

Эвтаназия и суицид при содействии врача: точка зрения рабочей группы по этике ЕАПП

(Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force)

Lars Johan Materstvedt, David Clark, John Ellershaw, Reidun Førde, Anne-Marie Boeck Gravgaard, H Christof Muller-Busch, Josep Porta i Sales и Charles-Henri Rapin

Перевод статьи, впервые опубликованной в «Европейском журнале паллиативной помощи» (EJPC), март/апрель 2003г., Том 10, № 2, С.36-66. Публикуется с разрешения издателей EJPC, которые сохраняют авторское право. Все права защищены. Хейворд Групп Лтд. www.ejpc.eu.com

Translated from the article first published in the European Journal of Palliative Care March/April 2003, Volume 10, Number 2: 63-66. Kindly reproduced by permission of the publishers of the EJPC, who retain the copyright. All rights reserved. Hayward Group Ltd. www.ejpc.eu.com

Предисловие

Дебаты в Европейском Парламенте по вопросу эвтаназии, разгоревшиеся в 1991 г., стимулировали обсуждение этой проблемы на всех уровнях в Европе. В связи с этим Совет директоров Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП) созвал рабочую сессию, пригласив двух экспертов, чтобы определить позицию ассоциации по отношению к эвтаназии. Эксперты работали совместно с Советом директоров над созданием документа, и в 1994г. ЕАПП опубликовала своё первое положение, *Об эвтаназии*, в официальном журнале ЕАПП «Европейском журнале паллиативной помощи».¹ В феврале 2001г. Совет директоров ЕАПП предложил экспертам сформировать рабочую группу с целью изучения этого вопроса и подготовки заключения для ассоциации.

За прошедшие годы произошли значительные изменения и достижения в области паллиативной помощи, часто проводились порой противоречивые дискуссии по поводу эвтаназии и самоубийства при содействии врача. В некоторых странах произошло обновление законодательной базы.

Важное значение имеет то, что ЕАПП принимает участие в публичных дебатах по этим вопросам, особенно в то время, когда политика и юриспруденция занимают все большее место в современной жизни Европы. Это требует тщательного и непрерывного обсуждения. Это не простая задача, так как эвтаназия и самоубийство при содействии врача сегодня входят в число наиболее важных и сложных этических вопросов в области здравоохранения. Этот документ написан по материалам текущих дискуссий и с точки зрения перспективы развития паллиативной помощи.

Следует отметить, что большинство пациентов, получающих паллиативную помощь, - это больные раком. В Европе, к сожалению, только незначительное число, меньшинство инкурабельных больных раком имеет возможность получить специализированную паллиативную помощь. В то же время около 86% пациентов, умирающих в результате акта эвтаназии или самоубийства при содействии врача в Нидерландах, это тоже больные раком.²

Исторические тенденции и современная ситуация

Существенные события, связанные с вопросом легализации эвтаназии и суицида при содействии врача (ССВ), происходили в разных странах мира. В 1996г. впервые в истории демократическое правительство приняло закон, который легализовал осуществление эвтаназии и ССВ, при определенных обстоятельствах - Поправка к закону 1996 «Права терминальных больных», Северная Территория, Австралия³. Этот закон, однако, был признан недействительным в связи с тем, что Парламент Австралии в 1997г. принял поправку к Закону 1978 Северной Территории Содружества (самоуправление)⁴. В этом же году ССВ (но не эвтаназия) был легализован законом «О смерти с достоинством» в штате Орегон.⁵ В апреле 2001г. Вторая палата Голландского Парламента внесла необходимые изменения в Уголовный кодекс, признав и эвтаназию, и ССВ легальными актами при определённых обстоятельствах,^{6,8} этот закон принял силу в апреле 2002г.^{7,9} Вскоре этому примеру последовала Бельгия: Палата представителей Федерального парламента проголосовала за легализацию эвтаназии 16 мая 2002г.¹⁰

В целом в Европе в последние 10 лет попытки легализовать эвтаназию через парламентские процессы предпринимались нечасто. На самом деле во многих европейских странах против легализации эвтаназии выступают многочисленные профессиональные ассоциации врачей, медицинских, других специалистов, а также службы паллиативной помощи.

Концепции и определения

В этом документе представлены определения «паллиативной помощи», «эвтаназии» и «суицида при содействии врача». Первое было впервые предложено ЕАПП и в дальнейшем дополнено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). В нем отражены некоторые основные нормы и ценности паллиативной помощи. В других двух определениях ничего не говорится о нормах и ценностях тех явлений, которые они определяют. Когда применительно к эвтаназии используется выражение «убийство по просьбе», это - техническое описание акта, который осуществляется посредством инъекции барбитуратов для введения больного в состояние комы; после чего производится инъекция нейромышечного релаксанта с целью остановки дыхания, что приводит к смерти. Может или нет эвтаназия быть *оправданным (справедливым)* убийством по просьбе - другой вопрос, который будет рассмотрен ниже. Здесь, следовательно, существует тонкое разграничение, между тем, что «есть» и что «должно» быть.¹¹

Паллиативная помощь

Паллиативная помощь в Европе является развивающейся и признанной областью здравоохранения. Но вместе с этим продолжаются дебаты о том, что входит в понятие паллиативной помощи, и «где она начинается и заканчивается» (стадия и вид заболевания, прогноз, место оказания помощи).^{12,13} В подходах к паллиативной помощи и в способах ее организации существуют региональные, национальные и культурные различия. Эти различия оказывают влияние и на клиническую практику.¹⁴

Тем не менее, одно конкретное определение паллиативной помощи оказало объединяющее воздействие на различные движения и организации паллиативной помощи во многих европейских странах. Весной 1989г. ЕАПП в своем первом информаци-

онном письме опубликовала определение паллиативной помощи,¹⁵ которое было одобрено ВОЗ и опубликовано в документе «Обезболивание при раке и паллиативная помощь» (*Cancer Pain Relief and Palliative Care*).¹⁶ Позднее появилось новое модифицированное определение ВОЗ:¹⁷

Паллиативная помощь – подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий посредством раннего выявления и тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания поддержки в решении психосоциальных и духовных проблем.

Паллиативная помощь:

- утверждает жизнь и считает умирание естественным процессом
- не имеет намерения ни приближать, ни отдалять наступление смерти
- интегрирует психологические и духовные аспекты помощи пациенту
- предлагает систему поддержки, позволяющую пациенту жить насколько возможно активно до самой смерти
- предлагает систему поддержки членов семьи больного, позволяющую им справиться с трудностями во время его болезни и в период тяжелой утраты
- использует командный подход для удовлетворения всех потребностей больного и членов его семьи, в том числе при необходимости консультирование в период тяжелой утраты
- улучшает качество жизни и может также оказать положительное влияние на течение болезни
- применяется на ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами лечения, предназначенными для продления жизни больного, такими как химиотерапия или лучевая терапия, и включает в себя проведение исследований, необходимых для диагностики и купирования тяжелых клинических осложнений.

Медикаментозное убийство, прекращение/отказ от бесполезного лечения и «терминальная седация»

Было сформулировано много определений эвтаназии и ССВ. Но ни одно из нижеприведенных не должно считаться правильным определением эвтаназии в рамках определений, предложенных в данном документе:

- отказ от назначения/осуществления бесполезного лечения;
- отмена бесполезного лечения;
- «терминальная седация» (использование седативных препаратов для облегчения невыносимого страдания в последние дни жизни).

Медикаментозное убийство человека без его согласия, будь то в случае, когда больной не в состоянии дать согласие, или осуществленное против его воли – не является эвтаназией: это убийство. Таким образом, эвтаназия может быть только добровольной.^{18,19} Поэтому от часто используемого термина «добровольная

эвтаназия», следуя логике, необходимо отказаться, так как оно неправильно предполагает, что существуют формы недобровольной эвтаназии. В литературе, также как и в общественных дебатах, проводится различие между так называемой «активной» и «пассивной» эвтаназией. Мы считаем, что такое разделение является неуместным. В нашей интерпретации, также как и в голландском определении,^{20,21} эвтаназия активна по определению, и поэтому термин «пассивная» эвтаназия противоречит самому определению эвтаназии, другими словами, такого быть не может.

Рекомендуется принять следующие определения:

Эвтаназия – это убийство по просьбе, происходит, когда врач преднамеренно убивает пациента путём применения лекарственных средств в ответ на добровольную просьбу этого дееспособного пациента.

Суицид при содействии врача осуществляется, когда врач преднамеренно помогает больному совершить суицид путём обеспечивая его медикаментами для самостоятельного применения в ответ на добровольную просьбу этого дееспособного пациента.

Основные положения

ЕАПП считает своим долгом обратить особое внимание на необходимость оказания помощи пациентам с инкурабельными заболеваниями в соответствии с определением паллиативной помощи,¹⁷ данным ВОЗ (2002). Целью паллиативной помощи является предупреждение или уменьшение страдания и чувства безнадежности у больных в конце жизни. Уважение автономии пациента – важная цель паллиативной помощи, которая направлена на усиление и восстановление автономии, а не ее уничтожение.

Доступ нуждающихся к паллиативной помощи высокого качества должен осуществляться в рамках национальных и международных программ, что позволит обеспечить ресурсами компетентных специалистов различного профиля, работающих в области паллиативной помощи в Европе.

РАБОЧАЯ ГРУППА ПО ЭТИКЕ ПРИНИМАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ПОЗИЦИЮ:

1. Следует признать, что в Европе возникают различные подходы к эвтаназии и суициду при содействии врача, активное обсуждение этих вопросов следует поощрять.
2. Изучение отношения к эвтаназии и ССВ врачей, пациентов и некоторых групп общества, также как и их опыта в этой области, может дать информацию для более широкого обсуждения. Большинство таких исследований, однако, имеют значительные методологические недостатки, которые заставляют сомневаться в их достоверности. Рекомендуется более координированный подход к проведению таких исследований.
3. Просьбы отдельных лиц об осуществлении эвтаназии и ССВ имеют комплексные причины, включающие в себя личностные, психологические, социальные, куль-

турные, экономические и демографические факторы. К таким просьбам необходимо относиться с уважением, большим вниманием, кроме того, необходимо установление открытого и доверительного контакта с больными в клинических учреждениях.

4. Часто можно убедить больного отказаться от своей просьбы об осуществлении эвтаназии или ССВ, предоставив ему всестороннюю паллиативную помощь. Лица, обращающиеся с просьбой об осуществлении эвтаназии или суицида при содействии врача, должны иметь возможность получить консультацию опытного специалиста паллиативной помощи.
5. Осуществление эвтаназии и ССВ не должно вменяться в обязанности учреждений паллиативной помощи.
6. Необходимо отличать «терминальную» или «паллиативную» седацию, которая проводится умирающим больным, от эвтаназии. При проведении терминальной седации *намерением* врача является избавление больного от невыносимого страдания, *процедурой* – использование седативного препарата для купирования симптомов, *результатом* чего является уменьшение страдания больного. При проведении эвтаназии *намерением* является убить пациента, *процедурой* – назначение приводящего к смерти препарата, а успешным результатом – мгновенная смерть. В паллиативной помощи мягкая седация может быть использована в терапевтических целях, но в этой ситуации она не оказывает побочного действия на уровень сознания и способность больного к общению. Проведение тяжёлой седации (которая приводит к выключению сознания пациента) иногда может быть необходимо для достижения определенных терапевтических целей; однако уровень седации должен быть постоянно под контролем, обычно она применяется в течение короткого промежутка времени. Важно, что пациент находится под постоянным наблюдением, и при наличии клинических показаний начинается проведение искусственной гидратации и искусственного питания.
7. При легализации эвтаназии в любом обществе существует потенциальная возможность:
 - (i) оказания давления на беспомощных пациентов;
 - (ii) недостаточного развития и потери значимости паллиативной помощи;
 - (iii) возникновения конфликта между юридическими требованиями и личными и профессиональными ценностями врачей и других медицинских работников;
 - (iv) расширения клинических критериев для включения других групп общества;
 - (v) возрастания частоты медицинских убийств, совершенных помимо воли пациента;
 - (vi) принятия обществом убийства как такового.
8. В условиях современной системы здравоохранения пациенты могут бояться того, что их жизнь может быть продлена бессмысленно и закончится в невыносимых страданиях. Поэтому может создаться впечатление, что легализация эвтаназии и

ССВ может решить эту проблему. Альтернативой эвтаназии может стать внедрение в практику составления больным «завещания о жизни» и предварительных распоряжений, а также одновременно с этим улучшение качества общения с пациентом и заблаговременного планирования помощи, что также утвердит автономию пациента.

9. Рабочая группа по этике настоятельно рекомендует ЕАПП и ее членам вступить в открытый диалог с теми (медицинскими учреждениями и структурами здравоохранения), кто пропагандирует легализацию эвтаназии и ССВ. Понимание и уважение альтернативных мнений и принятие эвтаназии и ССВ с точки зрения этики – это не одно и то же.
10. ЕАПП следует уважать индивидуальный выбор на осуществление эвтаназии или ССВ, но необходимо переключить внимание общества на ответственность за оказание помощи престарелым, умирающим и уязвимым группам населения. В достижении этой цели может помочь создание служб паллиативной помощи в структуре государственных систем здравоохранения во всех Европейских странах. За счет этого службы паллиативной помощи получают соответствующее финансирование, будут проводиться обучение и научные исследования. Достижение этой цели – одна из самых главных альтернатив появлению запросов о легализации эвтаназии и суицида при содействии врача.

Рабочая группа ЕАПП по этическим вопросам паллиативной помощи и эвтаназии и проделанная работа

Встречи участников рабочей группы по этике проводились три раза: во время 7-го Конгресса ЕАПП в Палермо, Италия (апрель 2001г.);²² в отделе прикладных клинических исследований медицинского факультета в Норвежском университете естественных наук и технологии (NTNU), Трондгейм, Норвегия (сентябрь 2001г.)²³ и в Университете Курта Боша в Сионе, Швейцария (март 2002г.).²⁴

Рабочая группа по этике в своей работе использовала следующие методы. Был проведен подробный обзор литературы, результаты которого были переданы участникам рабочей группы. Каждый участник рабочей группы в индивидуальном порядке работал над определенным разделом, окончательный текст документа был сформулирован и утвержден на третьем заседании. Документ был представлен на рассмотрение Совета директоров ЕАПП в апреле 2002г., после чего перед публикацией была проведена его некоторая коррекция. В документе представлена позиция участников Рабочей группы ЕАПП по этике, но не ЕАПП.

Во время работы рабочая группа получила две рукописи от Nathan Cherny, MBBS, FRACP (Израиль), и одну от Henk ten Have, MD, PhD (Нидерланды), которые были успешно использованы при подготовке документа. Мы благодарим этих исследователей за ценный вклад. Мы хотели бы также поблагодарить людей, принимавших членов рабочей группы в Трондгейме и Сионе, за создание комфортной обстановки для успешной работы.

В состав Рабочей группы по этике для разработки данного вопроса были включены следующие специалисты (указаны в алфавитном порядке после председателя):

Lars Johan Materstvedt, PhD (философия) – доктор философии, председатель и

секретарь, научный сотрудник, Норвежское онкологическое общество, профессор, кафедра философии, факультет искусств, Норвежский университет естественных наук и технологии (NTNU), Трондгейм, Норвегия;

David Clark, PhD (социология) - доктор философии, профессор медицинской социологии, отдел клинических исследований (Юг), подразделение хирургии и анестезиологии, кафедра паллиативной медицины, Университет Шеффилда, директор Центра паллиативной помощи, Шеффилд, Великобритания;

John Ellershaw, MA FRCP – врач, доктор философии, медицинский директор центра им.Марии Кюри в Ливерпуле, консультант по паллиативной медицине, ведущий научный сотрудник, Королевский медицинский университет Ливерпуля, Ливерпуль, Великобритания;

Reidun Førde, MD, PhD – врач, доктор философии, профессор медицинской этики, Университет Осло, председатель этического Совета Норвежской медицинской ассоциации, Осло, Норвегия;

Anne-Marie Boeck Gravgaard, MD - врач, вице-президент Шведского фонда паллиативной медицины, Шведская ассоциация паллиативной медицины, хоспис в Хельсинборге, Хельсинборг, Швеция;

H Christof Müller-Busch, MD, PhD – врач, доктор философии, приват-доцент, клиника Eemeinschaftskrankenhaus Havel-höhe, отдел анестезиологии, паллиативной медицины и обезболивания, Берлин, Германия;

Josep Porta i Sales, MD, PhD, BA (биоэтика) – врач, доктор философии, консультант по терапии, консультант службы паллиативной помощи, Каталонский институт онкологии, Барселона, Испания;

Charles-Henri Rapin, MD, PhD - врач, доктор философии, профессор гериатрии, медицинский директор, гериатрическая поликлиника, Женева, Швейцария.

Ссылки

1. Roy DJ, Rapin C-H, the EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994; 1: 57-59. (Available in full text at: [http://www.eapcnet.org/download/Euthanasiastatement94\(E\).pdf](http://www.eapcnet.org/download/Euthanasiastatement94(E).pdf), accessed 24 January 2003).
2. Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Kostense PJ, van der Wal G, van der Maas PJ. Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865-66. (Full text: <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/865>, accessed 24 January 2003).
3. Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996. (Full text of law: <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamentact96.pdf>, accessed 24 January 2003).
4. Parliament of Australia. <http://www.aph.gov.au/>, Accessed 24 January 2003.
5. The Oregon Death with Dignity Act. Ballot measure no.16. Oregon Revised Statute §127.800-127.897. (Full text of law: <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.htm>, accessed 24

- January 2003).
6. The Netherlands Department of Justice. Press Releases.
http://www.minjust.nl:8080/c_actual/persber/index.htm, accessed 24 January 2003.
 7. The Netherlands Ministry of Foreign Affairs. Euthanasia Policy.
http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEMMBZ257609, accessed 24 January 2003.
 8. Kimsma G, van Leeuwen E. The new Dutch law on legalizing physician-assisted death. *Cambridge Q Health Care Ethics* 2001; **10**: 445-50.
 9. International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide: Holland's euthanasia law.
<http://www.internationaltaskforce.org/hollaw.htm>, accessed 24 January 2003.
 10. Belgium legalizes euthanasia. BBC News, 16 May 2002.
<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1991995.stm>, accessed 24 January 2003.
 11. Hume D. *A treatise of human nature*. Selby-Bigge LA ed. Oxford: Oxford University Press, 1958.
 12. ten Have H, Janssens R eds. *Palliative care in Europe: concepts and policies*. Amsterdam: IOS Press, 2001.
 13. ten Have H, Clark D eds. *The ethics of palliative care: European perspectives*. Facing death series. Oxford: Open University Press, 2002.
 14. Clark D, ten Have H, Janssens R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med* 2000; **14**: 479-90.
 15. The EAPC definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>, accessed 24 January 2003.
 16. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva, 1990. <http://www.who.int/dsa/cat98/can8.htm#Palliative%20Care>, accessed 24 January 2003.
 17. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Sympt Manage* 2002; **24**: 91-96.
 18. Materstvedt LJ, Kaasa S. Euthanasia and physician assisted suicide in Scandinavia with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002; **16**: 17-32.
 19. Griffiths J, Bood A, Weyers H. *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998.
 20. Kimsma GK. Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In Battin MP, Lipman AG eds. *Drug use in assisted suicide and euthanasia*. New York: The Haworth Press, 1996: 193-210.
 21. Kimsma GK, van Leeuwen E. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. In Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C eds. *Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia*. Dordrecht: Kluwer, 1998: 115-33.
 22. Seventh EAPC Congress. <http://www.kenes.com/eapc/>, accessed 24 January 2003.
 23. Norwegian University of Science and Technology (NTNU).
<http://www.ntnu.no/indexe.php>
 24. Institut Universitaire Kurt Bösch. <http://www.iukb.ch/>, accessed 24 January 2003.