip bendrai suprantamą standartą yra ribotos.¹⁵ Vis tik manome, kad žmogaus teisių apsauga, kartu su įtvirtintais reikalavimais numatyti ir užtikrinti pagarbą bei žmogiškojo orumo nežeminančias sąlygas, yra itin svarbus kokybiškų sveikatos priežiūros paslaugų teikimo aspektas, ypač patiems pažeidžiamiausiems pacientams.

⁸ „Population Structure and Ageing“ (Eurostat, 2019), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing

⁹ ECIS - European Cancer Information System. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/index.php>

¹⁰ Genė Šurkienė, Rimantas Stukas, Vidmantas Alekna, Agnė Melvidaitė, „Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema“. *Gerontologija* 13(4) (2012).

¹¹ Danutė Butėnienė, Danutė Kalibatienė. „Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos sąsajos esant paliatyviai priežiūrai“, *Medicinos teorija ir praktika* Nr. 18 (4.1) (2012).

¹² Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus Teisių Ir Biomedicinos Konvencija),” *Žin.*, 2002-10-09, Nr. 97-4258.

¹³ Ten pat.

¹⁴ Mirko Bagaric and James Allan, “The vacuous concept of dignity,” *Journal of Human Rights* 5, Nr. 2 (July 2006): 257–70, <https://doi.org/10.1080/14754830600653603>.

¹⁵ Jonas Juškevičius, Janina Balsienė, “Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare,” *Jurisprudencija* Nr. 122 (2010): 95–110.

Žmogiškojo orumo išsaugojimas yra vienas svarbiausių sunkiai sergančių pacientų sveikatos priežiūros jų gyvenimo pabaigoje aspektų. Nuolat atliekami tyrimai siekiant nustatyti, ką tokiems pacientams reiškia orumas, kokios priemonės yra tinkamos orumo išsaugojimui paslaugas teikiančių specialistų požiūriu¹⁶. Pabrėžiama, kad šios srities sveikatos priežiūros paslaugų teikimui turi būti taikomi formalizuoti orios gyvenimo pabaigos principai, o su pacientais turi dirbti kvalifikuoti ir patirties, dirbant su pacientais jų gyvenimo pabaigoje, turintys specialistai.¹⁷ Ori sveikatos priežiūra turėtų stiprinti asmens savigarbą, padėti išlaikyti gyvenimo tikslą ir prasnę, gerinti gyvenimo kokybę ir palengvinti įvairiapuses kančias. To reiktų siekti per žmogaus teisių apsaugą, savigarbos išlaikymą ir nerimo eliminavimą bendravime su šeimos nariais ir sveikatos priežiūros paslaugų teikėjais.¹⁸ Kaip viena iš teisinių priemonių, prisidedanti prie orumo išsaugojimo, yra svarstoma žmogaus dalyvavimo ir sprendimų priėmimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo paskutiniame gyvenimo etape, įtvirtinimas,¹⁹ bei aiškesnis sprendimų, susijusių su gyvenimo pabaiga, įgyvendinimo aspektų įtvirtinimas.²⁰²¹

Atsižvelgiant į tai, kad biomedicinos pažanga suteikia vis didesnes galimybes išgydyti daugelį anksčiau buvusių nepagydomų ir mirtinų ligų, o tobulėjančios gaivinimo priemonės ir metodai leidžia vis labiau nutolinti mirties momentą, privalu siekti, jog paskutiniame ligos etape gyvenimo kokybės aspektai, pacientų ir jų artimųjų kančia bei socialiniai poreikiai nebūtų ignoruojami. Europos Taryba dar 1999 m. paskelbė rekomendacijas dėl nepagydoma liga sergančiųjų ir mirštančiųjų žmogaus teisių bei orumo apsaugos (Rekomendacijos).²² Joje įvardijamos grėsmės sunkiai sergančių pacientų žmogaus teisėms ir orumui bei siūlomos šių asmenų apsaugai reikalingos priemonės kiekvienoje valstybėje: (1) teisės į visapusišką paliatyviąją pagalbą įtvirtinimas, (2) sunkiai sergančio ar mirštančio asmens galimybė spręsti dėl gyvybės palaikymo priemonių, (3) draudimas nutraukti sunkiai sergančio ar mirštančio asmens gyvybę, ir numatyta teisinė atsakomybė už tokius veiksmus.

Šiame straipsnyje siekiame išanalizuoti minėtų Rekomendacijose siūlomų priemonių įgyvendinimo tarptautinius ir nacionalinius teisinius aspektus, priemonių įtvirtinimo raidą Lietuvoje, kartu aptariant ir jų taikymo sveikatos priežiūroje etinius bei praktinius aspektus.

16 Andrea Bovero et al., “A Qualitative Study to Explore Healthcare Providers’ Perspectives on End-of-Life Patients’ Dignity. How Can Dignity Be Defined, and Which Strategies Exist to Maintain Dignity?,” *Journal of Cancer Education*, June 25, 2020, <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01808-z>.

17 Hakime Aslan and Mehmet Dundar, “Intensive Care Nurses’ Attitudes toward the ‘dying with Dignity’ Principles and Affecting Factors,” *Annals of Medical Research* 27, no. 11 (2020).

18 Yasuko Igai, “Concept Analysis of Dignity-centered Care for People with Chronic Progressive Disease,” *Japan Journal of Nursing Science* 17, no. 2 (April 2020), <https://doi.org/10.1111/jjns.12302>.

19 Eimantas Pečiūš, Aurelija Blazevičienė, and Raimondas Kaminskas, “Are Advance Directives Helpful for Good End of Life Decision Making: A Cross Sectional Survey of Health Professionals,” *BMC Medical Ethics* 18, no. 1 (December 2017): 40, <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>.

20 Andrius Narbekovas, “Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas,” *Bernardinai.lt*, n.d., <https://www.bernardinai.lt/2018-01-08-pasyvios-eutanazijos-ir-uzsispyrelisko-gydymo-netaikymo-skirtumas/>.

21 Mantas Liesis, „Baudžiamosios atsakomybės už eutanaziją netaikymo galimybės“. *Teisės problemos* Nr. 1 (2009)

22 “Recommendation 1418 (1999) of the Committee of Ministers to Member States on Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying,” 1999. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>

Tikslo įgyvendinimui straipsnyje naudojami dokumentų analizės, istorinis, aprašomasis, lyginamasis ir loginis metodai. Dokumentų (tarptautinių ir nacionalinių teisės aktų, politinių dokumentų, Europos Žmogaus Teisių Teismo praktiką formuojančių bylų) turinio analizės metodu nustatysime orumo reikalavimų sveikatos priežiūroje įtvirtinimo ir taikymo ypatumus, aptarsime jų istorinę raidą, palyginsime tarptautines ir nacionalines nuostatas bei, lygindami ir analizuodami mokslinių tyrimų duomenis, įvardinsime aktualius ir probleminius šios srities teisinius, o taip pat ir etinius bei praktinius, aspektus.

PALIATYVIOJI PAGALBA IR JOS PRIEINAMUMAS

Kaip pažymėta Rekomendacijose, paliatyvioji pagalba yra žmogiškojo orumo užtikrinimui itin reikšminga sveikatos priežiūros paslaugų sritis. Tokiomis paslaugomis siekiama pagerinti ne tik paciento, kuriam palengvinamas patiriamas skausmas ir kiti nepatogumai, bet ir paciento artimųjų gyvenimo kokybę.²³ Nepakankamas paliatyviosios pagalbos prieinamumas ar kokybė gali būti vertinami kaip žmogaus teisių pažeidimas, nes nepakankamas skausmo malšinimas gali būti prilyginamas žiauriam ir orumą žeminančiam elgesiui, pažeidžiančiam Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencijos (Europos žmogaus teisių konvencija) 3 straipsnį.²⁴ Šiame straipsnyje numatytą žmogaus teisę pažeidžiantis elgesys paprastai siejamas su kūno sužalojimu arba didelėmis fizinėmis ar psichinėmis kančiomis. Tačiau, net ir nesukėlus nurodytų pasekmių ir atitinkamos žalos, elgesys su žmogumi gali būti laikomas pažeidžiančiu 3 straipsnį, jei tokiu elgesiu žmogus yra pažeminamas ar sumenkinamas, jam sukeliama baimė, kančia ar nepilnavertiškumo jausmas, galintys palaužti žmogaus fizinį bei psichinį atsparumą ir vientisumą.²⁵

Vis tik, praėjus daugiau nei dešimtmečiui po Rekomendacijų paskelbimo, daugelyje Pasaulio, tame tarpe ir Europos, valstybių, galimybės naudotis paliatyviaja pagalba buvo ribotos. 2011 metais tarptautinė nevyriausybinė organizacija „Human Rights Watch“, ištyrusi keturiasdešimties šalių duomenis, nustatė, jog nepakankamas paliatyviosios pagalbos, kuria siekiama pagerinti sunkiomis sveikatos ligomis sergančių žmonių gyvenimo kokybę, prieinamumas kiekvienais metais dešimtims milijonų žmonių sukelia išvengiamus skausmus ir kitus kančių sukeliančius simptomus. Šioje problemoje išskiriami trys aspektai: sveikatos politikos, pripažįstančios paliatyviosios priežiūros svarbą, trūkumas, sveikatos priežiūros specialistų kvalifikacijos bei specialių mokymų nepakankamumas ir paliatyviajai pagalbai reikalingų priemonių (vaistų) stoka.²⁶

Pasaulinė sveikatos organizacija taip pat yra išskyrusi vyraujančias problemas, kurias būtina spręsti organizuojant paliatyviosios pagalbos priemones: demencija sergantiems ir kitiems savo poreikių išreikšti negebantiems vyresnio amžiaus ligoniams yra nepakankamai malšinamas

²³ Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care. Council of Europe, 2003, [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).

²⁴ Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija. Žin., 1995-05-16, Nr. 40-987.

²⁵ Bouyid prieš Belgiją (Nr. 23380/09 2015 m. rugsėjo 28 d.).

²⁶ Laura Thomas, *Global state of pain treatment: access to medicines and palliative care*. New York, NY: Human Rights Watch, 2011

skausmas, pacientai neįtraukiami sprendžiant dėl tolimesnės jų sveikatos priežiūros, nėra galimybių paliatyviosios pagalbos teikimui pacientų namuose. Be to, kartais net prieš jų valią, pacientams atliekami pertekliniai tyrimai ar nepagrįstai taikoma hospitalizacija.²⁷

Atkreiptinas dėmesys ir į sunkioje padėtyje esančio asmens priežiūra besirūpinančius artimuosius, kuriems neretai tenka apriboti savo galimybes dalyvauti darbo rinkoje, puoselėti asmeninius socialinius ryšius. Todėl svarbu pastebėti ir įvertinti sunkius ligonius prižiūrinčių artimųjų darbą.²⁸ Sunkiai sergančiųjų artimųjų priežiūros našta, neabejotinai, paveikia emocinę būklę, bandant susitvarkyti ne tik su sergančiojo poreikiais, bet ir su savo kasdieninio gyvenimo ribotumu, finansiniais iššūkiais.²⁹ Lietuvoje atliktas tyrimas atskleidė, jog artimieji nėra pajėgūs vieni rūpintis ligoniu ir jiems būtina profesionali pagalba, įgalinanti užtikrinti tiek bazinius ligonio poreikius, tiek ir palaikyti artimuosius, slaugančius savo šeimos narius. Sunkius ligonius slaugantiems šeimos nariams ilgainiui gresia išsekimas, sveikatos būklės pablogėjimas, todėl jiems reikalingos ne tik konsultacijos slaugos klausimais, bet ir emocinis palaikymas, pagalba derinant šeimos ir darbo įsipareigojimus.³⁰ Nesant pakankamos ir prieinamos pagalbos artimiesiems, jų įtrauktis į sergančiojo sveikatos priežiūros sprendimus ir dalyvavimo svarbos pripažinimo, artimųjų prižiūrėti sunkiai sergantys žmonės galimai nesijaučia orūs dar ir dėl to, kad mano esantys per didelę našta savo artimiesiems.

Lietuvoje 2004 m. patvirtinta Nacionalinė gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategija, kurioje pažymima, jog mūsų šalyje politikos ir organizaciniu lygiu sunkiai integruojamos sveikatos, globos ir slaugos paslaugos, faktiškai nėra socialinių paslaugų sergantiesiems sunkiomis ligomis, kurių atveju būtinos paslaugos, teikiamos slaugos namuose ar slaugos ligoninėse. Pastebima, jog „slaugos paslaugų tinklas bendruomenėje neišplėtotas, šių paslaugų teikiama aiškiai per mažai. [...] Jeigu šeima nenori savo nario apgyvendinti apskrities neįgaliųjų pensione, slaugos organizavimas lieka jos problema“.³¹ Pažymėtina, kad integruotos pagalbos, apimančios daugelį, tiek sunkiai sergančių pacientų, tiek juos slaugančių artimųjų, poreikių svarba ir geresnis prieinamumas vis dar aktualūs ir reikalauja efektyvių organizacinių sprendimų.³²

Paliatyvioji pagalba įvardinta kaip dalis sveikatos priežiūros paslaugų dalis ir pradėta teikti Lietuvoje po to, kai 2007 m. sveikatos apsaugos ministro įsakymu buvo patvirtintas paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo aprašas, kuriame nustatytos paslaugų teikimo indikacijos, licencijavimo ir paslaugų apmokėjimo tvarka bei paslaugų įkainiai. Šio teisės akto pagrindu ambulatorinė ir stacionarinė paliatyvioji pagalba turėtų būti teikiama ne

²⁷ Elizabeth Davies and Irene J Higginson, eds., *Better palliative care for older people*, Healthy Cities 21st Century (Copenhagen, 2004), https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf.

²⁸ Jonathan Herring, “Where are the carers in healthcare law and ethics?,” *Legal Studies* 27, Nr. 1 (March 1, 2007): 51–73, <https://doi.org/10.1111/j.1748-121X.2006.00037.x>.

²⁹ Žr. išnašą 17: Elizabeth Davies and Irene J Higginson, eds., *Better palliative care for older people*.

³⁰ Lina Danusevičienė, „Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas“. *Daktaro disertacija* (Biomedicinos mokslai, slaugos kryptis (10B), Kaunas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2016 m.).

³¹ “Dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo” LR Vyriausybės nutarimas Nr. 737, Žin. 2004-06-17, Nr. 95-3501.

³² Žr. išnašą 25: Danusevičienė, “Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas.”

tik pacientams, sergantiems nepagydomomis progresuojančiomis ligomis, pasiekusiomis su gyvybe nesuderinamą stadiją, bet ir pacientų artimiesiems. Paliatyviosios pagalbos paslaugomis siekiama mažinti arba išvengti paciento fizinių kančių, spręsti psichologines ir socialines paciento ir jo artimųjų problemas, taip gerinant jų gyvenimo kokybę paskutiniame paciento ligos etape.³³ Tokio pobūdžio pagalba yra orumą puoselėjančios pagalbos esmė.³⁴ Vis tik pastebima, kad Lietuvoje dėl nepakankamo finansavimo trūksta paliatyviosios pagalbos lovų, ypač mažuosiuose regionuose, atitinkamai, nėra sąlygų tinkamai organizuoti efektyvios specialistų komunikacijos ir komandinio darbo – Rekomendacijose įvardijamų kaip itin svarbių paliatyviosios pagalbos aspektų, bei teikti paliatyviąją pagalbą namuose. Įvairios asociacijos ir draugijos viešina šias problemas ir skatina valstybės institucijas pripažinti paliatyviosios pagalbos paslaugų būtinybę, tinkamai finansuoti ir plėtoti šią sritį.³⁵ Tačiau verta pažymėti, kad Lietuvos istorinis-politinis kontekstas – sovietinis laikotarpis ir jo palikimas – turėtų būti vertinamas kaip vienas iš svarbių kultūrinių veiksnių, siekiant suprasti ir paaiškinti paciento orumo įgyvendinimo sudėtingumą Lietuvos sveikatos priežiūros sistemos realybėje. Šis palikimas neišvengiamai veikia sveikatos sistemos dalyvių požiūrius, santykius, praktiką, ypač kalbant apie tokias pažeidžiamas grupes, kaip nepagydomomis ligomis sergantys, mirštantys pacientai.

Apibendrinant, būtina pabrėžti, kad siekiant efektyvesnės žmogaus teisių apsaugos ir žmogiškojo orumo išsaugojimo, nepakanka vien įtvirtinti paliatyviosios pagalbos teikimo taisykles. Valstybei neskiriant pakankamų išteklių, neruošiant reikiamo kiekio specialistų ir nesudarant kitų realių galimybių užtikrinti paliatyviosios pagalbos teikimą tokiu mastu, kokio reikalauja visuomenės poreikiai, visais šiais poreikiais tenka pasirūpinti itin pažeidžiamai visuomenės daliai – sunkiai sergantiems pacientams ir jų artimiesiems.

IŠANKSTINIAI VALIOS PAREIŠKIMAI

Rekomendacijose siūloma sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergantiems pacientams užtikrinti galimybę išreikšti valią planuojant sveikatos priežiūrą, taip pat ir tame etape, kai pacientas neteks bet kokio valios išraiškos gebėjimo. Tarp Europos Tarybos valstybių nėra vieningo požiūrio dėl galimybės netaikyti arba nutraukti gyvybę palaikančias priemones, nors dauguma valstybių vienokia ar kitokia forma tokią praktiką įteisina pripažįstant, kad paciento valia turi turėti lemiamą reikšmę sprendimų priėmimo procese.³⁶ Tad pagrįstai gali būti keliamas klausimas dėl netolygios ir nepakankamos žmogaus teisių ir orumo apsaugos Europos Tarybos valstybėse asmenims, sergantiems sunkiomis ir nepagydomomis ligomis ir diskutuojama apie minimalias sąlygas, kurios privalo būti nustatytos ir įgyvendinamos valstybėje, gerbiančioje kiekvieno, o ypač pažeidžiamo žmogaus, teises.

³³ “Dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo” LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14, Žin., 2007-01-18, Nr. 7-290

³⁴ Harvey Max Chochinov, “Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued,” *JAMA* 287, no. 17 (May 1, 2002): 2253, <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>.

³⁵ Arvydas Šeškevičius, *Paliatyviosios pagalbos pokyčiai lietuvoje*. Lietuvos Paliatyviosios medicinos draugija, 2015 m.

³⁶ Lambert ir kiti prieš Prancūziją, (Nr. 46043/14 2015 m. gegužės 6 d.).

Europos Žmogaus Teisių Teismas, analizuodamas klausimus, susijusius su gyvybę palaikančių priemonių nutraukimu, praktiką formuojančioje byloje nurodo, jog valstybėms šiuo atveju turėtų būti suteikta diskrecijos teisė (margin of appreciation) įtvirtinti visuomenei priimtina teisinį reguliavimą. Valstybės turėtų nustatyti galimo gyvybės palaikymo priemonių nutraukimo sąlygas, atsižvelgiant į visuomenei priimtina pusiausvyrą tarp pacientų teisės į gyvybę apsaugos ir teisės į privataus gyvenimo neliečiamumą, bei pagarbą asmens autonomijai. Nors, laikantis šio požiūrio, išankstinių valios pareiškimų dėl sveikatos priežiūros paskutiniame ligos etape formos ir procedūros, skirtingose juos reglamentuojančiose valstybėse, skiriasi, vis tik pastebima, kad paciento valia sprendimo procese yra laikoma svarbia, kad ir kokia forma ji būtų išreikšta.³⁷

Išankstinės valios išraiškos forma gali būti testamentinio pobūdžio asmens pareiškimas apie sveikatos priežiūros pasirinkimus tam tikrose situacijose arba kito asmens įgaliojimas priimti sprendimus paciento vardu. Laikoma, kad išankstiniame testamentinio pobūdžio pareiškime išreikšta valia labiau atspindi asmens požiūrį ir poreikius, tačiau kartais, būdama pareikšta gerokai anksčiau nei bus realiai pritaikoma, ji gali tapti nebeaktualia. Tuo tarpu, įgaliojimas suteikia galimybę trečiajam asmeniui pareikšti valią paciento vardu (tiesa, trečiasis asmuo paprastai būna pacientui artimas žmogus) ir paciento valia išreiškiama, bei sprendimas priimamas aktualiū momentu, apsvaustant visas realias aplinkybes bei paciento prioritetus sprendimo priėmimo momentu.³⁸ Tokiu būdu, net ir tais atvejais, kai pacientai negali dalyvauti sprendžiant ir išreikšti norų, susijusių su jų priežiūra gyvenimo pabaigoje, jų valia yra išreikšta ir tinkamai atstovaujama.

Įteisinant ir įgyvendinant išankstinės valios pareiškimo galimybes, valstybė privalo apsvaustyti ir parinkti optimaliausias, žmogaus teises užtikrinančias, bei realiai įgyvendinamas priemones konkrečioje visuomenėje. Jautrumas paciento kultūrai (*cultural sensitivity*) yra ypač svarbus puoselėjant paciento orumą.³⁹ Kultūriniai veiksniai didele dalimi apsprendžia, kaip pacientas suvokia ir reaguoja į ligą, skausmą, kančią, gydymą, kaip jis mato/priima specialistus ir jų teikiamą pagalbą, kaip išreiškia save ir bendrauja, koks yra šeimos vaidmuo ir dalyvavimas, kaip sprendžiamos problemos ir priimami sprendimai.⁴⁰ Kultūriniai veiksniai yra plati sąvoka, apimanti tiek etninius, istorinius-politinius aspektus, tiek demografines paciento charakteristikas, tokias kaip profesija, raidos tarpsnis, religija, socioekonominis statusas.^{41,42,43} Kaip minėta, Europos Žmogaus Teisių Teismas nurodo, kad kiekvienu konkrečiu atveju atsakingos valdžios institucijos turi pasiekti pusiausvyrą tarp pagarbos žmogaus orumui bei apsisprendimo teisei ir būtinybės išsaugoti kitus asmens interesus, ypač situacijose, kuriose žmogus yra itin

³⁷ Ten pat.

³⁸ Vera Lúcia Raposo, “To act or not to act, that is the question: informed consent in a criminal perspective,” *European Journal of Health Law* 19, no. 4 (September 2012): 379–90.

³⁹ Sandra A. Lopez, “Honoring cultural diversity at the end of life,” *Social Work Today* 7, Nr. 6:36

⁴⁰ Natalie Evans et al., “End-of-Life decisions: a cross-national study of treatment preference discussions and surrogate decision-maker appointments,” *PloS One* 8, no. 3 (2013): e57965, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057965>.

⁴¹ Žr. išnašą 34: Lopez, “Honoring cultural diversity at the end of life.”

⁴² H. Russell Searight and Jennifer Gafford, “Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians,” *American Family Physician* 71, Nr. 3 (February 1, 2005): 515–22.

⁴³ Amy Givler, Harshil Bhatt, and Patricia A. Maani-Fogelman, “The importance of cultural competence in pain and palliative care,” in *StatPearls* (Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>).

pažeidžiamas dėl savo negalios ar ligos. Pusiausvyros turi būti siekiama įtvirtinant ir tinkamai organizuojant veiksmingus procesus, užkertančius kelią bet kokiam piktnaudžiavimui sunkia žmogaus padėtimi, užtikrinant jo teises, atitinkančias tarptautinius žmogaus teisių standartus, tame tarpe – suteikiant žmogui galimybę išreikšti savo valią bei poreikius.⁴⁴ Koks valios išraiškos modelis ir apimtis bebūtų pasirinkti valstybėje, Europos Taryba pažymi, jog išankstinius valios pareiškimus galima laikyti esminėmis priemonėmis bendroje suinteresuotų šalių diskusijoje, padedančiomis palaikyti dialogą tarp paciento (ir/arba jo atstovų) ir gydytojo, ar medikų komandos.⁴⁵

Manome, kad sveikatos priežiūros tobulėjimo ir vis didėjančio paslaugų efektyvumo siekio diegiant technokratinio procesų valdymo priemones kontekste, sutarti dėl valios išreiškimo galimybės ir įgyvendinimo yra ne tik pageidautina, bet netgi būtina.

Priešingu atveju, ieškant išeities iš beviltiško gyvybės palaikymo situacijos, stebima tendencija nustatyti ir tokį teisinį režimą, kuris iš esmės leistų nutraukti gyvybę palaikančias priemones net ir nesant išreikštos paciento valios, arba nepaisant paties paciento, ar jį atstovaujančių artimųjų valios.⁴⁶ Atitinkamai, nors sąmoningas gyvybės atėmimas ir būtų laikomas nusikaltimu, užtraukiančiu baudžiamąją atsakomybę, „terapinis susilaikymas“, kai ne tik gydymo, bet ir gyvybę palaikančių priemonių taikymas tam tikromis aplinkybėmis ir pagal nustatytas procedūras gali būti nutrauktas arba nepradedamas, nelaikomas gyvybę atimančiu veiksmu ar neveikimu net ir nesant paciento išreikštos valios ar sutikimo. Europos Žmogaus Teisių Teismas yra pažymėjęs, kad Europos žmogaus teisių konvencijoje numatyta žmogaus teisė į gyvybės neliečiamumą negali būti interpretuojama kaip nustatanti konkrečius reikalavimus, kurių privaloma laikytis tariantis dėl gyvybę palaikančių priemonių taikymo. Valstybės, kurios, veikdamos anksčiau minėtos diskrecijos ribose, įteisina siauru technokratinio požiūriu pagrįstą galimybę gyvybę palaikančias priemones nutraukti net nesant pareikštos paciento valios, paprastai yra nustačiusios detalius reikalavimus sprendimo priėmimo procedūrai. Jei šių reikalavimų yra laikomasi konkrečioje situacijoje, sprendimas, ar toks teisinis režimas ir juo vadovaujantis priimti efektyvumo siekį įgalinantys sprendimai laikytini žmogaus teisės į gyvybę pažeidimu, teismas situacijos nevertintina kaip pažeidžiančios žmogaus teisę į gyvybę.⁴⁷ Manome, kad pagarbos reikalavimas žmogaus orumui ir autonomijai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas neįgyvendinamas, jei nėra žmogaus valios viršenybės, kad ir kokia forma išreiškiamos, įtvirtinimo. Todėl valstybėje turėtų būti imamasi pakankamų priemonių gerinti visų suinteresuotų šalių – sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų, pacientų ir jų artimųjų – bendradarbiavimą, ir kitus, ypač paliatyvosios pagalbos prieinamumo aspektus, tuo pačiu sukuriant palankesnę terpę tolimesnei diskusijai apie paciento valios pareiškimus, jų formas, privalumus, trūkumus ir perspektyvas.

Lietuvoje, dar iki Rekomendacijų paskelbimo, 1997 metais buvo įtvirtinta asmens teisė įstatymų nustatyta tvarka pareikšti nesutikimą būti gaivinamam ištikus kritinei būklei. LR

⁴⁴ A. – M. V. prieš. Suomiją (Nr. 53251/13 2017 m. kovo 23 d.).

⁴⁵ „Rekomendacijos dėl medicininio gydymo sprendimų priėmimo proceso gyvenimo pabaigos situacijose“. Europos Taryba, 2015, <https://edoc.coe.int/en/bioethics/6530-rekomendacijos-del-medicininio-gydymo-sprendimu-priemimo-proceso-gyvenimo-pabaigos-situacijose.html>.

⁴⁶ Violeta BešIrević, “End-of-life care in the 21st century: advance directives in universal rights discourse,” *Bioethics* 24, no. 3 (March 2010): 105–12, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2010.01806.x>.

⁴⁷ Žr. išnašą 31: Lambert ir kiti prieš Prancūziją.

Žmogaus mirties ir kritinių būklių įstatymas numatė, jog galima nepradėti gaivinimo, o pradėjus – jį nutraukti, jeigu pacientas įstatymų nustatyta tvarka yra pareiškęs nesutikimą, kad būtų gaivinamas, ir yra gydytojų konsiliumo pritarimas.⁴⁸ Šios taisyklės galiojimo laikotarpiu praktinis jos pritaikymas nebuvo įmanomas, kadangi nei LR Žmogaus mirties ir kritinių būklių įstatymas, nei kiti įstatymai, ar poįstatyminiai teisės aktai nenumatė nesutikimo būti gaivinamam pareiškimo tvarkos. Tokia padėtis nebuvo teisinga suinteresuotų asmenų atžvilgiu, kadangi valstybėje, įstatymo leidėjo lygmeniu įtvirtinus teisę į apsisprendimą, nesimta tolimesnių veiksmų nustatyti procedūrų ir įpareigojimų, reikalingų tos teisės įgyvendinimui. Siekis išspręsti susidariusią situaciją pasireiškė pasiūlymais tiek visiškai panaikinti apsisprendimo teisę įtvirtinančią nuostatą,⁴⁹ tiek priimti atskirą Eutanazijos įstatymą, nustatantį sąmoningo, tokio įstatymo reikalavimus atitinkančio, terminalinės būklės paciento gyvybės nutraukimo procedūras.⁵⁰ Tuo laikotarpiu, kol projektų inicijavimas ir diskusija baigdavosi politikų nesutarimais, visuomenei trūko informacijos apie išankstinio valios pareiškimo idėją. Nepaisant to, sveikatos priežiūros specialistų nuomonės tyrimas parodė, kad dauguma jų pripažino galimai teigiamą išankstinių valios pareiškimų įtaką sprendimams paskutiniame ligos etape.⁵²

Politinį kompromisą pavyko pasiekti 2019 m., priėmus LR Žmogaus mirties ir kritinių būklių įstatymo pakeitimus,⁵³ nuo 2020 m. sausio 1 d. Lietuvoje galima pasinaudoti išankstinės valios pareiškimo galimybe. Pacientas gali pareikšti rašytinį nesutikimą, kad būtų gaivinamas, ir, jei bus gydytojų konsiliumo sprendimas, kad paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam gaivinimui. Po šio pakeitimo įstatyme ir poįstatyminiuose teisės aktuose apibrėžiama beviltiško gaivinimo sąvoka, numatanti, jog kritinės būklės paciento, „kurio ligos etiopatogenetinių gydymo būdų nėra arba jie jau išnaudoti ir yra objektyvių požymių gyvybines funkcijas užtikrinančios vienos ar kelių organų sistemų negrįžtamo pažeidimo, dėl kurio nėra mediciniškai pagrįstos tikimybės pagerinti arba atkurti paciento gyvybiškai svarbių organizmo funkcijų, buvusių iki kritinės būklės“,⁵⁴ gaivinimas yra laikomas beviltišku.

Sprendimų priėmimo aktyviai dalyvauja įstaigos, kurioje gydomas pacientas, sveikatos priežiūros specialistų komanda, vertinanti paciento būklę ir turinti teisę konstatuoti būklę, kada paciento gaivinimas laikytinas beviltišku. Tokioje situacijoje, net nesant iš anksto pareikštos paciento valios, sveikatos priežiūros specialistai turi galimybę kreiptis į pacientą atstovaujančius artimuosius dėl pritarimo netaikyti beviltiško gaivinimo.

Nors pakeistas teisinis reguliavimas Lietuvoje suteikė galimybę išreikšti valią dėl sveikatos priežiūros paslaugų (gaivinimo) netaikymo gyvenimo pabaigoje, atkreiptinas dėmesys, kad toks sprendimas galimas tik dėl priemonių, taikomų kritinių būklių atžvilgiu. Išankstinio

⁴⁸ LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas, Nr. VIII-157, Žin., 1997-04-09, Nr. 30-712 (1997).

⁴⁹ Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymo pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIP-3672 (2011).

⁵⁰ Eutanazijos įstatymo projektas, Nr. XIP-4142 (2012).

⁵¹ Eutanazijos įstatymo projektas, Nr. XIIP-2071(2) (2015).

⁵² Žr. išnašą 14: Pečiūsis, „Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals,“

⁵³ LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymo Nr. VIII-157 2, 3, 9, 10 Ir 11 straipsnių pakeitimo įstatymas, TAR, 2019-07-24, Nr. 12185

⁵⁴ Žr. išnašą 43: LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas.

apsisprendimo galimybė dėl gyvybę palaikančių priemonių, kurios gali būti taikomos ir iki kritinės būklės, arba iš karto po jos, kol kas nėra aiškiai įtvirtinta. Remiantis LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu, bet kokiai sveikatos priežiūros paslaugai reikalingas paciento arba jį atstovaujančių asmenų sutikimas, atitinkamai, nesant sutikimo, jokios sveikatos priežiūros paslaugos negali būti taikomos, išskyrus būtinąją pagalbą.⁵⁵ Taigi manytina, kad gyvybę palaikančios priemonės, taikomos sveikatos priežiūros specialistų, sveikatos priežiūros įstaigose irgi taikomos tik su paciento sutikimu, arba netaikomos tokio sutikimo nedavus. Kadangi praktikoje įprastai naudojamos LR Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintus reikalavimus paciento informuotam sutikimui⁵⁶ atitinkančios formos, nėra aišku, kokia forma ir pagal kokią procedūrą turėtų būti išreikštas paciento ar jo artimųjų nesutikimas, ypač kai sprendimas gali pagreitinti paciento mirtį. Jas, pagal poreikį, atitinkanti teikiamas paslaugas, galėtų nusistatyti asmens sveikatos priežiūros įstaigos. Tačiau sekančiame skyriuje aptariamų gyvenimo pabaigos sprendimus apibrėžiančių terminų vartojimo neaiškumas ir, atitinkamai, galima teisinė bei moralinė atsakomybė, kelia abejonių dėl realios praktinės minėtų priemonių atsisakymo galimybės. Vis tik, aiškiai įtvirtinus paciento ar jų artimųjų galimybes išreikšti valią neteikti sveikatos priežiūros paslaugų paskutiniame ligos etape, neišvengiamai, toks nesutikimas turėtų būti derinamas su valios dėl beviltiško gaivinimo netaikymo išreiškimo procedūra.

Atsižvelgiant į valios išraiškos įtvirtinimui palankias teisinio reguliavimo tendencijas Lietuvoje, įtvirtinus beviltiško gaivinimo atsisakymą, manome, kad būtina toliau diskutuoti ir dėl įvairesnių valios išraiškos aspektų poreikio ir priimtino, bei įgyvendinimo procedūrų atitikimo žmogaus teisėms, orumo apsaugos ir bioetikos principams.

ATSAKOMYBĖ UŽ SUNKIA IR NEPAGYDOMA LIGA SERGANČIO ŽMOGAUS GYVYBĖS ATĖMIMĄ

Kaip paaiškėjo pirmų dviejų Rekomendacijose siūlomų priemonių analizėje, Europos Tarybos valstybių įgyvendinamoje žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos sistemoje, be orumo užtikrinimo ir teisės į gyvybę apsaugos, taip pat randame reikalavimus gerbti asmens autonomiją ir įtvirtinti laisvo apsisprendimo galimybes. Tai turi būti įgyvendinama realiai užtikrinant, kad paciento valios išraiškai ir sprendimų priėmimui nustatytos procedūros maksimaliai apsaugotų pacientą nuo piktnaudžiavimo bei manipuliavimo jo pažeidžiamumu ir bejėgiškumu. Nors Europos Žmogaus Teisių Teismas akcentuoja kolektyvinio sprendimo procedūros ir detalumo svarbą, vertėtų pabrėžti ir tai, kad gerbiant žmogaus orumą ir jo teisę į gyvybę, valios pareiškimo ir įgyvendinimo procesas neturėtų padėti siekti kitų, nei paciento apsisprendimo įgyvendinimo, tikslų.

Europos Žmogaus Teisių Teismas žmogaus teisės į gyvybę ir orumo apsaugos klausimais yra pasisakęs ne vienoje byloje, kurioje vertinama aktyvios eutanazijos arba padėjimo nusižudyti galimybė ir aptariamai su atitinkamomis situacijomis susiję teisės nebūti kankinamam, bei

⁵⁵ LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Nr. I-1562, Žin. 1996-10-23, Nr. 102-2317.

⁵⁶ „Dėl sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo,“ LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-184, Žin., 2010-03-16, Nr. 30-1392.

privataus gyvenimo neliečiamumo aspektai. Vienoje pirmųjų, teismo praktiką šioje srityje formuojančioje ir plačiai cituojamoje byloje *Pretty* prieš Jungtinę Karalystę nurodoma, kad žmogaus teisė į gyvybę negali būti paneigta, tačiau ją tenka derinti ir su žmogaus teise į privataus gyvenimo neliečiamumą, kurios turinys apima žmogaus galimybę turėti asmeninę gyvenimo kokybės sampratą. Sprendime pažymima, kad medicinos pažanga ir ilgėjanti gyvenimo trukmė daugeliui žmonių kelia rūpestį, kaip vėlyvame amžiuje ar sunkioje fizinėje ir psichinėje būklėje, nebūti priverstiems įstrigti beviltiškoje padėtyje, kadangi tai būtų nesuderinama su asmens tapatybės ir orumo suvokimu. Atitinkamai, neneigiama ir žmogaus apsisprendimo nutraukti savo gyvybę teisės, kaip privataus ir savarankiško apsisprendimo, bet tik su ta sąlyga, kad toks apsisprendimas yra kylantis iš laisvos valios, ir asmuo gali pats atlikti veiksmus, reikalingus sprendimo įgyvendinimui. Kadangi šioje byloje į Europos Žmogaus Teisių Teismą kreipėsi paskutinės stadijos nepagydoma neurodegeneracine liga sirgusi moteris, teismas nelaiškė, jog valstybėje numatyta baudžiamoji atsakomybė nusižudyti padedančiam asmeniui (byloje – pareiškėjos sutuoktiniui), pažeidžia teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą.⁵⁷ Vėlesnėje byloje, *Haas* prieš Šveicariją, asmuo, sergantis sunkia bipolinio sutrikimo forma, bet neatitinkantis Šveicarijoje nustatytų galimybės taikyti eutanaziją kriterijų, reikalavo pripažinti valstybę pažeidus jo teisę į privataus gyvenimo neliečiamumą, nes jam nebuvo išrašytas receptas įsigyti mirtiną dozę preparato, kurią jis būtų galėjęs panaudoti savižudybei. Europos Žmogaus Teisių Teismas šioje byloje taip pat nepripažino privataus gyvenimo neliečiamumo pažeidimo sistemos, kurioje nesudaromos pareiškėjo reikalaujamos palankios sąlygos savižudybei, ir priėjo išvados, jog valstybėje įtvirtintu recepto reikalavimu siekiama teisėto tikslo apsaugoti asmenis nuo skubotų sprendimų ir įvairių piktnaudžiavimo būdų, tuo pačiu saugant visuomenės sveikatą ir užkertant kelią nusikalstamumui.⁵⁸ Panašūs argumentai dėl galimo privataus gyvenimo neliečiamumo pažeidimo suformuluoti ir byloje *Koch* prieš Vokietiją.⁵⁹

Aptartuose sprendimuose Europos Žmogaus Teisių Teismas, vėl gi, pripažįsta plačią Europos Tarybos valstybių diskreciją nacionalinėje teisėje nustatyti balansą tarp žmogaus gyvybės apsaugos ir galimo apsisprendimo nutraukti savo gyvybę dar kartą pažymint, kad pagarba žmogaus gyvybei ir orumui įpareigoja nustatyti tokias sąlygas, kad su gyvybės pabaiga susiję sprendimai būtų priimami visiškai laisvai.

Rekomendacijų numatytos priemonės apsaugoti sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergančius pacientų orumą draudžiant atimti nepagydoma sunkia liga sergančio ar mirštančio asmens gyvybę, kartu pripažįstant, kad tokio asmens noras mirti savaime negali būti teisėtu pagrindu atimti jo gyvybę, suponuoją, jog apsisprendimas dėl gyvenimo pabaigos negali būti visiškai laisvas tada, kai valios įgyvendinimas neapsieitų be didesnio ar mažesnio aplinkinių įsikišimo.

Lietuvoje sunkiai sergančio ar mirštančio ligonio gyvybės atėmimas gali būti vertinamas pagal LR Baudžiamojo kodekso nuostatas, numatančias bausmes už nužudymą (129 str.) arba padėjimą nusižudyti beviltiškai sergančio asmens prašymu. (134 str.)⁶⁰ Šių straipsnių taikymo aspektai priklauso ne tik nuo nukentėjusiojo ar kaltinamojo valios ir ketinimų konkrečioje

⁵⁷ *Pretty* prieš Jungtinę Karalystę (Nr. 2346/02 2002 m. balandžio 29 d.).

⁵⁸ *Haas* prieš Šveicariją, (Nr. 31322/07 2011 m. sausio 20 d.).

⁵⁹ *Koch* prieš Vokietiją, (Nr. 497/09 2012 m. gruodžio 17 d.).

⁶⁰ LR Baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas. Baudžiamasis kodeksas, Nr. VIII-1968, Žin. 2000-10-25, Nr. 89-2741.

situacijoje, bet ir nuo sąvokų, kuriomis įvardijami sprendimai dėl gyvenimo pabaigos ir jų įgyvendinimo, naudojimo ypatumų.

Šis sąvokų klausimas baudžiamosios atsakomybės kontekste gana detaliai analizuotas mokslinėse publikacijose, siekiant etiškai ir teisiškai įvertinti ankstesniame skyriuje aptartus valios pareiškimus bei jų įgyvendinimo būdus. Esminis diskusijų objektas yra susijęs su sąvokų vartojimu ir jų turinio aiškinimu. Su sunkios ir nepagydomos ligos paskutiniame etape nenatūraliai arba nutraukiant gyvybės palaikymo priemones, atėjusiu gyvenimo pabaigos momentu, siejamos gyvybės atėmimo (nužudymo), mirties sukėlimo, padėjimo nusižudyti, aktyvios arba pasyvios eutanazijos, gydymo ir gyvybę palaikančių priemonių nutraukimo sąvokos. Rekomendacijose siūloma drausti ir numatyti atsakomybę už sąmoningą gyvybės atėmimą nesant įteisintų procedūrų ir pagrįstą vien paciento noru mirti. Lietuvos mokslininkai, vertindami mirštančio asmens valios įgyvendinimo galimybes Lietuvoje, kol kas nesutaria – vieni teigia, kad pagal LR Baudžiamąjį kodeksą tik aktyvūs veiksmai (pvz. suleidžiant mirtiną injekciją) būtų vertinami kaip neteisėtas gyvybės atėmimas, o susilaikymas nuo gaivinimo ir gyvybę palaikančių priemonių, arba jų nutraukimas, nesukeltų neteisėtų padarinių, jei tokiu būdu būtų paisoma paciento nesutikimo gauti sveikatos priežiūros paslaugas.⁶¹ Kiti mano, kad tiek veiksmai, tiek neveikimas, jei tuo sąmoningai siekiama mirties sukėlimo, yra laikomi aktyvia arba pasyvia eutanazija⁶², kurios priimtimumo klausimas Lietuvoje nėra vienareikšmiškai išspręstas. Pripažįstama, kad eutanazija yra vienas iš klausimų, dėl kurių teisės moksle ir teismų praktikoje kyla diskusijų dėl nužudymo požymių ir apskritai, nužudymo sampratos,⁶³ todėl, vertinant baudžiamąją atsakomybę, siūloma atsižvelgti į eutanazijos socialinę reikšmę ir pasitelkti tokiu atveju tinkamus baudžiamosios teisės institutus – būtinajį reikalingumą arba priežastinio ryšio tarp veikos ir padarinių pripažinimą mažareikšmiu.⁶⁴

Verta pritarti A. Narbekovui, kad skirtingai ir ne visada tiksliai vartojamų sąvokų problema gali atvesti prie klaidingo situacijos suvokimo ir, netgi, etiškai ar moraliai nepriimtinos praktikos pateisinimo. Tačiau tenka pastebėti, kad autorius, atskirdamas neefektyvaus ir našta pacientui tapusio gydymo nutraukimą, kaip pateisinamą veiksma, nuo gyvybę palaikančių priemonių atsisakymo įgyvendinimo, kurį laiko eutanazija, nevertina Lietuvoje įtvirtintų nuostatų, numatančių paciento teisę sutikti ar nesutikti ne tik dėl gydymo, bet ir dėl bet kokių kitų sveikatos priežiūros paslaugų, nelaikomų aktyviu gydymu, teikimo. Taip pat nevisiškai aiškus mirties nuo ligos sukeltų pasekmių (atsisakius gydymo) ir mirties dėl gyvybę palaikančių priemonių atsisakymo ir nutraukimo, kaip kad teisėto paciento noro įgyvendinimo ir pasyviosios eutanazijos, skirtumas.⁶⁵ Turint mintyje, kad daugeliu atvejų gyvybės palaikymo poreikis taip pat yra ligos sukelta pasekmė, kyla klausimas, ar gyvybę palaikančios priemonės tuo pačiu nėra ir gyvybę dirbtinai (nepaisant ligos sukeltų negrįžtamų pasekmių) pratęsiančios priemonės, kurių

⁶¹ Mantas Liesis, „Baudžiamosios atsakomybės už aktyviają eutanaziją ir padėjimą nusižudyti reglamentavimas Lietuvos, Vokietijos ir Olandijos baudžiamuosiuose kodeksuose“, *Teisė* Nr. 54 (2005): 98–109.

⁶² Žr. išnašą 15: Narbekovas, „Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas“.

⁶³ Albertas Milinis, Agnė Baranskaitė, and Armanas Abramavičius, „Probleminiai žmogaus gyvybės pradžios ir pabaigos klausimo aspektai nužudymo kontekste“, *Jurisprudencija* Nr. 18 (2011).

⁶⁴ Žr. išnašą 16: Liesis, „Baudžiamosios atsakomybės už eutanaziją netaikymo galimybės“.

⁶⁵ Andrius Narbekovas, „Eutanazijos terminų vartojimo bioetikoje bei teisėje problematika Lietuvoje“, *Jurisprudencija*, Nr. 114 (2008): 27–35.

taikymas, vėl gi, turėtų būti reguliuojamas remiantis aiškiai nustatytais visuomenės poreikiais ir išreikšta paciento valia. Kaip minėta ankstesniame skyriuje, Lietuvoje neseniai įtvirtinta galimybė atsisakyti ir netaikyti gaivinimo procedūrų, jei, atsižvelgiant į paciento būklę, gaivinimas būtų beviltiškas.⁶⁶ Beviltiškas gaivinimas nereiškia, kad paciento nepavyktų atgaivinti apskritai. Galimai pavykus atgaivinti, dėl kelių organizmo sistemų veiklos negrįžtamų sutrikimų, yra pagrindo manyti, kad efektas būtų trumpalaikis ir netrukus pacientas vėl patektų į kritinę būklę. Specialiu įstatymu įtvirtinus aiškia procedūrą, pagrįstą paciento ar jo atstovų išreikšta valia, jos įgyvendinimas nėra užtraukiantis atsakomybę, numatytą už nusikaltimus žmogaus gyvybei, bei atitinka Rekomendacijas, pagal kurias atsakomybė turėtų kilti tada, kai sąmoningi gyvybę atimantys veiksmai (arba neveikimas) yra neįteisinti ir įgyvendinami vien paciento noro mirti pagrindu. Atitinkamai, reiktų diskutuoti ir dėl gyvybę palaikančių priemonių taikymo reguliavimo. Jei jų tikslas yra tik neleisti pacientui patirti kančių, galbūt, tą patį efektą galima pasiekti ir su nuskausminamosiomis priemonėmis, dirbtinai nepratęsiant žmogaus gyvybės, kurios jis jau būtų netekęs dėl ligos sukeltų padarinių.

Apibendrinant diskusiją dėl sprendimų gyvenimo pabaigoje įgyvendinimo priimtumo ir teisėtumo vertinimo, manome, kad siekiant nuspręsti, kokias teisės normas ir procedūras privalo nustatyti valstybė, kaip tinkamai subalansuotą kompromisą tarp žmogaus teisės į gyvybę ir orumo apsaugos bei asmens autonomijos ir teisės į privataus gyvenimo neliečiamumą – būtina išsiaiškinti visuomenės poreikius. Todėl, pirmiausia, reikia atidžiai įvertinti sunkiomis ir nepagydomomis ligomis sergančių pacientų bei jų artimųjų prioritetus, kuriais būtų galima remtis toliau diskutuojant apie šiame skyriuje aptartus sprendimus ir jų įgyvendinimo priemonių moralinį, etinį ir teisinį priimtumą.

IŠVADOS

1. Siekiant išsaugoti sergančio žmogaus orumą gyvenimo pabaigoje, būtina sudaryti palankias sąlygas sunkiai sergantiems žmonėms naudotis jų teisėmis bei laisvėmis, dalyvauti planuojant savo sveikatos priežiūrą visuose ligos etapuose, gauti reikalingas ir kokybiškas sveikatos priežiūros ir socialines paslaugas. Pasiiekti šio tikslo sveikatos priežiūroje, reikia ne tik susitarimo ir išmanymo apie tai, koks yra pacientų teisių turinys, bet ir realių organizacinių sąlygų, specialistų gebėjimų ugdymo, kad žmogaus teisės ir orumo nežeminančios sąlygos būtų realiai užtikrinamos kokybiška sveikatos priežiūra, tame tarpe ir priimtomis bei prieinamomis paliatyviosios pagalbos paslaugomis.
2. Žmogaus orumo koncepcija suponuoja idėją apie kiekvieno žmogaus unikalumą, neįkainojamą vertę ir išskirtinumą, skirtingai nuo technokratinio požiūrio, vertinančio, pirmiausia, gydymo poreikį, kaštus, ar sveikatos profesionalo funkcijas. Technokratinis požiūris mato žmoguje tik funkciją, priedermę ar priemonę, tuo tarpu jo vidinė būseną, jo dvasinis arba psichinis gyvenimas tarsi tampa antraeilium, nereikšmingu, niekam neįdomiu atributu. Manome, kad žmogaus orumas neturėtų priklausyti nuo ligos sunkumo lygio ar ribotų išgijimo galimybių.

⁶⁶ Žr. išnašą 43: LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas.

Todėl valstybė, nustatydamą su gyvenimo pabaigos sprendimais susijusių galimybių ir procedūrų reguliavimą, turi pasiekti pusiausvyrą tarp pagarbos žmogaus orumui bei apsisprendimo teisei, ir būtinybės išsaugoti kitus pažeidžiamų asmenų bei visuomenės interesus. Pusiausvyros turi būti siekiama užkertant kelią piktnaudžiauti sunkiai sergančių asmenų padėtimi, siekiant su žmogaus orumu nesuderinamų tikslų.

3. Nustatant galimybes atsisakyti gydymo, gyvybės palaikymo ar gaivinimo procedūrų ir tokią atsisakymą įgyvendinti, yra itin svarbu susitarti dėl tikslo ir vieningo teisinių sąvokų vartojimo, bei įtvirtinti vieša diskusija bei tyrimais atskleistus visuomenės poreikius atitinkantį reguliavimą, įtvirtinantį atitinkamų veikų teisėtumą arba baudžiamumą. Aiškesnė visuomeninių vertybių ir pacientų bei jų artimųjų poreikius atitinkančių sąlygų integracija į sveikatos paslaugas ir sveikatos profesionalų bei pacientų santykius reglamentuojančias teisės normas, galėtų ženkliai prisidėti prie žmogaus orumo apsaugos įgyvendinimo ne tik paliatyvosios pagalbos paslaugų teikime, bet ir visose kitose sveikatos priežiūros srityse.

ŠALTINIŲ SĄRAŠAS

Teisės aktai

1. „Dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo“ LR Vyriausybės nutarimas Nr. 737, Žin. 2004-06-17, Nr. 95-3501.
2. „Dėl paliatyvosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14, Žin., 2007-01-18, Nr. 7-290.
3. „Dėl sutikimo dėl sveikatos priežiūros paslaugų teikimo formos reikalavimų aprašo patvirtinimo,“ LR Sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-184, Žin., 2010-03-16, Nr. 30-1392.
4. Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, Žin., 1995-05-16, Nr. 40-987.
5. Eutanazijos įstatymo projektas, Nr. XIP-4142 (2012).
6. Eutanazijos įstatymo projektas, Nr. XIIP-2071(2) (2015).
7. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus Teisių Ir Biomedicinos Konvencija), Žin., 2002-10-09, Nr. 97-4258.
8. LR Baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas. Baudžiamasis kodeksas, Nr. VIII-1968, Žin. 2000-10-25, Nr. 89-2741.
9. LR Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Nr. I-1562 Žin. 1996-10-23, Nr. 102-2317.
10. LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas, Nr. VIII-157, Žin., 1997-04-09, Nr. 30-712.

11. LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymo Nr. VIII-157 2, 3, 9, 10 Ir 11 straipsnių pakeitimo įstatymas, Žin., 2019-07-24, Nr. 12185
12. „Rekomendacijos dėl medicininio gydymo sprendimų priėmimo proceso gyvenimo pabaigos situacijose“. Europos Taryba, 2015, <https://edoc.coe.int/en/bioethics/6530-rekomendacijos-del-medicininio-gydymo-sprendimu-priemimo-proceso-gyvenimo-pabaigos-situacijose.html>.
13. „Recommendation 1418 (1999) of the Committee of Ministers to Member States on Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying,” 1999. <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en>.
14. „Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to Member States on the Organisation of Palliative Care”. Council of Europe, 2003, [https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).
15. Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymo pakeitimo įstatymo projektas Nr. XIP-3672 (2011).

Teismų praktika

16. A. – M. V. prieš. Suomiją (Nr. 53251/13 2017 m. kovo 23 d.).
17. Bouyid prieš Belgiją (Nr. 23380/09 2015 m. rugdėjo 28 d.).
18. Haas prieš Šveicariją, (Nr. 31322/07 2011 m. sausio 20 d.).
19. Koch prieš Vokietiją, (Nr. 497/09 2012 m. gruodžio 17 d.).
20. Lambert ir kiti prieš Prancūziją, (Nr. 46043/14 2015 m. gegužės 6 d.).
21. Pretty prieš Jungtinę Karalystę (Nr. 2346/02 2002 m. balandžio 29 d.).

Specialioji literatūra

22. Aslan, Hakime and Dundar, Mehmet, „Intensive Care Nurses’ Attitudes toward the ‘dying with Dignity’ Principles and Affecting Factors,” *Annals of Medical Research* 27, no. 11 (2020).
23. Bagaric, Mirko, and James Allan. „The vacuous concept of dignity,” *Journal of Human Rights* 5, Nr. 2 (July 2006): 257–70, <https://doi.org/10.1080/14754830600653603>.
24. BešIrević, Violeta. „End-of-life care in the 21st century: advance directives in universal rights discourse,” *Bioethics* 24, no. 3 (March 2010): 105–12, <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2010.01806.x>.
25. Bovero, Andrea et al., „A Qualitative Study to Explore Healthcare Providers’ Perspectives on End-of-Life Patients’ Dignity. How Can Dignity Be Defined, and Which Strategies Exist to Maintain Dignity?,” *Journal of Cancer Education*, June 25, 2020, <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01808-z>.

26. Butėnienė, Danutė ir Kalibatienė, Danutė. „Onkologinių pacientų gyvenimo kokybės ir vidinės darnos sąsajos esant paliatyviai priežiūrai,“ *Medicinos teorija ir praktika* Nr. 18 (4.1) (2012).
27. Chochinov, Harvey Max. „Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued,“ *JAMA* 287, no. 17 (May 1, 2002): 2253, <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2253>.
28. Danusevičienė, Lina. „Namuose teikiamos integralios pagalbos asmenims, turintiems specialųjį nuolatinės slaugos poreikį, veiksmingumo įvertinimas“. *Daktaro disertacija* (Biomedicinos mokslai, slaugos kryptis (10B), Kaunas, Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, 2016 m.).
29. Davies, Elizabeth, and Irene J Higginson, eds., *Better palliative care for older people*, Healthy Cities 21st Century (Copenhagen, 2004), https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf.
30. Dunleavy, Patric, and Brendan O’Leary. *Valstybės Teorijos. Liberaliosios Demokratijos Politika*. Eugrimas, 1999.
31. Evans, Natalie, H. Roeline Pasman, Tomás Vega Alonso, Lieve Van den Block, Guido Miccinesi, Viviane Van Casteren, Gé Donker, et al. „End-of-Life decisions: a cross-national study of treatment preference discussions and surrogate decision-maker appointments,“ *PloS One* 8, no. 3 (2013): e57965, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0057965>.
32. Givler, Amy, Harshil Bhatt, and Patricia A. Maani-Fogelman. „The importance of cultural competence in pain and palliative care,“ in *StatPearls* (Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2020), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493154/>.
33. Herring, Jonathan. „Where are the carers in healthcare law and ethics?,“ *Legal Studies* 27, Nr. 1 (March 1, 2007): 51–73, <https://doi.org/10.1111/j.1748-121X.2006.00037.x>.
34. Igai, Yasuko. „Concept Analysis of Dignity-centered Care for People with Chronic Progressive Disease,“ *Japan Journal of Nursing Science* 17, no. 2 (April 2020), <https://doi.org/10.1111/jjns.12302>.
35. Juškevičius, Jonas and Janina Balsienė. „Human rights in healthcare: some remarks on the limits of the right to healthcare,“ *Jurisprudencija* Nr. 122 (2010): 95–110.
36. Liesis, Mantas. „Baudžiamosios atsakomybės už aktyviąją eutanaziją ir padėjimą nusižudyti reglamentavimas Lietuvos, Vokietijos ir Olandijos baudžiamuosiuose kodeksuose“, *Teisė* Nr. 54 (2005): 98–109.
37. Liesis, Mantas. „Baudžiamosios atsakomybės už eutanaziją netaikymo galimybės“. *Teisės problemos* Nr. 1 (2009)
38. Lopez, Sandra A. „Honoring cultural diversity at the end of life,“ *Social Work Today* 7, Nr. 6:36
39. Milinis, Albertas, Baranskaitė, Agnė ir Abramavičius, Armanas „Probleminiai žmogaus gyvybės pradžios ir pabaigos klausimo aspektai nužudymo kontekste,“ *Jurisprudencija* Nr. 18 (2011).
40. Narbekovas, Andrius. „Eutanazijos terminų vartojimo bioetikoje bei teisėje problematika Lietuvoje,“ *Jurisprudencija*, Nr. 114 (2008): 27–35.

41. Raposo, Vera Lúcia. „To act or not to act, that is the question: informed consent in a criminal perspective,” *European Journal of Health Law* 19, no. 4 (September 2012): 379–90.
42. Searight, H. Russell, and Jennifer Gafford. „Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians,” *American Family Physician* 71, Nr. 3 (February 1, 2005): 515–22.
43. Šeškevičius, Arvydas. *Paliatyviosios pagalbos pokyčiai lietuvoje*. Lietuvos Paliatyviosios medicinos draugija, 2015 m.
44. Šurkienė Genė, Stukas Rimantas, Alekna Vidmantas ir Melvidaitė Agnė, „Populiacijos senėjimas kaip visuomenės sveikatos problema“. *Gerontologija* 13(4) (2012).
45. Thomas, Laura. *Global state of pain treatment: access to medicines and palliative care*. New York, NY: Human Rights Watch, 2011

Internetiniai šaltiniai

46. ECIS - European Cancer Information System. <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/index.php>.
47. „Population Structure and Ageing.” Eurostat, 2019. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing.
48. Narbekovas, Andrius. „Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas“, *Bernardinai.lt*, <https://www.bernardinai.lt/2018-01-08-pasyvios-eutanazijos-ir-uzsispyrelisko-gydymo-netaikymo-skirtumas/>.
49. Peicius, Eimantas, Aurelija Blazeviciene, and Raimondas Kaminskas. „Are advance directives helpful for good end of life decision making: a cross sectional survey of health professionals,” *BMC Medical Ethics* 18, Nr. 1 (December 2017): 40, <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0197-6>.

SUMMARY

THE PROTECTION OF THE DIGNITY OF TERMINALLY ILL PERSONS – REQUIREMENTS IN INTERNATIONAL AND NATIONAL LAW, AND THE PECULIARITIES OF THEIR IMPLEMENTATION IN PRACTICE

The issues concerning human rights and freedoms in the field of health care are of utmost relevance and require particular attention. Especially as ageing of population, advancement of

biomedicine, a better quality of health services and a whole range of other factors lead to longer life expectancy, require more health resources and, at the same time, open new legal and ethical dilemmas in dealing with the decisions about the end-of-life care. At the last stage of illness and life of patients, the aspects of quality of life, the burden of caregivers, social and financial needs cannot be ignored. Various studies show that people stricken with serious and incurable diseases also face obstacles to the implementation of human rights, such as exclusion, discrimination, inaccessible essential care, and other healthcare services. Therefore, one of the fundamental issues in this area is finding the best way to ensure the dignity of patients in the final stages of life, which is an essential background to the full application of fundamental rights and freedoms of every person.

In line with the Council of Europe's recommendations on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying, we sought to clarify the application of the measures proposed in the recommendations in accordance with international and national law as well as with the ethical principles of medical practice.

When assessing research studies, health policy, and the development of legal regulation in Lithuania, it was found that the actual protection of human rights and dignity in health care requires, first of all, unambiguous legal provisions and subsequently sufficient organizational measures, the continuous education of medical practitioners, in order that human rights and non-degrading conditions for human dignity are guaranteed by ensuring good quality of health care, including acceptable and accessible palliative care.

According to the obligations of the State to protect human rights and the case-law of the European Court of Human Rights, there must be a balance found between respect for human dignity and the right to self-determination while establishing the regulation of options and procedures relating to end-of-life decisions. At the same time, the need for preserving other interests of vulnerable persons and society cannot be ignored. That is why the prevention of the abuse of seriously ill persons, which may arise in the care system while pursuing the objectives incompatible with human dignity, is also essential.

It is necessary to agree on the precise and unified use of legal concepts when determining the possibilities to refuse treatment, life support, or resuscitation procedures, and to establish a regulation that meets the needs of society, which can be disclosed through the public debate and research. A comprehensive integration of societal values and conditions, that meet the needs of patients and their caregivers, into the provision of health services, and into the legal rules, governing the relationship of patients and healthcare providers, could make a significant contribution to the implementation and the protection of human dignity, not only in the provision of palliative care, but also in all other areas of health care services.

KEY WORDS

Human dignity, palliative care, advance directives, quality of healthcare.