

Соціальна медицина та охорона громадського здоров'я

УДК: 614.216:616-039.75:179.7

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЕВТАНАЗІЇ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ В НІДЕРЛАНДАХ, БЕЛЬГІЇ ТА НІМЕЧЧИНІ

*Нестеренко В.Г.**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

У паліативній та хоспісній медицині України існує низка невирішених правових та організаційних проблем, що стоять на заваді гідного існування безнадійно хворих пацієнтів в останні дні та місяці їх життя. У першу чергу це невирішені питання з охопленням лікуванням та доглядом достатньої кількості категорій хворих: паліативна допомога надається переважно пацієнтам онкологічного, серцево-судинного та неврологічного профілів лікування. По-друге, це відсутність адекватного знеболення для значної кількості пацієнтів стаціонарів та переважної більшості пацієнтів, що отримують лікування вдома. Доступність для паліативних хворих нещодавно легалізованого медичного канабісу залишається низькою, евтаназія паліативних хворих не легалізована. У наших попередніх дослідженнях ми з'ясували, що українське суспільство не готове до діалогу про необхідність легалізації евтаназії, а також що найкращою моделлю підготовки суспільства для евтаназії є канадська, яка базується на всебічному вивченні думок загалу та безпосередніх учасників МАС, а ще на виконанні рішень федерального суду. Стаття присвячена юридичним процедурам та соціально-медичним аспектам евтаназії та Медично Асистованої Смерті (МАС) у Нідерландах, Бельгії та Німеччині. Окремі аспекти легалізації, її контексту та обставин, порівняні з умовами України. Стаття є оригінальним теоретичним дослідженням, виконаними з використанням методу системного аналізу, порівняльного та бібліосемантичного методів. Зауважимо, що уточнюємо термінологію попередніх етапів дослідження: МАС виконується введенням смертельної речовини самим хворим, евтаназія – лікарем. На нашу думку, Україна потребує легалізації евтаназії та МАС для всіх вікових категорій, та з виконанням спеціальних додаткових процедур погодження щодо дорослих недієздатних хворих. У досвіді країн поточного порівняння ми звернули особливу увагу на запобігання зловживань при виконанні цих процедур, в умовах частою зневаги до норм закону від початку війни.

Ключові слова: паліативна та хоспісна допомога, самогубства паліативних хворих, медично асистована смерть, право на життя, право на смерть.



Цитуйте українською: Нестеренко В.Г. Медико-соціальні аспекти евтаназії паліативних хворих в Нідерландах, Бельгії та Німеччині. Експериментальна і клінічна медицина. 2024;93(3):71-85. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.nes>

Cite in English: Nesterenko VG. Medical and social aspects of euthanasia of palliative patients in the Netherlands, Belgium and Germany. Experimental and Clinical Medicine. 2024;93(3):71-85. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.nes> [in Ukrainian].

Вступ

Паліативна та Хоспісна Допомога (ПХД) надається обмеженій кількості пацієнтів, дорослих і дітей, які її потребують [1]. Крім того, перелік хвороб, лікування яких держава фінансує за програмою медичних гарантій, не відповідає рекомендаціям ВООЗ: він переважно стосується неврологічних, онкологічних та серцево-судинних захворювань [2; 3]. Визнання більш широкого списку паліативних хвороб позначатиме потребу у більшому фінансуванні, кадровому та ресурсному забезпеченні паліативних установ та відділень [4; 5].

Невирішеною проблемою української системи ПХД низьке забезпечення потреби у достатньому знеболенні паліативних пацієнтів, переважна кількість з яких відчуває нестерпний хронічний біль. Відсутність адекватного знеболення є типовою проблемою не тільки для пацієнтів у «хоспісах на дому», але й для пацієнтів стаціонарних хоспісів та паліативних відділень, тобто спеціальних медичних установ та підрозділів, які створені саме для лікування та догляду за такими пацієнтами [6; 7]. В Україні існує низка невирішених правових та організаційних проблем системи ПХД, які пов'язані як з недосконалістю законодавчих та медичних регуляторних актів, так і з імплементацією прийнятих правових норм у клінічну та управлінську практику [8; 9]. За рахунок цих невирішених проблем збільшення охоплення лікуванням та доглядом паліативних хворих утруднено [10].

Нещодавня легалізація медичного канабісу в Україні буде корисною значній кількості паліативних пацієнтів лише після реалізації вже існуючих правових норм щодо вживання цих препаратів, а також після розробки та прийняття значного переліку підзаконних актів, що регулюють виробництво препаратів канабісу та постачання їх пацієнтам [11].

Також в українському суспільстві лише починається діалог про необхідність легалізації евтаназії (це практика припинення життя невиліковного хворого, коли смертельну речовину вводить лікар) та Медично Асистованої Смерті (МАС) (коли хворий самостійно вводить собі смертельну речовину, надану лікарем) [12; 13]. Практика евтаназії/МАС тісно пов'язана з суспільною дискусією про «право на смерть» та «право на життя», а також про паліативну допомогу [14–16]. Життя людей у країнах з кращими умовами вмирання є одним з важливих критеріїв розвиненості як системи охорони здоров'я, так і системи ПХД як частини. Це підтверджують індекси якості смерті, щастя, Legatum Prosperity Index, та ін. [17; 18].

Легалізацію евтаназії гальмували історичні факти масової примусової евтаназії психічно хворих, євреїв, циган нацистами фашистської Німеччини у часи другої світової війни [19; 20]. Саме тому у сучасній об'єднаній Німеччині від 2015 року дозволена лише пасивна евтаназія, а активна є кримінальним злочином. Слід також враховувати, що в історії стародавнього світу також є факти про масову примусову евтаназію. Наприклад, у Спарті вбивали слабких дітей, не придатних до військової служби, що відомо з творів Плутарха та Фулідіда [21–23]. Але у сучасному світі недобровільна (без згоди пацієнта) та примусова евтаназія є незаконною у всіх країнах світу. Добровільна евтаназія є законною в Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі, Канаді, Колумбії, Португалії, Іспанії, Ботсвані, у всіх штатах Австралії, Новій Зеландії, в юрисдикціях США (штатах Каліфорнія, Колорадо, Гаваї, Мен, Монтана, Нью-Джерсі, Орегон, Вермонт, штаті Вашингтон та у Вашингтоні округу Колумбія). МАС легальна в Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі, Канаді, Швейцарії, Австрії, Іспанії, Новій Зеландії.

дії. Практично всі ці країни дійшли до розуміння, що евтаназія/МАС не є беззаперечною альтернативою паліативній допомозі, а лише однією з базових послуг паліативним хворим. Досвід та уроки легалізації евтаназії/МАС у цих країнах мають бути корисними Україні на її шляху до необхідної легалізації [24].

Метою дослідження аналіз медико-соціальних аспектів легалізації евтаназії/медично асистованої смерті у Нідерландах, Бельгії та Німеччині, корисних для суспільства ефектів легалізації, наслідків зловживання та порушення процедури, задля використання досвіду для можливої легалізації в Україні.

Матеріали і методи

Дослідження було проведено з використання порівняльного, методу системного аналізу, а також бібліосемантичного методу. Пошук джерел був проведений за допомогою PubMed, в Google та Google Scholar. Були дослідженні нормативно-правові акти Нідерландах, Бельгії та Німеччині; наукові публікації з акцентом на результаті, отримані у межах доказової медицини. Розрахунки були проведені з використанням правил медичної статистики та кваліметрії [25]. Для математичних розрахунків була використана програма Excel 2019 (Microsoft, USA).

Результати та їх обговорення

На попередньому етапі дослідження було вивчено історію та медико-соціальні ефекти МАС/евтаназії у Швейцарії, Канаді та США [26]. Зроблено висновок, що канадська модель допомоги паліативним хворим є найбільш прийнятною для України. Канадська національна система охорони здоров'я суворо контролює дотримання норм погодження запитів на МАС/евтаназію. Процедура проводиться лікарями, що мають відповідно кваліфікацію, але не існує «лікарів з евтаназії», які спеціалізуються саме на медичній асистенції закінчення

життя. Всі погодження процедури піддають аудиту. Пацієнти мають обов'язкові 10 днів на роздуми від запиту на процедуру до її погодження. Для отримання погодження смерть пацієнта від його паліативного діагнозу має бути «розумно передбачуваною». Щодо всіх етапів спілкування з пацієнтом та його близькими про проведення евтаназії/МАС складається звіт.

Прийняття закону про легалізацію евтаназії підвищило доступність Паліативної та Хоспісної Допомоги (ПХД) для всіх вікових категорій канадців. При цьому соціальна вразливість пацієнтів не є причиною вибору евтаназії/МАС замість ПХД. Існуючі процедури погодження евтаназії/МАС запобігають надання дозволу через імпульсивний вибір, вплив деменції, психотичних станів. Пацієнт, якому погоджують запит на МАС, має мати важке невиліковне захворювання «на пізній стадії незворотного погіршення, яке спричиняє нестерпні страждання та при якому розумно передбачити природну смерть». Пацієнт має бути дієздатним та самостійно прийняти рішення щодо закінчення свого життя; прийняти його добровільно, без тиску; дати запит на евтаназію/МАС, мати достовірну інформацію про інші (крім евтаназії/МАС) засоби полегшення страждань в паліативній медицині. Законодавство Канади опрацьовують задля отримання права на смерть для безнадійно хворих дітей. Їх батьки та педіатри Канади також вважають проведення евтаназії/МАС «прийнятним» (за результатами опитувань 2 тисяч 2017 року так вважали 46 % батьків). Важливо, що Канада на своєму шляху до легалізації врахувала негативні аспекти процесу та негативні наслідки легалізації країн, що легалізували процедуру раніше. Зокрема, Нідерландів та Бельгії.

В *Нідерландах* дозволена евтаназія для пацієнтів віком 12–16 років за згодою

батьків/опікунів. Евтаназія/МАС дозволені паліативним пацієнтам від 16 років за запитом самого пацієнта, якщо він є дієздатним. Неонатальна евтаназія (для немовлят віком до 1 року) дозволена за «Гронінгенським протоколом» [27]. Щодо права дітей на евтаназію віком 1–12 років у суспільстві та професійних колах триває активна дискусія [28]. Критики евтаназії стверджують, що діти віком до 12 років не здатні усвідомити наслідки власного рішення про евтаназію, тому їх інформована згода є юридично нікчемною. Вони порівнюють рішення про евтаназію з іншими обмеженнями прав неповнолітніх (правом голосувати на виборах, служити в армії, мати статеві стосунки, одружуватися). Але ми вважаємо це порівняння некоректним у зв'язку з нестерпними стражданнями безнадійно хворих дітей, і ці страждання не залежать від «віку згоди» щодо статевого та шлюбного стосунків або від віку «громадянської повноправності».

Нідерланди були першою європейською країною, яка легалізувала евтаназію у 2001 році. У країні розроблені законодавчі механізми запобігання надмірного використання процедури. За законом, держава «зобов'язана захищати громадян від прийняття рішень, які не відповідають їхнім найкращим інтересам, наприклад, рішення померти, коли «нестерпні страждання» можуть бути зменшені настільки, щоб людина відмовилася від бажання припинити страждання смертю» [29]. Лікар країни не може схвалювати застосування процедури самостійно, без згоди іншого лікаря, має запропонувати альтернативу евтаназії/МАС та надати «час на роздуми». Тому питання про евтаназію/МАС ставлять кілька разів, безпосередньо дорослому пацієнту, або батькам/опікунам важкохворої дитини [30]. Якщо паліативний пацієнт знаходиться у психотичному стані або має стійкий

когнітивний розлад, процедура не має бути схвалена. Але про право таких пацієнтів на суїцид йде постійна дискусія у професійних колах [31; 32].

Систематичний огляд Roest V. et al. (2019) [33] 66 досліджень щодо впливу сім'ї на рішення про проведення МАС у Нідерландах, що охопив період з 1980 року до 2018 року, показав фактичну перевагу взаємодії тріади учасників («лікар-пацієнт-родина») на дуєтом «лікар-пацієнт», що примушує замислюватися над природою страждань: чи є ці страждання нестерпними для самого пацієнта, або ж вони стають сильнішими та нестерпнішими від усвідомлення хворим, що разом із ним також страждає і його сім'я. При цьому голландський закон не враховує значущість сім'ї у прийнятті рішення щодо МАС, за виключенням вимоги відсутності тиску на хворого.

Дослідження у доцільності МАС в Нідерландах почалися в 1980-х роках, а закон про легалізацію прийняли лише у 2022 році. В Нідерландах для активної евтаназії лікар вводить пацієнту речовини, що спричиняють смерть, або лікар дає пацієнту смертельну речовину, яку той приймає у присутності лікаря [34; 35]. У 2015 році евтаназія становила 4,5 % щорічних смертей, а самогубство за допомогою лікаря становило лише 0,1 % [36]. У 2017 році 85 % МАС проводили лікарі загальної практики. У 65 % МАС був спричинений невиліковним раком. 80 % МАС були проведені вдома у пацієнтів [37].

В перехресному опитуванні лікарів, які беруть участь у програмі Support and Consultation on Euthanasia in the Netherlands (SCEN, Підтримка та консультації з питань евтаназії в Нідерландах) у 2015–2017 роках Bergman T.D. et al. нарахували приблизно 20 % «складних» випадків, коли паліативні хворі звертаються за проведенням процедури [38]. Серед цих випадків у 41,0 % лікарі мали утруд-

нення контакту з пацієнтами (з психічними розладами, деменцією та «втомою від життя»), у 79,7 % було важко однозначно виконати «критерії належної обережності»: запропонувати пацієнтам альтернативу МАС, отримати однозначну чітку відповідь, що МАС є кращим варіантом, та мати однозначну підтримку у виборі інших лікарів.

В опитуванні лікарів загальної практики з питань участі у SCEN (2021) з'ясували [39], що 47,2 % опитаних відчувають невпевненість у своїх рішеннях щодо МАС у пацієнтів з деменцією; 42,9 % відчувають тиск з боку рідних при прийнятті рішення, 34,4 % – з боку самих пацієнтів; 68,8 % лікарів отримали корисну консультативну допомогу у питаннях МАС від інших лікарів SCEN, 43,7 % – від представників геріатричної служби, 43,5 % – від «клінік кінця життя», 42,3 % – від лікарів паліативної медицини.

У дослідженні Smith M.A. et al. (2022) [40] з анкетуванням 3000 лікарів було з'ясовано, що впевненість лікарів у бесідах з пацієнтами та їх близькими про смерть та процедури евтаназії/МАС, та у прийнятті рішень щодо процедури, корелює з досвідом роботи (15 та більше років) та фахом (більш впевненими у собі були сімейні лікарі та лікарі стаціонарних відділень).

У перехресному дослідженні Brinkman-Stoppelenburg A. et al. (2020) з випадковою вибіркою 1965 громадян та 1147 лікарів зазначено [41], що евтаназію для пацієнтів з пізньою стадією деменції схвалюють 60 % населення і лише 24 % лікарів, що може позначатися на невіправдані очікування пацієнтів, що звертаються за евтаназією. Також, за даними Schuurmans J. et al. (2020) [42], ця розбіжність призводить до тиску пацієнтів та їх рідних на лікарів, які приймають участь у процедурі. Особливо на сімейних лікарів.

Зрозуміти ставлення лікарів до цієї проблеми допомагають результати дослідження Mangino D.R. et al. (2020) [32], які проаналізували 75 справ пацієнтів з прогресуючою деменцією, що зверталися за евтаназією/МАС за період 2011–2018 рр. 53 % (40 з 75-ти пацієнтів) були жінками, а 48 % (36/75) мали хворобу Альцгеймера. 15 % (9/59) були визнані некомпетентними принаймні одним лікарем; 24 % (14/59) висловили своє бажання померти раніше, але у подальшому не змогли цього підтвердити внаслідок недієздатності, або «ненадійно» підтвердили своє бажання «мовою тіла» (не словами). У 39 % (29/75) власні лікарі пацієнтів відмовилися виконувати МАС. У 43 % (32/75) лікар, який проводив ШАС, був новим для пацієнта. Лікарі 21 % (16/75) лікарів не погодилися, що пацієнти відповідають критеріям погодження евтаназії/МАС, зокрема критеріям критеріям «належної обережності» та «нестерпних страждань».

У Нідерландах, як і в Бельгії та Канаді, дозволена активна евтаназія, у Франції, Швеції, Німеччині та Фінляндії – пасивна евтаназія [43]. В деяких країнах, у тому числі в Україні, пасивна евтаназія часто фактично виконується неофіційно, з ініціативи лікарів, шляхом припинення підтримки життєдіяльності, задля економії дефіцитних ресурсів медичних закладів. Критики подібно практики наголошують на високому ризику професійної помилки у визначенні факту смерті мозку таких пацієнтів. Ми не розділяємо цієї думки після вивчення протоколів визначення цього моменту у різних країнах [44; 45]: вони є фактично ідентичними та містять однозначні критерії діагностики. Але ризик для медичних працівників отримати звинувачення у навмисному вбивстві при відключенні пацієнта від реанімаційної апаратури без згоди законних представників є ви-

соким. До розуміння контексту подібного ризику слід зазначити, що в Україні мінімальні кількість пацієнтів має юридично оформлений заповіт про передачу прав вирішувати питання життєзабезпечення на випадок критичних станів.

Бельгія легалізувала евтаназію/МАС після Нідерландів у 2002 році. У країні так само продовжується суспільне обговорення як ризиків зловживань (вони можуть бути пов'язані з ліберальною політикою отримання донорських органів, евтаназією неповнолітніх, незаконною практикою евтаназії поряд із законною [46]) так і суспільної користі від легалізації. Кількість смертей шляхом евтаназії/МАС сягає 4,5 %, і ця кількість від моменту легалізації поступово зростала, як і в Канаді. Напередодні легалізації, за період 1984–1996 рр., до Парламенту Бельгії було подано 9 законопроектів про легалізацію, що відбувалося у часи поступової зміни ставлення до евтаназії/МАС населення ЄС. За 1981–1999 рр. кількість європейців, яка схвалювала легалізацію, зросла на 22 %. У 1996 році для вивчення громадської думки про евтаназію/МАС у Бельгії створили Федеральний консультативний комітет з біоетики. У своїх публікаціях комітет дотримувався нейтрального тону при оголошенні результатів досліджень, висвітлюючи рівною мірою аргументи прихильників та критиків евтаназії/МАС. Комітет повідомляв про фактичне широке розповсюдження практики евтаназії ще до легалізації. У 2000 році відносно двох лікарів було порушено кримінальну справу за фактом евтаназії, які не були покарані. Судовий вирок по справі був виправдувальний, тому що він був оголошений у 2003 році, після легалізації, й тому, що закон про легалізацію діяв ретроспективно відносно випадків евтаназії. Ця справа та фактичне схвальне сприйняття суспільством

виправдувального вироку фактично відображували настрої у країні та високий суспільний запит на евтаназію. Занепад релігійності в Бельгії, що розпочався у другій половині ХХ століття і продовжується донині, прискорив легалізацію. Цьому також сприяла відсутність християнських демократів в уряді країни під час проведення парламентської процедури легалізації.

За бельгійським законом, пацієнт, який отримав дозвіл на евтаназію/МАС, має бути добре проінформованим про свій стан, розумні альтернативи евтаназії та має провести кілька бесід з лікарем протягом місяця «роздумів». Пацієнту мають бути забезпечені умови для обговорення свого вибору з усіма, з ким він вважає необхідним таке обговорення. Лікар, що приймає рішення (схвалює евтаназію/МАС), має бути підтриманий іншим лікарем, бажано й медичною сестрою та родичами пацієнта. Рішення про дозвіл на процедуру перевіряють на дотримання правил. Відомості про незаконну евтаназію передають до прокуратури.

Вікові обмеження для процедури у Бельгії відсутні: евтаназія може бути виконана новонародженим та дітям будь-якого віку. Але перед надання дозволу діти мають бути оглянуті психологом або психіатром обов'язково, дорослі – з їх згоди на огляд. Критики евтаназії дітей мають розуміти, що законодавчий дозвіл є більшою мірою символічним та підкреслює дотримання «права на смерть», тому що перший випадок евтаназії неповнолітнього був зареєстрований лише у 2016 році.

Але обмеженням для отримання дозволу є деменція дорослого пацієнта. В останні роки ставлення до таких пацієнтів бельгійського суспільства та професіоналів, що мають безпосереднє відношення до проведення процедури, залишається незмінним: опитування 2019 ро-

ку показало, що 65 % неврологів та 59 % сімейних лікарів проти розширення дії закону на пацієнтів з деменцією, якщо ці пацієнти не можуть чітко висловити свою волю [47; 48]. При цьому 77 % неврологів схвалюють закон про евтаназію. Нерелігійні лікарі вдвічі частіше підтримували розширення дії закону на пацієнтів з деменцією, ніж їхні релігійні колеги. 72 % сімейних лікарів також повідомили, що побоюються тиску з боку родичів у випадку дозволу опікунів вимагати МАС для своїх недієздатних рідних.

Як вже було сказано, пасивна евтаназія у країні заборонена, що є причиною для критики закону про евтаназію суспільством та лікарями. Крім того, формулювання обов'язкової умови дозволити процедуру лише «за відсутності розумної альтернативи» на думку критиків є надто розмитим. Нажаль, у країні часто повідомляють про відсутність належної реєстрації певної кількості випадків евтаназії, що збільшує недовіру до практики евтаназії/МАС. Також є повідомлення про випадки недобровільної евтаназії для вилучення донорських органів без попередньої згоди померлого. Але наш аналіз ситуації свідчить про відсутність масової практик зловживань. Так, наприклад, за період 2007–2015 рр. лише 2 % донорських легень були отримані від пацієнтів після евтаназій. Крім того, багато пацієнтів, які надають запит на процедуру, хворіють на рак, за наявності трансплантація органів протипоказана. Критики легалізації також часто наголошують на щорічне, від дати легалізації, збільшення кількості молодих осіб, що звертаються за евтаназією. Але у відносних показниках (у %) ця кількість навпаки зменшується.

Як вже було зазначено раніше, у *Німеччині* дозволена лише пасивна евтаназія. Але репрезентативне опитування 745 німецьких лікарів у 2021 році [49]

показало, що до 29,9% з них зверталися важко хворі пацієнти з проханням надати смертельний препарат, 3,0 % (22 лікарів) повідомили, що допомагали в самогубстві. 45,9 % опитаних повідомили про свою готовність приймати участь у евтаназії та МАС, і чверть з тих, хто погодився б, вважали припустимими евтаназію/МАС пацієнтам з психічними захворюваннями, що відповідає розподілу думок в інших європейських країнах. Як і в інших країнах, релігійні лікарі були менше готові виконати евтаназію/МАС. Це та деякі аналогічні дослідження показують поступове вирівнювання громадської та професійної думки про евтаназію/МАС у європейських країнах, у зв'язку з чим Німеччина, Австрія та Швейцарія почали процеси лібералізації відповідного законодавства [50].

Суміжні з евтаназією медико-соціальні проблеми

Проблему евтаназії/МАС у різних країнах світу часто вивчають у контексті альтернативи від смерті пацієнтів з хронічним болем та постійним знеболенням внаслідок передозування наркотичних знеболювальних [51; 52]. Також розглядають «соціальну смерть» пацієнтів, що знаходиться під тривалим впливом опіатів і фактичне не здатний вести соціальне життя. Подібні страхи підштовхують вчених до проведення спеціальних досліджень. Soh T.L. et al. (2016) [53] вважають твердження «ятрогенна втрата свідомості дорівнює втраті особистості та смерті» хибним на підставі аналізу емпіричних даних методами доказової медицини. Дослідники бачать ознаки фальсифікації доказів прибічниками теорії «соціальної смерті» [54]. При цьому дослідники визнають, що «термінальна седація» може приводити до смерті пацієнта ненавмисно [28; 55].

Критики евтаназії стверджують, що доступність евтаназії знижує попит на

паліативну допомогу та підштовхує завжди перевантажених лікарів до більш простого вибору виконати процедуру замість тривалого та важкого лікування безнадійних хворих. Але наш аналіз «запобіжників» зловживань у Нідерландах Бельгії та Німеччини дозволяє стверджувати, що ризики подібних випадків є мінімальними. Фактично бажання лікаря другорядне, а бажання хворого є вирішальним. Крім того, дефіцит ресурсів систем охорони здоров'я для підтримання життя паліативних хворих є на порядку меншим у порівнянні з дефіцитом ресурсів під час пандемії COVID-19 [56].

Проблема евтаназії перетинається також з питаннями самогубств. Досвід Північної Ірландії, в якій були відзначені найвищі показники самогубств у Сполученому Королівстві Великобританія у 2014–2015 роках (1,7 % всіх смертей, або 16,5 самогубств на 100 000 населення у 2015 році), свідчить, що серед самогубців більше чоловіків (3/4 у 2015 році), що більшість самогубств скоюють у віці 25–35 років [12; 57]. За статистичними даними інших країн кількість суїцидів залежить від важкості хвороби. Так, важка деменція, пов'язана із хворобою Альцгеймера, у 65 років зустрічається у 8 % населення, і зростає до понад 20 % для тих, кому за 80 років. Разом з цим пропорційно зростає кількість спроб самогубств. У старшому віці кількість завершених самогубств є вищою [58]. Тому перед наданням згоди на евтаназію/МАС дослідники Eilers J.J. & Kasten E. (2022) [59] радять лікарям вивчати, наскільки бажання смерті є психопатологічним вираженням, а не свідомим наміром померти. Також вони відзначають високий рівень стигматизації самогубців, у тому числі за рахунок релігійного проголошення самогубства гріхом.

Звертає на себе увагу різне ставлення країн, що легалізували евтаназію, саме до МАС. Як це пояснити? Особливостями юридичного шляху до легалізації та контекстом подій. Так, наприклад, хронологічно у світі методами доказової медицини спочатку були досліджені саме самогубства [54; 60] Також до легалізації евтаназії/МАС ті паліативні хворих, які наполегливо прагнули завершити свої життя достроково, не мали іншого вибору, ніж самогубство. Тому у кримінальному кодексі Швейцарії евтаназія знаходиться у розділі «Вбивство» (*Homicide*, стаття 114). Аналіз кодексу доводить, що допомога таким хворим медичними працівниками є законною, а будь-яка участь інших громадян у скоєнні самогубств – кримінальний злочин. Так, за вбивство на прохання жертви, навіть за її «власним справжнім переконливим і наполегливим проханням» передбачене покарання у вигляді позбавлення волі не більше трьох років або грошового штрафу. А за підбурювання до суїциду або сприяння самогубству можна отримати покарання до п'яти років в'язниці [61]. У Норвегії до 5 років позбавлення волі може бути засуджена особа, що виготовила препарати, застосовані для суїциду [62].

ВООЗ констатує, що найбільша кількість суїцидів у світі закономірно пов'язана із клінічною депресією [63]. Також спонтанний суїцид можуть викликати гострі психотичні або маніакальні епізоди основного психотичного розладу (шизофренії, біполярного розладу), зловживання психоактивними речовинами, безсоння, сильний стрес. Кількість паліативних пацієнтів серед людей, що скоїли завершений суїцид, є незначною: так, за період 1998–2015 рр. такі суїциди за різними даними склали від 0,2 % до 4,6 % від загальної кількості смертей, що у сотні разів перевищувало кількість

паліативних пацієнтів, які вдалися до законної евтаназії. Спонтанні суїциди паліативних хворих доволі рідкі, хоча близьким паліативних хворих доцільно утримувати таких пацієнтів від відвідування місць традиційних самогубств (наприклад, «лісу самогубців» поблизу гори Фудзі в Японії), гірських вершин, регіонів з жарким з дощовим кліматом (де знижується вироблення серотоніну). Важливо уникати ізоляції хворого від спілкування [64].

Європейська асоціація паліативної допомоги стверджує [65], що більшість представників професійних організацій, які надають паліативні послуги, при опитуванні у 2016 р. вважали, що евтаназія та МАС не мають бути включені до переліку процедур паліативної медицини. Евтаназія як можлива медична послуга також не включена до «Білої книги паліативної медицини» [66]. Аналогічної думки протягом багатьох десятиліть дотримується й Всесвітня медична асамблея (World Medical Assembly) [67], яка заперечує «право на смерть». Така незмінна консервативна позиція відомої міжнародної організації пов'язана із впливом Римською католицькою церквою, що тривало приймає участь у співфінансуванні багатьох закладів медичної освіти. Можна очікувати, що навіть при зміні ставлення цієї релігійної організації до евтаназії інерційно довго позиція багатьох випускників медичних університетів та коледжів буде залишатися негативною. Але пришвидшити зміну ставлення може інший процес перетворення цілих країн на нерелігійні, що спостерігається у Швеції, Норвегії, Данії, Нідерландах, Чехії, Австралії, Канаді. Наприклад, в Австралії проходить медична та суспільна дискусія на тему забезпечення рівного доступу до процедури евтаназії/МАС пацієнтів, що її потребують. McDougall R. & Pratt B. (2020) повідомляють [68], що деякі пацієнти, про

яких підкуються у клініках, пов'язаних з церковним фінансуванням, не мають шансів отримати згоду лікарів на процедуру, що порушує права пацієнтів. При цьому порушники цих прав посилаються на релігійну заборону будь-якого самогубства та вбивства, та на клятву Гіпократата. Посилання багатьох критиків евтаназії на клятву Гіпократата у частині «я не надам нікому смертельного засобу та не покажу шляху до його отримання» є юридично нікчемними, тому що сучасні лікарі не дають цієї клятви, а її сучасні аналоги не містять подібної публічної обіцянки.

Висновки

Країни, що легалізували евтаназію та медично асистовану смерть (МАС), дійшли до суспільного прийняття «права на смерть» як частини «права на життя», чим фактично надали паліативним пацієнтам з хронічним болем та нестерпними стражданнями шанс на гідне закінчення життя та позбавлення від страждань як самих пацієнтів, та їх близьких. Проведення евтаназії/МАС також не розглядається як альтернатива паліативної допомоги, а є однією з послуг системи охорони здоров'я. Доцільним є використання евтаназії/МАС також у медичних установах та відділеннях системи ПХД. Доступність евтаназії та МАС зменшить ризики самостійних суїцидів важко хворих пацієнтів.

В Нідерландах евтаназія/МАС дозволені для пацієнтів до року та після 12 років. Лікарі мають схвалювати призначення процедури колегіально, надавати пацієнтам час для роздумів, суворо перевіряти запити на евтаназію/МАС із критеріями погодження. Прийняття рішення та участь у процедурі мають низку етичних та емоційних труднощів для медичних працівників. В Нідерландах існує розбіжність між суспільним сприйняттям евтаназії пацієнтів із пізньою стадією деменції та уявленнями

лікарів про проведення евтаназії у цих пацієнтів: можливим проведення такої евтаназії вважає більше половини звичайних громадян і лише чверть лікарів. Ця розбіжність впливає на невиправдані очікування пацієнтів, що звертаються за евтаназією.

В Бельгії існують аналогічні «запобіжники» від зловживань при погодженні та проведенні евтаназії/МАС, але у суспільстві є занепокоєння у зв'язку з відомими випадками зловживань. Не зважаючи на це, суспільна користь від легалізації перевищує ці ризики та негативні наслідки.

Україна потребує легалізації евтаназії та МАС для всіх вікових категорій, та з виконанням спеціальних додаткових процедур погодження щодо дорослих недієздатних хворих. У досвіді країн поточного порівняння ми звернули особливу увагу на запобігання зловживань при виконанні цих процедур, в умовах частою зневаги до норм закону від початку війни. Порівняльний аналіз з іншими країнами, що вже легалізували евтаназію/МАС, є корисним для України на її шляху до власної легалізації цих процедур.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(2):21-7. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.2.hos.
2. Holovanova IA, Shevchenko AS. Evaluation of packaged funding programs for palliative and hospice care by the National Health Service of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(4):45-52. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.4.hos.
3. Nesterenko VG, Redka IV, Sukhonosov RO, Grygorov SM, Shevchenko AS, Aliieva TD. Forecasting the need for palliative and hospice care using the creeping trend method with segment smoothing. *Wiad Lek*. 2024;77(5):980-4. DOI: 10.36740/WLek202405116 PMID: 39008586.
4. Nesterenko VG, Shevchenko VV. Calculation of the national need for palliative care by the refined method of trends in the conditions of a military crisis. *Eastern Ukrainian Medical Journal*. 2024;12(3):711-20. DOI: 10.21272/eumj.2024;12(3):711-720.
5. Lekhan VM. Retrospective analysis of the construction of the national system of hospice and palliative care in Great Britain. *Inter Collegas*. 2024;11(1):52-6. DOI: 10.35339/ic.11.1.lvm.
6. Holovanova IA, Shevchenko AS. Determination of the main needs of palliative patients and ways of their provision in the health care system of Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2021;90(3):88-94. DOI: 10.35339/ekm.2021.90.3.hos.
7. Nesterenko VG, Shevchenko AS, Zelenska KO, Hryhorov MM. Clinical and epidemiological characteristics of disabling neurological diseases (literature review). *International Neurological Journal*. 2024;20(4):176-84. DOI: 10.22141/2224-0713.20.4.2024.1079. [In Ukrainian].
8. Lekhan VM. Impact of different types of pain on organizational decisions in palliative medicine. *Medicine Today and Tomorrow*. 2024;93(1):47-55. DOI: 10.35339/msz.2024.93.1.lvm.
9. Alieva TD, Shevchenko AS. On the issue of reproductive losses prevention in Ukraine. *Inter Collegas*. 2021;8(1):59-66. DOI: 10.35339/ic.8.1.59-66.
10. Nesterenko VH, Peresyphkina TV, Shevchenko OS, Sarkhadova II. Palliative and hospice care in the Kharkiv region in the first year of the war. *Ukraine. Nation's Health*. 2023;73(3):106-12. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/18.

11. Lekhan VM. The importance of medical cannabis for solving the problem of providing analgesia to palliative patients in Ukraine. *Experimental and Clinical Medicine*. 2024;93(1):87-93. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.1.lvm.
12. Smiiianov VA. Medical assistance in dying for palliative patients in different countries of the world: lessons on euthanasia legalization. *Inter Collegas*. 2024;11(2):32-40. DOI: 10.35339/ic.11.2.smi.
13. Picon-Jaimes YA, Lozada-Martinez ID, Orozco-Chinome JE, Montana-Gomez LM, Bolano-Romero MP, Moscote-Salazar LR, et al. Euthanasia and assisted suicide: An in-depth review of relevant historical aspects. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022;75:103380. DOI: 10.1016/j.amsu.2022.103380. PMID: 35242326.
14. Shevchenko AS, Kuts YuV, Gavrylova SA, Gavrylov EV. Legislative, historical and practical aspects of phenomena that potentially violate the right to life. *Bull KhRIPHS*. 2020;93(1):20-7. DOI: 10.5281/zenodo.3960410.
15. Shevchenko AS. The right to life: medical aspects. *Bull KhRIPHS*. 2017;80(6):24-43. DOI: 10.5281/zenodo.3951362.
16. Nesterenko VG, Krasnikova SO, Shevchenko AS. Media discussions about hospice and palliative care in Ukraine since the beginning of the war. Proceedings of the VI-th scientific and practical conference with international participation "Public health in Ukraine: problems and ways to solve them", dedicated to the 100-th anniversary of the department of public health and health care management of the Kharkiv National Medical University (Tomilin's readings), 2 Nov 2023. 4 p. DOI: 10.5281/zenodo.10053065
17. Shevchenko VV, Shevchenko AS. USA, Ukraine ... in health and education ratings of The Legatum Prosperity Index™ 2018. *Bull KhRIPHS*. 2018;3(83):5-11. DOI: 10.5281/zenodo.2347074.
18. Finkelstein EA, Bhadelia A, Goh C, Baid D, Singh R, Bhatnagar S, Connor SR. Cross Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *J Pain Symptom Manage*. 2022;63(4):e419-29. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015. PMID: 34952169.
19. Макінтош С. Масові звірства. Як домогтися правосуддя? Посібник для груп потерпілих від масових злочинів. Вашингтон: Меморіальний музей Голокосту США; 2021. 108 с. Доступно на: https://www.ushmm.org/m/pdfs/Ukrainian_Language_Pursuing_Justice_Handbook.pdf
20. Kay AJ. *Empire of Destruction: A History of Nazi Mass Killing*. USA: Yale University Press; 2021. 400 p.
21. Lysurgus and Numa Pompilius. In: Plutarch. *Comparative biographies*. Harvard: Loeb Classical Library edition; 1917.
22. Agesilaus and Pompey. In: Plutarch. *Comparative biographies*. Harvard: Loeb Classical Library edition; 1917.
23. Thucydides. *The history of the Peloponnesian war*. 431 BC. Translated by Crawley R. Gutenberg eBook [Internet]. Available at: <https://www.gutenberg.org/files/7142/7142-h/7142-h.htm> [accessed 20 Jun 2024].
24. Нестеренко ВГ, Литвиненко ОЮ. Готовність до діалогу щодо евтаназії паліативних хворих в Україні. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024;93(2):79-88. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.2.nel. [In Ukrainian].
25. Shevchenko A. Qualimetric criteria for formation of valeological competence in the adaptive education system. *Adaptive management: theory and practice*. "Pedagogy" series. 2022;13(25):18p. DOI:10.33296/2707-0255-13(25)-06.

26. Нестеренко ВГ. Медико-соціальні аспекти евтаназії паліативних хворих в Україні, Швейцарії, Канаді, США та Ізраїлі. *Медицина сьогодні і завтра*. 2024;93(3):19с. In press. DOI: 10.35339/msz.2024.93.3.nes.
27. Lindemann H, Verkerk M. Ending the life of a newborn: the Groningen Protocol. *Hastings Cent Rep*. 2008;38(1):42-51. DOI: 10.1353/hcr.2008.0010. PMID: 18314809.
28. Brouwer M, Kaczor C, Battin MP, Maeckelberghe E, Lantos JD, Verhagen E. Should Pediatric Euthanasia be Legalized? *Pediatrics*. 2018;141(2):e20171343. DOI: 10.1542/peds.2017-1343. PMID: 29317518.
29. Mishara BL, Kerkhof AJFM. Canadian and Dutch doctors' roles in assistance in dying. *Can J Public Health*. 2018;109(5-6):726-8. DOI: 10.17269/s41997-018-0079-9. PMID: 29981089.
30. Davies D. Medical assistance in dying: A paediatric perspective. *Paediatr Child Health*. 2018;23(2):125-30. DOI: 10.1093/pch/pxx181. PMID: 30653625.
31. Simpson AIF. Medical Assistance in Dying and Mental Health: A Legal, Ethical, and Clinical Analysis. *Can J Psychiatry*. 2018;63(2):80-4. DOI: 10.1177/0706743717746662. PMID: 29216738.
32. Mangino DR, Nicolini ME, De Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and Assisted Suicide of Persons with Dementia in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020;28(4):466-77. DOI: 10.1016/j.jagp.2019.08.015. PMID: 31537470.
33. Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):23. DOI: 10.1186/s12910-019-0361-2. PMID: 30953490.
34. Sociaal en Cultureel Planbureau. [Social and Cultural Planning Office]. *De sociale staat van Nederland 2017*. [The social state of the Netherlands 2017]. Den Haag; 2017. Available at: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2017/De_sociale_staat_van_Nederland_2017 [Accessed 20 Sep 2024]. [In Dutch].
35. KNMG. The role of the physician in the voluntary termination of life. Utrecht; 2011. Available at: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm>
36. Onwuteaka-Philipsen B, Legemaate J, Van der Heide A, Van Delden H, Evenblij K, El Hammoud I, et al. *Derde evaluatie Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. [Third evaluation of the Act on the Assessment of Termination of Life on Request and Assisted Suicide]. Den Haag: ZonMw; 2017. 336 p. Available at: https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Derde_evaluatie_Wtl.pdf [in Dutch].
37. Regional Euthanasia Review Committees. Annual report 2017. The Hague; 2018. Available at: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/annual-reports> [accessed 20 Sep 2024].
38. Bergman TD, Pasma HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Complexities in consultations in case of euthanasia or physician-assisted suicide: a survey among SCEN physicians. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):6. DOI: 10.1186/s12875-019-1063-z. PMID: 31918673.
39. Schuurmans J, Crol C, Olde Rikkert M, Engels Y. Dutch GPs' experience of burden by euthanasia requests from people with dementia: a quantitative survey. *BJGP Open*. 2021;5(1):bjgpopen20X101123. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101123. PMID: 33172849.
40. Smith MA, Brøchner AC, Nedergaard HK, Jensen HI. Facilitators and Barriers for Initiating Conversations About End of Life. *Palliat Med Rep*. 2022;3(1):296-307. DOI: 10.1089/pmr.2022.0042. PMID: 36636612.

41. Brinkman-Stoppelenburg A, Evenblij K, Pasma HRW, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A. Physicians' and Public Attitudes Toward Euthanasia in People with Advanced Dementia. *J Am Geriatr Soc.* 2020;68(10):2319-28. DOI: 10.1111/jgs.16692. PMID: 32652560.
42. Schuurmans J, Vos S, Vissers P, Tilburgs B, Engels Y. Supporting GPs around euthanasia requests from people with dementia: a qualitative analysis of Dutch nominal group meetings. *Br J Gen Pract.* 2020;70(700):e833-42. DOI: 10.3399/bjgp20X713093. PMID: 33077510.
43. Голопапа ДІ, Мяловицька НА. Евтаназія: право на життя. Науковий вісник Ужгородського національного університету Серія: Право. 2013;23(1(1)):122-4. Доступно на: <http://surl.li/mydmqq>
44. Wijdicks EF, Varelas PN, Gronseth GS, Greer DM; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: determining brain death in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2010;74(23):1911-8. DOI: 10.1212/WNL.0b013e3181e242a8. PMID: 20530327.
45. Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2559 від 09 лис 2020, чинний станом на 25 вер 2024. Верховна Рада України. Законодавство України. Доступний на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1260-20>
46. Saad TC. Euthanasia in Belgium: Legal, historical and political review. *Issues in Law & Medicine.* 2017;32(2):183-204. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/322854307>
47. Picard G, Bier JC, Capron I, De Deyn PP, Deryck O, Engelborghs S, et al. Dementia, End of Life, and Euthanasia: A Survey Among Dementia Specialists Organized by the Belgian Dementia Council. *J Alzheimers Dis.* 2019;69(4):989-1001. DOI: 10.3233/JAD-181277. PMID: 31127774.
48. Cleemput J, Schoenmakers B. Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs. *BJGP Open.* 2019;3(4):bjgpopen19X101677. DOI: 10.3399/bjgpopen19X101677. PMID: 31772039.
49. Schildmann J, Junghanss C, Oldenburg M, Schuler U, Trumper L, Wormann B, Winkler E. Role and responsibility of oncologists in assisted suicide. Practice and views among members of the German Society of Haematology and Medical Oncology. *ESMO Open.* 2021;6(6):100329. DOI: 10.1016/j.esmoop.2021.100329. PMID: 34896697.
50. Huemer M, Jahn-Kuch D, Hofmann G, Andritsch E, Farkas C, Schaupp W, et al. Trends and Patterns in the Public Awareness of Palliative Care, Euthanasia, and End-of-Life Decisions in 3 Central European Countries Using Big Data Analysis From Google: Retrospective Analysis. *J Med Internet Res.* 2021;23(9):e28635. DOI: 10.2196/28635. PMID: 34542419.
51. Нестеренко ВГ. Керованість болю у паліативній медицині як фактор медико-соціального впливу на якість життя пацієнтів в кінці їх життя. Експериментальна і клінічна медицина. 2024;93(1):69-86. DOI: 10.35339/ekm.2024.93.1.nes.
52. Nesterenko VG, Mykhnevych KG. Practical aspects of pain relief in palliative medicine. *Inter Collegas.* 2024;11(1):57-72. DOI: 10.35339/ic.11.1.nem.
53. Soh TL, Krishna LK, Sim SW, Yee AC. Distancing sedation in end-of-life care from physician-assisted suicide and euthanasia. *Singapore Med J.* 2016;57(5):220-7. DOI: 10.11622/smedj.2016086. PMID: 27211055.
54. Shevchenko AS, Brown GW. What evidence-based medicine can oppose to falsifications in science. *Bull KhRIPHS.* 2020;96(4):24-35. DOI: 10.5281/zenodo.5076629.

55. de Vries E, Leal Arenas FA, van der Heide A, Gempeler Rueda FE, Murillo R, Morales O, et al. Medical decisions concerning the end of life for cancer patients in three Colombian hospitals – a survey study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):161. DOI: 10.1186/s12904-021-00853-9. PMID: 34657613.
56. Salinas Mengual J. Relationship between COVID-19, Euthanasia and Old Age: A Study from a Legal-Ethical Perspective. *J Relig Health*. 2021;60(4):2250-84. DOI: 10.1007/s10943-021-01280-z. PMID: 34014474.
57. A Project Examining Learning Arising from Serious Adverse Incidents Involving Suicide, Homicide and Serious Self Harm. Belfast: The Regulation and Quality Improvement Authority; 2017. 53 p. Available at: https://www.rqia.org.uk/getattachment/b31ca055-271d-4284-be39-2ce325ff1486/SAI-Suicide-Homicide-Serious-Self-Harm_Report_Final.pdf.aspx
58. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2019. Attitudes to dementia. 2019. 160 p. Available at: <https://www.alzint.org/u/WorldAlzheimerReport2019.pdf>
59. Eilers JJ, Kasten E. Finished with Life Anyway and Then Stigmatized for Attempting Suicide-An Overview. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(11):2303. DOI: 10.3390/healthcare10112303. PMID: 36421626.
60. Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2012;12:9. DOI: 10.1186/1471-244X-12-9. PMID: 22333684.
61. Swiss Criminal Code of 21 December 1937, SR 311.0. Federal Act (Status as of 1 March 2019). Available at: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/index.html>
62. Rossow I. Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*. 1994;89(12):1667-73. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1994.tb03767.x. PMID: 7866250.
63. Harmer B, Lee S, Rizvi A. Suicidal Ideation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
64. Zhi GYJ, Flaherty GT, Hallahan B. Final journeys: exploring the realities of suicide tourism. *J Travel Med*. 2019;26(3):taz016. DOI: 10.1093/jtm/taz016. PMID: 30860264.
65. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Muller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, Vanden Berghe P; Board Members of EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2016;30(2):104-16. DOI: 10.1177/0269216315616524. PMID: 26586603.
66. Chambaere K, Cohen J, Bernheim JL, Vander Stichele R, Deliens L. The European Association for Palliative Care White Paper on euthanasia and physician-assisted suicide: Dodging responsibility. *Palliat Med*. 2016;30(9):893-4. DOI: 10.1177/0269216316664470. PMID: 27609605.
67. WMA Declaration of Venice on End of Life Medical Care. Adopted by the 35th World Medical Assembly (Venice, Italy, October 1983). Revised by the 57th WMA General Assembly (Pilanesberg, South Africa, October 2006) and by the 73rd WMA General Assembly (Berlin, Germany, October 2022) [Internet]. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice> [accessed 20 Jun 2024].
68. McDougall R, Pratt B. Too much safety? Safeguards and equal access in the context of voluntary assisted dying legislation. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):38. DOI: 10.1186/s12910-020-00483-5. PMID: 32404097.

Nesterenko V.G.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF EUTHANASIA OF PALLIATIVE PATIENTS IN THE NETHERLANDS, BELGIUM AND GERMANY

In the palliative and hospice medicine of Ukraine, there are a number of unresolved legal and organizational problems that stand in the way of a dignified existence of hopelessly ill patients in the last days and months of their lives. First of all, these are unresolved issues with the coverage of treatment and care of a sufficient number of categories of patients: palliative care is provided mainly to patients with oncological, cardiovascular and neurological profiles of treatment. Secondly, it is the lack of adequate analgesia for a significant number of inpatients and the vast majority of patients receiving treatment at home. Availability of recently legalized medical cannabis remains low for palliative care patients, and palliative care euthanasia is not legalized. In our previous research, we found out that Ukrainian society is not ready for a dialogue about the need to legalize euthanasia, and that the best model of preparing society for euthanasia is the Canadian one, which is based on a comprehensive study of the opinions of the general public and direct participants of the Medical Assistance in Dying (MAiD), as well as on the implementation of decisions federal court. The article is devoted to legal procedures and socio-medical aspects of euthanasia and MAiD in the Netherlands, Belgium and Germany. Certain aspects of legalization, its context and circumstances, compared with the conditions of Ukraine. The article is an original theoretical study performed using the method of systematic analysis, comparative and bibliosemantic methods. Note that we are clarifying the terminology of the previous stages of the study: MAiD is performed by the patient himself, euthanasia is performed by the doctor. In our opinion, Ukraine needs the legalization of euthanasia and MAiD for all age categories, and with the implementation of special additional consent procedures for adult incapacitated patients. In the experience of the countries of the current comparison, we paid special attention to the prevention of abuses in the implementation of these procedures, in the conditions of frequent disregard for the norms of the law since the beginning of the war.

Keywords: *palliative and hospice care, suicides of palliative patients, Medical Assistance in Dying, right to life, right to die.*

Надійшла до редакції 22.08.2024

Відомості про автора

Нестеренко Валентина Геннадіївна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3773-9525.