

Eutanasia si sinuciderea asistata: declaratie comuna a medicilor si avocatilor

Traducerea si adaptarea in limba romana: Provita Bucuresti www.provitabucuresti.ro

Definitii:

- Eutanasia - terminarea activa, intentionata a vietii unui pacient de catre un doctor care considera ca moartea va fi in beneficiul pacientului.
- Eutanasia voluntara - eutanasia la cererea sau cel putin cu consimtamantul pacientului.
- Eutanasia involuntara - eutanasia impotriva dorintei unei persoane competente (care isi poate exprima vointa).
- Eutanasia non-voluntara - eutanasia unui pacient non-competent, precum persoane suferind de dementa senila sau copii mici.
- Eutanasia activa – terminarea intentionata a vietii unui pacient de catre un medic care crede ca moartea este in beneficiul pacientului.
- Eutanasia pasiva – terminarea vietii unui pacient prin omisiune, spre exemplu prin retragerea tratamentului.
- Sinuciderea asistata medical – terminarea de catre un pacient a propriei vietii, cu ajutorul medicului (in practica diferenta fata de eutanasia voluntara este minima).

Introducere

Eutanasia este actul deliberat de a pune capat vietii unui pacient cu intentia de a curma suferinta acestuia. Sinuciderea asistata medical (SAM) reprezinta moartea unui pacient ca urmare directa a "ajutorului" dat de un medic. Oricare ar fi argumentele folosite pentru eutanasia sau SAM, aceasta nu reprezinta altceva decat uciderea pacientului.

Intrebarea de ordin etic ramane - poate fi vreodata bine sa ucizi, chiar cu intentia de a alina suferinta? In majoritatea tarilor legea este foarte clara. A ucide un pacient, chiar si pentru a-i alina suferinta, este considerata omucidere. Din acest motiv, eutanasia este ilegala in Canada si in majoritatea tarilor. In prezent, numai in Tarile de Jos si in Belgia eutanasia a fost legalizata. SAM este de asemenea legala in Tarile de Jos si in statul Oregon, USA. Elvetia a legalizat sinuciderea asistata chiar si de catre o persoana care nu apartine cadrului medical.

Eutanasia, odata legalizata, va avea ca rezultat **uciderea unor pacienti care nu au dorit sa moara**. Experienta Tarilor de Jos arata ca eutanasia, odata legalizata, nu mai poate fi efectiv controlata. Eutanasia, initial gandita pentru grupuri bine delimitate cum ar fi pacientii cu boli in faza terminala, va fi practicata si pe alte grupuri de pacienti incluzand persoanele in varsta, persoanele cu handicap, persoanele cu probleme afective, persoane invalide si chiar copii sau nou-nascuti cu infirmitati care nu pot cere eutanasia. Din experienta Tarilor de Jos, cel putin o mie de pacienti, incluzand copii si nou-nascuti sunt ucisi in fiecare an fara consimtamantul liber exprimat si/sau impotriva dorintei lor.

Sfintenia sau inviolabilitatea vietii

Viata umana are o valoare intrinseca. Traditia iudeo-crestina sustine ca omul a fost creat dupa chipul lui Dumnezeu si ca urmare, viata umana are demnitate, sfintenie si este inviolabila. In traditie, principiul conform caruia nimeni nu trebuie sa uida este bazat pe aceasta demnitate si sfintenie. Din punct de vedere nereligios, acest principiu s-ar baza pe demnitatea si inviolabilitatea vietii umane, independent de existenta lui Dumnezeu.

Juramantul lui Hipocrate afirma acelasi principiu: **sa nu prescrii un medicament mortal, sa nu dai sfaturi care ar putea provoca moartea nici sa nu provoci un avort.** Hipocrate a trait in secolul al 5-lea IC si deci principiul sfinteniei vietii dateaza dinaintea invataturilor crestine. Declaratia de la Geneva facuta de Asociatia Medicala Mondiala din 1948 sustine: "Voi acorda cel mai mare respect vietii umane inca de la inceputurile ei." Dreptul la viata a fost inclus in Carta Canadiana a Drepturilor si Libertatilor. Acelasi principiu a fost implementat si in Conventia Europeana a Drepturilor Omului, care sustine urmatoarele: "Dreptul fiecarui om la viata va fi protejat prin lege. Nici un om nu ar trebui lipsit de viata intentionat..."

Principiul sfinteniei sau al inviolabilitatii vietii interzice uciderea intentionata, dar nu specifica faptul ca viata trebuie mentinuta cu orice pret, de exemplu pana la capat in cazul tratamentelor invazive sau agresive, cum ar fi ventilatia asistata impotriva dorintei pacientului constient sau in cazul in care tratamentele ar fi zadarnice, de exemplu chimioterapia agresiva pentru cancerul avansat.

Doctorii trebuie sa decida daca un tratament prescris este adecvat sau impovarator si neadecvat. Medicul il va gasi, de obicei, pe cel potrivit facand o analiza corecta in ceea ce priveste metodele folosite in tratament prin studierea tipului de tratament ce va fi utilizat, gradul sau de complexitate sau de risc, costurile si compara aceste elemente cu rezultatele asteptate, luand in considerare si starea de sanatate a persoanei bolnave si resursele fizice si psihice ale acesteia. Refuzul, venit din partea pacientului, al unui tratament agresiv nu este considerat sinucidere.

Moartea unei persoane, grabita in mod intentionat prin omiterea unor interventii medicale- "eutanasie pasiva"- este complet diferita de omiterea tratamentului zadarnic sau neadecvat. Actul de refuz sau de retragere a tratamentelor neadecvate (deoarece sunt neadecvate si zadarnice) este diferit de actul de omitere a tratamentului adecvat cu intentia "activa" de a grabi moartea. Diferenta fata de eutanasiu consta in aceea ca una din ele accepta principiul sfinteniei sau inviolabilitatii vietii si anume ca viata unui pacient merita intotdeauna orice efort, indiferent daca tratamentul nu este intotdeauna considerat cel mai potrivit.

Autonomia pacientului va scadea odata ce eutanasiu sau SAM va fi legalizata

In ciuda tuturor revedicarilor referitoare la "autonomia pacientului" formulate de sustinatorii eutanasiei, in cele din urma unul sau mai multi medici vor ajunge sa ia o decizie pe care nu ar trebui sa o ia, aceea daca viata unui pacient merita sau nu sa fie mentinuta sau scurtata.

Daca eutanasiu ar deveni legala, decizia de a scurta sau mentine viata pacientului sau de a-l asista pentru SAM va fi o caracteristica a profesiei de medic. Legalizarea eutanasiei si a SAM-ului

va duce la cresterea puterii doctorilor asupra pacientilor si va scadea in mod considerabil autonomia pacientilor.

Doctorul de origine germana Christoph William Hufeland a scris in anul 1806 urmatoarele: "Nu depinde de doctor daca viata este fericita sau nefericita, daca merita sau nu traita, si combinand aceste elemente in decizia sa, medicul sa devina cea mai periculoasa persoana din tara (citat in WJ Smith-lesire fortata, Spence Publishing, Dallas 2003, p.84).

Suntem convinsi ca cele enumerate mai jos se vor intampla daca eutanasia ar fi legalizata:

1. Eutanasia, odata legalizata, nu va putea fi controlata. Daca eutanasia ar fi legalizata, ar fi ucisi si pacienti care nu si-au dorit acest lucru.

Eutanasia, initial gandita pentru grupuri sigure cum ar fi pacientii cu boli in faza terminala, ar fi mai devreme sau mai tarziu folosita si pentru alte grupuri de pacienti cum ar fi persoanele in varsta, pacientii cu handicap, pacientii cu probleme afective, cei cu infirmitati si chiar copii sau nou-nascuti cu infirmitati. O schimbare a legislatiei va conduce la o desconsiderare a vietii umane, in general a membrilor vulnerabili dintr-o societate. "Eutanasia, odata acceptata este incontrollabila din motive filozofice, rationale si practice. Pacientii vor muri fara si impotriva dorintei lor daca o astfel de legislatie ar fi introdusa." (Declaratia Asociatiei Britanice pentru Medicina Paliativa si a Consiliului National pentru Servicii de Azil si Ingrijire Paliativa Specializata, declaratie facuta impotriva propunerilor de legalizate a eutanasierei si a SAM-ului, 2003).

Trei raportari facute pe o perioada de 10 ani de catre cercetatorii danezi arata ca in Olanda, tara in care eutanasia a fost legalizata, cel putin 1000 de pacienti sunt ucisi in fiecare an prin eutanasiere fara consimtamantul sau dorinta lor. Aceasta reprezinta o crima. Primul raport, publicat in 1991 arata ca in 1000 de cazuri (echivalentul a 0.8% din totalul deceselor) medicii au presris un medicament cu intentia clara de a grabi sfarsitul fara cererea explicita a pacientului. Urmatoarele doua raporturi, din 1996 si 2001, confirma aceste dezvaluiri.

In 2001, tot o mie de decese (0.7% din total) erau inregistrate, impotriva dorintei persoanelor sau fara consimtamantul liber al acestora. (Van der Maas PJ si altii: Eutanasia si alte decizii medicale privind sfarsitul vietii. Lancet 1991; 338: 669-74. Van der Maas PJ si altii: Eutanasia, sinuciderea medicala asistata, si alte practici medicale care grabesc moartea in Tarile de Jos, 1990-1995. NEJM 1996; 335: 1699-705. Onwuteaka-Philipsen BJ si altii: Eutanasia si alte decizii privind sfarsitul vietii in Tarile de Jos in 1990, 1995 si 2001. Lancet online 17 Iunie 2003. <http://image.thelancet.com/extras/03art3297web.pdf>).

Doctorii olandezi raporteaza autoritatilor in prezent numai jumatate din cazurile de eutanasiere. Cu o rata asa de scazuta a raportarilor, afirmatiile olandeze privind un control corespunzator suna nesincer. Intr-o analiza recenta, rata notificarilor a crescut de la 18% in 1990 la 45% in 1990 si la 54% in 2001. Intrebati de ce doctorii nu raporteaza cazurile de eutanasiere autoritatilor, chiar daca legea ii obliga sa o faca, medicii au raspuns ca aceasta conditie este considerata plictisitoare si o pierdere de timp. Mult mai ingrijoratoare este posibilitatea ca pacientii sa fi fost "eutanasiati" de catre doctori prin incalcarea regulamentelor si cazurile nu au fost raportate pentru a se evita

cercetarile penale.(Onwuteaka-Philipsen, BD si altii Experienta Olandei in monitorizarea eutanasiei, British Medical Journal 2005; 331:691-3).

“Panta alunecoasa” este explicata de ceea ce se intampla in Olanda si Belgia: “Doctorii olandezi au plecat de la omorarea pacientilor bolnavi in faza terminala si au ajuns la omorarea bolnavilor cronici care au cerut-o, la omorarea depresivilor care nu aveau nici o suferinta fizica dar au cerut sa moara, la omorarea nou-nascutilor pentru simplul fapt ca aveau infirmitati, chiar daca, prin definitie, acestia nu ar fi putu cere sa moara.” (Wesley J Smith. Iesire fortata. Dallas 2003. p 111.)

Eutanasia nu se opreste la adultii din Tarile de Jos. Noua procente din totalul deceselor la nou-nascuti in Tarile de Jos au avut loc ca urmare a continuarii administrarii de medicamente cu scopul explicit de a le grabi moartea. Acest lucru a fost remarcat in doua raportari din 1995 si 2001. Cel putin 2.7% din decesele inregistrate la copiii intre varste de 1 si 17 ani in Tarile de Jos s-au datorat eutanasiei. (Vracking A si altii. Deciziile medicale de luare a vietii nou-nascutilor si a copiilor in Tarile de Jos. 1995-2001. Lancet, 2005;365:1329-1331 Vracking A si altii – Deciziile medicale de luare a vietii nou-nascutilor si a copiilor in Tarile de Jos. Arhivele de Medicina Pediatrica si pentru Adolescenti 2005;159:802-9.)

In Flandra, Belgia, mai mult de jumatate din decesele in randul nou-nascutilor au fost provocate de doctori prin deciziile de luare a vietii, de obicei oprind medicatia prescrisa acestora. Totusi, 7% din totalul deceselor nou-nascutilor au fost provocate de o injectie cu o doza letala de medicament. Cei mai multi dintre copii aveau malformatii congenitale si/sau erau nascuti prematur. Trei pediatri din patru au fost pregatiti sa se implice in eutanasierea nou-nascutilor. (Provost V. si altii-Deciziile de luare a vietii nou-nascutilor si a copiilor in Flandra. Lancet 2005; 365:1315-50.) In 2002, in Belgia a fost legalizata eutanasia pentru adultii care sufera de afectiune fizica sau psihica permanenta si insuportabila, si care sunt suficient de constienti sa ceara sa moara. A omori copii reprezinta o infractiune in Belgia. (Daily Telegraph; 9 aprilie, 2005)

2. Legalizarea eutanasiei sau SAM-ului ar impune o presiune asupra celor bolnavi si a acelor care simt ca datorita bolii, infirmitatilor si a tratamentului scump, au devenit nefolositori pentru societate si in special pentru rude.

Acest lucru este aratat in exemplul urmator, in Olanda: o femeie in varsta de 65 ani, suferinda de cancer incurabil, a fost externata din spital. Doctorul ei a discutat despre eutanasia cu ea. Pacienta a refuzat eutanasia din motive religioase. Totusi, pe masura agravarii starii ei, a devenit din ce in ce mai bolnava si se considera o povara pentru sotul ei. Ca urmare, a cerut eutanasia si a decedat. Cazul a fost raportat, dar procurorul nu a gasit nimic in neregula. (Dr Peter Hildering, Presedinte, Liga Medicilor Danezi intr-o prezentare la House of Lords, UK, 7 mai, 2003).

Intr-un studiu asupra bolnavilor in stare terminala, acei pacienti cu nevoi de ingrijire substantiale erau mai predispusi sa se simta o povara economica pentru ceilalti. Acest grup era mai predispus sa se gandeasca la eutanasia sau SAM. (Emanuel EJ si altii. Intelegerea economica si alte poveri ale bolilor in faza terminala: experienta pacientilor si a celor care i-au ingrijit. Analele de Medicina Interna. 2000; 132:451-9.)

In Oregon, sinuciderea asistata medical (SAM) a fost legalizata in 1997. Un raport recent a dezvaluit ca, pe masura ce se accepta SAM-ul, procentul pacientilor care au murit prin SAM deoarece se simteau o povara pentru ceilalti (nu neaparat singurul motiv) a crescut de la 12% in 1998 la 26% in 1999 si la 63% in 2000. (Sullivan AD si altii Sinuciderea asistata medical legalizata

in Oregon, 1998-2000. Revista de Medicina din New England 2001; 344:605-607). Pe masura acceptarii SAM-ului, aproape doua treimi din cei ce au murit ca urmare a SAM au declarat ca se simteau o povara pentru familii, prieteni, ingrijitori si acesta a fost motivul principal pentru care au cerut SAM.

3. Legalizarea eutanasiei sau SAM-ului va aduce modificari profunde in atitudinile sociale fata de boala, infirmitati, moarte, varsta inaintata si rolul profesiei medicale. Odata ce eutanasia este legalizata, va deveni din ce in ce mai mult o "optiune de tratament" printre celelalte tratamente medicale si chirurgicale obisnuite.

Pe masura cresterii acceptarii eutanasiei, orice persoana cu pregatire medicala - nu neaparat si finalizata - va considera eutanasia ca o metoda de tratament. Eutanasia va deveni acceptata pentru conditii ca depresie, stres, singuratate, frica de imbolnavire sau frica de declin, dar si pentru copiii sau adultii cu infirmitati. Eutanasia ar deveni o parte din arsenalul de tratamente medicale pe langa tratamentele medicale clasice cum sunt tratamentul durerii, medicatia anti-depresiva, radioterapie si chimioterapie.

Dr Karel Gunning, doctor generalist olandez, sustine: "Odata ce accepti ca uciderea reprezinta o solutie pentru o singura problema, maine vei gasi sute de probleme pentru care uciderea poate fi privita ca o solutie."

Schimbarile profunde in atitudinile sociale pot fi comparate cu schimbarile care au aparut dupa ce sanctiunile penale impotriva avortului au fost inlaturate ca fiind neconstitutionale. Cum avortul reprezinta o optiune pentru orice femeie insarcinata, eutanasia sau SAM, odata legalizate, vor deveni o optiune pentru oricine este sau se considera bolnav/bolnava. Dupa ce avortul a fost legalizat in Canada in 1969, primul an in care statisticile au fost disponibile, 1970, au fost facute 11.152 de avorturi. In 2002, au fost facute 102.154 de avorturi. Aceasta crestere impresionanta indica o pierdere a respectului fata de sfintenia (sau inviolabilitatea) vietii umane. Odata ce legea permite luarea unei vietii umane este pregatit terenul pentru distrugerea tuturor vietilor vulnerabile deoarece legea serveste drept ghid pentru constiinta. Ceea ce este legal este perceput ca fiind din punct de vedere moral, permis.

4. Legalizarea eutanasiei si SAM-ului va submina in cele din urma ingrijirea medicala, in special ingrijirea paliativa si va submina serios relatiile doctor-pacient. Se sustine ca eutanasia reprezinta dreptul de a avea o moarte "buna". Totusi, eutanasia nu reprezinta dreptul de a avea o moarte "buna". Ea reprezinta drepturile care li se dau medicilor asupra vietii pacientilor lor. Noi, ca medici, refuzam sa devenim calaii pacientilor nostri.

Legalizand eutanasia vom aduce o schimbare fundamentala in relatia doctor-pacient, cand pacientii se vor intreba daca medicul care intra in rezerva "poarta hainele albe ale unui tamaduitor sau cele negre ale unui calau". (Declaratia Asociatiei Medicale Britanice - Deciziile de incetare a vietii, 2000).

Schimbarea de atitudine printre doctorii care participa la eutanassii este elocvent ilustrata de urmatoarea conversatie dintre Lord McColl, profesor de chirurgie, si un doctor olandez despre prima experienta in eutanassie. "O!" a spus, "noi am agonizat zile intregi. A fost groaznic. Oricum, al doilea caz a fost mult mai usor, iar al treilea, am remarcat eu, "floare la ureche". (Lord McColl intr-o prelegere la House of Lords, UK; Lords Hansard, 10 octombrie, 2005).

Este mult mai usor si ieftin sa omori un pacient decat sa-l tratezi. Avem temeri serioase referitoare la prevederile serviciilor adecvate de ingrijire paliativa daca eutanasia ar fi legalizata. Credem ca eutanasia si SAM vor submina eforturile pentru o buna ingrijire paliativa si progresul major care a fost facut in medicina paliativa in usurarea simptomelor si a suferintei bolnavilor aflati pe moarte. In Tarile de Jos, 84% din cei de solicita eutanasia chiar au dureri, si 70% au probleme de respiratie. Un raport asupra incetarii vietii in US a relevat ca mai putin de 20% din spitalele din Oregon au programe de ingrijire paliativa, si a acordat statului Oregon Gradul E pentru ingrijire in faza terminala. (Baroness Finlay, profesor de Ingrijire Paliativa intr-o dezbatere la House of Lords, Hnasard; 10 octombrie 2005, coloana 23f).

Dorinta de a muri este rareori o decizie intra-adevar autonoma

Dorinta de a muri este mai degraba expresia depresiei, durerii sau a unui control slab al simptomelor, decat o dorinta autentica. Dorinta de a muri si de a trai se schimba frecvent in timp, in special daca durerea sau depresia au fost tratate.

In Oregon, unde SAM a fost legalizata, unul din doi pacienti care au solicitat SAM s-a razgandit dupa inceperea tratamentului, ca urmare a controlului durerii, prescrierii de medicatie antidepresiva sau a trimiterii intr-un sanatoriu. Totusi, dintre acei pacienti la care nu a fost initiat controlul simptomelor, numai 15% din cei care au solicitat initial sinuciderea asistata medical s-au razgandit. (Ganzini L si altii - Experientele Medicilor, Actul mortii cu demnitate in Oregon. Revista Medicala - New England 2000; 342: 557-63).

Intr-o relatare despre bolnavii aflati in faza terminala, un total de 60% ar fi acceptat eutanasia intr-o situatie ipotetica, desi numai 10.6% au raspuns serios ca ar alege eutanasia sau SAM. Factorii asociati cu faptul ca ar fi mai probabil sa solicite eutanasia era nevoia de apreciere, depresia, nevoile de ingrijiri speciale si durerea. La o re-intervievare peste sase luni, jumatate din bolnavii aflati in faza terminala care au solicitat eutanasia s-au razgandit, in timp ce un numar aproape egal a inceput sa se gandeasca la aceste interventii. (Emanuel EJ si altii, Atitudini si dorinte legate de eutanasia si sinuciderea asistata medical printre bolnavii aflati in stare terminala si ingrijitorii lor. JAMA 2000; 284:2460-8).

La bolnavii aflati in faza terminala, dorinta trecatoare ca moartea sa survina cat mai repede era comuna la jumatate din acestia, dar numai 9% dintre pacienti erau intr-adevar constienti de dorinta sincera e a muri. Dorinta de a muri era mai puternica la cei cu dureri insuportabile, fara sprijin din partea familiei, dar cea mai puternica la cei cu depresie severa. Aproape 60% din acei pacienti care si-au exprimat clar dorinta de a muri erau depresivi, pe cand depresia a fost depistata numai la 8% dintre cei care nu si-au manifestat dorinta de a muri. Autorul concluzioneaza: "Dorinta de a muri la bolnavii in faza terminala este adesea asociata cu depresia - cauza tratabila - si aceasta poate scadea in timp. O dezbatere documentata despre eutanasia ar trebui sa recunoasca importanta considerentelor psihiatrice, la fel ca si schimbarea dorintei bolnavilor de a muri." (Chochinov HM si altii, Dorinta de a muri la boala incurabila. Revista americana de psihiatrie. 1995; 152: 1185-91)

Eutanasia si sinuciderea asistata medical - moartea nu chiar asa de buna dupa cum se spera

Unul din argumentele principale in favoarea eutanasiei si a sinuciderii asistate medical este acela de a-i oferi pacientului o "moarte buna". Totusi, realitatea este total diferita. Cercetari olandeze arata prezenta unor complicatii care au aparut nu de putine ori cand a fost folosita eutanasia sau sinuciderea asistata medical. In loc sa moara rapid, unor pacienti le-a luat cateva zile sa moara.

Desi medicii olandezi au cea mai lunga experienta privind eutanasia decat orice alta tara, totusi efectele negative mai apar: in 18% din cazurile in care pacientii au apelat la sinucidere asistata medical, doctorul a trebuit sa intervina si sa omoare pacientul. Motivele acestei interventii au fost ori trezirea pacientului din coma, sau dificultati in a inghiti medicamentele pe cale orala, vomitarea acestora sau adormirea inainte de a lua toata medicamentatia. In plus, in aproape jumatate din cazuri care au inceput cu SAM, pacientul nu a murit rapid astfel incat doctorul a trebuit sa intervina. In timp ce era planificat ca pacientul sa moara la o jumatate de ora dupa ce lua medicamentele letale, unui procent de 19% din pacienti le-a luat de la 45 de minute pana la 7 zile sa moara. (Groenewoud JH si altii Probleme medicale privind realizarea eutanasiei si a sinuciderii asistate medical in Tarile de Jos.Revista medicala din New England 2000; 342: 551-6).

Au fost cateva probleme remarcate in cazul eutanasiei fata de SAM, dar totusi inca a 10% din pacienti le-a luat prea mult timp sa moara, chiar pana la 7 zile. In ambele cazuri, eutanasia sau sinucidere asistata medical, un mic numar de pacienti s-au trezit si a trebuit sa fie omorati. Aceasta cu siguranta nu a reprezentat "moartea buna" pe care o sperau. (Groenewoud JH si altii Revista Medicala New England 2000; 342: 551-6).

Concluzii

In timp ce eutanasia si sinuciderea asistata medical (PAS) ar putea parea, la suprafata, atragatoare, acestea au efecte negative profunde in formarea societatii, in atitudinea noastra fata de moarte si boala si in atitudinea fata de cei bolnavi sau cu infirmitati.

Eutanasia, odata legalizata, nu va putea fi efectiv controlata. Experienta olandeza arata ca aproape 1000 de pacienti sunt omorati de catre medici in fiecare an impotriva dorintei sau consimtamantului lor. Eutanasia, initial gandita pentru un grup sigur, de exemplu pacientii cu boli in faza terminala, a fost aplicata si pe alte grupuri, pe cei care sunt bolnavi sau doar se considera ei insisi bolnavi, si chiar pe nou-nascutii cu infirmitati.

Eutanasia si SAM plaseaza o presiune mare, privind acceptul de a fi omorate, asupra persoanelor in varsta sau bolnave sau care se considera , din cauza bolii, infirmitatii sau a tratamentului scump, a fi o povara pentru rude sau societate. "Dreptul de a muri" va deveni in curand "datoria de a muri".

Odata cu cresterea acceptarii eutanasiei sau sinuciderii asistate medical, va interveni o schimbare in perceperea bolii, mortii si a tratamentului medical. Exemplul legalizarii avortului arata ce se intampla. Fiecare femeie insarcinata acum trebuie sa decida daca va pastreaza sarcina sau avorteaza. In mod similar, eutanasia sau SAM, odata legalizata va deveni o optiune de "tratament" pentru aceia care sunt diagnosticati cu o boala, nu neaparat incurabila, si care se considera bolnavi.

Este intotdeauna mai ieftin (si mai rapid) sa omori decat sa tratezi. Legalizarea eutanasiei va submina ingrijirea medicala si in special ingrijirea paliativa. Acolo unde eutanasia sau SAM au fost legalizate (de exemplu in tarile de Jos sau statul Oregon) prevederile referitoare la ingrijirea paliativa par simple si inadecvate.

Legalizarea eutanasiei inseamna afectarea negativa a relatiei doctor-pacient. In ciuda tuturor masurilor de siguranta, pacientii se vor intreba daca doctorul poarta haina alba a tamaduiorului sau cea neagra a calaului. Ca medici, niciodata nu ne dorim sa ne omoram pacientii.

Ca medici si avocati, ne opunem cu tarie oricaror incercari in legalizarea eutanasiei sau a sinuciderii asistate medical.

- Octombrie 2005 -

Autorii raportului:

Hans-Christian Raabe, MD, MRCP (UK), MRCGP (UK), General Practitioner; **John Shea**, MD, FRCP (C), Radiologist; **W. Joseph Askin**, MD, FCFP, Family Physician; **Christena Beintema**, MD, General Practice; **Michael Bentley-Taylor**, Cardiologist; **Henry John Block**, BA, MD, FRCPC, Pathologist; **Riina Ines Bray**, BSc, MSc, MD, CCFP, MSc (C), Assistant Professor, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto; **Howard Bright**, MD, Clinical Associate Professor, Department of Family Practice, UBC; **André Bourque**, MD, Head of Family Medicine and Interim head of Palliative Care, Centre Hospitalier de l'Université de Montréal; **Luke Chen**, MD, Internal Medicine Resident; **John A. J. Christensen**, MD, FRC.P(C), FRANZCP; **T.B. Costin**, MD, Family Medicine; Dr. **Kathleen W. Craig**, MB, ChB, General Practitioner; Dr. **William S. R.Craig**, BM, BCh, FRCS (C), Gynaecologist; **Donald J. Curry**, MD, MPH, CCFP; **Anna Felstom**, MD, FRCP (C), Assistant Professor, University of Saskatchewan, Psychiatry; **Randall W. Friesen**, MD, FRCSC, FICS, Clinical Lecturer in Surgery, University of Saskatchewan; **Catherine Ferrier**, MD, CCFP, FCFP, Assistant Professor, Department of Family Medicine, McGill University; **Sheila Rutledge Harding**, MD, FRCPC, Professor of Hematology, University of Saskatchewan; **Robert Hauptman**, BMSc, MD, Chief, Department of Family Medicine Sturgeon Hospital; **Kevin M. Hay**, MB, BCh, BAO, MRCPI, MRCGP, CCFP, FCFP, DCH, DObst, DRCOG, Family Physician; **Christin Hilbert**, BMedSc, MD, CCFP, Family Physician; Hon. **Dr. Grant Hill**, P.C.; **David Hook**, MD, FRCP (C), Anesthesiologist; **Will Johnston**, MD, Co-chair, Euthanasia Prevention Coalition of BC; **Lydia Kapiriri**, MD, MMed, PhD, Joint Centre for Bioethics, University of Toronto; **James Cecil Kennedy**, MD, PhD, Professor Emeritus, Department of Oncology, Queen's University, Kingston; **Margaret C. Keresztesi**, MD, CCFP, Family Physician; **Kathleen Kerr**, MD, Diploma Environmental Health; **David Kopriva**, MDCM, FRCS(C), Clinical Assistant Professor of Surgery, University of Saskatchewan; **George Kubac**, MD, FRCP(C), FACC, Cardiologist; **W. André Lafrance**, MD, FRCP(C), Dermatologist; **Fok-Han Leung**, MD, Family Medicine; **Tim Lau**, MD, FRCP(C), Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Ottawa; **Dr François Lehmann**, Director of Family Medicine, Université de Montréal; **Rene Leiva**, MD, CM, CCFP (CoE), Palliative Care; **Barbara Ann MacKalski**, MD, FRCP(C), Internist; **Karen L McClean**, MD, FRCPC, Infectious Diseases Specialist; Dr **McFadden**, Family Medicine; **William Mitchell-Banks**, BM BCh, D(Obst)RCOG, FCFPC; Dr **A Mol**; **John M Mulhern**, BA, BDentSC, LDM MSD, CertEndo, Endodontist; Dr. **A.J.B.Nazareth**; **Ruth Oliver**, MB,ChB, FRCP (C), Psychiatrist; **H Robert C Pankratz**, MD, Palliative Care Physician; **Mikulas Pavlovsky**, MD, General Practitioner; **Donald J. Peters**, Assistant Professor, Anesthesia, University of Manitoba; **Paul Pitt**, MD, CCFP, FCF, Lecturer DFCM, University of Toronto, Past Chief of Family Medicine; **Anke Raabe**, MD, FRCR (UK), Radiologist; **Antoine G. Rabbat**, MD, FRCSC, FACS, Vascular and Thoracic Surgeon; **Paul Ranalli** MD, FRCP (C), Neurologist; **Martin Reedyk**, MD; **Edwin John Rix**, MB, ChB, LMCC, CAFC; **Carmelo Scime**, MD, Family Physician; **Dr. Graham Stratford**, General Practitioner; **Dylan A. Taylor**, MD, FRCP (C),

FACC, Clinical Professor of Medicine, University of Alberta; **Karen Thompson**, MD, Ophthalmologist; **Peter Thompson**, MD, Anaesthetist; **Edward J. Tworek**, MD, FRCS (C), FACS, FICS, RCMP Health Services Officer; **R L Walley**, FRCSC, FRCOG., MPH (Harvard), Honorary Research Professor of Obstetrics and Gynaecology, Memorial University of Newfoundland; **John K. Wilson** MD, FRCP (C), Cardiologist.

Sustinatori/co-semnatari

Ruth Ross, Barrister/Solicitor, London; **Esther Abraham**, Barrister/Solicitor, Mississauga; **Peter Anderson**, Barrister/Solicitor, Vancouver; **Chris Becker**, Barrister/Solicitor, Abbotsford; **Norman J. Bossé**, Barrister/Solicitor, Saint John; **W. Ted Catlin**, Q.C., Barrister/Solicitor, Vernon; **Stellanie M. Criebardis Hyer**, Barrister/Solicitor, Calgary; **Teresa Douma**, Barrister/Solicitor, Elmira; **Paul Faris**, Lawyer, Medicine Hat; **Marie-Louise Fast**, Barrister/Solicitor, Richmond; **Peter Fenton**, Barrister/Solicitor, Saskatoon; **David Garabedian**, Law Student, Oak Brook College of Law; **Nancy Toran Harbin**, Barrister/Solicitor, Toronto; **Richard M. Harding**, Barrister/Solicitor, Calgary; **Gary Hewitt**, Sessional Lecturer, Sauder School of Business, University of British Columbia; **Sandra M. Jennings**, Lawyer & Mediator; **J. Scott Kennedy**, Barrister/Solicitor, Winnipeg; **Walter Kubitz**, Barrister/Solicitor, Calgary; **C. Gwendolyn Landolt**, Barrister/Solicitor; Richmond Hill; **Elizabeth Lockhart**, Barrister/Solicitor, Ottawa; **Ron McDonald**, Barrister/Solicitor, Lethbridge; **Lisa McManus**, Lawyer, London; **David W. McMath**, Barrister/Solicitor, Fredericton; **Michael Menear**, Barrister/Solicitor, London; **Dr. Bradley Miller**, Assistant Professor, Faculty of Law, University of Western Ontario; **Peter Mogan**, Barrister/Solicitor, Vancouver; **Mark Mudri**, Lawyer, Adelaide (AUS); **JoAnne Nadeau**, Lawyer, Ottawa; **Paul Nicholson**, Barrister/Solicitor, Oshawa; **Joseph Paradiso**, Barrister/Solicitor, Woodbridge; **Charles J. Phelan**, QC, Barrister/Solicitor, Winnipeg; **Brian D. Scott**, Retired Lawyer, London; **Roy Sommerey**, Barrister/Solicitor, Kelowna; **Shawn M. Smith**, Barrister/Solicitor, White Rock; **Geoffrey Trotter**, Law Student, University of British Columbia; **Ken Volkenant**, Barrister/Solicitor, Surrey; **Andrea Minichiello Williams**, Barrister, UK; **Prof. William Wagner**, Director - Center for Ethics and Responsibility, Cooley Law School, (USA); **Mervyn White**, Barrister/Solicitor, Orangeville.