

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS
TEISĖS FAKULTETAS
BIOTEISĖS KATEDRA

DONATAS KLIMAŠAUSKAS

PALIATYVIOS PAGALBOS KAIP ALTERNATYVOS
EUTANAZIJAI TEISINIS REGLAMENTAVIMAS

Magistro baigiamasis darbas

Vadovas: Prof. dr. Andrius Narbekovas
Konsultantas: Prof. dr. Jonas Juškevičius

VILNIUS, 2011

MYKOLO ROMERIO UNIVERSITETAS

TEISĖS FAKULTETAS

BIOTEISĖS KATEDRA

PALIATYVIOS PAGALBOS KAIP ALTERNATYVOS
EUTANAZIJAI TEISINIS REGLAMENTAVIMAS

Bioteisės magistro baigiamasis darbas

Studijų programa 62401S116

Vadovas

Prof. dr. Andrius Narbekovas

(parašas) 2011 05 02

Konsultantas

Prof. dr. Jonas Juškevičius

(parašas) 2011 05 02

Recenzentas

Doc. dr. Janina Balsienė

(parašas) 2011 05 02

Atliko

BITmis9-02 gr.stud.

Donatas Klimašauskas

(parašas) 2011 05 02

VILNIUS, 2011

TURINYS

ĮVADAS.....	4
I. EUTANAZIJA – TEISINIO VERTINIMO GALIMYBĖS IR RIBOS.....	7
I. 1. Savižudybės su gydytojo pagalba traktavimas teisėje.....	8
I. 2. Pasyviosios ir aktyviosios eutanazijos skirtumai.....	18
II. PALIATYVIOS PAGALBOS APIBRĖŽIMAI IR JOS PRINCIPAI. BIOETINIS ASPEKTAS.....	24
II. 1. „Gyvenimo kokybės“ ir „gyvybės kokybės“ samprata.....	26
II. 2. Paliatyvios pagalbos tikslai.....	27
II. 2. a. Sumažina skausmą ir kitus simptomus.....	29
II. 2. b. Teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu.....	31
II. 2. c. Nesiekia nei atidėti, nei paspartinti mirties.....	32
II. 2. d. Integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus.....	34
II. 2. e. Pagerina gyvenimo kokybę.....	35
II. 2. f. Siūlo paramos sistemą paciento šeimai.....	35
III. PALIATYVI PAGALBA KAIP TEISINĖ SAŲVOKA.....	37
III. 1. Paliatyvią pagalbą reglamentuojantys teisės aktai.....	38
III. 2. Paliatyvi pagalba kaip fundamentaliausių teisės principų įgyvendinimas ir neprieštaravimas jiems.....	43
IV. PALIATYVIOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMO REGLAMENTAVIMAS.....	49
IV. 1. Paliatyvios pagalbos priežiūros lygiai.....	51
IV. 2. Paliatyvios pagalbą teikianti interdisciplininė komanda.....	52
IV. 3. Paliatyvios pagalbos finansavimo reglamentavimas.....	54
IŠVADOS.....	59
LITERATŪRA.....	61
ANOTACIJA LIETUVIŲ IR ANGLŲ KALBOMIS.....	66
SANTRAUKA.....	67
SUMMARY.....	69
PRIEDAI.....	71
PRIEDAS NR. 1.....	72
PRIEDAS NR. 2.....	75
PRIEDAS NR. 3.....	77
PRIEDAS NR. 4.....	80
PRIEDAS NR. 5.....	90
IŠNAŠOS.....	91

IVADAS

Technologijų amžiuje sparčiai keičiasi, šiuolaikiniu save vadinančio, žmogaus požiūris į gyvybę, į senatvę, į ligą, į kančią. Sparčiai senstanti visuomenė, gyvenimo tempams bėgant beprotišku greičiu ir dėl to patiriant daugybę traumų, kurios dažnai padaro žmogų neįgaliu; ligos, kurios vis dar lieka nepagydomomis, verčia atkreipti dėmesį į silpnuosius ir reikalingus pagalbos. Kai kurios šalys visas problemas atsiradusias dėl atseit prarastos „gyvybės kokybės“, pasenus ar susirgus, manosi išsprendusios taikant aktyvią ar pasyvią eutanaziją ar savižudybę su gydytojo pagalba. Tokia liberali ir nuvertinanti gyvybę „atmosfera“ nenumaldomai artėja ir prie mūsų šalies. Būtent tokiai nusakralintai gyvybės laikysenai leidžiančiai nužudyti kitą žmogų, vien dėl to kad jis pasenęs arba serga nepagydoma liga, alternatyva tampa paliatyvi medicina gerbianti žmogiškąją gyvybę iki paskutinio jos atodūσιο ir besistengianti jai kaip įmanoma padėti. Paliatyvią pagalbą galime pavadinti tikra ir ko ne vienintele alternatyva eutanazijai, kuri kaip mašina neturinti proto ir sąžinės, pamynusi Dievo tiesą apie gyvybę ir jos šventumą, prisidengusi išlaisvintojos iš kančių ir gailėstingos geradarės priedanga, šluoja Vakarų pasaulio labiausiai reikalingus tarnaujančios meilės, pasiaukojimo, medicininės priežiūros bei dvasinės pagalbos ir šilumos. Tam kelią atveria įteisinta eutanazija, bandymai teismuose įrodyti „teisę numirti“. Lietuva yra paskutinė valstybė Europoje, kuri įteisino paliatyvią pagalbą, kuri yra – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas.

Iš paliatyvios pagalbos apibrėžimo matome, kad ji apima visą visumą gyvenimo kokybės gerinimo priemonių, skirtų nepagydoma progresuojančia liga sergantiems pacientams ir jų artimiesiems. Tokios pagalbos tikslas - skausmo bei kančios prevencija ir mažinimas užtikrinant skausmo, fizinių simptomų diagnozavimą ir gydymą laiku, taip pat psichosocialinių ir dvasinių problemų identifikavimą bei jų sprendimą. Pasaulio Sveikatos Organizacija (toliau PSO) pagrindiniu uždaviniu laiko gyvenimo kokybės gerinimą, kuri yra prioritetinga PSO kryptis. Lietuvoje įstatyminė bazė paliatyvios pagalbos reglamentavime yra nepakankama, bet vis tobulinama ir papildoma, pirmiausia ji integruota į nacionalinę sveikatos sistemą, o po truputį kuriami ir specialiai paliatyvią pagalbą reglamentuojantys teisės aktai, kuriems oponentais tampa eutanazijos šalininkų idėjos ir net bandymai eutanaziją įteisinti. Norisi tikėti, kad Lietuva bus ne tik paskutinė valstybė Europoje, kuri reglamentavo paliatyvią pagalbą, bet kuri sugebės išlikti paskutiniu mohikanu, teisės aktais neįsileidžiančiu į sveikatos sistemą eutanazijos, ir ją laikanti kriminaline neteisėta veika, už kurią numatyta baudžiamoji atsakomybė. Eutanazijai alternatyva tampa paliatyvioji pagalba, kuriai dera skirti didesnę dėmesį jurisprudencijoje.

Temos aktualumas. Manau, kad nebūsiu per drąsus teigdamas, kad žmogaus gyvybės vertės, šventumo ir neliečiamumo klausimai visais laikais buvo, yra ir bus aktualūs ir diskutuoti. Vakarų pasaulio šalys, dažnai laikomos pasiekusiomis aukštą kultūrinį lygį ir liberalumo bei laisvės skelbėjomis, įteisino eutanaziją valstybiniais įstatymais, leisdamos nužudyti žmogų dėl ligos ar senatvės. Plintant tokiai laikysenai, pridengtai gailėstingumu, alternatyva randama paliatyvioje pagalboje ir slaugoje. Tad manau, kad ši tema ypatingai aktuali įrodyti, kad liga ir senatvė nesunaikina asmens ir todėl neleista jo nužudyti, kad ne viskas kas yra legalu, tas yra moralu, kad reglamentuojant sveikatos sistemą, negalima iš akių pamesti pagrindinio tikslo: gydyti žmogų, o ne jį žudyti. Lietuva per dvidešimt Nepriklausomybės metų sugebėjusi iš esmės pakeisti savo sveikatos sistemą, keisdama žmonių sąmonę, įsileisdama į ją vis daugiau laisvės, turi prisiimti ir deramą atsakomybę už savo visuomenę, už kiekvieną jos narį, ypač netekusį sveikatos, pasiekusį brandų amžių ir išgyvenančiu mirimą. Visuomenei sparčiai senstant, plintant onkologiniams susirgimams, keičiant sampratą, kad sveikata yra gerokai daugiau nei ligos nebuvimas, paliatyvios pagalbos tema kaip niekad aktuali, nes ji vienintelė tampa alternatyva eutanazijai.

Darbo tikslas – išanalizuoti paliatyvią pagalbą reglamentuojančius teisės aktus, išanalizuoti eutanaziją įteisinusių valstybių teisės aktus. Taip pat bandysiu pateikti pagrindinius paliatyvios medicinos srities principus ir siekius, kaip neprieštaraujančius užsispyrėliško gydymo netaikymo principui ir tampančius alternatyva eutanazijai. Darbe siekiama atskleisti eutanazijos pasirinkimo priežastis, pasiūlant tam alternatyvą – paliatyvią pagalbą. Mirštančio žmogaus teisė gauti pilnavertį, jo orumą atitinkantį gydymą, bei ori mirtis, neatsiejama teisinio reglamentavimo apie šią medicinos veiklą sritis.

Darbo objektas – teisinis paliatyvios pagalbos reglamentavimas.

Darbo uždaviniai:

1. Išanalizuoti savižudybės su gydytojo pagalba ir eutanazijos teisinį reglamentavimą ir teisinio bei moralinio vertinimo ribas, atskiriant aktyvią ir pasyvią eutanaziją bei išryškinant skirtumą nuo užsispyrėliško gydymo netaikymo.
2. Apibrėžti paliatyvios pagalbos sampratą, principus bei tikslus analizuojant paliatyvią pagalbą reglamentuojančius teisės aktus.
3. Pristatyti paliatyvią pagalbą Lietuvoje ir Europoje kaip fundamentaliausių teisės principus įgyvendinančią ir neprieštaraujančią jiems.

4. Išanalizuoti paliatyvios pagalbos, kaip alternatyvos eutanazijai principus, paliatyvios pagalbos organizavimą reglamentuojančiuose teisės aktuose.

Darbo metodas – analizės ir sintezės metodais atliekamas darbas, bei literatūros analizė.

Darbo tyrimo problema – žmogaus gyvybę ginančių teisės aktų aktualumas, skatinat paliatyvią pagalbą reglamentuojančiais teisės aktais stiprinti pagarbą žmogaus gyvybei bei oriai mirčiai, bei atremiant eutanazijos skverbimąsi į Lietuvos teisės ir sveikatos sistemą paliatyvios pagalbos principais.

Hipotezė: eutanazija nėra būtina, o paliatyvus gydymas yra ir morali, ir teisėta jos alternatyva.

Darbo struktūra:

įvadas,
keturios dalys,
išvados,
literatūra,
anotacija lietuvių ir anglų kalbomis,
santrauka,
summary,
išnašos,
priedai.

I. EUTANAZIJA – TEISINIO VERTINIMO GALIMYBĖS IR RIBOS

Visuomenei vis labiau keičiantis, pradedant kintančiomis vertybėmis, baigiant požiūrio į save ir kitą asmenį bei gyvybę, pradedama kitaip kalbėti apie gyvybės šventumą nei iki šiol, jį ginčyti ir pan. Postmoderni visuomenė vis labiau kalba apie vertybių gynimą, kalba apie žmogaus teises ir laisves ir tuo pačiu nepajusdama pamena pačias vertybes, kad net sumenkina žmogaus gyvybę iki „nekokybiškos“ ir neatitinkančios vartotojiškumo pobūdžio, siūlydama tokią „nekokybiška“ gyvybę numarinti, taip palengvinat kitų visuomenės narių gyvenimus, neuždedant jiems bereikalingos naštos rūpinantis mirštančiu žmogumi ir išvaduojant jį patį iš nepageidaujamos kančios. Taip įsivyrėja vadinamoji „mirties kultūra“, kuri:

1) paneigia tiesą apie žmogui duotą laisvę, kuri visų pirma turi tarpasmeninį pobūdį. Šiandienos visuomenėje asmuo suprantamas kaip galintis džiaugtis savo nepriklausomybe, lemti savo likimą, tačiau toks požiūris nepadeda tiems žmonėms, kurie negali savęs apginti, kurie dar nemoka arba jau nebegali kalbėti. Mirties kultūra suteikia individui nevaržomą laisvę, kurią jis gali panaudoti prieš tuos, kurie negali savęs apginti;

2) sumenkina žmogaus egzistenciją iki biologinių funkcijų, panaikinamas bet koks skirtumas tarp žmogaus ir kitų kūrinių. Žmogus žmogų ima traktuoti kaip daiktą. Žmogaus egzistencija sudaro klonavimas, programavimas, gimimų kontrolė ir mirties reguliavimas. Vertybę „būti“, pakeičia kita vertybė – „turėti“. Žmogaus kūnas sumenkinamas, tai sąlygoja kitokį lytiškumo suvokimą, kai nauja gyvybė tampa našta ir visais įmanomais būdais siekiama jos išvengti;

3) remiantis mirties kultūra yra užtemdomas transcendencijos suvokimas, paneigiamas Gyvybės Dievas;

4) iškreipia žmogaus kančios reikšmę. Šiandien į kančią žiūrima kaip į blogį, kurio bet kokia kaina norima atsikratyti, o kartu ir ją išgyvenančiu žmogumi, tačiau kančia žmogui padeda giliau suvokti, jog jis nėra gyvybės ir mirties šeimininkas, jog reikia pasitikėti ne tik savimi, bet ir Dievu.¹

„Mirties kultūros“ kontekste kalbant apie eutanaziją ir „gerą mirtį“ kaip pirminę šio žodžio reikšmę, derėtų pastebėti kad šios sąvokos prasmė modernioje visuomenei yra pakitusi. Iš graikų kalbos kilęs žodis „eutanazija“ reiškia „gerą mirtį“ arba „laimingą mirtį“. „Pirminė termino reikšmė – būtent gera arba laiminga mirtis, nereiškė tyčinio žmogaus neskausmingo numaravimo, norint išvengti tolesnių kančių dėl nepagydomos ligos ar nutraukti apgailėtiną gyvenimą, prislėgtą sunkios ligos ar negalios. Tiesioginė šio žodžio reikšmė yra labai pozityvi ir priimtina, gyvybę ginančios tradicijos kontekste.“² „Šiandien eutanazijos terminas reiškia gydytojo neskausmingą gyvybės atėmimą kenčiančiam terminalinės būklės ir norinčiam mirti

pacientui, t. y. gydytojo sukeltą arba gydytojo pagreitintą mirtį. Eutanazijos šalininkai eutanaziją vadina gailestingu nužudymu.“³ Dabar vartojamas eutanazijos terminas pridengiamas įvairiais žodžiais, dažiau pasitaikantis ir plačiausiai naudojamas, tai „gailestingas nužudymas“ arba „ori mirtis“. Tai iškreipia pačią eutanazijos sąvoką jai suteikiant švelnumo atspalvį, gailestingumo ir net orumo spalvas. Pati eutanazija, iš tiesų, reiškianti nužudymą, yra gražiai užmaskuojama ir net patraukliai pateikiama stengiantis neįvardyti jos tikrojo vardo – žmogžudystės. Tikrajai prasmei paslėpti net naudojamas eutanazijos skirstymas į aktyvią ir pasyvią eutanaziją, o dar vėliau suskaldant į paties ligonio pageidaujamą, į kitų už ligonį prašomą ir į prievartinę eutanaziją.⁴ Galima drąsiai pasakyti, kad toks skirstymas tik dar labiau klaidina žmones, o paties ligonio prašomu įvykdytą eutanaziją dar labiau sušvelninat, darant priimtina, o prievartinę padarant lyg priešpriešą paties pageidaujamai, kaip gerai ir reikalingai. Nesvarbu kokios suskirstymų kategorijai priklausanti eutanazijos rūšis būtų, daugelyje šalių ji išlieka žmogžudyste, yra kriminalizuojama, nuvertinančia gyvybę, jai suteikiančia jai nekokybiškos ir bevertės prasmę. Iš pirmo žvilgsnio pats eutanazijos tikslas yra gražus ir prasmingas – sumažinti ligonio kančias, bet priemonės tam yra moraliai ar net teisiškai neleistinos.

Įstatymai, reglamentuojantys savižudybę su pagalba, yra aiškūs tik keliose valstybėse, visur kitur jie arba neaiškūs, arba visai neegzistuoja. „Tai, kad konkrečioje šalyje savižudybė su pagalba nėra apibrėžta baudžiamajame kodekse, dar nereiškia, jog visi padėjusieji nusižudyti bus nenubausti“.⁵ Eutanaziją įteisinusių šalių skaičius kol kas nedidelis, nes eutanazijos įteisinimas tampa labai sudėtingas, nors greitu metu galintis augti.⁶ „Tiek „už“, tiek „prieš“ eutanazijos legalizavimą debatuose pasisakančių organizacijų atstovams ir pavieniams asmenims tapo įprasta diskutuoti šia tema asmens teisių kontekstu, tuo pripažįstant ir suteikiant pačiai eutanazijai kokybiškai svarbų teisinio, o ne vien filosofinio ir moralinio pobūdžio turinį.“⁷

Europos Tarybos Rekomendacijoje 1418 (1999) dėl sunkiai sergančių ir mirštančių žmonių teisių ir orumo apsaugos yra rekomenduojama Ministrų Komitetui skatinti Europos Tarybos nares šalis visais atžvilgiais gerbti ir apsaugoti sunkiai sergančių ir mirštančių žmonių teises ir orumą. Šalys narės turėtų patvirtinti draudimą prieš sąmoningą gyvybės atėmimą sunkiai sergantiems ar mirštantiems žmonėms, kadangi:

1. teisė gyventi, ypač sunkiai sergančių ar mirštančių žmonių atžvilgiu, yra garantuojama šalių narių, remiantis Europos žmogaus teisių konvencijos 2 straipsniu, kuris teigia, kad „niekam sąmoningai negalima atimti gyvybės“;

2. sunkiai sergančio ar mirštančio žmogaus noras mirti niekada nesudaro jokio juridinio reikalavimo mirti nuo kito žmogaus rankos;

3. sunkiai sergančio ar mirštančio žmogaus noras mirti negali pats savaime sudaryti pateisinančių aplinkybių atlikti veiksmus, kurie sukeltų mirtį.⁸

1948 m. JTO Generalinės Asamblėjos paskelbta Visuotinė žmogaus teisių deklaracija turėjo įtakos daugumai vėlesnių susitarimų žmogaus teisių apsaugos srityje.

Konvencijos 2 straipsnyje numatyta:

1. Kiekvieno žmogaus teisė gyventi turi būti saugoma įstatymo. Niekam negalima tyčia atimti gyvybės, išskyrus vykdant teismo nuosprendį už nusikaltimą, už kurį tokia bausmė įstatymo numatyta.

2. Gyvybės atėmimas negali būti laikomas prieštaraujančiu šiam straipsniui, jeigu tai įvyko neviršijant tokio jėgos panaudojimo, kai tai buvo neišvengiamai būtina:

a) ginant kiekvieną asmenį nuo neteisėto smurto;

b) teisėtai suimant arba sutrukdant teisėtai sulaikytam asmeniui pabėgti;

c) nustatyta tvarka atliekamais teisėtais veiksmais malšinant riaušes ar sukilimą.⁹

Konvencijos 3 straipsnyje įtvirtinta nuostata, jog „kiekvienas žmogus turi teisę į gyvybę, laisvę ir asmens neliečiamybę“. 5 straipsnyje teigiama, jog „niekas negali būti kankinamas arba žiauriai, nežmoniškai žeminant jo orumą su juo elgiamasi <...>“. Deklaracijos 12 straipsnyje rašoma: „niekas neturi patirti savavališko kišimosi į jo asmeninį ir šeiminių gyvenimą <...>“. ¹⁰

Kalbant apie žmogaus teises ir mirtį, negalima pamiršti šios Konvencijos, saugančios teisę į gyvybę, kurią ratifikavo ir Lietuva. Taip pat Lietuvos Respublikos Konstitucijoje įtvirtintos žmogaus teisės ir laisvės iš esmės atitinka tarptautinius standartus. Lietuvos Respublikos Konstitucijos 18 straipsniu „Žmogaus teisės ir laisvės yra prigimtinės“¹¹ įtvirtinama pamatinė norma, kuria remiantis yra garantuojamos ir ginamos žmogaus teisės ir laisvės. Ši norma reiškia, kad žmogaus teisės ir laisvės atsiranda ne valstybės valia, o jas žmogus atsineša gimdamas.¹²

Europoje esminę reikšmę turėjo regioninės organizacijos, Europos Tarybos, sukūrimas, kuri buvo atvira visoms demokratinėms Europos valstybėms. Jos statutą buvo pasirašytas 1949 m. ir svarbiausias to meto laimėjimas buvo 1950 m. pasirašyta Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija.¹³ Ši konvencija sudarė realias sąlygas žmogaus teisių apsaugai tiek vidaus teisėje, tiek tarptautiniu lygmeniu. Svarbu apžvelgti ir tai, kaip pasaulyje eutanazijos formos yra draudžiamos ir už jas numatoma baudžiamoji atsakomybė. Valstybių baudžiamuosiuose kodeksuose skirtingai reglamentuojama baudžiamoji atsakomybė už aktyvią eutanaziją ir padėjimą nusižudyti. Aktyvi nesavatoriška eutanazija traktuojama kaip nužudymas. Į motyvą – gailestį – gali būti atsižvelgiama kaip į atsakomybę lengvinančią aplinkybę. Aktyvi savanoriška eutanazija kvalifikuojama, pirma, kaip tyčinis gyvybės atėmimas (Anglijoje, Latvijoje, Prancūzijoje), antra, kaip tyčinis gyvybės atėmimas nukentėjusiojo prašymu, trečia, kaip tyčinis gyvybės atėmimas nukentėjusiojo prašymu ir iš gaileščio (ar dėl

nukentėjusiojo ligos, kančių) (Gruzijoje, Lenkijoje, Šveicarijoje, Ispanijoje), ketvirta, aktyvi savanoriška eutanazija gali būti teisės aktas (Olandijoje, Belgijoje medikų vykdoma eutanazija). Nevienodai valstybės vertina ir padėjimą nusižudyti. Vienose valstybėse jis visai nekriminalizuotas (Vokietijoje, Liuksemburge). Yra valstybių, kuriose padėjimas nusižudyti numatytas kaip nusikaltimas sui generis (Japonijoje, Lenkijoje, Ispanijoje), o dar kitose padėjimas nusižudyti kriminalizuojamas tik iš dalies (Šveicarijoje).¹⁴ Šalys kuriose įteisinta eutanazija arba savižudybė su gydytojo pagalba:

- Šveicarija (1940)
- Oregono valstija, JAV (1994)
- Kolumbija (1997)
- Albanija (1999)
- Olandija (2002)
- Belgija (2003)
- Vašingtono valstija, JAV (2008)
- Montanos valstija, JAV (2009)
- Liuksemburgas (2008).¹⁵

I. 1. Savižudybės su gydytojo pagalba traktavimas teisėje

Daugelis žmonių mano, jog savižudybė bei savižudybė su pagalba yra be galo individuali laisvos valios išraiška, kuriai negali būti jokių teisinių draudimų. Toks klaidingas įsitikinimas daugybei žmonių sukėlė teisinių problemų. Pati savižudybė jau nebėra laikoma nusikaltimu, tačiau padėjimas nusižudyti beveik visose šalyse išlieka nusikaltimu, remiantis vienokiais ar kitokiais įstatymais. Šiuolaikinėje visuomenėje, dažnai gali kilti noras tapti mirties pagalbininkais, net pamenant Hipokrato priesaiką, reikalaujančią iš kiekvieno gydytojo absoliučios pagalbos žmogaus gyvybei ir jos šventumui.¹⁶

Ne paslaptis, kad net tose šalyse, kur nėra įteisinta aktyvi eutanazija, ji atlikinėjama ir jos yra prašoma. Apie tai pažymima ir Didžiojoje Britanijoje atliktoje apklausoje, kurios metu apklausta 424 gydytojai, iš jų atsakė 312 gydytojų, ar jie kada nors buvo prašomi atlikti eutanaziją ir ar ją yra atlikę. Iš atsakiusių, net 60 % pažymėjo, kad jų buvo prašyta pagreitinti ligonio mirtį, o 40 % teigia nebuvę prašyti eutanazijos atlikti. Daugiausia toks prašymas nuskambėdavo bendrosios praktikos gydytojams negu ligonių konsultantams. Iš tų, į kuriuos buvo kreiptasi su prašymu su prašymu padėti greičiau užbaigti gyvenimą, 32 % teigė pacientų prašymus patenkinę, daugiau gydytojų (46 %) pasakė, jog būtų tai padarę, jeigu eutanazija būtų įstatymiškai jų šalyje įteisinta.¹⁷

Kanadoje įstatymas liečiantis eutanaziją beveik toks pat kaip ir Didžiojoje Britanijoje, - pagalba nusižudyti užtraukia bausmę 14 metų laisvės atėmimo, nors už tai retai baudžiama. Reikšmingas įvykis yra tai, kad 2010 m. balandžio 11 d. Kanados Bendruomenių rūmai atmetė siūlymus įtesinti savižudybę su pagalba laikantis griežtų reikalavimų. Įstatymo nustatyta, kad gydytojas galėtų padėti kažkam "mirti oriai", jeigu devynios sąlygos būtų įvykdytos, įskaitant tai, kad asmuo buvo vyresnis nei 18 metų, kenčia nuo mirtinos ligos arba negailestingo fizinio ar psichinio skausmo, pateikė du raštiškus prašymus mirti bent 10 dienų pertraukoje, ir turėjo savo diagnozę patvirtiną antrojo gydytojo. Parlamentas atmetė teisės akto įteisinimą, teikdamas kad „slidaus šlaito“ principas gali pasireikšti, kad bus piktnaudžiaujama įstatymo suteikta galia ir prieš ligonio valią.¹⁸

Meksikoje, balandžio 22 d., 2008 m., Senatas balsavo 70 - 0 naudai legalizavimo pasyvios eutanazijos. Ši koncepcija leidžia gydytojams nutraukti paciento gyvybę palaikančius vaistus, bet ne paskirti nuodų. Meksikos įstatymas įteisinęs pasyvią eutanaziją leidžia - gyvybės palaikymo įranga atjungti - kai pacientui teikiama yra paliatyvi priežiūra numatant kad jam gyventi likę mažiau kaip šešis mėnesius. Gydytojai gali veikti tik gavęs sutikimą iš paciento ar paciento šeimos. Reglamente numatyta, kad pacientas turės galimybę pateikti savanorišką prašymą gydymo režimo sustabdymui, pasirinkdamas neatsiejamą skausmo kontrolę.¹⁹

Šveicarijoje leidžiama atvykusiems užsienio šalių piliečiams padėti nusižudyti, tam sukurta visa sistema. Tokios organizacijos, save vadinančios nepelno siekiančiomis, kaip „Dignitas“ Šveicarijoje atlieka eutanaziją maždaug už 700 – 5000 eurų. Tad piningai daro didelę įtaką eutanazijos populiarinimui, prisidengiant gailestingumu ir pagalba kenčiantiems.²⁰ Šveicarija eutanazijos praktiką laiko baustina, bet pagalbą nusižudant – ne. Nuo atsakomybės atleidžiami asmenys, kurie padeda vedami „kilnių“ tikslų.

Švedijoje nėra specialaus įstatymo, draudžiančio savižudybę su pagalba, tačiau ieškovai gali kaltinti padėjėją netyčiniu nužudymu. Už aktyvią pagalbą padedant numirti asmuo gali būti nubaustas iki 5-erių metų nelaisvės.²¹ Nuo 2010 m. balandžio mėn. Švedijos nacionalinė sveikatos apsaugos taryba pripažino, kad paciento prašymas išjungti jo gyvybę palaikančią įrangą yra teisėtas, o šis sprendimas gydytojams atvėrė kelią patenkinti vienos sunkiai sergančios moters prašymą numirti. "Pacientas, kuris nori nutraukti gydymą, turi teisę tai padaryti - su sąlyga, kad jis arba ji supranta gydytojų pateiktą informaciją ir savo sprendimo pasekmes", - sakoma Nacionalinės sveikatos apsaugos ir gerbūvio tarybos pranešime. Šis sprendimas buvo priimtas, kai Švedijos medicinos draugija paprašė teisinio išaiškinimo, kadangi vienas šalies įstatymas leidžia pacientui nutraukti gydymą, o pagal kitą savižudybė su pagalba, pavyzdžiui, išjungus dirbtinės plaučių ventiliacijos aparatą, laikoma baudžiamąja veika. Nacionalinė sveikatos apsaugos ir gerbūvio taryba nurodė, kad gydytojai neturėtų teikti nepageidaujamo

gydymo, taip pat turėtų užmigdyti pacientą arba sušvirkti jam morfijaus siekiant sumažinti skausmą prieš išjungiant gyvybę palaikančius prietaisus. Svarbiausia, kad patys pacientai spręstų, kokio gydymo jie nori ir kada jis turėtų būti nutrauktas.²² Aktyvi pagalba nusižudyti siekiantiems asmenims - pavyzdžiui, mirtino preparato arba jėgos panaudojimas - Švedijoje išlieka neteisėta.

Norvegijoje yra numatytos kriminalinės bausmės už pagalbą nusižudant, o padėjėjas kaltinamas bendrininkavimu įvykdant žmogžudystę. Tais atvejais, kai pacientas negali kalbėti, tačiau tokį prašymą jis buvo pateikęs anksčiau ar jį pateikia paciento artimieji, yra galima „pasyvi eutanazija“, tačiau, jei ji įvykdoma be išankstinio paciento ar jo šeimos sutikimo, tuomet gydytojas gali netekti savo licencijos ar net būti patrauktas baudžiamojon atsakomybėn.²³

Suomijos baudžiamajame kodekse nieko nėra kalbama apie savižudybę su pagalba. Kartais padėjėjas informuoja įstatymo sergėtojus, jog padėjo kažkam numirti bei suteikia duomenis, jog tas veiksmas buvo pagrįstas, to ir užtenka, jokia bausmė netaikoma. Taip dažniausiai atsitinka tarp draugų, tačiau, jei tokie atvejai pasitaikytų medikų praktikoje, gali būti, kad situacija pasikeistų, tačiau kol kas tokių bylų nėra buvę.²⁴

Vokietijoje nuo 1975 metų nenumatyta jokia bausmė nei už savižudybę, nei už pagalbą nusižudant, tačiau tokie dalykai retai atsitinka, nes yra susiję su išlikusiu tabu dėl anksčiau nacistų vykdytų masinių žmogžudysčių, taip pat prie to prisideda galinga bažnyčios įtaka. Mirtinų vaistų pacientui paskyrimas yra laikomas žmogžudyste ir gali būti paskirta iki 5 metų ir 6 mėnesių nelaisvės. Visgi Vokietijoje toleruojama „pasyvi eutanazija“, t.y. pacientui aiškiai išreiškus norą nutraukti gydymą, kuriuo tik palaikoma jo gyvybė.²⁵ Vokietijos Aukščiausiasis teismas nustatė, kad mirštančių ligonių atjungimas nuo jų gyvybę palaikančių aparatų nelaikomas nusikaltimu, jeigu to pageidauja pats ligonis.²⁶ Vokietijoje gydytojais turi teisę išrašyti pacientui „mirties kokteilio“ receptą, tačiau jie negali būti šalia paciento savižudybės metu.²⁷

Prancūzijoje nėra specialaus įstatymo, draudžiančio savižudybę su pagalba, tačiau tokioje byloje atsakovą galima patraukti baudžiamojon atsakomybėn, remiantis baudžiamuoju kodeksu už pagalbos asmeniui, esančiam pavojuje, nesuteikimą. Tokie nusikaltimai reti ir bausmės už juos nedidelės. 2004 metais Prancūzijos įstatymų leidėjai priėmė įstatymą, suteikiantį „teisę mirti“ nepagydomai sergantiems asmenims, tačiau formaliai eutanazija lieka neteisėta. Prancūzijoje yra draudžiami bet kokie leidiniai, propaguojantys savižudybes, tačiau nuo 1995 metų vyksta stiprūs debatai šia tema, kurie galiausiai gali baigtis įstatymų reformomis.²⁸

Danijoje yra draudžiama „aktyvi eutanazija“, už kurios įvykdymą numatyta 3-jų metų nelaisvės bausmė, tačiau bet kuris pacientas, sergantis neišgydoma liga, gali pats priimti

sprendimą, kada nutraukti gydymą. Nuo 1992 metų mirtina liga sergantys asmenys ar sunkių nusikaltimų aukos gali parašyti „sveikatos testamentą“, kurio gydytojai privalo paisyti.²⁹

Italijoje tai yra teisiškai uždrausta, tačiau eutanazijos šalininkai Turine ir Romoje stipriai spaudžia įstatymų leidėjus, kad būtų priimtos įstatyminės reformos.³⁰

Nuo 1995 metų Ispanijoje galioja įstatymas, kuriuo remiantis, eutanazija ir savižudybė su pagalba nebelaikomi žmogžudyste. Gydytojas negali būti nubaustas laisvės atėmimo bausme, jei pacientas pateikė aiškų ir pakartotinį prašymą leisti jam numirti, jei jis kentėjo nuo neišgydomos ligos ar tokios ligos, kuri sukelia stiprų, pastovų ir nepakeliamą skausmą.³¹

Liuksemburge nedraudžiama savižudybė su pagalba, kadangi ir pati savižudybė yra nelaikoma nusikaltimu, nepaisant to, pagal jų baudžiamąjį kodeksą asmuo gali būti nubaustas už pagalbos nesuteikimą asmeniui, esančiam pavojuje. 2003 metų kovo mėnesį Liuksemburgo parlamente vieno balso persvara buvo atmetas įstatymas, įteisinantis eutanaziją.³²

Airijoje savižudybė su pagalba yra laikoma nusikaltimu.³³

Pagal Škotijos įstatymus savižudybė niekada nebuvo laikoma nusikaltimu teisine prasme. Nėra jokio autoritetingo šaltinio, kuris nurodytų, ar tai yra nusikalstamas elgesys, jei vienas žmogus padeda kitam įvykdyti savižudybę. Pagalba gali pasireikšti patarimu ar galimų savižudybės būdų rekomendavimu. Tokiu atveju, asmeniui, teikusiam pagalbą, baudžiamoji atsakomybė gali kilti remiantis kitais pagrindais, pavyzdžiui, dėl neatsargaus, keliančio pavojų gyvybei elgesio. Šis klausimas niekada nebuvo iškeltas teisme, todėl lieka neaiški ir teisminė praktika. Nusikaltimu laikomas žmogaus nužudymas jam paprašius, šiuo atveju neturi reikšmės tai, jog tas žmogus davė sutikimą.³⁴

Vengrija pirmąją savižudybių skaičiumi pasaulyje, tai sąlygoja kaimo gyventojų patiriami sunkumai, siekiant prisitaikyti prie miestietiško gyvenimo būdo. Už pagalbą nusižudant arba mėginimą nusižudyti asmeniui gali būti paskirta bausmė iki 5 metų nelaisvės. Vengrijos Konstitucinis teismas nutarė, jog gydytojų praktikuojama eutanazija yra neteisėta (2003 m.).³⁵

Rusijoje netoleruojama jokia savižudybės forma, taip pat Rusijos teisinė sistema nepripažįsta „žudymo iš gailesčio“ (eutanazijos) sąvokos. 1993 metais priimtas Rusijos piliečių sveikatos apsaugos įstatymas griežtai draudžia praktikuoti eutanaziją.³⁶

Estijos įstatymų leidėjai mano, jog, jeigu savižudybė nėra laikoma nusikaltimu, tai ir pagalba nusižudant negali būti laikoma nusikaltimu.³⁷

Naujojoje Zelandijoje, pagal 1961 metų Naujosios Zelandijos nusikaltimų aktą, yra draudžiama teikti pagalbą nusižudant, tačiau net ir pasitaikius tokioms byloms, skiriamos švelnios bausmės.³⁸

Kolumbijos Konstitucinis teismas 1997 metais pritarė medikų vykdomai savanoriškai eutanazijai, tačiau parlamentas iki šiol neratifikavo eutanaziją legalizuojančio įstatymo, vadinasi, savižudybė su pagalba vis dar lieka nusikaltimu.³⁹

1962 metais Japonijos teismas Yamagouchi byloje pritarė medikų vykdomai savanoriškai eutanazijai, tačiau apskritai tokių bylų pasitaiko labai retai, tai sąlygoja įvairūs tabu, susiję su savižudybėmis, šiai šaliai būdingas mirties supratimas, taip pat nenoras prisijungti prie Amerikos ir Europos valstybių propaguojamo individualizmo. Japonijos teisės mirti šalininkų organizacija propaguoja tik pasyvią eutanaziją ir beveik nekalba apie aktyvią eutanaziją.⁴⁰

Nuo 1970 metų Australijoje vyrauja stiprus judėjimas, propaguojantis teisę mirti. Tokį judėjimą įtakojo ir paskatino tai, jog Australijoje vyrauja dideli atstumai tarp retai gyvenamų rajonų, tai labai apsunkina gydytojų susisiekimą su pacientais, ir dėl to šeimos yra priverstos savomis jėgomis rūpintis mirštančiais ligoniais ir matyti jų kančias. Šiaurinė Australijos teritorija buvo įteisinusi savanorišką eutanaziją bei savižudybę su pagalba, tačiau įstatymas galiojo tik 7 mėnesius, iki tol, kol Federalinis parlamentas jį panaikino 1997 metais.⁴¹

Šiuo metu ir Pietų Afrikoje savižudybę su medikų pagalba pradėta laikyti nusikaltimu. Sveikatos asociacijos vykdyti tyrimai atskleidė, jog 12 % medikų jau yra padėję nusižudyti nepagydomai sergantiems savo pacientams; 60 % medikų yra įvykdę pasyvią eutanaziją, nesuteikdami reikalingo gydymo su tikslu – pagreitinti pacientų mirtį; 9 % medikų kokiu nors būdu buvo įtraukti, vykdant savižudybę su medikų pagalba.⁴²

Anglijoje ir Velse padėjęs kam nors nusižudyti asmuo gali būti nuteistas iki 14 metų nelaisvės. Pati savižudybė yra dekriminalizuota nuo 1961 metų remiantis Savižudybių aktu (Suicide Act 1961), suteikta pagalba, vykdant ne nusikaltimą, yra laikoma nusikaltimu. Vis dėlto, Savižudybių akto 2 (1) skyrius teigia, jog „asmuo, kuris padeda, ragina, rekomenduoja ar sukelią kito savižudybę, arba mėgina su kito pagalba įvykdyti savižudybę, bus nuteistas kalėti iki keturiolikos metų.“⁴³

Britanijoje vyko ir vyksta ilga ir sunki kova, parlamentui buvo pateikti 8 įstatymų projektai bei pataisos per 1936-2003 metus, siekiantys leisti pagreitinti kito žmogaus mirtį. Kaip ir Prancūzijoje, taip ir Britanijoje yra draudžiama publikuoti leidinius, kuriuose yra skatinama savižudybė ar savižudybė su pagalba.

D. Britanijos precedentinė teisė įrodė, jog individas gali atsisakyti priimti prailginantį gyvenimą ar palaikantį gyvybę gydymą: „pirmiausia yra nustatyta, kad apsisprendimo teisės principas reikalauja, kad būtų gerbiami paciento norai, jei suaugęs sveiko proto pacientas atsisako, nors ir nepagrįstai, sutikti su gydymu ar priežiūra, kurios pagalba jo gyvenimas galėtų būti ar būtų prailgintas, gydytojai, atsakingi už jo priežiūrą, turi atsižvelgti į jo norus, net jei jie

nemano, kad tai daryti būtų jam naudinga. Šia prasme žmogaus gyvenimo neliečiamybės principas turi nusileisti apsisprendimo teisės principui.“⁴⁴

Kriminalinės Teisės Peržiūros Komitetas 1980 metų balandį išleido keturioliką savo ataskaitą „Nusikaltimai prieš žmogų“ (Cmnd 7844), kurioje, be kita ko, peržvelgė teisę, susijusią su įvairiais nužudymais ir taikomas sankcijas. F skyriuje buvo aptarta eutanazija. Buvo rekomenduojama bausmę už pagalbą nusižudant sumažinti iki septynerių metų, kuri būtų pakankama, kad bejėgiai žmonės būtų apsaugoti nuo nesąžiningų įkalbinėjimų nusižudyti.

1994 metų sausio 31 dieną buvo išleista Lordų Rūmų paskirto Komiteto dėl medicininės etikos ataskaita, paremta etinėmis, juridinėmis ir klinikinėmis išvadomis dėl asmens teisės atsisakyti gyvenimą prailginančio gydymo, kai asmens būklė yra tokia sunki, jog jis negali duoti ar neduoti sutikimo. Šia ataskaita buvo siekiama nustatyti, kokiomis aplinkybėmis kito žmogaus gyvenimo sutrumpinimas gali būti pateisinamas dėl to, kad tai buvo atlikta, remiantis anksčiau išreikštu to asmens noru ar jo labai. Komitetas išgirdo žodinius įrodymus iš įvairių vyriausybinių, medicininių, juridinių ir nevyriausybinių šaltinių ir gavo rašytinius pareiškimus iš daugelio suinteresuotų šalių, kurios atkreipė dėmesį į etinius, filosofinius, religinius, moralinius, klinikinius, juridinius ir viešosios politikos aspektus.

Pasak Komiteto narių, teisė atsisakyti medicininio gydymo skiriasi nuo prašymo padėti mirti. Savo išvadoje jie teigia, jog daugelis žmonių turi įvairios patirties, susijusios su artimųjų ar draugų merdėjimo dienomis ar savaitėmis, kurios nebuvo ramios ar pakilios, arba kurių paskutinės gyvenimo stadijos buvo tokios baisios, kad atrodė, jog mylimas žmogus jau pavargo nuo gyvenimo. Visuomenėje paplitęs daugeliui žmonių bendras noras – ramiai ir lengvai numirti, be užsitęsusių kančių bei nesvarstant sunkios silpnaprotystės ar priklausomybės galimybės. Šis noras skatina vis daugiau žmonių prašyti įvykdyti jiems eutanaziją. Visa tai apsvarstęs Komitetas, vis dėlto, priėjo išvados, kad šie argumentai yra nepakankama priežastis susilpninti draudimą visuomenei sąmoningai žudyti. Šis draudimas yra kertinis teisės ir socialinių santykių akmuo. Jis objektyviai apsaugo kiekvieną žmogų, įkūnydamas tikėjimą, kad visi yra lygūs. Komitetas nenori, kad apsauga sumažėtų ir rekomenduoja nekeisti įstatymo taip, kad eutanazija būtų leidžiama. Komiteto nariai pripažįsta, kad egzistuoja individualių bylų, kur eutanazija gali būti tam tikra prasme priimtina, tačiau individualios bylos negali tapti pagrindu daryti visuotinę išvadą eutanazijos klausimu. Be to, mirtis yra ne tik asmeninis ar individualus reikalas. Asmens mirtis paveikia kitų gyvenimus tokiais būdais ar mastais, kurie negali būti iš anksto numatyti. Eutanazija yra tokia problema, kurioje individo interesai negali būti atskirti nuo visuomenės, kaip visumos interesų.

Susirūpinimą kelia tai, jog pažeidžiami žmonės – pagyvenę, sergantys ar kenčiantys – jaus tikrą ar įsivaizduotą spaudimą, ir prašys ankstyvos mirties. Tokia visuomenės siunčiama

užuožina, pažeidžiamies ir neįgaliems žmonėms, neturėtu netiesiogiai skatinti juos siekti mirties, bet atvirkščiai – turėtu garantuoti rūpestį ir paramą gyvenime. Komitetas nemano, jog įmanoma nustatyti saugias savanoriškos eutanazijos ribas.

Tačiau 1935 metais įkurta Savanoriškos eutanazijos bendrija, pareiškė, kad individai turi turėti galimybę oriai mirti. Taip pat pasisakė prieš nelanksčią juridinę santvarką, kuri priverčia nuo sunkios ligos nepakeliamai kentėjusį individą, negarbingai mirti skausminga ir ilga mirtimi, visiškai neatsižvelgiant į to žmogaus aiškiai išreikštus norus. Tai, pasak Savanoriškos eutanazijos bendrijos, pažeidžia Europos žmogaus teisių ir laisvių konvencijos 3 straipsnį. Jie nurodė priežastis, kodėl asmenys prašo padėti numirti: dėl patiriamo monotoniško ir stipraus skausmo, nuovargio, kurį sukelia merdėjimas, nepriklausomybės praradimo. Paliatyvi priežiūra negalėjo patenkinti visų pacientų poreikių ir neatkreipė dėmesio į nepriklausomybės praradimą ar gebėjimo kontroliuoti kūno funkcijas praradimą. Jie pareiškė, kad palyginus su kitomis Europos šalimis, Didžiosios Britanijos santvarka, kuri absoliučiai draudžia savižudybę su kito žmogaus pagalba, yra labiausiai varžanti ir mažiausiai lanksti Europoje.⁴⁵

Savanoriškos eutanazijos bendrija akcentavo, kad, nesvarbu kokia yra juridinė padėtis, savanoriška eutanazija ir savižudybės su kito pagalba vis tiek vyksta. Pasak bendrijos, gerai žinoma, kad Didžiojoje Britanijoje pacientai prašo padėti jiems nusizudyti ir sveikatos priežiūros personalo nariai bei giminaičiai suteikia tokią pagalbą, nepaisant to, kad jie gali būti patraukti baudžiamojon atsakomybėn. Situacija Olandijoje parodė, kad nekontroliuojant šio proceso apie 1% mirčių kilo dėl gydytojų iniciatyvos, kurie užbaigė paciento gyvenimą be aiškaus jo prašymo (nesavanoriška eutanazija). Panašūs tyrimai atskleidė, jog Belgijoje tokios mirtys sudaro apie 3,1%, Australijoje – 3,5%. Savanoriškos eutanazijos bendrija mano, jog galima tokia situacija, kad tose visuomenėse, kuriose savanoriška eutanazija ir savižudybė su pagalba griežtai draudžiama, mažiau skiriama dėmesio šių reiškinių kontrolei negu visuomenėse, kuriose tai toleruojama, nes jose yra sukuriama griežta kontrolės sistema.⁴⁶

Lietuvoje svarbiausios prigimtinių teisės yra įtvirtintos Konstitucijos 19 straipsnyje – žmogaus teisė į gyvybę.⁴⁷ Šiame straipsnyje įtvirtinta tik žmogaus teisė į gyvybę, o ne pati gyvybė, kurios įstatymai negali garantuoti, nes jos išlikimas susijęs su daugeliu faktorių, kurie gali būti ir nesusieti su teise.⁴⁸ „Konstitucijoje gausu gana abstrakčių, nors turinčių normatyvumo krūvį, bet ne kaip normos sukonstruotų formuluočių nemaža ir žemesnės galios teisės aktuose.“⁴⁹

19 Konstitucijos straipsnis, kaip ir Europos žmogaus teisių konvencijos 2 straipsnis, nesiekia garantuoti asmeniui absoliučią gyvybės apsaugą ar tam tikrą gyvybės standartą, bet suteikia garantiją, jog valstybė savavališkai neatims jo gyvybės.⁵⁰ Įstatymais nenumatyta

gyvybės apsauga tik vienu atveju, kai žmogus pats sau kėsina ar atima gyvybę, tai neužtraukia teisinės atsakomybės ir toks elgesys tėra kontroliuojamas moralės ar religijos normų.

Konstitucija taip pat užtikrina ir kiekvieno asmens teisę į orumą, kuris kartu su gyvybe sudaro asmenybės vientisumą ir išreiškia žmogaus esmę. Gyvybė ir orumas yra neatimamos žmogaus savybės, todėl jos abi turi būti traktuojamos kartu. „Žmogus nuo pat gimimo turi nuo jo asmens neatskiriamas pamatines ir nekintamas teises bei laisves, pirminis prigimtinių žmogaus teisių ir laisvių šaltinis“ yra pati „žmogaus prigimtis.“⁵¹ Orumas suprantamas kaip paties žmogaus savęs vertinimas, o kartu atspindi jo santykius su aplinkiniais, tai visuma objektyvių savybių, kurios apibūdina konkretaus asmens vertę visuomenėje. Tai ne tik savikontrolės forma, bet ir vienas iš būdų, kurių dėka įsisąmoninamos pareigos bei atsakomybė visuomenei.⁵² Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas, aiškindamas konstitucines nuostatas, įtvirtinančias žmogaus teisę į gyvybę ir orumą, pabrėžė, kad šios teisės yra „aukščiau įstatymo“, o Konstitucijos paskirtis – „užtikrinti jų gerbimą ir gynimą.“⁵³

Padėjimas nusižudyti sunkiai sergančiam ar beviltiškos būklės ligoniui pagal galiojančius įstatymus yra laikomas nusikaltimu ir užtraukia baudžiamąją atsakomybę. Tai numato 2003 m. įsigaliojęs Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 133 str., kuriame teigiama, jog asmuo, sukurstęs žmogų nusižudyti ar klastingu elgesiu privedęs žmogų prie savižudybės, baudžiamas laisvės apribojimu arba areštu, arba laisvės atėmimu iki ketverių metų. BK 134 str. rašoma, jog asmuo, kuris beviltiškai sergančio žmogaus prašymu padėjo jam nusižudyti, baudžiamas teisės dirbti tam tikrą darbą arba užsiimti tam tikra veikla atėmimu arba viešaisiais darbais, arba areštu, arba laisvės atėmimu iki ketverių metų.⁵⁴

Baudžiamoji atsakomybė kyla esant šioms sąlygoms:

a) žmogus beviltiškai serga; b) padedama nusižudyti ne kaltininko iniciatyva, o paties savižudžio prašymu. Beviltiškai sergančiu laikomas asmuo, kuris serga nepagydoma liga ir dėl to patiria dideles fizines arba moralines kančias, tačiau tai gali nustatyti tik gydytojas. Pagal LR Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymą mirtis – tai negrįžtama žmogaus organizmo, kaip visumos, žūtis (2 str. 6 dalis).⁵⁵

Mirties faktas, nustatomas negrįžtamai nutrūkus žmogaus kraujotakai ir kvėpavimui arba įvykus žmogaus smegenų mirčiai, kuria laikoma negrįžtama visų žmogaus galvos smegenų struktūrų veiklos baigtis, nors kai kurie jo organai bei organų sistemos dar veikia. (2 str. 4, 7 dalys). 6 straipsnyje detalizuojama, kaip nustatoma smegenų mirtis, t.y pagrįstais tyrimų metodais įrodžius, jog visų žmogaus galvos smegenų struktūrų veikla yra negrįžtamai nutrūkusi, o žmogaus kraujotaka ir kvėpavimas išlieka tik palaikomi dirbtinių priemonių. Taip pat akcentuojama, jog smegenų mirtis nustatoma tik stacionarinėje asmens sveikatos priežiūros įstaigoje (7 str. 1 dalis) ir ją nustatyti gali konsiliumas iš ne mažiau kaip trijų gydytojų, iš kurių

vienas turi būti neurologas arba neurochirurgas (7 str. 2 dalis). Nustačius smegenų mirtį, visos žmogui taikomos medicinos pagalbos priemonės nutraukiamos.

Įstatyme yra numatyta teisė nepradėti gaivinimo arba jį pradėjus nutraukti, jeigu pacientas įstatymų nustatyta tvarka yra pareiškęs nesutikimą, kad būtų gaivinamas, ir yra gydytojų konsiliumo pritarimas. 12 straipsnio 2 dalyje yra išdėstytos sąlygos, kai nors vienai iš jų esant, mirties faktą nustatantis asmuo privalo nedelsdamas pranešti policijai, viena iš jų – kai mirusiajam jo paskutinio susirgimo metu nebuvo teikiama medicinos pagalba.

Su teisės į gyvybę problema susijęs Konstitucijos 21 straipsnis teigiantis, jog „žmogaus asmuo neliečiamas“⁵⁶, tai tam tikri žmogaus saugumo pagrindai, kurie reiškia, jog kol žmogaus elgesys nesukelia kitiems žmonėms pavojaus ar kitaip negali padaryti kitų interesams nepagrįstos žalos, tol jis negali būti koku nors būdu varžomas.⁵⁷

Lietuvoje, kaip ir kitose pasaulio valstybėse, asmens sveikatos priežiūrai beveik visais atvejais yra būtinas asmens sutikimas, taip įgyvendinant konstitucines teises, susijusias su asmens neliečiamybe bei draudimu atlikti mokslinius ar medicininius tyrimus ar bandymus be asmens sutikimo.

Paciento teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo 8 straipsnio 1 dalyje yra nustatyta, jog pacientai, įskaitant nepilnamečius pacientus nuo 16 iki 18 metų, gali būti gydomi arba jiems teikiama kokia kita sveikatos priežiūra ar slauga, tik kai yra jų sutikimas. Sveikatos priežiūra ar slauga nepilnamečiams pacientams iki 16 metų teikiama, kai yra jų atstovų sutikimas, išskyrus atvejus, jei tokio sutikimo prašymas prieštarautų nepilnamečio paciento interesams.⁵⁸

Taigi kiekvienas galintis pareikšti savo valią asmuo gali atsisakyti sveikatos priežiūros, kad ir kaip kvailai ar neargumentuotai tai atrodytų, net jei tai nulemtų atsisakančiojo mirtį. Pacientas taip pat

gali raštu atšaukti savo sutikimą gydytis. Kai pacientas dėl sveikatos būklės negali pareikšti savo valios dėl sutikimo gydytis, kiek įmanoma, nepakenkiant paciento interesams, atsižvelgiama į jo anksčiau raštu pareikštą valią. Kai nėra nustatyta tvarka išreikštos paciento (jo atstovo) valios, slauga, diagnostika ir gydymas gali būti taikomi tik įstatymų nustatytais pagrindais ir tvarka, kai yra reali grėsmė paciento arba aplinkinių asmenų sveikatai ar gyvybei.⁵⁹

I. 2. Pasyviosios ir aktyviosios eutanazijos skirtumai

Naudodamiesi eutanazijos, kaip nužudymo iš gailestingumo priedanga jos šalininkai propaguoja aktyvią eutanaziją – mirtį sukeliančią atliekant kokį nors veiksmą, arba pasyvią eutanaziją – mirtį sukeliančią kažko ligoniui nepadarant, kad galėtų gyvybė būti palaikoma. Po tokia gailestingumo priedanga eutanazijos šalininkai net neįžiūri čia jokio nusikaltimo, bet net

įvardija ją kilniu ir moraliu veiksniu, nes, mat, žmogus gali pasigerinti savo mirtį, arba gali susilaukti pagalbos iš kitų, kad mirtų, o ne kentėtų esant sunkiai ir skausmingai ligai.⁶⁰ Kančia tampa beprasme ir tik teugdančia mėgautis gyvenimo malonumais. Joje neįžvelgiama jokios prasmės. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija teigdami, kad, „neegzistuoja joks žmogus, jokia valdžia, joks mokslas, jokios medicininės, eugeninės, socialinės, ekonominės, moralinės „indikacijos“, kurios galėtų pripažinti arba suteikti tikrą teisinį pagrindą tiesiogiai disponuoti nekalta žmogaus gyvybe, tai yra disponuoti siekiant gyvybės sunaikinimo: ar tai kaip tikslo, ar kaip priemonės kitam tikslui; tai savaime jokių būdu neleistina. Konkrečiai niekas ir jokios sąlygos negali duoti teisės nužudyti nekaltą žmogiškąją būtybę: vaisių ar embrioną, kūdikį, suaugusįjį ar senelį, nepagydomai sergantį ar beesantį agonijoje asmenį. Taip pat niekam nevalia prašyti tokio mirtį nešančio veiksmo nei sau, nei kam kitam, patikėtam jo priežiūrai, ir nevalia tam įsakmiai ar numanomai pritariti. Taip pat negali tokio veiksmo teisiškai įsakyti ar jį leisti jokia valdžia. Tai iš tikro yra Dievo įsakymo pažeidimas, žmogaus orumo paniekimas, nusikaltimas gyvybei, pasikėsinimas prieš žmoniją“.⁶¹ Toks Sveikatos apsaugos darbuotojų chartijos tekstas nurodo atsirandančią priešpriešą ir kylančią įtampą tarp teisės ir moralės. Būtent paliatyvioji pagalba tampa alternatyva eutanazijai, siekianti tarnauti gyvybei iki natūralios jos pabaigos, o ne ją nužudyti, nuvertinant ir pasmerkiant kaip nekokybiškai. Pripažįstanti neatšaukiamą gyvybės vertę paliatyvioji pagalba yra pajėgi kontroliuoti dėl susirgimo atsiradusius simptomus ir skausmą, padėti žmogui išgyventi vertingo asmens gyvenimą integruojant dvasinius ir psichologinius dalykus, pagerinant gyvenimo kokybę ir leidžiančia tikrai oriai numirti, nesiekiant nei paspartinti, nei atidėti mirties, o ją priimančią kaip normalų procesą.⁶² Negalime kalbėti apie eutanaziją pilnai neišnagrinėjus jos sąvokos ir pačioje eutanazijoje esančių esminių, sąvokinių skirtumų. Aktyvi eutanazija yra tada, kai mirtis sukeliama ligoniui, atliekant kokį nors veiksma, panaudojant medikamentus, dažniausiai didelę morfijaus dozę, sustabdyti širdį ir kvėpavimą.⁶³ Kai ligonis yra nepajėgus išreikšti savo noro, už jį nusprendžia globėjai. Pasitaiko atvejų, kai eutanazija atliekama ir prieš ligonio valią. Tokia prievartinė eutanazija visuomenės yra labiausiai smerkiama, nors moraliai yra tokia pat žmogžudystė, kaip ir kitais atvejais. „Aktyvios eutanazijos atveju veiksmo moralumą nulemia intencija, kuri vėlgi gali būti užmaskuojama geru noru padėti, bet gydytojo, vykdančio aktyvią eutanaziją tikslas yra numarinti ligonį. Ligonį nužudyti yra priemonė, kad ligonis nekentėtų“.⁶⁴ Aplinkybės čia pasidaro nesvarbios ir nieko nekeičiančios, akivaizdu, kad priemonė – nužudymas yra nemoralus ir negali būti pateisinamas, nesvarbu kokių paskatų vedama. „Tiesioginis ir tyčinis nekalto žmogaus nužudymas visada yra giliai nemoralus ir beveik visuomet neteisėtas.

Kiek kitaip visuomenė žvelgia į pasyvią eutanaziją. Tam yra įvairių priežasčių, bet vėl užmirštama, kad pasyvi eutanazija yra toks pats moralinis veiksmas, kaip ir aktyvios eutanazijos atveju ir tai yra aišku jau iš pačios eutanazijos sampratos. Čia skiriasi tik nužudymo būdas, nors tikslas tas pats – mirtis, ir priedanga pasiteisinimui taip pat ta pati – išvaduoti iš kančių. Šiuo atveju, nieko nėra daroma, kas padėtų išsaugoti ligonio gyvybę ir dėl to jis miršta. Tai įprasčiausiai yra gydymo kurso nutraukimas, gyvybines funkcijas palaikančių aparatų atjungimas ir pan.⁶⁵ Čia nereikėtų paisyti su užsispyrėliško gydymo nutraukimu, kurio pasekoje žmogus miršta dėl natūralių susirgimų esant neefektyviam ar nepakeliamam gydymui. Atliekant pasyvią eutanaziją „mirties priežastis yra nusikalstamas neveikimas. Todėl nėra nei moralinio, nei teisinio skirtumo tarp šių nusikaltimų: aktyvios ir pasyvios eutanazijos“.⁶⁶ „Tiek pasyvioji, tiek aktyvioji eutanazija iš esmės yra toks pat paciento nužudymas, tik pasirenkamos kitos priemonės“.⁶⁷

Kiekvienas žmogus yra orus, nepriklausomai nuo rasės, kultūros, religijos, sveikatos būklės ar socialinių – ekonominių sąlygų. Tokio orumo pagrindu yra žmogaus prigimtis, kuri yra pastovi ir neliečiama vertybė, negalinti priklausyti nuo specifinių gyvenimo aplinkybių ir būti pavaldi kieno nors sprendimui.⁶⁸ Tad susirgus nepagydoma liga, ar patekus į vegetacinę būklę išliekama žmogumi, asmeniu, kuris privalo gauti tinkamą slaugą ir medicininę priežiūrą. Neleistina palikti tokių ligonių likimo valiai. Sprendimą nutraukti maistą ir gėrimą teikiamus dirbtiniu būdu, kai neišvengiamas tiesioginis padarinys būtų ligonio mirtis. Toks veiksmas laikytinas autentišku eutanazijos per neveikimą aktu, kuris moralės požiūriu nepriimtinas.⁶⁹ Bet lygiai taip pat yra neleidžiama palaikyti gyvybės naudojant užsispyrėlišką gydymą, kai tai gali turėti dar didesnes pasekmes ligonio sveikatai, pratęsti kančias, ar apsunkinti patį gyvenimą, jį padarant nepakeliamu. „Leistina liautis vartoti tokias priemones, kai rezultatai nepateisina laukiamų vilčių, nes nebelieka proporcijos tarp „priemonių bei personalo pastangų“ ir „numatomų rezultatų“, arba „kai taikomi metodai sukelia didesnes paciento kančias ar nepatogumus nei jų teikiama nauda“.⁷⁰ Būtent šios dvi sąlygos yra reikalingos, kad būtų moraliai leista atsisakyti užsispyrėliško gydymo, tai: kada gydymas yra neefektyvus arba, kada toks gydymas pačiam ligoniui yra nepakeliamas.⁷¹ Tuo tarpu žudymas yra veiksmas ar veiksmo apleidimas siekiant mirties, o leidimas numirti yra netaikymas ar nutraukimas neefektyvaus ar neproporcingai nepakeliamo gydymo, paliekant ligonį natūraliai ligos eigai, ir tuomet ligonis miršta dėl nepagydomos ligos.⁷² Čia iškyla daug diskusijų dėl moralumo klausimais. Atsakymu tampa dvigubos pasekmės principas, kuris nagrinėja veiksmo moralumą žvelgdamas į intenciją, aplinkybes. Reikia žiūrėti, kad žmogus, kuris savo veikloje turi skaitytis su bloga pasekme, turėtų gerus ketinimus ir kad būtų pakankamai rimta tam priežastis.

Už tai kas įvyksta natūraliai, kaip ir mirtis dėl susirgimo, o ne dėl gydytojų aplaidumo, žmogus nėra moraliai ar teisiškai atsakingas. „Gyvybines funkcijas palaikančių priemonių skyrimas ne visada yra privalomas. Jeigu pacientas yra mirštantis šios priemonės nebetaikomos. Gydomo priemonė traktuojama, kaip neefektyvi jei neužtikrina ligonio stabilios sveikatos būsenos ir nepalaiko organizmo funkcionavimo“.⁷³ Toks dirbtinių gyvybės palaikymo priemonių nebetaikymas nėra tolygus žmogžudystei, bet „greičiau reiškia paprasčiausią susitaikymą su žmogaus būkle, arba norą išvengti medicininės priemonės, neproporcingos tikėtiniems rezultatams, arba vengimą per didelių šeimos ar visuomenės išlaidų“.⁷⁴ Tačiau lieka neleistina atsisakant užsispyrėliško gydymo, nutraukti normalią pagalbą reikalingą ligonio priežiūrai, slaugai, maitinimui⁷⁵ bei skausmo malšinimui, kad palengvinti kentėjimus.⁷⁶ Taigi, „atsisakyti neįprasto ar neproporcingo gydymo netolygu ryžtis savižudybei ar eutanazijai; greičiau tai išreiškia susitaikymą su žmogaus situacija mirties akivaizdoje“.⁷⁷ Būtina pripažinti medicinos ribas ir sulaikyti nuo bereikalingo gydymo, bet nepamirštant, kad kiekvienas pacientas, net ir nepagydomas, turi tas pačias teisas, tad lieka jau pagalbos teikėjams atidžiai įvertinti gydymo naudą ir našta, kad išvengti beprasmiško gydymo.⁷⁸ Priimti mirtį, kaip neišvengiamą žmogaus palydovę yra būtina bet kurioje medicinos srityje.

Aktyvi eutanazija yra gerokai retesnis atvejis valstybių teisinėje praktikoje. Ji šiuo metu reglamentuota tik Olandijoje, Belgijoje, o Šveicarijoje ir Oregono valstijoje JAV reglamentuota savižudybė su pagalba. „Oregono valstijoje – nuo 1997 metų praktikuojama savižudybė su medikų pagalba. Šveicarijoje – nuo 1941 metų praktikuojama savižudybė su medikų ir ne medikų pagalba. Belgijoje – nuo 2002 metų įteisinta eutanazija. Olandijoje – nuo 1984 metų savanoriška eutanazija ir savižudybė su medikų pagalba buvo vykdomos, turint teismų leidimą, o nuo 2002 metų balandžio buvo įstatymiškai reglamentuota“.⁷⁹

Išanalizavus Oregono savižudybę su gydytojo pagalba reglamentuojančiu teisės aktus, Olandijos ir Belgijos įstatymus, kuriais įteisinama eutanazija, galima rasti šiuos bendrumus:

- Pacientui, norinčiam, kad jam būtų įvykdyta eutanazija ar padedama nusižudyti, keliamas reikalavimas, jog jis turi kentėti nuo nepagydomos ligos, kuri Oregono įstatyme apibrėžta, kaip neišgydoma ir negrįžtama liga, kuri yra mediciniškai patvirtinta ir, remiantis pagrįsta medicinine išvada, po 6 mėnesių baigsis žmogaus mirtimi. Olandijos įstatyme nustatyta, jog pacientas turi kentėti nepakeliamas kančias ir nėra jokių prognozių, kad jo būklė gali pagerėti. Liberaliausias reikalavimas dėl paciento būklės nurodytas Belgijos įstatyme, pacientas turi būti mediciniškai beviltiškoje būklėje dėl nuolatinės ir nepakeliamos fizinės ar psichologinės kančios, kuri negali būti palengvinta. Taigi Belgijoje eutanazija gali būti įvykdyta ir psichologiškai kenčiantiems, nebūtinai reikia kentėti fizinius skausmus.

- Visuose pateiktų šalių įstatymuose yra nustatyta tam tikra prašymo dėl eutanazijos įvykdymo forma: jis turi būti rašytinis, paciento pasirašytas, nurodyta pasirašymo data.

- Visuomet prašymas turi būti savanoriškas, be jokio išorinio spaudimo. Oregono įstatyme nustatytas griežčiausias reikalavimus paciento, norinčio pateikti prašymą dėl savižudybės su gydytojo pagalba įvykdymo amžiui, t.y. pacientas negali būti jaunesnis nei 18-likos metų. Tuo tarpu Belgijoje pacientas turi būti sulaukęs pilnametystės arba būti emancipuotu nepilnamečiu. Olandijoje šis reikalavimas labai liberalus, nes tokį prašymą gali pateikti pacientai, kurių amžius yra tarp 12-likos ir 16-likos metų, tuomet bus reikalingas tėvų sutikimas, o pacientams tarp 16-likos ir 18-likos metų amžiaus jau tokio sutikimo nereikia, užtenka tik pasikonsultuoti su tėvais. Šiuo metu Olandijoje įstatymo reikalavimai dar labiau švelninami ir Groningeno miesto universitetinėje klinikoje eutanaziją bus galima taikyti ir vaikams, įskaitant naujagimius, sergančius „nepagydomomis ligomis“ ir „kenčiančius nepakeliamus skausmus“. Numatyta, kad eutanazija vaikams galės būti taikoma tik „laikantis labai griežtų taisyklių“.

- Visuose nagrinėtuose įstatymuose yra nustatytos tam tikros pareigos pacientą gydančiam gydytojui, kuris, prieš patenkdamas paciento prašymą, turi pasikonsultuoti su bent dar vienu kitu gydytoju.

- Visi įstatymai numato tam tikras institucijas, kurios turi prižiūrėti, kaip padedantys nusižudyti ar eutanaziją vykdantys medikai laikosi šią veiklą reglamentuojančių įstatymų reikalavimų. Oregone tai vykdo ir kasmet medicininius įrašus peržiūri Paslaugų žmonėms departamentas, Belgijoje buvo įsteigta Federalinė kontrolės ir vertinimo komisija, Olandijoje steigiamos regioninės komisijos.

- Yra nustatyta baudžiamoji atsakomybė medikams ir kitiems asmenims, kurie nesilaiko šiuose įstatymuose nustatytų reikalavimų.

Šiuo metu Jungtinėse Amerikos valstijose galioja praktika, kai asmenys be sąmonės, teismo sprendimu, gali būti numarinami badu ir troškuliu.⁸⁰

Žmonės vis labiau baiminasi tapti priklausomi nuo kitų, baiminasi, kad tai panaikins jo laisvę, kuri klaidingai suprantama, neišlaisvina, o kaip tik priverčia jai vergauti. Baiminamasi, kad liga atims asmens orumą, pamirštant, kad rūpinimasis silpnesniu ir ligotu yra tikros gailėstingos artimo meilės išraiška, o asmens orumas nepriklauso nuo jo gyvenimo kokybės, nes gyvybės kokybė nekvestionuojama. „Plintant susidomėjimui savižudybe su gydytojo pagalba ir eutanazija yra simptomas daug didesnės problemos, būtent mūsų nesugebėjimo rūpintis nepagydomai sergančiais ir mirštančiais ligoniais“.⁸¹ Būtent paliatyvioji pagalba tampa alternatyva eutanazijai, nes ji yra pajėgi pagerinti fizinę ligonio savijautą vaistais, naudojant naujausias medicinines priemones kontroliuoti skausmą, jį sumažinti ar net visiškai. Taip pat paliatyvioji medicina siekia integruoti psichologinius ir dvasinius žmogaus poreikius, o ne tik

kreipia dėmesį į biologinę žmogaus dimensiją. Čia padedama susigyventi su esama liga, išsakyti savo poreikius ir į juos sureaguojama. Paliatyvioji pagalba siekia pagerinti savęs, kaip ligonio reikiamo kitų pagalbos, bet dėl to nenustojusio žmogaus orumo ir vertės, priėmimą. Dvasinėje srityje paliatyvioji pagalba žmogų orientuoja į Dievą, su Kuriuo susivienijama patiriamoje kančioje, su Kuriuo susitaikoma atliekant išpažintį, susitaikant su artimaisiais, pasiruošiant mirčiai, kaip natūraliam procesui, kuris niekaip nesistengiamas pagreitinti ar, bet kokia kaina, būti atidėtas. Pagerinta ligonio gyvenimo kokybė atsiliepia ir į artimųjų gyvenimo kokybės pagerėjimą. Jie mato, kad ligonis yra prižiūrimas, juo rūpinamasi ir jie patys įtraukiami į ligonio priežiūrą, taip išreiškiant artimo meilę. Giminaičiams teikiama psichologinė pagalba susidoroti su esama mylimo ir mirštančiojo žmogaus padėtimi, o gedėjimo laikotarpiu dalijamasi skausmu, ar net, esant reikalui, imamasi psichoterapinio gydymo. Būtent paliatyvioji medicina išlieka tarnaujanti gyvybei iki paskutinio jos atodūσιο. Gydytojai išlieka gydytojais, o ne tampa žudikais atliekančiais eutanaziją ligoninėse, prisidengę gailestingumo ir gerą darančiųjų vardu, o iš tikrųjų bėgantys nuo nepakeliama laikomos būklės. Eutanazija, „tai individualus ir visuomeninis savigailos veiksmas“⁸², o ne pagalba ir tikrai ne gailestingumas. „Eutanazija medicinos mokslui reiškia atžangą ir bejėgiškumą, be to, pažeidžia mirštančio žmogaus orumą“.⁸³ Būtina skatinti paliatyvios medicinos plėtrą, kad kaip įmanoma daugiau ligonių būtų tinkamai prižiūrimi, kaip asmenybės, o ne tik biologinės būtybės. Holistinis paliatyvios medicinos žvilgsnis į žmogų išsprendžia priverčiančias pasirinkti eutanaziją problemas, o darbas su ligonio artimaisiais tampa tikru tarnavimu ir žmogaus jausmams rodoma pagarba.

II. PALIATYVIOS PAGALBOS APIBRĖŽIMAI IR JOS PRINCIPAI. BIOETINIS ASPEKTAS

„Paskutiniame dvidešimtojo amžiaus dešimtmetyje daugelyje pasaulio šalių dėmesio centre atsidūrė paliatyvioji medicina“.⁸⁴ Bėgant laikui keitėsi paliatyvios pagalbos apibrėžimas, buvo vis naujai svarstomi ir išieškomi pagrindiniai principai. Kai kuriose šalyse yra kiek kitaip žvelgiama į paliatyvią pagalbą atsižvelgiant į esamus sveikatos priežiūros sistemos savitumus ir šiai sričiai skiriamas lėšas. Paliatyvi pagalba iš pradžių buvo suvokiama, kaip teikiama tik paskutinėmis žmogaus gyvenimo savaitėmis ir tokia pagalba teikiama tik specializuoto personalo. Vėliau šis požiūris kito ir paliatyvioji pagalba imama suprasti, kaip teikiama ne tik paskutinėmis žmogaus gyvenimo savaitėmis, bet jau diagnozavus nepagydomą ligą. Toks posūkis paliatyvios medicinos eigoje vyko todėl, kad pastebėta, jog pacientams ir jų artimiesiems, patiriant vis daugiau sunkumų susidūrus su nepagydoma liga, reikalinga pagalba ne tik prieš pat mirtį, bet ir gedėjimo laikotarpiu. Pastebėta, kad paliatyvioji pagalba turi būti teikiama greta medicininio gydymo, nes tai nėra grynai tas pat.⁸⁵

„Paliatyvioji medicina – viena iš naujausių greičiausiai besivystančių medicinos disciplinų. Tai unikalus paciento gydymo būdas ir pagalba, kuri paprastai netrunka labai ilgai. Unikali todėl, kad į priežiūrą įtraukiami patys ligoniai, jo artimieji, draugai, paslaugos teikiamos interdisciplininės komandos principu, o parama šeimai teikiama ir po artimojo mirties. Visų sričių specialistų bendradarbiavimo strategija nukreipta padėti ligoniui sumažinti kančią, suvokti realia situaciją ir ieškoti būdų kaip susidoroti su savo problemomis. Šios strategijos kūrimas yra paliatyvios medicinos pagrindas“.⁸⁶ 1990 m. PSO paliatyvią pagalbą apibūdino kaip – “aktyvią, visapusę ligonio, sergančio nepagydoma liga priežiūrą. Pirmiausia yra skausmo, kitų simptomų ir psichologinių, socialinių bei dvasinių problemų kontrolė. Paliatyviosios pagalbos tikslas - pasiekti kuo geresnę pacientų ir jų šeimų gyvenimo kokybę, kuri apima įvairiapusę žmogaus prigimtį”.⁸⁷ 2002 m. Budapešte vykusioje konferencijoje sudarytas naujas apibrėžimas pabrėžiantis kentėjimų profilaktiką, sako, kad: “Paliatyvioji pagalba – būdas, kuriuo gerinama pacientų ir jų šeimų, susiduriančių su gyvybei pavojingų ligų keliamomis problemomis, gyvenimo kokybė, stengiantis išvengti arba palengvinti kentėjimą tokiomis priemonėmis, kaip ankstyvoji diagnostika ir tikslus įvertinimas, bei skausmo ir kitų problemų – fizinių, psichologinių bei dvasinių gydymas“.⁸⁸

„Paliatyvios pagalbos tikslas – išvengti arba sumažinti kančias bei maksimaliai pagerinti gyvenimo kokybę, nepagreitinant ir nenutolinant mirties, užtikrinti psichologinę ir dvasinę priežiūrą, suteikti paramą šeimai ligos ir gedėjimo metu. Paliatyvioji pagalba integruoja savyje psichologinius ir dvasinius paciento slaugos aspektus, siūlydama paramos sistemą, padedančią

pacientui iki mirties gyventi aktyviai ir siekiant, kad iki pat pabaigos galėtų gyvenimą paversti augimo ir laimėjimų patirtimi“.⁸⁹ Paliatyvios pagalbos strategija turi remtis valstybių vyriausybių, taip pat „Europos Tarybos iškeltomis vertybėmis: žmogaus teisės ir paciento teisės, žmogaus orumas, socialinis aktyvumas, demokratija, lygybė, solidarumas, vienodos lyčių galimybės, visuomenės veiklos ir pasirinkimo laisvė“.⁹⁰ Čia išvardintos vertybės yra vienodai priimtinos visiems žmonėms, net nepriklausomai nuo jų religinių įsitikinimų.

„Pagrindinis paliatyvios pagalbos tikslas – suteikti pacientui pačią geriausią gyvenimo kokybę nepagydomos ligos laikotarpiu pasiekiamas per šiuos uždavinius:

- tenkinti mirštančių ligonių fizinius, psichologinius, dvasinius ir socialinius poreikius reikiamu laiku ir tinkamoje vietoje;
- mažinti ar stengtis išvengti skausmo ir palengvinti ar išvengti kitų simptomų;
- teikti paramą ligoniui ir jo šeimai arba kitiems pagalbos teikėjams kaip visumai;
- siūlyti tokią paramos sistemą, kuri padėtų pacientui gyventi taip aktyviai kaip tik yra galima iki pat jo mirties;
- paremti gedėjimo laikotarpiu;
- gerbti ligonio teisę laisvai pasirinkti paliatyviosios pagalbos būdą ir aplinką;
- palaikyti ryšius ir vykdyti koordinacinę funkciją su egzistuojančiomis kitomis medicinos ir visuomenės tarnybomis“.⁹¹

Lietuvos Respublikos sveikatos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymų Nr. V – 14, buvo pilnai sudarytas apibrėžimas, kas yra paliatyvi pagalba: „Paliatyvioji pagalba – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas“.⁹² Taip pat tame pačiame įsakyme išvardijami ir paliatyvaus gydymo tikslai: mažinti fizines kančias ir / ar jų išvengti; tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, siekti juos kontroliuoti ir mažinti; nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu; pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę; padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu.⁹³

Žvelgiant į įvairius šaltinius pastebima, kad pagrindiniai paliatyvios pagalbos principai yra vienodi ir juos stengiamasi kaip įmanoma geriau įgyvendinti. Pačiu pagrindiniu uždaviniu lieka skausmo malšinimas, bet žvelgiant į žmogų, kaip į asmenybę, kaip į kūno ir dvasinės sielos vienovę negalimi iš akių išleisti ir dvasiniai žmogaus poreikiai, neatskiriami žmogų supančios socialinės aplinkos iškelti nauji iššūkiai, bei atsiradusios psichologinės problemos, kurias irgi siekiama spręsti teikiant paliatyvią pagalbą. Jokiu būdu paliatyvi pagalba nesiekia nei pagreitinti,

nei palėtinti mirties, ir mirimą laiko normaliu procesu teigdama gyvenimą ir siekdama pagerinti jo kokybę. Iš veiklos sferos nėra išleidžiamas ne tik pats ligonis, bet ir jo artimieji – šeimos nariai, kuriems teikiama pagalba gedėjimo laikotarpiu, o iki tol juos stengiantis įtraukti į patį ligonio gydymą bei priežiūrą.

II. 1. „Gyvenimo kokybės“ ir „gyvybės kokybės“ samprata

Paliatyvus gydymo pagrindinis uždavinys dažniausiai yra skausmo malšinimas. Skausmo nebuvimas pagerina gyvenimo kokybę, suteikia ligoniui galimybę geriau ir aktyviau įsijungti į savo mėgstamą veiklą, bendrauti, leidžia domėtis kultūriniais ir pan. dalykais. Visą laiką jaučiamas skausmas užkerta kelią užsiimti bet kokia veikla, nes tuomet pirmoje vietoje būna kančia. Bet koks gydymas, ne išimtis kad ir paliatyvus, siekia to paties tikslo – pagerinti gyvenimo kokybę, suteikti galimybių žmogui laisvai veikti ir kuo geriau jaustis. „Paliatyvios pagalbos principas yra tas, kad mirštantys pacientai vis dar gyvi, todėl jiems reikia ir jie verti geriausio įmanomo gydymo ir, kad pagal savo fizines galimybes, jie iki pat gyvenimo pabaigos galėtų patirti geriausios gyvenimo kokybės džiaugsmą”.⁹⁴ Geriausios gyvenimo kokybės kiekvienam žmogui paieška yra esminė medicinos ir visuomenės pareiga, bet tai negali ir neturi būti galutinis kriterijus žmogaus gyvenimo vertumui pasverti.⁹⁵ Labai dažnai yra supainiojami „gyvenimo kokybės“ ir „gyvybės kokybės“ terminai, nors jie yra skirtingi.⁹⁶

Neturėtų kilti svarstymų apie „gyvybės kokybę“, nes pati iš savęs gyvybė yra vertybė ir negali būti daugiau ar mažiau vertinama. Tai įtvirtina Konstitucijoje ir eilėje kitų teisės aktų, bendrosiose dalyse, kalbančių apie gyvybę kaip besąlygišką vertybę. „Gyvybė, kaip subjektyviosios teisės kategorija, negali būti laipsniuojama. Arba gyvybė yra, arba jos nėra”.⁹⁷ Nulemiančiu rodikliu gyvybės atžvilgiu negali būti žmogaus sveikata, nes jos pablogėjimas gali tik pakenkti „gyvenimo kokybei“, bet jokiū būdu ne „gyvybės kokybei“. Pablogėjusi savijauta, ar atsiradusi negalia nesumenkina žmogaus, kaip asmenybės ir nenulemia žmogaus vertės, lyg kainos daikto, kuris yra sugedęs ar nebetinkamas naudoti. Teisė tai gerai suprasdama ir aukščiausiu lygiu įtvirtinusi „gyvybės kokybės“ principus vadovaujasi nusistovėjusia vertybių sistema. Žmogus nėra daiktas, todėl nėra įmanoma gyvybės vertinti kokybės standartais, nes gyvybė yra vidinis ir neliečiamas žmogaus gėris, kuris yra visų kitų žmogaus gėrių ir teisių šaltinis. „Mes turime aiškiai atskirti fizinio skausmo kontrolę nuo kančios. Kančia yra susijusi su vienatve, neviltimi, baime ir susirūpinimu dėl ligos ir gali pagilinti klinikinę depresiją. Fizinio skausmo kontrolė yra lengvesnė, nei pagalba kančios išgyvenime. Tačiau nei fizinis skausmas, nei kančia nėra priežastis, pateisinanti ligonio nužudymą”.⁹⁸ Taigi, skausmo pašalinimas neturi būti susijęs su paties ligonio pašalinimu. Nors skausmas didžiausia yra didžiausia problema,

kurią siekiama kontroliuoti gyvenimo kokybei pagerinti. Skausmo kontrolė yra įmanoma naudojantis įvairiais medikamentais, bet daug rimtesne ir opesne problema yra psichologinių, dvasinių poreikių patenkinimas kad būtų įmanoma pilnavertiškai jaustis reikalingu ir mylimu žmogumi, į kurio poreikius yra atsiliepiama. Nei protinė, nei fizinė negalia nesumenkina „gyvybės kokybės“. Net mirštantieji ar vegetacinės būklės ligoniai yra žmogiškieji asmenys, ir jų, kaip tokių pagrindines teises privalu gerbti. Pirmutinė iš šių teisių yra teisė į gyvybę bei sveikatos apsaugą.⁹⁹ „XXI amžius tampa gyvenimo kokybės gerinimo amžiumi. Anksčiau buvo kreipiamas dėmesys tik į paciento gyvenimo laiko prailginimą. Šiuo metu svarbiausias matas – pacientų gyvenimo kokybė, atkreipiant dėmesį į besikeičiančius jų poreikius, pagalbos tęstinumą, informaciją. Paliatyviai pagalbai būdingas holistinis požiūris į žmogų. Ji skatina suvokti gyvenimo saulėlydyje ne tik biologinius poreikius, bet ir psichologines, socialines bei dvasines reikmes“.¹⁰⁰

„Gyvenimo kokybės“ klausimai yra diskutuoti ir turi būti ieškoma būdų jai pagerinti. Kiekvienas žmogus savaip supranta „gyvenimo kokybę“ ir kiekvienam yra labai skirtingas tas „kokybės“ apibrėžimas.¹⁰¹ Čia esminį vaidmenį vaidina poreikiai, mąstymo ypatumai, vertybių gradacija ir t.t. Aišku ir suprantama, kad „gyvenimo kokybė“ gali pablogėti kai žmogus suserga, pasidaro neįgalus, praranda sugebėjimą savimi pasirūpinti, bet aišku ir tai, kad pagerėjus sveikatai, nebekenčiant fizinių ir dvasinių skausmų, sudarius sąlygas žmogui savimi rūpintis, laisvai judėti – būti mažiau priklausomam nuo kitų, pagerėja ir gyvenimo kokybė.¹⁰²

II. 2. Paliatyvios pagalbos tikslai

Paliatyvus gydymas apima ne tik mirštančiojo ligonio slaugą, bet jau prasideda ligos diagnozavimu ir tęsiasi net gedėjimo metu, nes yra rūpinamasi ir artimaisiais. Dažniausia paliatyvios medicinos akiratyje atsiduria vėžiu sergantys žmonės, nors senėjant visuomenei ir daugėjant ne tik onkologinių susirgimų, bet ir plintant Žmogaus imunodeficito viruso (AIDS) epidemijai bei kitoms nepagydomoms ligoms, plečiasi ir šios medicinos srities diapazonas, kai susiduriama su nepagydomomis ligomis dar nesant senyvo amžiaus. Paliatyvi pagalba ir terminalinės būklės pacientų slauga yra viena iš didžiausių sveikatos priežiūros problemų. Ji tampa vis aktualesne, nes:

- didėja vyresnio amžiaus žmonių skaičius;
- didėja mirtingumas nuo vėžinių ligų (nemažėja III – IV stadijų);
- didėja skaičius žmonių, kuriems reikalinga paliatyvi pagalba (sergantys vėžiu, AIDS, širdies kraujagyslių, neurologiniais susirgimais ir t.t.);
- mažėja proporcija tarp priežiūros teikėjų ir gavėjų, didėjant gavėjų skaičiui;

- šiuo metu teikiamos paslaugos neatitinka kokybės standartų;
- simptominis gydymas, paliatyvi pagalba neabejotinai pagerina gyvenimo kokybę;
- stiprėja holistinis požiūris į žmogų.¹⁰³

Vis dėl to daugiausia paliatyvios medicinos prireikia senyviems žmonėms, kuriems reikalinga tuo metu ne tik medicininė pagalba, bet ir slauga bei intensyvi priežiūra, rūpinimasis ir atsidavimas. Senatvė ir nepagydoma liga, dažnai, net ne viena, ir skausmas bei kiti simptomai yra lydintys pagrindinius paliatyvios medicinos pacientus. Esant tokioms sudėtingoms sąlygoms yra darbuojamasi nepaisant jėgų ir išskylančios įtampos, kuri visą laiką lydi paliatyvią pagalbą. Labai svarbus yra požiūris į seną ir ligotą žmogų. Senatvė gi yra savitas, tačiau lygiavertis žmogaus gyvenimo raidos tarpsnis, o ne tik pasirengimo mirčiai metas. Vyresni žmonės padeda išmintingiau žvelgti į žemiškuosius įvykius. Jie yra kolektyvinės atminties sergėtojai, todėl turi ypatingą privilegiją perteikti vertybes ir bendrus idealus, sudarančius visuomenės gyvenimo pagrindą.

Praplečiant medicinos požiūrį į pacientus, ypač sergančius vėžiu, ji ima siekti dviejų tikslų:

- malšinti ligos simptomus, išgydyti žmogų, ligą pakeisti sveikata, taip pat prailginti gyvenimą;
- padėti pacientui atrasti savyje gyvenimo prasmę, nepriklausomai nuo jiems nustatytos diagnozės, esamos sveikatos būklės ir gydymo rezultato.¹⁰⁴

Psichosocialinių problemų sprendimas yra būtina sąlyga, nes paciento gijimas iš esmės priklauso nuo bendravimo su kitais žmonėmis. Šis žmogiškasis bendravimas lygiai toks pats būtinas kaip chirurgija, chemoterapija ar kokia kita iš gydymo formų. Paskutinėse mirtinų ligų stadijose sergantieji yra labiausiai reikalingi supratimo, palaikymo, įvairių sričių specialistų bendradarbiavimo bei paramos. Paliatyvioji pagalba yra tam, kad suteiktų šiems žmonėms specialų ir geresnį gydymą bei priežiūrą, atsižvelgdama į jų poreikius, siekia pagerinti ir išlaikyti optimalią gyvenimo kokybę. Pagalbą šiems pacientams galima laikyti svarbiu civilizacijos kokybės rodikliu. Mūsų visuomenėje daugeliu atvejų šie pacientai yra nustumiami į šoną, o mirtis ir mirimas yra uždrausta tema. Kuo sergančiųjų gyvenimas labiau artėja į pabaigą, tuo staigiau keičiasi ligų simptomai, pacientų bendravimo poreikiai su jų šeima, draugais ir sveikatos priežiūros profesionalais. Dėl to iškyla daug naujų problemų. Dažniausia paliatyvios pagalbos teikimo laikas yra ribotas, ar net labai trumpas, tad reikia siekti kaip įmanoma geriau panaudoti likusį pacientui laiką.¹⁰⁵

Paliatyvi pagalba visada yra susijusi ir su šeimos narių įjungimu į pagalbą, savanorių ir interdisciplininės komandos darbu. Paliatyvios pagalbos pagrindiniai principai nėra lengvai įgyvendinami, tam reikia nemažai pastangų, o neretai ir tikro pasiaukojimo. „Paliatyvios

pagalbos principas – holistinis sveikatos priežiūros požiūris, apimantis: medicininės, slaugos, psichologinės, socialinės, kultūrinės ir dvasinės paslaugas. Ji reikalauja koordinuoto komandinio požiūrio, ją turėtų teikti sveikatos priežiūros profesionalai – paliatyvios pagalbos gydytojai ir paliatyvios pagalbos slaugytojos. Todėl suburiama interdisciplininė komanda, kurią sudaro: Pacientas, šeima, gydytojas, slaugytoja, socialinis darbuotojas, dvasininkas, psichoterapeutas, kineziterapijos specialistas, savanoriai, jų koordinatorius.”¹⁰⁶

II. 2. a. Sumažina skausmą ir kitus simptomus

Skausmo kontrolė yra pirmoje vietoje paliatyviajame gydyme. Taip pat siekiama kontroliuoti ir kitus simptomus, kad pagerinti ligonio gyvenimo kokybę. Dažniausiai paliatyvus gydymas yra skirtas kovai su atsiradusiais simptomais, siekiant jų kontroliavimo, nes retai tēra įmanoma pašalinti skausmo šaltinį, ar kitas simptomus sukeliančias priežastis. Dažniausias paliatyvią pagalbą lydintis simptomas yra skausmas, atsiradęs dėl vėžinių susirgimų. Taip jau yra, kad pašalinti visiškai ligos priežasties nėra galimybių, tad liekama kovoti su simptomais. Be skausmo, kaip pagrindinio mirštančiųjų ligonių simptomo, tenka kovoti ir su kitais sunkumais. Per daugelį metų paliatyvioji pagalba išvystė gerą skausmo nustatymą ir simptomų kontrolę. Simptomai dažniausiai parodo ligos progresavimą. Pats pacientas gali labai gerai padėti siekiant kaip įmanoma geresnės simptomų kontrolės, nes simptomai yra subjektyvūs. Įtraukus pacientą į gydymą, gydytojas gali geriau parinkti ir individualų gydymą. Tada iškyla galimybė lygiavertiškai derinti medikamentinį ir nemedikamentinį gydymo būdus.

„Dažniausiai pasitaikantys simptomai, esant išplitusioms onkologinėms ligoms: Skausmas - 89 %, Svorio kritimas >10% - 58 %, Anoreksija - 55%, Dusulys - 41%, Vidurių užkietėjimas - 40%, Nuovargis - 40%, Burnos sausumas - 40%, Silpnumas - 36%, Pykinimas - 32%, Energijos stoka - 32%, Depresija - 31%, Miego problemos - 28%, Skonio pasikeitimas - 26%, Vėmimas - 25% “. ¹⁰⁷

Reikia nepamiršti, kad simptomai yra subjektyvūs, o ir susirgimai yra įvairūs. Kiek kitokie simptomai būtų žmogui esančiam komoje, patyrus stuburo, arba galvos smegenų traumą ar pan. Susirgus vėžiu dažniausiai yra baiminamasi ligos, nes ji siejasi su skausmu. Su skausmo baime susiduriama atsiradus bet kuriam susirgimui. Pagrindiniai simptomai vis dėl to yra labai panašūs paliatyvios pagalbos srity. Simptomų kontrolei paliatyvioje pagalboje dažniausiai naudojami narkotiniai preparatai, kurie yra pranašesni, esant terminaliniams susirgimams už kitas priemones, tokias kaip įprastiniai analgetikai.¹⁰⁸ „Skausmo nustatymas, įvertinimas, adekvatus gydymas ir kontrolė užima centrinę vietą paliatyvioje pagalboje, kurios vienas iš pagrindinių uždavinių – skausmo pašalinimas ar jo sumažinimas“. ¹⁰⁹ Beveik visais atvejais yra įmanoma kontroliuoti skausmą, jei tik laikomasi gydytojo nurodymų ir jei yra prieinami

efektyvūs vaistai, įskaitant opioidus. Labai dažnai progresuojanti liga kelia vis didesnę skausmą, o kai kurie gydytojai vengia didinti dozę, baimindamiesi pagreitinti mirtį ar net taip numarinti ligonį. Skausmą malšinantys preparatai turėtų būti skiriami ne tik skausmui malšinti, bet skausmo prevencijai, kadangi pastovaus skausmo slopinimas reikalauja didesnių vaisto dozių, ypač kai skausmas sukelia nerimą ir baimę.¹¹⁰ Yra leistina saikingai naudoti narkotinius analgetikus, kurie palengvina kančias, bet ir pagreitina mirtį. Tokiu atveju mirties niekaip netrokštama ir jos nesiekama, net jeigu dėl rimtos priežasties rizikuojama ją; paprasčiausiai siekiama efektyviai malšinti skausmus medicinai prieinamais analgetikais.¹¹¹ Medicina naudojami priemonėmis, kurias turi. Šiuo metu dar nėra efektyvesnių ir visiškai pašalinio poveikio neturinčių vaistų. Esant onkologiniams susirgimams, nėra efektyvesnių priemonių skausmui malšinti, kaip opijatai.

Yra bendrieji skausmo gydymo principai, į kuriuos žvelgiant akivaizdus ne tik ligos išprovokuotas fizinis skausmas, bet ir dvasinis skausmas, baimė, nerimas ir uždarumas, nepasitikėjimas gydytoju ar pan. Pašalinus šias problemas, skausmas būtų daug lengviau įveikiamas. Tie bendrieji skausmo gydymo principai, yra tokie: „reikia vertinti skausmo stiprumą, išsiaiškinti jo priežastis ir mažėjimo ar didėjimo veiksnius; reikia užmegzti dvasinį ryšį su pacientu, jo šeima ir medicinos personalu; būtinas atviras bendravimas visų asmenų, kurie gydo, slaugo ir lanko pacientą; reikia rūpestingai parinkti, dozuoti ir taisyklingai vartoti analgetikus ir pagalbinius vaistus; būtina reguliariai skirti analgetikus; reikia tinkamai taikyti nemedikamentines priemones; reikia garantuoti tęstinį skausmo malšinimą“.¹¹² Šie principai aiškiai parodo, kad paliatyvioje pagalboje neužtenka tik požiūrio į žmogų, tik kaip į biologinę būtybę, o į skausmą, tik kaip į biologinį procesą, kuris žadina fizinę ir psichinę žmogaus reakciją prieš ligos antpuolį; ir šaukiasi medicinos pagalbos – raminamo ar skausmą malšinančio gydymo.¹¹³

PSO paskelbė skausmo malšinimo rekomendacijas vadinamąsias analgetikų skyrimo pakopas – „kopėčias“, kurios tapo lėtinio skausmo malšinimo pagrindu visame pasaulyje. 2000 m. jos buvo papildytos – sumažinus narkotinių analgetikų apribojimus, leidžiant iš karto skirti stipriuosius narkotikus, jei ligonis jaučia stiprų skausmą. 2001 m. Europos onkologų suvažiavime priimtas naujas piramidinis skausmo malšinimo modelis, pagal kurį pacientas ir jo skausmas yra suprantami kaip visuma, kreipiamas dėmesys ne tik į fizinę skausmo prigimtį, bet ir į psichologines ir socialines problemas“.¹¹⁴ Todėl labai suprantama, kad mirštančiam žmogui sunkiausia yra pakelti bejėgiškumą, būti priklausomu nuo kitų ir kęsti skausmą, ir į tai reikia reaguoti. Nebeužtenka vien tik fizinio skausmo malšinimo, apleidžiant žmogaus kaip asmens poreikius. Dar ir dabar kai kuriose šalyse yra problemų išrašant narkotines medžiagas nepagydomiems ligoniams mažinti skausmus. Todėl vis lieka tų, kurie kenčia. Europos

Parlamentas pabrėžia, kad „įstatymai turėtų leisti vartoti opijatus ir kitus skausmą malšinančius vaistus medicinos reikmėms pakankamomis dozėmis ir reikiamomis formomis. Piktnaudžiavimo baimė neturėtų kliudyti gauti būtinų ir veiksmingų vaistų“.¹¹⁵ Lietuvoje, tuo tarpu, yra supaprastinta narkotinių medžiagų išrašymo nuskausminimui tvarka, slaugos ligoninių gydytojams bei šeimos gydytojams, ir nėra didelių problemų mūsų šalyje dėl vaistų įvairovės. Dar kartais susiduriama tik su problema gauti norimos formos vaistą, bet tokie nesklandumai po truputį yra įveikiami. Opesnis klausimas yra vaistų kompensavimas, o kartais ir gydytojų nekompetencija, vengiant naudoti narkotinius analgetikus. Tad atsiranda nepakankamos skausmo kontrolės priežastys: nepagrysta narkomanijos baimė; psichologinės – pacientas ir jo šeimos nariai nenori, kad jis vartotų stiprius analgetikus, slepiama diagnozė, manoma, kad jie yra skiriami tik agonijos metu; blogai diagnozuojamas skausmo, jo intensyvumo, dažnis; medicinos personalas neturi pakankamai žinių apie analgeziją ir jos skyrimo būdus; juridinės problemos – didesnės šių vaistų dozės išrašymas; materialinės – vaistų kainos ir kiekis; organizacinės – vaistų nuolatinio tiekimo, sandėliavimo.¹¹⁶

Paliatyviam gydyme jokių būdu nėra apsiribojama tik nuskausminimu, bet atliekamos ir kitos, neretai, net sudėtingos operacijos bei procedūros, neužmirštant psichologinių ir dvasinių žmogaus poreikių. Tad matome, kad „nėra nei moralinio, nei teisinio pažeidimo, jei nuskausminamieji yra skiriami skausmo malšinimui, o ne paciento nužudymui“.¹¹⁷ Ilgai trunkantis skausmas dažnai viršija savo biologinį naudingumą – įspėjimą apie pavojų, - gali sukelti norą bet kokia kaina jį pašalinti.¹¹⁸ Taip atsiveria niša eutanazijai. Negali būti užmiršta ir tai, kad kai kurios ligos ar traumos padaro žmogų neįgalu išreikšti savo valią, jis būna komoje, „vegetacinėje“ būklėje ir todėl „tokiems, kurie patys negali apsispręsti, remiantis numanomu sutikimu (protingai galvojant, kad jei pacientai būtų kompetentingi išreikšti savo valią, jie patys sutiktų su nuskausminančiųjų panaudojimu), turi būti skiriami tokie vaistai pagal gydytojo sprendimą“.¹¹⁹

II. 2. b. Teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu

Santykis su mirtimi dabartinėje visuomenėje iš pirmo žvilgsnio atrodo ganėtinai prieštaringas. Viena vertus, mirtis padaryta savotišku tabu – ją, kaip kažkokį nederamą dalyką, norima paslėpti, išstumti iš sąmonės; kita vertus, mirtis yra demonstruojama, o tai yra tiksli išraiška nykstančių drovumo ribų visose kitose gyvenimo srityse. Stengiamasi pabrėžti jaunystę ir veržlumą, grožį ir jėgą, bet neįdomi senolių išmintis, patarimai. Pirmoje vietoje yra gyvenimas, kuriuo džiaugiamasi, imama iš jo viskas, kas tik įmanoma. Bet iškyla didžiulė problema, kai

staiga susiduriama su liga ar net mirtimi. Liga ir mirtis tampa techninėmis specialiomis problemomis, kurios atitinkamai sprendžiamos tam reikalui skirtose įstaigose.

Bet gi žmogus tik gimdamas neša savyje neatšaukiamą žinią, kad jam reikės mirti. „Faktiškai mirtis niekada nepasitraukia nei iš mūsų asmeninio, nei iš žmonių bendruomenės gyvenimo. Tenka susitikti su populiariu filosofijos teiginiu, kad „vos užgimę mes pradedame mirti“. Mirtis yra visuotinė ir neišvengiama. Išskyrus gal tik savižudžius, mirties laikas nuo žmogaus nepriklauso. Sergantis ir nusilpęs žmogus dažnai supranta, kad kasdien mažėja jo fizinė nepriklausomybė“. ¹²⁰ Bet dėl to žmogus netampa mažiau žmogumi, arba gyvenimas nepasidaro mažiau vertingu. Paliatyvioji pagalba teigia gyvenimą ir laiko mirimą normaliu procesu. Teigdama, kad esminis mums visiems bendras dalykas yra tai, jog mūsų visų mirtis yra neišvengiama. ¹²¹

Medicina visada stengiasi palaikyti gyvybę, tam kuriamos naujos technologijos, tam atliekami šimtai tyrimų ir bandymų. Paliatyvioji pagalba stengiasi gyvybę laikyti neatšaukiama vertybe, primindama, kad „pacientai, kuriems reikia paliatyviosios pagalbos, negali būti laikomi medicinos nesėkmėmis“. ¹²² Būtent todėl ir siekiama padėti ne tik fizinėje plotmėje, bet ir socialinėje, kultūrinėje, bei psichologinėje ir dvasinėje srityse. Čia pripažįstamas faktas, kad nepagydomi ir (ar) mirštantys pacientai nėra vien tik biologinės būtybės, kuriems niekuo daugiau negalima padėti, kad jiems reikia tik anestezijos, jų gyvenimas be reikalo tęsiasi, tačiau į juos žvelgiama kaip į asmenybes, kurios iki pat pabaigos gali gyvenimą paversti augimo ir laimėjimų patirtimis. ¹²³

„Paliatyvioji pagalba stengiasi garantuoti, kad pacientai galėtų ir būtų skatinami gyventi naudingą, produktyvų ir visavertį gyvenimą iki pat jų mirties akimirkos. Fizinė, psichologinė ir dvasinė gerovė negali būti pervertinama“. ¹²⁴ Visais laikais gyvybė šaukėsi pagalbos patekus į pavojų ar susirgus. Normalu, kad senatvėje ar susirgus nepagydoma liga visos organizmo sistemos funkcionuoja nebe taip efektyviai ir pamažu pradeda išsigimti. Fizinis požiūriu toks yra mirimo procesas. Tačiau turbūt verta pasakyti, kad mirimas prasideda tada, kai gydymas negali ligos sustabdyti, o gali tik palengvinti tos nepagydomos ligos požymius. Daugeliu atvejų tarp nepagydomas ligos diagnozavimo ir prieš mirtį prasidedančio greito fizinio nunykimo praeina nemaža laiko. ¹²⁵ Paliatyvioje pagalboje tas laikas stengiamasis išnaudoti gyvybei palaikyti ir padėti jaustis nepraradusiai vertės.

II. 2. c. Nesiekia nei atidėti, nei paspartinti mirties

Paliatyvioji pagalba nesiekia nei paspartinti, nei atidėti mirties, o ją priima kaip neišvengiamą tiesą apie žmogų. Jos procedūros nėra ir neturi būti skirtos kuo anksčiau nutraukti

gyvenimą. Paliatyvioji pagalba, kaip ir kitos medicinos sritys, siekia, kad pacientų gyvenimo kokybė būtų kuo geresnė. Iki to momento, kai liga natūraliai nutraukia gyvenimą, pacientai privalo turėti galimybę gauti visą įmanomą fizinę, emocinę ir dvasinę pagalbą. Reikia atkreipti dėmesį, kad eutanazija ir savižudybė, padedant gydytojui, nėra įtrauktos nė į vieną paliatyvios pagalbos apibrėžimą.¹²⁶ Kalbant apie mirties paspartinimą ar atidėjimą, pirmiausia reikia kalbėti apie pašalinį vaistų poveikį, kuris yra stengiamasi kad būtų sumažintas, bet vis dėl to pasireiškia, ir taip dažnai net neigiamai paveikia gyveno trukmę. Tada susiduriama su etinėmis problemomis dėl vaistų naudojimo, bet gydyme gaunamas gėris nusveria patiriamą blogį. Vadovaujantis mažesnio blogio principu leidžiamas toks gydymas, kuris nenoromis sutrumpina gyvenimą. „Nuskausminamųjų priemonių vartojimas gali ne tik sumažinti skausmą, bet ir pagreitinti mirtį. Kai reikalauja „proporcingi motyvai“, yra leistina saikingai pavartoti narkotikų, kurie palengvina kančias, bet ir pagreitina mirtį. Tokiu atveju mirties niekaip netrokštama ir jos nesiekama, net jeigu dėl rimtos priežasties rizikuojama ja; paprasčiausiai siekiama efektyviai numalšinti skausmus medicinai prieinamais analgetikais“.¹²⁷ Bet visą laiką iš akių neišleidžiamas holistinis žiūrėjimas į žmogų. „Mirtis priklauso gyvybei kaip jos galutinė fazė ir privalo būti gerbiama kaip jos paskutinis momentas. Taigi šiuo atveju sveikatos apsaugos darbuotojo gydomosios atsakomybės reikia lygiai taip pat, kaip ir bet kuriuo kitu žmogaus gyvenimo momentu“.¹²⁸ Gydytojas nėra visagalis, tad naudoja tas priemones, kurios jam yra prieinamos siekiant, kaip įmanoma pagerinti paciento gyvenimo kokybę, o susidūręs su mirties realybe, ją priimančią su pagarba, kaip gyvenimo esminę ir neatšaukiamą tesą, kurios nėra norėta, bet ji yra natūrali. O „kai, nepaisant visų pastangų, mirtis aiškiai neišvengiama ir jau nebetoli, galima sąžiningai ryžtis „atsisakyti gydymo, kuris užtikrintų tikrai netikrą, varginantį gyvenimo pratęsimą, tačiau nenutraukiant normalios pagalbos, teikiamos ligoniams panašiais atvejais“.¹²⁹ Negalima ligonio nurašyti, kaip mirštančio ir dėl to nustoti jam teikti nuskausminamuosius vaistus ar kitas būtinas priemones, kurios leistų sumažinti mirties dramatiškumą, paliktų galimybę oriai mirčiai.

Vengtinas ir kitas kraštutinis – siekimas bet kokia kaina pratęsti vos čiuopiamą gyvybę. „Labai svarbu, kad šiuolaikinės medicinos technologijos nebūtų naudojamos nenatūraliai pratęsti gyvenimą. Gydytojas neprivalo tęsti gydymo, kuris yra akivaizdžiai beprasmis ir per daug sunkina pacientą“.¹³⁰ Čia primenama, kad vis dėl to „maistas ir gėrimas, netgi dirbtinai teikiami, priklauso prie normalių priemonių ir visada duotini ligoniui, jei tik netampa našta; jų nedavimas gali reikšti tikrą ir faktinę eutanaziją“.¹³¹ Pacientai taip pat turi teisę atsisakyti gydymo. Paliatyvioji pagalba nėra siekianti sutrumpinti gyvenimą, bet taip pat nėra siekianti jį bet kokia kaina pratęsti, kai nėra jokios pasveikimo galimybės, o gydymas būtų tik dar labiau varginantis ligonį naudojant ne natūralias priemones pratęsti gyvybę. „Nors fizinė

gyvybė yra pagrindinis ir neliečiamas gėris, visų kitų žmogaus gėrių šaltinis, be kurio neįmanomas žmogaus gyvenimas, bet ji nėra absoliutus gėris“.¹³²

II. 2. d. Integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus

„Paliatyvioji pagalba integruoja psichologinius ir dvasinius paciento priežiūros aspektus. Puiki fizinė priežiūra yra gyvybiškai svarbus dalykas, tačiau vien jo nepakanka“.¹³³ Paliatyviam gydyme neįmanoma žvelgti į žmogų tik kaip į paprastą biologinę būtybę. Čia nemažas dėmesys skiriamas paciento emocijoms, jausmams, poreikiams, kurie yra ypatingi dėl esamos situacijos. Stengiamasi su ligoniu užmegzti nuoširdžius ir pasitikinčius santykius, kad jis nesibaimintų išsakyti savo vidinių rūpesčių. Pastebėta, kad pavykus tai padaryti net simptomų kontrolė tampa lengvesnė. Dažnai ligoniai baiminasi dėl ateities, ypač, kai susiduria su greitai artėjančia mirtimi. Tokiu atveju siejami užmegzti terapiniai pokalbiai, padedančios integruoti patį pacientą į jo gydymą, kad žmogus nesijaustų neberekalingas ir bejėgis. Kalbama „su kiekvienu asmeniu individualiai; tai priklauso nuo žmogaus fizinės būklės, nuo jo sugebėjimo ir noro šnekėtis“.¹³⁴ Tokie pokalbiai būna nereguliarūs, jų trukmė nėra nustatyta, net nebūtinai juos turi vesti psichiatrai, tiesiog užtenka žmogaus kuris rūpinasi, domisi, randa laiko prisėsti šalia, o sustiprėjus skausmui aplanko dažniau. Labai svarbų vaidmenį šioje aplinkoje užima kapelionai arba katechetai dirbantys paliatyvios pagalbos srityje. Dažnai ligonius slegia esamos ar net išgalvotos nuodėmės, tad jiems reikia susitaikinimo sakramento. Krikščioniškas tikėjimas atveriantis savo gylį amžinuoju gyvenimu su Dievu, padeda ramiau išgyventi iškylančią mirties baimę. Stengiantis išmokti dėkoti Viešpačiui už gyvenimą, net mirštant ir priimti viską, kaip Jo mylinčią valią. „Mirties prasmės suvokimas priklauso nuo religinių įsitikinimų, kultūrinės aplinkos, asmenybės brandos, socialinės aplinkos. Keičiantis šiems veiksniams, suvokimas gali keistis“.¹³⁵ Paliatyvioji pagalba stengdamasi integruoti psichologinius ir dvasinius žmogaus poreikius, leidžia žmogui išgyventi likusias dienas jaučiantis žmogumi, neprarandančiu vertės dėl ligos ar traumos. Kai kas nors kalba apie mirtį su orumu arba orų mirimą, krikščionis tai supranta kaip tiesą, kuri teigia, kad kiekvienas žmogus bet kokioje būklėje išlaiko savo orumą, nes yra sukurtas pagal Dievo paveikslą ir panašumą bei yra pašauktas į bendrystę su Kūrėju. Krikščionis supranta, kad tikras orumas yra suderinamas su kančia ir liga.¹³⁶ Todėl eutanazijos šalininkų teiginys, kad ligonis praranda orumą yra klaidinantis.

Būtina ugdyti ne mirties baimę, bet pagarbą mirčiais ir mirštančiajam skatinat norą sąmoningai dalyvauti šiame procese, kaip svarbiausiame ir paskutiniame savo gyvenimo patirties išgyvenime, kuris ugdo dvasinį asmenybės augimą. Bet nepamirština, kad dvasingumas nėra tapatinamas religingumui, nes dvasingi yra ne tik religingi žmonės. Todėl dvasinė pagalba negali

apsiriboti tik religinių įsitikinimų saugojimu ir sutvirtinimu.¹³⁷ „Svarbiausia. Kad kiekvienu atveju žmogui yra suteikiama galimybė naujai įvertinti savo gyvenimo tikslą ir prasmę, nes gyvenimo prasmė ir tikslas yra du patys svarbiausi dvasingumo aspektai“.¹³⁸ Nevalia pamiršti to, kad „visada svarbus visas žmogus. Dažnai būtent Dievo nebuvimas yra didžiausios kančios priežastis“.¹³⁹

II. 2. e. Pagerina gyvenimo kokybę

„Paliatyvioji pagalba stengiasi pagerinti gyvenimo kokybę.<...> Svarbu suvokti, jog tai nėra paprastas fizinės gerovės ar veiklos matas. Tai greičiau būdinga tik individualiam pacientui ir, laikui bėgant, gali labai pasikeisti“.¹⁴⁰ Gyvenimo kokybės gerinimas yra visų medicinos sričių siekis. Bet čia matoma, kad kiekvienam pacientui skirtingai suprantama gyvenimo kokybė ir poreikiai esti labai skirtingi. Pirmasis ir pagrindinis gyvenimo kokybę gerinantis dalykas paliatyviam gydyme yra skausmo kontrolė. Paliatyvioji medicina yra tinkama medicinos pagalba pacientams, kurių gyvenimo trukmė dėl ligos labai ribota, o pagalbos tikslas – gyvenimo kokybė. Vis gi pilnavertei gyvenimo kokybei pagerinti neužtenka tik malšinti skausmą. Holistinis požiūris į žmogų, kaip asmenį iškelia reikalavimus gyvenimo kokybės gerinimui daug dėmesio skirti ir psichologinėms bei dvasinėms ligonio reikmėms, kurių nepatenkinus, žmogus lieka nepilnavertiškumo, depresijos jausmuose, beprasmybės ir kančios horizonte. Gi mirtinos ligos baimė sukelia depresiją ir nerimą, o dar ir priverčia gulėti ligoninėje, būti priklausomam, izoliuotam nuo įprastos kasdienės veiklos ir bendravimo, baiminantis mirties ir kančios, ypač skausmo.¹⁴¹ Labai svarbų vaidmenį pagerinant gyvenimo kokybę vaidina šeima, kurioje „kiekvienas narys priimamas, gerbiamas ir vertinamas kaip tik dėl to, kad jis ar ji yra asmuo; šeimos narys atsidūręs didesniame varge, pelno didesnę ir dėmesingesnę rūpestį“.¹⁴² Esant tokiai šeimos aplinkai galimas derinti ne tik medicininis, bet ir nemedikamentinis gydymas ir svarbiausia rūpestis ir meilė padedantys gerinti individualius, bet esminiai svarbius ligonio poreikius, kad gyvenimo kokybė būtų geresnė.

II. 2. f. Siūlo paramos sistemą paciento šeimai

„Kad ir kas būtų, visuomet per ligonį paliečiama ligonio šeima. Pagalba šeimos nariams ir jų bendradarbiavimas su sveikatos apsaugos darbuotojais yra viena vertingiausių medicininės pagalbos sudedamųjų dalių. Ligonio šeimos atžvilgiu sveikatos apsaugos darbuotojai tiek asmeniškai, tiek kaip organizuoto sambūrio narys yra pašauktas rūpestį ligoniu sieti su patarimais, paaiškinimas, nurodymais ir parama šeimai“.¹⁴³ Šeimos nariai turi gauti visą

reikalingą informaciją apie ligonio būklę, kaip jam padėti, kokios prognozės ir pan. Toks bendravimas, kai nėra užslėptų veiksnių iš medikų pusės, o vyrauja nuoširdūs santykiai, padeda išvengti įtampos ir kaltinimų gydytojams iš artimųjų, išgyvenant mirties prisilietimą prie jiems brangaus žmogaus. „Paliatyvioji pagalba padeda šeimoms susidoroti su paciento liga ir netektimi. Šeima yra paliatyviosios pagalbos vienetas. Šeimos nariai turi savo individualias problemas ir sunkumus.<...> Pagalba netekties atveju turi prasidėti anksčiau nei pacientas miršta“.¹⁴⁴ Parama netekusiems artimųjų turėtų būti teikiama visose paliatyvios pagalbos teikimo įstaigose, bet kaip žinia, ši sritis viena iš labiausia apleistų, nors turėtų būti plėtojama siekiant svarbiausia paciento artimiesiems padėti suprasti jų gebėjimą emociškai ir praktiškai palaikyti pacientą, prisitaikyti prie proceso bei įveikti sielvartą ir netektį. Esant reikalui ypatingas dėmesys turi būti skiriamas profilaktikai ir gydymui nuo depresijos ir išsekimo.¹⁴⁵ Dažnai artimuosius, ypač jei jie patys slaugė sunkiai sergantį savo šeimos narį išstinka išsekimas, o esant artimesniems ryšiams ir depresija patyrus netektį. Tokia parama apima nuo bendro pobūdžio pagalbos gedintiems iki gydančio konsultavimo, ar net intensyvios psichoterapijos.¹⁴⁶

III. PALIATYVI PAGALBA KAIP TEISINĖ SĄVOKA

Bioteisės akimis žvelgiant paliatyvioji pagalba yra naujas strateginis žingsnis Lietuvos sveikatos politikoje. 2007 m. sausio mėnesį patvirtintas LR sveikatos apsaugos ministro įsakymu dėl paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašas, kuris paliatyvią pagalbą įtraukė į licencijuojamas sveikatos priežiūros paslaugas, nustatė šių paslaugų teikimo indikacijas. Dokumentai parengti atsižvelgiant į Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) bei Europos Sąjungos (ES) paliatyvios pagalbos asociacijos rekomendacijas.¹⁴⁷ Paliatyvi pagalba tai vienas iš būdų, siekiantis gerinti gyvenimo kokybę. Sveikas senėjimas, ori mirtis yra prioritetinės PSO kryptys, numatytos 2005m. dokumente „Sveikata visiems XXI amžiuje”,¹⁴⁸ reglamentuojančiame pagrindinius visuomenės sveikatos politikos principus. Jau Barselonos (1995m.) bei Poznanės (1998m.) deklaracijose ir ES Ministrų Tarybos komiteto rekomendacijose (2005m.) raginama įtraukti paliatyvią pagalbą į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros paslaugas.¹⁴⁹ Kadangi didėja pagyvenusių žmonių skaičius ir jų sergamumas mūsų šalyje ir pasaulyje, Europos regione yra aštuoniolika iš 20 pasaulio šalių, kuriose gyvena daugiausia senų žmonių.¹⁵⁰ Šie pasikeitimai reikalauja ne tik iš medikų, bet ir teisininkų plėsti ne vien medicininės paslaugas, bet jas tinkamai reglamentuoti bei formuoti naują požiūrį į sunkiai sergantį ligonį. Būtina turėti aiškią sveikatos priežiūros sampratą, objektyvius paliatyvios pagalbos poreikių rodiklius, pagal kuriuos būtų siekiama pilnavertiško sunkiai sergančio žmogaus poreikių patenkinimo, žmogaus, kuris iki pat mirties būtų traktuojamas kaip jaučiantis, mąstantis ir veikiantis individas. Psichologinius veiksnius supratus ir tinkamai įvertinus, darosi aišku, kad pagrindinės priežastys kodėl renkama eutanazija yra vidinės, dvasinės ir psichologinės, jas reikia stengtis sumažinti. Eutanazijos pasirinkimą dažniaus ir nulemia psichologiniai faktoriai, kurie gali sumažinti atsakomybę ar net visiškai ją panaikinti.¹⁵¹ Paliatyvioji pagalba stengiasi integruoti psichologinius ir dvasinius žmogaus poreikius, leisti žmogui išgyventi likusias dienas jaučiantis žmogumi, neprarandančiu vertės dėl ligos ar traumos. Stengiamasi parodyti žmogui tiesą apie gyvenimo ir mirties tikrovę, teigiant gyvenimą ir laikant mirimą normaliu procesu, stengiantis padėti šeimai susidoroti su artimo žmogaus netektimi, kad išliktų geri prisiminimai apie jį, nekenčiantį skausmų, o mirtį oriai išgyvenantį, kaip natūralią. Mirtis, kaip ir gyvenimas yra didingas – turime leisti jai ateiti lengvai ir natūralia, o ne bėgti nuo jos, ar ją greitinti.¹⁵² Būtent mirties baimė, o tiksliau merdėjimo ir kančios baimė yra viena iš priežasčių, kodėl žmonės renkasi eutanaziją, o ne sutinka mirti natūralia mirtimi, ją priimant, kaip paskutinę žmogišką patirtį. Apie tokias baimes labai daug kalbėjo ir jas turinėjo E. Kubler – Ross savo knygoje „Apie mirtį ir mirimą. Pašnekesiai su mirtiniais ligoniais“. Ji pastebėjo, kad žmonės bijo skausmo ir kančios, o neretai skausmas nugalė žmogų ir jis renkasi eutanaziją.

Išgyvenamos emocijos, baimės, depresija ir didžiulis fizinis skausmas bei nepatenkinti dvasiniai poreikiai pastūmėja žmogų ieškoti išeities, kurią manosi surandą pagreitindami mirtį. Dažniaus ligoniai bijo ne mirties, kiek merdėjimo.¹⁵³ Psichologinės problemos ir nepatenkinti poreikiai yra dažniausios priežastys savižudybei arba prašymui nužudyti, kai toks prašymas iš esmės yra prašymas pagalbos ir supratimo, laiko išklaudyti ir patarti, bet tam reikalingas ir teisės indėlis į paliatyvią pagalbą, kaip alternatyvą eutanazijai.

III. 1. Paliatyvią pagalbą reglamentuojantys teisės aktai

1948m. buvo įkurta PSO, kaip specializuota Suvienytųjų Nacijų Organizacijos įstaiga vadovaujanti ir koordinuojanti institucija tarptautiniais visuomenės sveikatos klausimais. Viena iš PSO funkcijos yra teikti objektyvią ir patikimą informaciją, ir konsultacijas žmogaus sveikatos srityje. Per savo leidinius organizacija siekia remti nacionalines sveikatos strategijas ir spręsti svarbiausias visuomenės sveikatos problemas. PSO Europos regiono biuras yra vienas iš šešių regioninių biurų visame pasaulyje, kurių kiekvienas turi savo atskirą programą orientuotą į ypač opias sveikatos problemas šalyse. Europos regionas apima 870 milijonų žmonių, kurių gyvenamas plotas išsišakojęs nuo Grenlandijos šiaurėje ir Viduržemio jūros pietuose, nuo Atlanto vandenyno pakrantės iki Rusijos Federacijos. PSO Europos programos apima problemas su kuriomis susiduriama demokratinės valstybės Vidurio ir Rytų Europoje. PSO organizacijos pagrindinis tikslas - siekti visų tautų aukščiausią įmanomą sveikatos lygį.¹⁵⁴

Gyvenimo kokybės gerinimas, sveikas senėjimas, ori mirtis yra prioritetinės PSO kryptys, tai patvirtina eilė dokumentų, kuriuose kalbama apie paliatyvią pagalbą: PSO (1990) ir Barselonos deklaracijoje (1996) nurodyta, kad paliatyvi pagalba turi būti integruota į kiekvienos šalies sveikatos priežiūros sistemą. Poznanės deklaracija (1998) – kalba apie paliatyvios pagalbos organizavimą Rytų Europoje. 2003 m. ES Ministrų tarybos komiteto rekomendacijose valstybių narių parlamentams ir vyriausybėms pateiktas reikalavimas, kad kiekvienoje ES šalyje būtų įkurta paliatyviosios pagalbos sistema. 2005 m. Seule (Korėja) II pasauliniame nacionalinių hospisų ir paliatyviosios pagalbos asociacijų susitikime priimta Deklaracija dėl hospisų ir paliatyviosios pagalbos plėtojimo.¹⁵⁵

Analizuojant šią temą mes galime remtis sveikatos priežiūros sistemos bei socialines paslaugas reglamentuojančiais įstatymais ir teisės aktais: 1994 m. buvo 31 priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas reglamentuojantis Lietuvos nacionalinę sveikatos sistemą, jos struktūrą, sveikatos saugos, sveikatos stiprinimo ir sveikatos atgavimo santykių teisinio reguliavimo ribas, asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo, valstybės ir savivaldybių laiduojamos sveikatos priežiūros užtikrinimo, valdymo, sveikatos rėmimo,

sveikatinimo veiklos sutarčių sudarymo pagrindus, atsakomybės už sveikatinimo veiklos teisės normų pažeidimus pagrindus, gyventojų, sveikatinimo veiklos subjektų teises ir pareigas. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatyme teigiama, kad slauga yra asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą. Slaugos paslaugos asmenims yra teikiamos sveikatos priežiūros, socialinės globos, kitose įstaigose (įmonėse) bei namuose, kur jie gyvena.¹⁵⁶

1996 m. gegužės 21 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas. Remiantis juo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto apmokama: slaugos ir socialinės paslaugos bei patarnavimai, palaikomojo gydymo paslaugos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse Sveikatos apsaugos ministerijos nustatyta tvarka ir terminais, bet ne ilgiau kaip 120 dienų per kalendorinius metus, o savanoriškai mokamose vietose - ne ilgiau kaip 3 mėnesius.¹⁵⁷

1996 m. spalio 30 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas, šio įstatymo paskirtis - nustatyti Lietuvos Respublikoje teikiamų socialinių paslaugų rūšis, šių paslaugų organizavimo, teikimo bei gavimo sąlygas, socialinių paslaugų teikėjų ir gavėjų santykius, socialinių paslaugų finansavimo principus. Įstatymo tikslas – patenkinti asmens gyvybinius poreikius ir sudaryti žmogaus orumo nežeminančias sąlygas, kai žmogus pats to nepajėgia padaryti. Šiame įstatyme socialines paslaugas skirstomos į bendrąsias ir specialiąsias socialines paslaugas. Bendrosioms socialinėms paslaugoms priklauso: pagalba namuose, slauga namuose. Specialiosios socialinės paslaugos yra tos paslaugos, kurios asmens globos tikslais teikiamos: stacionariose globos ir slaugos įstaigose.¹⁵⁸ Dabar jis netekęs galios ir priimtas naujas 2006 m. įstatymas.¹⁵⁹

1996m. SAM patvirtinus medicininę normą „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“, pradėjo steigtis asmens sveikatos priežiūros stacionarinės įstaigos pirminiame lygyje.¹⁶⁰

1996 m. spalio 3 d. buvo priimtas Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. Remiantis šiuo įstatymu kiekvienam pacientui turi būti suteikta kokybiška sveikatos priežiūra. Sveikatos priežiūros įstaigose pacientų teisių negalima varžyti dėl jų lyties, amžiaus, rasės, pilietybės, tautybės, kalbos, kilmės, socialinės padėties, tikėjimo, įsitikinimų, pažiūrų, seksualinės orientacijos, genetinių savybių, neįgalumo ar dėl kokių nors kitų įstatymais nepagrįstų aplinkybių. Kiekvienas pacientas turi teisę į savo garbės ir orumo nežeminančias sąlygas ir sveikatos priežiūros įstaigos personalo pagarbų elgesį teikiant paslaugas pacientui bei jam mirus. Pacientams turi būti suteikiamos mokslu pagrįstos nuskausminančios priemonės, kad jie nekenėtų dėl savo sveikatos sutrikimų. Pacientai turi teisę būti prižiūrimi ir numirti pagarboje. Pacientas turi teisę į informaciją apie savo sveikatos būklę, ligos diagnozę, medicininio tyrimo duomenis, gydymo metodus ir gydymo prognozę. Informuodamas apie

gydymą, gydytojas turi paaiškinti pacientui gydymo eigą, galimus gydymo rezultatus, galimus alternatyvius gydymo metodus ir kitas aplinkybes, kurios gali turėti įtakos paciento apsisprendimui sutikti ar atsisakyti siūlomo gydymo, taip pat apie pasekmes atsisakius siūlomo gydymo. Informacija pacientui turi būti pateikta atsižvelgiant į jo amžių ir sveikatos būklę, jam suprantama forma, paaiškinant specialius medicinos terminus.¹⁶¹

1998 m. rugsėjo 4 d. pasirašytas Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijos įsakymas dėl socialinių paslaugų namuose plėtojimo krypčių ir stacionarių globos įstaigų darbo efektyvumo didinimo nuostatų patvirtinimo. Šiame įsakyme teigiama, kad plėtojant socialinių paslaugų namuose sistemą, būtina: teikti įvairių rūšių socialines paslaugas žmonėms jų namuose; kurti integruotą pagalbos namuose sistemą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugas bendruomenėje sujungiant su socialinių paslaugų teikimu namuose, apibrėžiant atskirų specialistų atsakomybę. Paslaugos namuose skirtos pagerinti gyvenimo kokybę asmenims, kurie dėl amžiaus, negalės, šeiminių padėties, silpnos sveikatos ar kitų gyvenimo sunkumų negali gyventi pilnaverčio gyvenimo.¹⁶²

2000 m. vasario 21 d. buvo pasirašytas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro naujas įsakymas dėl Lietuvos medicinos normos „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“. Ši medicinos norma reglamentuoja asmens sveikatos priežiūros 33 įstaigų arba jų padalinių, teikiančių pirminio lygio asmens sveikatos priežiūros stacionarines paslaugas, veiklą. Šiuo metu paslaugos teikiamos ir antriniame lygyje. Slaugos ligoninės teikia slaugos paslaugas, gydo asmenis sergančius lėtinėmis ligomis. Pacientai į ligoninę hospitalizuojami, kai yra galutinė diagnozė ir nereikalingas papildomas ištyrimas. Paciento stacionare buvimo trukmę lemia: stacionariųjų slaugos paslaugų poreikis, objektyvi paciento būklė, ligos eiga ir sunkumas.¹⁶³

2004 m. birželio 14 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybė priėmė nutarimą dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos patvirtinimo. Šiame nutarime teigiama, tiek stacionarios globos, tiek pagalbos namuose paslaugas Lietuvoje gauna kur kas mažiau gyventojų nei Europos valstybėse. Reikia ypač plėtoti pagalbos namuose paslaugas, kurios prireikus teikiamos 24 valandas per parą ir 7 dienas per savaitę. Lietuvoje šiuo principu dar tik pradama vadovautis. Pagalbos namuose tarnybos paslaugas dažniausiai teikia tik įprastos darbo dienos laiku. Kaip rodo Europos Sąjungos valstybių narių patirtis, norint užtikrinti sąlygas vyresnio amžiaus žmonėms gyventi savo namuose, pagalbos namuose tarnybos turi teikti kompleksinę pagalbą –namuose, slaugos ligoninėje, socialines, medicinines paslaugas. Turi būti paslaugų koordinavimo tarnyba. Įstatyminiuose aktuose nurodoma, kad žmogus turi teisę gauti įvairias paslaugas, tame tarpe ir slaugą į namus. Apžvelgus į teikiamas slaugos paslaugas, galima teigti, kad egzistuoja tik pavieniai slaugos elementai, tačiau nėra sukurtos bendros tęstinės slaugos sistemos. Probleminė situacija yra ne tik su slauga į namus, bet ir su stacionare slauga.

Šiuo metu mes jau turime slaugos ligonines, tačiau dabartinė situacija rodo, kad trūksta vietų šiose ligoninėse ir auga tiek stacionarios slaugos tiek slaugos į namus poreikis. Šis augimas susijęs su vykstančiais pokyčiais visuomenėje. Lietuvoje, kaip ir daugelyje Europos valstybių, pastarąjį dešimtmetį pakito šeimos gyvenimo stilius, tuokiasi vyresni, mažėja gimstamumas, visuomenė sensta, gausėja vienišų žmonių, nepilnų šeimų. Keičiasi ir šeimos struktūra – kelių kartų šeimų, gyvenančių po vienu stogu, mažėja ypač sparčiai. Taigi sulaukę vyresnio amžiaus, netekę savarankiškumo tokių šeimų nariai pagalbos gali tikėtis tik iš oficialių pagalbos institucijų. Svarbu atkreipti dėmesį į tai, kad žmogus slaugos ligoninėje gali gulėti tik keturis mėnesius per metus, o toliau sergančiuoju turi rūpintis artimieji, nepriklausomai nuo to ar jie pajėgūs tai padaryti ar ne.¹⁶⁴

Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos iš Privalomojo Sveikatos Draudimo Fondo (toliau PSDF) biudžeto lėšų buvo pradėtos apmokėti pagal Sveikatos apsaugos ministro 1998 – 06 – 18 įsakymą „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ patvirtintomis kainomis balais.¹⁶⁵ Vieno lovadienio kaina, atsižvelgiant į susirgimo pobūdį, svyravo nuo 56,6 iki 86,1 balo. 2008 – 05 - 09 įsakymu Nr. N-435 paslaugų bazinės kainos indeksuotos, nuo 85,8 iki 117,1 balo (1 balas šiuo metu prilyginamas 1 litui). Šiame įsakyme nustatyta, kad mokama už faktinį ligonio gydymo laiką, tačiau ne ilgesnį nei 120 dienų per kalendorinius metus.¹⁶⁶

2007 m. rugpjūčio 2 d. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimu Nr. 5/2 „Dėl slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtros patvirtinimo“ buvo nuspręsta, kad slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų 36 savivaldybėje gali būti padidintas nuo 1,2 iki 2 lovų. Dėl šių paslaugų plėtojimo ir slaugos lovų skaičiaus asmens sveikatos priežiūros įstaigos suderina ir sprendimą priima jų steigėjai, t. y. savivaldybės, atsižvelgusios į jų gyventojų poreikius.¹⁶⁷ Bet tai lieka tik deklaracijos, nes 2009 metais prasidėjus pasaulinei ekonominei krizei sugrįžta prie ankstesnio slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičiaus.

Paliatyvioji pagalba Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1593, įteisinta 2003 m. gruodžio 10 d. „Dėl vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“¹⁶⁸, taip pat sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, tačiau neturint paslaugų įkainių paliatyvi pagalba neteikta.¹⁶⁹

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministras 2007 m. vasario 22 d. pasirašė įsakymą Nr. V-111 „Dėl darbo grupės paliatyviosios pagalbos paslaugų įkainių projektui parengti sudarymo“. Sudarytai darbo grupei pavesta parengti paliatyviosios pagalbos paslaugų įkainių projektą.

Iš PSDF biudžeto lėšų mokama tik asmens sveikatos priežiūros įstaigoms (toliau ASPĮ), sudariusioms sutartį su teritorine ligonių kasa dėl šių paslaugų apmokėjimo. Todėl nėra galimybių be jų sutikimo reorganizuoti su slaugos ligoninės įkainiais minėtą sistemą, steigti tarnybas su išplėsta paslaugų sistema, įdarbinti psichologus ir kitus specialistus. Tai galima buvo padaryti tik tuomet, kai 2008 – 05 – 16 sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V – 470 patvirtinta paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams bazinės kainas. Nustatyta vieno lovodienio kaina (balais) 146,3.¹⁷⁰ Kitu tos pačios dienos įsakymu Nr. V – 469 sveikatos apsaugos ministras nustatė paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo mastus: ne daugiau 6 stacionariųjų lovų /100 000 gyventojų; ambulatorinėms paslaugoms ne daugiau kaip 1 gydytojas ir 5 slaugytojai/100 000 gyventojų; dienos stacionare – vienas padalinys, kuriame prižiūrima iki 10 ligonių per dieną ir dirba ne daugiau kaip 1 gydytojas ir 2 slaugytojai/ 100 000 gyventojų.¹⁷¹

Užsienio valstybės (pagal Pasaulio Sveikatos Organizacijos rekomendacijas) 1 milijonui gyventojų paliatyviajai pagalbai užtikrinti patvirtina 60 stacionariųjų lovų. Lietuvai, turinčiai apie 3,37 milijonus gyventojų – turėtų būti įrengta apie 180 paliatyviosios slaugos 37 (suaugusiems ir vaikams). Lietuvoje iki šiol paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos slaugos ir palaikomojo gydymo ligoninėse bei specializuotose ligoninėse (onkologinėse). Tokios slaugos skyriams ligoninėse įrengti numatoma skirti 17 mln. litų. Šiai Programos kryptčiai įgyvendinti skiriama iki 65,152 mln. litų (iš jų iki 55,38 mln. litų – ES struktūrinių fondų paramos lėšos). Lietuva paskutinė valstybė Europoje, kuri įteisino paliatyviosios pagalbos paslaugas (kaip ir paskutinė Europoje priėmėme krikščionybę). Vakarų Europos šalyse ji toliau tobulinama nuo 1967 m. (įsteigta pirmoji Šv. Kristoforo paliatyviosios pagalbos ligoninė Londone).

Pasaulio sveikatos organizacijos Europos ministrų konferencijoje „Sveikatos sistemos. Sveikata ir gerovė“ Taline (Estija) 2008.06.27 pasirašyta sveikatos sistemų chartija. Pagrindinis chartijos tikslas – numatyti valdymo būdą ir strateginę struktūrą, kaip sustiprinti sveikatos sistemas PSO Europos regione, atsižvelgiant į socialinius, kultūros ir ekonominius regiono skirtumus.¹⁷²

Besikeičianti visuomenė dėl gyventojų senėjimo, keičia ir ligas, dėl kurių žmonės kenčia ir miršta. Paliatyvi pagalba ir terminalinės būklės pacientų slauga yra viena iš didžiausių tiek Lietuvos, tiek ir daugumos valstybių sveikatos priežiūros problema. Ji tampa to aktualesnė, ko didesnis darosi vyresnio amžiaus žmonių skaičius, didėja mirtingumas nuo sunkiai diagnozuojamų, lėtinių, širdies, kraujotakos ligų ir piktybinių navikų. Tokiu būdu visame pasaulyje daugėja pacientų sergančių ar turinčių negalią, o per tai išskyla ir socialinių problemų. Konstitucija garantuoja teisę į orią mirtį be fizinių ir dvasinių kančių, kurios dažnai sąlygoja savižudybes, o siekiant to išvengti būtina plėtoti įstaigų ir tarnybų tinklą, kuris padėtų sunkioje

būklėje esantiems individams. Pasaulyje paslaugos, kurios teikiamos sunkią negalią turintiems asmenims, kai liga progresuoja ir numatoma gyvenimo trukmė trumpa, vadinamos paliatyviosios pagalbos paslaugomis. Šios pagalbos tikslas – kančios, o svarbiausia – skausmo malšinimas ir prevencija, kitų fizinių ir dvasinių problemų sprendimas. Ji gerina gyvenimo kokybę, gali teigiamai įtakoti ligą. Paslaugas teikia tarpdisciplininė komanda: gydytojas, slaugytoja, psichologas, socialinis darbuotojas, kunigas, fizioterapeutas, kineziterapeutas, logopedas ir kiti. Psichologas reikalingas ne tik pacientui, bet ir jo artimiesiems, taip pat darbuotojams. Dėl to, kad paliatyvi pagalba neįtraukta į kai kurių šalių vyriausybių nacionalinius sveikatos apsaugos strateginius planus, dauguma organizacijų, teikiančių paliatyvią pagalbą turi ribotą vyriausybės paramą ir yra labai priklausomos nuo labdaros lėšų.¹⁷³ Europoje tuo tarpu paliatyvioji pagalba yra integruota į nacionalinę sveikatos apsaugos sistemą, čia veikia paliatyvios pagalbos ligoninės, skyriai, organizuojama paliatyvių pacientų priežiūra namuose. Lenkija ir Rusija turi didžiausią paliatyvios pagalbos paslaugų skaičių, tačiau kai kurios buvusios sovietinės respublikos neturi tokių paslaugų. Rytų Europoje priežiūra namuose yra dažniausia paliatyvios pagalbos paslaugos forma, antrąją vietą užima paliatyvioji pagalba ligoninėje. Daug rečiau šiose šalyse yra ligoninės komandų, dienos stacionarų ir slaugos namų komandų. Veikia penki švietimo centrai keturiose šalyse (Rumunijoje, Vengrijoje, Lenkijoje ir Rusijoje). Tai yra centrai, kurie istoriškai buvo reikšmingi paliatyviosios pagalbos plėtrai ir išlieka ekspertais. Problemos, būdingos Rytų Europos šalims: apmokėjimo už darbą bei paramos trūkumas, nepakankamas aprūpinimas opiatais, profesionalų stoka, medicinos ir slaugos įrangos trūkumas, neigiami kultūriniai stereotipai.¹⁷⁴

III. 2. Paliatyvi pagalba kaip fundamentaliausių teisės principų įgyvendinimas ir neprieštaravimas jiems

Terminas paliatyvus kilo iš lotyniškojo žodžio “paliūm”, kas reiškia “kaukė” arba “apsiaustas”. „Etimologiškai paliatyvi pagalba iš esmės yra nepagydomos ligos padarinių slėpimas ar apsiautimas apsiaustu tų, kurie yra palikti šaltyje, nes gydomoji medicina jiems padėti nebegali.“¹⁷⁵

Europoje jau viduramžiais hospisuose buvo siūloma priežiūra piligrimams, mirštantiesiems žmonėms. Pirmąją paliatyvios pagalbos ir slaugos ligoninę (prieglaudą), skirtą tik mirštantiesiems Prancūzijoje Lione 1845 m. atidarė Mme Jeanne Garnier.¹⁷⁶ 1870 m. Airijoje Dubline ir Cork'e įsikūrė gailestingosios seserys (Mary Aikehead). 1905 m. Londone atidaryta paliatyvios pagalbos ligoninė. 1950 m. buvo pradėtos vartoti psichotropinės medžiagos,

fenotiazinas, antidepresantai, nesteroidiniai priešuždegiminiai vaistai, opiatai vėžinio skausmo kontrolei. Šiuolaikinės paliatyvios pagalbos ir modernių paliatyvios pagalbos ligoninių pradininke laikoma britė Cicely Saunders. Ji 1967 m. Londone atidarė St.Christopher's paliatyvios pagalbos ligoninę, kovodama su daugeliu išsisknijusių neigiamų nuostatų. Ji pakeitė požiūrį į mirštančius pacientus ir jų šeimų poreikius. C.Saunders paliatyvios pagalbos modelis vykdomas Hospisų Judėjimo Jungtinėje Karalystėje. St.Christopher's ligoninėje sveikatos priežiūros specialistai iš viso pasaulio įgyja žinias bei įgūdžius, kuriuos gali pritaikyti savo šalyse. Nes pagrindiniai principai yra universalūs.¹⁷⁷ Juos atrandame įtvirtintus ir šalių Konstitucijose, kaip fundamentalius žmogaus teisių principus. Lygiai taip pat jie visuotinai pripažinti tarptautinėje teisėje, o ir aukščiausieji nacionalinei įstatymai reglamentuoja sveikatos apsaugą ir žmogaus gyvybę bei gyvenimo kokybės gerinimą kaip vienus iš esminių teisės principų į kurių tarpa patenka ir paliatyvioji medicina su savo siekiu pagerinti nepagydomomis ligomis sergančiųjų ligonių gyvenimo kokybę. Sveikatos priežiūros srities teisiniai santykiai, kitaip dar vadinami sveikatinimo veikla, apima nemažą įvairių, skirtingo sudėtingumo visuomeninių santykių įvairovę. Šiems santykiams būdinga tai, kad jų objektas yra žmogaus prigimtines, bet ne nuosavybės teise priklausančios, vertybės – gyvybė ir sveikata. Šių vertybių apsaugą turi užtikrinti sklandžiai veikiančios sveikatinimo sritys, kaip asmens sveikatos priežiūra, visuomeninės sveikatos priežiūra ar farmacinė veikla.¹⁷⁸ Taisyklės reguliuojančios sveikatos priežiūrą gali priklausyti skirtingoms teisės šakoms, kaip konstitucinei, civilinei, baudžiamajai, administracinei ar net tarptautinei teisei. Dalis šių taisyklių kyla iš medikų profesinių etikos standartų, geros klinikinės ar įrodymais paremtos medicinos praktikos. Šiuo požiūriu sveikatos priežiūros srities teisinis reguliavimas per dvidešimtį metų gerokai kito, nors sveikatos priežiūros reguliavimo raida ne visuomet atitinka sparčiai kintančius visuomeninius santykius – tai iliustruoja gausios specialiųjų įstatymų pataisos ar jų redakcija.¹⁷⁹ „Sveikatos priežiūros srityje, kaip ir kitose srityse, teisės normos neturėtų atsirasti ex tabula rasa, o tik iš išgrynintų esminių principų, sudarančių pačią teisę“.¹⁸⁰

Lietuvos Respublikos Konstitucijoje 53 straipsnyje rašoma: „Valstybė rūpinasi žmonių sveikata ir laiduoja medicinos pagalbą bei paslaugas žmogui susirgus“.¹⁸¹ Šis straipsnis liudijantis Valstybės dalyvavimą sergančiojo gyvenimo kokybės gerinime apima ir paliatyvios pagalbos reikalingus ligonius. Aukščiausias šalies įstatymas pabrėžia ir įtvirtina žmogaus sveikatą kaip visuotinį gėrį. Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr. V-14 „Dėl Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, tačiau neturint paslaugų įkainių paliatyvi pagalba neteikta, o kai 2008 – 05 - 16 LR SAM įsakymu Nr. V-470 patvirtino paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams bazines kainas, paliatyvioji pagalba tapo ne tik deklaruojam, bet ir prieinama pacientams.

Nustatyta vieno lovadienio kaina (balais) 146,3¹⁸² ir kitu tos pačios dienos įsakymu Nr. V – 469 Sveikatos apsaugos ministras nustatė paliatyvios pagalbos paslaugų teikimo mastus. Palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugos lovadienio įkainis šiuo metu vidutiniškai – apie 63 Lt (įkainis diferencijuojamas atsižvelgiant į reikiamos pagalbos sudėtingumą ir ligonių sunkumą).¹⁸³ Užsienio šalių paliatyviosios pagalbos paslaugų įkainis, palyginti su mūsų palaikomojo gydymo ir slaugos įkainiu, skiriasi dešimtimis kartų.¹⁸⁴

Negalima nepaminėti ir Generalinės Asamblėjos 1948 m. gruodžio 10 d. rezoliucija 217 A, paskelbtos visuotinę žmogaus teisių deklaracijos, kuri kaip bendras idealas yra siekis visų tautų ir visų valstybių. 22 straipsnis skelbia universalią ir fundamentalią tiesą: „Kiekvienas, kaip visuomenės narys, turi teisę į socialinę apsaugą ir teisę, kad valstybės pastangomis bei bendradarbiaujant tarptautiniu lygiu ir pagal kiekvienos valstybės struktūrą bei išteklius būtų įgyvendinamos jo orumui ir laisvam asmenybės vystimuisi būtinos ekonominės, socialinės ir kultūrinės teisės“. Besidomint paliatyvia pagalba, aktualūs ir šalia esančio 25 straipsnio žodžiai: „Kiekvienas turi teisę į savo ir savo šeimos sveikatą ir gerovei pakankamą gyvenimo lygį“.¹⁸⁵ Paliatyvi pagalba fundamentaliausių teisės principų kontekste atranda nenuginčijamus argumentus ir palaikymą. Įtraukta į valstybių nacionalinius įstatymus, ji įgyvendinama kaip gyvenimo kokybę gerinanti ir tokiu būdu žmogaus prigimtines teises gerbianči veikla, kurios pusėn stoja ir 1950 Europos žmogaus teisių deklaracija.

Įsteigus Europos Bendriją sveikatos apsaugos sistemos organizavimas ir sveikatos priežiūros paslaugų finansavimas daugelį metų buvo kiekvienos valstybės vidaus reikalas. Europos Bendrijos steigimo sutarties 152 straipsnyje Bendrija visiškai pripažino valstybių narių atsakomybę už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą. Kiekviena valstybė turėjo nevaržomą teisę laisvai priimti ir taikyti nacionalinės teisės normas, reglamentuojančias sveikatos paslaugų teikimą ir sveikatos paslaugų finansavimą. Tarptautinėje ir valstybių narių konstitucinėje teisėje buvo visuotinai pripažįstama, kad sveikatos apsaugos reglamentavimas lieka valstybių narių kompetencija. Nacionalinės institucijos buvo atsakingos už sveikatos apsaugos normų kūrimą, sveikatos apsaugą ir sveikatos sistemos gerinimą valstybėse narėse.¹⁸⁶

Europos Sąjungos (toliau ES) piliečio teisė į sveikatos apsaugą buvo įtvirtinta Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartijoje, priimtoje 2000 m. gruodžio 7 d. Europos Vadovų Tarybos susitikime Nicoje. Chartiją paskelbė Tarybos, Europos Parlamento ir Komisijos pirmininkai, tačiau Chartija ne iškart buvo įtraukta Europos Sąjungos steigimo sutartis. Chartija buvo neįsigaliojusios Sutarties dėl Konstitucijos Europai dalis, tačiau teisiškai įpareigojančiu dokumentu tapo kartu su Lisabonos sutartimi. Lisabonos sutartimi chartijai suteikta tokia pat teisinė galia kaip ir Sutartims, tačiau Chartijos nuostatos niekaip neišplečia Sutartyse apibrėžtos

Sąjungos kompetencijos. Nepaisant to, kad Chartija iki Lisabonos sutarties įsigaliojimo nebuvo teisiškai įpareigojantis dokumentas, Chartija atliko reikšmingą vaidmenį užtikrinant, kad ES institucijos ir valstybės narės gerbtų pagrindines teises veidamos pagal ES teisę. Chartijos nuostatos skirtos ES institucijoms ir valstybėms narėms tais atvejais, kai jos įgyvendina ES teisę. Chartijos 51 straipsnyje numatyta, kad ES institucijos ir valstybės narės turi gerbti Chartijoje įtvirtintas teises, laikytis principų ir juos taikyti veidamos pagal Sutartyse suteiktus įgaliojimus.¹⁸⁷

Teisinį apibrėžtumą dėl Bendrijos kompetencijos visuomenės sveikatos apsaugos srityje suteikė 1993 m. lapkričio 1 d. įsigaliojusi Europos Sąjungos sutartis (Mastrichto sutartis). Mastrichto sutartimi Bendrijos institucijoms pirmą kartą buvo suteikta kompetencija veikti visuomenės sveikatos apsaugos srityje. Mastrichto sutarties 129 straipsnyje valstybės narės įsipareigojo žmonių sveikatos aukštą lygį užtikrinti nustatant ir įgyvendinant visas Bendrijos politikos ir veiklos kryptis. Mastrichto sutarties 129 straipsnis sukonkretino sutarties G straipsnyje valstybių narių deklaruotą tikslą – gerinti žmonių gyvenimo lygį ir kokybę (angl. raising of the standart and of living and quality of life). Galima teigti, kad šiomis Mastrichto sutarties nuostatomis buvo legalizuota Bendrijos veikla sveikatos apsaugos srityje. Amsterdamo sutartis, įsigaliojusi 1999 m. gegužės 1 d., aiškiai atskyrė Bendrijos ir valstybių narių kompetenciją sveikatos apsaugos srityje nedviprasmiškai deklaruojant, jog sveikatos apsauga yra nacionalinių vyriausybių reikalas. Amsterdamo sutarties 152 straipsnio 5 dalyje visiškai pripažįstama valstybių narių atsakomybė už sveikatos paslaugų ir sveikatos priežiūros organizavimą bei teikimą.¹⁸⁸

Taigi Sutartyse Bendrijos institucijoms buvo suteikta teisė imtis veiksmų visuomenės sveikatos apsaugos srityje, o valstybėms narėms visiškai pripažinta teisė reglamentuoti nacionalines sveikatos priežiūros sistemas. Vadovaujantis anksčiau minėtomis Bendrijos teisės nuostatomis, Europos Teisingumo Teismas savo jurisprudencijoje daugelyje bylų patvirtino, kad Bendrijos teisė neatima iš valstybių narių kompetencijos tvarkyti savo sveikatos apsaugos sistemą nepažeidžiant Bendrijos teisės. Kadangi nacionalinių sveikatos apsaugos sistemų organizavimas bei reglamentavimas buvo paliktas nacionalinių vyriausybių kompetencijai, Bendrijos pirminė teisė ES piliečiams nesuteikė daugiau teisių ar galimybių, nei suteikė nacionalinės sveikatos apsaugos sistemos.¹⁸⁹

2002 m. rugsėjo 19 d. Lietuvos Respublikos Seimas ratifikavo Konvenciją dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija arba Oviedo konvencija), kuria įsipareigojo vidaus teisėje imtis reikalingų priemonių konvencijos nuostatomis įgyvendinti. Europos pacientų teisių chartijoje yra įtvirtintos keturiolika esminių pacientų teisių (teisė į prevencines priemones, prienamumo teisė, teisė į informaciją,

teisė į sutikimą, teisė į laisvą pasirinkimą, teisė į privatumą ir konfidencialumą, teisė įgerbti paciento laiką, teisė į kokybės standartų laikymąsi, teisė į naujoves, teisė į individualų (personalizuotą) gydymą, teisė išvengti nereikalingų kančių ir skausmo, teisė skųstis ir teisė į kompensaciją), kurias turėtų garantuoti ir įgyvendinti kiekviena valstybė. Šių teisių perkėlimas ir jų turinio atskleidimas taip, kaip tai įtvirtinta Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencijoje ir Europos pacientų teisių chartijoje sudarytų teisinės prielaidas Lietuvos Respublikoje ne tik deklaruoti tam tikrų paciento teisių buvimą, bet ir, įtvirtinus jų katalogą, siekti realaus teisių užtikrinimo ir įgyvendinimo.¹⁹⁰

2002 m. lapkričio mėn. Romoje priimta Europos pacientų teisių chartija įvardija 14 pacientų teisių, kurios visos turi garantuoti „aukštą žmonių sveikatos apsaugos lygį“ (Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija, 35 straipsnis) ir užtikrinti kokybiškas paslaugas, kurias teikia įvairios nacionalinės sveikatos priežiūros įstaigos Europoje. 14 teisių atspindi pagrindines teises, todėl kiekviena šalis privalo jas pripažinti ir jų laikytis. Šios teisės yra susijusios su pareigomis ir atsakomybe, kurią turi prisiimti tiek piliečiai, tiek sveikatos priežiūros tarpininkai. Chartija yra skirta visiems, pripažįstantiems, kad amžiaus, lyties, tikėjimo, socialinės – ekonominės padėties ir kt. skirtumai gali lemti individualius sveikatos priežiūros poreikius.¹⁹¹

Europos socialinėje chartijoje 11 straipsnyje rašoma: siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į sveikatos apsaugą, Šalys įsipareigoja tiesiogiai ar bendradarbiaudamos su valstybinėmis ar privačiomis organizacijomis imtis reikiamų priemonių, skirtų, be kita ko:

1. Kiek įmanoma prastos sveikatos priežastims šalinti.
2. Konsultacijoms teikti ir rūpinti švietimo priemonėmis, kuriomis propaguojama sveika gyvensena bei skatinama asmeninė atsakomybė už savo sveikatą.
3. Kiek įmanoma užkirsti kelią epideminėms, endeminėms ir kitoms ligoms, taip pat nelaimingiems atsitikimams.

Tos pačios chartijos 13 straipsni teigia: Siekdamas užtikrinti, kad būtų veiksmingai įgyvendinta teisė į socialinę paramą ir medicinos pagalbą, Šalys įsipareigoja:

1. Užtikrinti, kad kiekvienas asmuo, kuris neturi pakankamai lėšų pragyvenimui ir kuris negali gauti tokių lėšų savo pastangomis ar iš kitų šaltinių, ypač iš socialinės apsaugos sistemos, gautų reikiamą paramą, o susirgęs - priežiūrą, būtiną pagal jo sveikatos būklę.
2. Užtikrinti, kad asmenims, kurie gauna tokią pagalbą, dėl šios priežasties nebūtų ribojamos politinės ir socialinės teisės.

3. Imtis priemonių, kad kiekvienas žmogus galėtų gauti iš atitinkamų valstybinių ar privačių tarnybų tokią konsultaciją ir asmeninę pagalbą, kokios gali prireikti, kad būtų galima išvengti jo paties ar šeimos nepritekliaus, pašalinti jį ar palengvinti.

4. Taikyti teisėtai esantiems jų teritorijose kitų Šalių piliečiams šio straipsnio 1, 2 ir 3 punktuose nurodytas nuostatas tokiomis pat kaip ir savo piliečiams sąlygomis pagal įsipareigojimus, kurie yra apibrėžti 1953 metų gruodžio 11 dieną Paryžiuje pasirašytoje Europos socialinės paramos ir medicinos pagalbos konvencijoje.¹⁹²

Paliatyvi pagalba daugiausia susijusi su pagyvenusiais žmonėmis, tad svarbus ir 23 straipsnis reglamentuojantis pagyvenusių žmonių teisę į socialinę apsaugą teikiant medicinos priežiūrą ir paslaugas atsižvelgiant į jų sveikatos būklę. Tą pačią mintį pateigia ir 1997 m. Oviedo Konvencija medicinos paslaugos turi būti teikiamos Šalims atsižvelgiant į jų turimus išteklius, kad būtų sudarytos visiems Šalies piliečiams lygiateisiškos galimybės gauti atitinkamos kokybės sveikatos priežiūrą.¹⁹³

Peržvelgdami visą eilę dokumentų atrandame juose pagrindine ir fundamentalia tiesa pripažįstamą žmogaus teisę į gyvybę bei medicinos paslaugas, gerinant gyvenimo kokybę asmeniui susirgus. Toks holistinis požiūris į ligonį ir jo poreikius, tiek medicinos srityje, tiek teisėje paliatyvią pagalbą priskiria prie svarbių ir dėmesio reikalaujančių sričių įgyvendinančių pagrindines žmogaus laisves ir teises neužmirštant, kad „žmogaus gyvenimą ir jo pilnatvę lemia daugelis veiksnių. Svarbiausia jų yra sveikata, materialinė gerovė, kuri sudaro sąlygas patenkinti būtinus gyvenimo poreikius ir užtikrinti sveikatą, paslaugas ir santykius su aplinka, kuri turi įtakos sveikatai. Sveikata ir žmogaus funkcinė būklė – tai tik du gyvenimo kokybės kriterijai. Sveikatos būklė veikia gyvenimo kokybę, bet jos nelemia. PSO 1948 m. sveikatą apibrėžia kaip fizinę, psichinę ir socialinę gerovę, o ne tik ligos ar negalios nebuvimą“.¹⁹⁴ Ši PSO mintis tik dar labiau paremia paliatyvią pagalbą, kuri integruoja žmogaus poreikius ir interdisciplininės komandos bendradarbiavimu gerina gyvenimo kokybę ir sveikatą, atsiliepia į žmogaus socialinius poreikius bei padeda spręsti iskylančias dvasines negalias ir psichologinius sunkumus, tiek sergančiam žmogui, tiek jo artimiesiems ypač netekties bei gedėjimo metu.

Paliatyvios pagalbos strategija turi remtis valstybių vyriausybių, taip pat „Europos Tarybos iškeltomis vertybėmis: žmogaus teisės ir paciento teisės, žmogaus orumas, socialinis aktyvumas, demokratija, lygybė, solidarumas, vienodos lyčių galimybės, visuomenės veiklos ir pasirinkimo laisvė“.¹⁹⁵ Asmens sveikatos priežiūros santykiams suteiktas dispozityvumo pobūdis, t. y. šie santykia pripažinti esant ir civiliniais teisiniais santykiais, grindžiamais paslaugų teikėjo ir paslaugų gavėjo lygiateisiškumu.¹⁹⁶

IV. PALIATYVIOS PRIEŽIŪROS ORGANIZAVIMO REGLAMENTAVIMAS

Atkūrus nepriklausomybę „Lietuvos sveikatos sistemos reformai buvo būtinas atitinkamas sveikatos politikos formavimo principus pagrindžiantis dokumentas. Toks teisės aktas buvo 1991 m. spalio 31 d. Atkuriamojo seimo nutarimas Nr. 1 – 1939 patvirtinta Lietuvos Nacionalinė sveikatos koncepcija. Ši koncepcija buvo parengta remiantis Pasaulio sveikatos organizacijos strategija „Sveikata visiems“. Joje buvo įvardyti pagrindiniai sveikatos sistemos plėtojimo tikslai, kaip teisinės aplinkos kūrimas, valdymo decentralizavimas, sveikatos draudimo įdiegimas, pirminės sveikatos priežiūros grandies stiprinimas. Sveikatos priežiūros sistemos finansavimo pokyčiai, tiek sistemos išskaidymas pagal valdymo formas (valstybinę, municipalinę ir privačią sveikatos priežiūrą) ir pagal teikiamų paslaugų apimtį (pirminę, antrinę ir tretinę asmens sveikatos priežiūrą, visuomenės sveikatos priežiūrą) pareikalavo kokybiškai naujo teisinio požiūrio ir reguliavimo. Per 1994 – 2000 m. laikotarpį buvo sukurta sveikatos santykius reguliuojanti įstatyminė bazė: Sveikatos sistemos įstatymas, Sveikatos priežiūros įstaigų įstatymas, Gydytojo medicinos praktikos įstatymas, Sveikatos draudimo įstatymas, Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, LR sveikatos priežiūros biudžetinių įstaigų reorganizavimo į valstybės ir savivaldybių sveikatos priežiūros viešąsias įstaigas įstatymas. 2000 m. buvo priimtas naujasis Civilinis kodeksas, kurio XXXV skyriaus „Atlygintinas paslaugų teikimas“ antrajame skirsnyje „Asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimas“ reglamentuojami sutartiniai asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo santykiai. Taip pat nuo 1994 m. buvo priimti ir kiti specialieji įstatymai, kaip Farmacijos, pakeitęs Farmacinės veiklos, Psichikos sveikatos priežiūros, Odontologijos praktikos, pakeitęs Stomatologijos priežiūros (pagalbos), Žmonių užkrečiamųjų ligų profilaktikos ir kontrolės, Žmogaus audinių, ląstelių ir organų donorystės ir transplantacijos, Kraujo donorystės, Žmogaus mirties registravimo ir kritinių būklių, Biomedicinos tyrimų etikos, Vaiko gimimo momento nustatymo, Visuomenės sveikatos priežiūros, Visuomenės sveikatos stebėsenos bei kt.“¹⁹⁷

1995 m. grupė šalies specialistų, supratusių paliatyvios medicinos srities svarbą, įsteigė Lietuvos paliatyviosios medicinos draugiją, o pirmasis paliatyviosios pagalbos kabinetas atidarytas 1995 m. Vilniaus Universiteto Onkologijos institute. Šios disciplinos kursas Lietuvoje slaugytojams ir bendrosios praktikos gydytojams rezidentams pradėtas dėstyti 2000 m. Kauno medicinos universitete.¹⁹⁸

Vyriausybė 2006 m. spalio 17 d. nutarimu Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“¹⁹⁹, taip pat vykdydama Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos 10.8; 11.7;

11.11; 12.5 ir 17.6 punktų nuostatas²⁰⁰ numatė parengti ir patvirtinti paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašą.

2007 m. sausio 11 d. sveikatos apsaugos ministras įsakymu Nr. V-14 patvirtino „Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašą“ bei priede pateikė indikacijų sąrašą pagal kurį numatyta kuriomis ligomis sergantiems pacientams reikalinga ir skiriama paliatyvioji pagalba. 2008 m. gegužės mėnesį patvirtintos ir paliatyvios pagalbos paslaugų bazinės kainos. Šie dokumentas parengtas atsižvelgiant į PSO rekomendacijas dėl šių paslaugų teikimo ir į Lietuvos vyskupų konferencijos bei Sveikatos apsaugos ministerijos 2002 m. rugsėjo 16 d. susitarimą „Dėl Katalikų bažnyčios sielovados teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“ ir kt. dokumentus.²⁰¹ 2007 m. sveikatos ministro įsakymas reglamentuojantis paliatyvią pagalbą svarbus daugeliui asmens sveikatos priežiūros įstaigų, nes reglamentuoja paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimą ambulatorinėse ir stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose, organizuojant šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis (konsultuojant įstaigoje ir/ar ligonio namuose).²⁰²

Kai kurios paliatyvią pagalbą teikiančių įstaigos turi ir savo paliatyvios priežiūros programas. Ypatingai svarbi Panevėžio apskrities programa, tapusi ne vienai sveikatos priežiūros įstaigai pavyzdžiu.²⁰³ 1998 m. Socialinės apsaugos ir darbo ministerija rugsėjo 4 d. įsakymu Nr. 137 patvirtino socialinių paslaugų namuose plėtojimo kryptis, kurias aptarsime ir sekančiuose poskyriuose, nes ligonio priežiūra namuose lieka pagrindine ir svarbiausia vieta kur prižiūrimi sunkiai sergantys ir mirimą išgyvenantys pacientai.

IV. 1. Paliatyvios pagalbos priežiūros lygiai

Remiantis PSO Alma Atos pirminės sveikatos priežiūros deklaracija (1978 m.) restruktūrizuota sveikatos priežiūros sistema Lietuvoje atskiriant pirminį, antrinį, tretinį sveikatos priežiūros paslaugų teikimo lygius. Anksčiau buvę apylinkių terapeitai ir pediatrai buvo perkvalifikuoti į bendrosios praktikos gydytojus, teikiančius priminę ir tęstinę nespecializuotą asmens ir šeimų sveikatos priežiūrą. Pirminės sveikatos priežiūros paslaugų teikimą restruktūrizuojant pagal pavadinimą, pirminės sveikatos priežiūros paslaugos buvo perduotos savivaldybių žiniai; antrinės – apskričių pavaldumui, o tretinės – Sveikatos apsaugos ministerijos kartu su universitetais pavaldumui. Tretinio lygio sveikatos priežiūros įstaigos gali teikti tiek pirminės, tiek antrinės sveikatos priežiūros paslaugas, tačiau tik mokslo ir mokymo tikslais. Šalia visuomeninių sveikatos priežiūros įstaigų veikia ir privačios sveikatos priežiūros įstaigos, kurių dauguma teikia ambulatorines pirminės, taip pat ir ambulatorines antrinės sveikatos priežiūros paslaugas.²⁰⁴ Pripažįstant kad paliatyvioji pagalba yra integrali sveikatos

priežiūros paslaugų dalis, o valstybė pasiryžusi plėtoti paliatyvios pagalbos paslaugas iki aukščiausio įmanomo standarto bei tai, kad bet kuriam asmeniui, kuriam būtina paliatyvioji pagalba, turi būti ji suteikta be didelių kliūčių ir vilkinimo sudarant aplinką, kuri atitinka individualius asmens poreikius bei pasirinkimus yra skirtingi šios pagalbos priežiūros lygiai. Negalima užmiršti, kad pagarba ir mirtinomis ligomis sergančių ar mirštančių žmonių orumo gynimas pirmiausia yra tinkamos aplinkos ir priežiūros suteikimas, sudarant sąlygas oriai mirčiai,²⁰⁵ o paliatyvi pagalba nėra skirta specifinei ligai, ji apima laikotarpį nuo mirtinos ligos diagnozavimo iki mirties. 2007 m. sausio 11 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V – 14 „Dėl Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ bei 2008 m. gegužės 16 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V – 470, patvirtintos paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams bazinės kainos, paliatyvioji pagalba pradėta teikti ambulatorinėse ir stacionarinėse sveikatos priežiūros įstaigose, organizuojant šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis. Kaip numato 2007 m. sausio 11 d. sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 14 „Dėl Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“, paliatyviosios pagalbos paslaugos skiriamos ligoniams, sergantiems gyvenimą trumpinančia, nepagydoma, progresuojančia liga, kurios bent vienas iš nurodytų progresavimo požymių yra raštiškai gydytojų konsiliumo ar gydytojų konsultacinės komisijos patvirtintas medicininėje dokumentacijoje. Gydantis gydytojas, atsižvelgdamas į ligonio sveikatos būklę, į ligonio ir jo artimųjų pageidavimą, parenka paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo formą: stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis. Kartu su paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistais ir ligonio artimaisiais gydytojas nustato šių paslaugų teikimo mastą ir trukmę, kurie, priklausomai nuo ligonio sveikatos būklės. Lietuva remiasi Oksfordo nustatytais standartais, pagal kuriuos paliatyvios slaugos sistemą sudaro keturios pagrindinės tarnybos. Tai paliatyvios medicinos stacionarai iki 20 lovų, kuriuose prižiūrimi sunkūs ligoniai iki pat mirties; paliatyvios slaugos tarnyba į namus, kada pas sunkiai sergantį ligonį lanko kvalifikuoti specialistai; taip pat dienos centras, kuriame atvykusiam ligoniui yra suteikiamos paliatyvios medicinos paslaugos nuo ryto iki vakaro. Taip pat yra gedėjimo tarnyba, kuri suteikia psichologinę pagalbą artimiesiems ligoniui mirus. Įprastos slaugos ligoninės nesuteikia visapusiško rūpinimosi žmogumi, suprantant konkretų žmogų su tik jam vienam būdingais poreikiais ir lūkesčiais. Galima apkaltinti paliatyvios pagalbos sistemą prabanga, tačiau juk kiekvienas žmogus, taip pat ir sunkus ligonis turi teisę sulaukti gydytojų dėmesio, slaugos, būti išvaduotas nuo fizinių kančių, sulaukti pagalbos, trokšta būti suprastas, vertinamas, turi teisę į mandagumą ir pagarbą. Jis trokšta būti išklaustas, nepasmerktas dėl fizinio silpnumo, pakitusio charakterio, išvaizdos, galėti išreikšti baimę ir pyktį. Žmogus turi teisę turėti rytojų,

galimybę bendrauti su aplinkiniais, tokią galimybę jam teikia paliatyvi pagalba, kurio veikla platesnė nei tik teikiama palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninėje -, kuri yra pirminio sveikatinimo lygio stacionarinė asmens sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje terminuotai gydomi ir slaugomi asmenys, sergantys lėtinėmis ligomis, po traumų, užsitęsusių ligų išėtinėse fazėse arba kuriems dėl sveikatos būklės reikalinga kvalifikuota slauga, tačiau nereikalingas intensyvus gydymas.²⁰⁶

IV 2. Paliatyvios pagalbą teikianti interdisciplininė komanda

Paliatyvi pagalba reikalauja į pacientą žvelgti holistiniu žvilgsniu, ne tik gerinant jo sveikatos būklę, bet ir atsižvelgti į asmens psichologinius, socialinius ir dvasinius poreikius. Paliatyvi priežiūra yra holistinė, multidisciplininė (plataus profilio) paslauga, besiremianti laisvu paciento apsisprendimu, nuoširdžiu, atviru bendravimu su pacientu ir šeima. Paliatyvi medicina siekia suteikti ligoniui visapusišką pagalbą: pagelbėti socialiniuose poreikiuose, psichologinėse problemose, nepalikti atvirų egzistencinių klausimų, nuraminti kylančias baimes ir savo veikla nori pasakyti, kad jis pirmiausia yra žmogus, vertingas iki gyvenimo pabaigos. Ir kad jis gali būti mylimas bet koku atveju. Šią veiklą apimančią sunkiai sergančio paciento ir jo šeimos poreikius atstovauja paliatyvi pagalba. Aišku, kad vienas gydantis gydytojas negali užtikrinti visų šių funkcijų, todėl paliatyvios pagalbos paslaugą vykdo lygiateisių ir lygiaverčių narių komanda. Pagrindinis jos narys yra ligonis, toliau- gydytojas, slaugytoja, psichologas, socialinis darbuotojas, kineziterapeutas, ergoterapeutas, pritaikantis namus sunkiam ligoniui, dvasininkas ir kiti specialistai, pagal kiekvieno ligonio poreikį. Ši komanda nusakyta paliatyvios pagalbos įstatyme. Paliatyvia pagalba turi užsiimti savo srities profesionalai, t.y. žmonės, kurie nuosekliai domisi tokia medicinos sritimi, praktiškai, ne vien teoriškai matę tokią slaugą. Paliatyvi priežiūra yra paremta informuoto paciento sutikimu. Pacientas turi teisę pats apsispręsti, kur, kada ir kokio pobūdžio gydymo jis pageidauja. Į šį procesą įtraukiama ir šeima, nes pacientas pilnavertį gyvenimą paskutinėse ligos stadijose gali gyventi tik padedant šeimai. O pati paliatyvi priežiūra turi būti teikiama kvalifikuotų specialistų: gydytojų, slaugytojų, psichoterapeutų, dietologų, ergoterapeutų, psichologų, socialinių darbuotojų, dvasininkų, savanorių. Atsižvelgiant į holistinį priežiūros pobūdį, siekiant užtikrinti visapusišką pagalbą, gali būti įtraukiamos savipagalbos grupės, bažnyčios ir kitos organizacijos. Gali atsirasti poreikis kartu su paliatyvios priežiūros specialistais įdarbinti kitų sričių specialistus – konsultantus. 2007 m. sausio 11 d. Sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V – 14 „Dėl Paliatyvios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ numatyta, kad ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia ne mažesnė kaip 3 specialistų komanda, kurią

sudaro: gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas. Stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia: gydytojas, kuris stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių; slaugytojas, kuris stacionare slaugo ne daugiau kaip 2 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5; socialinis darbuotojas, kuris stacionare arba dienos stacionare pagalbą teikia ne daugiau kaip 10 ligonių. Įstatymas numato kad esant poreikiui stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia: psichologas ir / ar psichoterapeutas stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių; slaugytojo padėjėjas stacionare prižiūri ne daugiau kaip 3 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5.

Paliatyvi pagalba visada yra susijusi ir su šeimos narių įjungimu į pagalbą, savanorių ir interdisciplininės komandos darbu. Paliatyvios pagalbos pagrindiniai principai nėra lengvai įgyvendinami, tam reikia nemažai pastangų, o neretai ir tikro pasiaukojimo. „Paliatyvios pagalbos principas – holistinis sveikatos priežiūros požiūris, apimantis: medicininės, slaugos, psichologinės, socialinės, kultūrinės ir dvasinės paslaugas. Ji reikalauja koordinuoto komandinio požiūrio, ją turėtų teikti sveikatos priežiūros profesionalai – paliatyvios pagalbos gydytojai ir paliatyvios pagalbos slaugytojos. Todėl suburiama interdisciplininė komanda, kurią sudaro:

- Pacientas, šeima,
- gydytojas,
- slaugytoja,
- socialinis darbuotojas,
- dvasininkas,
- psichoterapeutas,
- kineziterapijos specialistas,
- savanoriai, jų koordinatorius.”²⁰⁷

Tai minimaliausi reikalavimai keliami komandai, kuri turėtų būti suburta teikti paliatyvią pagalbą. Paliatyvios priežiūros programa, parengta pagal Europos Sąjungos Ministrų Tarybos, Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms, praplečia interdisciplininės komandos sudėtį, teigdama, kad paliatyvi priežiūra yra koordinuojama gydytojo, paliatyvios medicinos specialisto. Komandos pagrindas - gydytojai ir slaugytojai. Kiekvieną paliatyvios priežiūros komandą sudaro bent vienas gydytojas, vienas slaugytojas, turintis paliatyvios priežiūros specializaciją. Pilną komandą turėtų sudaryti:

- gydytojas;
- slaugytojas;
- dvasininkas;
- psichosocialinės specializacijos specialistai:

- psichologai,
 - psichoterapeutai,
 - socialiniai darbuotojai ir pan.;
- reabilitologas;
 - darbo terapeutas;
 - masažistas;
 - dietologas;
 - farmacininkas;
 - administratoriai;
 - savanoriai.

Paliatyvios priežiūros komandą gali konsultuoti anesteziologai, onkologai, radioterapeutai, chirurgai, psichiatrai ir kiti specialistai. Svarbi paliatyvios priežiūros sąlyga - gerai parengtas kvalifikuotas personalas, kurį sudaro patyrę specialistai, galintys užtikrinti paliatyvios priežiūros efektyvumą.²⁰⁸

Sveikatos apsaugos darbuotojo profesija kviečia "tapti žmogaus gyvybės tarnais ir sargais."²⁰⁹ Ne tik paliatyvią pagalbą teikiantieji, bet ir pats pacientas ir jo šeima turi to neužmiršti.

IV. 3. Paliatyvios pagalbos finansavimo reglamentavimas

Lietuvoje prasidėjusios su nepriklausomybės atkūrimu diskusijos keisti Simaškos modelio sveikatos priežiūros sistemą (kai sistema tiesiogiai ir centralizuotai finansuojama iš valstybės biudžeto), kadangi tokio modelio sveikatos priežiūros sistema buvo neefektyvi ir brangiai išlaikoma, buvo priimtas politinis sprendimas pereiti prie finansavimo iš privalomųjų darbdavių ir darbuotojų sveikatos draudimo įmokų arba mokesčių (vadinamojo Bismarko modelio), t. y. prie principo, kad pinigai turi sekti paskui pacientą.²¹⁰ „1996 m. priimtas Sveikatos draudimo įstatymas tapo pagrindiniu sveikatos priežiūros finansavimo reformos teisės aktu. Šis teisės aktas nustatė, kad visi Lietuvos Respublikos gyventojai turi būti apdrausti privalomuoju sveikatos draudimu, o sveikatos draudimo lėšos kaupiamos sveikatos draudimo įmokų ir valstybės įmokų pagrindu. Už suteiktas sveikatos priežiūros paslaugas apmokama pagal teritorinių ligonių kasų ir tokią pat pagalbą teikiančios įstaigos pasirašytas sutartis, vadovaujantis Valstybinių ligonių kasų nustatytais įkainiais. Tai reiškia, kad sveikatos priežiūros paslaugų teikėjų veiklos finansavimas yra susietas su jų suteiktomis paslaugomis. Dabar apie 84 proc. visuomenės sveikatos priežiūros sistemos finansavimo išlaidas padengia privalomasis sveikatos draudimas. Bet, šis įstatymas numato ir papildomą, asmens laisvai pasirenkamą sveikatos

draudimą, apmokamą iš draudėjo asmeninių ar draudėjo darbdavio lėšų, kompensuojant išlaidas, kurių nepadengia ar nepilnai padengia privalomasis sveikatos draudimas.“²¹¹

Mažėjančios biudžeto pajamos ir siekis išlaikyti viešųjų finansų stabilumą stipriai riboja biudžeto išlaidas visoms sritims. Staigus ekonomikos lėtėjimas ženkliai mažina valstybės biudžeto pajamas, kartu valstybės biudžeto išlaidos mažinamos tiek, kad galėtų būti išlaikytas optimalus viešųjų paslaugų teikimas visuomenei ir užtikrintas valstybės funkcijų įgyvendinimas. Didelė dalis valstybės biudžeto išlaidų yra nulemta įsipareigojimų, prisiimtų 2006 – 2008 metais, kuomet laikinos, dėl spartaus ekonomikos augimo atsiradusios pajamos, buvo paverstos pastoviomis išlaidomis. Pagrindinės tokių išlaidų sritys buvo darbo užmokesčio didinimas (pedagogams, socialiniams ir kultūros darbuotojams, valstybės tarnautojams) bei socialinių išmokų spartus augimas. Mažinant išlaidas valstybės biudžeto asignavimų valdytojų išlaikymo ir programų vykdymui skirtos lėšos 2010 m. sumažintos vidutiniškai 33 proc., tame tarpe valstybės valdymo išlaidos – 23 proc., valstybės tarnautojų, politikų, valstybės pareigūnų, savivaldybių tarnautojų darbo užmokesčio fondas sumažintas 10 proc., pedagogų, kultūros, socialinių darbuotojų, karo tarnybos tarnautojams darbo užmokesčio fondas sumažintas 5 proc., statutinių pareigūnų – 2 proc. Be to, nuo 2010 metų sumažintas asignavimų valdytojų skaičius – 2010 metais jų yra 30 -čia mažiau nei 2009 metais. Visi sprendimai planuojamas nacionalinio biudžeto išlaidas sumažino 1 mlrd. 581 mln. litų, lyginant su paskutiniu patvirtintu 2009 m. biudžetu. Dėl taupymo ribotas ir „sveikatos priežiūros srities finansavimas, gyventojų senėjimo procesai, tarpaturinės integracijos procesai – visi šie praktiniai iššūkiai reikalauja ir toliau pareikalaus iš įstatymų leidybos ir teisės doktrinos kūrybinio požiūrio reglamentuojant socialinius santykius šioje srityje. Visa tai tam, kas Konstitucijos 53 str. įtvirtinta valstybės pareiga rūpintis žmonių sveikata, užtikrinant medicinos pagalbą bei paslaugas žmonėms susirgus, netaptų iliuzorinė ir deklaratyvi.“²¹²

Sveikatos apsaugai, įskaitant valstybės biudžeto asignavimus, skiriamus Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžetui, skirta 2 166 mln. litų arba 302 mln. litų daugiau negu 2009 metais. Šiai sričiai 2010 m. taip pat skirta 225 mln. litų ES paramos lėšų. Lėšos skirtos sveikatos priežiūros programoms vykdyti. Pervedimai į Ligonių kasas 2010 metais, palyginus su 2009 metais, mažėjo 339 mln. litų ir sudaro 1 911 mln. litų. Privalomojo sveikatos draudimo fondo apimtys mažėjo dėl mažėjančio darbo užmokesčio. PSDF lėšomis finansuojama visa Lietuvos sveikatos sistema ir gyventojams teikiamos sveikatos paslaugas.²¹³

Sveikatos apsaugai, įskaitant Privalomojo sveikatos draudimo fondą, 2011 metais skirta 4 mlrd. 597 mln. litų nacionalinių lėšų. Iš valstybės biudžeto sveikatos apsaugai skiriama 2 mlrd. 109 mln. litų, iš jų 1 mlrd. 571 mln. litų skiriama privalomojo sveikatos draudimo įmokoms už valstybės lėšomis draudžiamus asmenis, iš Sodros biudžeto į PSDF numatyta skiri 2 mlrd. 407

mln. litų lėšų. PSDF, kurio pagrindines pajamas sudaro valstybės biudžeto asignavimai ir Sodros bei Valstybinės mokesčiu inspekcijos administruojamos įmokos, lėšomis finansuojama visa Lietuvos sveikatos sistema ir gyventojams teikiamos sveikatos paslaugos. PSDF biudžetui sumažintos 230 mln. litų papildomos valstybės biudžeto lėšos, kurios buvo skirtos negautoms pajamoms kompensuoti dėl sveikatos draudimo mokesčio reformos. Medicinos darbuotojų atlyginimams sveikatos priežiūros įstaigose atitenka per 2 mlrd. litų, vaistų ir medicinos priemonių kompensavimui numatyta 642 mln. litų.²¹⁴

„Slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugos iš PSDF biudžeto lėšų buvo pradėtos apmokėti pagal Sveikatos apsaugos ministro 1998 – 06 – 18 įsakymą „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ patvirtintomis kainomis. Vieno lovadienio kaina, atsižvelgiant į susirgimo pobūdį, svyravo nuo 56,6 iki 86,1 balo. 2008 – 05 – 09 įsakymu Nr. N – 435 paslaugų bazinės kainos indeksuotos, nuo 85,8 iki 117,1 balo (1 balas šiuo metu prilyginamas 1 litui). Šiame įsakyme nustatyta, kad mokama už faktinį ligonio gydymo laiką, tačiau ne ilgesnį nei 120 dienų per kalendorinius metus.“²¹⁵

Lietuvos sveikatos informacijos centro 2009 metų duomenimis, Lietuvoje buvo 48 slaugos ligoninės. Šios paslaugos taip pat teikiamos bendrojo pobūdžio stacionarinėse asmens sveikatos priežiūros įstaigose ir pirminės sveikatos priežiūros centruose, tad skaičius kiek didėja. Valstybinės ligonių kasos prie Sveikatos apsaugos ministerijos (VLK) 2007 metų duomenimis, iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto yra finansuojamos 3832 palaikomojo gydymo ir slaugos lovos, tai sudaro 1,18 lovos 1000 gyventojui. Pagal ES standartus turėtų būti 1,5/1000gyv., papildomas poreikis - 773 lovos. Stacionarinių asmens sveikatos priežiūros paslaugų skaičius per pastaruosius metus sumažėjo 8 proc., tačiau palaikomojo gydymo ir slaugos paslaugų padidėjo 15 proc. Stebimas slaugos lovų trūkumas Vilniaus mieste bei didžiuosiuose Lietuvos miestuose.²¹⁶

Globos skyrių asmenį gali nukreipti prie savivaldybės Socialinės paramos skyriaus veikianti Paramos teikimo komisija. Čia sprendžiama ir dėl gydymo bei slaugos finansavimo – priklausomai nuo ligonio šeimos pajamų, tenkančių vienam asmeniui, globaliai apmokėti gali būti skiriama 80 proc. ligonio pensijos. Analizuojama konkreti situacija. Jeigu pagal ligonio būklę globa nepriklausytų, tačiau artimieji už ją moka, vidutinis šio mokesčio dydis yra 33 Lt per parą. Pasirinkę tokią slaugymo galimybę ligonio artimieji moka ne ligoninei, o savivaldybės Socialinės paramos skyriui. Pačioje ligoninėje mokamų paslaugų nėra. Sveikatos apsaugos ministro 2007 m. vasario 14 d. įsakymu Nr. V – 97 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gegužės 14 d. įsakymo Nr. V – 364 „Dėl licencijuojamų asmens sveikatos priežiūros paslaugų sąrašų patvirtinimo" papildymo" licencijuojamų asmens sveikatos

priežiūros paslaugų sąrašas papildytas paliatyviosios pagalbos paslaugomis. Asmens sveikatos priežiūros įstaigos, kurios atitiks patvirtinto aprašo reikalavimus ir teiks minėtas paslaugas, privalės papildyti įstaigos asmens sveikatos priežiūros licenciją paliatyviosios pagalbos paslauga.²¹⁷

„Valstybinės ligonių kasos duomenimis už slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas, suteiktas ligoninėse, atsiskaitoma 100%. Tačiau negalima pamiršti, kad egzistuoja kvotos. Tai reiškia, kad mokama už sutartyse numatytą paslaugų kiekį arba skiriama suma, už suteikiamas paslaugas.“²¹⁸

Sveikatos apsaugos ministro 2006 m. balandžio 27 d. įsakymu Nr. V – 335 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“, diferencijuotos slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų bazinės kainos. Jos priklauso nuo ligoniui suteikiamų paslaugų sudėtingumo ir nustatytos nuo 61,1 iki 92,9 balo (iki 120 dienų per kalendorinius metus). Didžiausias įkainis taikomas sunkiai sergančių ligonių paslaugoms apmokėti.²¹⁹

„Slaugos ligoninėje už slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugas apmoka:

- Teritorinė Ligonijų Kasa, pagal metų pradžioje pasirašytą sutartį;
- Projektai;
- Patys pacientai.“²²⁰

„Išlaidas slaugos ligoninėse galima suskirstyti į 2 pagrindines grupes:

- pastovios, kurių apimtys nėra susijusios su lovdienių skaičiumi:
 - administracinės išlaidos (darbo užmokestis);
 - pastato išlaikymo, komunalinių paslaugų išlaidos.
- kintančios, kurios tampriai susijusios su vykdomu lovdienių skaičiumi ir tuo metu teikiamomis paslaugomis:
 - medikamentų ir medicinos priemonių įsigijimas;
 - mityba;
 - skatinimo fondas darbuotojams;
 - kitos papildomos išlaidos.“²²¹

2007 m. rugpjūčio 2 d. Privalomojo sveikatos draudimo tarybos nutarimu Nr. 5/2 „Dėl slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų plėtros patvirtinimo“ buvo nuspręsta, kad slaugos ir palaikomojo gydymo lovų skaičius, tenkantis 1000 gyventojų savivaldybėje gali būti padidintas nuo 1,2 iki 2 lovų. Dėl šių paslaugų plėtojimo ir slaugos lovų skaičiaus asmens sveikatos priežiūros įstaigos suderina ir sprendimą priima jų steigėjai, t. y. savivaldybės, atsižvelgusios į jų gyventojų poreikius. Bet tai lieka tik deklaracijos, nes 2009 m. prasidėjus pasaulinei ekonominei krizei sugrįžta prie ankstesnio slaugos ir palaikomojo gydymo lovų

skaičiaus. Finansavimas lieka nepakankamas ir sunkiai galintis padengti atsirandančias išlaidas teikiant paliatyvią pagalbą ligoniams. Valstybės siekis sutaupyti rizikuoja pabloginti žmogaus gyvenimo kokybę, ribojant jo buvimo laiką slaugos skyriuose ar palaikomojo gydymo ligoninėse ar slaugos namuose, teikiamų paslaugų kokybės kritimu ir galimos teikti pagalbos apsiribojimu ar reikiamų vaistų negalėjimu įsigyti.

IŠVADOS

Atlikus panaudotos literatūros bei įžvalgų analizę šiame darbe, galima daryti tokias išvadas:

Atlikus panaudotos literatūros bei įžvalgų analizę šiame darbe, galima daryti tokias išvadas:

1. Moralės normos draudžia tiesiogiai atimti nekalto žmogaus gyvybę ir čia niekam neteikiamos nei privilegijos, nei išimtys. Eutanazija yra visuomet moraliai nepateisinamas veiksmas, prieštaraujantis žmogaus orumui ir neliečiamumui iki natūralios jo mirties. Kai kurios valstybės yra įteisinusios eutanaziją arba savižudybę su pagalba nacionaliniuose įstatymuose. Kalbant apie eutanaziją, iškyla akivaizdi konkurencija tarp žmogaus gyvybės, kaip viešos vertybės, ir žmogaus privatumo bei gyvenimo būdo pasirinkimo laisvės, kaip vertybės. Labiausiai visuomenėje palaikoma ir mažiausia prieštarų susilaukianti yra pasyvi eutanazija pačiam ligoniui prašant, o daugiausia diskutuotina ir mažiaus iš visuomenės pritarimo sulaukianti yra aktyvi, priverstinė eutanazija. Išanalizavus valstybių kuriose įteisinta savižudybė su pagalba arba eutanazija įstatymus, randame labai liberalių nuostatų, kurios per laiką gali būti vis laisviau interpretuojamos pacientų nenaudai. Tik suvokus ir žinant skirtumą tarp užsispyrėliško gydymo netaikymo ir eutanazijos, galima teisingai suprasti ir kalbėti apie žmogaus teisę pasirinkti gydymą ar jo atsisakyti, kurio pasekoje žmogus kad ir miršta, bet dėl natūralių susirgimų esant neefektyviam ar nepakeliamam gydymui, o ne jį nužudant veikimu ar neveikimu.
2. Išanalizavus paliatyvią pagalbą reglamentuojančius teisės aktus, jos principus, matome, kad reikalinga labiau puoselėti pagalbos pacientams teikimą, leidžiant atitinkamus įstatymus, skiriant pakankamą finansavimą, ruošiant kompetentingus specialistus tiek medicinos, tiek ir teisės srityje raginant į pacientą žvelgti holistiniu požiūriu.
3. Mūsų laikų visuomenėje labai jaučiamas meilės artimui stygius, nenoras tarnauti labiausiai reikalingiems pagalbos – nepagydomai sergantiems ir mirštantiems. Nors kiekvienas žmogus, o ypač turintis tam reikalingas mokslines žinias, galią gydyti ar leisti įstatymus, susijusius su gyvybės apsauga ir kompetencija, vadovaujantis savo krikščioniškomis šaknimis Europoje ir kitose šalyse privalėtų skelbti, raginti, savo gyvenimo pavyzdžiu liudyti Dievo ir artimo meilės reikalingumą ir privalomumą bei remti paliatyvią pagalbą, jos teisinės bazės kūrimą, finansavimą, kaip tikrą alternatyvą eutanazijai. Taip pat ypač jaunų žmonių širdyse skiepijant pagarbą gyvybei, net kenčiančiai, ligotai ar pasenusiai, bet dėl to nemažiau vertingai. Padėti spręsti kenčiančių

ir ligotų žmonių fizinius, dvasinius ir psichologinius poreikius, kurių nesprendimas ir tampa pagrindine eutanazijos pasirinkimo priežastimi.

4. Žmonės vis labiau baiminasi tapti priklausomi nuo kitų, baiminasi, kad tai panaikins jo laisvę, kuri klaidingai suprantama, neišlaisvina, o kaip tik priverčia jai vergauti. Baiminamasi, kad liga atims asmens orumą, pamirštant, kad rūpinimasis silpnesniu ir ligotu yra tikros gailestingos artimo meilės išraiška, o asmens orumas nepriklauso nuo jo gyvenimo kokybės, nes gyvybės kokybė nekvestionuojama. Būtent, paliatyvioji pagalba tampa alternatyva eutanazijai, nes ji yra pajėgi pagerinti fizinę ligonio savijautą vaistais, naudojant naujausias medicinines priemones kontroliuoti skausmą, jį sumažinti ar net visiškai nuslopinti. Taip pat paliatyvioji medicina siekia integruoti psichologinius ir dvasinius žmogaus poreikius, o ne tik kreipia dėmesį į biologinę žmogaus dimensiją. Čia padedama susigyventi su esama liga, išsakyti savo poreikius ir į juos atsiliepti.
5. Darbe išsikelta hipotezė, kad eutanazija nėra vienintelis būdas palengvinti kenčiančiųjų dalį, o paliatyvus gydymas yra morali ir teisėta jos alternatyva, pasitvirtino.

LITERATŪRA

1. Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992. Nr. 33 – 1014.
2. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1996 m. lapkričio 20 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos butų privatizavimo įstatymo 5 straipsnio atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. – Valstybės žinios, 1996. Nr. 114 – 2643.
3. Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1998 m. gruodžio 9 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. – Valstybės žinios, 1998. Nr. 109 – 3004.
4. Baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas. Baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000. Nr. 89 – 2741.
5. Lietuvos Respublikos Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas // Valstybės žinios. 1997. Nr. 30 – 12; 1999. Nr. 55 – 1767.
6. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2004. Nr. 9 – 2361.
7. Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63 – 1231.
8. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55 – 1287.
9. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 104 – 2367.
10. Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas // Valstybės žinios. 2006, Nr. 17 – 589
11. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 102 – 2317.
12. Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, iš dalies pakeistu Protokolu Nr. 11, su papildomais protokolais Nr. 1, 4, 6 ir 7. // Valstybės žinios. 2000. Nr. 96 – 3016.
13. Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija) // Valstybės žinios. 2002. Nr. 97 – 4258.
14. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. – 5 „Dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos įgyvendinimo 2005 – 2013 metų priemonių patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 2005, Nr. 5 – 112.

15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. – 1593 „Dėl vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr. 117 – 5348.
16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 14 “Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2007. Nr. 7 – 290.
17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. – 160 „Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių bei medicinos punktų akreditavimo“ // Valstybės žinios. 1996, Nr. 31 – 782.
18. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas Nr. – 5 „Dėl socialinių paslaugų namuose plėtojimo krypčių ir stacionarių globos įstaigų darbo efektyvumo didinimo nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998, Nr. 94 – 2621.
19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. – 100 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ // Valstybės žinios. 2000, Nr.18 – 444.
20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. – 468 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 1998, Nr. 93 – 2718.
21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas N – 435 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 8 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 1999, Nr. 93 – 2718.
22. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas V – 160 “Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2008, Nr. 27 – 1000.
23. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 14 “Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2007. Nr. 7 – 290.
24. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 469 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V – 14 "Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo" pakeitimo // Valstybės žinios. 2008, Nr. 59 – 2246.
25. Ashley B. M., O'Rourke, K. D. Health Care Ethics. Washington: Georgetown University Press, 1997.
26. Asvallas J.E. Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. – Vilnius: Atviros Lietuvos fondas; 2000.

27. Bagvilaitė – Raugalienė R. Teisės mirtis (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas.
28. Bendrasis paaiškinimas dėl vegetacinės būklės // Bažnyčios žinios. – Kaunas: Lietuvos Katalikų Bažnyčios Informacijos Centras, 2004, Nr. 21 (213).
29. Butkevičius Z. Užsakomoji mirtis // Šiaurės Atėnai, 2006 03 10, Nr. 788.
30. Činikienė A. Slaugos ligoninės pacientų paliatyvos pagalbos paslaugų poreikio įvertinimas. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas.
31. Gormally L. A. Euthanasia and clinical practice: trends, principles and alternatives. In Euthanasia, clinical practice and the law: Working Party Report. – London: The Linacre Center for Health Care Ethics, 1994.
32. Gumbis J. Eutanazija žmogaus teisių ir autonomijos kontekstu // Teisė – Vilnius: Vilniaus Universitetas, 2003, T. 47.
33. Hodsler P, Turley A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2004.
34. Jovaišas K. Konstitucijoje įtvirtintų žmogaus teisių sisteminė ir loginė analizė (įvadas) // Teisės problemos. – Vilnius: Teisės institutas, 1999, Nr. 1 – 2.
35. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // Regnum est 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55.
36. Juškevičius J. Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį // Jurisprudencija: mokslo darbai. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2008, Nr. 12 (114).
37. Kabašinskienė R. Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas.
38. Kubler – Ross E. Apie mirtį ir mirimą, pašnekesiai su mirtiniais ligoniais. – Vilnius: Katalikų pasaulis, 2001.
39. Kūris E. Konstitucinių principų plėtojimas konstitucinėje jurisprudencijoje. <http://www.lrkt.lt/PKonferencijose/01.pdf>
40. Laurence D. R. Bennett P. N., Brown M. J. Clinical pharmacology. – London: Churchill Livingstone, 1997. T. 8.
41. Liesis M. Baudžiamosios atsakomybės už aktyviąją eutanaziją ir padėjimą nusižudyti reglamentavimas Lietuvos, Vokietijos ir Olandijos baudžiamuosiuose kodeksuose // Teisė – Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2005, T. 54.

42. Liesis M. Hipokrato priesaika ir eutanazija bei padėjimo nusižudyti kriminalizavimas: baudžiamosios teisės ir moralės santykio problemos // Teisė – Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2008, T. 66, d. 1.
43. Lietuvos paliatyvos pagalbos standartai, Lithuania's standards in palliative care. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, Vilniaus Universitetas, Lietuvos paliatyvos medicinos draugijos leidykla, 2003.
44. Liobikienė N. Mirtis, mirimas, netektis ir našlystė. Socialinė gerontologija. Ištakos ir perspektyvos. – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas socialinio darbo institutas, 2004.
45. Mall D. Death, Dying and Euthanasia (Hand cover). Edited by Horan D. J. – Georgetown: University Publication of America. Reprint edition. 1980.
46. Narbekovas A. Eutanazijos terminų vartojimo bioetikoje bei teisėje problematika Lietuvoje // Jurisprudencija – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2008, Nr. 12 (114).
47. Narbekovas A. Gyvybės ir mirties kultūrų sandūra // Už gyvybę. – Kaunas: LIC Už gyvybę, 2002, Nr. 11.
48. Narbekovas A. Komoje ir pastovioje nesąmonės būsenoje esančių ligonių dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2003, Nr. 7.
49. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35).
50. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35).
51. Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5.
52. Paliatyvos pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P.
53. Pop. Benediktas XVI, enciklika, Deus Caritas est, - Kaunas: Katalikų interneto tarnyba, 2006.
54. Pop. Jonas Paulius II, enciklika, Evangelium Vitae. – Vilnius: Aidai, 1995.
55. Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
56. Roper N., Logan W. W., Tierney A. J. Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. – Vilnius: Egalda, 1999.
57. Šeškevičius A, Pupalaigytė R. red. Paliatyvos pagalbos samprata. – Vilnius: Atviros visuomenės institutas JAV, Atviros Lietuvos Fondas, 2005.

58. Špokaitė I. Teisės mirtį (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas.
59. Šuškevičius A. Dešimt ieškojimo metų Lietuvos paliatyvios medicinos draugijai dešimt metų 1995 – 2005 m. Kaunas, Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos leidykla, 2005.
60. Šuškevičius A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universiteto leidykla, 2004.
61. Vadapalas V. Tarptautinė teisė. Pagrindiniai dokumentai ir jurisprudencija. Vilnius: Eugrimas, 2003.
62. Ward B. J., Tate P. A. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia // British Medical Journal. – London, BMJ, 1994, Nr. 308.
63. Willke J. C., Wertham F., Cleaver C., Grant E., Rothe M. Assisted suicide and euthanasia: past and present. – Cincinnati, OH: Hayes Publishing Co, 1998.
64. www.allhealth.org
65. www.assistedsuicide.org
66. www.bernardinai.lt
67. www.diena.lt
68. www.echr.coe.int
69. www.echr.coe.int
70. www.embracingourdying.com/pdfs/Euthanasia.pdf
71. www.finalexit.org
72. www.religioustolerance.org
73. www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf

Klimašauskas D. Paliatyvios pagalbos kaip alternatyvos eutanazijai teisinis reglamentavimas / Bioteisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas Prof. dr. A. Narbekovas, konsultantas Prof. dr. J. Juškevičius. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, Teisės fakultetas, 2011. – 97 p.

ANOTACIJA

Magistro baigiamajame darbe išanalizuotas ir įvertintas paliatyvios pagalbos reglamentavimas, principai ir organizavimas bei eutanaziją ar savižudybę su gydytojo pagalba įteisinusių valstybių teisės aktai, pateikiant eutanazijos sąvoką, teisinio vertinimo galimybes ir ribas bei požiūrį į sergantį žmogų ir gyvybę, siūlant alternatyvą paliatyvioje pagalboje ir slaugoje. Pirmoje darbo dalyje pateikiama eutanazijos sąvoka, rūšys ir savižudybės su gydytojo pagalba traktavimas teisėje, vertinimo galimybės ir ribos. Antroje dalyje nagrinėjama paliatyvios pagalbos sąvoka, principai ir tikslai bioetiniu aspektu. Trečioje darbo dalyje analizuojami paliatyvią pagalbą reglamentuojantys teisės aktai. Ketvirtoje dalyje nagrinėjamas paliatyvios pagalbos organizavimo reglamentavimas.

Pagrindiniai žodžiai: **gyvybė, paliatyvi pagalba, eutanazija, savižudybė su gydytojo pagalba.**

Klimašauskas D. Palliative help as legal regulation for an alternative to euthanasia / Master thesis of biolaw. Supervisor Prof. dr. A. Narbekovas, consultant Prof. dr. J. Juškevičius. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of law, 2011. – 97 p.

ANNOTATION

The master thesis aims to analyze and evaluate the regulation, principles and organization of palliative help as well as the legislation of countries that legalized euthanasia and suicide with the help of the doctor by providing the concept of euthanasia, the opportunities and boundaries of legal evaluation as well as the attitude towards the sick person and life by offering the alternative in palliative help and care. In the first part of the thesis the concept and kinds of euthanasia as well as suicide with the help of the doctor in law, the opportunities of evaluation and boundaries are provided. The second part deals with the concept, principles and objectives of palliative help regarding the bioethical aspect. The third part deals with the legislation regulating palliative help. In the fourth part the regulation of palliative help organization is analyzed.

Key words: **life, palliative help, euthanasia, suicide with the help of a doctor.**

Klimašauskas D. Paliatyvios pagalbos kaip alternatyvos eutanazijai teisinis reglamentavimas / Bioteisės magistro baigiamasis darbas. Vadovas Prof. dr. A. Narbekovas, konsultantas Prof. dr. J. Juškevičius. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, Teisės fakultetas, 2011. – 97 p.

SANTRAUKA

Vakarų pasaulio šalys, dažnai laikomos pasiekusiomis aukštą kultūrinį lygį ir liberalumo bei laisvės skelbėjomis, įteisino eutanaziją valstybiniais įstatymais, leisdamos nužudyti žmogų dėl ligos ar senatvės. Lietuvoje kaip ir daugumoje Senojo Žemyno šalių, mažėjantis gimstamumas, senstanti visuomenė ir besikeičiantis jos požiūris į gyvybę, į senatvę, į ligą, į kančią verčia liberalią visuomenę diskutuoti apie įvairias mirties formas ir ypač eutanaziją. Gyvenimo tempams bėgant beprotišku greičiu ir dėl to žmogui patiriant daugybę įvairių traumų, kurios dažnai padaro žmogų neįgalų; ligos, kurios vis dar lieka nepagydomomis, verčia atkreipti dėmesį į silpnuosius ir reikalingus pagalbos, jiems siūlant ne mirtį, o gyvenimą. Silpnųjų pusėn tokioje situacijoje ir stoja paliatyvioji pagalba kaip alternatyva eutanazijai. Temos problematiškumas kyla iš bandymų įteisinti eutanaziją, teismuose įrodyti „teisę numirti“ nepateikiant jokios kitos išeities tokiai pozicijai. Plintant tokiai laikysenai, pridengtai gailestingumu, alternatyva randama paliatyvioje pagalboje ir slaugoje. Lietuva yra paskutinė valstybė Europoje, kuri įteisino paliatyvią pagalbą – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančias kelią kančioms ar jas lengvinanti, padedanti spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas. Ši tema ypatingai aktuali įrodyti, kad liga ir senatvė nesunaikina asmens ir todėl neleista jo nužudyti, kad ne viskas kas yra legalu, tas yra moralu, kad reglamentuojant sveikatos sistemą, negalima iš akių pamesti pagrindinio tikslo: gydyti žmogų, o ne jį žudyti. **Darbo tyrimo problema** – žmogaus gyvybę ginančių teisės aktų aktualumas, skatinat paliatyvią pagalbą reglamentuojančiais teisės aktais stiprinti pagarbą žmogaus gyvybei bei oriai mirčiai, bei atremiant eutanazijos skverbimąsi į Lietuvos teisės ir sveikatos sistemą paliatyvios pagalbos principais.

Darbo objektas – teisinis paliatyvios pagalbos reglamentavimas. **Darbo tikslas** – išanalizuoti paliatyvią pagalbą reglamentuojančius teisės aktus, išanalizuoti eutanaziją įteisinusių valstybių teisės aktus, pateikti pagrindinius paliatyvios medicinos srities principus ir siekius, kaip neprieštaraujančius užsispyrėliško gydymo netaikymo principui ir tampančius alternatyva eutanazijai. Darbe siekiama atskleisti eutanazijos pasirinkimo priežastis, pasiūlant tam

alternatyvą – paliatyvią pagalbą. Mirštančio žmogaus teisė gauti pilnavertį, jo orumą atitinkantį gydymą, bei ori mirtis, neatsiejama teisinio reglamentavimo apie šią medicinos veiklą sritis.

Darbo uždaviniai: 1. Išanalizuoti savižudybės su gydytojo pagalba ir eutanazijos teisinį reglamentavimą ir teisinio bei moralinio vertinimo ribas, atskiriant aktyvią ir pasyvią eutanaziją bei išryškinant skirtumą nuo užsispyrėliško gydymo netaikymo. 2. Apibrėžti paliatyvios pagalbos sampratą, principus bei tikslus analizuojant paliatyvią pagalbą reglamentuojančius teisės aktus. 3. Pristatyti paliatyvią pagalbą Lietuvoje ir Europoje kaip fundamentaliausius teisės principus įgyvendinančią ir neprieštaraujančią jiems. 4. Išanalizuoti paliatyvios pagalbos, kaip alternatyvos eutanazijai principus, paliatyvios pagalbos organizavimą reglamentuojančiuose teisės aktuose.

Lietuva per dvidešimt Nepriklausomybės metų sugebėjusi iš esmės pakeisti savo sveikatos sistemą, keisdama žmonių sąmonę, įsileisdama į ją vis daugiau laisvės, turi prisiimti ir deramą atsakomybę už savo visuomenę, už kiekvieną jos narį, ypač netekusį sveikatos, pasiekusį brandų amžių ir išgyvenančiu mirimą. Visuomenei sparčiai senstant, plintant onkologiniams susirgimams, keičiant sampratą, kad sveikata yra gerokai daugiau nei ligos nebuvimas, paliatyvios pagalbos tema kaip niekad aktuali, nes ji vienintelė tampa alternatyva eutanazijai.

Klimašauskas D. Palliative help as legal regulation for an alternative to euthanasia / Master thesis of biolaw. Supervisor Prof. dr. A. Narbekovas, consultant Prof. dr. J. Juškevičius. – Vilnius: Mykolas Romeris University, Faculty of law, 2011. – 97 p.

SUMMARY

The western countries often considered as those, which had achieved high cultural level and that are the announcers of liberalism and freedom, have legitimized euthanasia with national law by allowing killing a person for a disease or old age. In Lithuania as in the majority of countries of the Old Continent, the decreasing rate of birth, the obsolescent society and its changing attitude towards life, old age and pain force a liberal society to discuss about various forms of death and particularly euthanasia. As the life pace is running in a breathtaking speed causing many human traumas, which often make a person disabled; the diseases that still remain incurable force us to pay attention to the weak people who need help by providing them not with death but life. In this case the palliative help as an alternative to euthanasia stands for the weak. The problem of the topic rises from the intentions to legalize euthanasia, to prove „the right to die“ in the court without submitting any other solutions to such a position. When spreading such the posture covered by mercy, the alternative is found in palliative help and care. Lithuania is the last country in Europe, which legalized palliative help – the tools of life quality improvement of the patient suffering from the dangerous, incurable and progressing disease and his relatives. These tools prevent from torment and palliate them, help to solve other physical, psychosocial and spiritual problems. This topic is particularly relevant to prove that the disease and old age do not destroy the person and therefore it is not allowed to kill him, that not everything that is legal may be moral at the same time, that by regulating the health system it is not allowed to lose the main purpose: to treat a person not to kill him. **Research problem** – the relevance of legislation protecting human life by encouraging the palliative help with regulating legislation to strengthen the respect to human life and dignified death and by repulsing the spread of euthanasia into the Lithuanian law and health system with the principles of palliative help.

Research object – legal regulation of palliative help. **Research aim** – to analyze the legislation regulating palliative help, to analyze the legislation of the countries that have legalized euthanasia, to submit the main principles and objectives of palliative medicine as contradicting to the principle of stubborn untreatment which becomes an alternative to euthanasia. The thesis aims to reveal the reasons for choosing euthanasia by providing an

alternative – palliative help. The right of dying person to get a full treatment meeting his dignity and the dignified death is an integral field of legal regulation about this medical activity.

Objectives of the thesis: 1. To analyze the suicide with the help of a doctor and the legal regulation of euthanasia as well as legal and moral boundaries of evaluation by separating active and passive euthanasia and highlighting the difference of stubborn untreatment. 2. To define the concept, principles and objectives of palliative help by analyzing the legislation regulating the palliative help. 3. To present the palliative help implementing and complying with them in Lithuania and Europe as fundamental legal principles. 4. To analyze the principles of palliative help as an alternative to euthanasia, the organization of palliative help in regulating legislation.

Over twenty years of independence Lithuania that was able to radically change its health system by changing the human conscious, letting in itself more and more freedom has to take proper responsibility for its society and each member particularly that who lost his health, reached an old age and is dieing. When the society is rapidly getting older, the oncological diseases are spreading and changing the perception that health is much more than the absence of the disease, the topic of palliative help is relevant than ever before because it is an alternative to euthanasia.

PRIEDAI

Oregono orios mirties įstatymas (The Oregon Death With Dignity Act)

Remiantis Oregono orios mirties įstatymu, raštišką prašymą dėl gydymo medikamentais gali pateikti kompetentingas priimti sprendimus, pilnametis (sulaukęs 18 metų), nuolatinis Oregono valstijos gyventojas. Jį gydantis gydytojas bei gydytojas konsultantas turi būti nustatę, jog pacientas kenčia nuo nepagydomos ligos ir yra savanoriškai išreiškęs pageidavimą pagreitinti mirtį. Asmuo, atitinkantis visas šias sąlygas, gali pateikti rašytinį prašymą paskirti jam medikamentų, kurių pagalba jis nutrauktų savo gyvenimą žmonišku ir kilniu būdu. Pacientas negali pateikti tokio prašymo, jei tai susiję išimtinai tik su jo amžiumi ar negalia. Rašytinio prašymo forma dėl gydymo medikamentais turi atitikti šio įstatymo priede pateiktą pavyzdį (žiūrėti į magistrinio darbo priedus). Jame turi būti užrašyta data, paciento pasirašyta bei dar bent dviejų liudytojų parašai, kurie paciento akivaizdoje paliudija, jog jis yra kompetentingas, veikia savanoriškai ir jam nedaromas joks spaudimas. Vienas iš liudytojų turi būti asmuo, kuris: nėra giminė, remiantis kraujo, įvaikinimo ar santuokos ryšiais; asmuo, kuris nepaveldės paciento turto po jo mirties nei pagal testamentą, nei pagal įstatymus; nėra savininkas, valdytojas ar darbuotojas tos sveikatos priežiūros įstaigos, kurios paslaugas gauna pacientas ar kurioje jis gyvena. Liudytoju negali būti pacientą gydantis gydytojas. Gydantis gydytojas turėtų patarti pacientui, kad jis informuotų savo artimiausius giminaičius apie savo sprendimą dėl gyvenimo nutraukimo, tačiau vien ta priežastis, jog pacientas silpsta ar jau nebegali informuoti savo giminaičių, nėra pagrindas atmesti jo prašymą. Tam, kad būtų išrašyti vaistai, kurių dėka žmogus galės oriai ir humaniškai užbaigti gyvenimą, pacientas turi pateikti žodinį ir rašytinį prašymus, taip pat žodinį prašymą pakartoti savo gydančiajam gydytojui praėjus ne trumpesniam kaip 15 dienų laikotarpiui po to, kai jis pateikė pirminį žodinį prašymą. Tuo metu, kai žmogus pateikia antrąjį žodinį prašymą, gydytojas turėtų pasiūlyti galimybę tą prašymą panaikinti. Pacientas gali panaikinti savo prašymą bet kuriuo metu ir bet koku būdu, neatsižvelgiant į jo psichinę būseną. Gyvenimo pabaigą pagreitinantys vaistai negali būti išrašyti, jei gydantis gydytojas nepateikė pacientui pasiūlymo atšaukti savo prašymą. Tarp paciento pateikto pradinio žodinio prašymo ir vaistų išrašymo turi praeiti ne mažiau kaip 15 dienų, o tarp rašytinio prašymo ir vaistų išrašymo turi praeiti ne mažiau kaip 48 valandos.

Įstatyme yra nustatytos pacientą gydančio gydytojo pareigos:

1. gydytojas turi atlikti pirminį įvertinimą ir nustatyti, ar pacientas serga nepagydoma liga, yra kompetentingas ir prašymą mirti pateikė savanoriškai ir niekieno neverčiamas;

2. gydytojas turi pareikalauti, kad pacientas įrodytų, jog yra nuolatinis Oregono valstijos gyventojas;
3. įsitikinti, jog pacientui buvo suteikta visa būtina informacija, prieš jam priimant sprendimą dėl rašytinio prašymo, t.y. pacientas turi būti supažindintas su savo ligos diagnoze, su ligos vystymosi prognozėmis, turi būti pateikta informacija apie galimą riziką, kuri gali kilti, kai pacientas pradės vartoti mirtį sukeliančius medikamentus, taip pat galimus jų vartojimo rezultatus bei kitas galimas alternatyvas, į kurias įeitu rūpinimasis, kad pacientas jaustųsi komfortabiliai, slaugymas bei skausmo kontrolė;
4. gydantis gydytojas savo pacientą turi nusiųsti pas gydytoją konsultantą, kad šis patvirtintų nustatytą diagnozę ir tai, jog pacientas yra kompetentingas ir sprendimą dėl greitesnės mirties priima laisva valia;
5. jei reikalinga, turi nusiųsti pacientą psichologo konsultacijai, pasiūlyti pacientui pasvarstyti apie tai, jog svarbu, kad tuo metu, kai pacientas vartos mirtį sukeliančius medikamentus, šalia jo būtų kitas asmuo, taip pat patarti, jog vaistų nevartotų viešoje vietoje;
6. prieš išrašant mirtį pagreitinančius vaistus, gydytojas turi patikrinti, ar pacientui buvo suteikta visa reikalinga informacija, kuria remiantis jis priėmė sprendimą;
7. gydytojo medicininiai įrašai turi atitikti visus tokiai dokumentacijai keliamus reikalavimus;
8. gydytojas turi įsitikinti, jog prieš išrašant vaistus, kurių pageidauja pacientas, buvo atlikti visi reikalingi žingsniai.

Tuomet gydytojas gali išrašyti ir išduoti mirtį pagreitinančius vaistus, taip pat ir pagalbinius vaistus, kurie skirti palengvinti paciento diskomfortą, tačiau gydytojas turi būti registruotas Sveikatos revizorių valdyboje (the Board of Medical Examiners), kaip išduodantis vaistus gydytojas, turėti galiojantį Reikalaujamų vaistų išrašymo sertifikatą (Drug Enforcement Administration certificate) bei nepažeisti atitinkamų administracinių taisyklių. Arba, turėdamas rašytinį paciento sutikimą, gydytojas gali kreiptis į vaistininką ir informuoti jį apie vaistų paskyrimą ir pristatyti receptą vaistininkui asmeniškai arba paštu, kuris tuos vaistus gali išduoti pačiam pacientui, jį gydančiam gydytojui arba nustačius tapatybę, tiesiogiai paciento atstovui. Vadinasi, pacientui vaistus išduoti gali arba gydantis gydytojas pacientui tiesiogiai, arba vaistininkas. Gydantis gydytojas gali pasirašyti paciento mirties liudijimą. Gydytojo konsultanto patvirtinimas turi būti gautas tam, kad pacientas galėtų būti pripažintas, kaip atitinkantis nustatytas sąlygas, kurioms esant jam gali būti paskirti mirtį sukeliančius medikamentai. Gydytojas konsultantas turi iširti pacientą ir išnagrinėti reikalingus medicininius įrašus bei raštu

patvirtinti gydančio gydytojo diagnozę, jog pacientas serga nepagydoma liga, yra kompetentingas, laisva valia priėmė sprendimą pagreitinti savo mirtį bei jam suteikta visa reikalinga informacija.

Jei gydančiojo gydytojo ar gydytojo konsultanto nuomone, kyla abejonių, ar pacientas nėra psichiškai, psichologiškai sutrikęs ar neserga depresija, tuomet bet kuris gydytojas turi nukreipti pacientą psichologo konsultacijai. Kol konsultuojantis asmuo (psichologas ar kitas asmuo) nepatvirtins, jog buvęs sutrikimas ar depresija praėjo ir galimo paciento sprendimo nebeįtakos, tol negali būti išrašyti jokie vaistai, kurių dėka būtų galima nutraukti paciento gyvenimą.

Šiame įstatyme yra pateikti tam tikri reikalavimai, kurių turi būti laikomasi, pildant paciento medicininius įrašus, pavyzdžiui, turi būti įrašyti visi žodiniai bei rašytiniai prašymai dėl orios ir humaniškos mirties medikamentų pagalba, gydančio ir konsultuojančio gydytojų diagnozės, prognozės ir pan. Šiuos medicininius įrašus kasmet peržiūri Paslaugų žmonėms departamentas (The Department of Human Services).

Asmuo, kuris, be paciento sutikimo, sąmoningai pakeičia ar suklastoja prašymą dėl mirtį pagreitinančių vaistų išrašymo arba nuslepia ar sunaikina dokumentą, kuriuo pacientas panaikina ankstesnį savo prašymą dėl vaistų išrašymo, ar kitus įrodymus ar dokumentus, kuriuose atsispindi paciento pageidavimai ir interesai, turėdamas tikslą sukelti paciento mirtį ir ją sukeldamas, bus kaltinamas dėl A klasės sunkaus nusikaltimo padarymo. Kai asmuo, be paciento sutikimo, sąmoningai pakeičia ar suklastoja prašymą dėl mirtį pagreitinančių vaistų išrašymo arba nuslepia ar sunaikina dokumentą, kuriuo pacientas panaikina ankstesnį savo prašymą dėl vaistų išrašymo, ar kitus įrodymus ar dokumentus, kuriuose atsispindi paciento pageidavimai ir interesai, su tikslu įtakoti ar įtakojant sprendimus, susijusius su paciento sveikatos priežiūra, jis gali būti kaltinamas už A klasės baudžiamojo nusižengimo įvykdymą. Toks asmuo arba bet kuris kitas asmuo gali būti patrauktas atsakomybėn ir už savo nerūpestingu ar aplaidžiu elgesiu arba tyčiniu netinkamu elgesiu sukeltą civilinę žalą.

PRIEDAS NR. 2

Olandijos įstatymas „Gyvybės nutraukimo asmeniui prašant ir savižudybės su pagalba procedūrų apžvalga ir Baudžiamojo kodekso bei Laidojimo ir kremavimo įstatymo pataisa (Gyvenimo nutraukimas, asmeniui prašant ir savižudybės su pagalba (procedūrų apžvalgos) įstatymas)“

Šiame įstatyme yra išdėstyti reikiamo rūpestingumo kriterijai (due care criteria), kurių turi laikytis pacientą gydantis gydytojas. Šie kriterijai:

1. gydantis gydytojas turi būti įsitikinęs, jog paciento prašymas, nutraukti jo gyvybę, yra savanoriškas ir atidžiai apsvarstytas;
2. gydytojas turi būti įsitikinęs, jog pacientas kenčia nepakeliamas kančias ir nėra
3. jokių prognozių, jog jo būklė galėtų pagerėti;
4. gydytojas informavo pacientą apie jo sveikatos būklę ir perspektyvas;
5. gydytojas ir pacientas abu kartu priėjo išvadą, jog negalima jokia kita protinga alternatyva, atsižvelgiant į paciento situaciją;
6. pacientą konsultavo mažiausiai dar vienas nepriklausomas gydytojas, kuris pacientą aplankė ir pateikė savo nuomonę raštu bei taip pat atitiko aukščiau išdėstytus kriterijus;
7. gydytojas nutraukė paciento gyvybę ar suteikė pagalbą įvykdant savižudybę, su reikiamu medicininiu rūpesčiu ir atidumu.

Jei pacientas, kuriam suėjo 16-a metų ar daugiau, tampa nekompetentingu ir negali išreikšti savo valios, bet prieš pasiekiant šią būklę, kol dar buvo laikomas kompetentingu, jis pasirašė dokumentą, kuriuo prašo nutraukti savo gyvybę, gydantis gydytojas tokiu atveju gali patenkinti paciento prašymą.

Jei pacientas yra nepilnametis, kurio amžius yra tarp 16-likos ir 18-likos metų ir laikomas kompetentingu, galinčiu protingai įvertinti savo interesus, gydantis gydytojas patenkinti tokio paciento prašymą nutraukti jo gyvybę ar suteikti pagalbą įvykdant savižudybę, po to, kai buvo pasikonsultuota su už jį atsakingais tėvais ar globėjais.

Jei pacientas yra nepilnametis, kurio amžius yra tarp 12 - likos ir 16 - likos metų, ir manoma, jog jis yra kompetentingas, galintis protingai įvertinti savo interesus, gydantis gydytojas jo prašymą dėl gyvybės nutraukimo gali patenkinti, jei už jį atsakingi tėvai ar globėjai yra pajėgūs sutikti su jo gyvybės nutraukimu ar savižudybe su pagalba.

Remiantis Olandijos įstatymo nuostatomis, turėtų būti įsteigtos regioninės komisijos, kurios peržiūrėtų gautus duomenis apie įvykdytus gyvybės nutraukimo ar įvykdytų savižudybių su pagalba atvejus. Tokios komisijos sudaromos iš nelyginio narių skaičiaus, kiekvieno susitikimo metu, įtraukiant vieną teisės ekspertą, kuris pirmininkautų komisijai, vieną gydytoją ir vieną

etinės ir moralinės srities ekspertą. Į komisiją taip pat įeina papildomi nariai, sudarantys paminėtas kategorijas.

Komisijos veikla:

1. gavusi duomenis, apie gydytojų įvykdytus pacientų gyvybės nutraukimus ar pagalbą, pacientui nusižudant, komisija įvertina, ar gydytojo elgesys atitiko reikiamo rūpesčio kriterijus, išvardintus įstatyme;
2. komisija turi teisę paprašyti gydančio gydytojo, jog jis raštu ar žodžiu suteiktų papildomos informacijos apie pateiktą ataskaitą, jei to reikia, kad būtų galima teisingai įvertinti gydytojo elgesį;
3. komisija taip pat gali prašyti ir gauti informaciją iš skrodimą vykdžiusio patologo, nepriklausomo gydytojo ar kitų asmenų, kurie tiesiogiai rūpinosi pacientu.

Olandijos Baudžiamasis kodeksas numato, jog:

Asmuo, kuris kito žmogaus nuoširdžiu prašymu, nutraukia jo gyvybę, gali būti nubaustas laisvės atėmimo bausme, įkalinat iki 12 - likos metų arba gali gauti penktos kategorijos baudą. Tokie veiksmai nebus laikomi nusikaltimu, jei juos atliko gydytojas, kuris laikėsi visų reikiamo rūpesčio kriterijų, nustatytų įstatyme ir, jei gydytojas apie savo elgesį informavo vietos patologą. Asmuo, kuris sąmoningai kurstė kitą asmenį įvykdyti savižudybę ir sukurstytas asmuo nusižudė, gali būti įkalintas iki trejų metų arba nubaustas ketvirtos kategorijos bauda. Asmuo, kuris sąmoningai padėjo kitam asmeniui nusižudyti ar suteikė patarimų, kaip tai padaryti, ir tas asmuo nusižudė, gali būti įkalintas iki trejų metų arba nubaustas ketvirtos kategorijos bauda.

BELGIJOS EUTANAZIJOS ĮSTATYMAS (THE BELGIAN ACT ON EUTHANASIA)

Gydytojas, kuris atlieka eutanaziją, turi išpildyti šiuos reikalavimus:

1. turi įsitikinti, jog prašymą, įvykdyti eutanaziją, pateikiantis pacientas sulaukė pilnametystės arba yra emancipuotas nepilnametis, yra veiksnus bei sąmoningas prašymo pateikimo metu;
2. gydytojas turi įsitikinti, jog prašymas yra savanoriškas, gerai apmąstytas ir nėra kokio nors išorinio spaudimo rezultatas;
3. būti tikras, kad pacientas yra mediciniškai beviltiškoje būklėje dėl nuolatinės ir nepakeliamos fizinės ar psichinės kančios, kuri negali būti palengvinta
4. įsitikinti, kad pacientas sutinka su šio įstatymo sąlygomis ir procedūromis.

Prieš atlikdamas eutanaziją, gydytojas kiekvienu atveju privalo:

- 1) informuoti pacientą apie jo/jos sveikatos būklę ir gyvenimo perspektyvas, aptarti su pacientu jo pateiktą prašymą dėl eutanazijos ir galimus medicininius bei kitus būdus, kurie palengvintų eutanazijos procesą. Kartu su pacientu gydytojas privalo priėti išvados, jog nėra jokios pagrįstos alternatyvos paciento situacijoje ir, kad paciento prašymas yra visiškai savanoriškas;
- 2) gydytojas turi būti tikras, jog pacientas yra varginamas nuolatinio fizinio ar psichologinio kentėjimo ir jo prašymas nėra trumpalaikis, tokią išvadą gydytojas gali padaryti tik tuomet, jei vyksta ilgalaikis jų tarpusavio bendravimas;
- 3) dėl paciento būklės turi pasitarti su kitu gydytoju ir jį informuoti apie tokios konsultacijos priežastimis (jog pacientas pageidauja eutanazijos). Gydytojas, su kuriuo konsultuojamasi, turi peržvelgti medicininius įrašus, ištirti pacientą ir būti tikras dėl nuolatinio ir nepakeliamo paciento fizinio ar psichologinio kentėjimo, kuris negali būti palengvintas. Jis taip pat turi pateikti ataskaitą apie padarytas išvadas. Gydytojas konsultantas turi būti nepriklausomas nuo paciento bei nuo jį gydančio gydytojo, bei turi būti kompetentingas, pateikdamas savo nuomonę apie paciento ligą. Gydantis gydytojas turi informuoti pacientą apie šios konsultacijos rezultatus;
- 4) jei yra slaugos grupė, kuri reguliariai bendrauja su pacientu, tuomet gydytojas ir su ja aptarti paciento prašymą dėl eutanazijos;
- 5) jei pacientas pageidauja, gydytojas turi aptarti jo prašymą su nurodytais giminaičiais;
- 6) gydytojas turi būti tikras, jog pacientas turėjo galimybę aptarti savo prašymą su tais asmenimis, su kuriais jis norėjo susitikti;
- 7) nuo eutanazijos prašymo pateikimo iki jos atlikimo turi praeiti bent vienas mėnuo.

Įstatyme nustatyta, jog joks gydytojas nei joks kitas asmuo negali būti verčiamas atlikti eutanaziją.

Paciento prašymas turi būti raštiškas, jo paties parašytas, su įrašyta data ir pasirašytas. Jei pacientas negali to padaryti pats, dokumentą turi parašyti paciento įgaliotas pilnametis asmuo, neturintis jokių materialinių interesų, susijusių su paciento mirtimi. Šis asmuo turi nurodyti, jog pacientas dėl savo sveikatos būklės negali pats raštiškai suformuluoti prašymo. Tokiu atveju šis prašymo variantas turi būti surašomas dalyvaujant gydytojui. Prašymas turi būti pridėtas prie medicininių įrašų.

Pacientas gali panaikinti savo prašymą bet kuriuo metu. Tokiu atveju, dokumentas turi būti išimtas iš medicininių įrašų ir gražintas pacientui.

Visi paciento pareiškimai, visi jį gydančio gydytojo veiksmai ir jų rezultatai, taip pat ir gydytojo konsultanto ataskaita, turi būti pažymėti paciento medicininiuose įrašuose.

Kai pacientas jau nebegali išreikšti savo valios, kiekvienas veiksnus pilnametis asmuo ar emancipuotas nepilnametis gali sudaryti „išankstinę direktyvą“ (the advance directive), nurodančią gydytojui atlikti eutanaziją, jei gydytojas tam asmeniui suteikia išsamią informaciją apie paciento būklę, t.y. jis užtikrina, kad:

1. pacientas kenčia nuo rimto ir nepagydomo sutrikimo, kurį sukėlė liga ar nelaimingas atsitikimas;
2. pacientas nebėra sąmoningas;
3. atsižvelgiant į dabartinius medicinos mokslo pasiekimus, tokia būklė negali pagerėti.

Pirminis „išankstinės direktyvos“ variantas gali būti sudarytas bet koku metu. Jis turi būti sudarytas raštiškai, dalyvaujant dviems liudininkams, iš kurių bent vienas turi neturėti materialinių interesų paciento mirties atveju. Norint, kad direktyva galiotų, ją surašantis asmuo turi įrašyti datą ir pasirašyti, parašus turi padėti taip ir liudininkai bei paciento įgaliotas asmuo.

Jei asmuo, norintis parašyti „išankstinę direktyvą“, dėl negalės to negali padaryti, tuomet jis gali paskirti pilnametį asmenį, kuris neturi jokių materialinių interesų jo mirties atveju ją parašyti. Tokiu atveju turi dalyvauti du pilnamečiai liudininkai, iš kurių bent vienas turi neturėti materialinių interesų asmens mirties atveju.

Prie „išankstinės direktyvos“ turi būti pridėtas medicininis sertifikatas, kuris įrodytų, jog asmuo yra fiziškai neįgalus, kad galėtų pats ją parašyti. „Išankstinė direktyva“ galioja tik tuo atveju, jei ji sudaryta ar patvirtinta ne daugiau kaip prieš penkerius metus iki to momento, kai ją sudaręs asmuo prarado gebėjimą išreikšti savo valią.

„Išankstinė direktyva“ gali būti pataisyta ar panaikinta bet kuriuo metu.

Prieš atliekant eutanaziją, kai yra „išankstinė direktyva“, gydytojas turi pasikonsultuoti su kitu gydytoju, su slaugytojų personalu, jei toks yra, su paciento įgaliotu asmeniu, su pacientui artimais žmonėmis, kuriuos jis arba įgaliotas asmuo yra nurodę.

Šio akto įgyvendinimui prižiūrėti buvo įsteigta Federalinė kontrolės ir vertinimo komisija.

Komisija sudarė registracijos formą, kurią turi užpildyti gydytojas kiekvienu atveju, kai atliekama eutanazija ir pristatyti šį dokumentą Komisijai per keturias darbo dienas.

Registracijos forma susideda iš dviejų dalių. Pirmoji dokumento dalis yra konfidenciali, gydytojo užantspauduota ir gydytojo pateikiama Komisijai. Ji gali būti tiriama tik pagal komisijos priimtą sprendimą.

Remdamasi antrąja registracijos formos dalimi ir ją tirdama, Komisija nusprendžia, ar eutanazija buvo atlikta laikantis įstatyme nustatytų sąlygų. Iškilus bet kokioms abejonėms, Komisija daugumos pritarimu, gali nuspręsti panaikinti pirmos dalies anonimiškumą ir ją iširti. Komisija gali paprašyti pacientą gydžiusios gydytojo pateikti bet kokią papildomą medicininius įrašus sudarančią informaciją.

Savo išvadas Komisija paskelbia per du mėnesius. Jei Komisija, dviejų trečdalių balsų dauguma, nusprendžia, jog nebuvo laikomasi įstatyme nustatytų sąlygų, tokiu atveju visa medžiaga perduodama prokurorui.

Kartą per dvejus metus Komisija pateiks šias ataskaitas:

1. statistinę ataskaitą, svarstančią informaciją iš antrų užpildytų registracijos formų, kurias pateikė gydytojai pagal 8 skyrių, dalių;
2. ataskaitą, kurioje bus pateikti įstatymo įgyvendinimo eiga ir įvertinimas;
3. jei reikalinga, rekomendacijas, kurios galėtų privesti prie naujų įstatymų kūrimo, arba kitas priemones, susijusias su šio akto vykdymu.

DĖL PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ
SUAUGUSIESIEMS IR VAIKAMS TEIKIMO REIKALAVIMŲ APRAŠO
PATVIRTINIMO

2007 m. sausio 11 d. Nr. V-14

Vilnius

Atsižvelgdamas į Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006 m. spalio 17 d. nutarimą Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 112-4273), vykdydamas Valstybinės vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos, patvirtintos Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gruodžio 10 d. nutarimu Nr. 1593 (Žin., 2003, Nr. 117-5348), 10.8, 11.7, 11.11, 12.5 ir 17.6 punktų nuostatas, siekdamas užtikrinti paliatyviosios pagalbos paslaugų sunkiai sergantiems pacientams prieinamumą ir kokybę ir atsižvelgdamas į Pasaulio sveikatos organizacijos rekomendacijas dėl šių paslaugų teikimo:

1. T v i r t i n u Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašą (pridedama).

2. P a v e d u įsakymo vykdymą kontroliuoti ministerijos sekretoriui pagal administruojamą sritį.

Sveikatos apsaugos ministras

Rimvydas Turčinskas

A. Balčiūnienė, (8 5)266 1469

N. Bielinienė, (8 5)266 1476

Lietuvos Respublikos
Sveikatos apsaugos ministro
2007 m. sausio 11 d. įsakymu Nr.V-14

PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ

SUAUGUSIESIEMS IR VAIKAMS TEIKIMO REIKALAVIMŲ APRAŠAS

I. NUORODOS

1. Tvarkos aprašas parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos įstatymais, kitais teisės aktais:

1.1. Lietuvos Respublikos įstatymų ir kitų teisės norminių aktų rengimo tvarkos įstatymu (Žin., 1995, Nr. 41-991);

1.2. Lietuvos Respublikos medicinos praktikos įstatymu (Žin., 1996, Nr. 102-2313; Žin., 2004, Nr. 68-2365);

1.3. Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. 102-2317; 2004, Nr. 115-4284);

1.4. Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymu (Žin., 1996, Nr. 55-1287; 2002, Nr. 123-5512);

1.5. Lietuvos Respublikos sveikatos priežiūros įstaigų įstatymu (Žin., 1996, Nr. 66-1572; 1998, Nr. 109-2995);

1.6. Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymu (Žin., 1997, Nr. 30-712; 2002, Nr. 43-1601);

1.7. Lietuvos Respublikos labdaros ir paramos įstatymu (Žin., 1993, Nr. 21-506; 2000, Nr. 61-1818);

1.8. Lietuvos Respublikos slaugos praktikos įstatymu (Žin., 2001, Nr. 62-2224);

1.9. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2001 m. gruodžio 13 d. nutarimu Nr. 1511 „Dėl Savanoriškų darbų atlikimo sąlygų ir tvarkos patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 106-3801);

1.10. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 18 d. įsakymu Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 57-1611);

1.11. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1998 m. lapkričio 27 d. įsakymu Nr. 691 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 57:1998 „Bendruomenės slaugytojas.

Funkcijos, pareigos, teisės, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 1998, Nr. 107-2939);

1.12. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. vasario 21 d. įsakymu Nr. 100 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ (Žin., 2000, Nr. 18-444);

1.13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. 604 „Dėl Bendrųjų vaikų ligų stacionariųjų antrinio lygio paslaugų teikimo reikalavimų“ (Žin., 2000, Nr. 104-3286);

1.14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2000 m. lapkričio 7 d. įsakymu Nr. 606 „Dėl Bendrųjų vidaus ligų profilio stacionariųjų paslaugų teikimo reikalavimų“ (Žin., 2000, Nr. 105-3319);

1.15. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 8 d. įsakymu Nr. 101 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 4:2001 „Medicinos prietaisų saugos techninis reglamentas“ patvirtinimo“ (Žin., 2001, Nr. 15-467);

1.16. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 27 d. įsakymu Nr. V-136 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2003 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Higieninės ir epidemiologinės priežiūros reikalavimai“ patvirtinimo“ (Žin., 2003, Nr. 29-1213);

1.17. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-444 „Dėl medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo organizavimo“ (Žin., 2003, Nr. 78-3577);

1.18. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“ (Žin., 2003, Nr. 79-3605);

1.19. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. birželio 14 d. įsakymu Nr. V-437 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 28:2004 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2004, Nr. 97-3597);

1.20. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 5 d. įsakymu Nr. V-943 „Dėl pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų organizavimo ir apmokėjimo tvarkos aprašo bei pirminės ambulatorinės asmens sveikatos priežiūros paslaugų ir bazinių kainų sąrašo tvirtinimo“ (Žin., 2005, Nr. 143-5205);

1.21. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gruodžio 22 d. įsakymu Nr. V-1013 „Dėl Lietuvos Respublikos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ (Žin., 2006, Nr. 3-62);

1.22. ES ministrų komiteto 2003 m. lapkričio 12 d. rekomendacijomis;

1.23. Lietuvos Vyskupų Konferencijos ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 2002 m. rugsėjo 16 d. susitarimas Nr. 3/115 „Dėl katalikų bažnyčios sielovados teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“.

II. terminai, apibrėžimai ir bendrosios nuostatos

2. **Sveikatos priežiūros paslaugos** – įstaigos ir paslaugų užsakovų susitarimu grindžiamas įstaigos veiklos rezultatas. Paslaugų užsakovais gali būti Sveikatos sistemos įstatyme nustatyti Lietuvos nacionalinės sveikatos sistemos veiklos užsakovai, kiti juridiniai ir fiziniai asmenys.

3. **Paliatyvioji pagalba** – ligonio, sergančio pavojinga gyvybei, nepagydoma, progresuojančia liga, ir jo artimųjų gyvenimo kokybės gerinimo priemonės, užkertančios kelią kančioms ar jas lengvinančios, padedančios spręsti kitas fizines, psichosocialines ir dvasines problemas.

4. **Savanoriai** - tai asmenys, kurie laisva valia ir niekieno neverčiami atlieka visuomenei naudingą darbą, negaudami už tai atlygio.

5. Paliatyviosios pagalbos tikslas:

5.1. mažinti fizines kančias ir / ar jų išvengti;

5.2. tiksliai nustatyti ligonius varginančius simptomus, siekti juos kontroliuoti ir mažinti;

5.3. nustatyti psichologines ir socialines ligonio bei jo artimųjų problemas, padėti jas spręsti stiprinant norą gyventi, o mirtį laikant natūraliu procesu;

5.4. pagerinti ligonio ir jo artimųjų gyvenimo kokybę;

5.5. padėti ligonio šeimai ar jo artimiesiems netekties laikotarpiu.

6. Paliatyviosios pagalbos paslaugas gali teikti ambulatorinės ir stacionarinės asmens sveikatos priežiūros įstaigos, organizuodamos šių paslaugų teikimą stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis.

7. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas, pildomi tokie patys medicininiai dokumentai, kaip ir gydant ambulatoriškai bei stacionare.

8. Vaistai ir medicinos pagalbos priemonės kompensuojami iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų teisės aktų nustatyta tvarka.

III. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ INDIKACIJOS

9. Paliatyviosios pagalbos paslaugoms gauti ligonį siunčia gydantis gydytojas. Siuntime be 10 punkte nurodytų duomenų, turi būti įrašyta:

9.1. trumpa anamnezė, objektyvūs duomenys, diagnozė, dėl kurios ligoniui būtina paliatyvioji pagalba, taikytas gydymas, atlikti tyrimai, patvirtinantys paliatyviosios pagalbos būtinumą, siuntimo tikslas, jį išdavusio gydytojo bei kitų gydytojų specialistų pagal medicininės indikacijas išvados dėl paliatyviosios pagalbos paslaugų taikymo;

9.2. atliktų bendrojo kraujo, šlapimo, elektrokardiogramos, jeigu reikia, ir kitų tyrimų rezultatai.

10. Paliatyviosios pagalbos paslaugos skiriamos ligoniams, sergantiems gyvenimą trumpinančia, nepagydoma, progresuojančia liga, kurios bent vienas iš nurodytų progresavimo požymių yra raštiškai gydytojų konsiliumo ar gydytojų konsultacinės komisijos patvirtintas medicininėje dokumentacijoje:

10.1. navikiniai susirgimai, kai *Karnovskio* indeksas mažesnis kaip 50 %;

10.2. esant IV-osios funkcinės klasės lėtiniam kraujotakos nepakankamumui, nepasiduodančiam optimaliam gydymui, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.3. esant III laipsnio lėtiniam kvėpavimo funkcijos nepakankamumui, nepasiduodančiam optimaliam gydymui, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.4. esant lėtinio inkstų nepakankamumo terminalinei stadijai, kai hemodializės nebetaikomos dėl kontraindikacijų ar atsisakius pačiam ligoniui;

10.5. esant lėtinei, greitai progresuojančiai kepenų nepakankamumo terminalinei stadijai ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms, kai *Bartelio* indeksas ne didesnis kaip 40 balų;

10.6. esant terminalinėms, greitai progresuojančioms nervų sistemos ligų stadijoms ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms;

10.7. esant terminalinei žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) ligos stadijai nepasiduodančiai optimaliam gydymui, ir gyvybei pavojingoms komplikacijoms, kai *Karnovskio* indeksas mažesnis kaip 50%;

10.8. esant vegetacinėms būklėms, pagal *Glasgow* komų skalę ne daugiau kaip 10 balų.

11. Gydantis gydytojas, atsižvelgdamas į ligonio sveikatos būklę, į ligonio ir jo artimųjų pageidavimą, parenka paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo formą: stacionare, dienos stacionare arba ambulatorinėmis sąlygomis. Kartu su paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistais ir ligonio artimaisiais gydytojas nustato šių paslaugų teikimo mastą ir trukmę, kurie, priklausomai nuo ligonio sveikatos būklės, gali būti koreguojami.

12. Paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos ligoniams, sergantiems ligomis, išvardytomis 1 priede pagal TLK-10 – Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją.

13. Paliatyviosios pagalbos gydymo metodai ir kitos priemonės:

13.1. taikomi visiems ligoniams:

- 13.1.1. ligonio sveikatos būklės vertinimas, reikalingų tyrimų ir stebėsenos skyrimas;
- 13.1.2. medikamentinis gydymas;
- 13.1.3. slaugos poreikių nustatymas ir jų įgyvendinimas (gyvybinių veiklų vertinimas ir stebėjimas, slaugos plano sudarymas, ligonio asmens higiena, pragulų profilaktika ir kt.);
- 13.1.4. psichologinė pagalba, individuali ar grupinė psichoterapija ligoniui ir jo artimiesiems;
- 13.1.5. socialinių poreikių vertinimas bei stebėjimas, socialinės pagalbos planavimas ir teikimas, tarpininkavimas sprendžiant socialines problemas;
- 13.1.6. ligonio ir jo artimųjų mokymas.
- 13.2. taikomi esant poreikiui:
 - 13.2.1. dirbtinė plaučių ventiliacija;
 - 13.2.2. deguonies terapija;
 - 13.2.3. antivirusinis, chemoterapinis gydymas;
 - 13.2.4. enterinis ir / ar parenterinis maitinimas;
 - 13.2.5. žarnyno valymas;
 - 13.2.6. invazinės skausmo malšinimo paslaugos;
 - 13.2.7. besikaupiančių skysčių šalinimas iš kūno ertmių (pilvo, krūtinplėvės ir kt.);
 - 13.2.8. stomų ir dirbtinių angų priežiūra;
 - 13.2.9. skrandžio ir dvylikapirštės žarnos zondavimas;
 - 13.2.10. skysčių išsiurbimas iš kvėpavimo takų;
 - 13.2.11. šlapimo pūslės kateterizavimas;
 - 13.2.12. alternatyvus nemedikamentinis gydymas;
 - 13.2.13. masažas, kineziterapija, ergoterapija, fizioterapija ir kt.
- 14. Ligoniui ar / ir jo artimiesiems pageidaujant, ligoniams ar / ir jų artimiesiems teikiama dvasinė pagalba. Taip pat ši pagalba gali būti teikiama paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistams. Dvasinę pagalbą teikia dvasinės misijos grupė: kapelionas ir dvasiniai asistentai.

IV. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ TEIKIMO REIKALAVIMAI

15. Paliatyviosios pagalbos paslaugas teikia šiame skyriuje išvardyti specialistai, aukštojoje mokykloje išklause ne mažiau kaip 36 val. paliatyviosios pagalbos kursą ir turintys tai patvirtinantį pažymėjimą.

16. Ambulatorines, stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas gali teikti asmens sveikatos priežiūros įstaigos, atitinkančios bendruosius medicinos įstaigoms keliamus higienos ir medicinos įrangos reikalavimus [1.15; 1.16], turinčios licenciją tokiai veiklai.

17. Ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos konsultuojant ligonius ir jų artimuosius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba vykstant specialistų komandai į ligonio namus arba paliatyviosios pagalbos dienos stacionare.

18. Ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia ne mažesnė kaip 3 specialistų komanda, kurią sudaro: gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas.

19. Esant poreikiui ligonį gali konsultuoti psichologas ir / ar psichoterapeutas.

20. Stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia:

20.1. gydytojas, kuris stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių;

20.2. slaugytojas, kuris stacionare slaugo ne daugiau kaip 2 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5;

20.3. socialinis darbuotojas, kuris stacionare arba dienos stacionare pagalbą teikia ne daugiau kaip 10 ligonių.

21. Esant poreikiui stacionarines arba dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia:

21.1. psichologas ir / ar psichoterapeutas stacionare arba dienos stacionare gydo ne daugiau kaip 10 ligonių;

21.2. slaugytojo padėjėjas stacionare prižiūri ne daugiau kaip 3 ligonius, o dienos stacionare – ne daugiau kaip 5.

22. Teikiant paliatyviosios pagalbos paslaugas rekomenduojama:

22.1. dvasinės misijos grupei teikti dvasinę pagalbą ligoniams, jų artimiesiems ir / ar paliatyviosios pagalbos sveikatos priežiūros specialistams. Dėl kapelionų ir dvasinių asistentų darbo, asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovas gali pasirašyti sutartį su kompetentinga bažnytine institucija;

22.2. asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovams priimti savanorius, asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka.

23. Reikalingų gydytojų bei kitų specialistų konsultantų paslaugos gali būti užtikrinamos pagal sutartis su kitomis asmens sveikatos priežiūros įstaigomis.

V. MINIMALUS MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ IR ĮRANGOS SĄRAŠAS

24. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas ligonio namuose, sąrašas (paliatyviosios pagalbos priemonių krepšys):

- 24.1. krepšys;
- 24.2. fonendoskopas;
- 24.3. otorinooftalmoskopas;
- 24.4. kraujospūdžio matavimo aparatas;
- 24.5. mikrospirometras (FVC, FEV1);
- 24.6. neurologinis plaktukas;
- 24.7. instrumentai ir medicinos priemonės:
 - 24.7.1. intubacinis S formos vamzdelis,
 - 24.7.2. pincetas,
 - 24.7.3. ruloninis pleistras,
 - 24.7.4. sterilūs, įvairių parametų pleistrai,
 - 24.7.5. sterilios pirštinės (1 komplektas),
 - 24.7.6. sterilus ir nesterilus tvarstis,
 - 24.7.7. varžtis,
 - 24.7.8. vata (nesterili, 100 g),
 - 24.7.9. 1,0, 2,0, 5,0, 10,0, 20,0 ml vienkartiniai švirkštai po 5 vienetus.

24.8. Pirmosios pagalbos vaistų rinkinys, patvirtintas Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. liepos 11 d. įsakymu Nr. V-450 „Dėl sveikatos priežiūros ir farmacijos specialistų kompetencijos teikiant pirmąją medicinos pagalbą, pirmosios medicinos pagalbos vaistinėlių ir pirmosios pagalbos rinkinių“.

25. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas asmens sveikatos priežiūroje įstaigoje, sąrašas:

- 25.1. paliatyviosios pagalbos priemonių krepšys, nurodytas 24 punkte;
- 25.2. elektrokardiografas;
- 25.3. gliukometras;
- 25.4. hematologinis analizatorius;
- 25.5. oksigenokonzentratorius;
- 25.6. siurbtuvas;
- 25.7. infuzomatas;
- 25.8. vienkartiniai švirkštai, lašelinės, intraveniniai kateteriai;

25.9. tracheostomos, kolostomos, cistostomos, šlapimo, išmatų surinktuvai ir kitos stomos;

25.10. medicininė kušetė;

25.11. procedūrų staliukas;

25.12. medicininė širma;

25.13. vaistų spinta;

25.14. šaldytuvas;

25.15. svarstyklės;

25.16. sanitariniai neštuvai;

25.17. spjaukyklė;

25.18. termometras;

25.19. akių vonelė;

25.20. pipetė akims;

25.21. Žane švirkštas;

25.22. zondas skrandžiui plauti;

25.23. chirurginės žirkklės;

25.24. anatominiai ir chirurginiai pincetai;

25.25. medinės (vienkartinės) arba metalinės mentelės;

25.26. Ambu maišas su deguonies kauke;

25.27. klijuotė;

25.28. specialūs dezinfekcijos, ikisterilizacinio apdorojimo, sterilizavimo indai ir priemonės.

26. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas ambulatoriškai, sąrašas:

26.1. paliatyviosios pagalbos priemonės, nurodytos 24 ir 25 punktuose;

26.2. ligonio lova.

27. Minimalus medicinos pagalbos priemonių ir įrangos, reikalingos teikti stacionarines ir dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugas, sąrašas sudaromas pagal palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninei privalomą įrangos sąrašą [1.12].

VI. PALIATYVIOSIOS PAGALBOS PASLAUGŲ TEIKIMO TVARKA

28. Paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo tvarka:

28.1. paliatyviosios pagalbos paslaugas pagal savo kompetenciją teikia 18 punkte nurodyta specialistų komanda, kurios darbą koordinuoja gydytojas;

28.2. ambulatorinės paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos konsultuojant ligonius ir jų artimuosius asmens sveikatos priežiūros įstaigoje arba ligonio namuose:

28.2.1. pirmosios konsultacijos metu, kuri trunka ne mažiau kaip 2 val., paliatyviosios pagalbos paslaugas teikia kartu gydytojas, slaugytojas ir socialinis darbuotojas pagal savo kompetenciją;

28.2.2. pagal gydytojo paskyrimus specialistų komandos nariai tęsia paliatyviosios pagalbos teikimą individualiai ligonio namuose. Vieno apsilankymo trukmė ne mažiau kaip 45 minutės. Esant poreikiui kiekvienas komandos narys gali vykti pas ligonį kelis kartus per parą;

28.2.3. prireikus ligonis ir jo artimieji gali būti konsultuojami pakartotinai kartu gydytojo, slaugytojo ir socialinio darbuotojo. Pakartotinės konsultacijos trukmė ne mažiau kaip 1 val.

29. Ambulatorines paliatyviosios pagalbos paslaugas teikiančių asmens sveikatos priežiūros įstaigų vadovai, atsižvelgdami į šių paslaugų aptarnaujamoje teritorijoje poreikį, nustato reikiamą specialistų komandų skaičių ir paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimo mastą. Paliatyviosios pagalbos paslaugų teikimas ligonio namuose organizuojamas visą parą asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka.

30. Dienos stacionaro paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos asmens sveikatos priežiūros įstaigose ne ilgiau kaip 12 valandų per dieną, o paslaugų teikimo tvarką asmens sveikatos priežiūros įstaigoje nustato šios įstaigos vadovas.

31. Nepaisant to, ar ligoniui jau buvo suteikta stacionarinių slaugos ir palaikomojo gydymo paslaugų (iki 120 dienų per metus), paliatyviosios pagalbos paslaugos teikiamos neribojant šių paslaugų teikimo trukmės.

PRIEDAS NR. 5

Mirštančiojo žmogaus teisės (Šaltinis „American Journal of Nursing“. 1975. Michigan. P. 99)

1. Aš turiu būti gydomas, kaip kiekvienas žmogus, kol numirsiu.
2. Aš turiu teisę turėti viltį, kokie pasikeitimai bebūtų manyje.
3. Aš turiu teisę į rūpestį tų, kurie gali palaikyti mano viltį, kad ir kokia nedidelė ji bebūtų.
4. Aš turiu teisę, išreikšti savo jausmus ir jaudinimąsi dėl artėjančios mirties.
5. Aš turiu teisę dalyvauti priimant sprendimus dėl mano (rūpybos) priežiūros.
6. Aš turiu teisę tikėtis gydytojų dėmesio ir slaugos, nors tai bebūtų nebegydymas, o tik kančių palengvinimas.
7. Aš turiu teisę būti išlaisvintas iš kančių ir skausmo.
8. Aš turiu teisę mirti ne vienišas.
9. Aš turiu teisę nebūti išnaudotas.
10. Aš turiu teisę susilaukti pagalbos iš šeimos narių ir šeimos nariams pripažįstant mano mirtį.
11. Aš turiu teisę mirti susitaikęs su visais ir nepraradęs žmogiškojo orumo.
12. Aš turiu teisę išlaikyti savo individualumą ir nebūti teisiamas už savo sprendimus, nors jie galbūt prieštarautų kitų nuomonei.
13. Aš turiu teisę aptarinėti ir išdėstyti mano religinius ar dvasinius patyrimus, kad ir ką tai galėtų reikšti aplinkiniams.
14. Aš turiu teisę laukti, kad žmogaus šventumas ir neliečiamumas bus gerbiamas ir po mano mirties.
15. Aš turiu teisę į rūpestį ir priežiūrą jautrių, išsilavinusių žmonių, kurie atkreiptų dėmesį ir suprastų mano reikmes, ir galėtų padėti jas patenkinti, padėdami pasitikti mirtį.
16. Aš turiu teisę, kad į mano klausimus atsakytų teisingai ir garbingai.

IŠNAŠOS

- ¹ Narbekovas A. Gyvybės ir mirties kultūrų sandūra // Už gyvybę. – Kaunas: LIC Už gyvybę, 2002, Nr. 11. P. 2.
- ² Ashley, B. M., O'Rourke, K. D. Health Care Ethics. Washington: Georgetown University Press, 1997, P. 417.
- ³ Narbekovas A. Eutanazijos terminų vartojimo bioetikoje bei teisėje problematika Lietuvoje // Jurisprudencija – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2008, Nr. 12 (114), P. 32.
- ⁴ Plg. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 8.
- ⁵ Bagvilaitė – Raugalienė R., Teisės mirtį (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 43.
- ⁶ Plg. Špokaitė I., Teisės mirtį (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas, P. 16.
- ⁷ Gumbis J. Eutanazija žmogaus teisių ir autonomijos kontekstu // Teisė – Vilnius: Vilniaus Universitetas, 2003, T. 47, P. 37.
- ⁸ Case of Pretty v. United Kingdom, Application no. 2346/02. <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case+Law/Case+law+information/Selective+comparative+law+case+list/> (2005 03 19).
- ⁹ Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, iš dalies pakeistu Protokolu Nr. 11, su papildomais protokolais Nr. 1, 4, 6 ir 7. // Valstybės žinios. 2000. Nr. 96 – 3016.
- ¹⁰ Vadapalas V. Tarptautinė teisė. Pagrindiniai dokumentai ir jurisprudencija. Vilnius: Eugrimas, 2003, P. 180 – 181.
- ¹¹ Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992. Nr. 33 – 1014.
- ¹² Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras / 1 dalis. – Vilnius: Teisės institutas, 2000. P. 116 – 117.
- ¹³ Žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių apsaugos konvencija, iš dalies pakeistu Protokolu Nr. 11, su papildomais protokolais Nr. 1, 4, 6 ir 7. // Valstybės žinios. 2000. Nr. 96 – 3016.
- ¹⁴ Liesis M. Baudžiamosios atsakomybės už aktyviają eutanaziją ir padėjimą nusižudyti reglamentavimas Lietuvos, Vokietijos ir Olandijos baudžiamuosiuose kodeksuose // Teisė – Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2005, T. 54, p. 99.
- ¹⁵ http://www.finalexit.org/assisted_suicide_world_laws_page2.html (2011 04 05).
- ¹⁶ Plg. M. Liesis Hipokrato priesaika ir eutanazija bei padėjimo nusižudyti kriminalizavimas: baudžiamosios teisės ir moralės santykio problemos // Teisė – Vilnius, Vilniaus Universitetas, 2008, T. 66, d. 1, P. 47.
- ¹⁷ Plg. Ward B. J., Tate P. A. Attitudes among NHS doctors to requests for euthanasia // British Medical Journal. – London, BMJ, 1994, Nr. 308, P. 1332 – 1334.
- ¹⁸ http://www.finalexit.org/assisted_suicide_world_laws_page2.html (2011 04 05).
- ¹⁹ Ten pat.
- ²⁰ Plg. Butkevičius Z. Užsakomoji mirtis // Šiaurės Atėnai, 2006 03 10, Nr. 788. P. 6.
- ²¹ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ²² <http://www.bernardinai.lt/straipsnis/2010-04-27-svedijoje-leista-pasyvioji-eutanazija/44057> (2010-04-27).
- ²³ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ²⁴ World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawsscandinavia.html> (2011 02 25).
- ²⁵ World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawseurope.html> (2011 02 29).
- ²⁶ <http://www.diena.lt/naujienos/uzsienis/vokietijos-teismas-patvirtino-paciento-teise-i-eutanazija-285742> (2010-06-25).
- ²⁷ Plg. Butkevičius Z. Užsakomoji mirtis // Šiaurės Atėnai, 2006 03 10, Nr. 788. P. 6.
- ²⁸ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ²⁹ Ten pat.
- ³⁰ Ten pat.
- ³¹ Ten pat.
- ³² World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawseurope.html> (2011 02 29).
- ³³ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ³⁴ World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawsuk.html> (2011 02 29).
- ³⁵ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ³⁶ Ten pat.
- ³⁷ Ten pat.
- ³⁸ World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawsasia.html> (2011 02 29).
- ³⁹ World Laws on Assisted Suicide. <http://www.finalexit.org/lawscsamerica.html> (2011 02 29).
- ⁴⁰ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ⁴¹ Physician Assisted Suicide Outside the U.S. Canada, and UK. http://www.religioustolerance.org/euth_wld.htm (2011 03 20).
- ⁴² Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ⁴³ Physician assisted suicide: the law. <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Physician+assisted+suicide%3A+The+law#UK> (2005 03 19).
- ⁴⁴ Case of Pretty v. United Kingdom, Application no. 2346/02. <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case+Law/Case+law+information/Selective+comparative+law+case+list/> (2005 03 19).

- ⁴⁵ Assisted Suicide Laws Around the World. http://www.assistedsuicide.org/suicide_laws.html (2011 01 20).
- ⁴⁶ http://www.finalexit.org/assisted_suicide_world_laws_page2.html (2011 02 29).
- ⁴⁷ Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992, Nr. 33 – 1014.
- ⁴⁸ Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras / 1 dalis. – Vilnius: Teisės institutas, 2000. P. 120.
- ⁴⁹ Kūris E. Konstitucinių principų plėtojimas konstitucinėje jurisprudencijoje. <http://www.lrkt.lt/PKonferencijose/01.pdf> (2011 04 01). P. 4.
- ⁵⁰ Plg. Jovaišas K. Konstitucijoje įtvirtintų žmogaus teisių sisteminė ir loginė analizė (įvadas) // Teisės problemos. – Vilnius: Teisės institutas, 1999, Nr. 1-2, P. 11 – 17.
- ⁵¹ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1996 m. lapkričio 20 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos butų privatizavimo įstatymo 5 straipsnio atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. – Valstybės žinios, 1996. Nr. 114 – 2643.
- ⁵² Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras / 1 dalis. – Vilnius: Teisės institutas, 2000. P. 148.
- ⁵³ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1998 m. gruodžio 9 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. – Valstybės žinios, 1998. Nr. 109 – 3004.
- ⁵⁴ Baudžiamojo kodekso patvirtinimo ir įsigaliojimo įstatymas. Baudžiamasis kodeksas // Valstybės žinios. 2000. Nr. 89 – 2741.
- ⁵⁵ Lietuvos Respublikos Žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas // Valstybės žinios. 1997. Nr. 30 – 12; 1999. Nr. 55 – 1767.
- ⁵⁶ Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios. 1992. Nr. 33 – 1014.
- ⁵⁷ Lietuvos Respublikos Konstitucijos komentaras / 1 dalis. – Vilnius: Teisės institutas, 2000. P. 144.
- ⁵⁸ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2004. Nr. 9 – 2361.
- ⁵⁹ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo pakeitimo įstatymas // Valstybės žinios. 2004. Nr. 9 – 2361.
- ⁶⁰ Plg. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), p. 2 – 3.
- ⁶¹ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ⁶² Plg. Šuškevičius A., Dešimt ieškojimo metų Lietuvos paliatyvios medicinos draugijai dešimt metų 1995 – 2005 m. Kaunas, Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos leidykla, 2005. P. 13 – 14.
- ⁶³ Plg. Butkevičius Z. Užsakomoji mirtis // Šiaurės Atėnai, 2006 03 10, Nr. 788. P. 6.
- ⁶⁴ Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 9.
- ⁶⁵ Plg. Butkevičius Z. Užsakomoji mirtis // Šiaurės Atėnai, 2006 03 10, Nr. 788. P. 6.
- ⁶⁶ Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 10.
- ⁶⁷ Narbekovas A. Eutanazijos terminų vartojimo bioetikoje bei teisėje problematika Lietuvoje // Jurisprudencija – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2008, Nr. 12 (114), P. 34.
- ⁶⁸ Plg. Bendrasis paaiškinimas dėl vegetacinės būklės // Bažnyčios žinios. – Kaunas: Lietuvos Katalikų Bažnyčios Informacijos Centras, 2004, Nr. 21 (213). P. 21.
- ⁶⁹ Plg. Plg. Bendrasis paaiškinimas dėl vegetacinės būklės // Bažnyčios žinios. – Kaunas: Lietuvos Katalikų Bažnyčios Informacijos Centras, 2004, Nr. 21 (213). P. 22.
- ⁷⁰ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ⁷¹ Plg. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 7.
- ⁷² Plg. Ten pat.
- ⁷³ Narbekovas A. Komoje ir pastovioje nesąmonės būsenoje esančių ligonių dirbtinis maitinimas ir skysčių skyrimas // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2003, Nr. 7, P. 112.
- ⁷⁴ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ⁷⁵ Plg. Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ⁷⁶ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 26 – 27.
- ⁷⁷ Pop. Jonas Paulius II, enciklika, Evangelium Vitae. – Vilnius: Aidai, 1995. P. 65.
- ⁷⁸ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 25.
- ⁷⁹ Bagvilaitė – Raugalienė R., Teisės mirti (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 48.

- ⁸⁰ Bagvilaitė – Raugalienė R., Teisės mirtį (eutanazijos) legitimumo problema. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 49 – 50.
- ⁸¹ Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5, P. 50.
- ⁸² Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ⁸³ Ten pat.
- ⁸⁴ Šuškevičius A., Dešimt ieškojimo metų Lietuvos paliatyvios medicinos draugijai dešimt metų 1995 – 2005 m. Kaunas, Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos leidykla, 2005. P. 13.
- ⁸⁵ Plg. Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 21
- ⁸⁶ Lietuvos paliatyvios pagalbos standartai, Lithuania's standards in palliative care. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, Vilniaus Universitetas, Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos leidykla, 2003, p. 2.
- ⁸⁷ Šuškevičius A., Dešimt ieškojimo metų Lietuvos paliatyvios medicinos draugijai dešimt metų 1995 – 2005 m. Kaunas, Lietuvos paliatyvios medicinos draugijos leidykla, 2005. P. 13.
- ⁸⁸ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 21.
- ⁸⁹ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 15 – 16.
- ⁹⁰ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 8.
- ⁹¹ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 22.
- ⁹² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“// Valstybės žinios. 2007. Nr. 7 – 290.
- ⁹³ Ten pat.
- ⁹⁴ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 22.
- ⁹⁵ Plg. Bendrasis paaiškinimas dėl vegetacinės būklės // Bažnyčios žinios. – Kaunas: Lietuvos Katalikų Bažnyčios Informacijos Centras, 2004, Nr. 21 (213). P. 21.
- ⁹⁶ Plg. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 9.
- ⁹⁷ Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo 1998 m. gruodžio 9 d. nutarimas „Dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai“. – Valstybės žinios, 1998. Nr. 109 – 3004.
- ⁹⁸ Willke J. C., Wertham F., Cleaver C., Grant E., Rothe M. Assisted suicide and euthanasia: past and present. – Cincinnati, OH: Hayes Publishing Co, 1998. P. 55
- ⁹⁹ Plg. Bendrasis paaiškinimas dėl vegetacinės būklės // Bažnyčios žinios. – Kaunas: Lietuvos Katalikų Bažnyčios Informacijos Centras, 2004, Nr. 21 (213). P. 21.
- ¹⁰⁰ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 7 -8.
- ¹⁰¹ Plg. Narbekovas A. Pasyvios eutanazijos ir užsispyrėliško gydymo netaikymo skirtumas // Soter – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas leidykla, 2002, Nr. 7 (35), P. 9.
- ¹⁰² Plg. Ten pat.
- ¹⁰³ Plg. Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 9.
- ¹⁰⁴ Plg. Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 14.
- ¹⁰⁵ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 14.
- ¹⁰⁶ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 32 -33.
- ¹⁰⁷ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 26.
- ¹⁰⁸ Plg. Laurence D. R., Bennett P. N., Brown M. J. Clinical pharmacology. – London: Churchill Livingstone, 1997. T. 8. P. 295.
- ¹⁰⁹ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 26.
- ¹¹⁰ Plg Laurence D. R., Bennett P. N., Brown M. J. Clinical pharmacology. – London: Churchill Livingstone, 1997. T. 8. P. 296.
- ¹¹¹ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.

- ¹¹² Plg. Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 27 – 28.
- ¹¹³ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ¹¹⁴ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 27.
- ¹¹⁵ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 10.
- ¹¹⁶ Plg. Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 26 – 27.
- ¹¹⁷ Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5, P. 43.
- ¹¹⁸ Plg. Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5, P. 47.
- ¹¹⁹ Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5, P. 46.
- ¹²⁰ Roper N., Logan W. W., Tierney A. J., Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. – Vilnius: Egald, 1999, P. 432.
- ¹²¹ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 22.
- ¹²² Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 22.
- ¹²³ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 25.
- ¹²⁴ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P.22.
- ¹²⁵ Plg. Roper N., Logan W. W., Tierney A. J., Slaugos pagrindai. Nuo gyvenimo modelio prie slaugos modelio. Egald, Vilnius, 1999 m., P. 432.
- ¹²⁶ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas, Europos Sąjungos Ministrų Taryba, Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms, 2005, Morkūnas ir Ko, P. 22.
- ¹²⁷ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ¹²⁸ Ten pat.
- ¹²⁹ Ten pat.
- ¹³⁰ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 22.
- ¹³¹ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ¹³² Narbekovas A., Meilius K. Paliatyvus gydymas – alternatyva eutanazijai // Sveikatos mokslai – Vilnius: Pozicija, 2002, Nr. 5, P. 45.
- ¹³³ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 22
- ¹³⁴ Kubler – Ross E. Apie mirtį ir mirimą, pašnekesiai su mirtiniais ligoniais. – Vilnius: Katalikų pasaulis, 2001. P. 330.
- ¹³⁵ Liobikienė N., Mirtis, mirimas, netektis ir našlystė. Socialinė gerontologija. Ištakos ir perspektyvos. – Kaunas: Vytauto Didžiojo Universitetas socialinio darbo institutas, 2004. P.162.
- ¹³⁶ Plg. Gormally L. A. Euthanasia and clinical practice: trends, principles and alternatives. In Euthanasia, clinical practice and the law: Working Party Report. – London: The Linacre Center for Health Care Ethics, 1994. P. 55.
- ¹³⁷ Plg. Šuškevičius A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universiteto leidykla, 2004. P. 94 – 95.
- ¹³⁸ Šuškevičius A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universiteto leidykla, 2004. P. 95.
- ¹³⁹ Pop. Benediktas XVI, enciklika, Deus Caritas est, - Kaunas: Katalikų interneto tarnyba, 2006. P. 44.
- ¹⁴⁰ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 23.
- ¹⁴¹ Plg. Šuškevičius A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universiteto leidykla, 2004. P. 47.
- ¹⁴² Pop. Jonas Paulius II, enciklika, Evangelium Vitae. – Vilnius: Aidai, 1995. P. 92.
- ¹⁴³ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ¹⁴⁴ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 23.
- ¹⁴⁵ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 12.

- ¹⁴⁶ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 48 – 50.
- ¹⁴⁷ Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/NMH/NPH/02.8). <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf> (2009 01 26).
- ¹⁴⁸ Asvallas J.E., Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. – Vilnius: Atviros Lietuvos fondas; 2000. P. 72.
- ¹⁴⁹ Plg. Šeškevičius A, Pupalaigytė R, red. Paliatyvios pagalbos samprata. – Vilnius: Atviros visuomenės institutas JAV, Atviros Lietuvos Fondas, 2005. P. 60.
- ¹⁵⁰ Plg. Asvallas J.E., Sveikata 21: Sveikata visiems XXI amžiuje. Vilnius: Atviros Lietuvos fondas; 2000. P. 27.
- ¹⁵¹ <http://www.embracingourdyng.com/pdfs/Euthanasia.pdf> (2011 03 12).
- ¹⁵² Plg. Mall D. Death, Dying and Euthanasia (Hand cover). Edited by Horan D. J. – Georgetown: University Publication of America. Reprint edition. 1980. P. 311.
- ¹⁵³ Plg. Kubler – Ross E. Apie mirtį ir mirimą, pašnekėsiai su mirtiniais ligoniais. – Vilnius: Katalikų pasaulis, 2001. P. 329.
- ¹⁵⁴ Active ageing: a policy framework. Geneva, World Health Organization, 2002 (document WHO/NMH/NPH/02.8). <http://www.who.int/hpr/ageing/ActiveAgeingPolicyFrame.pdf> (2009 01 26).
- ¹⁵⁵ United Nations world population prospects population database. New York, United Nations Population Division, 2002. <http://esa.un.org/unpp/index.as p?panel=1> (2009 01 26).
- ¹⁵⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos sistemos įstatymas // Valstybės žinios. 1994, Nr. 63-1231.
- ¹⁵⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos draudimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 55-1287.
- ¹⁵⁸ Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 104 – 2367.
- ¹⁵⁹ Lietuvos Respublikos socialinių paslaugų įstatymas // Valstybės žinios. 2006, Nr. 17 – 589
- ¹⁶⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių bei medicinos punktų akreditavimo“ // Valstybės žinios. 1996, Nr. 31 – 782.
- ¹⁶¹ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas // Valstybės žinios. 1996, Nr. 102-2317.
- ¹⁶² Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro įsakymas „Dėl socialinių paslaugų namuose plėtojimo krypčių ir stacionarių globos įstaigų darbo efektyvumo didinimo nuostatų patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 1998, Nr. 94 -2621.
- ¹⁶³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. 100 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 80:2000 „Palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninė“ // Valstybės žinios. 2000, Nr.18 – 444.
- ¹⁶⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 5 „Dėl nacionalinės gyventojų senėjimo pasekmių įveikimo strategijos įgyvendinimo 2005 – 2013 metų priemonių patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 2005, Nr. 5 – 112.
- ¹⁶⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymą Nr. 468 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 1998, Nr. 93 – 2718.
- ¹⁶⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas N-435 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijos 1998 m. birželio 8 d. įsakymo Nr. 329 „Dėl bazinių kainų patvirtinimo“ // Valstybės Žinios. 1999, Nr. 93 – 2718.
- ¹⁶⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-160 “Dėl sveikatos priežiūros sistemos reformos tęstinumo, sveikatos priežiūros infrastruktūros optimizavimo programos patvirtinimo” // Valstybės žinios. 2008, Nr. 27 -1000.
- ¹⁶⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1593 „Dėl vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2003, Nr. 117 – 5348.
- ¹⁶⁹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14 “Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ // Valstybės žinios. 2007. Nr. 7 – 290.
- ¹⁷⁰ Ten pat.
- ¹⁷¹ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 469 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 "Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo" pakeitimo // Valstybės žinios. 2008, Nr. 59 -2246.
- ¹⁷² Plg. Činikienė A., Slaugos ligoninės pacientų paliatyvios pagalbos paslaugų poreikio įvertinimas. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas. P. 28.
- ¹⁷³ National Hospice and Palliative Care Organization Facts and Figures: Hospice Care in America.October 2005. <http://www.allhealth.org/BriefingMaterials/NHPCO-NHPCOsFactsandFigures - 2005Findings-760.pdf> (2009 02 18).
- ¹⁷⁴ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 36.
- ¹⁷⁵ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas. P. 16.
- ¹⁷⁶ Plg. Hodsler P, Turley A. Paliatyvioji pagalba. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2004. P. 146.
- ¹⁷⁷ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 15.

- ¹⁷⁸ Plg. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // *Regnum est* 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 627.
- ¹⁷⁹ Plg. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // *Regnum est* 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 628.
- ¹⁸⁰ Juškevičius J., Teisės principų taikymas norminant sveikatos priežiūros sritį // *Jurisprudencija: mokslo darbai*. – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2008, Nr. 12 (114), P. 15.
- ¹⁸¹ Lietuvos Respublikos Konstitucija // *Valstybės žinios*. 1992. Nr. 33 – 1014.
- ¹⁸² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-14 „Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2007. Nr. 7 – 290.
- ¹⁸³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V – 469 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. sausio 11 d. įsakymo Nr. V-14 "Dėl Paliatyviosios pagalbos paslaugų suaugusiesiems ir vaikams teikimo reikalavimų aprašo patvirtinimo" pakeitimo" // *Valstybės žinios*. 2008, Nr. 59 -2246.
- ¹⁸⁴ Lesauskaitė, J. Macijauskienė Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai // *Sveikatos mokslai*. – Vilnius: Pozicija, 2005, Nr. 3, P. 97.
- ¹⁸⁵ Visuotinė žmogaus teisių deklaracija. *Valstybės žinios*. 2006, Nr. 68 – 2497.
- ¹⁸⁶ Europos Bendrijos Steigimo Sutartis (suvestinė redakcija) http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=9224 (2011 03 30).
- ¹⁸⁷ Europos Sąjungos pagrindinių teisių chartija. <http://eur-lex.europa.eu/lt/treaties/dat/32007X1214/hm/C2007303LT.01000101.htm> (2011 04 01).
- ¹⁸⁸ Europos Sąjungos sutartis (Mastrichto sutartis). http://www3.lrs.lt/pls/inter1/dokpaieska.showdoc_l?p_id=32156 (2011 02 28).
- ¹⁸⁹ Plg. Elzbergas T. Pacientų teisė į sveikatos priežiūros paslaugas kitose ES valstybėse narėse // *Jurisprudencija* – Vilnius: Mykolo Romerio Universitetas, 2010, 1(5), P. 337 – 364.
- ¹⁹⁰ <http://www.kurpuvesas.lt/lietuvos-respublikos-seimo-narys-vytautas-kurpuvesas-nepritaria-ydingam-lietuvos-respublikos-pacientu-teisiu-ir-zalos-sveikatai-atlyginimo-istatymo-projektui>. (2011 03 05).
- ¹⁹¹ www.donoryste.eu/file.php?id=25& (2011 03 05).
- ¹⁹² Europos socialinė chartija // *Valstybės žinios*. 2001. Nr. 49 – 1704.
- ¹⁹³ Konvencija dėl žmogaus teisių ir orumo apsaugos biologijos ir medicinos taikymo srityje (Žmogaus teisių ir biomedicinos konvencija) // *Valstybės žinios*. 2002. Nr. 97 – 4258.
- ¹⁹⁴ Vaitkaitienė E., Makari J., Zaborskis A. Gyvenimo kokybės samprata ir sveikatos nulemtos vaikų gyvenimo kokybės tyrimai // *Medicina*. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2007, Nr. 43 (7), P. 746.
- ¹⁹⁵ Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 8.
- ¹⁹⁶ Plg. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // *Regnum est* 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 633 – 634.
- ¹⁹⁷ Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // *Regnum est* 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 634 – 635.
- ¹⁹⁸ Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai // *Sveikatos mokslai* – Vilnius: Pozicija, 2005, Nr. 3, P. 97.
- ¹⁹⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimas Nr. 1020 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2006–2008 metų programos įgyvendinimo priemonių patvirtinimo“ // *Valstybės Žinios*. 2006, Nr. 112 – 4273.
- ²⁰⁰ Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu Nr. 1593 „Dėl vėžio profilaktikos ir kontrolės 2003–2010 metų programos patvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 2003, Nr. 117 – 5348.
- ²⁰¹ Sveikatos apsaugos ministro įsakymas V-639 „Dėl sielovados patarnavimų teikimo sveikatos priežiūros įstaigose“ // *Valstybės Žinios*. 2009, Nr. 140 – 6162.
- ²⁰² Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai // *Sveikatos mokslai* – Vilnius: Pozicija, 2005, Nr. 3, P. 97.
- ²⁰³ <http://www.sekunde.lt/content.php?p=read&tid=2253> (2011 02 10)
- ²⁰⁴ Plg. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // *Regnum est* 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 636 – 637.
- ²⁰⁵ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 10.
- ²⁰⁶ Plg. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 1996 m. sausio 9 d. įsakymas Nr. 16 „Dėl palaikomojo gydymo ir slaugos ligoninių bei skyrių laikinųjų tipinių nuostatų tvirtinimo“ // *Valstybės žinios*. 1996. Nr. 5 – 125.
- ²⁰⁷ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 32 -33.

-
- ²⁰⁸ Plg. Paliatyvios pagalbos organizavimas: Rekomendacijos Europos šalių parlamentams ir vyriausybėms / Europos Sąjungos Ministrų Taryba. – Kaunas: Morkūnas ir Ko, 2005. P. 43.
- ²⁰⁹ Popiežiškoji sveikatos apsaugos darbuotojų pastoracijos taryba. Sveikatos apsaugos darbuotojų chartija. – Kaunas: Farmacija, 1997.
- ²¹⁰ Plg. Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // Regnum est 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 635.
- ²¹¹ Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // Regnum est 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 634 – 636.
- ²¹² Juškevičius J. Asmens sveikatos priežiūros teisinio reguliavimo raidos bruožai // Regnum est 1990 m. Kovo 11-osios Nepriklausomybės Aktui – 20 Liber Amicorum Vytautui Landsbergiui, Mykolo Romerio Universitetas, 2010, Nr. 55, P. 645.
- ²¹³ <http://www.finmin.lt/web/finmin/2010biudzpatob#i> (2011 03 21).
- ²¹⁴ <http://www.finmin.lt/web/finmin/2011islaidos> (2011 03 21).
- ²¹⁵ Činikienė A., Slaugos ligoninės pacientų paliatyvios pagalbos paslaugų poreikio įvertinimas. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas, P. 34.
- ²¹⁶ Plg. Činikienė A., Slaugos ligoninės pacientų paliatyvios pagalbos paslaugų poreikio įvertinimas. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2009, Magistro diplominis darbas, P. 35.
- ²¹⁷ Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. – Sveikatos mokslai. – Vilnius: Pozicija, 2005, Nr. 3, P. 97.
- ²¹⁸ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 70.
- ²¹⁹ Lesauskaitė V., Macijauskienė J. Geriatrijos paslaugų poreikis ir būtinybė Lietuvos sveikatos priežiūros sistemai. – Sveikatos mokslai. – Vilnius: Pozicija, 2005, Nr. 3, P. 97.
- ²²⁰ Kabašinskienė R., Paliatyvios pagalbos organizavimas slaugos ligoninėje. – Kaunas: Kauno Medicinos Universitetas, 2005, Magistro diplominis darbas, P. 71.
- ²²¹ Ten pat.