

**LATVIJAS UNIVERSITĀTE**  
**JURIDISKĀ FAKULTĀTE**



**PROMOCIJAS DARBS**

**EITANĀZIJAS ĒTISKIE UN KRIMINĀLTIESISKIE ASPEKTI**

Juridiskās zinātnes  
doktora studiju programmas  
doktorants  
**Rihards Poļaks**  
rp09143

Promocijas darba vadītāja:  
Dr.iur., prof. Valentija Liholaja

**Rīga 2015**



Šis darbs izstrādāts ar Eiropas Sociālā fonda atbalstu projektā «Atbalsts doktora studijām Latvijas Universitātē».

# SATURA RĀDĪTĀJS

	lpp.
Ievads .....	3
1. Eitanāzijas vēsture, jēdziena skaidrojums, formas un to veidi .....	10
1.1. Eitanāzijas vēsture un jēdziena skaidrojums .....	10
1.2. Eitanāzijas formas un to veidi.....	16
1.2.1. Brīvprātīgā eitanāzija.....	18
1.2.2. Nebrīvprātīgā eitanāzija.....	22
1.2.3. Aktīvā eitanāzija.....	28
1.2.4. Asistētā pašnāvība un tās formas .....	34
1.2.5. Pasīvā eitanāzija .....	39
2. Medicīniski ētiskie eitanāzijas praktizēšanas apstākļi .....	48
2.1. Eitanāzijas konfliktējošais raksturs ar ārstu ētikas pamatprincipiem.....	48
2.2. Dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija un citi dzīvības saīsinājošie ārstniecības līdzekļi – eitanāzija vai pieļaujamā medicīnas prakse .....	75
3. Eitanāzija cilvēktiesību skatījumā.....	90
4. Eitanāzijas un asistētās pašnāvības krimināltiesiskais regulējums ārvalstīs un tā raksturojums....	117
4.1. Valstis, kas nepieļauj eitanāzijas praktizēšanu, un to alternatīvā krimināltiesiskā regulējuma analīze.....	118
4.1.1. Valstis, kas nereglamentē eitanāzijas un asistētās pašnāvības jautājumu, un to krimināltiesiskais risinājums.....	118
4.1.2. „Vienas” krimināltiesību normas valstu specifika .....	128
4.1.3. Ieskats „divu kriminālkodeksu normu” valstu tiesiskā regulējumā .....	135
4.1.4. Eitanāzijas un asistēto pašnāvību praktizēšanas aizliedzošo valstu kriminālkodeksos paredzēto speciālo normu sastāvu analīze .....	140
4.2. „Vieglo nāvi” legalizējošo valstu tiesiskā regulējuma un to prakses analīze .....	145
4.2.1. Nīderlandes nozīme tiesisko jautājumu risināšanā .....	145
4.2.2. Beļģijas tiesiskā regulējuma atšķirības.....	178
4.2.3. Luksemburgas pieredze .....	184
4.2.4. ASV: Oregonas, Vašingtonas un Vermontas štats.....	186

5. Eitanāzijas formu un to veidu krimināltiesiskais regulējums Latvijā, to kvalifikācija un priekšlikumi grozījumu veikšanai Krimināllikumā .....	196
5.1. Eitanāzijas formu un to veidu krimināltiesiskais regulējums Latvijā un tās kvalifikācija .....	196
5.2. Priekšlikumi grozījumu veikšanai Krimināllikumā eitanāzijas tiesiskai reglamentācijai .....	214
Kopsavilkums .....	238
Anotācija latviešu valodā .....	252
Anotācija angļu valodā.....	253
Anotācija vācu valodā.....	254
Izmantotās literatūras, normatīvo aktu un juridiskās prakses saraksts .....	255
Pielikumi .....	282

## Ievads

Cilvēka dzīvības un veselības intereses Latvijā tiek uzskatītas par primārām, tās aizsargā likums. Šādas tiesības ir nostiprinātas ne tikai Latvijas Republikas Satversmē, kuras 8.nodaļas „Cilvēka pamattiesības” 93.pants deklarē, ka „Ikviens ir tiesīgs uz dzīvību aizsargā likumu”<sup>1</sup>, bet arī virknē starptautisko cilvēktiesību dokumentu, kuriem Latvija ir pievienojusies un apņēmusies ievērot.

Pirmo reizi tiesības uz dzīvību starptautiski tika nostiprinātas drīzumā pēc II Pasaules kara, Apvienoto Nāciju Organizācijai (turpmāk - ANO) 1948.gada 10.decembrī Ģenerālajā Asamblejā pieņemot Vispārējo cilvēktiesību deklarāciju, kuras 3.pantā tika pasludināts, ka „Katram cilvēkam ir tiesības uz dzīvību [..]”<sup>2</sup> Vēlāk šādas tiesības tika atrunātas arī Eiropas Padomes 1950.gada 4.novembra Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 2.pantā, nosakot, ka „Ikviens ir tiesīgs uz dzīvību aizsargā likumu [..]”<sup>3</sup> un ANO 1966.gada 16.decembra Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām 6.panta pirmajā daļā, kas nosaka, ka „Tiesības uz dzīvību ir katra cilvēka neatņemamas tiesības. Šīs tiesības jāaizsargā ar likumu.”<sup>4</sup>

Veselības un dzīvības sargāšana ir ne tikai valsts, sabiedrības, katra cilvēka, bet arī, saskaņā ar Latvijas ārstu ētikas kodeksa 1.panta 2.punktu, katra ārsta galvenais pienākums.<sup>5</sup> Par šādu tiesību apdraudējumu iestājas Krimināllikumā<sup>6</sup> paredzētā atbildība.

Šīs tiesības, kas nenoliedzami atzīstamas par vienām no krimināltiesību svarīgākām aizsargājamām interesēm, vistiešākajā veidā pakļauj apdraudējumam eitanāzijas problēma, kas jau vairākus gadu desmitus ir bijusi un joprojām ir diskusiju objekts mediķu, juristu, bioētiķu, filozofu un garīdzniecības vidū, turklāt attieksme pret eitanāziju jeb „*vieglo nāvi*”, kas vērsta uz paātrinātu nedziedināmi slima cilvēka nāves iestāšanos vai slimības izraisītas nāves nenovēršanu, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, sabiedrībā nekad nav bijusi viennozīmīga, jo, pirmām kārtām, tā skar eksistenciālos jautājumus. Ne velti jau savulaik pazīstamais franču rakstnieks un filozofs Albērs Kamī (fr. *Albert Camus*; 07.11.1913. - 04.01.1960.) savu eseju „Mīts par Sīsifu” sāk ar atziņu, ka „Patiesi nopietna ir tikai viena filozofijas problēma: tā ir pašnāvības

---

<sup>1</sup> Latvijas Republikas Satversme: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, Nr.43.

<sup>2</sup> Vispārējā cilvēktiesību deklarācija. Grām.: Cilvēka tiesības. Starptautisko līgumu krājums. 1.sējums (Pirmā daļa). Universālie līgumi. Apvienotās Nācijas: Ņujorka un Ženēva, 1994, 2.lpp.

<sup>3</sup> Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. Latvijas Vēstnesis, 1997. 13.jūnijs, Nr.143/144.

<sup>4</sup> Starptautiskais pakts par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām. Latvijas Vēstnesis, 2003. 23.aprīlis, Nr.61.

<sup>5</sup> Latvijas ārstu ētikas kodekss. Ar grozījumiem, kas izdarīti 1998.gada 9.oktobrī. Pieejams: <http://www.arstubiedriba.lv/images/etikaskodekss.pdf> [aplūkots 2015.gada 7.maijā].

<sup>6</sup> Krimināllikums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, Nr.199/200.

problēma. Izšķirt, vai dzīve ir vai nav dzīvošanas vērtā, nozīmē atbildēt uz filozofijas pamatjautājumu.”<sup>7</sup>

Ja pašnāvība ir katra cilvēka brīva izvēle, tad eitanāzija ir ievērojami komplicētāka problēma, jo tā vienmēr paredz arī cita indivīda iesaistīšanu dzīvības izbeigšanas procesā, formulējot vienu no strīdīgākajiem tiesību jautājumiem – vai nedziedināmi slims cilvēks ciešanu izbeigšanai ir tiesīgs lūgt paātrināt savu nāvi un, vai mediķis vai arī jebkura cita persona ir tiesīga šo lūgumu apmierināt. Tamdēļ, nebūtu pārspīlēti apgalvot, ka eitanāzijas problēma kļuvusi par XX un XXI gadsimta izaicinājumu krimināltiesību zinātnei. No vienas puses, krimināltiesību pamatuzdevums ir aizsargāt likumdevēja Krimināllikumā noteiktās intereses no jebkāda to nesankcionēta apdraudējuma un sodīt vainīgās personas par to aizskārumpu, taču, no otras puses, tās nedrīkst nelegitīmi iejaukties cilvēka pamattiesību sfērā. Ja slepkavība, kuras motīvs saistīts ar greizsirdību, atriebību utt., ir sodāma ikvienā demokrātiskā valstī tieši kriminālā kārtā, tad ar īpašu vērību nonāvēšanas jautājums ir skatāms, ja vainīgās personas motīvs bijis līdzcietība pret cietušo un tā vienīgais mērķis – atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, nevis organisma dzīvotspējas pārtraukšana kā pašmērķis. Šajā sakarībā pārdomu vērti ir pazīstamā Latvijas jurista Egila Levīta vārdi, atzīstot, ka tiesības uz dzīvību ir „[...] cilvēka fundamentālas dabiskas tiesības, kuras eksistē un kuru apjoms tiek noteikts neatkarīgi no tā, vai valsts tās atzīst vai nē. Valsts savu rīcību var tikai pieskaņot šīm dabiskajām tiesībām – tad tā ir demokrātiska tiesiska valsts.”<sup>8</sup> Tomēr atbildi uz izvirzīto jautājumu sarežģī eitanāzijas institūta starpdisciplinārais raksturs, kas liedz to aplūkot kādas noteiktas zinātnes ietvaros, gūstot universālu atbildi par tās praktizēšanas pieļaujamību vai arī nosodījumu, kas būtu vienlīdz pieņemama visām zinātņu nozarēm.

„*Vieglās nāves*” problēma nav raksturīga vienīgi attīstītām Rietumu valstīm un jau, sākot ar XX gadsimta beigām un XXI gadsimta sākumpu, atsevišķu ārvalstu tiesībās tā ir kļuvusi par vispāratzītu alternatīvu nedziedināmu slimību izraisīto mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanai, kad tradicionālie ārstēšanas līdzekļi izrādījušies neefektīvi, nodrošinot iespēju cilvēkam nomirt „ar cieņu”. Starp šādām valstīm īpaši jāizceļ Nīderlandes pieredze, kura ne tikai bija pirmā valsts Eiropā, kas 2001.gada 10.aprīlī legalizēja aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un ārsta asistētās pašnāvības, savas līderpozīcijas kopējo nostādņu veidošanā analizējamā jautājumā saglabājot līdz pat šai dienai, bet arī deformēja tradicionālo izpratni par to, kas tad patiesībā ir eitanāzija un, kādi bijuši tās sākotnējie mērķi, nepieļaujami paplašinot tās izmantošanas iespējas laikā, kad novērojama strauja paredzētās kontroles

<sup>7</sup> Kamī A. Mīts par Sīsīfu. Rīga: Apgāds „Jumava”, 2008, 11.lpp.

<sup>8</sup> Levits E. Piezīmes par Satversmes 8. nodaļu – Cilvēka pamattiesības. Grām.: Satversme un cilvēktiesības. Gadagrāmata 1999. Cilvēktiesību Žurnāls, 1999, Nr.9-12, 23.lpp.

efektivitātes mazināšanās. Šie apstākļi nosaka nepieciešamību promocijas darbā pievērst pastiprinātu uzmanību minēto nianšu atklāšanai tiesiskajā regulējumā un prakses analīzei. Tomēr pašlaik vairumā valstu eitanāzija joprojām tiek atzīta par noziegumu, par kuras praktizēšanu iestājas kriminālatbildība, lai gan to regulējums ne vienmēr atbilst krimināltiesiskā taisnīguma principam.

Diskusijas par eitanāzijas problēmu ik pa laikam notiek arī Latvijā. Tomēr līdz šim pieejamo publikāciju analīze liecina par to, ka atsevišķos gadījumos mūsu valsts juristi eitanāzijas jautājumu ir skatījuši salīdzinoši virspusēji, ignorējot apstākli, ka eitanāzija var izpausties vairākās patstāvīgās formās un to veidos, kas raksturojas ar individuālām un vienlaikus unikālām pamatpazīmēm, kas ļauj ievērot ne vien to savstarpēju juridisko nošķiršanu, bet arī norobežošanu no citiem kriminālsodāmiem nodarījumiem, kuru izpildes rezultātā tiek apdraudēta viena no svarīgākajām krimināltiesību aizsargājamām interesēm – cilvēka dzīvība, un tādējādi piedāvātajos tiesiskajos regulējumos pieļaujot būtiskas neprecizitātes. Tikpat nozīmīgs jautājums, kas juridiskajā domā līdz šim nav apzināts – kāda ietekme uz krimināltiesiskās atbildības pakāpi ārstniecības vai jebkurai citai personai, kas veicinājusi cietušās personas nāves iestāšanos ar kādu no eitanāzijas formu un to veidu palīdzību, ir indivīda dzīvības sākuma un beigu brīdīm medicīnas doktrīnā un praksē. Tai pašā laikā vispār netiek diskutēts par ārsta vai jebkuras citas personas, kas piedalījusies eitanāzijas aktā, lomu un atbildības pakāpi pret izraisītajām sekām, t.i., nedziedināmi slimas personas nāvi, kas katrā eitanāzijas formas un tās veida gadījumos, nenoliedzami, būs atšķirīga, un kurām krimināltiesībās ir nozīmīga loma, īpaši, pie nodarījuma kvalifikācijas un soda noteikšanas vainīgajai personai. Ne mazāk svarīgs eitanāzijas problēmas kontekstā ir jautājums par to, vai saskaņā ar starptautiskajiem cilvēktiesību dokumentiem tiesības uz dzīvību ietver sevī arī tiesības uz nāvi, uz ko savulaik centusies atbildēt Eiropas Cilvēktiesību tiesa. Tie ir tikai nedaudzi jautājumi, kas vistiesiskākajā veidā skar eitanāzijas problēmu, un uz kuriem būtu jārod atbildes, lai izveidotu atbilstošāko tiesisko regulējumu šim deliktam, vēl jo vairāk tāpēc, ka šobrīd eitanāzijas jautājums Latvijā tiesiski nav noregulēts, bet mediķu sniegtās ziņas norāda uz šādas problēmas esamību arī mūsu valstī, kas, nenoliedzami, apliecina *pētījuma aktualitāti*.

Promocijas darba *mērķis* ir ne vien izstrādāt kompleksu teorētiski praktisku pētījumu par nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības krimināltiesisko aizsardzību no apdraudējumiem, kuru motīvs izpaužas līdzcietībā, sniedzot objektīvu priekšstatu par eitanāziju kā mūsdienu fenomenu sāpju un ciešanu izbeigšanas jautājumā un atsedzot ar tās praktizēšanu saistītās ētiskās, filozofiskās, sociālās, medicīniskās un tiesiskās problēmas, bet arī, balstoties uz ārvalstu normatīvo aktu padziļinātu izpēti un analīzi, vadoties pēc Latvijai raksturīgās tiesiskās kultūras valstī un, pamatojot šādu nepieciešamību, izveidot katrai eitanāzijas formai un tās veidam atbilstošāko un, vienlaikus, arī taisnīgu krimināltiesisko

regulējumu, ievērojot katra nodarījumu kaitīguma pakāpi, to izteikti individuālās pazīmes un vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām, t.i., personas nāvi.

Lai sasniegtu promocijas darba mērķi, tiek izvirzīti sekojoši *uzdevumi*:

1) sniegt ieskatu eitanāzijas vēsturē, atklājot šā institūta rašanās apstākļus un iemeslus, attīstību un izpratni par to, mainoties gadu desmitiem, kā arī raksturojot „*vieglās nāves*” deformācijas iemeslus XXI gadsimtā;

2) sniegt vispusīgu un detalizētu jēdziena „*eitanāzija*” skaidrojumu un, ņemot vērā to, ka šobrīd filozofijas, ētikas, medicīnas un arī juridiskajā doktrīnā sastopamie termina skaidrojumi ir atzīstami par izteikti formāliem, nepilnīgiem, šabloniskiem un laika garam neatbilstošiem, izstrādāt mūsdienīgu „*eitanāzijas*” definīciju;

3) raksturot medicīnas un tiesību doktrīnā uzskaitītās un praktizētās eitanāzijas formas, atklājot to starpā pastāvošās atšķirības un izpausmes veidus praksē, sniedzot vērtējumu par to, vai uz pacienta lūgumu balstīta atteikšanās no darbībām, kas vērstas uz nedziedināmi slimas personas dzīvības saglabāšanu, jeb „*pasīvā brīvprātīgā eitanāzija*” mūsdienās ir attiecināma uz „*vienglo nāvi*”, vai arī atzīstama par medicīniski korektu un nesodāmu rīcību, šādi paplašinot vai sašaurinot eitanāzijas formu un to veidu spektru;

4) atspoguļot dažādu nozaru speciālistu svarīgākos argumentus eitanāzijas legalizācijas jautājumā un to ietekmi uz praksi un likumdošanas procesiem Latvijā un ārvalstīs;

5) apzināt, ar kuru brīdi sākas dzīvības krimināltiesiskā aizsardzība un noteikt dzīvības beigu brīdi medicīnas doktrīnā un praksē un to ietekmi uz ārstniecības vai jebkuras citas personas, kas veicinājusi cietušās personas nāves iestāšanos ar kādu no eitanāzijas formu un to veidu palīdzību, krimināltiesiskās atbildības pakāpi;

6) noskaidrot augļa tiesisko statusu eitanāzijas gadījumos, piedāvājot nedziedināmi slimas grūtnieces privilēģiju tikt atbrīvotai no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām un augļa tiesību piedzimt konfrontācijas iespējamus risinājumus;

7) atklāt eitanāzijas alternatīvas – paliatīvās aprūpes būtību un tās ietvaros izmantojamās metodes, vienlaikus noskaidrojot, vai dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija un citi dzīvību saīsinošie ārstniecības līdzekļi ir eitanāzija, par ko būtu jāparedz kriminālatbildība, vai pieļaujamā medicīnas prakse;

8) izpētīt, vai ikviena cilvēka tiesības uz dzīvību saskaņā ar starptautiskajiem cilvēktiesību dokumentiem ietver sevī arī tiesības uz nāvi un kāda loma „*vieglās nāves*” aktā ir pacienta autonomijas principam, šādi atklājot, vai eitanāzija ir cilvēktiesības paplašinošs vai sašaurinošs fenomens;



9) noskaidrot rīcībnespējīgu personu pārstāvju lomu un tiesību apjomu ar pārstāvamo veselību un dzīvību saistītos jautājumos, atklājot, vai to kompetencē ir lemt par turpmāku dzīvības saglabāšanu vai tās pārtraukšanu nedziedināmu slimību gadījumos;

10) veikt ārvalstu normatīvo aktu analīzi, lai noskaidrotu, kā eitanāzijas jautājums tiek reglamentēts pasaules mērogā un kādas ir mūsdienu tendences likumdošanas jomā analizējamā jautājuma kontekstā;

11) padziļināti izpētīt ārvalstu eitanāziju legalizējošos un par noziedzīgu nodarījumu atzīstošos normatīvos aktus, atspoguļojot kriminālkodeksu normās paredzēto noziedzīgu nodarījumu kopīgās un atšķirīgās sastāva pazīmes;

12) sniegt normatīvo aktu, kas bija spēkā Latvijas teritorijā XX gadsimtā, līdz Saeima pieņēma pašreizējo Krimināllikumu, vēsturisko apskatu un tajos ietvertu normu analīzi kontekstā ar slepkavību un asistēšanu pašnāvībā aiz līdzcietības un pēc cietušās personas lūguma, norādot uz nodarījumu raksturojošām pazīmēm un to kvalifikāciju atbilstoši šā brīža Krimināllikuma normām;

13) izpētīt cietušā piekrišanas nodarīt kaitējumu viņa dzīvībai institūta tiesisko regulējumu Latvijā un tā ietekmi uz vainīgās personas atbildības pakāpi eitanāzijas gadījumos;

14) balstoties uz ārvalstu normatīvo aktu izpēti un analīzi, ievērojot nodarījumu kaitīguma pakāpi un tiesisko apziņu valstī, izveidot Latvijai atbilstošāko tiesisko regulējumu visām eitanāzijas formām un to veidiem, Krimināllikuma XII nodaļu „Nonāvēšana” papildinot ar jauniem noziedzīgu nodarījumu sastāviem.

Lai izpildītu norādītos uzdevumus un sasniegtu promocijas darba mērķi, izpētes gaitā tiek pielietotas šādas *zinātniskās pētīšanas metodes*: 1) analītiskā metode; 2) salīdzinošā metode; 3) vēsturiskā metode; 4) induktīvā un deduktīvā metode un 5) loģiskā metode.

Kā svarīgākā promocijas darba izstrādes gaitā tiek izmantota *analītiskā metode*, kas tiek pielietota, analizējot Latvijas un ārvalstu tiesību aktus, Eiropas Cilvēktiesību tiesas un nacionālo tiesu spriedumus, likumdevēju pozīciju, ka arī dažādu speciālistu viedokļus eitanāzijas praktizēšanas pieļaujamības jautājumā.

*Salīdzinošā metode* tiek pielietota, izvērtējot dažādu autoru viedokļus gan par indivīda dzīvības krimināltiesiskās aizsardzības nepieciešamību, gan arī par indivīdam piemītošo cilvēktiesību paplašināšanu, to atsevišķos gadījumos apveltot arī ar tiesībām uz nāvi. Ar šīs metodes palīdzību tiek salīdzināti Eiropas Cilvēktiesību tiesas un nacionālo tiesu spriedumi un tajos paustās atziņas, kā arī veikta ārvalstu normatīvajos aktos, kas legalizē eitanāzijas praktizēšanu un arī to, kas šādas darbības atzīst par kriminālā kārtā sodāmu rīcību, ietvertu normu satura vai pantu dispozīciju un sodu apmēru

komparatīvā analīze. Analizējot tiesību normas, kurās paredzēta atbildība par dzīvības aizskārumiem, izmantota arī gramatiskā, teleoloģiskā un sistēmiskā metode.

Kā viens no pētīšanas līdzekļiem tiek pielietota arī *vēsturiskā metode*, ar kuras palīdzību tiek pētīta eitanāzijas, kā nedziedināmi slimu cilvēku sāpju un ciešanu atvieglošanas fenomena, ģenēze un evolūcija, meklējot tās praktizēšanas aizsākumus un izpēti pabeidzot ar XXI gadsimtā raksturīgākajām un jaunākajām tendencēm eitanāzijas izpratnē vairāku zinātņu nozaru ietvaros. Vienlaikus, ar šīs metodes palīdzību tiek nodrošināta iespēja vēsturiskā aspektā izsekot eitanāzijas tiesiskam regulējumam ārvalstīs un Latvijā, par atskaites punktu ņemot XX gadsimta sākumu un pētījumā sniedzoties līdz pat XXI gadsimta jaunākajām novitātēm un tendencēm izmaiņu veikšanai normatīvo aktu līmenī, kā arī atspoguļot dažādu speciālistu vidū un sabiedrībā kopumā dominējošos uzskatus, prioritātes un vērtības cilvēka dzīvības nozīmīguma un aizsardzības jautājumā noteiktos laika periodos.

Ar pielietoto *induktīvās metodes* palīdzību no atsevišķiem gadījumiem praksē tiek ekstrapolēti vispārināti secinājumi, savukārt ar *deduktīvās metodes* palīdzību no plašā teorētisko atziņu un vispārinājumu klāsta tiek izdarīti secinājumi par individuālajiem aspektiem.

*Loģiskā metode* izmantota, lai pētītu promocijas darbā analizēto pamatjēdzienu saturu un apjomu.

*Promocijas darba novitāte.* Līdz šim eitanāzijas jautājumu Latvijā skatījuši salīdzinoši neliels tiesību zinātnieku skaits, proti, Petra Janule, Kristaps Tomsons un Armens Gabrielyans (*Armen Gabrielyan*), kurš 2014.gadā aizstāvēja promocijas darbu<sup>9</sup>, savā pētījumā padziļinātu vērību pievēršot eitanāzijas kriminoloģiskam un socioloģiskam raksturojumam. Ievērojot to, ka dažādu zinātņu doktrīnā joprojām nav vienprātības analizējamā jautājumā, kā arī šā institūta attīstības tendences pasaulē, tiek piedāvāts jauns komplekss pētījums „eitanāzijas” jautājumā, izstrādājot autorkoncepciju, tajā nosakot nedziedināmi slimu cilvēku tiesību apjomu sava mērķa, t.i., priekšlaicīgi pārtraukt organisma dzīvotspēju vai nenovērst slimības izraisītu nāvi, sasniegšanai iesaistīt citus indivīdus un šo trešo personu darbību vai bezdarbību pieļaujamās robežas, piedaloties nedziedināmi slimu cilvēku mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanas procesā. Ņemot vērā, ka šo nodarījumu apdraudējuma objekts ir cilvēka dzīvība un tie raksturojas ar augstu kaitīguma pakāpi, tiek aktualizēts jautājums ar ierosinājumu kriminalizēt patstāvīgu eitanāzijas formu – asistēto pašnāvību un taisnīga krimināltiesiskā regulējuma noteikšanu pārējām eitanāzijas formām un to veidiem, ievērojot vainīgās personas motīvu un mērķi, ar diferencētu atbildības pakāpi pret sekām. Pēc teorētisko nostādņu, ārvalstu normatīvo aktu un tiesu

---

<sup>9</sup> Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014.

prakses vispusīgas izpētes, izteikti priekšlikumi papildināt Krimināllikumu ar jauniem un līdz šim nezināmiem noziedzīgu nodarījumu sastāviem, piedāvājot attiecīgo pantu redakcijas.

*Promocijas darbā neiekļautie temati.* Promocijas darba salīdzinoši ierobežotā apjoma dēļ ārpus pētījuma robežām atstāta dažādu reliģiju nostāja eitanāzijas jautājumā un to ietekme uz likumdošanas procesiem, kā arī eitanāzijas piekritēju un to oponentu argumentācija, kas saglabā savu nemainīgumu jau teju simts gadus. Atsevišķa analīze netiek veltīta arī pretsāpju līdzekļu, it īpaši, nedziedināmi slimu pacientu aprūpes ietvaros, attīstībai un to ietekmei uz eitanāzijas praktizēšanu legālā vai latentā veidā, lai gan minēto procesu norise ir nenoliedzami savstarpēji saistīta. Tāpat promocijas darbā sniegts tikai neliels ieskats rīcībspējīgu personu izdotu nākotnes direktīvu, kas medicīnas aprūpes ietvaros skar dzīvības (ne) saglabāšanas jautājumus, izmantošanas pieļaujamības, robežu un ar to izdošanu un ievērošanu no trešo personu puses problemātikas apskatam.

Promocijas darba *normatīvi tiesisko bāzi* veido starptautiskie cilvēktiesību dokumenti, Latvijas Republikas Satversme, Latvijas un ārvalstu krimināllikumi, likumi un citi ārējie un iekšējie normatīvie akti, kas skar jautājumus par cilvēka dzīvības aizsardzību un eitanāzijas reglamentāciju (kopā 100 avoti).

Pētījuma ietvaros ir apkopota plaša spektra *literatūra vairākās zinātņu nozarēs* (kopā 337 avoti) – vēsturē, filozofijā, ētikā, bioētikā, socioloģijā, medicīnā, jurisprudencē, it īpaši, krimināltiesību zinātnē, konstitucionālajās un medicīnas tiesībās, u.c. angļu, franču, holandiešu, krievu, latviešu, portugāļu, spāņu, vācu valodās. Ievērojot vēsturiskos notikumus, kas ietekmēja mūsu valsts turpmāko krimināltiesību attīstību, īpaša vērība pievērsta Krievijas autoritatīvu zinātnieku atziņām.

Ievērojot to, ka Latvijā eitanāzijas jautājumā nav judikatūras, promocijas darba *empīrisko pamatu* sastāda publicētā un npublicētā ārvalstu tiesu prakse krimināllietās par nonāvēšanu vai asistēšanu pašnāvībā aiz līdzcietības, kā arī par nedziedināmi slimu cilvēku atvienošanu no dzīvību uzturošām iekārtām vai dzīvības uzturošās ārstēšanas pārtraukšanu identisku motīvu dēļ par laika posmu no XX gadsimta vidus līdz XXI gadsimta sākumam – 51 dažādu instanču tiesas nolēmumi.

*Promocijas darba aprobācija.* Iegūtie pētījuma rezultāti prezentēti 14 konferencēs, 12 no tām starptautiskās, 13 rakstu publikācijās, no kurām 6 starptautiski atzītos izdevumos, 11 tēžu publikācijās un apspriesti doktorantu semināros.

*Promocijas darba struktūra.* Pētījums sastāv no ievada, 5 nodaļām, kurām ir apakšnodaļas un atsevišķām arī apakšpunkti, aizstāvībai izvirzīto tēžu apkopojuma, anotācijām, izmantotās literatūras, tiesību aktu un juridiskās prakses materiālu saraksta, kā arī pielikumiem.

# 1. Eitanāzijas vēsture, jēdziena skaidrojums, formas un to veidi

Iekams uzsākt plašāku pētījumu par tēmu „*Eitanāzijas ētiskie un krimināltiesiskie aspekti*”, sākotnēji nepieciešams sniegt ieskatu eitanāzijas rašanās vēsturē, tādējādi atsedzot tās praktizēšanas aizsākumus, un jēdziena „*eitanāzija*” skaidrojumus, kas nodrošina šīs nedziedināmi slimu personu dzīvības izbeigšanas formas pareizu izpratni un nošķiršanu no citiem nodarījumiem, kas vērsti pret personas dzīvību, bet kuru motīvs neizpaužas līdzietībā.

## 1.1. Eitanāzijas vēsture un jēdziena skaidrojums

Vienprātība jautājumā, ar kuru laika posmu saistāma eitanāzijas institūta rašanās, daudzu zinātņu doktrīnu ietvaros nav panākta līdz pat šai dienai. Pārliecinošs vairākums ārvalstu un Latvijas autoru<sup>10</sup> to attiecina uz antīkiem laikiem, citējot un analizējot tā laika filozofu apcerējumus, kuros rodama atziņas par dzīvības un nāves tēmu, it īpaši gadījumos, kad cilvēku skārusi slimība vai ir sasniegta vecuma nespēja.

Sengrieķu filozofs Platons (gr. *Plátōn*; ap 427. – 348.g. p.m.ē.) bija viens no pirmajiem, kurš savā darbā „*Valsts*” rakstīja: „Ja kāds pēc sava vispārējā stāvokļa un dzīvesveida ir vesels, bet viņam tomēr ir kāda apslēpta kaite [...]. Ar zālēm un ar nazi jātiek vaļā no slimības, jādzīvo kā parasts, lai tiktu izpildīti pienākumi pret valsti, bet, ja iekšēji viss ķermenis ir slimības saēsts, tad nav ko mēģināt, mainot dzīvesveidu un slimniekā kaut ko pamazām ievadot un no tā tāpat izvadot, paildzināt viņa nekam nederīgo un ciešanu pilno dzīvi [...]. Ja kāds nevar dzīvot viņam lemtajā laikā, tad tas nav jāārstē, jo nav derīgs ne pats sev, ne valstij.”<sup>11</sup> Turpretim Aristotelis (gr. *Aristotelēs*; 384. – 322.g. p.m.ē.) neatbalstīja pašnāvības un savā darbā „*Nikomaha ētika*” rakstīja, ka: „Doties nāvē, bēgot no nabadzības, vai mīlestības dēļ vai kaut kā nepatīkama dēļ nav raksturīgi drošsirdīgajam, – tas drīzāk gan raksturīgi glēvajam. Bēgšana no tā, kas saistīts ar grūtībām, ir mīkstčaulība; tāds cilvēks dodas

---

<sup>10</sup> Sk., piemēram: Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 13.-25.lpp.; Benzenhöfer U. Euthanasia in Germany Before and During the Third Reich. Münster: Klemm + Oelschläger, 2010, p.12.; Humphry D., Wickett A. The Right to Die. Understanding Euthanasia. Ugene, Oregon: The Hemlock Society, 1990, p.3.-19.; Amundsen D.W. Medicine and the birth of defective children: approaches of the ancient world. Grām.: Euthanasia and the newborn. Conflicts Regarding Saving Lives. Volume 24. Dordrecht, Boston, Lancaster, Tokyo: D.Reidel publishing company, 1987, p.13.; Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Katsouda E., Vlahos L. The Evolution of Euthanasia and Its Perceptions in Greek Culture and Civilization. Perspectives in Biology and Medicine, 2005. Winter, No.1, p.97.-99.; Van Hoof A.J.L. Ancient euthanasia: ‘good death’ and the doctor in the Graeco – Roman world. Social Science & Medicine. 2004, No.58, p.975.-985.; Letellier P. History and definition of a word. Grām.: Euthanasia. Volume I – Ethical and human aspects. Letellier P., Harpes J-P., Hermerén G. and etc. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2003, p.13.-18.; Чернышева Ю.А. Причинение смерти лицу по его просьбе: уголовно – правовое, уголовно – политическое, криминологическое и социально – правовое исследование. Монография. Москва: Издательство «Юрлитинформ», 2011, с.21-27.

<sup>11</sup> Platons. Valsts. 2., labotais un papildinātais izdevums. Rīga: Apgāds „Zvaigzne ABC”, 2001, 83.lpp.

nāvē nevis tāpēc, ka tas būtu cildeni, bet tāpēc, ka vēlas izbēgt no ļaunuma.”<sup>12</sup> Savukārt indivīdu nonāvēšana valsts interesēs, tāpat kā Platonam, Aristoteļa ieskatā bija pieņemama rīcība.

Arī romieši daļēji pārņēma grieķu uzskatus. Stoiķu filozofs Lūcijs Annejs Seneka (lat. *Lucius Annaeus Seneca*; ap 4.g. p.m.ē. - 65.g. m.ē.) prātoja: „[...] ir taču ļoti svarīgi, vai pagarina dzīvi vai nāvi. Bet, ja miesa vairs neder saviem uzdevumiem, tad kāpēc gan mums neizvadīt laukā dvēseli cietēju? Un varbūt tas darāms mazliet agrāk, nekā nepieciešams, lai tad, kad tas būs nepieciešams, netrūktu spēka to izdarīt. Un, ja draud lielākas briesmas nožēlojami dzīvot nekā agri mirt, tad muļķis ir tas, kas neatpērkas no liela posta par niecīga laika maksu.”<sup>13</sup>

Līdzīgi uzskati pausti ne tikai antīkos laikos. Daudzus gadsimtus vēlāk pat renesanses laikmeta humānists, filozofs Tomass Mors (angl. *Thomas More*; 07.02.1478. – 06.07.1535.) 1516.gadā savā darbā „Utopija”, aplūkojot labprātīgas nāves jautājumu rakstīja, ka: „[...] gadījumos, kad slimība ir ne vien neārstējama, bet tā sagādā pacientam nemitīgas ciešanas, mācītājiem un varas vīriem pacients jāpārlicina, ka viņam, esot par apgrūtinājumu sev un citiem un, esot tuvu nāvei, ja arī pats pacients uzskata, ka viņa dzīve ir vienas vienīgas ciešanas, būtu jāizšķiras par nāvi, sevi atsvabinot pašam vai ļaujot to izdarīt citiem.”<sup>14</sup> Tomēr, lai nerastos kļūdaini priekšstats, svarīgi laikus uzsvērt, ka nedz Platons, nedz arī tā līdzgaitnieki un arī vēlāko laiku filozofi vecuma un slimību novārdzināto indivīdu tīšu nonāvēšanu ar vai pret to gribu, vai ļaušanu tiem nomirt nesaista ar līdzcietības motīvu, bet gan pamatoja, pirmām kārtām, ar valsts un, otrām kārtām, ar sabiedrības interesēm, nolūkā izvairīties no nelietderīgu resursu šķērdēšanas, šādi atbrīvojoties no lieka apgrūtinājuma. Un, lai arī vēlāk kristietības ietekmē attieksme pret cilvēka dzīvību, kā rezultātā arī pret nonāvēšanu un pašnāvībām, mainījās, nedz antīkos laikos, nedz arī vēlākos laikmetos par eitanāziju mūsdienu izpratnē runāt vēl nav pamata.

Juridiski arī XVII gadsimtu vēl nebūtu pareizi attiecināt uz eitanāzijas institūta rašanos, tomēr vēsturiskā retrospekcijā tas nozīmīgs ar to, ka tieši šajā laikā angļu filozofs Frānsiss Bēkons (angl. *Francis Bacon*; 22.01.1561. – 09.04.1626.) ieviesa pašu terminu “*eitanāzija*”. Vienlaikus šis jēdziens pakāpeniski ienāca arī medicīniskajā terminoloģijā un ar to sāka apzīmēt vieglāku slimnieku aiziešanu no šīs pasaules.

1605.gadā savā darbā ar nosaukumu „Mācīšanās izaugsme” (*The Advancement of Learning*) viņš rakstīja, ka ārsta pienākums ir ne tikai atjaunot veselību, bet arī atvieglot slimnieka sāpes un ciešanas, un ne tikai tajos gadījumos, kad tas var veicināt atveseļošanos, bet arī tad, kad šādi var

<sup>12</sup> Aristotelis. Nikomaha ētika. Rīga: „Zvaigzne”, 1985, 72.lpp.

<sup>13</sup> Seneca L.A. Vēstules Lucīlijam par ētiku. Ābrama Feldhūna tulkojums un komentāri. Rīga: „Zinātne”, 1996, 111.lpp.

<sup>14</sup> Мор Т. Утопия. Эпиграммы. История Ричарда III. Москва: Наука, 1998, с.81.

atvieglot slimnieka aiziešanu no dzīves.<sup>15</sup> Šajā sakarībā jāpiebilst, ka F.Bēkona izpratne par eitanāziju atšķīrās no mūsdienu skaidrojumiem un viņš ar to apzīmēja nevis slimnieka nonāvēšanu aiz līdzietības, bet tā nodrošināšanu ar efektīviem pretsāpju līdzekļiem, kas spēj atvieglot un izbeigt slimnieka ciešanas, neatstājot slimnieku vienatnē it sevišķi pirmsnāves agonijas brīžos.

Eitanāzijas institūta rašanās vēsturiskā ekskursā ietvaros atkāpe būtu jāvelta vēl viena vēsturiska notikuma konspektīvam apskatam, kā rezultātā minētā dzīvības izbeigšanas forma arī mūsdienās joprojām tās oponentu vidū nepamatoti saglabā negatīvu apzīmējumu, lai gan patiesībā paralēles ar „*vienglo nāvi*” nav.

XX gadsimtā Vācijā, Trešā reiha laikā, t.i., 1939.gada 18.augustā bērnu un nepilngadīgo „eitanāzijas”<sup>16</sup> programmas ar nosaukumu „Reiha Komitejas Metodes” (*Reichsausschuß – verfahren*) ietvaros Reiha Iekšlietu ministrija izdeva sevišķi slepenu cirkulāru, kurā medmāsām un ārstiem nekavējoties bija jāreģistrē visus tos līdz trīs gadu vecumu sasniegušos bērnus, kuriem diagnosticētas noteiktas psihiskas un fiziskas slimības, vēlāk tos pakļaujot piespiedu „eitanāzijai” tam speciāli ierīkotos centros. Tā paša gada ietvaros tika izstrādāta arī pieaugušo „eitanāzijas” programma ar nosaukumu „Akcija T4” (*Aktion T4*) un jau oktobra mēnesī Reiha Iekšlietu ministrija cirkulārā izsūtīja jaunas ziņošanas formas un instrukcijas, uzliekot par pienākumu medmāsām un ārstiem reģistrēt visus tos pieaugušos, kuru psihiskās un fiziskās slimības ir neārstējamas, liedzot tiem strādāt jebkādu mehānisku darbu, kā arī tos, kuriem kā cietumsods piemērota psihiatriskā ārstēšana, nav Vācijas pilsonības vai arī nav asinsradniecības ar vācu tautu. Ar mērķi piešķirt programmai šķietamu likumību, 1939.gada oktobrī Ādolfs Hitlers (vāc. *Adolf Hitler*; 20.04.1889. – 30.04.1945.) izdeva slepenu dekrētu, kas tika datēts ar 1.septembri, deleģējot ārstiem tiesības pret pacientiem piemērot „žēlsirdīgu” nonāvēšanu.

Ā.Hitlera realizētās „nevērtīgo dzīvību iznīcināšanas” aiz „žēlsirdības” programmas<sup>17</sup>, sarakstos iekļaujot personas, kas sirgst ar psihiskām un fiziskām neārstējamām slimībām, pakāpeniski

---

<sup>15</sup> Bacon F. *The Advancement of Learning*. London: J. M. Dent & Sons Ltd, 1973, p.115.

<sup>16</sup> Autors apzināti jēdzienu „*eitanāzija*” ir ietvēris pēdīnās, jo nacistu izdarījumiem noziegumiem pret cilvēci un realizēto genocīdu pret noteiktu tautību cilvēkiem II Pasaules kara laikā nedz juridiski, nedz arī faktiski nekad nebija nekā kopīga ar tā saucamo „*vienglo nāvi*”.

<sup>17</sup> Sk. par Trešā reiha nozīmīgākām nacistu realizētām fiziski un psihiski slimo bērnu un pieaugušo „eitanāzijas” programmām „Reiha Komitejas Metodi” un „Akciju T4”, kā arī par citām „nepilnvērtīgo dzīvību iznīcināšanas” programmām laika posmā no 1939. līdz 1945.gadam, plašāk: Benzenhöfer U. *Euthanasia in Germany Before and During the Third Reich*. Münster: Klemm + Oelschläger, 2010, p.53.-91.; Benedict S., Caplan A., Lafrenz Page T. *Duty and ‘Euthanasia’: the Nurses of Meseritz-Obrawalde*. *Nursing Ethics*, 2007, No.6, p.781.-794.; Berghe M., Dierckx de Casterlé B., Gastmans C. *Practices of responsibility and nurses during the euthanasia programs of Nazi Germany: A discussion paper*. *International Journal of Nursing Studies*, 2007, No.44, p.845.-854.; Noack T., Fangerau H. *Eugenics, Euthanasia, and Aftermath*. *International Journal of Mental Health*, 2007. Spring, No.1, p.112.-124.; Benedict S., Kuhla J. *Nurses’ Participation in the Euthanasia Programs of Nazi Germany*. *Western Journal of Nursing Research*, 1999. April, No.2, p.246.-263.; Thomas F.P., Beres A., Shevell M.I. *“A Cold Wind Coming”*: Heinrich Gross and Child Euthanasia in Vienna.

šajā grupā iekļaujot arī sociāli neproduktīvos cilvēkus, un, visbeidzot, ideoloģiski vai rasistiski nevēlamās personas, deformēja eitanāzijas jēdzienu, saistot to ar necilvēcīgiem mērķiem. Ieskatam var minēt, ka tikai minēto nacistu programmu ietvaros laika posmā no 1939.gada augusta līdz 1941.gada augustam tika nonāvēti no 3 000 līdz 5 200 mazgadīgu bērnu un vairāk kā 70 000 pieaugušo, kuri bija atzīti par psihiski un fiziski neārstējami slimiem vai tika par tādiem uzskatīti.

Trešā reiša ietvaros izvērstā politika liecina, ka „eitanāzija” tika izmantota galvenokārt par politisku līdzekli un genocīda realizēšanas instrumentu, kam patiesībā nav nekā kopīga ar nonāvēšanu aiz līdzietības. Lai arī pēc II Pasaules kara Nirnbergas tribunālā ārsti, kas īstenoja piespiedu „eitanāziju”, tika notiesāti, eitanāzija joprojām nepamatoti tiek saistīta ar šiem vēsturiskiem notikumiem.

Nenoliedzot filozofiskās domas ietekmi uz tiesību izpratni, kas laika gaitā akumulējās arī normatīvajos aktos, tomēr eitanāzijas institūta, kā mēs to saprotam mūsdienās, rašanos būtu jāsaista tikai ar XX gadsimta otro pusi, kad eitanāzijas jautājums kļūst aktuāls medicīnas doktrīnā un praksē, kas galvenokārt skaidrojams ar jaunu intensīvo terapiju metožu izmantošanu ārstniecības procesa ietvaros, nodrošinot ne tikai dzīves ilguma, bet faktiski arī miršanas procesa paildzināšanu. Tieši šajā laika posmā sāk ievērojami attīstīties arī pacientu tiesības veselības aizsardzības jomā, kā rezultātā medicīnas ētikā un tiesībās par centrālo kategoriju kļūst pacienta pašnoteikšanās tiesības, starp kurām minamas arī tiesības uz cieņpilnu nāvi.<sup>18</sup> XX gadsimta beigās sāk veidoties arī judikatūra lietās par nedziedināmi slimu cilvēku nonāvēšanu aiz līdzietības vai atbalsta sniegšanu to pašnāvībās, šajā kontekstā kā redzamāko minot Nīderlandi<sup>19</sup>, kas ne tikai likumdošanas ceļā XXI gadsimta sākumā kļuva par pirmo valsti Eiropā, uzsākot vairāku eitanāzijas formu un to veidu praktizēšanu<sup>20</sup>, bet vēl ilgu laiku pirms atbilstoša tiesiskā regulējuma izveides, šādu praksi valstī nodrošināja judikatūras atziņas, kas laika gaitā tika pakļautas izmaiņām.

Sākot ar XX gadsimta otro pusi, līdz ar eitanāzijas institūta attīstību, nemitīgām izmaiņām tiek pakļauts arī jēdziena skaidrojums. Ievērojot to, ka precīza definīcija nodrošina tai pakļautā termina pareizu izpratni, ir nepieciešams sniegt ieskatu dažādu zinātņu nozaru raksturīgākos jēdziena „eitanāzija” skaidrojumos.

---

Journal of Child Neurology, 2006. April, No.4, p.342.-348.; Ost S. Doctors and Nurses of Death: A Case Study of Eugenically Motivated Killing Under the Nazi 'Euthanasia' Programme. Liverpool Law Review, 2006, No.27, p.5.-30.

<sup>18</sup> Ивановшкин А.Я., Юдин Б.Г. Эвтаназия. Грām.: Этика. Энциклопедический словарь. Москва: Издательство «Гардарики», 2001, с.554. Sk. par medicīnas tehnoloģiju attīstības ietekmi uz nedziedināmi slimu pacientu aprūpi promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšpunktā.

<sup>19</sup> Par Nīderlandes likumdošanas procesu un judikatūru vēl pirms eitanāzijas normatīvā regulējuma izveides sk. plašāk promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunktu.

<sup>20</sup> Par eitanāzijas formām un to veidiem, kā arī to atšķirībām sk. promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļu.

Etimoloģiski jēdziens „*eitanāzija*” nozīmē gr. *euthanasia* < *eu*, viegli, labi + *thanatos* nāve – vieglu nāvi, nesāpīgu nāvi<sup>21</sup>, tomēr šāds skaidrojums ir vispārīgs un neatklāj eitanāzijas būtību, kā tā tiek izprasta mūsdienās.

Latvijas likumdevējs tiesiski neregulē eitanāzijas jautājumu un līdz ar to arī nesniedz šā jēdziena oficiālu definīciju. Tamdēļ jāveic vārdnīcās visbiežāk sastopamo un raksturīgāko eitanāzijas skaidrojumu analīze.

Tā, piemēram, svešvārdu skaidrojošā vārdnīcā ar „*eitanāziju*” saprot gadījumu, kad ārsts atņem dzīvību neglābjami slimam pacientam, kam dzīvības mākslīga saglabāšana sagādā fiziskas ciešanas<sup>22</sup>, tomēr pret šādu definīciju jāiebilst vairāku apsvērumu dēļ. Pirmkārt, pacienta atrašanās tādā stāvoklī, kad tā organisma funkcijas uztur medicīniskas iekārtas, ir tikai viena no situācijām, kurā var tikt pielietota eitanāzija un tikai tad, kad fiziskas sāpes un ciešanas ir identificējamas.<sup>23</sup> Otrkārt, lai darbību vai bezdarbību atzītu par eitanāziju, to var realizēt ne tikai ārstniecības, bet arī ikviena cita fiziska persona. Un, treškārt, eitanāzija mūsdienās tiek pielietota ne tikai tad, kad pacients izjūt mokošas fiziskas sāpes un ciešanas<sup>24</sup>, bet arī psihisku saslimšanu gadījumos, taču, ievērojot to, ka minētam jautājumam promocijas darba turpmākajās nodaļās veltīta padziļinātāka analīze, šobrīd tas netiks aplūkots.

Kādā citā svešvārdu vārdnīcā ar to apzīmē miršanas procesa atvieglošanu, izmantojot pretsāpju līdzekļus.<sup>25</sup> Tomēr arī šāds skaidrojums vērtējams kritiski, jo pretsāpju līdzekļu izmantošana, kuru nevēlamais efekts ir saistāms ar pacienta dzīves ilguma saīsināšanu vai pat nāves izraisīšanu, ne vienmēr ietilpst eitanāzijas jēdzieniskā izpratnē, ja vien to administrēšanas nolūks nav panākt šīs sekas.<sup>26</sup> Tikpat būtiski atzīmēt, ka eitanāzijas veikšanai mūsdienās galvenokārt tiek izmantoti ārstniecības līdzekļi, kas vērsti uz komas stāvokļa izraisīšanu līdz brīdim, kad tiek administrēti muskuļu relaksanti, kas tad arī aptur sirds darbību un elpošanu un, kā rezultātā iestājas personas nāve<sup>27</sup>.

Juridisko terminu vārdnīcā ietverts nedaudz atšķirīgāks skaidrojums, un ar jēdzienu „*eitanāzija*” apzīmē dzīvības atņemšanu kā žēlsirdības līdzekli, lai neārstējami slimos pēc viņu lūguma

<sup>21</sup> Vinķele R. Medicīnas svešvārdu vārdnīca. 15 000 šķirķļu un to skaidrojumu. Rīga: Izdevniecība „Avots”, 2007, 214.lpp.

<sup>22</sup> Pokrotniece K. Eitanāzija. Grām.: Svešvārdu vārdnīca. Rīga: apgāds „Jumava”, 1999, 178.lpp.

<sup>23</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunktu.

<sup>24</sup> Psiholoģijas vārdnīcā ar jēdzienu „*ciešanas*” apzīmē psiholoģiska vai fiziska rakstura sāpju izjušanu vai akūtas ciešanas. Sk.: Apa Dictionary of Psychology. Appelbaum M., Capaldi E.D., Dunivin D.L. and etc. Washington: American Psychological Association, 2007, p.907.

<sup>25</sup> Словарь иностранных слов. Издание второе, дополненное. Москва: Цитадель, 1999, с.318.

<sup>26</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 2.nodaļas 2.apakšnodaļā.

<sup>27</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunktu.



atbrīvotu no nepanesamām sāpēm un ciešanām<sup>28</sup>, kas sasaucas gan ar ētikas vārdnīcās pieejamiem skaidrojumiem, ar to saprotot apzinātu nedziedināmi slima pacienta dzīvības izbeigšanu ar mērķi atbrīvot to no nepanesamām ciešanām, kas nav ārstējamas ar medicīnā pieejamām metodēm un līdzekļiem<sup>29</sup>, gan arī ar medicīnas skaidrojošās vārdnīcās pieejamām definīcijām, ar to apzīmējot apzinātu nedziedināmi slima pacienta dzīvības izbeigšanu ar mērķi atbrīvot tā ciešanas, kas norisinās balstoties uz tā lūguma pamata.<sup>30</sup> Te gan jāpiezīmē, ka arī minētās definīcijas nav precīzas, jo eitanāzija var izpausties arī, nesaņemot eitanāzijas aktam pakļautā subjekta lūgumu.<sup>31</sup> Turklāt ir apšaubāma termina „*nepanesamas sāpes un/vai ciešanas*” attiecināšana uz eitanāziju, jo medicīnas straujā progresa rezultātā praktiski ikvienas sāpes<sup>32</sup> ir novēršamas ar ārstniecības līdzekļiem, tamdēļ pamatotāk turpmāk būtu lietot jēdzienu „*mokošas sāpes un ciešanas*”.<sup>33</sup>

Par formālu atzīstams filozofijas vārdnīcā pieejamais skaidrojums, kur ar to saprot ārsta mākslu atvieglot mirstošam cilvēkam nāvi vai paātrināt to, lai mirstošs cilvēks izbēgtu no ciešanām<sup>34</sup>, jo eitanāzija var tikt piemērota pret nedziedināmi slimu cilvēku arī tad, kad viņš vēl neatrodas dzīves pēdējā jeb terminālā<sup>35</sup> stadijā. Šajā sakarībā būtiski akcentēt, ka, definējot eitanāziju, uzsvars jāliek ne tikai uz slimību, kurai obligāti jābūt nedziedināmai, bet arī uz slimības izraisīto šā brīža sāpju un ciešanu esamību, un eitanāzijas akts nevar būt attaisnots ar perspektīvā paredzamām sāpēm un ciešanām, kuras nedziedināmi slims cilvēks šobrīd vēl neizjūt.

Eitanāzijas jēdziena analīzes ietvaros vērtība jāpievērš arī kristīgās baznīcas pārstāvju sniegtajam termina skaidrojumam.

Vēl 1985.gadā 5.maijā Romā, Vatikānā, Ticības Doktrīnas Svētās Kongregācijas laikā (*Sacred Songregation for the Doctrine of the Faith*) tika apstiprināta „Eitanāzijas Deklarācija” (*Declaration on Euthanasia*). Minētā deklarācija nozīmīga ne vien ar to, ka līdz šim tas ir vienīgais normatīvais

<sup>28</sup> Krastiņš U. Eitanāzija. Grām.: Juridisko terminu vārdnīca. Rīga: Nordik, 1998, 70.lpp.; Sk. arī: Juridisko terminu latviešu – angļu vārdnīca. Rīga: izdevniecība „Kamene”, 2000, 50.lpp.; Birznieks J. Latviešu – angļu Angļu – latviešu Juridisko terminu vārdnīca. Rīga: SIA „Multineo”, 2008, 95.lpp.

<sup>29</sup> Апресян Р.Г., Гусейнов А.А. Этика. Энциклопедический словарь. Москва: Издательство «Гардарики», 2001, с.554.

<sup>30</sup> Медицинский энциклопедический словарь. Бородулин В.И., Бруёнок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. Москва: Оникс 21 век, 2002, с.656.

<sup>31</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunktu.

<sup>32</sup> Psiholoģijas vārdnīcā jēdziens „*sāpes*” tiek skaidrots kā fiziskas vai psihiskas ciešanas, ko izraisījusi slimība vai ievainojums. Turklāt tiek uzsvērts, ka sāpes ir izteikti individuālas un mainīgas sajūtas, ko ietekmē vairāki faktori, kā, piemēram, medikamenti, hipnoze, bailes, prieks, stress, dzimums utt. Sk. par to plašāk: Oley N. Pain. Grām.: International Encyclopedia of Psychology. Volume two. London, Chicago: FD, 1996, p.1178.-1182.

<sup>33</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 2.nodaļas 2.apakšnodaļu un 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunktu.

<sup>34</sup> Философский энциклопедический словарь. Москва: Инфра-М, 1999, с.529.

<sup>35</sup> „*Termināls*” – gala, tāds, kas attiecas uz galu vai atrodas galā. Sk.: Rudzītis K. Terminologia Medica. Latīņu – latviešu medicīnas terminu vārdnīca. 2003.–2005.gadā pārstrādāts un papildināts izdevums. Rīga: SIA „Nacionālais apgāds”, 2005, 1190.lpp.

dokuments, ar kura palīdzību kristīgā reliģija paudusi savu noraidošo attieksmi pret eitanāzijas praktizēšanu, bet arī iekļāvusi tajā savu jēdziena „*eitanāzija*” oficiālo skaidrojumu, ar to saprotot darbību vai bezdarbību, kura pēc sava rakstura vai darītāja nodoma izraisa nāvi, lai novērstu jebkuras ciešanas.<sup>36</sup> Minētā definīcija ir juridiski precīzāka par līdz šim aplūkotām ar vienīgo piebildi, ka eitanāzija, atkarībā no tās izpausmes formas, ne vienmēr izraisa nāvi, bet atsevišķos gadījumos nenovērš slimības izraisīto nāvi<sup>37</sup>, lai gan darbības vai bezdarbības veicēja nolūks šajos gadījumos neatšķiras.

Tie ir tikai nedaudzie jēdziena „*eitanāzija*” skaidrojumi, kas pieejami dažādās zinātņu nozarēs, tomēr to analīze atklāj vairākas būtiskas pieļautās neprecizitātes skaidrojumos, proti, pārlieku formālismu, būtiskāko eitanāzijas pamatpazīmju, tostarp, tās formu un veidu, ignorēšanu un orientēšanos uz termina burtisku tulkojumu.

Lai ieviestu terminoloģisko skaidrību, turpmāk ar jēdzienu „**eitanāzija**” būtu jāsaprot **gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona apzināti aiz līdzietības, veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, ar savu darbību vai bezdarbību izraisa vai veicina nedziedināmi slimas personas nāvi, vai arī nenovērš slimības izraisīto nāvi pēc šīs personas vai viņas pārstāvja izteikta lūguma, vai arī bez minēto personu piekrišanas, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.**

Lai arī precīza termina esamība nodrošina tā skaidrojumam pakļautā objekta pareizu izpratni, eitanāzija praksē nepastāv izolēti no tās formām un to patstāvīgiem veidiem, par ko plašāk promocijas darba nākamajā apakšnodaļā.

## 1.2. Eitanāzijas formas un to veidi

Eitanāzijas institūta izpratne nebūt nav tik vienkārša kā sākotnēji var šķist. Tāpat kā ikviens cits process, arī eitanāzija nav izņēmums, un ir pakļauta nemitīgai evolūcijai. Tās attīstību nosaka pietiekami straujais medicīnas progress, kas vienlīdz attiecināms uz nedziedināmi slimu cilvēku ārstēšanu, lai gan šajā gadījumā precīzāk būtu lietot terminu „ap rūpe”, kas vērsta uz slimības radītā diskomforta, sāpju un ciešanu mazināšanu maksimāli pieļaujamiem veidiem un līdzekļiem. Taču, galvenokārt, tas tomēr ir saistāms ar pieaugošu cilvēktiesību respektēšanu medicīnas aprūpes ietvaros,

---

<sup>36</sup> Declaration on Euthanasia. Rome, the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, May 5, 1980. Pieejams: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

<sup>37</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 5.apakšpunktu.

nosakot jaunus standartus pacienta un ārstniecības personu savstarpējās attiecībās un saskarsmē ar līdzcilvēkiem, kas eitanāzijas gadījumos nereti ir kolīziju veicinošs iemesls.

Attīstoties eitanāzijas institūtam, gadu desmitu gaitā tas ieguvis jaunas aprises un vairs netiek attiecināts tikai un vienīgi uz tiem gadījumiem, kad ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona, izmantojot tam paredzētus līdzekļus, aktīvi iedarbojas uz nedziedināmi slima cilvēka organismu, izraisot tā priekšlaicīgu nāvi, lai šādi atbrīvotu to no slimības radītām mokošām sāpēm un ciešanām. Transformācijas rezultātā nu jau pietiekami plašu aprobāciju ne vien medicīnas un tiesību teorijā, bet arī praksē ieguvušas vairākas eitanāzijas formas, kas radušās ne vien, pielāgojoties mainīgiem apstākļiem, kādos tika piemērota „*viēglā nāve*”, bet arī gūstot atzišanu dažādu zinātņu nozaru autoritatīvu zinātnieku un praktiķu vidū. Ievērojot to, ka katra eitanāzijas forma savulaik tika apveltīta ar vairākiem patstāvīgiem veidiem, tas ne tikai paplašināja minētā institūta darbības ietvarus, bet arī ievērojami sarežģīja tā pareizu izpratni.

Pašlaik eitanāzija no ārstniecības personu skata punkta galvenokārt tiek iedalīta vai nu aktīvā (*active*), vai arī pasīvā (*passive*), savukārt, ja to vērtē no pacienta puses, tā var būt vai nu brīvprātīga (*voluntary*), vai arī nebrīvprātīga (*non-voluntary*).<sup>38</sup> Tomēr ne viena no uzskaitītajām formām nepastāv izolēti no tās veidiem un šajā sakarībā vērojama arī analoga atgriezeniskā saite. Minēto formu un to veidu savstarpējas mijiedarbības rezultātā eitanāzija dažādu zinātņu nozaru teorijā un praksē galvenokārt tiek skatīta četru pamatformu ietvaros, lai gan minētais klasifikācijas variants nebūt nav vienīgais: aktīvā brīvprātīgā eitanāzija; aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija; pasīvā brīvprātīgā eitanāzija un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija. Iebilstot pret šāda iedalījuma pareizību, kā arī uzsverot nepieciešamību pēc jauna klasifikācijas varianta izveides, kas balstīts uz jaunāko medicīnas un tiesību teorijas, kā arī to prakses gaitā gūtām atziņām, sākotnēji nepieciešams veikt visu pašreizējo uz eitanāzijas institūtu attiecināmo raksturīgāko eitanāzijas formu un to veidu rūpīgu analīzi, izpēti uzsākot ar to jēdzienu skaidrojumiem. Tādējādi ne vien tiks noteiktas turpmākas zinātniskās izpētes robežas, bet arī ievērota eitanāzijas formu un to veidu norobežošana no tādiem nodarījumiem, kuri tikai savas ārējās līdzības dēļ kļūdaini līdz šim tika attiecināti uz „*viēglo nāvi*”.

---

<sup>38</sup> Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Коллектив авторов. Шевченко Ю.Л., Симоненко В.Б., Мухин А.П. и др. Москва: Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002, с.6.

### 1.2.1. Brīvprātīgā eitanāzija

Stefens V. Smits (*Stephen W. Smith*) eitanāziju par brīvprātīgu uzskata tajos gadījumos, kad tā norisinās, balstoties uz kompetentas, t.i., rīcībspējīgas, personas lūgumu.<sup>39</sup> Savukārt Vija Sīle to attiecina arī uz gadījumiem, kad cilvēks atsakās no turpmākās ārstēšanās un dzīvošanas, un ārstam neizdodas pārliecināt viņu par pretējo, tā rezultātā nāve tiek tīši izraisīta, aiziešana notiek saistībā ar ārstēšanas procesu un pacienta nonāvēšana notiek pēc viņa paša lūguma.<sup>40</sup> No šiem diviem jēdziena traktējumiem, pieņemamāka šķiet S.V.Smita piedāvātā definīcija, jo, lai arī pēc būtības ir pareizs, tomēr V.Sīles skaidrojums vairāku apsvērumu dēļ ir neprecīzs, proti:

1) brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā nedziedināmi slima persona ne visos gadījumos atsakās no ārstēšanas un līdz pat eitanāzijas akta uzsākšanas brīdim var saņemt lietošanai sāpju remdinošus medikamentus un citus ārstniecības līdzekļus;

2) brīvprātīgā eitanāzija nerada pienākumu nedz ārstam, nedz arī jebkurai citai eitanāzijas aktu veicošai personai ne pirms eitanāzijas uzsākšanas, ne arī tās laikā, censties pārliecināt nedziedināmi slimu cilvēku atturēties no sava nodoma izbeigt slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, izmantojot šādu metodi, bet to loma, lai eitanāzijas aktu atzītu par brīvprātīgu, var aprobežoties vien ar šāda lūguma saņemšanu un tā apmierināšanu, pirms tam pārliecinoties, ka tas pausts brīvprātīgi, nevis jebkādu citu ārēju faktoru ietekmē;

3) ne vienmēr nāve tiek izraisīta un ir saistīta ar ārstēšanas procesu vien aiz apsvēruma, ka eitanāzija praksē var realizēties vairākās formās, turklāt katrai no tām ir vairāki patstāvīgi veidi, kuru detalizētāks skaidrojums tiks sniegts vēlāk. Pašlaik būtu jāatzīmē vien to, ka eitanāzija var norisināties kā ārstniecības iestādē un to var realizēt tieši ārstējošā persona, tā arī ārpus medicīnas aprūpes vietām, un eitanāzijas aktu var realizēt arī jebkura cita fiziska persona, kura nav apveltīta ar speciālām zināšanām medicīnas jomā.

Tātad, lai eitanāziju atzītu par brīvprātīgu, pirms eitanāzijas akta uzsākšanas ir jākonstatē rīcībspējīgas nedziedināmi slimas personas ārstniecības vai jebkurai citai fiziskai personai adresēts lūgums, lai tās slimības rezultātā izraisītās mokošās sāpes un ciešanas tiktu izbeigtas ar šādas metodes palīdzību. Ievērojot minēto, īpaši jāakcentē – brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā lūgumam pēc eitanāzijas no nedziedināmi slimas personas puses visos gadījumos jābūt paustam personīgi, un vēl pirms eitanāzijas akts tiek uzsākts, vai arī pirms tiek uzsākta sagatavošanās tam. Turpretim, ja lūgums jebkādu apsvērumu dēļ netiek vispār pausts, vai arī tas tiek izteikts jau uzsāktā eitanāzijas procesa

<sup>39</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.13.

<sup>40</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: Izdevniecība „Zinātne”, 1999, 90.lpp.

laikā, šāds eitanāzijas akts uzskatāms par izdarītu, nepastāvot personas piekrišanai uz to, jeb nebrīvprātīgās eitanāzijas ietvaros.

Lai arī ne visos gadījumos nedziedināmi slima persona pirms eitanāzijas akta uzsākšanas ir atzīstama par rīcībspējīgu, ko veicinājis vai nu slimības attīstības process, vai arī jebkādi citi, arī ar saslimstību nesaistīti apstākļi, kas, īslaicīgi vai neatgriezeniski, atņēmuši tai spēju paust savu pārdomātu gribu jebkādos veidos, piemēram, mutvārdos, rakstveidā, ar žestu palīdzību utt., tas nebūt vēl nenozīmē, ka eitanāzija, ja to realizē kāda trešā persona, ir izpildīta, nesaņemot personas lūgumu par to un, tāpat, būtu atzīstama par nebrīvprātīgu.

Daudzu saslimšanu dēļ ikviens indivīds nākotnē var kļūt rīcībnespējīgs, parasti minētos gadījumus saistot ar slimības izraisītām negatīvām blakusparādībām. Zaudējot savu rīcībspēju, cilvēks vienlaikus zaudē arī iespēju paust savu patieso gribu gan attiecībā pret savu ķermeni izmantojamiem ārstniecības līdzekļiem un metodēm, gan arī par turpmāko medicīnisko aprūpi. Rīcībspējas zudums galvenokārt var izpausties divējādi, proti, cilvēks fiziski vairs nav spējīgs paust savu gribu, piemēram, atrodoties bezsamaņas stāvoklī, vai arī tā paustā griba juridiski nevar tikt atzīta par saistošu trešajām personām, piemēram, gadījumos, kad slimības rezultātā iestājusies garīgā atpalcība u.tml.

Lai izvairītos no iespējamiem nesankcionētiem eitanāzijas gadījumiem un, paredzot nākotnes perspektīvā nevēlēšanos turpināt moksliņo eksistenci slimības radīto komplikāciju dēļ, izjūtot mokošas sāpes un ciešanas, indivīds var savlaicīgi, pirms rīcībspēja vēl nav zaudēta, paust savu gribu dokumentā, kas ārvalstu praksē guvis nu jau pietiekami plašu aprobāciju un tiek apzīmēts ar terminu „*Living will*”, kas burtiskā tulkojumā nozīmē „*Dzīvības pilnvara*”.<sup>41</sup> Kā norāda ārvalstu autori, ar to jāsaprot dokuments, ar kura palīdzību persona izsaka nākotnes norādījumus, kas attiecināmi uz veselības aprūpes lēmumiem gadījumā, ja nākotnē viņš vai viņa zaudēs spēju patstāvīgi tos pieņemt.<sup>42</sup> Īpaši neakcentējot šā dokumenta nosaukuma terminoloģiskās īpatnības, var norādīt vien to, ka Latvijas tiesību sistēmai to būtu atbilstošāk apzīmēt ar terminu – „*Nākotnes norādes dzīvības uzturēšanas jomā*”. Tātad, ar „*Dzīvības pilnvaru*” jāsaprot juridiski nostiprinātu aktu jeb dokumentu, kurā rīcībspējīga persona, turklāt nav svarīgi, vai uz akta sastādīšanas un parakstīšanas brīdi viņa ir nedziedināmi slima vai nav, izsaka savu vēlmi, lai pret viņu tiktu piemērota kāda no eitanāzijas formām, vai arī, lai pret viņu netiktu piemēroti dzīvības glābšanas pasākumi, ja nākotnē iestāsies dokumentā atrunātie gadījumi un, ja persona nedziedināmas saslimstības rezultātā tobrīd vairs nebūs

<sup>41</sup> Turpmāk tekstā tiks lietots apzīmējums „*Dzīvības pilnvara*”.

<sup>42</sup> Ballarino T. Is a conflict rule for living wills and euthanasia needed? Grām.: Yearbook of private international law. Volume VIII – 2006. Switzerland: Syaemfli Publishers Ltd. Berne, 2007, p.5. Sk. arī: Rosoff S.D. Living Wills and Natural Death Acts. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.187.-188.

spējīga patstāvīgi pieņemt lēmumus attiecībā pret viņas ķermeni vērsto medicīnisko aprūpi. Nevar piekrist juridiskās zinātnes ietvaros paustajam apgalvojumam, ka „Iepriekš dots norādījums stājas spēkā brīdī, kad personai zūd spēja rīkoties un pieņemt lēmumus vai tiek atzīta personas rīcībnespēja, arī daļēja rīcībnespēja, ja norādījumi doti tikai attiecībā uz rīcību ar orgāniem, audiem vai ķermeni.”<sup>43</sup> Minētā dokumenta darbība vienmēr ir ierobežota ar personas ietvērto atliekošo nosacījumu iestāšanos, un tikai to esamības gadījumā tas tiek apveltīts ar juridisku spēku un kļūst saistošs trešajām personām.

Šāda juridiska akta izdošana, personai atrunājot tajā savu gribu attiecībā pret tās ķermeni un uz dzīvības pārtraukšanu vērstām darbībām un to robežām, vai arī atturēšanos no to veikšanas gadījumos, kad viņa slimības rezultātā vairs nebūs spējīga to paust, vēl nenozīmē, ka nākotnes perspektīvā tas nevar tikt apstrīdēts, tādējādi radot kāzus. Minētā dokumenta saistošais juridiskais spēks joprojām vairāku ārvalstu zinātnieku skatījumā netiek vērtēts viennozīmīgi, kas, galvenokārt, skaidrojams ar tā tikai šķietamo universālo raksturu. Šajā sakarībā ārsts psihiatrs Semjuels I. Grīnbergs (*Samuel I. Greenberg*) argumentē, ka „Dzīvības pilnvaras” izmantošanas iespējas ir limitētas sekojošu apsvērumu dēļ: tajā nav iespējams ietvert un paredzēt visus iespējamus gadījumus un sekas, līdz ar to tas ir nosacīti nenoteikts; dokuments var tikt laika gaitā pazaudēts; dokuments var būt izstrādāts sliktā juridiskā kvalitātē un/vai nepilnīgi aizpildīts; lai arī šāds dokuments ir pieļaujams, tomēr tas ne vienmēr tiek atbalstīts, t.i., medicīnas personāls to var noraidīt kā konkrētiem klīniskiem apstākļiem neatbilstošu, jo slimnieks nonāk ārstniecības iestādē, lai ārstētos un ārsts drīkst rīkoties, kā uzskata par pareizu, ignorējot ambiciozu norādi, kas izdota daudzus gadus pirms tam.<sup>44</sup>

Lai arī S.I.Grīnbergs pamatoti norāda uz iespējamiem riskiem, kad „Dzīvības pilnvara” var negūt juridisku spēku, nevar piekrist tā argumentam, ka ārsts drīkst rīkoties, kā uzskata par pareizu, ignorējot juridiskā dokumentā ietvertās pacienta norādes. Jāvērš uzmanība uz to, ka šāda atziņa pausta 1997.gadā un kopš tā brīža „Dzīvības pilnvaras” un eitanāzijas institūta izpratne tikusi pakļauta būtiskām izmaiņām. Turklāt arvien biežāk akadēmiskā līmenī tiek uzsvērts pacienta autonomijas principa ievērošanas obligātais raksturs, kas pamatojumu gūst cilvēktiesībās. Tamdēļ, modelējot iespējamās situācijas, kad šāda ārstu rīcība būtu atzīstama par tiesisku un likumīgu, var pieļaut, ka „Dzīvības pilnvara” un tajā iekļauto norāžu ignorēšana var izpausties vienīgi tad, kad:

- 1) šāda rīcība ir pamatota ar leģitīmu mērķi, piemēram, lai pasargātu citu cilvēku intereses kā, piemēram, veselību un dzīvību;

---

<sup>43</sup> Tomsons K. Iepriekš dota norādījuma institūts un tā perspektīva Latvijā. *Jurista Vārds*, 2013. 2.aprīlis, Nr.13, 17.lpp.

<sup>44</sup> Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. *Psychosocial Issues*. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.71.

- 2) faktiskie apstākļi, kuros atrodas pacients, neatbilst dokumentā ietvertiem un, tātad, tie nav attiecināmi uz konkrētu situāciju;
- 3) konkrētas valsts normatīvo aktu līmenī dokumentā norādītās eitanāzijas formas praktizēšana nav legalizēta.

Lai izvairītos no gadījumiem, kad personas griba netiek ievērota, tajās valstīs, kurās „Dzīvības pilnvaras” izmantošanu ir apstiprinājis likumdevējs, būtu strikti jāievēro tās noteiktā forma, jo tā garantē gribas paudēja doto norādījumu nopietnību un akta spēkā esamību, t.i., ja netiek ievērota forma, akts nav derīgs, tamdēļ nekādas tajā ietvertās darbības nevar tikt uzsāktas.<sup>45</sup> Piemēram, Amerikas Savienotajās Valstīs „Dzīvības pilnvarā”, lai tā iegūtu juridisku spēku, rīcībspējīgam indivīdam jāiekļauj divi svarīgi elementi, proti, apstākļu aprakstu, kad dokumentā norādītās instrukcijas kļūst saistošas trešajām personām, un specifisko norādi par ārstēšanas procesu, kuru persona vēlas vai nevēlas saņemt minēto apstākļu iestāšanās gadījumā.<sup>46</sup>

Otrs veids, kā darīt zināmu savu gribu attiecībā par medicīniskiem pasākumiem, kas vērsti uz dzīvības (ne) saglabāšanu un medicīnisko aprūpi, ārvalstu teorijā tiek minēta tā saucamā „*Trešās personas nākotnes direktīva*”, ar kuras palīdzību pacients izvēlas kādu sev pazīstamu vai arī uzticamu personu ar mērķi, lai tā noteiktos gadījumos turpmāk pārstāvētu pacientu lēmumu pieņemšanā attiecībā pret tā ķermeni un darbotos tā intereses, ja pati persona to vairs nebūs spējīga darīt.<sup>47</sup> Ārvalstīs to nereti uzskata par „Dzīvības pilnvaras” pielikumu. Ja „Dzīvības pilnvara” pauž pacienta gribu, tad direktīva nosaka to fizisko personu, kura rīkojas pacienta vārdā, tādējādi procesu padarot ievērojami fleksiblāku.<sup>48</sup> Tomēr „Trešās personas nākotnes direktīvas” sakarībā ir jāatrunā, ka, lai eitanāzijas akts būtu ne vien saistošs trešām personām, bet arī tiktu atzīts par brīvprātīgu, domājams, šāda juridiska akta izdevējam, apveltot kādu noteiktu personu ar pilnvarām pārstāvēt tā intereses jautājumos, kas skar viņa ķermeni, ir īpaši jāatrunā, ka pilnvarotā persona vienlaikus ir apveltīta arī ar tiesībām noteiktos

---

<sup>45</sup> Ballarino T. Is a conflict rule for living wills and euthanasia needed? Grām.: Yearbook of private international law. Volume VIII – 2006. Switzerland: Syaemfli Publishers Ltd. Berne, 2007, p.6.

<sup>46</sup> Coleman C.H. Legal oversight of end – of – life treatment decisions in United States law. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.162.

<sup>47</sup> Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.71.-72. Ieskatam var minēt, ka Latvijā 2012.gada 29.novembrī tika pieņemti grozījumi Civillikuma Ceturtā daļā Saistību tiesības, kas spēkā stājās 2013.gada 1.janvārī, astoņpadsmitās nodaļas pirmo apakšnodaļu papildinot ar III<sup>1</sup> sadaļu „Nākotnes pilnvarojums”. Tās 2317.<sup>1</sup> pants nosaka, ka „Ar nākotnes pilnvarojumu pilnvarotājs uzdod pilnvarniekam pārzināt viņa lietas gadījumā, ja pilnvarotājs veselības traucējumu vai arī citu iemeslu vai apstākļu dēļ nespēs saprast savas darbības nozīmi un nespēs vadīt savu darbību”, to attiecinot arī uz veselības jautājumiem. Sk.: Grozījumi Civillikumā: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2012. 20.decembris, Nr.200.

<sup>48</sup> Ibid, p.72. Par „Dzīvības pilnvaru” un „Trešās personas nākotnes direktīvu”, kā arī to izmantošanas praksē riska faktoriem sk. plašāk: Andorno R. Regulating Advance Directives at the Council of Europe. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.23.-71.

apstākļos, ietverot to izsmeļošu uzskaitījumu, fiziski darīt zināmu tā lēmumu par mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanu ar eitanāzijas palīdzību minētā akta izpildītājam, ja vien viņš pats tobrīd būs zaudējis spēju paust savu gribu. Turpretim eitanāzijas formas izvēle ir piekritīga tikai un vienīgi eitanāzijas aktam pakļautam subjektam un tamdēļ tā ar atliekošu nosacījumu būtu atrunājama savlaicīgi.

Veids, kā laikus paust savu gribu, neaprobežojas vien ar „Dzīvības pilnvaru” un „Trešās personas nākotnes direktīvu”. Juridisks svarīgums var piemist arī liecinieku sniegtajām ziņām, dažādiem video un audio ierakstiem, kā arī ikvienam citam ziņu fiksēšanas veidam, kas tobrīd ir pieejams, pateicoties zinātnes attīstībai. Daudz būtiskāk, lai pirms eitanāzijas akta uzsākšanas, tā izpildes brīdī un arī pēc tā pabeigšanas nerastos šaubas, ka eitanāziju veicošā persona tik tiešām rīkosies cietušā interesēs, balstoties uz tā savlaicīgi paustu, brīvu un pārdomātu lūgumu, un turklāt, ka tas tika darīts tikai un vienīgi aiz līdzcietības.

Brīvprātīgās eitanāzijas sakarībā jānorāda uz nozīmīgu kļūdu, kas nereti konstatējama ārvalstu zinātnieku paustajās atziņās, to attiecinot uz tiem gadījumiem, kad eitanāzijas akts norisinās, balstoties nevis uz nedziedināmi slimas personas paustu gribu, bet uz personas informētību.<sup>49</sup> Kategoriski iebilstot pret šāda apgalvojuma pareizību, atkārtoti jāuzsver, ka brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā iniciatīvai eitanāzijas akta veikšanai jāizriet tikai un vienīgi no paša eitanāzijas aktam pakļautā subjekta, nevis jābūt kādu citu personu iniciētai, un tā lomas aprobežošanās vien ar pasīvu piekrišanu nav pieļaujama. Nedziedināmi slimai personai sākotnēji pašai jāsecina, ka slimības izraisītās sāpes un ciešanas kļuvušas mokošas un to rezultātā dzīvības saglabāšana ir zaudējusi savu prioritāru nozīmi, kas arī pamato tā nolūka rašanos. Doktrīnā esošo nepilnību novēršanai promocijas darba nobeigumā kā priekšlikums tiek ierosināts ieviest vienota termina „*brīvprātīgā eitanāzija*” skaidrojumu.

Turpretim gluži pretējās attiecībās nedziedināmi slima persona atrodas attiecībā pret eitanāzijas akta veicēju nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, kuras apskatam tiek veltīta promocijas darba nākamā apakšnodaļa.

### **1.2.2. Nebrīvprātīgā eitanāzija**

Nebrīvprātīga eitanāzija, kā jau tas izriet no paša nosaukuma, ir pretstats brīvprātīgai eitanāzijai un ar to saprot gadījumus, kad eitanāzija tiek pielietota pret personu, nezinot tās patieso gribu, aiz apsvēruma, ka persona ir bijusi vai kļuvusi rīcībnespējīga, t.i., zaudējusi spējas saprast sava lēmuma nozīmi un sekas vai to skaidri izteikt, vai arī nav atstājusi šādam gadījumam saistošus

<sup>49</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.97.



norādījumus<sup>50</sup> un pašreizējos apstākļos to vairs nav spējīga izdarīt (*aut. piez.*). Parasti ārvalstu literatūrā nebrīvprātīgo eitanāziju attiecina uz pieaugušajiem, kuri dažādu iemeslu dēļ, piemēram, saslimšana ar Alcheimera slimību, zaudējuši savu rīcībspēju, kā arī uz jaundzimušajiem un bērniem.<sup>51</sup> Šādos gadījumos „*vieglās nāves*” akts tiek realizēts, balstoties tikai un vienīgi uz ārstniecības vai jebkuras citas fiziskas personas izteikti subjektīvo vērtējumu par to, ka pacienta dzīvības turpmāka saglabāšana zaudējusi lietderību, un tā mokošās sāpes un ciešanas ir izbeidzamas tieši ar eitanāzijas palīdzību. Kā norādīts ārvalstu literatūrā, šādos gadījumos eitanāzijas veicējs pieņem, ka, ja apsverot jautājumu par eitanāziju, pacients būtu saglabājis spējas izteikt savu gribu, viņš nolemtu par labu šādai metodei un būtu izvēlējis nomirt.<sup>52</sup> Lai arī nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumā ārstniecības vai jebkuras citas fiziskas personas subjektīvais lēmums vēl nebūt nenozīmē, ka tas ir pretējs nedziedināmi slimas personas patiesai gribai, tomēr eitanāzijai pakļautā subjekta attieksmes noskaidrošanas neiespējamība, ārstniecības vai jebkuras citas fiziskas personas pieņemtā lēmuma izteikti subjektīvais raksturs, saglabājot visaugstāko kļūdas varbūtību, nebrīvprātīgo eitanāziju pamatoti ļauj atzīt par bīstamāko „*vieglās nāves*” veidu, kas visos gadījumos būtu traktējams kā pretlikumīgs.

Tā kā nebrīvprātīgā eitanāzija tiek piemērota pret tādiem cilvēkiem, kuri dažādu apsvērumu dēļ nav spējīgi paust savu attieksmi pret savu ķermeni vērstām darbībām, tas medicīnas un tiesību doktrīnā radījis virkni kļūdainu pieņēmumu un minētā eitanāzijas veida attiecināšanu uz tādiem gadījumiem, kad dzīvības izbeigšana šādiem cilvēkiem nav saistāma ar „*vieglo nāvi*”, bet ir vērtējama medicīnas tiesību kontekstā, vai arī krimināltiesību zinātnes ietvaros, kas skar citas personas tīšas nonāvēšanas jautājumu. Nebrīvprātīgo eitanāziju nereti saista ar tādiem gadījumiem, kad pirms eitanāzijas procesa uzsākšanas un izšķiršanās par labu šim risinājuma veidam, ir jādiskutē, vai dzīvā radība, par kuru tiek runāts, ir vispār apzīmējama ar jēdzienu „*persona*” un vai ir vērts turpināt tās moksli un neattaisnojamo eksistenci.<sup>53</sup> Par piemēru tiek minētas nelaimes gadījumos cietušās personas, kurām ir neglābjami skartas smadzenes un, līdz ar to, zudusi apziņa.<sup>54</sup> Taču šāds apgalvojums ir kļūdainis, jo darbības, kad pacients, kuram ir iestājusies smadzeņu nāve, tiek atslēgts no iekārtām, kas tikai mākslīgi uztur pie dzīvības viņa ķermeni, nav vērtējamas kā eitanāzija. Aiz apsvēruma, ka promocijas darbā dzīvības sākuma un beigu brīža medicīniskiem un tā noteikšanas juridiskiem aspektiem vēl sekos plašāka analīze, šobrīd minētais jautājums detalizēti netiks skatīts.

<sup>50</sup> Kastenbaum R. Macmillan Encyclopedia of Death and Dying. Volume 1. A-K. USA: Macmillan Reference, 2003, p.267.

<sup>51</sup> Mappes T.A., DeGrazia D. Biomedical ethics. Fifth edition. New York: McGraw-Hill, 2001, p.384.

<sup>52</sup> Гусейнов А.А., Дубко Е.Л., Анисимов С.Ф. Этика. Москва: издание «Гардарики», 1999, с.467.

<sup>53</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: izdevniecība „Zinātne”, 1999, 90.lpp.

<sup>54</sup> Rubenis A. Ētika XX gadsimtā. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 1996, 215.-216.lpp.

Virkne ārvalstu autoru, piemēram, Agnese van der Haide (*Agnes van der Heide*)<sup>55</sup>, Emīlija Džeksone (*Emily Jackson*)<sup>56</sup>, Dabral Anupams (*Dabral Anupam*)<sup>57</sup> un daudzi citi, tostarp, arī mūsu valsts tiesību zinātnieki<sup>58</sup>, nebrīvpriatīgo eitanāziju attiecina arī uz komā esošām personām. Tomēr arī šāds apgalvojums nav pareizs divu apsvērumu dēļ:

1) šajā sakarībā atkārtoti būtu jāakcentē eitanāzijas pamatuzdevums, jeb tās mērķis – atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Tāpat samērīgu laiku pirms eitanāzijas akta uzsākšanas, kas nevar tikt pamatots ar dažu dienu novērojumiem, ir jākonstatē, ka slimnieks tik tiešām jūt regulāras mokošas sāpes un ciešanas, kuras ar citiem medicīnas rīcībā pieejamiem pretsāpju līdzekļiem vai citām medicīnas teorijā un praksē aprobētām metodēm nav iespējams mazināt vai novērst. Fakts vien, ka personai konstatēta nedziedināma saslimstība, kuras attīstība pēctecībā iespējami būs saistāma ar fiziskām vai psihiskām sāpēm un ciešanām, vēl nevar kalpot tūlītējas eitanāzijas akta attaisnošanai. Tāpat attaisnojums eitanāzijas veicēju rīcībai nav rodams argumentā, ka, lai arī šobrīd nedziedināmi slima persona atrodas bezsamaņas stāvoklī, tai esot nomodā, tā izjutusi vai izjustu mokošas sāpes un ciešanas;

2) ar terminu „*koma*” (gr. *koma* – dziļš miegs) medicīnas vārdnīcās parasti saprot nesamaņas stāvokli, kas atgādina dziļu miegu, no kura slimnieku nevar pamodināt ar ārējiem kairinājumiem.<sup>59</sup> Komas stāvoklī cilvēkam ne vien tiek novēroti elpošanas un asinsrites traucējumi, refleksu izzušana, bet arī reakcijas trūkums uz tādiem ārējiem kairinājumiem kā, piemēram, skaņu, gaismu, sāpju stimulantiem utt.<sup>60</sup> Lai arī mūsdienu klīniskā prakse neizslēdz varbūtību, ka arī komā esošās personas spēj daļēji just, tomēr šādi gadījumi ir absolūts retums un ierasti prezumē pretējo. Līdz ar to sāpes atzīt par apzinātām nav iespējams. Tamdēļ medicīnas un arī juridiskās zinātnes ietvaros komā esošās personas nevar atzīt par tādām, kuras cieš mokošas sāpes un ciešanas neatkarīgi no tā, tās ir vai nav nedziedināmi slimas. Šādos gadījumos spēju just persona var atgūt tikai un vienīgi līdz ar samaņas atjaunošanos. Ar retiem izņēmumiem, un tomēr, minētais secinājums pamatojumu gūst arī ārvalstu literatūrā, kur atzīts, ka eitanāzija nav piemērojama komatoziem pacientiem<sup>61</sup>, jo šādos

<sup>55</sup> Heide A. Physician Assistance in Dying Without an Explicit Request by the Patient. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.137.

<sup>56</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.2.

<sup>57</sup> Anupam D. Dying with Dignity. A Legal, Religious and Political Insight into the Issue of Euthanasia. Civil & Military Law Journal, 2010. July-September, No.3, p.236.

<sup>58</sup> Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomēns krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 40., 202.lpp.

<sup>59</sup> Viņķele R. Medicīnas svešvārdu vārdnīca. 15 000 šķirķļu un to skaidrojumu. Rīga: izdevniecība „Avots”, 2007, 516.lpp.

<sup>60</sup> The Gale Encyclopedia of Medicine. Second edition. Volume 2 C-F. Margaret A., Byron Anderson J., Andres L. and etc. Detroit, New York, San Diego, San Francisco, Boston, New Haven, Conn., Waterville, Maine, London, Munich: Gale Group Thomson Learning, 2002, p.866.

<sup>61</sup> „*Komatozs pacients*” – persona, kura ilgstošu laiku atrodas bezsamaņas stāvoklī (*aut. piez.*).

gadījumos parasti tiek secināts, ka ciešanas neeksistē, vai arī tās turpmāk nevar būt klasificētas kā nepanesamas bez iespējām to mazināšanai.<sup>62</sup> Savukārt eitanāzijas gadījumos ciešanu konstatēšanas obligāts priekšnoteikums ir, ka pacientam faktiski tās ir jāizjūt.<sup>63</sup>

Tā kā komas stāvoklī esošās personas nespēj just sāpes un, kad pret tām tiek piemērotas jebkuras tīšas aktīvas vai pasīvas darbības, kuras vērstas uz to dzīvības priekšlaicīgu izbeigšanu, turklāt šajā gadījumā vairs nav tik principiālas nozīmes, kas tiek darīts aiz līdzcietības vai arī kādu citu motīvu dēļ, tās nevar būt attiecināmas ne uz vienu eitanāzijas formu un tās veidu.

Atkarībā no nodarījuma subjekta, t.i., speciālais – ārstniecības persona, vai arī vispārējais – ikviena cita fiziska persona, un rīcības iemesliem, tiesiskās sekas abos minētajos gadījumos var būt vai nu identiskas, vai arī atšķirīgas. Ja komā esošās personas dzīvības izbeigšanu ir veicinājusi ārstniecības persona, balstoties uz medicīnas teorijā un praksē aprobētām metodēm un ārstu konsilija slēdzienu, ka turpmāka personas mākslīgās dzīvības uzturēšana ir veltīga, tad tādas darbības jāatzīst par konkrētiem klīniskiem apstākļiem korektu medicīnisku rīcību. Turpretim, ja ārstniecības persona dzīvības izbeigšanu būs veicinājusi kādu citu subjektīvu motīvu vadīta, vai arī, ja to būs izdarījusi jebkura cita fiziska persona, visos gadījumos šādas darbības atzīstamas tikai un vienīgi par slepkavību. Savukārt nodarījuma juridiskā kvalifikācija būs atšķirīgāka tad, ja komā esošai personai tiks diagnosticēta smadzeņu nāve, par ko plašāk promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšnodaļas ietvaros.

Nebrīvpātīgās eitanāzijas sakarībā diskusiju rosinošs jautājums ir saistāms ar citu personu – aizbildņu un aizgādņu tiesībām pārstāvēt nedziedināmi slima cilvēka intereses jautājumos, kas skar tā dzīvības saglabāšanu un tās pārtraukšanu, kā piemēru minot jaundzimušos un mazgadīgās personas, gados vecas daļēju vai pilnīgu rīcībspēju zaudējušas personas utt. Pašlaik tiek pausts uzskats, ka šādos gadījumos eitanāzijas akts tik un tā uzskatāms par brīvpātīgu<sup>64</sup>, kas izriet no citu personu leģitīmām tiesībām rīkoties eitanāzijai pakļautā indivīda interesēs un tā vietā pieņemt šos lēmumus. Ņemot vērā, ka minētā jautājuma izpētei promocijas darba turpmākajās nodaļās ir veikta atsevišķa analīze, šobrīd norādāms vien tas, ka šā brīža pieņēmums vērtējams kritiski vien tamdēļ, ka, lai arī likumdevējs aizbildņus un aizgādņus tik tiešām apvelta ar praktiski neierobežotām tiesībām rīkoties cietušo interesēs arī medicīnas aprūpes jautājumos, tas vienlaikus nav attiecināms uz lēmumu pieņemšanu par organisma dzīvotspējas priekšlaicīgu pārtraukšanu. Arī šai nedziedināmi slimo personu grupas piederīgo dzīvība bauda valsts nodrošināto krimināltiesisko aizsardzību no ikviena tās nelegitīma apdraudējuma. Tā kā

---

<sup>62</sup> Legemaate J. Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.31.

<sup>63</sup> Ibid.

<sup>64</sup> Апресян Р.Г., Гусейнов А.А. Этика. Энциклопедический словарь. Москва: Издательство «Гардарики», 2001, с.554.

eitanāzijas ietvaros iniciatīvai pēc tās jāizriet tieši no nedziedināmi slimas, nevis no kādas citas trešās personas puses, visos gadījumos, kad lēmumu par eitanāziju daļēju vai pilnīgu rīcībspēju zaudējušas personas vietā pieņem to aizbildņi vai aizgādņi, balstoties uz savu subjektīvo vērtējumu, to iepriekš nesaskaņojot ar pašu personu, eitanāzijas akts ir atzīstams par nebrīvprātīgu.

Kardināls pavērsiens eitanāzijas institūta nākotnes izpratnē saistāms ar atsevišķu Latvijas un ārvalstu zinātnieku aicinājumu nebrīvprātīgo eitanāziju vispār neskatīt „*vieglās nāves*” kontekstā. Tā, piemēram, tiesību zinātnieki Džons Grifits (*John Griffiths*), Helēna Veijersa (*Helen Weyers*) un Maurīss Adams (*Maurice Adams*) uzskata, ka personas nonāvēšana, nesaņemot uz to lūgumu, t.i., nebrīvprātīgā dzīvības izbeigšana, neatkarīgi no tā, vai šādas darbības ir vai nav attaisnojamas, nav eitanāzija, bet gan slepkavība.<sup>65</sup> Šādu atziņu Dž.Grifits savās publikācijās savulaik ir paudis jau 1998.gadā.<sup>66</sup> Līdzīgu uzskatu pauž arī A.Gabrijeļans.<sup>67</sup>

Nenoliedzami, lai arī nebrīvprātīgā eitanāzija mijiedarbībā ar ikvienu citu eitanāzijas formu, ir atzīstama par bīstamāko nedziedināmi slimas personas dzīvības izbeigšanas veidu, to uzlūkot ārpus minētā institūta nav pieļaujams. Līdzīgi kā brīvprātīgās, arī nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos nedrīkst atstāt bez ievērības tās veicēja rīcības motivāciju un šādu darbību vai arī pieļauto bezdarbību mērķi, t.i., šādi aiz līdzcietības atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, tamdēļ nebrīvprātīgā eitanāzija, lai arī cik ētiski pieņemama vai nosodoša tā arī nebūtu, pamatoti papildina jau tā pietiekami plašo eitanāzijas formu un to patstāvīgo veidu klāstu, un arī nākotnē būtu skatāma tikai un vienīgi eitanāzijas institūta kontekstā.

Rezumējot ieskatu nebrīvprātīgās eitanāzijas jautājumā un ar to saistītā problemātikā, būtu īpaši jāakcentē, ka minētais eitanāzijas veids vienmēr ir saistāms tikai un vienīgi ar tiem gadījumiem, kad nedziedināmi slimis cilvēks ne vien pirms eitanāzijas akta uzsākšanas un tā izpildes brīdī, bet arī perspektīvā nekad vairs nespēs paust savu pārdomātu gribu un tikai tad, kad viņš izjūt mokošas sāpes un ciešanas, ko izraisījusi nedziedināma slimība. Visos šajos gadījumos lēmumu nedziedināmi slima cilvēka vietā nelegitīmi pieņem trešā persona neatkarīgi no tā, vai viņa ir vai nav tiešais eitanāzijas akta izpildītājs, turklāt ikviena tiesiskā regulējuma apstākļos tam jābūt atzītam par pretlikumīgu. Tā kā medicīnas un tiesību doktrīnā un arī to praksē nepieciešams ievērot eitanāzijas veidu savstarpēju

---

<sup>65</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.76.

<sup>66</sup> Griffiths J., Bood A., Weyers H. *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.6.

<sup>67</sup> Gabrielyan A. *Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā*. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 27.lpp.

nošķiršanu, vienlaikus nodrošinot vienotu pieeju jēdzienu skaidrojumiem, promocijas darba nobeigumā tiek ierosināts ieviest jauna termina „*nebrīvprātīgā eitanāzija*” skaidrojumu.

Jautājumā par eitanāzijas veidiem, bez ievēribas nebūtu pieļaujams atstāt tā saucamo „*netīšo eitanāziju*” (*involuntary euthanasia*), ar kuru apzīmē gadījumus, kad nonāvēšana tiek veikta vai nu pret pacienta gribu, vai arī nesaņemot uz to rīcībspējīga pacienta atļauju.<sup>68</sup> Par piemēru šādiem gadījumiem, kad nonāvēšana tiek veikta pret personas gribu, tiek minētas situācijas, kad ārsts, neraugoties uz pacienta pieņemto lēmumu, kurā norādīta nevēlēšanās, lai pret to tiktu realizētas darbības, kas paātrinātu nāves iestāšanos, injicē letālu devu medikamentu.<sup>69</sup> Daudzi ārvalstu autori kā, piemēram, Džons Kouans (*John Keown*)<sup>70</sup>, H.Pauls LeMeirs (*H.Paul LeMaire*)<sup>71</sup>, S.V.Smits<sup>72</sup> un citi to attiecina uz patstāvīgiem eitanāzijas veidiem. Kā izriet no termina skaidrojuma, šāda rīcība ietver gan aktīvas darbības, gan arī to rezultātā izraisītās sekas, t.i., personas nāvi, un tamdēļ var rasties priekšstats, ka tā būtu skatāma eitanāzijas kontekstā, tomēr minētā nonāvēšanas<sup>73</sup> veida sakarībā nepieciešams uzsvērt, ka darbības, kad persona tiek nonāvēta pret tās gribu, kvalificējamās tikai un vienīgi kā slepkavība, kas izdarīta ar tiešu nodomu, neatkarīgi no tā, vai nonāvēšanas aktu veicošā persona šādi vēlējusies nedziedināmi slimu personu atbrīvot no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un ka šādu darbību vienīgais motīvs bijis līdzcietība. Var kategoriski apgalvot, ka minētajam nonāvēšanas veidam nav nekā kopīga ar tā saucamo „*vieglo nāvi*” un tas nav atzīstams par tās patstāvīgu veidu. Arī savulaik izskanējusi atziņa, ka gadījumos, kad rīcībspējīgs pacients izsaka gribu turpināt dzīvot, bet pretēji tam no jebkuras personas puses seko tā nonāvēšana, lai arī tiesību kontekstā šādas darbības atzīstamas par slepkavību, tomēr morālā izpratnē tā ir netīšā eitanāzija<sup>74</sup>, ir pakļaujama kritikai. Ar tīšām darbībām un, izmantojot tam attiecīgos līdzekļus, apzināti pārtraucot personas organisma dzīvotspēju un, it īpaši, gadījumos, kad nonāvētā persona paudusi pretēju gribu, t.i., vēlmi dzīvot, neatkarīgi no tā, vai tobrīd tā slimības vai kādu citu iemeslu dēļ atradusies dzīvībai bīstamā situācijā vai nē, šāda rīcība nedz tiesiski, nedz arī morāli nevar rast attaisnojumu pat vainīgās personas līdzcietības motīvā, un tamdēļ skatāma tikai un vienīgi krimināltiesību ietvaros kā slepkavība. Turpretim gadījumos, kad eitanāzija tikusi

---

<sup>68</sup> Mappes T.A., DeGrazia D. Biomedical ethics. Fifth edition. New York: The McGraw-Hill Companies, Inc., 2001, p.384.

<sup>69</sup> Kastenbaum R. Macmillan Encyclopedia of Death and Dying. Volume 1. A-K. USA: Macmillan Reference, 2003, p.267.

<sup>70</sup> Keown J. Euthanasia, ethics and public policy. An Argument against Legalisation. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.9.

<sup>71</sup> Paul LeMaire H. Personal decisions. Washington: University press of America, 1982, p.116.

<sup>72</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.13.

<sup>73</sup> Autors apzināti šajā gadījumā nelieto terminu „*eitanāzija*”.

<sup>74</sup> Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.245.

veikta, nesaņemot pacienta atļauju uz to, kā jau tas tika noskaidrots promocijas darba ietvaros, ir jārunā nevis par netīšo, bet gan par nebrīvprātīgo eitanāziju.<sup>75</sup>

Tā kā nedz brīvprātīgā, nedz arī nebrīvprātīgā eitanāzija medicīnas praksē nevar pastāvēt izolēti no eitanāzijas formām, tad tās vienmēr ir skatāmas kontekstā ar aktīvo vai pasīvo eitanāziju, kuru analīzei veltītas nākamās promocijas darba apakšnodaļas.

### 1.2.3. Aktīvā eitanāzija

Aktīvai eitanāzijai literatūrā ir rodami dažādi skaidrojumi. Pazīstamajā Henrija Kempbela Bleka (angl. *Henry Campbell Black*; 1860–1927) tiesību vārdnīcā ar „*aktīvo eitanāziju*” apzīmē gadījumus, kad eitanāziju veic ārstniecības persona, kura ne vien nodrošina nāvi izraisošus līdzekļus, bet arī pati veic darbības, kuru rezultātā iestājas nāve.<sup>76</sup> Tomēr minētā definīcija būtu papildināma, saturiski nosakot, ka šādas darbības var veikt ne vien ārstniecības, bet arī jebkura cita persona, un šo darbību nolūks ir aiz līdzietības atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Ētikas enciklopēdijā to definē kā tiešu iejaukšanos, izraisot kāda nāvi, kurš cieš no nedziedināmas saslimšanas.<sup>77</sup> Salīdzinot ar iepriekšējo, minētais skaidrojums ir ievērojami plašāks un vairs netiek attiecināts tikai un vienīgi uz ārstniecības personu kā minētā eitanāzijas akta izpildītāju. Savukārt pašmāju autori ar to parasti apzīmē apzinātu pacienta nonāvēšanu pēc pacienta vai viņa tuvinieku pieprasījuma, kas var izpausties, piemēram, miega, narkotisko u.c. nāvējošu medikamentu pārdozēšanā<sup>78</sup>, ievadot tos pacienta organismā, kā rezultātā nekavējoties vai īsā laika posmā iestājas nāve.

Ievērojot to, ka šobrīd pastāv virkne terminoloģisko atšķirību „*aktīvās eitanāzijas*” skaidrojumos, un tajos konstatētas juridiskās neprecizitātes un nepilnības, lai izvairītos no termina pārlietu plašas vai, gluži otrādi, sašaurinātas interpretācijas, turpmāk „**aktīvā eitanāzija**” būtu jāattiecina uz tiem **gadījumiem, kad ārstniecības vai jebkura cita persona aiz līdzietības un ar mērķi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, balstoties uz personas lūgumu, vai arī gadījumos, kad šāda lūguma saņemšana vairs nav un**

<sup>75</sup> Analogam juridiskam vērtējumam pakļaujams arī A.Gabrijeļana lietotais eitanāzijas iedalījums „*piespiedu eitanāzija*” (*compulsory euthanasia*), to attiecinot uz gadījumiem, kad eitanāzija tiek īstenota pretēji nedziedināmi slimas personas gribai tajos gadījumos, kad vai nu to ir ietekmējušas citas personas, vai arī, kad personas gribas noskaidrošana objektīvu apsvērumu dēļ nav iespējama, aicinot to skatīt ārpus eitanāzijas veidiem. Sk.: Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomēns krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 39.-40., 108.lpp. Pirmais ilustrētais piemērs tik tiešām ir attiecināms tikai un vienīgi uz citas personas tīšu nonāvēšanu un cietušās personas gribu ietekmējošās personas ir noziedzīga nodarījuma līdzdalībnieki, turpretim otra situācija ir attiecināma uz eitanāzijas institūtu un arī turpmāk skatāma kādas eitanāzijas formas nebrīvprātīgā veida ietvaros.

<sup>76</sup> Black's Law Dictionary. Seventh edition. [B.v.]: West Group, 1999, p.575.

<sup>77</sup> Roth J.K. International encyclopedia of ethics. London: Taylor & Francis Group, 1995, p.286.

<sup>78</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: izdevniecība „Zinātne”, 1999, 89.lpp.

**nebūs iespējama, pamatojoties uz savu vai ikvienas citas personas subjektīvo vērtējumu, aktīvi iedarbojoties uz slimnieka ķermeni ar jebkādiem līdzekļiem un paņēmieniem, veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, izraisa pēdējā nāvi.**

Aktīvā eitanāzija kā viena no „*vieglās nāves*” formām praktiski ir vienīgā, kuras izpildes ietvaros nedziedināmi slimas personas darbības galvenokārt raksturojas ar izteiktu pasivitāti, kas pamatojumu rod nevis personas rīcībspējas esamības vai tās neesamības faktorā, bet gan tās specifiskā realizācijā. Savukārt eitanāziju veicošā persona parasti ne vien pati nodrošina nonāvēšanai aiz līdzietības paredzētos līdzekļus, bet arī pašrocīgi izpilda eitanāzijas aktu. Praksē aktīvā eitanāzija galvenokārt izpaužas ārstniecības vai jebkuras citas personas aktīvā iedarbībā uz nedziedināmi slimas personas ķermeni, intravenozi ievadot tās organismā nāvējošu devu medikamentu, kā rezultātā nekavējoties vai īsā laika posmā, kas tiešā cēloņsakarībā atkarīgs no lietotiem medikamentiem un to daudzuma, kā arī no pacienta organisma individuālām spējām dzīvības nodrošināšanā, iestājas priekšlaicīgi izraisīta nāve. Ne velti minētā eitanāzijas forma zinātniskajā literatūrā ir iemantojusi apzīmējumu – „*piepildītās šļirces metode*”. Turklāt medicīnas vārdnīcā norādīts, ka jēdziens “*aktīva eitanāzija*” aptver arī jēdzienu “*ārsta asistētā pašnāvība*”<sup>79</sup> (*physician – assisted suicide*). Tomēr asistētā pašnāvība<sup>80</sup> ir uzskatāma par atsevišķu eitanāzijas formu, kas teorijā tiek skatīta aktīvās eitanāzijas kontekstā vien formāli, par pamatkritēriju izvēloties apstākli, ka gan vienā, gan arī otrā gadījumā nedziedināmi slimai personai aiziešanā no dzīves kāds asistē – vai nu tā ir ārstniecības, vai arī jebkura cita fiziska persona, to terminoloģiski apvienojot vienā jēdzienā „*asistētā nomiršana*” (*assited dying*)<sup>81</sup>, tomēr darbību veicējs, kā rezultātā iestājas personas nāve, vienmēr būs atšķirīgs – asistētās pašnāvības gadījumā tā būs tikai un vienīgi pati nedziedināmi slima persona, tai laikā, kad aktīvās eitanāzijas gadījumā, tā vienmēr būs vai nu ārstniecības, vai jebkura cita fiziska persona.

Kā jau tas tika noskaidrots nodaļas sākumā, aktīvā eitanāzija var būt vai nu brīvprātīga, vai arī nebrīvprātīga un šo terminu savstarpēja salikuma rezultātā rodas tās divi patstāvīgie veidi:

- 1) aktīvā brīvprātīgā eitanāzija (*active voluntary euthanasia*);
- 2) aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija (*active non-voluntary euthanasia*).

Lai varētu uzskatāmi identificēt to starpā pastāvošās atšķirības, nepieciešams sniegt šo veidu detalizētu analīzi.

---

<sup>79</sup> Медицинский энциклопедический словарь. Коллектив авторов. Бородулин В.И., Бруёнок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. Москва: Оникс 21 век, 2002, с.656.

<sup>80</sup> Turpmāk tekstā tiks lietots jēdziens „*asistētā pašnāvība*”, ar to prezumējot ikvienu asistējošu personu, un tikai nepieciešamības gadījumos, kad būs jāuzsver speciālais subjekts, t.i., ārstniecības persona, tiks lietots termins „*ārsta asistētā pašnāvība*”.

<sup>81</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.13.

L.A.Kalakula (*L.A.Calacula*) un H.L.Hiršs (*H.L.Hirsch*) aktīvo brīvprātīgo eitanāziju definē kā apzinātu nedziedināmi slimas personas dzīvības izbeigšanu, saņemot tam piekrišanu vai balstoties uz tās lūgumu.<sup>82</sup> Savukārt citi autori uzsver, ka aktīvā eitanāzija var būt brīvprātīga vienīgi tajos gadījumos, kad pacients ir rīcībspējīgs un paudis skaidru lūgumu eitanāzijas veicējam to nonāvēt ar šādas metodes palīdzību.<sup>83</sup> Kaut arī minētie skaidrojumi ir savstarpēji līdzīgi un faktiski atbilst aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas būtībai, tomēr tajos var identificēt vairāku juridiski nozīmīgu neprecizitāšu esamību.

Lai ikvienas personas uz dzīvības izbeigšanu vērstas darbības varētu attiecināt uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, ir jākonstatē obligātas šīs eitanāzijas formas un tās veida raksturojošās pazīmes, t.i., pirms eitanāzijas akta uzsākšanas nedziedināmi slima persona izteikusi savu gribu par šādas metodes izmantošanu un, balstoties uz to, ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona aiz līdzcietības veic aktīvas darbības, kuras vērstas uz dzīvības izbeigšanu, šādi atbrīvojot personu no nedziedināmas slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Šajā sakarībā jāatkārto, ka aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumos iniciatīvai eitanāzijas akta veikšanai jāizriet tikai un vienīgi no nedziedināmi slimas personas puses, tai laikā, kad šādas darbības negūst attaisnojumu, ja personas griba tiek aizvietota vien ar pasīvu piekrišanu.

Saistībā ar personas rīcībspēju ir jāatrunā, ka tā tiek uzskatīta par esošu arī tajos gadījumos, kad uz eitanāzijas brīdi persona vairs nav saglabājusi spējas to paust, bet savu vēlmi ir izteikusi iepriekš juridiski nostiprinātā dokumentā pirms eitanāzijas akta uzsākšanas vai nu „Dzīvības pilnvarā”, vai arī ikvienā citā gribas fiksēšanas veidā, kas neraisa aizdomas par tās objektivitāti un arī tiesiskumu. Ievērojot šo noteikumu, var secināt, ka ne visos aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumos uz šā akta izpildes brīdi persona spēj apzināties notiekošo darbību raksturu un to sekas, taču tas neietekmē aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas akta juridisko vērtējumu, un tamdēļ ārsta vai jebkuras citas eitanāziju veicošās personas darbības atzīstamas par iniciētām un sankcionētām no cietušās personas puses.

Diemžēl, ne agrāko laiku, ne arī šā brīža medicīnas un tiesību doktrīna detalizētāk neanalizē aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas vēl arī citus iespējamus izpildes veidus. Var jau piekrist, ka praksē aktīvā brīvprātīgā eitanāzija tik tiešām lielākoties attieksies uz tiem gadījumiem, kad cita persona vada eitanāzijas procesu no sākuma līdz beigām nedziedināmi slimas personas interesēs, tai laikā, kad pašas eitanāzijai pakļautās personas loma raksturojas ar izteiktu pasivitāti, tomēr domājams, ka par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju var runāt arī tad, kad eitanāzijas akta rezultāts, t.i., personas nāve, iestājas visu

---

<sup>82</sup> Calacula L.A., Hirsch H.L. *Active and Passive Euthanasia: Medical and Legal Considerations*. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.158.

<sup>83</sup> Grisez G., Boyle J.M. *Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate*. London: University of Notre Dame Press, 1979, p.139.



nonāvēšanas procesā iesaistīto personu kopīgu aktīvu darbību rezultātā, taču pēdējai darbībai, kura tieši izraisīs nāvi, jābūt veiktai nevis no eitanāzijas pakļautās, bet gan no trešās personas puses. Minētās situācijas var apzīmēt ar jaunu terminu – „*jauktā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija*”, t.i., kad eitanāzijas aktā aktīvi līdzdarbojas arī pati nedziedināmi slima persona un tās loma neaprobežojas vien ar lūguma pēc tās izteikšanu. Kā iespējamo piemēru šādiem gadījumiem var minēt situācijas, kad eitanāzijas veikšanai nepieciešamos līdzekļus sagādā pati nedziedināmi slima persona, savukārt ārsts tos faktiski pielieto pret cilvēka ķermeni. Tāpat var modelēt situāciju, kad daļu no medikamentiem savā organismā ievada pati nedziedināmi slimā persona, bet atlikušos, kas tad arī izraisīs tā nāvi, eitanāziju veicošā persona u.tml. Turklāt šādi gadījumi ir iespējami vien tad, kad uz eitanāzijas izpildes brīdi persona ir saglabājusi savu rīcībspēju un kaut daļējas kustību funkcijas. Iespējams, medicīnas un tiesību zinātnieku vidū atradīsies šāda termina oponenti un ir arī jāpiekrīt, ka šobrīd nerodas nepieciešamība pēc tā ieviešanas doktrīnas līmenī un, domājams, tam nebūtu arī praktiskas nozīmes. Šā brīža pamatproblēma saistāma ar apstākli, ka pašlaik pieejamie jēdziena skaidrojumi sašaurina aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas iespējamās darbības robežas praksē, lai gan situācijas, kurās var nonākt gan nedziedināmi slima persona, gan arī eitanāzijas izpildītājs, var būt dažnedažādas un pat, ja tās nedz doktrīnas, nedz arī normatīvā līmenī līdz šim nav tikušas detalizēti atrunātas, vēl neaplicina to, ka nebūtu skatāmas minētās eitanāzijas formas kontekstā. Lai arī aktīvā brīvprātīgā eitanāzija galvenokārt ir saistāma tik tiešām ar gadījumiem, kad eitanāzijas akta norises laikā nedziedināmi slimas personas darbības raksturojas ar izteiktu pasivitāti un eitanāzijas aktu no tā sākuma līdz beigu momentam realizē trešā persona, balstoties uz tās lūgumu, tās izpildes ietvaros pieļaujama nedziedināmi slimas personas aktīva līdzdarbība, izņemot pēdējās darbības veikšanu, kas izraisīs tās nāvi. Pretējā gadījumā būtu jārunā nevis par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, bet gan par asistēto pašnāvību.

Aktīvo brīvprātīgo eitanāziju atsevišķi ārvalstu autori saista ne vien ar tiem gadījumiem, kad pacients brīvprātīgi lūdz ārstu izbeigt tā dzīvi ar darbību kā, piemēram, injicējot nāvējošu devu medikamentu, bet arī atslēdzot iekārtu, kas mākslīgi uztur pacientu pie dzīvības.<sup>84</sup> Tomēr šajā sakarībā jāakcentē tas, ka gadījumi, kad pacients lūdz ārstniecības personu atslēgt to no mākslīgas dzīvību uzturošas iekārtas, nav atzīstami par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, jo, atšķirībā no tās, nāve netiek tīši un priekšlaicīgi izraisīta, bet gan netiek novērsta slimības izraisīta nāve un galarezultātā ir atzīstama par dabisku, jo organisma dzīvotspēja bez tā mākslīga atbalsta pārstātu funkcionēt tūlītēji vai arī salīdzinoši īsā laika posmā tik un tā. Šādas darbības patreizējā medicīnas un tiesību doktrīna attiecina uz pasīvo brīvprātīgo eitanāziju, kas tiks analizēts vēlāk promocijas darba turpmākajā izklāstā. Lai nerastos

---

<sup>84</sup> Banda L. Euthanasia and the sanctity of life: A Critical Study of Medical Ethics From a Legal Perspective. Zambia Law Journal, 2009. No.1, p.145.

kļūdains priekšstats par šādu darbību nelegitīmo raksturu, šobrīd būtu jāatzīmē vien tas, ka tie gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita personas apmierina rīcībspējīgas nedziedināmi slimas personas lūgumu atslēgt to no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, nav atzīstami ne par vienu no eitanāzijas formām un to patstāvīgiem veidiem, bet gan par pacienta vai indivīda autonomijas principa respektēšanu. Atsevišķa analīze minētās atziņas pamatojumam rodama darba turpmākā izklāstā.

Ar mērķi pilnveidot līdz šim pieejamos termina „**aktīvā brīvprātīgā eitanāzija**” skaidrojumus un novērst to formulējumos konstatētās nepilnības, turpmāk ar šādu jēdzienu būtu jāsaprot **gadījumi, kad, balstoties uz nedziedināmi slimas personas skaidri formulētu lūgumu, kas jebkādā veidā un līdzekļiem izteikts samērīgu laiku pirms eitanāzijas akta uzsākšanas, ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona, līdzcietības motīvu vadīta, veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, ar savām aktīvām darbībām tieši izraisa nedziedināmi slima cilvēka nāvi ar mērķi šādi to atbrīvot no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.**

Ievērojami atšķirīgāk aktīvās eitanāzijas akts norisinās tās nebrīvprātīgā veida ietvaros, kas saistāms ar citu personu nelegitīmi uzņemtām pilnvarām paust pacienta gribu.

Kaut arī aktīvās brīvprātīgās un nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos „*vieglās nāves*” aktu veicošās personas izmantojamie līdzekļi un metodes lielākoties ir identiski, tomēr aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas akts tiek pamatots nevis ar nedziedināmi slimas personas savlaicīgi paustu gribu, bet gan visos gadījumos uz ikvienas citas personas subjektīvo vērtējumu par šādas metodes izmantošanas nepieciešamību un arī pieļaujamību. Turklāt šādu gribu cietušā „interesēs” var paust arī persona, kura nav tieša minētā eitanāzijas akta izpildītāja, piemēram, tā likumiskais pārstāvis, draugs, paziņa utt. Tamdēļ ar jēdzienu „**aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija**” jāsaprot tie **gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona aiz līdzcietības, ar mērķi šādi atbrīvot no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, veicot aktīvas darbības veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, izraisa nedziedināmi slimas personas nāvi, nenoskaidrojot tās gribu par šādas metodes izmantošanas pieļaujamību pret viņu aiz apsvēruma, ka persona šo gribu iepriekš nav paudusi, bet šobrīd vairs nav spējīga to izdarīt.**

Doktrīnas līmenī šobrīd nerodas strīds par to, ka aktīvo eitanāziju var iedalīt divos pamatveidos, t.i., brīvprātīgā un nebrīvprātīgā, tomēr ne visi autori par to ir vienisprātis, un ir arī tādi, kuri piedāvā ievērot vēl detalizētāku iedalījumu atbilstoši to izvirzītiem kritērijiem. Tā, piemēram, Oliveris Guilods (*Oliver Guillod*) un Alaina Šmita (*Aline Schmidt*) aktīvo eitanāziju iedala:

1) *tiešā aktīvā eitanāzijā (direct active euthanasia)* – ar to apzīmējot pārdomātu citas personas nonāvēšanu ar mērķi mazināt tās ciešanas. Minētais eitanāzijas veids var izpausties, ārstam

vai jebkurai trešai pusei intravenozi injicējot nāvējošu vielu personai, kura izjūt ciešanas, tādējādi tieši izraisot tās nāvi, turklāt nāvi izraisošu aktu neveic pati persona, kura izjūt ciešanas, bet gan žēlsirdīgais slepkava;

2) *netiešā aktīvā eitanāzija (indirect active euthanasia)* – tādu ciešanu mazinošu medikamentu (t.i., morfīna) izmantošana, kuru blakusparādība var būt pacienta dzīves ilguma saīsināšana ar iespējamību, ka nāve var iestāties ātrāk, nekā to sākotnēji bija prognozējusi persona, kura izsniegusi šos sāpju remdinošus līdzekļus ar mērķi atbrīvot to no ciešanām, nevis, lai nonāvētu.<sup>85</sup>

Īsumā analizējot šos aktīvās eitanāzijas veidus, būtu jānorāda, ka ar tiešo aktīvo eitanāziju O.Guilods un E.Šmita faktiski apzīmē jau šīs apakšnodaļas ietvaros analizēto aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, kad eitanāzijas aktu veicošās personas tīši izraisa nedziedināmi slimas personas nāvi ar mērķi to atbrīvot no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Aktīvā eitanāzija, līdzīgi kā tas ir ikvienas citas „*vieglās nāves*” formas gadījumā, nekad nevar tikt realizēta netieši. Tās procesa norises ietvaros vienmēr tiek izmantoti tādi nonāvēšanai paredzēti līdzekļi, kuru primārais uzdevums ir priekšlaicīgi pārtraukt nedziedināmi slimas personas organisma dzīvotspēju, kas pamatojumu gūst eitanāzijas veicēja nodomā.

Ievērojami diskutablāks ir jautājums par to, vai sāpju remdinošu līdzekļu izmantošana, kurus pielieto nedziedināmi slimu personu ārstēšanas procesa ietvaros, it īpaši to dzīves pēdējās stadijās un, kuri veicina termināli slimu personu dzīves ilguma saīsināšanu, kā rezultātā iestājas priekšlaicīga nāve, būtu atzīstama par kādu no eitanāzijas formām vai arī par normālu medicīnas praksi. Saskaņā ar O.Guilloda un E.Šmitas piedāvāto netiešās aktīvās eitanāzijas skaidrojumu, atsevišķu zinātnieku vidū valda uzskats, ka šo līdzekļu izmantošana ir ierindojama līdzās citiem aktīvās eitanāzijas veidiem. Lai arī šādu medikamentu un ārstniecības līdzekļu izmantošanā tik tiešām var saskatīt līdzību ar aktīvo eitanāziju un tās patstāvīgiem veidiem, var uzdrošināties apgalvot, ka tā nav un nekad arī nav bijusi eitanāzija, ja vien persona, kura izsniegusi šos ārstniecības līdzekļus, tā ir rīkojusies nevis tamdēļ, lai saīsinātu nedziedināmi slimas personas dzīves ilgumu un, tātad, izraisītu tās priekšlaicīgo nāvi, bet gan tikai, lai atbrīvotu to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, savukārt negatīvās sekas, kuras iestājušās tā rezultātā, t.i., personas nāve, neatkarīgi no tā, ka tās tikušas pieļautas, tomēr bijušas nevēlamas.<sup>86</sup>

Kāds cits autors, t.i., A.Gabrijeļans, analizējot aktīvās eitanāzijas jautājumu, pie minētās „*vieglās nāves*” formas pieskaita arī „*pašrocīgo aktīvo eitanāziju*” – kad pacients pats aktivizē ierīci,

<sup>85</sup> Guillod O., Schmidt A. Assisted suicide under Swiss law. European Journal of Health Law, 2005. March, No.1, p.26. Eitanāzijas iedalījumu tiešā un netiešā savā promocijas darbā ievēro arī A.Gabrijeļans. Sk.: Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 40.lpp.

<sup>86</sup> Sk. minētā temata problemātikas analīzi un minētā secinājuma pamatojumu promocijas darba 2.nodaļas 2.apakšnodaļā.

kuras darbības rezultātā tiek izraisīta ātra nāve bez ciešanām, un minētais process var noritēt arī bez ārsta atbalsta.<sup>87</sup>

Tomēr ir apšaubāma šādu darbību attiecināšana uz „*vieglo nāvi*”, jo gadījumos, kad nedziedināmi slima persona pati sagādā un pieslēdz sevi pie jebkādas datorizētas un/vai mehāniskas, kā arī jebkuras citas ierīces, ar kuras palīdzību tiek realizēts sevis nonāvēšanas mērķis, ir jārunā nevis par eitanāziju, bet gan par vienkāršu pašnāvību, pat, ja persona vēlējusies atbrīvot sevi no nedziedināmas slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Savukārt, ja minēto darbību izpildi ir atbalstījuši ārstniecības vai jebkura cita persona un tās loma aprobežojās vienīgi ar minētās datorizētas un/vai mehāniskas vai arī jebkuras citas ierīces sagādāšanu un/vai pacienta pieslēgšanu tai, šādas darbības jāattiecina tikai un vienīgi uz asistēto pašnāvību.

Aktīvās eitanāzijas sakarībā būtu atkārtoti jāakcentē, ka tās ietvaros veikto darbību rezultāts – izraisīta nedziedināmi slimas personas nāve, ne pie kādiem apstākļiem nevar tikt atzīta par dabisku, kā tas, piemēram, ir pasīvās eitanāzijas gadījumos, kuras apskats vēl sekos, un tā vienmēr ir raksturojama kā tīši un priekšlaicīgi izraisīta ar vai bez cietušā piekrišanas uz to. Šīs nianse ievērošanai nereti ir izšķiroša loma, nosakot vainīgās personas darbību raksturu un atbildības pakāpi pret sekām. Taču pirms atklāt aktīvās un pasīvās eitanāzijas kopīgās un atšķirīgās pazīmes, sākotnēji būtu jāvelta uzmanība (ārsta) asistētās pašnāvības jautājumam, kas šobrīd nepamatoti tiek skatīta aktīvās eitanāzijas ietvaros, lai gan faktiski atzīstama par patstāvīgu eitanāzijas formu.

#### **1.2.4. Asistētā pašnāvība un tās formas**

Kaut bieži vien ārvalstu un Latvijas autori pašnāvību aicina uzlūkot aktīvās eitanāzijas ietvaros, likt vienlīdzības zīmi starp šīm atšķirīgajām „*vieglās nāves*” formām nav pieļaujams.<sup>88</sup> Lai arī tik tiešām to starpā, līdzīgi kā arī visu citu eitanāzijas formu un to veidu gadījumos, var novērot kopīgas raksturojošās pazīmes, tomēr ikviens no tiem, arī (ārsta) asistētā pašnāvība, ir apveltīta ar unikālām un tikai minētajai eitanāzijas formai raksturīgām pazīmēm, kas pieprasa ievērot ne vien terminoloģisku, bet arī juridisku nošķirtību, taču visupirms būtu jādefinē, ko tad saprot ar šo terminu.

---

<sup>87</sup> Габриелян А. Дифференциация уголовной ответственности за эвтаназию по уголовному законодательству зарубежных стран. Административā un kriminālā justīcija, 2010, Nr.3, 16.lpp.

<sup>88</sup> Piemēram, A.Gabrijeļans asistēto pašnāvību neuzskata par eitanāziju un atzīst to par patstāvīgu noziedzīgu nodarījumu, kas neietilpst eitanāzijas jēdzieniskā izpratnē. Sk.: Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 122.lpp. Šādam viedoklim nevar piekrist, jo (ārsta) asistētā pašnāvība ne vien tiek atzīta par patstāvīgu noziedzīgu nodarījumu daudzu pasaules valstu kriminālkodeksos, pantu dispozīcijās iekļaujot līdzietības motīvu, bet arī atsevišķas valstis ar speciāliem likumiem piešķir ārstiem tiesības uzskaitītos gadījumos asistēt pacientu dzīvības izbeigšanas procesos ar mērķi atbrīvot tos no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas plašāk analizēts promocijas darba 4.nodaļā.

Mūsdienās ar jēdzienu „pašnāvība” vai kā to vēl apzīmē „suicīds” (lat. *sui* – sevi, *caedere* – nogalināt) parasti saprot darbību, kad persona tīšuprāt nogalina pati sevi.<sup>89</sup> Pievienojot vārdam „pašnāvība” vārdu „asistētā”, t.i., „asistētā pašnāvība”, termins iegūst nedaudz atšķirīgāku nozīmi – cita persona palīdz, asistē, sagādājot līdzekļus, sniedzot padomus pašnāvības izdarītājam<sup>90</sup>, taču personai pašai neiejaucoties eitanāzijas aktā (*aut. piez.*). Ja tas ir ārsts, kas palīdz citai persona izdarīt pašnāvību, tad šāda ārsta darbība tiek saukta par „ārsta asistēto pašnāvību”.<sup>91</sup> Tātad ar „ārsta asistēto pašnāvību” jāsaprot tie gadījumi, kad tieši ārsts asistē pacientam pašnāvības izdarīšanā, vai nu sagādājot līdzekļus pašnāvības izdarīšanai, kā, piemēram, nāvi izraisošus medikamentus, vai arī sniedzot padomu, kādas visefektīvākās metodes izmantojamas pašnāvības izdarīšanā.<sup>92</sup> Kā norāda L.V.Samners (*L.W.Sumner*), pacients paredz lietot šos ārstniecības līdzekļus ar mērķi izraisīt ar to palīdzību savu nāvi, šādi atbrīvojot sevi no ciešanām.<sup>93</sup> Lai arī praksē ārsta asistētā pašnāvība vairums gadījumos tik tiešām saistāma ar tām situācijām, kad ārstniecības persona izraksta nāvējošu devu medikamentu<sup>94</sup>, tā saucamos barbiturātus, zinot, ka pacients tos izmantos nolūkā izbeigt savu dzīvi, lai šādi sevi atbrīvotu no nedziedināmas slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un šādas situācijas uzskatāmas par klasisku minētās eitanāzijas formas realizāciju, tomēr aprobežoties vien ar šādām situācijām nebūtu pieļaujams. Ir jāpiekrīt S.V.Smita atziņai, ka ar „ārsta asistēto pašnāvību” ir jāapzīmē jebkuri apstākļi, kuros ārsts asistē pacientam miršanas procesā, bet pacients pats veic nāvi izraisošu aktu<sup>95</sup> (tas pats ir attiecināms arī uz asistēto pašnāvību, kad minēto darbību subjekts ir ikviena cita fiziska, nevis ārstniecības persona – *aut. piez.*). Tātad arī tie gadījumi, kad ārstniecības vai jebkuras citas fiziskas personas darbības aprobežojas vien ar morāla atbalsta<sup>96</sup> sniegšanu pašnāvības izdarītājam, ir vērtējami kā asistētā pašnāvība, ja vien šo personu nolūks ar savu, nosacīti aktīvu rīcību<sup>97</sup>, ir atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.

---

<sup>89</sup> Гишинский Я. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». Санкт-Петербург: «Юридический центр Пресс», 2004, с.315.

<sup>90</sup> Kastenbaum R. Macmillan Encyclopedia of Death and Dying. Volume 1. A-K. USA: Macmillan Reference, 2003, p.268.

<sup>91</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.13.

<sup>92</sup> Keown J. Euthanasia, ethics and public policy. An Argument against Legalisation. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.31.

<sup>93</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.18.-19.

<sup>94</sup> Liu A. Ah Bun and Euthanasia in Hong Kong. Hong Kong Law Journal, 2009. April 1, No.39, p.159.

<sup>95</sup> Smith S.W. Evidence for the Practical Slippery Slope in the Debate on Physician – Assisted Suicide and Euthanasia. Medical Law Review, 2005. Spring, No.1, p.17.

<sup>96</sup> Par morālā atbalsta izpratni asistētās pašnāvības jautājuma kontekstā sk. detalizētāk promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunktu.

<sup>97</sup> Ar „nosacīti aktīvu rīcību” tiek apzīmēta mutvārdos vai ar konkludentām darbībām pašnāvības izdarītājam no pašnāvības atbalstītāja puses sniegta iedrošinoša rakstura vai pārliecību stiprinoša psiholoģiska palīdzība.

Kā izriet no sniegtajām definīcijām, asistētai pašnāvībai ne vien medicīnas un tiesību teorijā, bet arī to praksē var izšķirt divas patstāvīgas formas, proti:

- 1) asistēto pašnāvību (*assisted suicide*) un
- 2) ārsta asistēto pašnāvību (*physician - assisted suicide*).

Minētais uzskaitījums uzskatāms par izsmeļošu un nepakļaujas izmaiņām.

Ārsta asistētās pašnāvības un asistētās pašnāvības jautājumā savlaicīgi ir jāatrunā, ka ņemot vērā to mērķi – aiz līdzcietības atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas uzskatāms par vienīgo pašnāvības atbalstītāju motivāciju šādi rīkoties personas interesēs, nav pieļaujams, ka līdz šim pieejamās definīcijās minētie faktori apzināti vai neapzināti tiek ignorēti. Cenšoties ieviest juridisko precizitāti skaidrojumos, ar jēdzienu „**(ārsta) asistētā pašnāvība**” būtu jāsaprot tie **gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona aiz līdzcietības palīdz, asistē, sagādājot līdzekļus, sniedzot padomus un/vai morālu atbalstu nedziedināmi slimai personai pirms pašnāvības akta uzsākšanas un/vai tās izpildes brīdī, vai arī pieslēdz to pie pašnāvības veikšanai paredzētās mehāniskās un/vai datorizētas, vai arī jebkuras citas ierīces, uz kuru pašnāvības izdarītājam fiziski iedarbojoties pašam, tiks izraisīta pēdējā nāve, ar mērķi šādi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, taču pašnāvības atbalstītājam ne pie kādiem apstākļiem neiejaucoties pēdējā darbībā, kas izraisīs nāvi.**

Tātad praksē asistētā pašnāvība var izpausties sekojoši:

- 1) jebkura fiziska persona (asistētā pašnāvība) – nedziedināmi slimam cilvēkam tikai sniedz informāciju vai dod padomus, kā realizēt pašnāvību, vai arī sagādā jebkādas pašnāvības izdarīšanai paredzētus rīkus un līdzekļus;

- 2) ārstniecības persona (ārsta asistētā pašnāvība) – nedziedināmi slimam pacientam tikai sniedz informāciju, dod padomus vai instrukcijas (piemēram, kā, kādā devā un izmantojot kādus medikamentus visefektīvāk veikt pašnāvību, lai iestātos letāls iznākums), sagādā pašnāvības veikšanai paredzētus līdzekļus (piemēram, pašnāvības veikšanai atbilstošus medikamentus un to nepieciešamo devu), vai izraksta recepti nāvējošas devas medikamentu iegādei, kuru lietošanas rezultātā iestāsies pacienta nāve;

- 3) ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona – nedziedināmi slimu cilvēku tikai morāli atbalsta pirms pašnāvības akta uzsākšanas un/vai tās izpildes brīdī;

- 4) ārstniecības persona vai jebkura cita fiziska persona tikai pieslēdz nedziedināmi slimu personu pie pašnāvības veikšanai izmantojamās mehāniskās un/vai datorizētas, vai arī jebkuras citas

ierīces, uz kuru nedziedināmi slimai personai fiziski iedarbojoties pašai, tiks izraisīta tās nāve. Kā vienu no spilgtākajiem piemēriem šāda veida asistētām pašnāvībām var minēt Amerikas Savienoto Valstu Mičiganas štata patologa ārsta Džeka Kevorkjana (*Jack Kevorkian*; 26.05.1928. – 03.06.2011.), kurš sabiedrībā vairāk pazīstams ar iesauku „Dr. Nāve” (*Dr. Death*), savulaik uzbūvēto „pašnāvības mašīnu”, lai palīdzētu nedziedināmi slimiem cilvēkiem izdarīt pašnāvību, kurā personas asistēšana pašnāvībā aprobežojās vienīgi ar eitanāzijas aktam pakļautās personas intravenozu pieslēgšanu pie pašnāvības veikšanai paredzētās aparatūras, kas savukārt bija savienota ar trim dažādiem šķidrums, bet aiziešanu ar minētās iekārtas palīdzību persona veica pati, datorizēti nospiežot pogu.<sup>98</sup> Dž.Kevorkjana izgudrojums nodrošināja pacientam iespēju pašam sev injicēt nāvējošu devu anestēzijas un kālija hlorīdu (vēlākā aparāta modifikācijas rezultātā – oglekļa monoksīdu), šādi panākot sava organisma dzīvotspējas pārtraukšanu.<sup>99</sup> Turklāt izgudrotā ierīce nedziedināmi slimam cilvēkam praktiski līdz pat pēdējam brīdim saglabāja iespēju atteikties no savas ieceres un pārtraukt uzsāktā akta izpildi. Dž.Kevorkjana izgudrojums guva pietiekami plašu atsaucību, par ko liecina vien tas, ka šādi dzīvību izbeidza vairāk nekā 130 nedziedināmi slimu cilvēku.

Neraugoties uz asistētās pašnāvības salīdzinoši caurskatāmo realizācijas procedūru, izpratne par to mūsdienās nebūt nav vienvēidīga, ārvalstu un Latvijas autoriem nereti to jaucot ar darbībām, kas var tikt attiecinātas vai nu uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, vai arī uz citiem tīšas nonāvēšanas veidiem.

Šajā sakarībā ir nepieciešams precizēt Kristapa Tomsona savulaik pausto atziņu, ka ārsta asistēta pašnāvība ir arī tad, „[...] ja pacients pats nav spējīgs izdarīt pašnāvību tādēļ, ka viņam ir fiziski trūkumi vai nepilnības, kas radušās nāvīgas saslimstības dēļ.”<sup>100</sup>

No minētā apgalvojuma izriet, ka ārsta asistētā pašnāvība būs arī tajos gadījumos, kad pacients ir vai nu pilnībā zaudējis spējas veikt jebkādas kustības, t.i., ir iestājusies visa ķermeņa paralīze, vai arī viņam piemīt jebkādas citas fiziskas dabas nepilnības, kas liedz veikt pašnāvības aktu personīgi, un letāls iznākums tiek nodrošināts ar ārsta palīdzību.

Šajā sakarībā būtu atkārtoti jāuzsver, ka ikvienā situācijā, kad tiek runāts par ārsta asistēto pašnāvību, nedziedināmi slimai personai jābūt saglabātām tik daudz minimālām fiziskām spējām, lai pēdējā darbība, kuras rezultātā arī iestāsies nāve, tiktu veikta tieši no šīs personas puses neatkarīgi no tā, vai tā būtu nāvējošas devas medikamentu norīšana, datorizētas un/vai mehāniskas, vai arī jebkuras citas ierīces, kas domāta pašnāvības izdarīšanai, aktivizēšana jebkādā iespējamā veidā, tostarp ar acu skatienu, mēles pieskārienu u.tml. Savukārt tādos gadījumos, kas raksturojas ar apzīmējumu – cilvēks

<sup>98</sup> Rubenis A. Ētika XX gadsimtā. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 1996, 215.lpp.

<sup>99</sup> Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.3.

<sup>100</sup> Tomsons K. Eitanāzijas institūta izpratne, nošķiršana un iedalījums. Jurista vārds, 2010. 19.janvāris, Nr.3, 20.lpp.

ir „sava ķermeņa ķīlnieks”, kas bez citas personas ārējās fiziskās iedarbības būtu lemts dzīvošanai nemainīgos apstākļos, ir jārūnā nevis par ārsta asistēto pašnāvību, bet gan par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, kad ārstniecības vai jebkura cita persona, balstoties uz tās skaidri formulētu lūgumu, tieši ar savām aktīvām darbībām uzsāks, vadīs un pabeigs eitanāzijas aktu, līdz iestāsies personas nāve.

Divdomīgus traktējumus, skaidrojot minēto eitanāzijas formu, pieļauj arī ārvalstu autori, norādot, ka ārsta asistētās pašnāvības gadījumā ārstniecības persona tipiski tiek iesaistīta sekojošās aktivitātēs, proti: nodrošinot pacientu ar informāciju par to, kā visefektīvāk veikt pašnāvību; nodrošinot līdzekļus efektīvas pašnāvības veikšanai, kas galvenokārt izpaužas, izrakstot recepti letālas devas medikamentu saņemšanai vai arī nodrošinot morālu atbalstu pacienta pieņemtajā lēmumā; uzraugot pašnāvības procesa norisi, palīdzot pacientam pārvarēt fiziskās grūtības, piemēram, novājinātam pacientam fiziski asistējot zāļu iedzeršanas procesā<sup>101</sup>.

Minētā uzskaitījuma sakarībā diskusijas var rosināt un īpaša uzmanība jāvelta pēdējam minētam apstāklim, ka ārstniecības persona novājinātam pacientam var fiziski asistēt zāļu iedzeršanas procesā.

Gadījumos, ja ārstniecības vai arī jebkura cita fiziska persona, asistējot nedziedināmi slimas personas pašnāvības aktā, saskata grūtības eitanāzijai pakļautam subjektam pašrocīgi veikt sevis nonāvēšanu, un konkrētā piemērā, iedzert nāvējošu devu medikamentu, par asistēto pašnāvību jārūnā tiktāl, ja pašnāvības atbalstītāja darbības aprobežosies tikai un vienīgi kā šo medikamentu, kas galvenokārt ir izšķīdinātā veidā un uz eitanāzijas brīdi var atrasties jebkādā traukā, pietuvināšanu pacienta lūpām ar mērķi, ka turpmākas darbības, tas ir, medikamentu fizisku uzņemšanu, piemēram, uzsūkšanu, savā organismā persona ar vai bez palīgierīču palīdzību, piemēram, plastikāta cauruli, veiks patstāvīgi.

Savukārt gadījumos, kad ārstniecības vai jebkura cita persona šos medikamentus, aiz apsvēruma, ka nedziedināmi slima persona uz eitanāzijas brīdi vai arī vispār neatgriezeniski zaudējusi jebkādas fiziskas iespējas tos uzņemt patstāvīgi, ar savām aktīvām darbībām ievada eitanāzijai pakļautās personas organismā neatkarīgi no tā, vai tas notiek caur muti vai jebkādā citādākā veidā, jārūnā tikai un vienīgi par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, jo asistētās pašnāvības gadījumos ikvienas fiziskas vai ārstniecības personas darbības aprobežojas tikai un vienīgi ar nedziedināmi slimas personas sagatavošanu (vārda plašākajā nozīmē) pašnāvības izdarīšanai, taču pašu aiziešanu persona visos gadījumos veic pati.

---

<sup>101</sup> Mappes T.A., DeGrazia D. Biomedical ethics. Fifth edition. New York: McGraw-Hill, 2001, p.385.



Lai arī ne agrāko laiku, ne arī jaunākajās medicīnas un tiesību zinātņu atziņās netiek atrunāts jautājums par asistētās pašnāvības izpausmes veidiem no pašnāvības aktam pakļautā subjekta skatpunkta, lieki nebūtu uzsvērt, ka minētā eitanāzijas forma atšķirībā, piemēram, no aktīvās eitanāzijas, var realizēties tikai un vienīgi uz nedziedināmi slimas personas skaidri formulēta lūguma pamata un, tātad, tā visos gadījumos būs brīvprātīga. Pieņēmumi, ka asistētai pašnāvībai jebkādu apsvērumu dēļ var identificēt arī nebrīvprātīgu veidu, nevar rast attaisnojumu nedz medicīnas, nedz arī tiesību teorijā un šādos gadījumos būtu jārunā par citām eitanāzijas vai slepkavības formām un to veidiem, taču šādas darbības neattiecinot uz minēto „*vieglās nāves*” formu.

Starp nozīmīgākām atšķirībām, kas pastāv starp aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, kas pēc mērķiem ir vienādas, bet pēc izpildīšanas veida faktiski atšķirīgas procedūras, jāmin apstākļi, ka pirmajā gadījumā nāve iestājas citas personas aktīvu darbību rezultātā, tai laikā, kad asistētās pašnāvības gadījumā nāve iestājas pašas personas aktīvas rīcības rezultātā.<sup>102</sup> Turklāt var kategoriski apgalvot, ka asistētā pašnāvība tās unikālo pamatpazīmju dēļ ir patstāvīga un ne ar vienu citu savstarpēji nesaistīta eitanāzijas forma, kas līdz šim tika ierindota aktīvās eitanāzijas spektrā, par pamatkritēriju izvēloties tikai un vienīgi ārsta vai jebkuras citas personas lomu nonāvēšanas procesā, kas pie jebkura tās realizācija veida vienmēr ir nosacīti aktīva.

Asistētā pašnāvība nav vienīgā eitanāzijas forma, kura ne vienmēr tiek korekti izprasta, to skaidrojot ar virkni individuālu un vienlaikus unikālu pamatpazīmju ievērošanas nepieciešamību ikvienā tās realizācijas procesā. Diskusiju rosinošs ir arī pasīvās eitanāzijas jautājums, kas, ievērojot tās divus patstāvīgos veidus un, jo īpaši, tās specifisko realizāciju, atzīstams par vienu no visvairāk diskutētiem un līdz šim neviennozīmīgi vērtētiem jautājumiem „*vieglās nāves*” kontekstā. Pasīvās eitanāzijas vietas un lomas noskaidrošanai starp citām eitanāzijas formām, diskusiju rašanās iemesliem un to laikā pausto secinājumu pamatotības analīzei tiek veltīta nākamā promocijas darba apakšnodaļa.

### **1.2.5. Pasīvā eitanāzija**

Kā pēdējā nonāvēšanas aiz līdzcietības forma, kas būtu skatāma promocijas darba ietvaros „*vieglās nāves*” kontekstā, ir pasīvā eitanāzija, kas vienlaikus atzīstama par vienu no komplikētākajiem un arī diskutablākajiem eitanāzijas gadījumiem. Ja aktīvās eitanāzijas un asistētās pašnāvības ietvaros ārstniecības vai jebkuras citas eitanāzijas aktu veicošās personas darbības ir skaidri identificējas, t.i., gan vienā, gan arī otrā gadījumā persona izmanto tam paredzētus līdzekļus, kuri vērsti uz nedziedināmi slimas personas nāves izraisīšanu, tad pasīvā eitanāzija raksturojas ar atturēšanos no jebkādu līdzekļu,

<sup>102</sup> Becker C.L, Becker C.B. Encyclopedia of Ethics. Second Edition. Volume 1. A-G. New York and London: Routledge, 2001, p.492.

kas var paildzināt slimnieka dzīvi, lietošanas, vai šādu līdzekļu lietošanas pārtraukšanu un, tātad, nāve tieši netiek izraisīta, bet gan netiek novērsta slimības izraisītās nāves iestāšanās. Tā kā nedziedināmi slimas personas „nonāvēšanas” procesā netiek izmantoti tam paredzēti līdzekļi, tiesību doktrīnā arvien biežāk izskan aicinājums šādas pasīvas darbības vispār neattiecināt uz eitanāziju un tās uzlūkot tikai un vienīgi medicīniskās aprūpes ietvaros. Ievērojot to, ka tā nav vienīgā argumentācija, kas pieprasa kritisku skatījumu, sākotnēji būtu nepieciešams sniegt jēdziena „*pasīvā eitanāzija*” skaidrojumu, un tās vietas noskaidrošanu citu „*vieglās nāves*” formu un to veidu ietvaros.

Mārgareta Otlovskā (*Margaret Otlovski*) ar „*pasīvo eitanāziju*” apzīmē apzinātu atturēšanos no dzīvību paildzinošas medicīniskas ārstēšanas vai tās pārtraukšanu attiecībā pret nedziedināmi slimu pacientu, ar mērķi paātrināt pacienta nāves iestāšanos, un kā rezultātā pacienta nāve iestājas ātrāk, nekā tad, ja šāda aprūpe būtu veikta.<sup>103</sup> Tomēr minēto definīciju nevar atzīt par pareizu, jo, atšķirībā no visām citām „*vieglās nāves*” formām, kā jau tas tika uzsvērts iepriekš, pasīvā eitanāzija ir vienīgā, kuras izpildes rezultātā nevis tiek tieši izraisīta vai paātrināta nedziedināmi slimas personas nāve, bet gan tā netiek novērsta un/vai aizkavēta, turklāt šajā kontekstā ir jārunā tikai un vienīgi par dabisko nāvi. Juridiski pareizs formulējums savulaik ir izskanējis jau tālā 1989.gadā, kad, skaidrojot pasīvas eitanāzijas būtību, tika norādīts, ka par pasīvo eitanāziju jārunā tad, kad pacientam ir nedziedināma saslimstība un ārstēšana tikai aizkavē viņa nāves iestāšanās brīdi, savukārt, kad tiek pārtraukta ārstēšana, slimniekam ļauj nomirt no savas slimības.<sup>104</sup> Minētais secinājums pamatojumu guvis arī vēlākā laika tiesību doktrīnā, O.Guillodam un E.Šmitai akcentējot, ka pasīvas eitanāzijas gadījumos, kad tiek ierobežoti vai pārtraukti dzīvību paildzinošie pasākumi, nāve netiek speciāli izraisīta, bet ir slimības rezultāts.<sup>105</sup> Turpretim visos citos eitanāzijas formu un to veidu gadījumos nāve citu personu darbību rezultātā tiek izraisīta priekšlaicīgi, apzināti iejaucoties pacienta organisma dabīgā procesa norisē, šādi saīsinot slimnieka mūžu. Minētā atziņa ir attiecināma arī uz asistēto pašnāvību, kad pacients ar atbalstītāja līdzdalību pats priekšlaicīgi pārtrauc sava organisma dzīvotspēju. Tamdēļ par pieņemamāku atzīstama Krievijas juristes Oksanas Kapinusas (*Оксана Капинус*) piedāvātā definīcija, ar jēdzienu „*pasīvā eitanāzija*” apzīmējot tos gadījumus, kad tiek realizēta apzināta atturēšanās no darbību izpildes, kas vērstas uz nedziedināmi slimas personas dzīvības uzturēšanu, ar mērķi atbrīvot viņu no mokošām fiziskām ciešanām.<sup>106</sup>

<sup>103</sup> Otlovski M. Voluntary Euthanasia and the Common Law. New York: Clarendon Press, 1997, p.5.

<sup>104</sup> На грани жизни и смерти (краткий очерк современной биоэтики в США). Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. [В.в.]: Этика, 1989, №12, с.30-31.

<sup>105</sup> Guillod O., Schmidt A. Assisted suicide under Swiss law. European Journal of Health Law, 2005. March, No.1, p.26.

<sup>106</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.70.

Pasīvā eitanāzija visbiežāk izpaužas kā atturēšanās no dzīvību uzturoša atbalsta sniegšanas vai arī tā pilnīga pārtraukšana. Savukārt ar dzīvības uzturošu atbalstu jāsaprot, piemēram, ventilatoru, kurš nodrošina pacienta elpošanas orgānu funkciju, vai mākslīgu barošanu, kas tiek realizēts intravenozi un nodrošina pacientu ar nepieciešamajām ūdens un barības vielām.<sup>107</sup> Pēc būtības šīs eitanāzijas formas realizāciju var raksturot kā „*atteikšanos no cīņas par pacienta dzīvību*”, tādējādi nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, lai arī tobrīd medicīniska iejaukšanās spētu mākslīgi paildzināt slimnieka dzīves ilgumu. Šādos gadījumos ārstniecības vai jebkuras citas fiziskas personas loma eitanāzijas aktā var būt divējāda, t.i., gan aktīva – atvienojot nedziedināmi slimu personu no mākslīgām organisma dzīvības funkciju uzturošām iekārtām, vai arī pārtraucot mākslīgu organisma nodrošināšanu ar barības vielām un šķidrumu, gan arī pasīva – nesniedzot tobrīd nepieciešamo un pieejamo medicīnisko palīdzību, piemēram, antibiotikas un jebkurus citus medikamentus. Tamdēļ zinātniskajā literatūrā šo eitanāzijas formu nereti pretstata aktīvai eitanāzijai un apzīmē ar terminu – „*atliktās šļirces metode*”, t.i., personas dabiskā nāve ir slimības rezultāts, kas tiek panākts ar netiešiem līdzekļiem.

No jēdzienu skaidrojumu analīzes izriet, ka pasīvā eitanāzija var būt saistāma ar praktiskām grūtībām tās nošķiršanā no medicīnas teorijā un praksē aprobētām procedūrām, kuras tiek izmantotas nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes procesa ietvaros, tostarp to atslēgšanu no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām. Tomēr kā svarīgāko kritēriju, kas tad ļauj nošķirt pasīvo eitanāziju no medicīniski korektas rīcības, jāmin šo darbību vai pieļautās bezdarbības mērķis un to veicēja nolūks. Pasīvās eitanāzijas gadījumos tās veicēja nolūks ir tikai un vienīgi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas viņaprāt iespējams, vien nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, tātad vēloties nāves sekas iestāšanos. Savukārt visos citos gadījumos, kad turpmāka dzīvības uzturošu līdzekļu izmantošana tiek pārtraukta, balstoties uz speciālistu slēdzienu, kurā atzīts, ka šādi līdzekļi zaudējuši savu racionalitāti, nedziedināmi slimas personas nāve ir šo darbību vai pieļautās bezdarbības nenovēršamas un tomēr nevēlamas sekas, nevis to pašmērķis. Šīs atrunas sakarā ir jāakcentē, ka minētais noteikums ir attiecināms tikai un vienīgi uz tiem gadījumiem, kad šo darbību vai pieļautās bezdarbības izpildītājs ir ārstniecības persona. Ikviens cits fiziska persona, kura nav apveltīta ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, nav spējīga identificēt un nošķirt tos gadījumus, kad turpmāka nedziedināmi slimas personas medicīniskā aprūpe ir zaudējusi jebkādu nozīmību un ir pārtraucama vai arī tā, neraugoties uz kopējā veselības stāvokļa progresējošu pasliktināšanos, būtu turpināma.

---

<sup>107</sup> Otlowski M. Voluntary euthanasia and the common law. New York: Oxford, Clarendon press, 1997, p.138.-139.

Pasīvai eitanāzijai šā brīža tiesību doktrīnā galvenokārt izšķir divus patstāvīgus veidus, t.i., brīvprātīgo un nebrīvprātīgo.<sup>108</sup>

Pasīvo eitanāziju par brīvprātīgu uzskata gadījumos, kad ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona aiz līdzietības, balstoties uz nedziedināmi slimas personas lūgumu, neuzsāk vai pārtrauc uz tā dzīvību saglabāšanu vērstas darbības, ar mērķi šādi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Lai arī „pasīvai brīvprātīgai eitanāzijai” ir nenoliedzama līdzība ar eitanāziju tās klasiskā izpratnē, minētais jautājums pieprasa jo īpašu analīzi vien tamdēļ, ka tas joprojām ir neviennozīmīgi vērtēts kā medicīnas, tā arī tiesību doktrīnā.

Diskusijas par to, ka pasīvā eitanāzija būtu norobežojama no eitanāzijas, ja vien tās izpildē piedalījusies ārstniecības persona, aizsākās Nīderlandē XX gadsimta 70-ajos gados, kad akadēmiskā līmenī aicināja šo terminu vairs nelietot un minētās darbības attiecināt uz normālu medicīnisku iejaukšanos slimnieka ārstēšanā, kuru nosaka ārsta profesionālie standarti.<sup>109</sup> Šādas nostājas paudējs savulaik bija Nīderlandes profesors veselības tiesību jomā Henks Līnens (*Henk Leenen*) un tā atbalstītāji, „[...] saskatot vērā ņemamu normatīvu atšķirību starp aktīvu dzīvības izbeigšanu, no vienas puses, un atturēšanos no ārstēšanas vai tās pārtraukšanu un sāpju remdināšanu no otras puses.”<sup>110</sup> Savukārt ārsts konsultants Roberts G. Tvaikross (*Robert G. Twycross*) akcentē, ka atturēšanās ietvaros no ārstniecības līdzekļu lietošanas, kas vērsti uz nedziedināmi slimu personu dzīvības paildzināšanu, netiek izsniegti medikamenti, kas paātrina to nāvi, tamdēļ šādas darbības nav jāattiecina uz eitanāziju.<sup>111</sup> Tātad minēto viedokļu pamatojumam tiek izvēlēti tādi kritēriji kā darbība un bezdarbība, kā arī to ietvaros izmantotie vai neizmantotie līdzekļi. Lai arī XX gadsimta zinātnieku pasīvās eitanāzijas jautājuma aktualizēšanu doktrīnā nenoliedzami jāvērtē atzinīgi, to pamatojumos, kamdēļ pasīvā eitanāzija turpmāk nebūtu attiecināma uz eitanāziju, ir pieļautas būtiskas neprecizitātes un, lai tās identificētu, ir jāveic neliela šo argumentu analīze.

H.Līnens un R.G.Tvaikross pasīvo eitanāziju aicina neuzlūkot „*vieglās nāves*” ietvaros vien tamdēļ, ka atšķirībā no citām eitanāzijas formām un to veidiem, pasīvās eitanāzijas gadījumos netiek izmantoti līdzekļi, kuri vērsti uz nedziedināmi slimas personas organisma dzīvības funkciju priekšlaicīgu pārtraukšanu, tātad nāve, viņuprāt, netiek tīši izraisīta, bet gan netiek novērsts slimības izraisītās nāves iestāšanās brīdis, tādējādi minētās darbības atzīstot par tiesiskām. Šajā sakarībā

---

<sup>108</sup> Banda L. Euthanasia and the sanctity of life: A Critical Study of Medical Ethics From a Legal Perspective. *Zambia Law Journal*, 2009. No.1, p.147.

<sup>109</sup> Legemaate J. Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.22.

<sup>110</sup> Ibid.

<sup>111</sup> Dictionary of medical ethics. Revised and enlarged edition. Duncan A.S., Dunstan G.R., W.R.B. and etc. London: Darton, Longman&Todd, 1981, p.164.

jāiebilst. Formāli tik tiešām var uzskatīt, ka pasīvās eitanāzijas veicējs neizraisa nedziedināmi slimas personas nāvi un tā ir tikai un vienīgi slimības rezultāts. Tomēr rodas retorisks jautājums, vai, nepārtraucot mākslīgo dzīvību uzturošu līdzekļu izmantošanu, nāve būtu tūlītēja?! Domājams, ka nē. Tātad ignorēt eitanāzijas veicēja aktīvu rīcību vai bezdarbību minētās eitanāzijas formas ietvaros nav pieļaujams.

Dzīvību uzturošas ārstēšanas pamatuzdevums, kā tas izriet jau no paša termina burtiska tulkojuma, saistāms ar nedziedināmi slimas personas organisma mākslīgu uzturēšanu tai laikā, kad bez šāda atbalsta sniegšanas tā turpmāka dzīvotspēja būtu apdraudēta vai pat neiespējama. Savukārt persona, kas to ierobežo, vai arī pārtrauc, apzinās, ka šādu darbību vai bezdarbības rezultātā tuvākā laikā iestāsies nāve. Līdz ar to secināms, ka, lai arī dabiska, tomēr nedziedināmi slimas personas nāve ir tiešā cēloniskā sakarā ar pasīvās eitanāzijas veicēja realizētām darbībām vai pieļauto bezdarbību, un šādas cēloņsakarības ievērošana ir obligāta. Turklāt autori ignorē tos gadījumus, kad pasīvo eitanāziju realizē nevis ārstniecības, bet ikviena cita fiziska persona. Līdz ar to šādu darbību vai pieļauto bezdarbību attiecināšana uz normālu medicīnisku praksi noteiktos apstākļos nemaz nav iespējama, kaut gan pats eitanāzijas process ir identisks. Arī nebrīvprātīgais pasīvās eitanāzijas veids rada iebildumus minētās argumentācijas sakarā. Lai arī autori īpaši neakcentē savas nostājas attiecināšanu uz kādu noteiktu pasīvās eitanāzijas veidu, tiesiskās sekas abos šajos gadījumos nebūs identiskas, jo neatkarīgi no tā, eitanāzijas aktu veic ārstniecības vai jebkura cita persona, tā rezultātā nāve ir tīši izraisīta vai gluži otrādi – nav novērsta slimības izraisītās nāves iestāšanās, iestājas kaitīgas sekas – nedziedināmi slimas personas nāve, nesaņemot uz to lūgumu. Tamdēļ veiktās darbības vai pieļautā bezdarbība nevar tikt atzīta par tiesisku, ikvienā gadījumā valstij saglabājot pienākumu veikt personas dzīvības krimināltiesisko aizsardzību. Līdz ar to pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija vienmēr ir skatāma tikai un vienīgi citu eitanāzijas formu un to patstāvīgo veidu ietvaros. Savukārt H.Līnena un R.G.Tvaikrosa argumentācija drīzāk ir pakļaujama vērtēšanai ētiskā šķērsgrizumā, nevis juridiskās zinātnes ietvaros.

Vēlākā posmā H.Līnena un R.G.Tvaikrosa nostājas pārstāvjiem radās arī oponenti, iebildumiem izmantojot atšķirīgāku argumentāciju. Kā norāda Dž.Kouans, ārsts, kurš, balstoties uz pacienta pārdomātu lūgumu, atslēdz plaušu mākslīgās ventilācijas iekārtu vai pārtrauc mākslīgo barošanu, ja tā mērķis ir šādi nonāvēt pacientu, tik un tā veic eitanāzijas aktu un minētās darbības viņš attiecina uz pasīvās eitanāzijas formu. Savukārt eitanāzija nebūs vien tajos gadījumos, kad ārsts šādi rīkojas tikai tamdēļ, ka mākslīgie dzīvību uzturošie pasākumi kļuvuši pārāk apgrūtināši pašam

pacientam, nevis ar mērķi saīsināt tā dzīvi.<sup>112</sup> Dž.Kouana atziņai var piekrist vien daļēji. Tik tiešām, lai darbības vai bezdarbību atzītu par eitanāziju, visupirms jākonstatē tās veicēja tiešs nodoms, proti, ka tieši ar šādas metodes un izmantojamo līdzekļu palīdzību persona vēlējusies atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Turpretim visos citos gadījumos, kā jau tas tika noskaidrots iepriekš, kad nāve ir tikai un vienīgi veikto darbību vai pieļautās bezdarbības nevēlamas sekas, tās nevar būt attiecināmas uz eitanāziju.

Pamatojums tam, kamdēļ pasīvā eitanāzija, un tikai tās brīvprātīgā veida gadījumos, turpmāk nav skatāma eitanāzijas kontekstā, izriet nevis no darbības vai pieļautās bezdarbības rakstura, tās laikā izmantojamiem vai neizmantojamiem līdzekļiem, bet gan no pašnoteikšanās tiesībām, ar ko ir apveltīts ikviens rīcībspējīgs indivīds, un to ievērošanas pienākuma no trešo personu puses, kam promocijas darba 3 nodaļā sniegta detalizētāka analīze.

Ir jāpiekrīt ārsta psihiatra S.I.Grīnberga atziņai, ka „Pagātnē likums bija ārstu un ārstniecības iestāžu pusē, kas noraidīja pacientu lūgumus neturpināt ārstēšanu”<sup>113</sup>, taču šobrīd situācija ir kardināli mainījies. Arvien nozīmīgāku lomu bioētikas, medicīnas un cilvēktiesību ietvaros ieņem pacienta autonomijas princips, paredzot ikviena rīcībspējīga pacienta aktīvu līdzdalību lēmumu pieņemšanā, kas attiecas uz tā ķermeni izmantojamām metodēm un līdzekļiem, un nodrošinot tiesības ne vien saņemt medicīnisko aprūpi, bet arī atteikties no tās, pat ja atteikšanās rezultātā tiks nodarīts kaitējums savai veselībai un pat dzīvībai. Tamdēļ, kā norāda Dž.Grifits: „[...] kompetents<sup>114</sup> pacients ir tiesīgs, neatkarīgi no iemesla, atteikties no (turpmākas) ārstēšanas, neatkarīgi no tā, ka ārstēšana (ārsta prāt) ir nosakāma un nepieciešama dzīvības turpināšanai. Nav būtiski, ka pacients izmanto šīs tiesības, lai saīsinātu savu dzīvi; arī nav būtiski, ka ārsts (vai jebkurš cits) piekrīt pacienta lēmumam.”<sup>115</sup> Lai arī juridiskajā literatūrā kā piemērs šādiem gadījumiem tiek minēta nedziedināmi slimas personas atrašanās tādā stāvoklī, kad savu fizioloģisku īpatnību dēļ tā nespēj veikt pašnāvību<sup>116</sup>, šādi izbeidzot nedziedināmas slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, tomēr aprobežoties vienīgi ar personas fizioloģisko stāvoklī nebūtu pareizi. Motivācija, kamdēļ persona atsakās no turpmākas ārstēšanas, kas

---

<sup>112</sup> Keown J. Euthanasia, ethics and public policy. An Argument against Legalisation. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.12.

<sup>113</sup> Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.79

<sup>114</sup> Rīcībspējīgs – *aut. piez.*

<sup>115</sup> Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.93. Ieskatam var minēt, ka atsevišķi ārvalstu autori, atzīstot rīcībspējīgu pacientu tiesības atteikties no ārstēšanas, argumentē, ka ārsta asistēto pašnāvību vai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju nav nepieciešams legalizēt vispār, jo tiesības atteikties no ārstēšanas, tostarp mākslīgās hidrācijas jeb nodrošināšanu ar šķidrumu un barošanas, ir alternatīva tiem pacientiem, kuri vēlas saīsināt savas dzīves ilgumu. Sk., piemēram: Mappes T.A., DeGrazia D. Biomedical ethics. Fifth edition. New York: McGraw-Hill, 2001, p.436.-438.

<sup>116</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.70.

paildzinātu tā dzīvi, var būt dažnedažāda, sākot ar reliģiskiem motīviem, jau pieminēto personas ķermeņa daļēju vai pilnīgu paralīzi un, visbeidzot, ar jebkuru citu personas subjektīvu motīvu, kas faktiski neietekmē atteikšanās procesa norisi un tās juridisko vērtējumu, ja vien savas tiesības realizē rīcībspējīga persona. Tātad tie gadījumi, kad veselības aprūpes procesa ietvaros ārstniecības persona, ievērojot rīcībspējīga nedziedināmi slima cilvēka skaidri formulētu lūgumu, atturas vai pārtrauc veikt kādas noteiktas darbības vai šo darbību kompleksu, kas vērsts uz tā dzīvības mākslīgu uzturēšanu un/vai paildzināšanu, un kā rezultātā iestājas pacienta dabīgā nāve, nav nekas cits kā no medicīnas tiesībām un tās prakses izrietoša korekta ārstniecības personāla rīcība. Šāda atziņa pamatojumu gūst arī jaunāko laiku tiesību literatūrā, kur tiek atzīts, ka atturēšanās no dzīvību uzturošas ārstēšanas vai tās pārtraukšanas medicīnas tiesību kontekstā tiek uzlūkota kā „normāla medicīniska prakse”, kas vērsta uz dabiskās nāves izraisīšanu.<sup>117</sup> Savukārt, ja minēto darbību vai pieļautās bezdarbības tiešais izpildītājs ir ikviena cita fiziska persona, kas nav apveltīta ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, jeb nav atzīstama par speciālo subjektu krimināltiesību izpratnē, tā darbības vai pieļautā bezdarbība tiek pamatota ar rīcībspējīga indivīda autonomijas respektēšanu un, tātad, ir pieļaujama un tiesiska. Šāda lūguma noraidīšana ir pieļaujama vienīgi tajos gadījumos, kad tas tiek pamatots ar citu leģitīmu mērķi un iegūtais labums pārsniedz zaudējumu, kas radies konkrētā indivīda aizskarto tiesību dēļ, turpinot tā neracionālo dzīvotspēju. Turpretim visos citos eitanāzijas formu un to veidu realizācijas procesos, piemēram, aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, šāda lūguma apmierināšana ir atzīstama par tiesisku, vien pastāvot noteikumam, ka to ir sankcionējis likumdevējs vai arī tiesa.

Ievērojot personas autonomijas principu, turpmāk **pasīvo eitanāziju** pieļaujams skatīt tikai un vienīgi tās **nebrīvprātīgā veida** ietvaros, **ar to saprotot gadījumus, kad ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona apzināti aiz līdzietības, balstoties uz savu vai ikvienas citas fiziskas personas individuāli subjektīvo vērtējumu par šādas metodes izmantošanas pieļaujamību un/vai nepieciešamību, pārtrauc vai atturas no kādu noteiktu vai uz visu nedziedināmi slimas personas dzīvības saglabāšanu un mākslīgu tās uzturēšanu vērstu darbību izpildes, šādi nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, un kā rezultātā minētās sekas arī iestājas, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.** Savukārt līdz šim medicīnas un tiesību doktrīnā termina „pasīvā brīvprātīgā eitanāzija” attiecināšana uz eitanāziju vairs nav pieļaujama un jēdziens „pasīvā eitanāzija” iegūst sašaurinošu nozīmi, nekā tas tika lietots līdz šim.

---

<sup>117</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.2.

Ievērojot to, ka pasīvā brīvprātīgā eitanāzija turpmāk vairs nav attiecināma uz „*vienglo nāvi*”, savukārt ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība ir skatāmas ārpus aktīvās eitanāzijas, turpmāk par eitanāzijas formām un to veidiem ir atzīstamas tikai un vienīgi:

- 1) aktīvā brīvprātīgā eitanāzija;
- 2) aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija;
- 3) pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija;
- 4) asistētā pašnāvība;
- 5) ārsta asistētā pašnāvība.

Minētais uzskaitījums ir izsmeļošs un nebūtu pakļaujams turpmākām izmaiņām.

Eitanāzijas formu un to veidu analīze pietiekami uzskatāmi atsedz striktas klasifikācijas neesamības un pārļieki plašo jēdzienu skaidrojumu negatīvās sekas. Līdz šim neprecīzu un kļūdainu terminu lietošana, eitanāzijas formu un to veidu pamatpazīmju nepienācīga izpratne, ignorēšana un bieži vien attiecināšana uz tiem gadījumiem, kuru faktiskie apstākļi netiek aptverti ar eitanāzijas jēdzienu, veicināja strauju „pseidoeitanāzijas” formu rašanos un jau esošo pārļieku sadrumstalotību, kas tā arī neguva vērā ņemamu teorētisku pamatojumu, bet drīzāk atzīstami par zinātnieku, pētnieku, filozofu, praktiķu u.c. mākslīgi un vienlaikus arī kļūdaini radītiem fenomeniem, centienos pilnveidot eitanāzijas institūtu. Šo negatīvo faktoru ietekmē mūsdienu doktrīnā joprojām vērojams aktīvs process ar apzinātu vai neapzinātu tendenci deformēt „*vienglās nāves*” tradicionālo izpratni, nepamatoti paplašinot tās darbības ietvarus, kas nav pieļaujams.

Nepienācīgas eitanāzijas, tās formu un veidu būtības, izprašanas sekas nebūt nav tik nekaitīgas, kā sākotnēji var šķist. Tā rezultātā ne vien tiek apgrūtināta eitanāzijas formu un to veidu savstarpēja nošķiršana, bet arī to norobežošana no citiem uz cilvēka dzīvības apdraudējumu vēršiem nodarījumiem, kā, piemēram, slepkavības, novešanas līdz pašnāvībai, profesionālo pienākumu nepienācīgas pildīšanas u.c., kas perspektīvā var radīt negatīvus precedentus nepareizas noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas dēļ un no tā izrietošu netaisnīgu krimināltiesisko attiecību noregulējumu.

Noteiktas klasifikācijas ievērošanas obligātais raksturs pamatojumu rod ne tikai iespējā zinātniekiem, praktiķiem un ikvienam interesentam eitanāziju norobežot no noziedzīgiem nodarījumiem, kuru motīvs nav saistāms ar līdzcietību, vai arī identificēt ar likumu aizliegtās eitanāzijas formas un to veidus. Tās ievērošana sekmē „*vienglās nāves*” nošķiršanu no medicīniski korektām darbībām, kuras ik dienu tiek praktizētas nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes ietvaros arī Latvijā, it īpaši paliatīvā aprūpē, tostarp pielietojot dziļu un nepārtrauktu paliatīvo sedāciju, kuras ietvaros izmantotie līdzekļi un metodes var paātrināt vai pat izraisīt pacienta nāvi. Lai arī ētiskā



šķērsgriezumā starp eitanāziju un dziļu un nepārtrauktu paliatīvo sedāciju nav acīmredzamu atšķirību, jo tie ir galēji līdzekļi mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanā termināli slimu cilvēku aprūpes ietvaros, kam nav analoga pasaulē, mūsdienu medicīnas un tiesību doktrīna tās savstarpēji nošķir, kaut gan vēl nesēnā pagātnē dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija tika atzīta par patstāvīgu eitanāzijas formu, kas noteica tās praktizēšanas regularitāti. Ņemot vērā, ka dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas ietvaros izmantojamie līdzekļi un medikamenti ir līdzvērtīgi tiem, kas tiek pielietoti atsevišķu eitanāzijas formu realizācijas gadījumos, turklāt ārstniecības persona apzinās, ka to izmantošanas rezultātā var iestāties pacienta nāve, diskusija par to, vai dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija ir vai nav atzīstama par atsevišķu eitanāzijas formu, it īpaši juridiskā zinātnē, joprojām ir aktuāla. Ikviena darbība, vai tā būtu eitanāzija, vai arī ikviena cita, kas, lai arī atvieglo nedziedināmi slimu personu no slimības izraisītām komplikācijām, tomēr galarezultātā izraisa pēdējā nāvi, ārstu ētikas un tiesību kontekstā nav vērtējama viennozīmīgi, radot uzskatu duālismu, kas detalizēti tiek skatīts promocijas darba nākamās nodaļas ietvaros.

## 2. Medicīniski ētiskie eitanāzijas praktizēšanas apstākļi

„Vai gan mēs neredzam,  
ka mūsu daba neprasa neko citu kā vien to,  
lai miesa neciestu sāpes un dvēsele baudītu mieru,  
būdamā pasargāta no raizēm un bailēm?”  
(Lukrēcijš Kārs)<sup>118</sup>

### 2.1. Eitanāzijas konfliktējošais raksturs ar ārstu ētikas pamatprincipiem

Aizliegums ārstam piedalīties pacienta dzīvības priekšlaicīgā pārtraukšanā izriet jau no antīkiem laikiem, kad viena no diženākajām personībām medicīnas vēsturē – Grieķu ārsts Hipokrāts (gr. *Hippokratēs*; ap 460. – ap 370.g. p.m.ē.) to ietvēra zvērestā, izsakot šādā tekstā: „Nedošu nevienam nāvējošas zāles, ja man to lūgs, un neizteikšu šādu ierosinājumu.”<sup>119</sup>

Kaut arī vēlākā posmā t.s. *Hipokrāta zvērests* netika kodificēts vienotā normatīvā aktā mūsdienu izpratnē, gadu tūkstošiem tas kalpoja par vispārātzītu paraugu tam, kā ir jārikojas medicīnas profesijas pārstāvim pacientu ārstēšanas procesā, lai tā rīcību atzītu par ētisku. Un tikai XX gadsimta vidū tā pamatprincipi tika inkorporēti tiesību aktā, Pasaules Medicīnas Asociācijai (*World Medical Association (WMA)*) 1949.gada oktobrī Anglijā, Londonā 3-ās Ģenerālās Asamblejas laikā apstiprinot Starptautisko Medicīnas Ētikas Kodeksu<sup>120</sup> (*WMA International Code of Medical Ethics*), kurā par svarīgāko ārsta pienākumu pret pacientu tika izvirzīta cieņa pret cilvēka dzīvību, kas vēlāk kalpoja par paraugu arī daudzu citu valstu nacionālo ārstu ētikas kodeksu izstrādei.

1995.gadā Latvijas Ārstu biedrības rīkotās konferences laikā tika apstiprināts arī Latvijas ārstu ētikas kodekss<sup>121</sup>, un tā 1.panta 2.punktā par ārsta galveno pienākumu tika atzītas rūpes par cilvēku veselību un dzīvību, un to aizsardzību. Neviens no kodeksa pantiem eitanāzijas jautājumu tieši neatrunā, taču tās praktizēšanas aizliegums netieši izriet no 1.panta 1.punkta, kas par ārsta darbības pamatprincipu pasludina cieņu pret dzīvību. Tomēr analizējamās problēmas sakarībā ir svarīgs arī

<sup>118</sup> Pērles. Prātojumi, paradoksi, prātulas no pagātnes domātāju darbiem. Rīga: „Zvaigzne”, 1991, 19.lpp.

<sup>119</sup> Hipokrātiskie raksti. Izlase. Agneses Gailes un Aijas van Hofas Tulkojums no sengrieķu valodas, ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks & Rītups, 2003, 3.lpp.

<sup>120</sup> WMA International Code of Medical Ethics. Adopted by the 3<sup>rd</sup> General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

<sup>121</sup> Latvijas ārstu ētikas kodekss. Ar grozījumiem, kas izdarīti 1998.gada 9.oktobrī. Pieejams: <http://www.arstubiedriba.lv/images/etikaskodekss.pdf> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

kodeksa 1.panta 3.punkts, kas nosaka, ka ārstam savi pienākumi jāveic saskaņā ar likumu un zvērestu, t.i., Hipokrāta zvērestu, ko viņš devis, beidzot medicīnas augstskolu, tādējādi par pienākumu uzliekot ievērot gadu tūkstošiem šai profesijai atzītās ētikas normas.

Ieskatam var minēt, ka atšķirībā no daudzu citu valstu likumiem, plašāks apskats par kuriem sniegts promocijas darba 4.nodaļas ietvaros, Latvijā, likumdevējam nereglamentējot eitanāzijas jautājumu tai laikā, kad medicīnas profesiju pārstāvji atzīst, ka arī mūsu valsts medicīniskā praksē, īpaši onkoloģijā, ir bijuši šādi gadījumi<sup>122</sup>, ārstu līdzdalības jautājums pacientu dzīvības izbeigšanas procesos netiek atrunāts. Šāds aizliegums nav nedz 1997.gada 1.oktobra Ārstniecības likumā<sup>123</sup>, kura 9.1.panta pirmā daļa tikai nosaka, ka „Ārstniecību veic atbilstoši klīniskajām vadlīnijām, metodiskajiem ieteikumiem vai ārstniecībā izmantojamo metožu un zāļu lietošanas drošības un ārstēšanas efektivitātes novērtējumam, kas veikts, ievērojot uz pierādījumiem balstītu medicīnas principus”, nedz 2010.gada 1.marta Pacientu tiesību likumā<sup>124</sup>, kura 5.panta (Tiesības uz ārstniecību) pirmā daļa personām paredz tiesības saņemt veselības stāvoklim atbilstošu ārstniecību, nedz arī Noteikumos par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu<sup>125</sup> Nr.268, ko Ministru kabinets apstiprinājis 2009.gada 24.martā, 9.punkta pirmajā apakšpunktā atrunājot vien to, ka ārsta kompetencē ir slimību diagnostika, profilakse un ārstēšana, un citviet.

Medicīnas ētikas normas savu nemainīgumu saglabāja līdz pat XX gadsimta vidum, kad tās vērtības tika pārskatītas, attīstoties modernām medicīnas tehnoloģijām, it īpaši, reanimatoloģijā, paverot iespējas kontrolēt nāves procesus un neviļus iejaucoties eksistenciālos jautājumos, kā detalizētāks apskats vēl sekos, bet pašlaik norādot vien to, ka viss, pēc kā medicīna tik kaismīgi tiecās jau kopš tās aizsākumiem, t.i., dzīvības paildzināšana, galarezultātā pagriezās pret to, pakļaujot izmaiņām arī ārstu un pacientu savstarpējās attiecības.

Minēto procesu ietekmē, jau XXI gadsimta sākumā biomedicīnā tiek izteikts viedoklis, ka Hipokrāta zvēresta „[...] universalitāte arvien uzstājīgāk pakļauj to šaubām, jo ar to uzliktie pienākumi arvien biežāk tiek izprasti kā šķērslis ceļā atvieglot bezcerīgi slimo cilvēku ciešanas”<sup>126</sup>, ko skaidro ar „[...] daudzu mediķu apjaušanu, ka vecā ārstniecības ētika, kas balstās uz senām autoritātēm, nav

---

<sup>122</sup> Sosārs V. Eitanāzija vai paliatīvā aprūpe? Latvijas Ārsts. Latvijas Ārstu biedrības zinātnisks un informatīvs žurnāls. 1995, Nr.11, 37.lpp.

<sup>123</sup> Ārstniecības likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 1.jūlijs, Nr.167.

<sup>124</sup> Pacientu tiesību likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, Nr.205.

<sup>125</sup> Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu: Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumi Nr.268. Latvijas Vēstnesis, 2009. 16.aprīlis, Nr.58.

<sup>126</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.103.

spējīga norādīt uz daudzu problēmu risinājumiem jaunos apstākļos.”<sup>127</sup> Un iemesls tam galvenokārt meklējams sabiedrībā pēdējo desmitgažu laikā tikpat strauji noritējušo vērtību izmaiņā par to, kas ir dzīves kvalitāte, ko mūsdienās parasti veido neskarts intelekts, apmierinošs fiziskais un līdzsvarots emocionālais stāvoklis, laba pašsajūta, kā arī spējas veikt kaut minimālas sociālas funkcijas<sup>128</sup>, un cienīga nāve, izvirzot hipotēzi, ka indivīds kopš dzimšanas ir apveltīts ne tikai ar tiesībām uz dzīvību, bet arī ar tiesībām izvēlēties veidu un laiku, kā „aiziet” no tās, izvairoties no liekām ciešanām, kas uz medicīnu attiecināms nedziedināmu slimību gadījumos. Arī medicīnas teorijā nenoliedz, ka neatvieglotas sāpes grauj pacienta dzīves kvalitāti.<sup>129</sup>

Domājams, šie procesi nebūtu radījuši tik plašu rezonansi, ja indivīds savas tiesības būtu apņēmis realizēt patstāvīgi, tomēr tie arvien biežāk sāka skart medicīnas nozari, pacientiem lūdzot tieši ārstus izbeigt to ciešanas ar eitanāzijas vai asistētās pašnāvības palīdzību, liekot pamatos pārskatīt šai profesijai raksturīgās līdzšinējās vērtības un ārstu primāro lomu slimu cilvēku aprūpē. Ne velti A.Elerss (*A.Элерс*) apgalvo, ka „Mūsdienu vēstures attīstība liek šaubīties par to, vai Hipokrāta ētika joprojām ir spēkā.”<sup>130</sup> Un šajā sakarībā pārdomu vērti ir Latvijas ārsta Zeliksa Čerfasa vārdi: „[...] gadu simteņiem ārstēšana tika uzskatīta par svētāko misiju, kas kalpo sirgstoša cilvēka labā, ar pastāvīgām cerībām sirdī rūpējoties par viņa dzīvi līdz pat pēdējam elpas vilcienam. [...] Tehniskais *dēmons* devalvēja ārstēšanas būtību. Brālības sajūta ārstu un slimnieku vidū izzuda”<sup>131</sup>, uzliekot ārstiem, kuru kultūra, tradīcijas un instinkti ir veltīti nevis dzīvības saīsināšanai, bet tās paildzināšanai, emocionālu slogu.<sup>132</sup>

Tradicionāli gadsimtu gaitā ārstniecības mērķis tik tiešām bijis veselības atjaunošana un dzīvības saglabāšana, to pagarinot visiem maksimāli iespējamiem līdzekļiem. Un tieši ārstiem sabiedrība vēsturiski uzticēja situāciju risinājumus, kas skar cilvēka dzīvības un nāves jautājumu, piešķirot tiesības izlemt, kurš turpinās dzīvot un kurš nē, tādējādi ārstiem kļūstot gan par lēmuma pieņēmējiem, gan arī par to izpildītājiem.<sup>133</sup>

---

<sup>127</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.104.

<sup>128</sup> Lazovskis I. Par eitanāziju. Grām.: Eitanāzija – labā nāve? Eiropas dialogi. Rīga: Izdevniecība „Eiropas Komisijas delegācija Latvijā”, 2003, 48.lpp.

<sup>129</sup> Skats nākotnē – sāpju atvieglošana vēža slimniekiem. Starptautiskās vienošanās par vēža sāpju problēmām. Pasaules Veselības Organizācijas rekomendācijas. Rīga: [B.i.], 2001, 17.lpp.

<sup>130</sup> Элерс А. Рынок и мораль. Современная медицина не может отстраниться от этических вопросов. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элерс А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003, с.16.

<sup>131</sup> Čerfass Z. Ārsta pārdomas par eitanāziju. Latvijas ārsts. Latvijas ārstu biedrības žurnāls XXI gadsimta mediķiem. 2001. Novembris, 44.lpp.

<sup>132</sup> Gert B., Cuulver C.M., Clouser K.D. Bioethics: A Systematic Approach. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2006, p.309.

<sup>133</sup> Ehrlich D. Euthanasia and the Family Doctor. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.111.

Līdzšinējās attiecības balstījās principos, kas noteica uzticības pamatus starp pacientu un veselības aprūpes sniedzēju, sevī ietverot cerības, ka citi respektēs morālās robežas un sagaidot, ka tas sekmēs labsajūtu vai vismaz netiks nodarīts kaitējums bez izredzēm uz panākumiem<sup>134</sup>, taču tas ārstus nepilnvaroja nonāvēt. Šajā sakarībā zīmīgu atziņu pauž Leons R. Kass (*Leon R. Kass*): „Tradicionālā profesijas ētika pieprasa, ka ārstam jāziedo sevi, lai slimniekus ārstētu un sniegtu augstāko labumu veselībai [...] Lai atbalstītu šo ētiku, pret ārstu ir izvirzītas prasības pieņemt dažas vērtības, ieskaitot savaldību, pašierobežošanu, simpātijas, patiesumu, un drosmi. Šo vērtību sakomponēšana ir neizmaināms likums, ka ārsti nedrīkst nonāvēt pacientu; dzīvības izbeigšana nav savienojama ar medicīnas profesijas patiesām vērtībām. [...] Būt profesionālim nozīmē būt vairāk par tehniķi. Tas ir iesakņojies mūsu morālā dabā; tā ir ne tikai domāšana un rokas matērija, bet arī sirds [...]”<sup>135</sup> Un Henks tens Hevs (*Henk ten Have*) piebilst, ja ārstiem tiks atļauts izbeigt cilvēku dzīvību, „[...] medicīna iegūs pavisam jaunus mērķus, izpildot autonomu personu vēlmes (būdamā sava veida serviss uz pieprasījumu), cīnoties ar ciešanām, pat ja tas nozīmē nonāvēt cietēju (būdamā sava veida galīgā aprūpe), vai abus no tiem.”<sup>136</sup> Tomēr problēmas aizsākumos eitanāzijas praktizēšana latentā formā atsedza, ka ne visi ārsti šajā jautājumā ir vienprāt.

XX gadsimta otrajā pusē, apjaušot nenovēršami pieaugošo tendenci eitanāzijas jautājuma aktualizēšanā arī mediķu aprindās, apdraudot šai profesijai raksturīgās ētikas normas dzīvības sargāšanā, Pasaules Medicīnas Asociācija 1987.gada oktobrī 39-ajā Pasaules Medicīnas Asamblejā, Spānijā, Madridē pieņēma tā saucamo „Pasaules Medicīnas Asociācijas Eitanāzijas Deklarāciju” (*WMA Declaration on Euthanasia*), kurā noteica, ka „Eitanāzija, t.i., akts, kas tīši izraisa pacienta nāvi, pat ja pacients vai tā tuvi radnieki to ir lūguši, nav ētiska”<sup>137</sup> un piecus gadus vēlāk, t.i., 1992.gada septembrī, 44-ajā Pasaules Medicīnas Asamblejā, kas norisinājās Marbellā, Spānijā, apstiprināja arī „Pasaules Medicīnas Asociācijas Oficiālo paziņojumu Ārstu asistētas pašnāvības jautājumā” (*WMA Statement on Physician-Assisted Suicide*), tajā uzsverot, ka: „Ārsta asistētā pašnāvība, līdzīgi kā

<sup>134</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. Killing and Letting Die. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.262.

<sup>135</sup> Kass L.R. Physicians Should Never Participate in Euthanasia. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.31.-34. Arī Pīters Singers (*Peter Singer*) norāda, ka cilvēki, kuri nedziedināmas slimības dēļ cieš nepanesamas sāpes vai ciešanas, un lūdz ārstiem izbeigt viņu dzīvību, patiesībā ārstiem lūdz kļūt par slepkavām. Sk.: Singer P. Justifying Voluntary Euthanasia. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.268. Līdzīgu atziņu savā publikācijā pauž arī S.V.Smits. Sk.: Smith S.W. Some Realism about End of Life: The Current Prohibition and the Euthanasia Underground. American Journal of Law & Medicine, 2007, No.1, p.79.

<sup>136</sup> Have H.T. End – of – Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross-National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.166.

<sup>137</sup> WMA Declaration on Euthanasia Adopted by the, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

eitanāzija, ir neētiska un no mediķu profesijas pārstāvju puses tai jābūt nosodāmai”<sup>138</sup>, taču „Pandoras lāde” tobrīd jau bija atvērta, medicīnas profesijas ietvaros sašķeļot tās pārstāvjus eitanāzijas piekritējos un tās praktizēšanas noliedzējos, kas saglabājas līdz pat šai dienai.

Nevar noliegt Bonnijas Steinbokas (*Bonnie Steinbock*) atziņu, ka ārsti ne vienmēr ir spējīgi pacientu izārstēt un dažreiz dzīvības paildzināšana nozīmē tikai paildzināt miršanas procesu.<sup>139</sup> Un, it īpaši, tas ir attiecināms uz termināli slimiem pacientiem. Lai arī cik medicīna nebūtu attīstīta, tā nespēj novērst svarīgāko – nāvi un arī tās ietvaros lietotie ārstēšanas līdzekļi var izrādīties neefektīvi, pacientu pirmsnāves brīdī faktiski atstājot vienatnē ar savām ciešanām. Tomēr medicīnas ētikas kontekstā rodas diskutējams jautājums, vai šajos gadījumos par pamatotu būtu atzīstams Pītera Rogaca (*Peter Rogatz*) viedoklis, ka ārsts, izpildot pacienta lūgumu atbrīvot to no nepanesamām ciešanām un priekšlaicīgi pārtraucot organisma dzīvotspēju, izdara labumu, tamdēļ tā rīcība ir viscaur saskanīga ar Hipokrāta tradīcijām.<sup>140</sup> Un vai tik tiešām, kā norāda Filips Melanī (*Phillips Melanie*) un Džons Dosans (*John Dawson*), ārstu pienākums respektēt dzīvību un pasargāt to, cik vien iespējams, nonāk tiešā konfliktā ar pienākumu pasargāt un atbrīvot pacientu no sāpēm<sup>141</sup>, jo, kā norāda G.Voļflasts (*Г.Вольфласт*), dzīvība nedrīkst tikt glābta ar visiem iespējamiem līdzekļiem un veidiem<sup>142</sup> un tās pagarināšana atsevišķos gadījumos var izrādīties cietsirdīga, apdraudot zvērestā iekļauto pienākumu nenodarīt pacientam ļaunumu.<sup>143</sup>

Lai atrunātu ārstu pieļaujamās rīcības robežas nedziedināmi slimu cilvēku aprūpē, Pasaules Medicīnas Asociācija 1983.gada oktobrī Itālijā, Venēcijā 35-ās Pasaules Medicīnas Asamblejas laikā pieņēma tā saucamo „Pasaules Medicīnas Asociācijas Venēcijas Deklarāciju Terminālās Slimībās”<sup>144</sup> (*WMA Declaration of Venice on Terminal Illness*), kas nosaka, ka, aprūpējot terminālus pacientus, ārsta primārais pienākums ir sniegt pacientam palīdzību, nodrošinot optimālu dzīves kvalitāti, kas panākams ar simptomu kontroli un psiholoģisko vajadzību apmierināšanu, ļaujot pacientam nomirt ar cieņu un

---

<sup>138</sup> WMA Statement on Physician – Assisted Suicide. Adopted by the 44<sup>th</sup> World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p13/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

<sup>139</sup> Steinbock B. Introduction. Grām.: Killing and Letting Die. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1980, p.9.

<sup>140</sup> Rogatz P. Physician – Assisted Suicide Should Be Legalized. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.26.

<sup>141</sup> Phillips M., Dawson J. Doctors’ dilemmas. Medical Ethics and Contemporary Science. Great Britain: The Harvester Press, 1985, p.35.

<sup>142</sup> Вольфласт Г. Эвтаназия с позиции науки и судебной практики ФРГ. Сравнение с другими Европейскими странами. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элсер А., Маленина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003, с.391.

<sup>143</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. Killing and Letting Die. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.264.

<sup>144</sup> WMA Declaration of Venice on Terminal Illness. Adopted by the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and revised by the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i2/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

komfortā. Ieskatam var minēt, ka arī Latvijas ārstu ētikas kodeksa 2.panta 9.punkts nosaka, ka tad, „Kad nāve ir neizbēgama, ārstam jāļauj pacientam nomirt ar cieņu, atvieglojot mirstošajam iespējamās ciešanas.” Te gan jāpiezīmē, ka jēdziens „cienīga nāve” doktrīnā joprojām ir vērtējams pretrunīgi.

L.R.Kasa skatījumā nāve ar cieņu tiek attiecināta uz nepieciešamību aizsargāt jau mirstošu pacientu no nelietderīgas vai apgrūtinošas iejaukšanās, kas tikai pagarina miršanas procesu vai apdraud atlikušās dzīves kvalitāti, nodrošinot iespēju pieņemamā veidā cienīgi nomirt.<sup>145</sup> Turpretim Eike-Henners V. Klūdžs (*Eike-Henner W. Kluge*), cenšoties rast atbildi uz jautājumu, vai cieņa kā kritērijs var būt attiecināma uz nāvi, norāda, ka cieņa ir sociāla koncepcija, kas atšķiras no sabiedrības sabiedrībā, no vienas kultūras citā, un pat vienas un tās pašas kultūras ietvaros dažādās ērās, līdz ar to uzskats, ka cenšanās visiem spēkiem kādu noturēt pie dzīvības ir necienīgi, ultimātīvi liek secināt, ka tas ir personīgs spriedums, jo pacients nereti nav spējīgs pat komunicēt vai skaidri izteikt savu viedokli.<sup>146</sup> Vēl jo vairāk, kā norāda Dž.Kouans, mediķu profesijā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija un ārsta asistētās pašnāvības nemaz nav nepieciešamas, lai pacients būtu spējīgs nomirt ar cieņu<sup>147</sup>, jo nedziedināmu slimību gadījumos pastāv efektīvi pretsāpju līdzekļi un vesela aprūpes sistēma ir vērsta uz to, lai atvieglotu mirstošu pacientu ciešanas. Un, lai arī „nāve ar cieņu”, līdzīgi kā „ciešanas”, galvenokārt ir subjektīvs vērtējums, tas atkārtoti aktualizē jau pieminēto problēmu medicīnā, to attiecinot uz ārsta pienākumu nenodarīt ļaunumu pacienta interesēm.

Ārsta prakses laikā mainās arī to uzskati, īpaši gadījumos, kad nākas saskarties ar nedziedināmi slimiem cilvēkiem, jo kā ikvienam citam indivīdam, arī tiem piemīt cilvēcisks vājums, ik dienu dzīvojot līdzās pacientu ciešanām.<sup>148</sup> Tomēr vienprātība jautājumā, vai ārsti drīkst neārstējami slimiem cilvēkiem, kas dienas pavada lielās sāpēs, kā vienu no līdzekļiem viņu sāpju un ciešanu izbeigšanai pielietot eitanāziju, nav panākta.

Šobrīd Latvijā, līdzīgi kā tas ir citās valstīs, kurās „*vieglā nāve*” nav legalizēta, saskaņā ar Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra Noteikumu par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām Nr.60 8.punktu „Ārstniecības iestāde izmanto medicīniskās tehnoloģijas, kas apstiprinātas atbilstoši normatīvajiem aktiem par ārstniecībā izmantojamo medicīnisko tehnoloģiju apstiprināšanas un jaunu medicīnisko tehnoloģiju ieviešanas kārtību.”<sup>149</sup> Gadījumā, ja Ministru

---

<sup>145</sup> Kass L.R. *Death With Dignity and the Sanctity of Life*. Grām.: A time to be born and a time to die. The ethics of choice. New York: Aldine de Gruyter, 1991, p.130.-131.

<sup>146</sup> Kluge W.E.H. *The Ethics of Deliberate death*. London: Kennika Press, 1981, p.43.

<sup>147</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.103.

<sup>148</sup> Ehrlich D. *Euthanasia and the Family Doctor*. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.111.

<sup>149</sup> Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām: Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60. Latvijas Vēstnesis, 2009. 11.februāris, Nr.23.

kabineta noteiktajā kārtībā neapstiprinātas medicīniskās tehnoloģijas tiek lietotas ārstniecības iestādē, likumā paredzētā atbildība iestājas saskaņā ar 1997.gada 1.oktobra Ārstniecības likuma 36.pantu vai nu konkrētajai ārstniecības personai, kas ir atbildīga par izraudzītās medicīniskās tehnoloģijas lietošanu un tās radītajām sekām, vai arī, saskaņā ar likuma 35.pantu, ārstniecības iestādes vadītājam, ja viņš zinājis, ka viņa vadītajā iestādē tiek lietotas šādas medicīniskās tehnoloģijas, vai arī atbalstījis tās. Tomēr ārstam rodas dilemma, kad medicīniskā praksē aprobētās metodes nesniedz vēlamo efektu un pacientam nākas ciest, radot ētiski neatrisināmu jautājumu par ikvienu uz pacienta dzīvības priekšlaicīgu izbeigšanu vērstu darbību izmantošanas pieļaujamību, cenšoties izvairīties no necilvēcības.

Analizējamās problēmas sakarībā D.Heids (*D.Heyd*) argumentē, ka to ārstu skatījums, kas sniedz aprūpi termināliem pacientiem, parasti atšķiras, pacientu izmisuma iemeslus izbeigt savu dzīvi atzīstot par pamatotiem un attaisnojamiem, līdz ar to, piešķirot pacientiem tiesības uz eitanāziju, tas ārstiem nozīmētu ne tikai iespēju pieņemt lēmumu tiem par labu, bet tas ir arī viņu pienākums atbrīvot no ciešanām.<sup>150</sup> Arī L.V.Samners vērš uzmanību tam, ka ļaunuma nenodarīšanas princips ārstam izvirza prasību nepasliktināt pacienta veselības stāvokli, kas tiek pārkāpts tajos gadījumos, kad ārsts, nespēdams efektīvi novērst ar citiem dzīves pēdējo brīžu pasākumiem, tostarp terminālo sedāciju<sup>151</sup>, pacienta nepanesamās ciešanas, atsakās asistēt pacienta dzīvības izbeigšanas procesā, ar savu atteikumu papildzinot šīs sajūtas un pacienta miršanas procesu padarot ļaunāku, nekā tam vajadzētu būt.<sup>152</sup> Turpretim Dž.Kouans oponē, ka atbrīvošana no ciešanām neparedz šā mērķa sasniegšanu par kuru katru cenu un līdzcietība nozīmē aprūpi, nevis nonāvēšanu.<sup>153</sup>

Kā pareizi atzīmē D.Ehrilchs (*D.Ehrilch*), eitanāzija ir viens no jautājumiem, kurā saskatāms konflikts starp personīgo attieksmi un profesionālu lēmumu, ārstam apzinoties konflikta koncepciju tajos gadījumos, kad viņš saskaras ar pacientu, kurš cieš un mirst, un tā turpmāko atbildes reakciju ietekmē gan vispārpieņemtais pienākums saglabāt pacienta dzīvību, izmantojot ikvienu modernu līdzekli, gan arī personīgā attieksme pret dzīves nozīmi un tās vērtību.<sup>154</sup> Filozofiskā literatūrā šāda situācija, kurā nonāk ārsti, tiek raksturota ar ētiski sarežģītu trejādu problēmu, proti, no vienas puses,

---

<sup>150</sup> Heyd D. The Meaning of Life and the Right to Voluntary Euthanasia. Grām.: Euthanasia. Carmi A., Cohn H.H., Myburgh A.C. and etc. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.172.

<sup>151</sup> Dziļas un nepārtrauktas jeb terminālas sedācijas ētiskie un tiesiskie aspekti plašāk analizēti promocijas darba 2.nodaļas 2.apakšnodaļas ietvaros. Taču šobrīd svarīgi atzīmēt vien to, ka L.V.Sumnera apgalvojums terminālās sedācijas jautājumā ir kļūdains, jo ar tās palīdzību, samazinot pacienta apziņu līdz komai līdzīgam stāvoklim, tiek novērstas jebkādu sajūtu, tostarp ciešanu, izjušanas iespējas.

<sup>152</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.196.

<sup>153</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.101.-102.

<sup>154</sup> Ehrilch D. Euthanasia and the Family Doctor. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.109.-111.



saskaņā ar Hipokrāta zvērestu ārsts nedrīkst ar savām darbībām veicināt pacienta nāves iestāšanos, no otras puses, ir acīmredzama pacienta bezjēdzīgas dzīves paildzināšana un, no trešās puses, rīkojoties aiz līdzcietības, ārsts sabiedrības „acīs” var kļūt par slepkavu vai slepkavības atbalstītāju.<sup>155</sup> Kā norāda V.Sīle, līdz „[...] ar medicīnas ētikas atdzimšanu ārsta darbība tiek reizē gan atvieglota, gan sarežģīta: mazāk priekšrakstu, vairāk patstāvības, toties nesalīdzināmi vairāk morālo dilemmu.”<sup>156</sup> Ja cilvēkam ir tiesības atteikties no ciešanām, tad no ārsta viedokļa situācija ir nesalīdzināmi pretrunīgāka, jo eitanāzijas gadījumā medicīniski korekta rīcība ne vienmēr var būt morāli attaisnojama un otrādi<sup>157</sup>, kas vienlaikus aktualizē kādu citu strīda jautājumu.

Daudzi ārsti uzskata, ka starp ļaušanu nomirt un nonāvēšanu pastāv būtiskas ētiskas atšķirības<sup>158</sup>, un tāpēc aktīvā eitanāzija nav pieņemama. Citi savukārt uzskata, ka atšķirība starp nogalināšanu un atļaušanu pacientam nomirt no slimības ir tikai atšķirība starp darbību un bezdarbību, un Z.Čerfasa skatījumā tie ārsti, kas atstāj slimnieku bez palīdzības, nemaz nav tiesīgi saukties par piederīgiem šai profesijai.<sup>159</sup> Tai pašā laikā daļa ārstu pieturas pie pozīcijas, ka, ja pacienta dzīves kvalitāte ir slikta un, ka turpināt tās tālāku eksistenci nav vēlams, tad tās vērtības, kas uztur ētisko pusi, nav pieņemamas un tāpēc, ja pacients cieš un cerību uz atveseļošanos nav, žēlsirdība pieprasa uzturēt labprātīgo aktīvo eitanāziju.<sup>160</sup>

Šīs diskusijas medicīnas ētikas jomā izraisīja Džeimsa Reičelsa (*James Rachels*) viedoklis, ka nav morāli nozīmīgi norobežot aktīvo eitanāziju no pasīvās. Pēc viņa domām, pasīvā eitanāzija rada ne mazāk smagas sekas kā aktīvā, jo pasīvās eitanāzijas gadījumā pacientam ļauj mirt, kas ir daudz mokošāki un necilvēcīgāk, un tamdēļ virknē gadījumu daudz humānāk ir izmantot tieši aktīvo eitanāziju.<sup>161</sup>

Dž.Reičels ilustrācijai piedāvā aplūkot šādu gadījumu, proti, Smitam un Džonam katram ir sešgadīgs radnieks. Ja kaut kas ar viņiem notiktu, gan Smits, gan Džons saņemtu lielu mantojumu. Abi nolemj noslēcināt savus sešgadīgos radniekus. Smits pats noslēcina vannā savu radnieku, pēc tam visu organizē tā, lai tas izskatītos pēc nelaimes gadījuma, turpretī Džons iemet savu radnieku vannā un

---

<sup>155</sup> Грицанов А.А. Всемирная энциклопедия: Философия. Москва: АСТ Минск Харвест Современный литератор, 2001, с.1240.

<sup>156</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: izdevniecība „Zinātne”, 1999, 87.lpp.

<sup>157</sup> Turpat, 85.lpp.

<sup>158</sup> Phillips M., Dawson J. Doctors' dilemmas. Medical Ethics and Contemporary Science. Great Britain: The Harvester Press, 1985, p.34. Sk. arī: Manning M. An Ethical Difference Exists Between Active and Passive Euthanasia. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.13.-15.

<sup>159</sup> Čerfāss Z. Par neizārstējamiem slimniekiem. Ārsta pārdomas par eitanāziju. Latvijas ārsts. Latvijas ārstu biedrības zinātnisks un informatīvs žurnāls. 1995, Nr.6, 38.lpp.

<sup>160</sup> Этика. На грани жизни и смерти. (Краткий очерк современной биоэтики в США). Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. Москва: Издательство «Знание», 1989, с.33.

<sup>161</sup> Rachels J. The End of Life: Euthanasia and Morality. London: Oxford University Press, 1986, p.214.

noskatās, kā viņš pats noslikst.<sup>162</sup> Viņš jautā, kurš no morālā viedokļa rīkojās labāk? Ārsta gadījumā ar eitanāziju, pēc viņa domām, ir līdzīgi. Dž.Reičels uzskata, ka no morāles viedokļa starp nogalināšanu un ļaušanu nomirt jeb neiejaukšanos nāves procesā nav nekādas atšķirības, jo, ja ārsts humānu apsvērumu dēļ ļauj pacientam nomirt, viņš ir vienādā morālā pozīcijā kā tajos gadījumos, ja viņš humānu apsvērumu dēļ pacientam būtu iedevis letālu injekciju.<sup>163</sup>

Lai arī Dž.Reičelsa viedoklim radās daudzi atbalstītāji un starp tiem, piemēram, var minēt Lesliju Burkholderi (*Leslie Burkholder*), kura līdzīgi atzīst, ka starp aktīvu pacienta dzīvības izbeigšanu un ārstēšanas pārtraukšanu, ja vien tā ir balstīta uz rīcībspējīgas personas lūgumu, nepastāv ētisku atšķirību<sup>164</sup>, tā apgalvojumi vairāk kārt tika arī apstrīdēti, kā svarīgāko argumentu izvirzot tēzi, ka pasīvās eitanāzijas gadījumos ārsts nedara neko, kas izraisa pacienta nāvi un šīs sekas ir slimības rezultāts, turpretim aktīvās eitanāzijas gadījumos pacienta nāvi ar savām aktīvām darbībām izraisa tieši ārsts.<sup>165</sup>

Šādu Dž.Reičelsa uzskatu apstrīd arī mūsu valstī. Andris Rubenis norāda, ka, atzīstot to, ka starp aktīvo un pasīvo eitanāziju no morāles viedokļa nav atšķirību, mēs pazaudētu principu, kas atšķirtu attaisnojamu nonāvēšanu no neattaisnojamas, kā arī, ja aktīva palīdzība nomirt kļūtu par normu, tad kādas sekas tas maksimizētu.<sup>166</sup> Turpretim Ivars Neiders apgalvo, ka morālā nozīmē daudz būtiskāk nošķirt brīvprātīgo no nebrīvprātīgās eitanāzijas.<sup>167</sup>

Piekrītot Dž.Reičelsa viedokļa oponentu argumentācijai, svarīgi uzsvērt vien to, ka pasīvās eitanāzijas kontekstā ir pieļaujams runāt tikai un vienīgi par tās nebrīvprātīgo veidu, kas ļauj atzīt L.Burkholderes atziņu par pareizu. Kā jau tas tika noskaidrots promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 5.apakšpunkta ietvaros, gadījumi, kad rīcībspējīgs pacients izmanto savas tiesības atteikties no ārstēšanas, nav pasīvā eitanāzija, bet gan savu subjektīvo tiesību realizācijas forma, savukārt no ārsta puses tā ir tikai un vienīgi pacienta autonomiju ievērojoša korekta rīcība, kuras detalizētākam apskatam veltīta promocijas darba 3.nodaļa.

---

<sup>162</sup> Rachels J. *Active and Passive Euthanasia*. Grām.: *Ethical Issues in Death and Dying*. New York: Columbia University Press, 1986, p.252. Sk. arī: Rachels J. *Active and Passive Euthanasia*. Grām.: *Euthanasia. The moral issues*. Buffalo, New York: Prometheus books, 1989, p.45.-51.

<sup>163</sup> *Ibid*, p.253.

<sup>164</sup> Burkholder L. *No Ethical Difference Exists Between Active and Passive Euthanasia*. Grām.: *The Ethics of Euthanasia*. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.9.-10.

<sup>165</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.31.

<sup>166</sup> Rubenis A. *Ētika XX gadsimtā*. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 1996, 214.lpp.

<sup>167</sup> Neiders I. *Eitanāzija, dzīvība un medicīna*. Grām.: *Biomedicīnas ētika. Teorija un prakse*. Sīle V., Ķilkuts G., Mežinska S. u.c. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 132.lpp.

Nenoliedzami, medicīna nedrīkst kļūt necilvēcīga, tomēr nedziedināmi slimu pacientu gadījumos aktualizējas kāds cits ne mazāk svarīgs jautājums, vai to lūgumi pēc eitanāzijas vai asistēšanas pašnāvībā ir patiesi.

Medicīnas literatūrā tiek apgalvots, ka mūsdienu tehnoloģijas spēj pārvarēt gandrīz jebkuras cilvēkam zināmās fiziskās sāpes, tanī pat laikā atzīstot, ka tās izraisa ne tikai fiziskās, bet arī psiholoģiskās, sociālās un garīgās problēmas, un te nav iespējams veikt atsāpināšanu ar medikamentiem vai kādiem citiem palīglīdzekļiem.<sup>168</sup> Tamdēļ, kā norāda A.Gromovs (*A.Громов*), šie pacienta lūgumi ir izteikti nelabprāt un nav patiesi.<sup>169</sup> Savukārt G.Rossolimo (*Г.Россолимо*) paužot uzskatu, ka katra sāpe un slimība maina pacienta personības harmoniju, uzsver, ka tā rezultātā ārstam savas darbības laikā jāreķinās ar pacientu nevis kā ar parastu cilvēku, bet kā ar būtni, kam ir psiholoģiskā daudzējādība.<sup>170</sup>

Arī N.Krilova (*Н.Е.Крылова*) vērs uzmanību uz to, ka pacienta lūgums patiesībā ir pausts piespiedu kārtā, nereti fizisko un psihisko ciešanu ietekmē, nespējot līdz galam apzināties notiekošā būtību un citos gadījumos kontrolēt savas darbības tā dēļ, ka ciešanas kļuvušas nepanesamas, aicinot medicīnas personālu tā vietā, lai pacientu nonāvētu, darīt visu iespējamo, lai atvieglotu pacienta ciešanas, sniedzot psiholoģisko atbalstu un veicot citus nepieciešamos pasākumus, kas vērsti uz šāda cilvēka dzīvības uzturēšanu, veicinot stimulus, kas sekmēs viņa cīņu par savu dzīvību.<sup>171</sup> Līdzīgu uzskatu pauž arī psihiatrijas nozares pārstāvis Hendins Herberts (*Herbert Hendins*) norādot, ka tā vietā, lai uzklausītu nedziedināmi slima cilvēka pirmo lūgumu asistēt tā dzīvības izbeigšanā, ārstam visupirms ir jāpalīdz pacientam tikt galā ar viņa iekšējām sajūtām.<sup>172</sup> Un šajā sakarībā jāpiekrīt U.Kvanstroma (*U. Qvanstrom*) atziņai, ka eitanāzijas jautājums, pirmām kārtām, ir cilvēku psiholoģiskā izolētība nāves brīdī<sup>173</sup>, kas Artūra Dika (*Arthur Dyck*) izpratnē izpaužas līdzcietības trūkumā no apkārtējo puses.<sup>174</sup> Tamdēļ ikvienā gadījumā, kad ir saņemts šāds pacienta lūgums, ir svarīgi norobežot somatiskās sāpes no garīgām un, ja laikus diagnosticē pacienta psihisko stāvokli, kas izriet no

---

<sup>168</sup> Hroniskās sāpes onkoloģijā. Sosārs V., Plūme I., Ņikitina M. u.c. Rīga: [B.i.], 2003, 4.lpp.

<sup>169</sup> Котельников В.П. От Гиппократата до наших дней. Москва: Издательство «Знание», 1987, с.58.

<sup>170</sup> Ibid, с.58-59.

<sup>171</sup> Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. Москва: ИНРА-М, 2006, с.164-165.

<sup>172</sup> Hendin H. Suicide by the Terminally Ill Is Not Justified. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.19.-23.

<sup>173</sup> Qvanstrom U. Patients' Reactions to Impending Death. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984, p.137.

<sup>174</sup> Dyck A. Beneficent Euthanasia and Benemortasia: Alternative Views of Mercy. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.279.

nedziedināmas slimības radīto fizisko un psiholoģisko ciešanu mijiedarbības, tās ir iespējams ārstēt<sup>175</sup>, lai gan, kā norādīts medicīnas literatūrā, „[...] pastāv arī grūtības visos gadījumos precīzi noteikt sāpju cēloņus. Vienmēr pastāvēs subjektivitāte runājot par sāpēm, [...] sāpes vienmēr izraisa ciešanas, tomēr fiziskās sāpes nav vienīgās, kas pacientam izraisa cita veida sāpes, ciešanas un otrādi.”<sup>176</sup> Un šeit vērts pieminēt būtiskāko eitanāzijas oponentu argumentu, ka šādu lūgumu alternatīva ir paliatīvā aprūpe, kas, tāpat kā visa tradicionālā medicīna balstās uz pacientu autonomijas ievērošanu, paredzot tiem tiesības noteikt visu ar viņu ķermeni plānoto darbību robežas.<sup>177</sup> Šādas aprūpes atbalstītāji argumentē, ka, noņemot sāpes un miršanas vientulību, neviena racionāla persona nevēlēsies izbeigt savu dzīvi ar pašnāvības vai aktīvās eitanāzijas palīdzību, jo atlikušo laiku var dzīvot komfortā.<sup>178</sup>

Kā norādīts medicīnas literatūrā, „Pirmais „mūsdienīgais” hospiss<sup>179</sup> radās 1842.gadā Lionā, Francijā, kuru dibināja Žīna Garniera (*Madame Jeanne Garnier*)”<sup>180</sup>, taču kā hospisu kustības attīstību ārvalstu literatūrā to saista ar Angliju, 1967.gadā Sisalijai Saundersai (*Cicely Saunders*), pēc divdesmit gadu centieniem, Londonā nodibinot Sv. Kristofera Hospisu (*St. Christopher's Hospice*) un vēlāk dodoties uz Amerikas Savienotajām Valstīm, kur medicīnas personālam un plašākai publikai tika lasītas lekcijas par hospisu koncepciju.<sup>181</sup>

Katrai valstij paliatīvās aprūpes attīstība norisinājusies atšķirīgi. Ieskatam var minēt, ka, piemēram, Ķīnā jau vairāk nekā 2000.gadus atpakaļ tika nodibināts tā saucamais „patvērums” (*bihu*), kas uzskatāms par šī aprūpes veida priekšteci, taču debates par modernu aprūpi aizsākās tikai XX gadsimta otrajā pusē, ko ietekmēja arī valsts tradīcijas izpratnē par tradicionālo nāves kultūru – rūpes par slimnieku ir ģimenes lieta.<sup>182</sup> XX gadsimta beigās, t.i., 1990.gadā pirmais stacionārais hospiss tika

---

<sup>175</sup> Lai gan te jāpiezīmē, ka tieši psihiskās un eksistenciālās ciešanas ir mūsdienu medicīnas un tiesību doktrīnu strīda jautājums, it īpaši, tajās valstīs, kas pieļauj eitanāzijas praktizēšanu, atzīstot, ka tās rada ne mazāk ciešanu kā fiziskās sāpes, kas detalizētāk tiek skatīts promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunkta ietvaros.

<sup>176</sup> Hroniskās sāpes onkoloģijā. Sosārs V., Plūme I., Ņikitina M. u.c. Rīga: [B.i.], 2003, 4.-5.lpp.

<sup>177</sup> Wiegand D. Palliative Care. Grām.: Ravitsky V., Fiester A., Caplan A.L. The Penn Center Guide to Bioethics. New York: Springer Publishing Company, 2009, p.786.

<sup>178</sup> Humphry D., Wickett A. The Right to Die. Understanding Euthanasia. Eugene, Oregon: The Hemlock Society, 1990, p.181. Arī citos ārvalstu avotos tiek minēts, ka tiklīdz kvalitatīva paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta visiem tiem nedziedināmi slimiem pacientiem ar progresējošām slimībām, kuriem ir nepieciešamība pēc tās, lūgumi pēc eitanāzijas izzūd. Sk., piemēram: Gilbert J. Palliative medicine: a new speciality changes an old debate. British Medical Bulletin. Euthanasia: death, dying and the medical duty, 1996. April, No.2, p.299.

<sup>179</sup> „Hospiss” – mūsdienu izpratnē iestāde, kas nedziedināmi slimiem cilvēkiem nodrošina paliatīvo aprūpi, lai gan atsevišķās valstīs joprojām tiek lietots tās sākotnējais vēsturiskais nosaukums, jo tiek uztverti kā sinonīmi, tomēr tekstā turpmāk tiks lietots jēdziens „paliatīvs”, kas ir raksturīgāks Eiropas valstu šīs aprūpes veida apzīmējums – *aut. piez.*

<sup>180</sup> Sosārs V. Paliatīvās aprūpes (hospisu) vēsture. Rīga: [B.i.], 2002, 15.lpp.

<sup>181</sup> Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.100.-101.

<sup>182</sup> End-of-Life Care in China: A View from Beijing. Yiting L., Doring O., Fang L. u.c. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross-National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.36.

nodibināts arī Taivānā.<sup>183</sup> Vācijā, salīdzinājumā ar citām Eiropas valstīm, pirmais paliatīvās aprūpes centrs sāka darboties salīdzinoši nesen, t.i., 1986.gadā Āhenē (*Aachen*)<sup>184</sup>, turpretim Beļģijā šim aprūpes veidam pastāv ilgas tradīcijas<sup>185</sup>, utt.

Atšķirībā no citām Eiropas valstīm, Latvijā pirmā Paliatīvās aprūpes nodaļa savu darbību uzsāka tikai 1997.gadā<sup>186</sup> un par tās „pionieri” uzskatāms dakters Vilnis Sosārs, bez kura entuziasma šāda aprūpes nodaļa valstī, vismaz tobrīd, nepastāvētu.

Paliatīvo aprūpi V.Sosārs definē sekojoši, proti, tā „[...] ir aktīva, visaptveroša tādu pacientu aprūpe, kuriem radikālas ārstēšanas iespējas ir izsmeltas. Sāpju un citu simptomu kupēšana, psiholoģisku, sociālu un garīgu problēmu risināšana jāveic vienotas aprūpes sistēmas ietvaros. Paliatīvās aprūpes mērķis ir nodrošināt pacientiem un viņu ģimenēm (tuviniekiem un draugiem) pēc iespējas labāku dzīves kvalitāti. Daudzi paliatīvās aprūpes aspekti ir pielietojami saslimšanas agrīnās stadijās kopā ar vēža ārstēšanu.”<sup>187</sup> Paliatīvās aprūpes pamatprincipi ir: apstiprināt dzīvības vērtību; uzskatīt miršanu par dabisku procesu; nepaātrināt, kā arī neaizkavēt nāves iestāšanos; nodrošināt atsāpināšanu un citu simptomu noņemšanu; aprūpē iekļaut psiholoģiskos un garīgos aspektus; veicināt pacientam aktīvas dzīves izpratni līdz pat viņa nāvei un sniegt atbalstu pacienta ģimenei viņa slimības un zaudējuma gadījumā.<sup>188</sup>

Ievērojot to, ka paliatīvā aprūpe bieži vien tiek pretnostatīta ārstu dalībai nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanai, tai jābūt ne vien kvalitatīvai, bet arī pieejamai ikkatram, kam ir nepieciešamība pēc tās, jo, kā norāda Ričards Leimertons (*Richard Lamerton*), hospisiem ir noteikums, ka nevienam nebūtu jāmirst vienatnē.<sup>189</sup> Salīdzinot ar citām valstīm, Latvijā tā joprojām atrodas attīstības stadijā, kas galvenokārt skaidrojams ar finansējuma piesaistes trūkumu tieši šim nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes veidam.

Ieskatam var minēt, ka saskaņā ar Latvijas Republikas Veselības Ministrijas Veselības norēķinu centra sniegtajām ziņām<sup>190</sup>, 2015.gadā valstī paliatīvo aprūpi stacionāri sniedz tikai septiņas

---

<sup>183</sup> Chiu T-Y. End – of – Life Decision Making in Taiwan. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.170.

<sup>184</sup> Simon A. End – of – Life Decision Making in Germany. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross-National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.68.

<sup>185</sup> Legal Euthanasia in Belgium Characteristics of All Reported Euthanasia Cases. Smets T., Bilsen J., Cohen J. and etc. Medical Care, 2009. December, No 12, p.6.

<sup>186</sup> Hroniskās sāpes onkoloģijā. Sosārs V., Plūme I., Ņikitina M. u.c. Rīga: [B.i.], 2003, 11.lpp.

<sup>187</sup> Sosārs V. Paliatīvās aprūpes (hospisu) vēsture. Rīga: [B.i.], 2002, 18.lpp.

<sup>188</sup> Turpat.

<sup>189</sup> Lamerton R. How hospices cope. Grām.: Death, dying, and euthanasia. Washington: University Publications of America, Inc, 1977, p.561.

<sup>190</sup> Nacionālā veselības dienesta 2015.gada 9.februāra atbildes vēstule uz pieprasījumu Nr.4.1-12/1205.

veselības iestādes.<sup>191</sup> Promocijas darba pielikumā Nr.1 esošo statistikas datu analīze rada retorisku jautājumu, vai valdības nodrošinātā šī aprūpes veida kapacitāte ir pietiekoša, vēl jo vairāk tamdēļ, ka saskaņā ar Centrālās Statistikas Pārvaldes sniegtajām ziņām 2013.gadā slimnieku skaits, kuriem diagnoze – ļaundabīgs audzējs, noteikta pirmoreiz vien sastāda 11 567, savukārt gada beigās 74 612 slimnieku ar identisku diagnozi atradās ārstnieciski profilaktisko iestāžu uzskaitē un, salīdzinot ar iepriekšējiem gadiem, šī tendence pieaug.<sup>192</sup> Turklāt ir jāuzsver, ka ļaundabīgs audzējs ir tikai viena no saslimšanām, kas var būt piekritīga paliatīvai aprūpei. Tāpat bez ievērības nav atstājams fakts, ka stacionēšanās laiks pacientiem parasti nepārsniedz septiņas dienas.<sup>193</sup> Domājams, vietā ir Latvijas ārsta Artura Šulca savulaik paustā atziņa, ka eitanāzijas pretinieki var liekulīgi piedāvāt paliatīvo aprūpi, skaidri zinot, ka pieprasījums pēc tās pārsniedz piedāvājumu.<sup>194</sup> Tomēr tā nav tikai Latvijas problēma, jo, kā norāda L.V.Samners, lai arī paliatīvā aprūpe pēdējo divu vai trīs dekāžu laikā ir strauji attīstījusies, joprojām pastāv šaubas, ka ikvienam pacientam, kuram ir nepieciešamība pēc tās, tā ir pieejama, tamdēļ tās ietvaros būtu jāparedz iespēju izmantot asistēto nāvi tiem pacientiem, kuriem tradicionālie līdzekļi vairs nespēj līdzēt, kā pēdējo iespēju nevis alternatīvu tai.<sup>195</sup>

Šķiet, dīvaini, ka līdzšinējo argumentu klāstā tiek ignorētas pašu ārstu sajūtas, piedaloties pacientu dzīvības izbeigšanas procesos, un šajā sakarībā uzdodams retorisks jautājums – kurš nosaka un tiesīgs noteikt, ka ārsti tam psiholoģiski ir gatavi – likumdevējs, sabiedrība vai kāds cits?! Vēl jo vairāk, pašlaik tiek runāts par tādas profesijas pārstāvjiem, kuri savu aicinājumu raduši dzīvības sargāšanā, nevis izbeigšanā. Un minētās problēmas sakarībā jāpiekrīt S.Smita atziņai, ka neatkarīgi no tā, pacienta dzīvības izbeigšana ir izdarīta labu vai sliktu motīvu dēļ, attaisnojamos vai neattaisnojamos apstākļos, ētiski tā ir vai nav pieņemama, likumdevējs ir vai nav to leģitimizējis, piedalīšanās darbībās, kas izraisa pacientam nāvi, veselības aprūpes sniedzējam psiholoģiski vienmēr ir sarežģīta, radot sajūtu, ka ir izdarīts kas slikts, ka viņš ir līdzvērtīgs slepkavam.<sup>196</sup> Tamdēļ jāpiekrīt Sjūzanas Šervinas

---

<sup>191</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.1.

<sup>192</sup> Iedzīvotāju saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem. Centrālās Statistikas Pārvalde. 15.12.2014. Pieejams: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/veselibas-aprupe-un-sports-galvenie-raditaji-30287.html> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>193</sup> Stacionēšanas laiks nodaļā noteikts līdz 7 dienām. Sk.: Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca Paliatīvās aprūpes nodaļa. Pieejams: <https://www.aslimnica.lv/lv/content/paliativas-aprupes-nodala> [aplūkots 2015.gada 17.februārī].

<sup>194</sup> Šulcs A. Cilvēka dzīvības un nāves vērtība Latvijā. Latvijas Ārstu Žurnāls. 2002. Marts, Nr.3, 43.lpp. Arī A.Gabrijeļans pauž secinājumu, ka valsts piešķirtais finansējums veselības aprūpes jomā ir nepietiekošs, lai nedziedināmi slimiem cilvēkiem nodrošinātu cienīgu dzīvi. Sk.: Габриелян А. Криминологические проблемы эвтаназии: причины и условия причинения смерти лицу по его просьбе. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2011, Nr.4, 21.lpp.

<sup>195</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.200.-201.

<sup>196</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.213.

(Susan Sherwin) atziņai, ka pat, ja kādam arī ir tiesības lūgt izbeigt tā dzīvi, tomēr nevienam nav pienākuma sniegt tajā palīdzību.<sup>197</sup>

Cits jautājums saistāms ar to pacientu atslēgšanu no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, kuriem iestājusies smadzeņu nāve un kuri *de facto* tiek pasludināti par mirušiem.

Jautājums par to, kad izbeidzas dzīvība un būtņi vairs neapzīmē ar jēdzienu „*cilvēks kā persona*”, ir ļoti nozīmīgs un diskutabls eitanāzijas problemātikas kontekstā. Latvijā, saskaņā ar Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumiem Nr.215 „Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai” izšķir smadzeņu nāvi – dziļš bezsamaņas stāvoklis, kuru raksturo pilnīgs un neatgriezenisks visu galvas smadzeņu funkciju zudums, un bioloģisko nāvi – organisma dzīvības funkciju neatgriezenisks zudums, kas nav novēršams ar reanimācijas vai intensīvās terapijas metodēm.<sup>198</sup> Gan vienā, gan otrā gadījumā ārstniecības personas pārtrauc pacienta reanimāciju vai intensīvo terapiju un fiksē nāves iestāšanās faktu. Un tomēr būtiski uzsvērt – ja bioloģiskās nāves gadījumā iet bojā viss cilvēka organisms vienkopus, t.i., smadzenes ieskaitot, tad smadzeņu nāves gadījumā bioloģiskais organisms var turpināt funkcionēt ar mākslīgās dzīvību uzturošās aparatūras palīdzību tai laikā, kad cilvēka apziņa ir zudusi neatgriezeniski. Šajā sakarībā diskutabls ir jautājums par to, vai pēc smadzeņu nāves var runāt par cilvēku kā personu, taču, lai rastu uz to atbildi, vispirms nepieciešams sniegt nelielu ieskatu nāves koncepciju vēsturē.

Jau antīkos laikos Grieķu ārsti ticēja, ka nāve, ar kuru tika saistīta ne tikai ķermeņa dzīvotspējas zaudēšana, bet arī personīgās eksistences beigas, var izrietēt no plaušām, smadzenēm vai sirds, un tieši pēdējā, viņuprāt, kalpoja par dzīvības „esenci” – pirmais orgāns, kas dzīvo un pēdējais, kas mirst.<sup>199</sup>

Pieēja cilvēka nāves noteikšanai, to saistot ar sirdsdarbības un elpošanas funkciju pārtraukšanu, ilga līdz pat XX gadsimta vidum, kad, kā jau tas atzīmēts iepriekš, aizsākās strauja dzīvību uzturošu tehnoloģiju attīstība,<sup>200</sup> intensīvai aprūpei izaicinot tradicionālos priekšstatus par to, kas tad patiesībā nosaka nāvi, jo cilvēkus, kuri agrāk būtu pasludināti par mirušiem, nekonstatējot tiem elpošanu vai pulsu, medicīnā kļuva iespējams uzturēt pie dzīvības ar mehānisku iekārtu palīdzību

---

<sup>197</sup> Sherwin S. Comments on „The Moral Rights of the Terminally Ill”. Grām.: Contemporary Issues in Biomedical Ethics. Clifton, New Jersey: The HUMANA Press Inc., 1978, p.65.

<sup>198</sup> Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi Nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007. 11.aprīlis, Nr.59.

<sup>199</sup> Pernick M.S. Back from the grave: recurring controversies over defining and diagnosing death in history. Grām.: Death: beyond whole – brain criteria. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1998, p.18.-19.

<sup>200</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.340.

gadiem ilgi.<sup>201</sup> Taču pats būtiskākais, radās nepieciešamība nodrošināt orgānu transplantāciju no tiem tik tikko mirušiem cilvēkiem, kuriem tie ir neskarti un spējīgi funkcionēt, kas galvenokārt arī veicināja medicīnā jaunu nāves kritēriju izstrādāšanu<sup>202</sup>, jo līdzšinējie šim mērķim izrādījās nepieņemami.

Nozīmīgu ieguldījumu cilvēka nāves noteikšanas medicīniskos, ētiskos un arī juridiskos aspektos sniedza Hārvardas Medicīnas Skolas Speciālā Komiteja (*Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School*), 1968.gadā ierosinot neatgriežamo komas stāvokli saistīt ar brīdi, kad tiek konstatēta smadzeņu darbības izbeigšanās, un tā noteikšanai piedāvājot četrus kritērijus: uztveres zudums un nejutīgums pret ārējiem kairinājumiem; kustību un elpošanas neesamība vienas stundas laikā; refleksu trūkums, negūstot apstiprinājumu par smadzeņu darbības aktivitāti un elektriskās aktivitātes trūkums smadzeņu darbībā, ko ierīces bez izmaiņām reģistrējušas arī atkārtotu pārbaužu laikā pēc 24 stundām.<sup>203</sup> Šādu nāves kritēriju izveides nepieciešamība tika pamatota divu iemeslu dēļ:

1) atdzīvināšanas un atbalsta pasākumu pilnveidošana noveda līdz tam, ka pieaug iespējas saglabāt tos pacientus, kuri atrodas bezcerīgā situācijā, kas galarezultātā rada tikai daļēju panākumu, t.i., indivīda sirds turpina darboties, bet smadzenes ir neatgriezeniski bojātas. Šādi pacienti, kas cieš no patstāvīga intelekta zaudējuma, rada lielu slogu to ģimenēm un arī slimnīcām;

2) novecojušie nāves kritēriji rada strīdus transplantoloģijā nepieciešamo orgānu iegūšanai.<sup>204</sup>

Lai arī minētie kritēriji vēlākā laika posmā tika pakļauti kritikai, kā analīze vēl sekos, drīzumā pēc to prezentēšanas tos akceptēja gan medicīnas un tiesību teorijā, piemēram, 1968.gada augustā 22-ās Pasaules Medicīnas Asamblejas laikā tika pieņemta Pasaules Medicīnas Asociācijas Sidnejas Deklarācija par nāves noteikšanu un orgānu atgūšanu<sup>205</sup> (*WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs*), gan arī praksē. Šajā sakarībā nozīmīgs ir 1972.gada 23.maija Virdžīnijas apgabaltiesas spriedums Viljama E. Takera (*William E. Tucker*) pret ārstu Ričardu R. Louveru (*Dr. Richard R. Lower*) (*Tucker v. Lower*) lietā, kurā tiesa pirmo reizi Amerikas Savienoto Valstu judikatūras vēsturē atzina, ka par cilvēka nāvi atzīstama ne tikai asinsrites

---

<sup>201</sup> Shah S.K., Miller F.K. Can We Handle the Truth? Legal Fictions in the Determination of Death. *American Journal of Law & Medicine*, 2010. No.4, p.541.

<sup>202</sup> Capron A.M., Kass L.R. A statutory definition of the standards for determining human death: an appraisal and a proposal. *Grām.: Death, dying, and euthanasia*. Washington: University Publications of America, Inc, 1977, p.40.-41.

<sup>203</sup> A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *Journal of the American Medical Association*, 1968. August 5, No.6, p.337.-338.

<sup>204</sup> *Ibid*, p.337.

<sup>205</sup> WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs. Adopted by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and amended by the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Piñanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d2/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].



un elpošanas pārtraukšana, bet arī, kad tam iestājas smadzeņu nāve, ar savu spriedumu attaisnojot četrus ārstus, kas tika apsūdzēti par sirds izņemšanu no dzīva donora transplantācijai.<sup>206</sup>

Ieskatam var minēt, ka, lai ieviestu visos Amerikas Savienoto Valstu štatos vienotu nāves noteikšanas standartu, 1980.gadā Vienotu Valsts Likumu Pilnvaroto Nacionālās Konferences (*National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*) laikā tika izstrādāts un akceptēts Vienotas nāves noteikšanas likums (*Uniform Determination of Death Act*), kura 1.pants (Nāves noteikšana) paredz, ka „Indivīds, kuram ilgstoši ir vai nu: (1) neatgriežama cirkulācijas un elpošanas funkciju pārtraukšana, vai (2) neatgriežama visu smadzeņu funkciju pārtraukšana, ieskaitot smadzeņu stumbru, ir miris. Nāves noteikšanu jāveic saskaņā ar akceptētiem medicīnas standartiem”<sup>207</sup>, kuru 1980.gada 19.oktobrī apstiprināja arī Amerikas Medicīnas Asociācija (*American Medical Association*) un 1981.gada 10.februārī Amerikas Juristu Asociācija (*American Bar Association*). Minēto likumu ieteica izmantot kā paraugu visu nāves veidu konstatēšanai un, lai arī vēlāk ne visas ASV jurisdikcijas akceptēja tā teksta terminoloģisko formulējumu, tomēr visas bez izņēmuma atzina par pamatotu izvirzīto standartu, ka smadzeņu nāves gadījumos, ko apstiprina atzinums neiroloģijā, jārunā par mirušu cilvēku, ārstiem ļaujot paziņot par indivīda nāvi, kurš ir atkarīgs no plaušu mākslīgās ventilācijas iekārtas, vēl pirms sirdsdarbības un elpošanas pārtraukšanas.<sup>208</sup> Un kā norāda I.Kozočkins (*И.Д.Козочкин*), šobrīd vairumā ASV štatu likumos vai tiesu spriedumos „smadzeņu nāves” koncepcija ir iekļauta cilvēka nāves konstatēšanā<sup>209</sup>, ko apstiprina arī Ņujorkas Augstākās tiesas 1984.gada spriedums lietā Ņujorkas štata iedzīvotāji (*The People of the State of New York*) pret Džonu Eulo (*John Eulo*) (*People v. Eulo*), kurā tika atzīts, ka, ievērojot tradicionālo priekšstatu un likuma koncepciju par nāvi, lai to noteiktu, ir pieņemams izmantot smadzeņu nāvi noteicošos kritērijus.<sup>210</sup>

Pašlaik smadzeņu nāve kā medicīniska definīcija jēdzienam „cilvēka nāve” tiek atzīta arī daudzās Eiropas valstīs<sup>211</sup>, tostarp arī Latvijā, to ietverot likumos kā akceptētu standartu.

Smadzeņu nāves koncepcija, kā jau tas uzsvērts iepriekš, vairākkārt tikusi pakļauta kritikai, pamatojumam minot medicīniskus un ētiskus argumentus. Tā, piemēram, Daglas N. Valtans (*Douglas N. Walton*) savulaik uzsvēris, ka nāves diagnosticēšana ir jānošķir no transplantoloģijas interesēm, lai

<sup>206</sup> Virdžīnijas apgabaltiesas spriedums lietā: *Tucker v. Lower*, 1 Va. Cir. 124 (1972).

<sup>207</sup> Uniform determination of death act. Pieejams: <http://www.uniformlaws.org/shared/docs/determination%20of%20death/udda80.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>208</sup> *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. The President's Council on Bioethics Washington, D.C., December 2008, p.28.

<sup>209</sup> Козочкин И.Д. Уголовное право США. Успехи и проблемы реформирования. Санкт-Петербург: Издательство Р.Асланова «Юридический центр Пресс», 2007, с.317.

<sup>210</sup> Ņujorkas Augstākās tiesas spriedums lietā: *People v. Eulo*, 472 N.E.2d 286 (N.Y. 1984).

<sup>211</sup> Chau P-L, Herring J. *The Meaning of Death*. Grām.: *Death Rites and Rights*. Oxford and Portland, Oregon, 2007, p.17.

netiktu paātrināts šāds atzinums tajās lietās, kurās pacients ir potenciāls donors.<sup>212</sup> Un šāda argumentācija nebūt nav bez pamata, jo, kā norāda tiesību zinātniece Solvita Olsena, kam jāpiekrīt pilnībā, ārstu primārais uzdevums ir nodrošināt smagā stāvoklī esošā pacienta tiesību un pamatbrīvību nodrošināšanu, nepieļaujot situāciju, kad visi iespējamie un arī nepieciešamie pasākumi netiek veikti vien tamdēļ, lai no cilvēka iegūtu orgānus un/vai audus, un tikai tajos gadījumos, kad tie izrādījušies neefektīvi un nāves iestāšanās ir neizbēgama, ir pieļaujama pacienta atzīšana par potenciālu orgānu donoru.<sup>213</sup>

Turpretim neirologs Alans Šīvmons (*Alan Shewmon*) argumentē, ka smadzeņu nāves koncepcija, kas balstās uz to funkcijām, būtībā ir nepareiza, jo smadzenēm nāves jautājumā nepiemīt īpaša statusa pār visiem citiem orgāniem, daudziem procesiem norisinoties neatkarīgi no to darbības un cilvēka organisms nav miris tiktāl, kamēr neapstāsies neatgriezeniski asins cirkulācija.<sup>214</sup> Arī D.N.Valtans pauž bažas par smadzeņu nāves izstrādāto kritēriju pietiekamu pamatotību, lai droši apgalvotu, ka dzīvības iespējamība nepastāv<sup>215</sup>, jo, ja ierasti smadzenes mirst dažu minūšu laikā pēc sirdsdarbības apstāšanās skābekļa trūkuma dēļ, to atsevišķas daļas, izņemot smadzeņu garozu, kas tostarp atbildīgas par elpošanu, var tikt atjaunotas pat pēc trīsdesmit minūtēm kopš skābekļa padeves pārtraukšanas.<sup>216</sup> Šajā sakarībā nebūs lieki atzīmēt, ka smadzeņu nāves jautājums medicīnā joprojām nav izpētīts pilnībā un tiek apgalvots, ka pacientam, pat absolūtas smadzeņu nāves konstatācijas gadījumos, var novērot to saraustītu elektrisku aktivitāti<sup>217</sup> jeb tā saucamo neironu funkcionēšanu.<sup>218</sup> Ne velti psihologs Ž.Godfrua (*Ж.Годфруа*) savulaik rakstīja, ka: „Nāve un tai sekojoša šūnu nāve vēl nenozīmē, vienlaikus, ka visi procesi organismā tiek izbeigti. Atomu līmenī turpina savu nebeidzamo galvu reibinošo skrējieni elementārās, enerģijas skubinātas, daļiņas, kas pastāv no pirmsākumiem. Kā teica Lavuazjē, „[...] nekas netiek radīts no sākuma, un nekas nepazūd uz visiem laikiem, viss tikai transformējas.”<sup>219</sup>

Šobrīd, neiedziļinoties medicīnas zinātnes specifiskos jautājumos un, it īpaši, neiroloģijā, būtu norādāms vien tas, ka šim viedoklim var piekrist vien tad, ja smadzeņu nāves jautājumam pieiet ar

---

<sup>212</sup> Walton D.N. On Defining Death. An Analytic Study of the Concept of Death in Philosophy and Medical Ethics. Montreal: McGill – Queen's University Press, 1979, p.5.

<sup>213</sup> Olsena S. Miruša cilvēka aizsardzība un audu izmantošana medicīnā. Promocijas darbs. Rīga, 2010, 193.-194.lpp.

<sup>214</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.327.

<sup>215</sup> Walton D.N. Brain Death. Ethical Considerations. West Lafayette, Indiana: Purdue University, 1980, p.2.

<sup>216</sup> Walton D.N. On Defining Death. An Analytic Study of the Concept of Death in Philosophy and Medical Ethics. Montreal: McGill – Queen's University Press, 1979, p.9.

<sup>217</sup> Foley E.P. The Law of Life and Death. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press, 2011, p.124.

<sup>218</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.337.

<sup>219</sup> Годфруа Ж. Что такое психология. В 2-х т. Т. 2. Москва: Издательство «Мир», 1992, с.47.

formālu skatījumu. Šajā sakarībā par pamatotāku, šķiet, atzīstama Džeimsa L. Bernata (*James L. Bernat*) atziņa, ka smadzenes ir organisma kritiskā sistēma, bez kurām tas nav spējīgs funkcionēt kā veselums, turklāt smadzenes nav aizvietošanas, tās nevar transplantēt, kā arī to funkcijas nevar tikt stimulētas ar tehniskiem līdzekļiem.<sup>220</sup> Lai arī smadzeņu nāves gadījumos pacientam var saglabāt aknu un nieru, kā arī barības vielu un šķidrums absorbēšanu funkcijas, ko organisms saņem ar mākslīgās barošanas palīdzību, tomēr tas viss ir tehnoloģiju sekas, un neviena no tām nebūtu iespējama, nepastāvot plaušu mākslīgās ventilācijas iekārtām.<sup>221</sup> Tamdēļ var secināt, ka cilvēka nāves noteikšanai vienlīdz ir svarīga sirdsdarbība un elpošana, kuru neatgriezeniska zaudējuma gadījumos, kā norāda Elizabeta Prais Folijs (*Elizabeth Price Foley*), pēc pāris minūtēm ir nenovēršama arī smadzeņu nāve<sup>222</sup>, un smadzenes, koordinē visa organisma funkcionēšanu, kas bez to atbalsta patstāvīgi nav spējīgs eksistēt.<sup>223</sup> Domājams, eitanāzijas kontekstā smadzeņu nāves jautājums ir skatāms plašāk, kā tikai medicīnas zinātnes robežās.

Tiesību zinātnieks Pauls Mincs savulaik rakstīja, ka „Ar jēdzienu „cilvēks” saprot no cilvēkiem dzimušu būtni neatkarīgi no tās intelekta attīstības pakāpes. Vājprātīgie, idioti, prātā jukušie pēc mūsdienu tiesiskiem uzskatiem bauda vienādu apsardzību ar cilvēkiem, kas, pateicoties savai normālai attīstībai, spējīgi sabiedrībai derīgi darboties.”<sup>224</sup> Tomēr autors savu atziņu attiecināja uz dzīvīgu cilvēkiem, turpretim nāve, kā norāda Roberts M. Vīčs (*Robert M. Veatch*), „[...] nozīmē pilnīgu izmaiņu dzīvības būtībā, ko raksturo neatgriežams to raksturlielumu zaudējums, kas tai ir vissvarīgākais”<sup>225</sup>, tamdēļ eitanāzijas problēmas sakarībā ievērojami svarīgāk noskaidrot, vai tikai bioloģiskie organisma procesi raksturo jēdzienu „cilvēks kā persona”.

Biomedicīnas zinātne atzīst, ka par cilvēka nāvi pieļaujams runāt ne tikai tad, kad organisms pārtrauc funkcionēt bioloģiski, bet arī smadzeņu nāves gadījumos, par paliekošu vērtību atzīstot „[...] ne tikai cilvēcisko personību, tās tiesības, cieņu, kuru nesējs ir smadzenes, bet arī pašu dzīvību – kā suverēnu dabas esamību, autonomu dzīvības viengabalainību, tās individualitāti. Taču smadzeņu nāve ir tiešs dzīvības pamatbūtības šķēlējs, jo tieši šajā gadījumā tiek zaudēta tās autonomija un individualitāte, pat bioloģiskā izpratnē. Līdz ar to, mākslīga plaušu ventilācija, kas protezē elpošanas

---

<sup>220</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.335.

<sup>221</sup> Ibid, p.336.

<sup>222</sup> Foley E.P. The Law of Life and Death. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press, 2011, p.101.

<sup>223</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.328.

<sup>224</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Ar V.Liholajas komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 215.lpp.

<sup>225</sup> Veatch R.M. Defining Death Anew: Technical and Ethical Problems. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.60.

funkciju, veicina tikai mākslīgās dzīvības atveidošanu, kas nekad nekļūs autonomi suverēna, bet ir lemta progresējošai degradācijai.”<sup>226</sup> Un tik tiešām, medicīnā izmantojamo mākslīgo dzīvību uzturošu iekārtu atbalsts pretēji organisma nespējai patstāvīgi nodrošināt savas bioloģiskās funkcijas, ne vienmēr pasargā indivīdu no tā personības bojāejas un smadzeņu nāves gadījumiem, kā pareizi norāda G.Romanovskis (*Г.Б.Романовский*), „[...] mākslīgā veidā tiek radīta šķietama dzīve: plaušas ventilējas, sirds pārdzen asinis. [...] Faktiski reanimācijas pasākumi tiek veikti līķim.”<sup>227</sup> Šajā sakarībā nevar atstāt bez ievēribas arī Latvijas ārstu ētikas kodeksa 2.panta 12.punktā izmantoto terminoloģiju, attiecinot to uz transplantaloģijas jautājumu, atsakoties no jēdziena „cilvēks” lietošanas tajos gadījumos, kad pacienta smadzenes ir mirušas, un tā vietā izvēloties apzīmējumu „dzīvs donors”. Tamdēļ pārdomu vērtā ir Dž.L.Bernata atziņa, ka individualitāte pirmām kārtām ir psiho sociāla, garīga un tiesiska, bet ne bioloģiska, koncepcija.<sup>228</sup>

Lai būtni apzīmētu ar jēdzienu „cilvēks kā persona”, nav pieļaujams aprobežoties vien ar bioloģiskā organisma funkcionēšanas konstatēšanu, kas smadzeņu nāves gadījumos tiek panākts ar mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, bet ir jākonstatē arī apziņas „dzīvotspēja”. Ne velti E.H.V.Klūdžs pauž apgalvojumu, ka tie pacienti, kuriem iestājusies smadzeņu nāve vai kuri atrodas neatgriežamā komas un tam pielīdzinātā stāvoklī, nav personas, uz kurām var tikt attiecināta pienākumu izpilde un kuru tiesības, ieskaitot tiesības uz dzīvību, tiek aizsargātas, līdz ar to sabiedrībai vairs nav pienākuma tos uzturēt.<sup>229</sup> Līdzīgu apgalvojumu jau tālā 1985.gadā pauda arī pediatrs Džons Goldenrings (*John Goldenring*), aicinot medicīnā terminu „cilvēciska būtne” lietot tikai tajos gadījumos, kad tiek konstatēta cilvēka smadzeņu aktivitāte, jo tieši smadzenes ir vienīgais unikālais un neaizvietojamais orgāns cilvēka ķermenī, kas koordinē visu orgānu sistēmas darbību un nosaka paša cilvēka personības esamību.<sup>230</sup> Un piebilda, ka, ja cilvēka smadzenes vairs nefunkcionē, medicīniskā izpratnē, organisms vairs neveido „cilvēcisku būtni”, jo tikai persona ir spējīga baudīt visas tiesības, aizsardzību un cieņu,<sup>231</sup> kas faktiski pamato Ronalda E. Krenforda (*Ronald E. Cranford*) izvirzīto aksiomu, ka smadzeņu nāve nosaka, ka līdz ar to ir mirusi arī pati persona<sup>232</sup>, un kam piekrīt arī

---

<sup>226</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.84.

<sup>227</sup> Романовский Г.Б. Гносеология права на жизнь. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003, с.61.

<sup>228</sup> Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002, p.330.

<sup>229</sup> Kluge W.E.H. The Ethics of Deliberate death. London: Kennika Press, 1981, p.89.

<sup>230</sup> Goldenring J. The brain – life theory: towards a consistent biological definition of humanness. Journal of Medical Ethics, 1985. No.11, p.198.

<sup>231</sup> Ibid, p.198.-199.

<sup>232</sup> Cranford R.E. Brain Death and the Persistent Vegetative State. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.71.

I.Silujanova<sup>233</sup> (И.В.Силуянова). Šajā sakarībā nozīmīga ir arī V.Sīles atziņa: „[...] ja pacienta dzīvības funkcijas ir jāuztur mākslīgi, tad tāds cilvēks nav uzskatāms arī par autonomu personu. Līdz ar to šādu cilvēku neuzskata par dzīvu, jo nāve var būt ne tikai fizioloģiska, bet arī garīga, kad cilvēks pārstāj eksistēt kā personība un līdz ar to zaudē savu apzīmējumu.”<sup>234</sup>

Cilvēks ir vienīgā būtne uz Zemeslodes, kurai raksturīgs augsti attīstīts intelekts, kas ne tikai to atšķir no citām dzīvām būtnēm, bet arī no tiem indivīdiem, kuriem šīs funkcijas ir neatgriezeniski zaudētas. Tamdēļ ikvienā smadzeņu nāves gadījumā nepastāv iespēja runāt par cilvēku *Homo sapiens* kontekstā un viss, kas norit tā ķermenī jau pēc tam, ir tikai un vienīgi bioloģiskie procesi šūnu līmenī, strauji virzoties pretī savai neizbēgamai bojāejai laikā, kad „persona” jau faktiski neeksistē, šajos gadījumos liedzot runāt par eitanāziju.

Latvijas ārstu ētikas kodeksa 2.panta 10.punkts nosaka, „Ja letāls iznākums tiek uzskatīts par nenovēršamu, galīgo lēmumu par prognozi un ārstēšanas taktiku pieņem ārstu konsīlijs.” Saskaņā ar Ārstniecības likuma 1.panta 6.punktu ārstu konsīlijs ir ne mazāk kā triju ārstu apspriede, lai noteiktu diagnozi un turpmāko ārstēšanas taktiku. Speciāli ārstu konsīliji, kura sastāvā smadzeņu nāves gadījumos ietilpst arī anesteziologs reanimatologs, tad nolemj pārtraukt mākslīgo dzīvību uzturošo iekārtu darbību. Ārvalstu literatūrā to atzīst par pareizu rīcību ne tikai no medicīniskā, bet arī no morālā skatpunkta.<sup>235</sup> Tamdēļ svarīgi uzsvērt, ka smadzeņu nāves gadījumos ārstu konsīlijs nelemj par pacienta dzīvību vai nāvi, bet gan par to, vai turpmāka mākslīga dzīvības funkciju uzturēšana ir lietderīga un, kas ne mazāk nozīmīgi, ētiska. Tāpēc ir būtiski saskatīt atšķirību starp pacientu, kurš vēlas, lai tā dzīvība tiktu izbeigta, šādi atbrīvojot sevi no ciešanām, un pacientu, kuram pieslēgtās iekārtas tikai nodrošina organisma pamatfunkcijas un uztur dzīvu ķermeni tad, kad smadzenes jau ir mirušas. Un šajos gadījumos tā vairs nav eitanāzija, bet juridiski korekta medicīnas procedūra, kad, parasti vienojoties ar pacienta ģimenes locekļiem, ārsti pārtrauc veltīgas darbības, kas praksē, pēc C. Lī Pārmleja (C. Lee Parmley) teiktā, var radīt arī strīdus situācijas<sup>236</sup>, taču ievērojot to, ka minētais jautājums nav izpētes objekts, iespējamie risinājumi šobrīd netiks analizēti. Savukārt, ja šādas darbības pārtrauc ikviena cita fiziska persona, kas teorētiski arī iespējams, tās darbības kvalificējamās kā slepkavības mēģinājums, jo persona, nebūdamā apveltīta ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, nav spējīga identificēt smadzeņu nāves pazīmes un, kļūdaini pieļaujot, ka, lai arī aiz līdzcietības, bet tomēr

<sup>233</sup> Силуянова И.В. Современная медицина и православие. Москва: Московское подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998, с.74.

<sup>234</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: izdevniecība „Zinātne”, 1999, 79.lpp.

<sup>235</sup> Green M.B., Wikler D. Brain Death and Personal Identity. Grām.: Death, Dying and the Ending of Life. Volume 1. USA: Ashgate, 2007, p.56.

<sup>236</sup> Parmley C.L. Advances in Medical Technology Have Complicated End – of – Life Decisions. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.60.

veic apzinātu personas nonāvēšanu laikā, kad cietušais faktiski jau ir miris, kas apstiprinājumu gūst arī ārvalstu literatūrā.<sup>237</sup>

Kā medicīniski korektu rīcību pacienta, kuram diagnosticēta smadzeņu nāve, atvienošanu no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām atzīst arī citās valstīs. Šāda kārtība ir paredzēta, piemēram, Spānijā, kur eitanāzijas problēmas kontekstā tiek atzīts, ka šajās lietās nepastāv cilvēka dzīvība, kuru var iznīcināt,<sup>238</sup> Krievijas Federācijā saskaņā ar 2011.gada 21.novembra likuma Nr.323-ФЗ „Par pilsoņu veselības aizsardzības pamatiem Krievijas Federācijā” 66.pantu.<sup>239</sup> Arī Čīles Medicīnas Asociācijas Ētikas Kodeksa 134.pants nosaka, ka „Smadzeņu nāves gadījumos ārstam nav ētiska pienākuma izmantot metodes, zāles vai ierīces, kuru izmantošana kalpo tikai, lai paildzinātu šo stāvokli.”<sup>240</sup> Identisks formulējums ir ietverts 1955.gada 17.aprīļa Argentīnas Republikas Medicīnas Konfederācijas Ētikas Kodeksa 134.pantā<sup>241</sup> un citviet. Un tikai retajās valstīs kā, piemēram, Kenijā ārsts ir tiesīgs atvienot pacientu no mākslīgās dzīvību uzturošas iekārtas tikai tad, kad apstājusies tā sirdsdarbība, turpretim gadījumos, kad pacientam tiek diagnosticēta smadzeņu nāve, bet sirdsdarbība turpinās, likums cilvēku atzīst vēl par dzīvu esam, un, ja tomēr seko minētās darbības, tās veido noziedzīgu nodarījumu<sup>242</sup>, šādas pieejas pareizību pakļaujot šaubām.

Atšķirīgāku juridisko vērtējumu iegūst tie gadījumi, kad pacients, piemēram, nespēdams patstāvīgi elpot, laicīgi, neapdraudot smadzeņu dzīvotspēju, tiek pieslēgts pie mākslīgām elpināšanas iekārtām. Ievērojot to, ka tamlīdzīgos gadījumos medicīniskās ierīces nodrošina ne tikai visa bioloģiskā organisma, bet arī smadzeņu dzīvotspēju un, tāpat, saglabā neskartu cilvēka apziņu, šāds pacients atzīstams par dzīvu personu, iekams mākslīgā veidā turpinās skābekļa saņemšana. Turpretim, atvienojot to no šīm ierīcēm, savu apzīmējumu viņš saglabā vienīgi tad, ja plaušas atjauno spēju funkcionēt patstāvīgi, jo pretējā gadījumā smadzeņu un tai sekojoša bioloģiskā nāve bez to ārēja atbalsta ir neizbēgama.

---

<sup>237</sup> Turkovič K. Euthanasia in Croatia. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.64.

<sup>238</sup> Munoz N.P. Euthanasia in the Spanish legal system. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.243.

<sup>239</sup> Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48.

<sup>240</sup> Código de Ética. Colegio Médico de Chile A.G. Santiago de Chile, 2011. p.24. Pieejams: [http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/120111codigo\\_de\\_etica.pdf](http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/120111codigo_de_etica.pdf) [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>241</sup> Código de Ética. Confederación Médica de la República Argentina. p.31. Pieejams: <http://comra.org.ar/assets/images/cms/244137d29d571505be194a4573ae33cb.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>242</sup> Wasunna A. End – of – Life Decision Making in Kenya. Grām.: End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.138.

Bioloģiskā un smadzeņu nāve ir jānošķir arī no klīniskās nāves, kad neatkarīgi no elpošanas un sirdsdarbības apstāšanās, cilvēkā dzīvotspēju vēl ir iespējams atjaunot.<sup>243</sup> Klīniskās nāves gadījumos indivīds savu apzīmējumu „cilvēks kā persona” nezaudē, ja vien pēc reanimācijas pasākumu veikšanas tā smadzenes nav neatgriezeniski bojātas tiktāl, ka pieļaujams runāt par to nāvi.

Salīdzinājumam var minēt, ka atšķirībā no medicīnas teorijas un prakses, pašlaik krimināltiesībās Latvijā par dzīvības beigu brīdi atzīst tikai cilvēka bioloģisko nāvi, kad iestājas organisma dzīvības funkciju neatgriezenisks zudums, nepastāvot iespējām to novērst ar intensīvās terapijas metodēm.<sup>244</sup> Arī Krievijā, kā norāda S.Borodins (*С.В.Бородин*), lai arī doktrīnā cilvēka nāves brīža jautājums raisa diskusijas, pašlaik pastāv vienprātība, ka par cilvēka nāves iestāšanos liecina bioloģiskā nāve, t.i., visa cilvēka organisma bojāeja kā tāda, kad apstājas sirdsdarbība, nepastāv pulss lielās artērijās, ir pārtraukta elpošana un ir zaudētas centrālās nervu sistēmas funkcijas<sup>245</sup>, ko apstiprina arī S.Ņikuļins (*С.И.Никулин*).<sup>246</sup>

Cilvēka smadzeņu nāves problēma ir jauns izaicinājums Latvijas un arī ārvalstu krimināltiesību doktrīnai, kas sava nozīmīguma dēļ pieprasa atbilstošu izpēti atsevišķa pētījuma robežās, kas pašlaik promocijas darba salīdzinoši ierobežotā apjoma dēļ plašāk nevar tikt atspoguļots, norādot vien to, ka tiesību zinātniekiem galvenokārt būtu jārod atbilde uz jautājumu, vai rīcība veido noziedzīgu nodarījumu, ja cietušajam uz nodarījuma izdarīšanas brīdi bija iestājusies smadzeņu nāve, ko vēlāk apstiprinājusi ekspertīze, un, ja veido, tad kā tas ietekmē kvalifikāciju.

Lai arī retāk, un tomēr, eitanāzijas problēmas kontekstā aktualitāti iegūst arī cilvēka dzīvības sākuma brīdis, to galvenokārt attiecinot uz tiem gadījumiem, kad priekšlaicīgai dzīvības izbeigšanai tiek pakļauta nedziedināmi slima grūtniece, radot ētiski un juridiski sarežģītu jautājumu, vai grūtnieces ciešanu novēršana vai izbeigšana prevalē pār vēl nedzimušu dzīvību, kas līdz šim nav risināts nedz pašmāju un ārvalstu doktrīnā, nedz arī judikatūrā. Šobrīd, abstrahējoties no ētiskās, filozofiskās, medicīniskās analīzes un, lai rastu atbildi uz šo tiesiski sarežģīto jautājumu, kurā acīmredzami saduras divas vienlīdz svarīgas intereses, t.i., nedziedināmi slimas grūtnieces dzīvības un veselības intereses un nedzimuša bērna izdzīvošanas potenciāls, sākotnēji būtu nepieciešams noskaidrot, ar kuru brīdi šī dzīvības forma iegūst krimināltiesisko aizsardzību.

---

<sup>243</sup> Сабилов В.И. О мировоззренческих основах современной западной танатологии. Человек, 2002. Сентябрь, №5, с.100.

<sup>244</sup> Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācija: Likums. Teorija. Prakse. Otrais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2007, 180.lpp.

<sup>245</sup> Бородин С.В. Преступления против жизни. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003, с.19.

<sup>246</sup> Никулин С.И. Преступления против жизни. Грām.: Уголовное право России. Особенная часть. Учебник. Москва: Издательство «Трида, Лтд», 1996, с.15.

Diskusijas par dzīvības sākuma brīdi un atkarībā no tā embrija vai augļa krimināltiesisko aizsardzību, juridiskajā doktrīnā norisinās jau gadu desmitiem, tomēr līdz pat šim brīdim vienprātība tik nozīmīgā jautājumā tā arī nav panākta, kas atspoguļojumu rod normatīvā regulējuma un arī judikatūras atšķirībās. Promocijas darba salīdzinoši ierobežotā apjoma dēļ šobrīd netiks plašāk atspoguļotas visas dzīvības sākuma koncepcijas, piemēriem minot vien raksturīgākās.

Latvijā saskaņā ar 2002.gada 1.jūlija „Seksuālās un reproduktīvās veselības likuma”<sup>247</sup> 25.panta pirmo daļu grūtniecības mākslīga pārtraukšana pēc sievietes lūguma ir pieļaujama līdz grūtniecības 12.nedēļai un šajos gadījumos Ārstniecības likuma 40.pantā ietvertā piezīme, ka ārsts ir atbildīgs par nedzimušas dzīvības saglabāšanu, un viņa pienākums ir mēģināt atrunāt pacienti no grūtniecības pārtraukšanas, iegūst vien formālu raksturu, turpretim līdz 24.nedēļai tikai un vienīgi medicīnisku indikāciju dēļ, kā to nosaka likuma 26.panta otrā daļa. No likuma formulējuma skaidri izriet, ka gan vienā, gan otrā gadījumā prioritāti iegūst nevis augļa dzīvotspējas jautājums, bet gan grūtnieces dzīvības un veselības intereses ar vienīgo atšķirību, ka līdz grūtniecības 12.nedēļai tās pārtraukšana pieļaujama, nepieprasot motivējošu lēmumu, un iemesli tam var būt dažnedažādi, piemēram, nevēlama grūtniecība, psiholoģiskie, sociālie un ekonomiskie apstākļi utt., savukārt, sākot jau ar 13.nedēļu, šādai rīcībai jāizriet tikai un vienīgi no medicīniskiem apsvērumiem, piemēram, auglis apdraud grūtnieces dzīvību vai veselību, tam tiek konstatēta iedzimta pataloģija u.tml. Pretējā gadījumā grūtniecības pārtraukšanu veicošās personas darbības var tikt kvalificētas kā aborta neatļauta izdarīšana, atbildība, par ko paredzēta Krimināllikuma<sup>248</sup> 135.pantā. Tomēr arī šajā gadījumā, kā norāda krimināltiesību speciāliste Valentija Liholaja, Krimināllikuma 135.pants paredz „[...] atbildību nevis par grūtniecības kā tādas pārtraukšanu, bet gan par aborta izdarīšanas speciālo noteikumu pārkāpšanu, par tiešo apdraudējuma objektu atzīstot grūtnieces veselību un dzīvību. Tā kā runāt par kādu papildu interešu aizskārumu, proti, kaitējuma nodarīšanu auglim, nav pamata, jo tādas norādītājā pantā nav ietvertas.”<sup>249</sup> Tamdēļ atbilstoši pašreizējam krimināltiesiskam regulējumam par dzīvības sākuma momentu jāuzskata „[...] brīdis, kad auglis fizioloģisko dzemdību procesā sāk parādīties no dzemdību ceļiem un atbrīvoties no mātes miesām”<sup>250</sup>, kas vienlaikus uzskatāms ne tikai par atskaites punktu, kad auglis tiek apveltīts ar ikvienam cilvēkam piemītošām dabiskām tiesībām, bet arī valsts pienākuma rašanos aizsargāt tā dzīvību kā no mātes miesām neatkarīgu indivīdu. Šajā sakarībā Egila

<sup>247</sup> Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 19.februāris, Nr.27.

<sup>248</sup> Krimināllikums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, Nr.199/200.

<sup>249</sup> Liholaja V. Bioētika un krimināltiesības. Grām.: Latvijas Universitātes raksti. Juridiskā zinātne. 740.sējums. Rīga: Latvijas Universitāte, 2008, 12.lpp.

<sup>250</sup> Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācija: Likums. Teorija. Prakse. Otrais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2007, 180.lpp.



Levita paustā atziņa, ka Latvijā kopš grūtniecības 13.nedēļas sākas augļa kā vēl nedzimuša cilvēka juridiskā izpratnē pamattiesību, it sevišķi viņa pamattiesību uz dzīvību, pilna aizsardzība un konflikta situācijā šo pamattiesību priekšā kā ne tik būtiskas atkāpjas sievietes tiesības uz pašnoteikšanos pār savu ķermeni, savukārt pirms šī likumā noteiktā brīža *nasciturus* aizsardzība lai arī pastāv, taču tā vēl nav absolūta kā pilntiesīgai „personai” un pamatā prevalē sievietes tiesības uz pašnoteikšanos,<sup>251</sup> ir neprecīza, jo, kā jau tas tika norādīts iepriekš, Krimināllikums šādu aizsardzību neparedz.

Ieskatam var minēt, ka Latvijā vēsturiski analizējamā jautājumā pastāvējis arī atšķirīgāks normatīvais regulējums, kas prioritāri bija vērsts, lai pasargātu nevis grūtnieces, bet gan tieši augļa tiesības piedzimt. Tā, piemēram, jau 1903.gada Sodu likumos<sup>252</sup> bija ietverts 465.pants, paredzot atbildību mātei, kas nomirdinājusi savu augli, savukārt likuma 466.pantā par tādām darbībām atbildība bija paredzēta trešām personām. Kā izriet no normu dispozīciju analīzes, likumdevējs par apdraudējuma objektu tolaik bija paredzējis tikai nedzimušas cilvēciskas būtnes dzīvību, P.Mincam akcentējot, ka augļa nomirdināšana uzskatāma par vienu no nonāvēšanas veidiem<sup>253</sup>, to faktiski pielīdzinot ikviena cita, un jau piedzimuša cilvēka, dzīvības apdraudējumam. Šī norāde izriet arī no likuma nodaļas, kuras sastāvā bija ietverti minētie panti, t.i., „Nonāvēšana”. Līdzīgs tiesiskais regulējums vēlāk bija ietverts arī 1933.gada Sodu likumā<sup>254</sup>, kur augļa krimināltiesiskā aizsardzība bija paredzēta likuma 438. un 439.pantā.

Arī tolaik viedokļi, ar kuru brīdi sākas dzīvības krimināltiesiskā aizsardzība, atšķīrās, savu aktualitāti saglabājot līdz pat šai dienai. Piemēram, P.Mincis savulaik rakstīja: „[...] kas attiecas uz dzīvības sākumu, tad tas ir fizioloģijas jautājums, ko parasti atrisina tai nozīmē, ka dzīvība rit no dzimšanas momenta, un proti, no patstāvīgas elpošanas sākuma.”<sup>255</sup> Tāpat uzskatīja arī Pēteris Lejiņš, norādot, ka „Par dzīvības sākuma momentu jaunākos laikos pieņem to momentu, kad cilvēks piedzimst un sāk elpot.”<sup>256</sup> Līdzīga atziņa pašlaik izriet arī no Amerikas Savienoto Valstu tiesu prakses, kur dzīvības sākuma moments lielākoties tiek saistīts ar brīdi, kad auglis pilnībā ir atdalījies no mātes miesām un savas neatkarīgās eksistences uzsākšanu pēc tam, kad tiek pārgriezta nabassaitē, savukārt tā patstāvīgā elpošana un bērna kļedziens kalpo par pierādījumu tam, ka, bērns ir piedzimis dzīvs<sup>257</sup>, lai

---

<sup>251</sup> Levits E. Par grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu: starp *nasciturus* pamattiesībām uz dzīvību un sievietes pamattiesībām uz pašnoteikšanos. Jurista Vārds, 2012. 23.oktobris, Nr.43, 14.lpp.

<sup>252</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: издание Н.С.Таганцева, 1904.

<sup>253</sup> Mincis P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Ar V.Liholajas komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 227.lpp.

<sup>254</sup> 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums ar likumdošanas motīviem. Rīga: [B.i.], 1934.

<sup>255</sup> Mincis P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939, 205.lpp.

<sup>256</sup> Lejiņš P. Krimināltiesības. Rokraksta vietā. Rīga: [B.i.], 1940, 195.lpp.

<sup>257</sup> Козочкин И.Д. Уголовное право США. Успехи и проблемы реформирования. Санкт-Петербург: Издательство Р.Асланова «Юридический центр Пресс», 2007, с.316.

gan 1969.gada 22.novembra Amerikas cilvēktiesību konvencijas (*American Convention of Human Rights*) 4.pants nosaka, ka „Ikvienai personai ir tiesības, lai tā dzīvība tiktu respektēta. Šīm tiesībām jābūt aizsargātām ar likumu un, kopumā, no ieņemšanas brīža [..]”<sup>258</sup>, kas galvenokārt skaidrojams ar katra štata tiesībām paredzēt individuālu tiesisko regulējumu embrija un augļa tiesiskās aizsardzības jautājumā. Šajā sakarībā pārdomu vērtā ir 1990.gada 13.septembra Levisa Deivisa juniora (*Junior Lewis Davis*) pret Mēriju Sjū Deivisu (*Mary Sue Davis*) lietā (*Davis v. Davis*) Tenesijas štata Apelācijas tiesas paustā atziņa, ka embrijs nav „persona”, bet ietverams kategorijā, kas piešķir tiem speciālu respektēšanu to potenciāla cilvēka dzīves dēļ.<sup>259</sup> Arī G.Romanovskis pauž atziņu, ka, lai arī pašlaik Krievijā dzimšanas fakts tiek saistīts ar augļa atdalīšanos sākumu no mātes miesām, izpratne par „dzīvību” iziet ārpus tikai tās bioloģiskās formas.<sup>260</sup>

Svarīgi atzīmēt, ka mūslaikos arvien pieaugošu aktualitāti tiesību doktrīnā iegūst jautājums par vēl nedzimušas dzīvības krimināltiesiskās aizsardzības paredzēšanu, sākot ar tās ieņemšanas brīdi, t.i., to attiecinot gan uz embriju, gan vēlākā attīstības stadijā arī uz augli. Latvijā starp šāda viedokļa piekritējiem, piemēram, var minēt tiesību zinātniekus V.Liholaju<sup>261</sup>, Petru Januli<sup>262</sup>, J.Rudevski<sup>263</sup> u.c. Ieskatam var minēt, ka pašlaik šāds normatīvais regulējums ir paredzēts Īrijā, 1937.gada 29.decembra konstitūcijas 40.panta trešās daļas 3° apakšpunktam nosakot, ka „Valsts atzīst nedzimušā tiesības uz dzīvību tikpat lielā mērā, kādas tiesības uz dzīvību ir mātei [..]”<sup>264</sup> un arī citviet.

Atgriežoties pie eitanāzijas problemātikas apskata jautājumā par nedziedināmi slimas grūtnieces ciešanu izbeigšanu, pārtraucot tās organisma dzīvotspēju, ir jāuzsver, ka šādos gadījumos ik reizi svarīgi konstatēt ne tikai, ar kuru brīdi embrijs vai tā vēlākā attīstības stadijā auglis, iegūst krimināltiesisko aizsardzību, no kā var būt atkarīga plānoto darbību pieļaujamība laika ziņā, savukārt tajās valstīs, kur šāda prakse nav atzīta par leģitīmu, arī eitanāzijas veicēja nodarījuma kvalifikācija, kam plašāka analīze veltīta promocijas darba 4.nodaļā, bet arī uz lēmuma pieņemšanas brīdi tā attīstības stadija un grūtnieces paredzamais dzīves ilgums. Ievērojot, ka analizējamais jautājums ir atsevišķa pētījuma vērtā tēma un promocijas darba nosacīti ierobežotā apjoma dēļ nav iespējama tā

<sup>258</sup> American Convention of Human Rights. Pieejams: [http://www.hrcr.org/docs/American\\_Convention/oashr.html](http://www.hrcr.org/docs/American_Convention/oashr.html) [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>259</sup> Tenesijas štata Apelācijas tiesas spriedums lietā: *Davis v. Davis*, No. 180, 1990 Tenn. App. LEXIS 642.

<sup>260</sup> Романовский Г.Б. Гносеология права на жизнь. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003, с.14-46.

<sup>261</sup> Liholaja V. Aborts, slepkavība vai...? Latvijas Universitātes raksti. Juridiskā zinātne. 667.sējums. Rīga: Latvijas Universitāte, 2004, 30.-31.lpp.

<sup>262</sup> Janule P. Cilvēka dzīvības aizsardzības krimināltiesiskie aspekti. Promocijas darbs. Rīga, 2012, 36.-45.lpp. Sk. arī: Janule P., Liholaja V. Pārdomas par diskusiju saistībā ar abortiem. *Jurista Vārds*, 2012. 14.augusts, Nr.33, 12.-18.lpp.

<sup>263</sup> Rudevskis J. Brīvas filozofiskas piezīmes uz Sanhosē pantu malām. *Jurista Vārds*, 2012. 21.augusts, Nr.34, 4.-17.lpp.

<sup>264</sup> Bunreacht na hÉireann. Pieejams: [http://www.taoiseach.gov.ie/attached\\_files/Pdf%20files/Constitution%20of%20Ireland%20%28Irish%29.pdf](http://www.taoiseach.gov.ie/attached_files/Pdf%20files/Constitution%20of%20Ireland%20%28Irish%29.pdf) [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

padziļinātāka izpēte, pašlaik svarīgi norādīt vien to, ka līdzīgi nedzimušā bērna, arī tā mātes interešu ignorēšana tikt atbrīvotai no ciešanām nebūtu pieļaujama<sup>265</sup>.

Lai cik ētiski nosodoši tas arī neizklausītos, neatkarīgi no embrija vai augļa paredzētā tiesiskā statusa, tā piedzimšanai vienmēr raksturīga tikai un vienīgi varbūtības forma, tai laikā, kad grūtnieces ciešanas ir šā brīža esamība, līdz ar to, pastāvot izvēles nepieciešamībai, tās intereses tikt atbrīvotai no ciešanām iegūst prioritāru nozīmi attiecībā pret augļa dzīvotspējas saglabāšanas nepieciešamību, jo specifiskie apstākļi, kuros atrodas paciente, neatbrīvo ārstniecības personas no pienākuma sniegt visu nepieciešamo un arī iespējamo medicīnisko palīdzību nedziedināmas slimības radīto sāpju un ciešanu atvieglošanai vai izbeigšanai, kas ne vienmēr ir savienojams ar augļa dzīvotspējas saglabāšanu, savukārt grūtniecei tiesības savu subjektīvo interešu aizsardzībai saņemt nepieciešamo medicīnisko atbalstu nevar būt liegtas. Tomēr ikvienā gadījumā, pirms jebkādu medicīnisku manipulāciju veikšanas, vai tie būtu medikamenti, kuru blakusefekts saistāms ar grūtnieces dzīves ilguma samazināšanos, vai arī kāda no eitanāzijas formām, kas vistiešākajā veidā ietekmē arī augļa turpmākas dzīvotspējas jautājumu, ārstniecības personām, ja vien lēmuma pieņemšanas process nenorisinās neatliekamības apstākļos, ir jāizvērtē iespējas saglabāt vēl nedzimušo dzīvību un darīt visu iespējamo, lai panāktu šo mērķi. Kā iespējamo risinājumu var minēt, piemēram, priekšlaicīgu ķeizargriezīenu, ja vien ar to netiek apdraudētas grūtnieces dzīvības un veselības intereses, savukārt auglis atrodas tādā attīstības stadijā, kad pastāv reāla varbūtība tā izdzīvošanai arī ārpus mātes miesām, kas var tikt kompensēts ar medicīnisko līdzekļu un iekārtu atbalstu. Tāpat, ja vien nogaidīšana ir iespējama, radikālāku ārstēšanas līdzekļu vai eitanāzijas izmantošanas atlikšana līdz brīdim, kad grūtniece iznēsās augli tiktāl, kad viņš būs spējīgs uzsākt patstāvīgu dzīvi ārpus tās miesām, tomēr šajos gadījumos, lai izvairītos no nepamatotas sāpju un ciešanu paildzināšanas, īpaša vērība jāpievērš grūtnieces paredzamam dzīves ilgumam, kam jāpārsniedz bērna iznēsāšanas termiņu, un tikai tad, ja par šādu metodi ir panākta savstarpēja vienošanās starp visām lēmuma pieņemšanā iesaistītām pusēm.

Nedaudz atšķirīgāku tiesisko vērtējumu iegūst gadījumi, kad grūtniecei iestājusies smadzeņu nāve un *de facto* viņa tiek pasludināta par mirušu. Kā norāda Daniels Spērlings (*Daniel Sperling*), medicīnas tehnoloģijas ir sasniegušas to līmeni, kad ārstiem ir iespēja, kā nekad agrāk, kontrolēt nāves iestāšanās brīdi un arī veidu, ar dzīvību uzturošu aparatūru palīdzību nodrošinot iespēju uzturēt to grūtnieču organisma dzīvotspēju, kurām iestājusies smadzeņu nāve, nolūkā nodrošināt turpmāku augļa

---

<sup>265</sup> Kā savā publikācijā norāda Kristofs Lemmens (*Christophe Lemmens*), juridiski šādos gadījumos sievietes interesēm būtu jāprevalē pār vēl nedzimušas dzīvības iespējām piedzimt. Sk.: Lemmens C. End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study. *European Journal of Health Law*, 2010. December, No.5, p.500.

attīstību līdz pat 107 dienām.<sup>266</sup> Turklāt XXI gadsimtā šāda medicīnas prakse vairs nav retums. Tā, piemēram, vēl salīdzinoši nesen Gruzijas tiesa Universitātes veselības centrs pret Piacci lietā<sup>267</sup> (*University Health Services v. Piaczi*) apmierināja veselības iestādes prasību neapturēt dzīvību uzturošu iekārtu darbību grūtniecei, kurai tika diagnosticēta smadzeņu nāve, līdz pat bērna dzimšanas brīdim. Tomēr arī šādi precedenti rada ētiski sarežģītu jautājumu, proti, vai šādu sieviešu ķermeņu izmantošana ētiski ir pieņemama.

Ētiskā šķērsgrīzumā minētais jautājums, tāpat kā eitanāzija, nav atrisināms. Ja par labu šādu metožu izmantošanai var tikt minētas augļa intereses, nodrošinot tam iespēju nākotnē piedzimt, tad vienlaikus tas var izraisīt pretargumentu – organisms, kā dēļ viņš līdz šim vispār ir dzīvojis, faktiski jau ir miris un, būdams viens veselums ar māti, tā eksistencei jābūt atkarīgai tikai un vienīgi no pēdējās dzīvotspējas. Domājams, atbildes meklēšana uz šo komplicēto jautājumu galvenokārt ir piekritīga medicīnas, biomedicīnas, filozofijas un teoloģijas zinātnēm, tamdēļ promocijas darba nosacīti ierobežotā apjoma dēļ tas paplašināti netiks analizēts, norādot vien to, ka pašlaik netiek saskatīti vērā ņemami juridiski argumenti šādas prakses izmantošanas liegumam, jo šajos gadījumos nepastāv subjekts, kura tiesības ar šādu rīcību var tikt aizskartas.

Lai arī kādi argumenti tiek minēti eitanāzijas sakarībā, ārstu ētikas jautājuma kontekstā tā vienmēr saglabās savu pretrunīgumu, jo „[...] nekaitēšanas un laba darīšanas principu jeb nepieciešamību atvieglot cilvēka ciešanas nevar īstenot vienlaikus.”<sup>268</sup> Ne velti F.Melanī un Dž.Dosans uzsver, ka eitanāzija ir viens no strīdīgākajiem modernās medicīnas jautājumiem, jo tas skar prezumpciju par dzīvības svētumu<sup>269</sup> un, ja agrāk ārstēšanas māksla bija tendēta uz to, lai paildzinātu dzīvi, tad, piekrītot L.R.Kasam, mūsdienu sabiedrībā vairs nav pieņemts, ka dzīvība ir jā saglabā visiem iespējamiem līdzekļiem<sup>270</sup>, izaicinot pirms gadu tūkstošiem iedibinātās medicīnas ētikas normas. Un šajā sakarībā pārdomu vērtā ir A.Elersas atziņa: „Šā vai tā, bet mūsdienu sabiedrībai būs jāaizdomājas par to, cik progressa tai ir nepieciešams un, cik tā ir spējīga izturēt. [...] Mūsdienu medicīna nedrīkst attālināties no ētiskiem jautājumiem. [...] Nākotnes medicīnas ietver virkni briesmu. Hipokrāta pamatprincipu apdomāšanai jāklūst par bāzi atbildes meklēšanai uz sarežģītiem mūsdienu īstenības

---

<sup>266</sup> Sperling D. Maternal Brain Death. *American Journal of Law & Medicine*, 2004. January, No.30, p.454.

<sup>267</sup> *University Health Services v. Piaczi*, No. CV86-RCCV-464. Citēts pēc: Sperling D. Maternal Brain Death. *American Journal of Law & Medicine*, 2004. January, No.30, p.494.

<sup>268</sup> Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: izdevniecība „Zinātne”, 1999, 86.lpp.

<sup>269</sup> Phillips M., Dawson J. Doctors' dilemmas. *Medical Ethics and Contemporary Science*. Great Britain: The Harvester Press, 1985, p.21.

<sup>270</sup> *Ibid*, p.26.

jautājumiem”<sup>271</sup>, tamdēļ nebūtu pareizi profesionālo ētiku veidot, balstoties uz izņēmuma un steidzamības situācijām, pat ja tas tiek konfrontēts ar sāpēm un ciešanām.<sup>272</sup>

Ievērojot iesakņojušās Hipokrāta tradīcijas arī mūsu valsts ārstniecības personu vidū un, iekams Latvijā eitanāzijas jautājums nav reglamentēts, likumdevējam, neignorējot tās latentumu, būtu jāpārskata normatīvie akti, kas analizējamās problēmas sakarā skar ārstu ētikas un nodarbošanās pamatprincipus, tajos paredzot tiešu eitanāzijas praktizēšanas aizliegumu, kuru priekšlikumi ir sniegti promocijas darba nobeigumā.

Ievērojot to, ka eitanāzija ir komplicēta problēma un tās izpausmes formas praksē rada sajukumu par ārstu veikto darbību pieļaujamību, analizējamās problēmas sakarā ir ārkārtīgi svarīgi to nošķirt no citām medicīniski korektām ārstu darbībām, vai tā būtu pacienta, kuram iestājusies smadzeņu nāve, atvienošana no dzīvību uzturošām iekārtām, vai arī no ikvienas citas darbības, kuras blakusefekts nedziedināmas slimības radīto sāpju un ciešanu atvieglošanas procesa ietvaros, saistāms ar pacienta dzīves ilguma saīsināšanu vai pat tā nāvi, par ko plašāk promocijas darba nākamajā apakšnodaļā.

## **2.2. Dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija un citi dzīvības saīsinājošie ārstniecības līdzekļi – eitanāzija vai pieļaujamā medicīnas prakse**

Kaut arī paliatīvā aprūpe ir viens no svarīgākajiem argumentiem eitanāzijas oponentu vidū, kas pamatojumu gūst praktiskos apsvērumos, tomēr tās ietvaros realizētās atsevišķas medicīniskās darbības ne vienmēr tiek vērtētas viennozīmīgi. Nedziedināmi slimu cilvēku paliatīvā aprūpe, kā tas tika noskaidrots iepriekš, ir plašs un vienlaikus arī komplicēts pasākumu komplekss, sākot ar sociālu jautājumu risināšanu un visbeidzot ar ģimenes locekļu, kā arī pašas nedziedināmi slimas personas, psiholoģisko sagatavošanu nāvei. Tomēr starp svarīgākajiem tās uzdevumiem, ievērojot to, ka paliatīvā aprūpe tomēr norisinās ārstniecības procesa ietvaros, jāmin nedziedināmi slimu cilvēku sāpju un ciešanu atvieglošana. Ievērojot to, ka šādās aprūpes vietās pacients galvenokārt nonāk slimību beidzamajās stadijās, kad intensīvie ārstniecības līdzekļi vairs nespēj līdzēt, slimību radītā diskomforta mazināšanai bieži vien tiek izmantoti tādi sāpju remdinoši līdzekļi, kas var saīsināt slimnieka mūža

---

<sup>271</sup> Элерс А. Рынок и мораль. Современная медицина не может отстраниться от этических вопросов. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элерс А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003, с.18.

<sup>272</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F. Killing and Letting Die. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986, p.264.

ilgumu un izraisīt tā nāvi.<sup>273</sup> Šādu nevēlamo un vienlaikus arī nenovēršamo seku rezultāts tiek novērots medikamentu pārdozēšanas gadījumos, kā arī paliatīvās sedācijas ietvaros, kad tā ir dziļa un nepārtraukta, jeb kā to vēl mēdz apzīmēt – termināla, kas joprojām ir pietiekami diskutabli jautājumi medicīnas un tiesību doktrīnā, tajos saskatot līdzību ar eitanāziju.

„*Vieglās nāves*” jautājuma kontekstā ir svarīgi norobežot rīcību, kas apzināti vērsta uz nedziedināmas slimas personas nāves izraisīšanu ar mērķi aiz līdzcietības atbrīvot to no slimības radītām mokošām sāpēm un ciešanām jeb eitanāziju no darbībām, kas atzītas par „normālu medicīnas praksi” šādu slimnieku aprūpē, lai gan arī to realizācijas sekas var būt saistāmas ar pacienta dzīves ilguma samazināšanu vai priekšlaicīgu nāvi. Izteiktu robežlīniju neesamība gadu desmitiem veicinājusi kļūdainu priekšstatu par to, kāds tad ir maksimāli pieļaujamais līdzeklis vai metode termināli slimu pacientu aprūpē un kādos gadījumos tie būtu attiecināmi nevis uz eitanāziju, bet gan uz standarta medicīnas praksi, ievērojot to, ka riska pakāpe sāpju mazināšanas vai novēršanas aizsegā slēptas eitanāzijas praktizēšanai ir visai augsta.

Mūsdienās ir pieejama virkne paliatīvo medikamentu, kuri var tikt izmantoti sāpju un citu ar nedziedināmu saslimšanu saistītu simptomu atvieglošanai un kontrolēšanai. Tomēr atsevišķi zāļu veidi, atkarībā no to lietošanas intensitātes, un devu palielināšana var izraisīt arī nevēlamas sekas, apdraudot turpmāku cilvēka organisma dzīvotspēju. Starp izplatītākiem šādai zāļu grupai piederīgiem šobrīd var minēt opioīdus, kas parasti tiek kombinēti ar sedatīviem līdzekļiem<sup>274</sup>, un kuru blakusparādība var būt saistāma ar pacienta dzīves ilguma samazināšanu.<sup>275</sup> Arī medicīnā jau gadsimtiem izmantojamam un plaši pazīstamam morfinam, kas bieži vien tiek izmantots nedziedināmas slimības izraisīto sāpju simptomu mazināšanai, ir novērotas blakusparādības, starp svarīgākajām minot elpošanas pavājināšanos, kas var būt pacienta nāves cēlonis, ja tas tiek lietots lielās devās.<sup>276</sup> Kaut arī minēto medikamentu lietošana ir pieļaujama, nereti tie iegūst duālu raksturu – tos pielietojot, tiek kontrolētas un novērstas slimības izraisītās sāpes, t.i., tiek sasniegts pozitīvs rezultāts, un vienlaikus arī tiek saīsināts slimnieka mūžs vai izraisīta tā nāve, medicīnas ētikā radot diskutablu jautājumu, vai izvēlētie līdzekļi attaisnojuši mērķi. Ievērojot to, ka izvēle starp šo medikamentu izmantošanu vai arī

---

<sup>273</sup> Sk., piemēram: Groenhuijsen M. Euthanasia and the Criminal Justice System. Grām.: Boele-Woelki, Erp S. General Reports of the XVII<sup>TH</sup> Congress of the International Academy of Comparative Law. The Netherlands: Eleven International Publishing, 2007, p.938.-940.

<sup>274</sup> „*Sedatīvi līdzekļi*” (lat. *sedo* – nomierināt) – nomierinoša rakstura ārstniecības preparāti ar regulatīvu ietekmi uz centrālās nervu sistēmas funkcijām, pastiprinot aiztures procesu vai samazinot uzbudinājuma procesu. Sk.: Медицинский энциклопедический словарь. Бородулин В.И., Бруенок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. Москва: Издательский дом «ОНИКС 21 век», 2002, с.509.

<sup>275</sup> Otlowski M. Voluntary Euthanasia and the Common Law. New York: Clarendon Press, 1997, p.139.

<sup>276</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.49.

atturēšanos no to lietošanas nu jau ir kļuvusi par standarta medicīnas praksi, it īpaši terminālu<sup>277</sup> pacientu aprūpē, un šāda lēmuma pieņemšana ir piekritīga tikai un vienīgi pacienta ārstam, tā pieņemtais subjektīvais lēmums parasti tiek attiecināts uz tā saucamo „dubultefekta principu”.

Dubultefekta princips jeb doktrīna paredz atšķirības starp sekām, ko persona vēlas panākt un tām, kas tiek panāktas, un var būt attiecināma uz dažādām situācijām, kad rīcība iegūst divējādu raksturu – pozitīvu un negatīvu, savukārt medicīnas kontekstā to parasti attiecina uz gadījumiem, kad ārsts pacientam palielina medikamentu devu sāpju remdināšanai, pieļaujot, ka pacients tā rezultātā var mirt, bet šāda kaitējuma nodarīšana nav šo darbību mērķis.<sup>278</sup> Saskaņā ar dubultefekta doktrīnu, ārsti, kuri paredz labvēlīgas sekas, t.i., pacienta atbrīvošanu no sāpēm, un šādam mērķim izrakstot sāpju remdinošas zāles tādos daudzumos, kas vienlaikus var saīsināt pacienta mūžu vai izraisīt tā nāvi, nevar tikt vainoti slepkavībā vien tamdēļ, ka tie paredz arī negatīvās sekas, t.i., pacienta nāvi.<sup>279</sup> Neraugoties uz minēto atziņu, jautājums par to, vai ārstam ir tiesības ārstēšanas procesā izmantot tādus līdzekļus, kuru acīmredzamās nevēlamās sekas saistāmas ar pacienta dzīves ilguma samazināšanos vai nāvi, vai šāda rīcība tomēr būtu vērtējama kā apzināta pacienta dzīvības izbeigšana un, tātad atzīstama par patstāvīgu eitanāzijas formu, joprojām ir aktuāls. Tas skaidrojams ne vien ar šādu līdzekļu divējādām sekām, bet arī ar to, ka dubultefekta doktrīna neparedz pacienta iepriekšēju lūgumu sāpju remdināšanai, kuras rezultātā var tikt saīsināta tā dzīve un, tātad, pirms šādu medikamentu lietošanas, kā norāda E.Džeksone, vairums gadījumos netiek noskaidrota pacienta patiesā griba par to, ka sāpju remdināšana pacientam ir svarīgāka par apstākli, ka tā rezultātā var tikt saīsināta tā dzīve.<sup>280</sup> Ne velti minētās darbības terminoloģiski ieguvušas arī tādu apzīmējumu, kā „*dubultefekta eitanāzija*” jeb gadījumi, kad veikto medicīnisko darbību dēļ, kuru mērķis ir atbrīvot pacientu no ciešanām, tiek paātrināta nāves iestāšanās un to rezultātā iestājas letālas sekas.<sup>281</sup>

---

<sup>277</sup> „*Termināls stāvoklis*” (lat. *terminalis* – tāds, kas attiecas uz galu vai atrodas galā) – dzīvības noslēgumstadijas, ko raksturo atgriežams organisma funkciju zudums, sevī iekļaujot pirmsagonijas stāvokli, agoniju un klīnisko nāvi. Sk.: Краткая медицинская энциклопедия. Том 3. Риккетсиозы – ящур. Издание второе. Абугова С.П., Авакумов В.М., Авен О.И. и др. Москва: Издательство «Советская энциклопедия», 1990, с.219-220.; Rudzītis K. Terminologia Medica. Latīņu – latviešu medicīnas terminu vārdnīca. 2003.-2005. gadā pārstrādāts un papildināts izdevums. Rīga: SIA „Nacionālais apgāds”, 2005, 1190.lpp.

<sup>278</sup> Williams G. The principle of Double Effect and Terminal Sedation. Medical Law Review, 2001. Spring, No.1, p.41. Par „*dubultefekta doktrīnu*” sk. arī: Aulisio M.P. Double Effect, Principle or Doctrine of. Grām.: Bioethics. 4<sup>th</sup> edition. Volume 2, C – E. Farmington Hills, Mich, San Francisco, New York, Waterville, Maine, Meriden, Conn, Mason, Ohio, Chicago: Gale Cengage Learning, 2014, p.889.-894.

<sup>279</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.14.

<sup>280</sup> Ibid, p.15.

<sup>281</sup> Barboza H.H. Euthanasia face of the law in Latin America. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.147.

Izteiktas robežlīnijas neesamība starp medicīniskām darbībām, kas vērstas uz sāpju mazināšanu un/vai novēršanu, un kuru negatīvā blakusparādība saistāma ar nedziedināmi slimas personas mūža ilguma saīsināšanu vai pat ar personas nāvi, gadu gaitā teorijas līmenī veicinājusi arī citu pseidoeitanāzijas formu rašanos, kuru daļēja analīze jau sniegta promocijas darba iepriekšējā nodaļā. Analizējamās tēmas kontekstā par tādu atzīstama arī „*netiešā eitanāzija*” (*indirect euthanasia*), ar kuru mēdz apzīmēt tos gadījumus, kad dzīvība tiek izbeigta kā nevēlama blakusparādība sāpju mazināšanas vai novēršanas procesa ietvaros<sup>282</sup>. Tomēr šādi termini un to skaidrojumi juridiski nevar tikt attiecināti uz eitanāzijas institūtu, kas pamatojumu rod arī tiesību doktrīnas atziņās. Tā, piemēram, jau 1998.gada Dž.Grifits, A.Būds un H.Vaijersa norādīja, ka, lai arī termins „*netiešā eitanāzija*” agrāk tika izmantots, lai apzīmētu nāves izraisīšanu, izmantojot sāpju remdinošus medikamentus tādos daudzumos, kas iespējami samazināja dzīves ilgumu, tomēr tas vairāk nav attiecināms uz eitanāzijas formām.<sup>283</sup> Domājams starp svarīgākām atšķirībām, kas pastāv starp eitanāziju un sāpju kontrolēšanu, pat ja sekas abos gadījumos būs identiskas, jāmin šo darbību atšķirīgais mērķis.

Kā pareizi uzsvērts ārvalstu literatūrā, atšķirība, kas saskatāma starp šīm divām darbībām, ir acīmredzama, proti, eitanāzijas mērķis ir ciešanu atvieglošana, izraisot nedziedināmi slimas personas nāvi, turpretim sāpju remdinošas ārstēšanas svarīgākais mērķis ir mazināt ciešanas, nevis saīsināt personas mūžu vai izraisīt tās nāvi.<sup>284</sup> Tamdēļ šo sāpju remdinošu medikamentu lietošana atzīstama par „normālu medicīnisku praksi”, jo ārsta mērķis nav izraisīt pacienta nāvi, bet minētās sekas ir tikai un vienīgi to nevēlams blakusefekts.<sup>285</sup> Šāda atziņa pausta arī judikatūrā, tā, piemēram, Vācijas Augstākā tiesa 1996.gada 15.novembrī savā spriedumā noteica, ka pretsāpju līdzekļu administrēšana mirstošam pacientam, kas norisinās saskaņā ar pacienta paustu gribu, ja tie veicina nāves iestāšanos, ir pieļaujama, jo vien šo līdzekļu mērķis nav paātrināt pacienta nāvi, bet gan atbrīvot to no ciešanām.<sup>286</sup> Tāda nostāja mūsdienās tiek atzīta arī Nīderlandē, Beļģijā, kā arī daudzās citās pasaules valstīs.<sup>287</sup>

Īpaša vērība analizējamā jautājumā jāvelta arī apstākļiem, kādos pieļaujams izmantot šādus medikamentus, kuru iespējamais negatīvais blakusefekts var būt saistāms ar pacienta dzīves ilguma samazināšanu vai nāvi. Ievērojot to, ka šādi medikamenti pieskaitāmi pie galējiem līdzekļiem

---

<sup>282</sup> Weyers H. The Legalization of Euthanasia in the Netherlands. Revolutionary Normality. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.38.

<sup>283</sup> Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.4.

<sup>284</sup> Somerville M. Death Talk. The Case against Euthanasia and Physician – Assisted Suicide. London: McGill-Queen's University Press, 2001, p.202.

<sup>285</sup> Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.162.

<sup>286</sup> BGH, Urteil vom 15. November 1996, BGHSt 42, 301– Sterbehilfe.

<sup>287</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.2.



nedziedināmi slimu cilvēku aprūpē, to pielietošana pieļaujama vienīgi tad, kad pacients atrodas terminālā stadijā un slimības izraisītās ciešanas nepakļaujas intensīvām ārstēšanas metodēm, pieprasot radikālāku līdzekļu pielietošanu, mainot vai kombinējot medikamentu sastāvus un to devas. Šajā sakarībā ievērtības cienīga ir 1981.gadā ārsta konsultanta R.Tvaikrsosa piezīme, ka zāļu izsniegšana, kas samazina sāpes un vienlaikus arī dzīves ilgumu, nevar būt pielīdzinātas nāvējošas devas medikamentu izsniegšanai, kas izraisa nāvi, pamatojoties uz pieļaujamo risku, t.i., jo ekstrēmāka situācija, jo pieļaujamāks risks.<sup>288</sup> Tomēr, lai arī tiesību doktrīnā tiek atzīts, ka ārsta darbības nebūtu jāklasificē kā aktīva dzīvības izbeigšana, ja vien viņš paziņo, ka tā darbību nolūks bijis atbrīvot pacientu no ciešanām<sup>289</sup>, tas nebūt vēl nenozīmē, ka ikvienā šādā gadījumā ārsta darbības nav pakļaujamā tiesiskam vērtējumam.

Neapšaubāmi, termināli slimu pacientu gadījumos viens no primārajiem ārsta uzdevumiem ir atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, radot maksimāli iespējamo komforta sajūtu tā pēdējos dzīves brīžos. Tomēr arī šādos gadījumos tā izvēles brīvība ir nosacīti ierobežota un, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, ārstam, respektējot pacienta intereses un tobrīd esošās medicīniskās indikācijas, jāizlemj, kādi ārstniecības līdzekļi būtu atbilstoši negatīvo simptomu novēršanai un vai to lietošana ir pieļaujama, it īpaši situācijās, kad to rezultātā var tikt saīsināts pacienta dzīves ilgums vai izraisīta nāve. Kā pareizi norāda tiesību zinātniece E.Džeksone, dubultefekta doktrīna neatbrīvo ārstu no atbildības par pacientam sniegtajām zālēm, kas varēja izraisīt tā nāvi.<sup>290</sup> Ārstam, kurš izraksta potenciāli nāvējošu devu sāpju remdinošu līdzekļu nedziedināmi slimam pacientam, nāve nedrīkst būt principiāls mērķis, bet viņam jāizlemj, ka pacienta interesēs sāpju remdināšana šobrīd pārsniedz tā intereses turpināt dzīvi.<sup>291</sup> Tamdēļ, lai ārsta darbības atzītu par likumīgām, katrā individuālā gadījumā jākonstatē, ka nedziedināmi slimas personas ārstēšanai izmantotie medikamenti bijuši ne vien aprobēti medicīnas teorijā un praksē, bet arī, ka to lietošanai, ievērojot to specifiku, intensitāti un daudzumu, ir bijusi akūta nepieciešamība slimības rezultātā izraisīto mokošo sāpju un ciešanu novēršanai, un šo mērķi nebija iespējams panākt ar citu alternatīvu, savukārt sekas, t.i., pacienta dzīvības ilguma samazināšana vai nāve, lai arī tikušas pieļautas, tomēr nav bijušas vēlamas. Turpretim visos citos gadījumos, kad izmeklēšanas gaitā šādu līdzekļu izmantošana nebūs guvusi medicīnisku attaisnojumu, ārsta darbības, atkarībā no nolūka un

---

<sup>288</sup> Dictionary of medical ethics. Revised and enlarged edition. Duncan A.S., Dunstan G.R., W.R.B. and etc. London: Darton, Longman&Todd, 1981, p.165.

<sup>289</sup> Legemaate J. Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.26.

<sup>290</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.15.

<sup>291</sup> Ibid.

motīva, jāatzīst vai nu par apzinātu pacienta dzīvības izbeigšanu, tostarp par aktīvu brīvprātīgu, ja ārsta darbības tika balstītas uz personas lūgumu, vai nebrīvprātīgu eitanāzijas formu, vai arī par ārsta profesionālo pienākumu nepienācīgu pildīšanu, par ko var iestāties kriminālatbildība. Dubultefekta princips sāpju remdinošo līdzekļu pielietošanā nevar būt attiecināts uz vispārējo subjektu.

Nedziedināmi slimu pacientu medicīnas aprūpē izmantojamie ārstniecības līdzekļi, kuru nevēlamais blakusefekts saistāms ar personas dzīves ilguma samazināšanu vai nāvi, nav vienīgais strīdīgais jautājums dubultefekta principa ietvaros. Kritiskai analīzei pakļaujama arī paliatīvā sedācija gadījumos, kad tā ir dziļa un tiek piemērota nepārtraukti, pacientam izraisot bezsamaņas stāvokli līdz brīdim, kad iestājas tā nāve, par pamatmērķi pasludinot pacienta atbrīvošanu no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām jeb kā to definē S.Smits, kad pielietotie medikamenti pacientam izraisa komai līdzīgu stāvokli.<sup>292</sup>

Attieksme par dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas izmantošanas pieļaujamību nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes ietvaros, kad ciešanu novēršanas nolūkos pacients tiek sedēts bezsamaņas stāvoklī līdz iestājas tā nāve, ilgu gadus medicīnas un tiesību doktrīnā bijusi atšķirīga, diskusijas galvenokārt attiecinot uz līdzšinējo Nīderlandes praksi terminālu slimnieku aprūpē. Tā, piemēram, Nīderlandē vēl gluži nesen, t.i., 2003.gadā ārstu un juristu vidū izpratne par to, kas ir pirmsnāves medicīniskas iejaukšanās standarta prakse nedziedināmi slimu pacientu ārstēšanas gadījumos, ja to rezultātā iestājas pacienta nāve, atšķīrās, Ģenerālprokuroru padomes priekšsēdētājam (*The Board of Prosecutors General*) norādot, ka „[...] termināli slimu personu sedācija, kas piedzīvo nepanesamas ciešanas, līdz tādām līmenim, ka pacients zaudē samaņu, var tikt pamatota no medicīniskā skata punkta, bet no juridiskā viedokļa tā joprojām var tikt uzskatīta kā dzīvības izbeigšana.”<sup>293</sup> Tamdēļ Nīderlandē ilgu gadus tā tika uzskatīta par vienu no eitanāzijas patstāvīgām formām<sup>294</sup>, kas nosacīti ierobežoja tās praktizēšanas intensitāti.

Ar mērķi saskaņot medicīniskās un juridiskās nianses analizējamā jautājumā un norobežot dziļu un nepārtrauktu paliatīvo sedāciju no aktīvām uz nedziedināmi slimas personas dzīvības izbeigšanu vērstām darbībām jeb eitanāzijas, 1849.gadā dibinātā Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācija (*Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)*) 2005.gadā publicēja „Paliatīvās sedācijas vadlīnijas” (*Guideline for Palliative Sedation*), ar vēlākiem

---

<sup>292</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.11.

<sup>293</sup> Legemaate J. Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.28.

<sup>294</sup> Amicorum L., Kalmthout A. Fervet Opus. Portland: Maklu, 2010, p.198.

grozījumiem, kas tajā tika veikti 2009.gada janvārī<sup>295</sup>, to pasludinot nevis kā atbildi uz sekām noteiktā laika posmā, bet gan kā risinājumu paliatīvās aprūpes kontekstā.

Saskaņā ar „Paliatīvās sedācijas vadlīnijām”<sup>296</sup> ar „*paliatīvo sedāciju*” apzīmē tīšu pacienta apziņas līmeņa pazemināšanu tā pēdējās dzīves stadijās ar mērķi atvieglot ciešanas, ko var panākt divējādi: ar nepārtrauktu dziļu sedatīvu efektu līdz iestājas pacienta nāve, kas vienmēr tiek pielietots termināliem pacientiem, kuri izjūt nepanesamas ciešanas un, ja paredzams, ka to nāve ir neizbēgama vienas vai divu nedēļu laikā, un ar īslaicīgu vai nenoturīgu sedatīvo efektu.

Īpašu disputu eitanāzijas jautājuma kontekstā izraisa tieši dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija, pieprasot šā sedatīvā efekta jo īpaši rūpīgu analīzi.

Kā norādīts vadlīnijās, paliatīvā sedācija medicīnisku attaisnojumu iegūst tajos gadījumos, kad viens vai vairāki nenovēršami simptomi rada nepanesamas ciešanas un ja neviens no ārstēšanas līdzekļiem nav bijis pietiekami efektīvs vai arī tie radījuši nevēlamas blakusparādības. Savukārt ar ciešanām dokumentā saprot ne tikai fiziskās sāpes, psihozi un akūtu elpas trūkumu, bet arī „eksistenciālās ciešanas”, kuras pieskaita pie grūti ārstējamiem medicīniskiem simptomiem, kas nevar būt atviegloti ar komunikācijas un garīga atbalsta palīdzību. Eksistenciālo ciešanu gadījumos pacientiem parasti novērotas smagas saslimšanas, viņi ir novājināti un tuvu nāvei, izsakot sūdzības par fiziskām sāpēm. Tā kā sajūtas par to, ka turpmāka eksistence ir zaudējusi savu nozīmību, arī var radīt nepanesamas ciešanas, šādiem pacientiem ir tiesības dzīves pēdējos brīžos, kad nāve sagaidāma tuvākās nedēļas vai divu laikā, lūgt ārstu piemērot pret tiem nepārtraukto sedatīvo efektu. Ievērojot to, ka jēdziens „eksistenciālās ciešanas” ir plaši interpretējams, vadlīnijās ietverta atruna par to, ka papildus medicīniskam, šādos gadījumos nepieciešami arī psiho socioloģisko un garīgo problēmu ekspertīžu slēdzieni, kas apstiprina, ka ciešanas tik tiešām ir nepanesamas.

Ievērojot noteikumu, ka dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija uzskatāma par medicīnisku procedūru, atbildība par medicīnisku simptomu konstatēšanu, lēmuma pieņemšanu un tā izpildi visos gadījumos gulstas uz ārstniecības personu neatkarīgi no tā, ka tam jābalstās uz rīcībspējīga pacienta informētas piekrišanas pamata, savukārt tā rīcībnespējas gadījumos, ārstam konsultējoties ar tā pārstāvi. No šī principa paredzēti tikai divi izņēmumi, proti: ārsts pacienta rīcībnespējas gadījumos drīkst ignorēt tā pārstāvja noraidījumu dziļas un nepārtrauktas sedācijas pielietošanai, ja vien tas tiek darīts pacienta interesēs un akūtās situācijās, ar to saprotot pēkšņu pacienta veselības stāvokļa

---

<sup>295</sup> Guideline for Palliative Sedation. Committee on National Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG). Utrecht, The Netherlands. January 2009. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/66978/Guideline-for-palliative-sedation-2009.htm> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>296</sup> Turpmāk tekstā tiks lietots jēdziens „*vadlīnijas*”.

pasliktināšanos, izraisot nepanesamas ciešanas, kad ārstam nepastāv iespēja tūlītējai konsultācijai ar pašu pacientu vai tā pārstāvi.

Lēmumu pieņemšanu par dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas piemērošanu var ietekmēt vairāki faktori – ārsta un pacienta uzskats par „labu nāvi”, simptomu svarīgums un to daudzums, somatisko sāpju ietekme uz pacienta pašsajūtu un nemierīgumu, bailes no nāves un tā procesa norises, bezspēcība, bēdas, dusmas, skumjas, slimības ilgums utt. Arī fiziskais nogurums var ietekmēt lēmuma pieņemšanu un veicināt ciešanas. Lai lēmumu atzītu par likumīgu un pamatotu, tā caurskatāmības nolūkos ārstam dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas norise ir obligāti jādokumentē, norādot iemeslus, kamdēļ šāda metode tika izvēlēta, informāciju par pacienta veselības stāvokli, veidu kā pacients tika sedēts, kādi līdzekļi tam tika izmantoti u.tml.

Kā jau tas tika uzsvērts iepriekš, dziļa un nepārtraukta sedācija Nīderlandē piemērojama vien tajos gadījumos, kad paredzams, ka pacienta nāve iestāsies tuvākās nedēļas vai divu laikā. Taču, ievērojot to, ka ne vienmēr var precīzi noteikt iespējamo nāves iestāšanās laiku, ārstam, saskaņā ar vadlīnijām, jāfokusējas nevis uz precīza nāves laika noteikšanu, bet gan uz slimības progresu, secinot, ka pacients tik tiešām mirst. Tomēr šādai pārlietu plašai interpretācijai rodami arī oponenti. Ir jāpiekrīt Govertam den Hārtagam (*Govert den Hartog*), ka tajos gadījumos, kad sedāciju uzsāk ātrāk nekā tad, kad pacientam paredzamais dzīves ilgums ir ilgāks par vienu vai divām nedēļām, šādas darbības vienmēr būtu jāuzlūko kā eitanāzijas forma.<sup>297</sup>

Lai arī vadlīnijās dziļai un nepārtrauktai paliatīvai sedācijai ieteikts lietot tādu ārstniecības līdzekli kā midazolāmu, savukārt opioīdu un citu līdzekļu izmantošana, kuri nav paredzēti kā sedatīvi līdzekļi, bet kurus dažreiz lieto šāda efekta panākšanai, tiek uzskatīta par nepareizu praksi, tomēr šis noteikums ne vienmēr tiek ievērots. Ārvalstu literatūrā arī norādīts, kaut opioīdu lietošana lielās devās un terminālā sedācija uzskatāmas par standarta tehniku paliatīvā medicīnā ar mērķi atvieglot nedziedināmas slimības simptomus visa miršanas procesa ietvaros, tie tostarp var veicināt nāves izraisīšanu.<sup>298</sup> Arī barbiturāti, kas uzskatāmi par ievērojami „agresīvāku soli” ārstēšanas procesā, rada risku izraisīt dzīves saīsināšanas efektu.<sup>299</sup> Tamdēļ, kā norāda P.Lūiss (*P.Lewis*), atturoties vai

---

<sup>297</sup> Hartog G. The regulation of Euthanasia. How successful Is the Dutch System? Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.368.-369.

<sup>298</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.49. Sk. arī: Behuniak S.M., Svenson A.G. Physician – Assisted Suicide. The Anatomy of a Constitutional Law Issue. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, 2003, p.10.

<sup>299</sup> Williams G. The principle of Double Effect and Terminal Sedation. Medical Law Review, 2001. Spring, No.1, p.41.

pārtraucot dzīvības glābšanu un nodrošinot pacientu ar pretsāpju līdzekļu adekvātu daudzumu, viss kopā var saīsināt tā dzīves ilgumu vai paātrināt nāvi.<sup>300</sup>

Īpaša vērtība dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas jautājumā jāpievērš vadlīnijās paustai norādei, ka tās izpildes ietvaros vienmēr tiek pārtraukta mākslīga pacienta nodrošināšana ar hidrāciju, neatkarīgi no tā, vai pirms tās uzsākšanas pacients ir vai nav bijis spējīgs to uzņemt patstāvīgi. Mākslīgas hidrācijas pārtraukšanas nepieciešamība tiek pamatota ar vairākiem praktiskiem un medicīniskiem apsvērumiem, proti: šādas darbības uzskatāmas par veltīgām, jo, ievērojot proporcionalitātes principu, iesaistīto resursu izlietojums pārsniedz potenciālo labumu, kas tiek iegūts no ārstēšanas, apzinoties to, ka pacientam ir nedziedināma saslimstība, kas izraisa mokošas ciešanas un tās sekas, t.i., nāve, ir neizbēgamas; uzsākot mākslīgu hidrāciju, tas var paildzināt ciešanu ilgumu vai pat tās pastiprināt, palielinot tūsku, bronhu saturu, urīna veicināšanu u.tml.

Kā norādīts vadlīnijās, ievērojot noteikumu, ka pacients uz dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas uzsākšanas brīdi jau faktiski mirst, tad ir neiespējami, ka pacients nomirs ātrāk, ja viņš netiks nodrošināts ar mākslīgu hidrāciju un līdz ar to, visos šādos gadījumos tiek prezumēts, ka pacients faktiski mirst slimības, nevis dehidrācijas dēļ.

Paredzot, ka dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija var izraisīt virkni ētisku, medicīnisku un arī tiesisku jautājumu, saskatot tās faktisko līdzību ar eitanāziju, vadlīniju nobeigumā pievienots pielikums ar to savstarpējo atšķirību uzskaitījumu.<sup>301</sup> Lai arī vairumam tajā ietverto norobežojošo kritēriju var piekrist, atsevišķi tomēr rada šaubas par to pamatotību.

Kā norādīts vadlīniju pielikumā, sedācijas mērķis un tā panākšanai izmantojamie līdzekļi ir, samazinot apziņu, atbrīvojot pacientu no ciešanām, savukārt eitanāzijas mērķis ir ciešanas izbeigt, pārtraucot dzīvi. Minētā kritērija sakarībā jāvērs uzmanība uz to, ka, lai arī vadlīnijās tiek lietoti atšķirīgi termini, t.i., „atbrīvošana no ciešanām” un „ciešanu izbeigšana”, gan dziļas un nepārtrauktās paliatīvās sedācijas, gan arī eitanāzijas mērķis faktiski ir identisks – atbrīvojot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības radītām mokošām sāpēm un ciešanām. Vienīgā atšķirība, kas pastāv starp šīm neordinārām metodēm, ir tā, ka dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas gadījumos tas ir panākams, pacientam izraisot dziļu bezsamaņas stāvokli, savukārt eitanāzijas gadījumā – izraisot personas nāvi. Tā kā dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas norise tiek apturēta līdz ar nedziedināmi slimas personas nāves iestāšanās brīdi, un līdz tam lielākoties gadījumos tas ir nepārtraukts process, kas izriet no tās pamatbūtības, prezumējams, ka tās primārais uzdevums ir nodrošināt, lai pacients no tās uzsākšanas līdz nāves brīdim vairs neizjustu slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, atvieglojot

<sup>300</sup> Lewis P. Assisted Dying and Legal Change. New York: Oxford University Press, 2007, p. 6.

<sup>301</sup> Sk. visu atšķirību uzskaitījumu promocijas darba pielikumā Nr.1.

tā aiziešanu, tamdēļ norāde par to mērķu atšķirībām juridiski nav precīza. Minēto atziņu netieši apstiprina arī vadlīnijās ietvertā norāde, ka dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija bieži vien tiek vērtēta kā alternatīva gadījumos, kad pacients nevēlas izjust ciešanas, bet arī nevēlas, lai pret viņu tiktu pielietota asistētā pašnāvība vai eitanāzija, vai arī gadījumos, kad priekšnoteikumi abu metožu pielietošanas iespējamībai ir līdzvērtīgi, pacientam jāizlemj, viņš vēlas vai nevēlas līdz nāves brīdim saglabāt savu apziņu.

Kā pēdējā neviennozīmīgi vērtētā atšķirība, kas norādīta vadlīniju pielikumā, ir, ka dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija, atšķirībā no eitanāzijas, nesaīsina pacienta dzīves ilgumu.

Domājams, nevienam neradīs šaubas apgalvojums, ka, lai cilvēka organisms spētu funkcionēt, tam ikdienu nepieciešamas barības vielas un, it īpaši, šķidrums. Ikvienā gadījumā šādu līdzekļu apzināta pārtraukšana tuvākā laika posmā nenovēršami izraisīs cilvēka nāvi. Atsevišķu slimību progress var veicināt šādu organismam svarīgu vielu vai nu dabisku atstumšanu, vai arī pacienta nespēju uzņemt tās patstāvīgi, kas ikdienas ārstēšanas procesā parasti tiek novērsts ar mākslīgām metodēm. Tamdēļ šobrīd medicīnas un tiesību zinātņu ietvaros ir atzīts, ka mākslīga organisma nodrošināšana ar barības vielām un šķidrumu ir medicīnas ārstēšanas metode, kas atkarībā no nepieciešamības, var tikt pārtraukta<sup>302</sup>, lai gan vēl XX gadsimtā jautājums par to, vai šādas darbības ietilpst terminā „*medicīniskā aprūpe*”, rosināja virkni vērā ņemamu diskusiju.<sup>303</sup> Abstrahējoties no visām iespējamām medicīnas praksē sastopamām situācijām, kad mākslīga organisma nodrošināšana ar barības vielām un šķidrumu tiek pārtraukta kā nepieciešamība, vadoties no medicīniskām indikācijām, un šādas situācijas attiecinot tikai un vienīgi uz dziļu un nepārtraukto paliatīvo sedāciju, ir svarīgi noskaidrot, vai šādas darbības vienmēr ir medicīniski attaisnojamas un nāve to dēļ uzskatāma par dabisku, vai arī gluži pretēji par tīši izraisītu.

Šobrīd galvenokārt pastāv divi viedokļi par to, vai atturēšanās no mākslīgas hidrācijas un barošanas veicina vai neveicina pacienta nāvi. Apgalvojumam, ka gadījumos, kad „[...] praktiķi pārtrauc mākslīgu hidrācijas un barošanas pielietošanu, tādējādi paātrinot pacienta nāvi”<sup>304</sup>, oponenti argumentē, ka nāve šādos gadījumos patiesībā ir izraisīta cita apsvēruma dēļ, kas attur pacientu no ēšanas un dzeršanas<sup>305</sup>, t.i., slimības rezultātā. Šajā sakarībā jāsliecas domāt, ka tik tiešām mākslīgas barošanas un hidrācijas pārtraukšanas gadījumos nāve ir nevis šo darbību, bet gan slimības rezultāts.

---

<sup>302</sup> Williams G. The principle of Double Effect and Terminal Sedation. Medical Law Review, 2001. Spring, No.1, p.51.

<sup>303</sup> Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.95.

<sup>304</sup> Behuniak S.M., Svenson A.G. Physician – Assisted Suicide. The Anatomy of a Constitutional Law Issue. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, 2003, p.10.

<sup>305</sup> Ibid.

Tomēr juridiski sarežģītāk situācija risināma tajos gadījumos, kad pacients saglabājis spēju patstāvīgi uzņemt barības vielas un šķidrumu, savukārt tas tiek pārtraukts tā iemesla dēļ, ka to pieprasa kāda konkrēta medicīniska procedūra, un analizējamās tēmas kontekstā – dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija.

Paliatīvās aprūpes un vienlaikus arī dziļas un nepārtrauktas sedācijas pamatuzdevums ir saglabāt pacientam komfortu un cieņu tā dzīves pēdējos brīžos, nevis visiem iespējamiem līdzekļiem paildzināt tā mūžu. Mākslīgas barošanas un hidrācijas pārtraukšana, ja to nosaka medicīniskās indikācijas, piemēram, to saglabājot var pasliktināties pacienta veselības stāvoklis vai arī tiks izraisītas jaunas vai paildzinātas jau esošās ciešanas utt., visos gadījumos ir medicīniski un juridiski attaisnojama rīcība. Ētiski un juridiski sarežģītākam vērtējumam pakļaujamas situācijas, kad barošana un hidrācija tiek pārtraukta „piespiedu” kārtā individuāli, vai arī tās apvienojot ar sedatīviem līdzekļiem, t.i., gadījumi, kad tas tiek pamatots ar metodes specifiku vai arī to turpmākas izmantošanas nelietderību, piemēram, kā tas šobrīd ir Nīderlandē. Ne velti tiesību zinātniece E.Džeksone savulaik akcentējusi, kaut tā ir pieņemama medicīniska prakse, tomēr paliatīvā sedācija atsevišķos gadījumos var būt ļoti līdzīga eitanāzijai.<sup>306</sup>

Jautājums par to, vai hidrācijas pārtraukšana individuāli, vai arī to kombinējot ar sedatīviem līdzekļiem, veicina pacienta nāvi, doktrīnā joprojām ir aktuāls. Kā norāda G.Hārtags, dziļu un nepārtraukto paliatīvo sedāciju galvenokārt realizē, izmantojot tādus medikamentus kā benzodiazepīnu un, it īpaši, midazolāmu, kuram nepiemīt dzīvības saīsināšanas efekta ne vien tad, kad tas tiek lietots pienācīgās devās, nedz arī to pārsniegšanas gadījumos, līdz ar to sedācija pati par sevi nesaīsina cilvēka bioloģisko dzīvi.<sup>307</sup> Arī gadījumos, kad sedatīvie līdzekļi tikuši apvienoti ar hidrācijas pārtraukšanu un pacienta nāve iestājusies tuvāko dienu laikā, Nīderlandē uzskata, ka to izraisījusi slimība, nevis dehidrācija, jo tās pārtraukšana ir tikai veids, kā ļaut nomirt, turpretim gadījumos, kad nāves iestāšanās ilgums ir lielāks, atradīsies oponenti, kas uzskatīs, ka terminālās sedācijas kombinētā politika un atturēšanās no hidrācijas veicinājusi pacienta dzīvības saīsināšanu un, ja tā notikusi uz pacienta lūguma pamata, tad tā ir eitanāzija<sup>308</sup>, un tādu ir ne mazums.<sup>309</sup> Kaut arī G.Hārtags nepiekrīt šādam apgalvojumam un uzsver, ka minētās darbības nav ne nonāvēšana, nedz arī kāda no eitanāzijas

---

<sup>306</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.16.

<sup>307</sup> Hartog G. *The regulation of Euthanasia. How successful Is the Dutch System?* Grām.: *Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.367.

<sup>308</sup> *Ibid*, p.367.-368.

<sup>309</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.66.

formām, tomēr atzīst, ka, sākot ar otro nedēļu, var būt vairs neiespējami noteikt nāves iemeslu, pastāvot ticamai varbūtībai, ka nāve iestājusies kaut daļēji, bet tomēr dehidrācijas dēļ.<sup>310</sup>

Ignorēt faktu, ka hidrācijas pārtraukšana, kas netiek pamatota ar medicīniskām indikācijām un ikvienā gadījumā veicina indivīda organisma dzīvotspējas samazināšanos, nav pieļaujams. Tāpat par nepieļaujamu dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas gadījumā uzskatāma ikviena darbība, kas samazina pacienta dzīves ilgumu vai izraisa tā nāvi, kas ir acīmredzami pretēji paliatīvās aprūpes pamatuzdevumam – nesaīsināt un nepaidzināt pacienta dzīves ilgumu. Tamdēļ visos tajos gadījumos, kad hidrācijas pārtraukšana netika pamatota ar medicīniskām indikācijām un veicinājusi pacienta dzīves ilguma samazināšanos, esot tiešā celoņsakarībā ar izraisītām sekām, t.i., pacienta nāvi, šādas ārsta darbības nav atzīstamas par dziļu un nepārtrauktu paliatīvo sedāciju un nav attiecināmas uz pieļaujamo medicīnisko aprūpi, bet ir kvalificējamās tikai un vienīgi kā apzināta personas nonāvēšana aiz līdzcietības jeb aktīvā eitanāzija, kas turpmāk būtu skatāma krimināltiesību kontekstā.

Domājams, svarīgāko argumentu vidū, kas dziļu un nepārtrauktu paliatīvo sedāciju faktiski norobežo no ikvienas eitanāzijas formas, jāmin apstākļi, ka eitanāzijas gadījumos tās veicēja mērķis ir atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no mokošām sāpēm un ciešanām, aiz līdzcietības apzināti izraisot vai nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, savukārt sedatīvā efekta gadījumos tās piemērotājs, lai arī pieļauj pacienta dzīves ilguma saīsināšanu, tomēr faktiski šādas sekas nevēlas un nāve tā veikto darbību rezultātā ir dabiska. Tamdēļ gadījumos, kad dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija tiek izmantota tikai un vienīgi atbilstoši tās mērķiem, tā nav atzīstama par patstāvīgu eitanāzijas formu, bet gan par pieļaujamo medicīnas praksi nedziedināmi slimu cilvēku aprūpē. Līdzīgs uzskats pamatojumu rod arī ārvalstu tiesību doktrīnā, kur tiek uzskatīts, ka, ja paliatīvo sedāciju piemēro samērīgi, arī dziļu un nepārtrauktu, lai sasniegtu nepieciešamo kontroli pār sāpēm, tā nevar tikt pielīdzināta dzīvības izbeigšanai.<sup>311</sup>

Ievērojot to, ka paliatīvā sedācija, arī dziļa un nepārtraukta, uzskatāma par legālu un vienlaikus arī galēju līdzekli sāpju novēršanas procesā, kas būtu piemērojams tikai izņēmuma gadījumos, ārvalstu juridiskā doktrīnā izskanējis ierosinājums to pielietot, balstoties uz pacienta skaidri formulētu lūgumu, savukārt gadījumos, kad pacients to vairs nav spējīgs paust, tās pielietošanas

---

<sup>310</sup> Hartog G. The regulation of Euthanasia. How successful Is the Dutch System? Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.368.

<sup>311</sup> Legemaate J., Verkerk M., Wijlick E., Graeff A. Palliative Sedation in the Netherlands: Starting point and Contents of a National Guideline. European Journal of Health Law, Volume 14, 2007. April, No.1, p.66.



pieļaujāmību izlemjot ar tā pārstāvja palīdzību.<sup>312</sup> Lai arī centieni pilnveidot paliatīvās sedācijas tiesisko reglamentāciju vērtējami atzinīgi, šādam ierosinājumam var piekrist vien daļēji.

Līdzīgi kā eitanāzija, arī paliatīvā sedācija skar pacienta turpmākas eksistences jautājumu un ir galējs līdzeklis sāpju un ciešanu novēršanai, tamdēļ tās praktizēšanas pieļaujāmība, kas tiktu balstīta uz personas skaidri formulētu lūgumu, nevis uz tā piekrišanu, atzīstama par racionālu un pamatotu ar atrunu, ja vien to plānots piemērot kā dziļu un nepārtrauktu, izraisot bezsamaņu. Savukārt tā rīcībnespējas gadījumos nepieciešamība pirms paliatīvās sedācijas pielietošanas par to vienoties ar pacienta pārstāvi, negūst juridisku pamatojumu.

Nedziedināmi slima rīcībnespējīga cilvēka pārstāvis vairums gadījumos nebūs apveltīts ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, tamdēļ tā pieņemtais lēmums, kas galvenokārt balstīsies uz ārstniecības personas argumentāciju par paliatīvās sedācijas izmantošanas nepieciešamību, iegūst vienīgi formālu raksturu, nenodrošinot pacienta interešu ievērošanu un procedūras efektivitāti. Turklāt šāda vienošanās neatbrīvo ārstniecības personu nedz no disciplinārtbildības, nedz arī no iespējamās kriminālatbildības tajos gadījumos, kad paliatīvā sedācija tikusi izmantota vai nu ļaunprātīgi, piemēram, slēpti realizējot kādu no eitanāzijas formām, vai arī neprofesionāli pildot savus amata pienākumus. Tā kā vienošanās starp ārstniecības personu un rīcībnespējīga pacienta pārstāvi par paliatīvās sedācijas izmantošanu vēl negarantē šī akta tiesiskumu, visos gadījumos, kad pacients pats nav spējīgs paust savu gribu par šādas metodes izmantošanas pieļaujāmību, drīzāk būtu jāparedz, ka tas ir izlemjams ārstniecības personai individuāli, vai arī nepieciešamības gadījumā ārstu konsīlija ietvaros, uzliekot par pienākumu pacienta pārstāvjiem tikai informatīvi paziņot par šādas metodes izmantošanas ieceri, kas pamatojumu rod nevis tiesībās, bet gan ārstu ētikā. Izņēmums no šā principa būtu vienīgi tad, kad pacients savu gribu savlaicīgi ir nostiprinājis juridiskā dokumentā un tā pārstāvis ar savu līdzdalību lēmuma pieņemšanā tikai nodrošinātu tās respektēšanu.

Nosodot gadījumus, kad dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas aizsegā faktiski tiek praktizēta eitanāzija<sup>313</sup>, ārstiem apzināti palielinot medikamentu devu, kas atbrīvo pacientu no ciešanām, bet neizbēgami izraisa tā nāvi, kas uzskatāma par deviācijas izpausmi un teorijas līmenī ieguvusi apzīmējumu „lēnā eitanāzija” (*slow euthanasia*), Eiropas Paliatīvās Aprūpes Asociācija (*European Association for Palliative Care (EAPC)*) 2009.gadā izdeva vadlīnijas<sup>314</sup> par sedācijas

---

<sup>312</sup> Legemaate J., Verkerk M., Wijlick E., Graeff A. Palliative Sedation in the Netherlands: Starting point and Contents of a National Guideline. *European Journal of Health Law*, Volume 14, 2007. April, No.1, p.67.-69.

<sup>313</sup> Kā tas pašlaik, piemēram, ir Nīderlandē – *aut. piez.*

<sup>314</sup> Cherny I.N., Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 2009. October, No.7, p.581. Turpmāk tekstā tiks lietots jēdziens – “vadlīnijas”.

izmantošanas ētiskiem, medicīniskiem un arī juridiskiem priekšnosacījumiem paliatīvās aprūpes ietvaros, atzīstot to par pieļaujamu medicīnisku praksi, ja vien tā tiek izmantota atbilstoši tās mērķiem. Tomēr dokumentā uzsvērts, ka paliatīvā sedācija ir galējs līdzeklis sāpju novēršanā, jo tā saistāma ar vairākiem potenciāliem riskiem pacienta dzīves ilguma samazināšanā.

Saskaņā ar vadlīnijām sedācija piemērojama vienīgi tiem pacientiem to dzīves pēdējos brīžos, kuriem fiziskie simptomi rada mokošas ciešanas un, kad laika trūkuma dēļ nepastāv citas paliatīvās metodes, kas novēršot ciešanas, neradītu nepieļaujamus blakusefektus. Tomēr tās praktizēšana dažreiz ir pieļaujama arī gadījumos, kad pacientam ir nevis fiziskas, bet arī psiholoģiskas ciešanas, sniedzot izsmeļošu šo saslimstību uzskaitījumu, proti, neārstējama depresija<sup>315</sup>, nemiers, demoralizācija vai eksistenciālās ciešanas.<sup>316</sup> Kā raksturīgākās saslimstības, kuru bailes radīto ciešanu novēršanai var tikt pielietota paliatīvā sedācija, minētas: psihoze, akūts elpas trūkums, sāpes un konvulsijas, savukārt ārkārtas situācijās var tikt attiecināta arī uz masveida asiņošanu, smakšanu u.c.

Lēmums par sedācijas izmantošanu ārstam vienmēr apspriežams ar pašu pacientu, bet tā rīcībnespējas gadījumos ar tā pārstāvi, saņemot uz to piekrišanu. Tomēr vadlīnijās ir ieteikts paredzēt, ka pacienta rīcībnespējas gadījumos, nepastāvot iepriekš dotām norādēm, tā pārstāvim neuzliek par pienākumu pieņemt lēmumu, bet tā loma izpaužas norāžu sniegšanā par to, ko pacients būtu vēlējis, lai ārsts šādās situācijās dara, savukārt atbildību par pašu medicīnisko lēmumu uzņemas ārstniecības personāls, jo tas izriet no aprūpes standartiem.<sup>317</sup>

Promocijas darba ierobežotā apjoma dēļ svarīgi vien atzīmēt, ka atšķirībā no Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācijas „Paliatīvās sedācijas vadlīnijām”, Eiropas Paliatīvās Aprūpes Asociācija nosaka, ka nepārtraukta dziļa sedācija var tikt piemērota vienīgi pacienta dzīves pēdējās stadijās, kad dzīves ilgums mērāms stundās vai dažās dienās, neizvīrot obligātu prasību tās piemērošanai līdz pat nāves brīdim. Tās piemērošana un ilgums vienmēr ir atkarīgs tikai un vienīgi no medicīniskām indikācijām, kā arī pacienta gribas, un, tiklīdz ar tās palīdzību tiek sasniegts primārais uzdevums un nepastāv nepieciešamība to turpināt, tā ir jāpārtrauc. Arī mākslīgās hidrācijas pārtraukšana nav obligāta prasība, bet tās izmantošana vai pārtraukšana vērtējama, ievērojot pacienta

---

<sup>315</sup> Psiholoģijas vārdnīcā ar jēdzienu „*depresija*” (lat. *depressio*) saprot klīnisku stāvokli, kas tiek raksturots ar patoloģisku garastāvokļa pasliktināšanos un nespēju izjust baudu, kas sevī ietver arī tādu papildsimptomu esamību kā miega traucējumus ar agru mošanos, sliktu ēstgribu, izraisot svara samazināšanos, traucētas koncentrēšanās spējas un atmiņas funkcijas, un zemu dzimumtieksmi vai tās neesamību. Traucējumi mēdz atkārtoties un var kļūt hroniski. Sk. jēdziena „*depresija*” plašāku skaidrojumu: Reid I.C. Depression. Grām.: Dictionary of Biological Psychology. London and New York: ROUTLEDGE, 2011, p.210.-2011.; Марселла Э.Дж. Депрессия (*depression*). Grām.: Психологическая энциклопедия. 2-е издание. Санкт-Петербург: ПИТЕР, 2003, с.168-171.

<sup>316</sup> Cherny I.N., Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine, 2009. October, No.7, p.584.

<sup>317</sup> Ibid, p.585.

vēlmes un medicīniskās indikācijas.<sup>318</sup> Procedūra paredz obligātas pārrunas par iespējamām negatīvām sekām sedācijas gadījumos ar pacientu, tās secinājumus detalizēti dokumentējot. Tāpat obligātai dokumentācijai pakļaujams pats sedācijas process.

Ārstniecības līdzekļu lietošana, to pārtraukšana, dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija, kā arī ikviena cita medicīnā izmantojamā metode, kas saistāma ar paaugstinātu risku saīsināt pacienta dzīves ilgumu vai izraisīt tā nāvi, medicīnas un tiesību doktrīnā vienmēr tikušas vērtētas neviennozīmīgi. Gadsimtu gaitā medicīnas pamatzdevums maksimāli pieļaujamiem līdzekļiem censties uzlabot pacienta veselības stāvokli, vai tā terminālā fāzē atbrīvot to no ciešanām, šādos gadījumos konfliktē ar sekām, t.i., iespējamību nodarīt lielāku kaitējumu, nekā paredzamais labums. Lai arī medicīnas zinātne ir pakļauta nemitīgai attīstībai un jau XXI gadsimtā ir atzīstama par spējīgu pacientam pienācīgi nodrošināt veselības komfortu arī tā dzīves pēdējos brīžos, attīstoties cilvēktiesībām, arvien aktīvāka loma ārstēšanas procesā tiek atvēlēta pašam indivīdam, paredzot tā tiesības patstāvīgi pieņemt lēmumus par ārstēšanas procesā izmantojamām metodēm un līdzekļiem, vai arī to pārtraukšanu pat tajos gadījumos, kad šādu darbību rezultātā sev paredzamā kaitējuma nodarīšana ir acīmredzama.

Tiesības noteikt, kas tiek vai tiks darīts ar ķermeni izriet no indivīda pašnoteikšanās tiesībām, kas tiek respektētas ikvienā demokrātiskā valstī. Vienlaikus tas radījis virkni tiesiski sarežģītu jautājumu, it īpaši, kas attiecas uz tiesībām atbrīvošanai no sāpēm lūgt pielietot eitanāziju. Kaut šobrīd vairums pasaules valstu „*vieglās nāves*” praktizēšanu nepieļauj, jautājums par to, kāda tad ir atšķirība starp izvēli pārtraukt dzīvību uzturošu ārstēšanu un eitanāziju, ja sekas abos gadījumos ir līdzīgas, t.i., iestājas personas nāve, un kam tad patiesībā „pieder” cilvēka ķermenis ar absolūtām lemšanas tiesībām pār to – indivīdam vai valstij, joprojām ir atklāts. Minēto jautājumu analīze un atbildes uz tiem tiek sniegtas promocijas darba nākamajā nodaļā.

---

<sup>318</sup> Cherny I.N., Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*, 2009. October, No.7, p.587.

### 3. Eitanāzija cilvēktiesību skatījumā

Attīstoties medicīnas progresam, evolūcijai tika pakļautas arī ārsta un pacienta savstarpējās attiecības, arvien lielāku vērību ārstēšanas procesa ietvaros pievēršot pacienta gribas respektēšanai, kas nereti nosaka ne vien izvēli starp ārstēšanu un atteikšanos no tās, ārstēšanas procesā izmantojamās tehnoloģijas un metodes, bet arī lietojamos medikamentus. Turklāt pacienta gribas ievērošana ir obligāti saistoša ikvienai ārstniecības personai, kas gatavojas vai veic jebkādas manipulācijas ar slimnieka ķermeni.

Lai arī XX un XXI gadsimta medicīnas attīstība vainagojās ar virkni nozīmīgu panākumu slimnieku aprūpes jomā, vienlaikus tas veicināja arī daudzu medicīnas ētikas sfērā ietilpstošu komplikētu jautājumu rašanos. Piemēram, tehniskās ierīces, kas spēj mākslīgi uzturēt pacientu pie dzīvības gadiem ilgi, atsevišķos gadījumos ne vien veicina pacienta atlabšanu un šādi paildzina to mūžu, bet arī nereti padara cilvēku par sava ķermeņa „ķīlnieku”, kad bez minēto iekārtu atbalsta pacienta organisma dabīgā dzīvotspēja ir apdraudēta vai pat neiespējama, līdz ar ko cilvēks nespēj dzīvot pilnvērtīgu dzīvi un realizēties kā sociāli aktīva būtne. It sevišķi tas ir attiecināms uz nedziedināmi un termināli slimām personām. Šajā sakarībā pārdomu vērtā ir tiesību zinātnieces Diānas Hamkovas atziņa, ka „[...] tiesības uz cilvēcisku dzīvi ir kas vairāk nekā tiesības uz vienkāršu pastāvēšanu. Svarīgi, lai indivīda dzīve raksturotos ar cilvēka cienīgu eksistenci visos aspektos.”<sup>319</sup> Šādas situācijas provocē jautājumu, cik ētiski ir uzturēt mākslīgi cilvēku pie dzīvības, skaidri apzinoties, ka bez minēto iekārtu palīdzības tik un tā iestāsies viņa dabīgā nāve un, it īpaši, gadījumos, kad pacients izteicis vēlmi par šo ierīču izmantošanas pārtraukšanu, bet pats tās atslēgt nav spējīgs slimības izraisītas ķermeņa absolūtas paralīzes dēļ u.tml., jo, kā pareizi atzīmē krimināltiesību speciāliste Valentija Liholaja, „Cilvēkam piemītošā pašcieņa nosaka īpašu cienību pret to [...] kā pret eksistējošu subjektu [...]”<sup>320</sup> Lai arī ētiskā šķērsgrīzumā minētie jautājumi diez vai jebkad gūs vienotu atbildi, risinājums būtu meklējams juridiskās zinātnes ietvaros, vēl jo vairāk tamdēļ, ka medicīniski korektu rīcību ir svarīgi nošķirt no eitanāzijas.

Ir jāpiekrīt L.A.Kalakula un H.L.Hirsča atziņai, ka pacienta tiesības uz privātumu, kas sevī apvieno izvēles brīvību un autonomiju, nodrošina viņam tiesības pirmajam izlemt, vai ekstraordināri līdzekļi tiks vai netiks izmantoti viņa dzīvības saglabāšanai.<sup>321</sup> Pacienta autonomijas princips jeb pašnoteikšanās tiesības nav tikai abstrakts jēdziens, kā sākotnēji var šķist. Tas ir viens no

<sup>319</sup> Hamkova D. Cieņas izpratne bioētikā. Jurista Vārds, 2010. 25.maijs, Nr.21, 19.lpp.

<sup>320</sup> Liholaja V. 93. Ikviens tiesības uz dzīvību aizsargā likums. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 176.lpp.

<sup>321</sup> Calacula L.A., Hirsch H.L. Active and passive euthanasia: medical and legal considerations. Book: Euthanasia. Germany: Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1984, p.160.

fundamentālākiem bioētikas principiem, kas paredz pacienta tiesības saņemt ne vien detalizētu informāciju par savu veselības stāvokli viņam pieejamā formā un veidā, bet arī viņa vēlmju un lēmumu respektēšanu, kas skar viņa ķermeni, minētā principa darbību attiecinot arī uz dzīvības un nāves jautājumiem.<sup>322</sup> Kā norāda Latvijas bioētiķis Gunārs Brāzma, „[...] autonomijas respektēšanas principa atzīšana [...] tiek pretstatīta kādreizējai praksei, kad pacients bija vienīgi ārsta gribas pasīvs izpildītājs.”<sup>323</sup> Turpretim mūsdienās pacientam ir ne tikai tiesības uz veselības aprūpi, bet arī tiesības būt aktīvam šā procesa līdzdalībniekam, jo ārsta un pacienta attiecības var būt auglīgas tikai un vienīgi kā partnerattiecības, kuru pamatā ir lomu sadale – ārsts kā padomdevējs un izpildītājs, pacients kā lēmuma pieņēmējs.<sup>324</sup> Te gan jāpiezīmē, ka „Ideālā variantā autonomija nozīmē [...] aktīvu pacienta līdzdalību dažādu alternatīvu rīcības variantu izvirzīšanā un apspriešanā uz **informētu piekrišanu** noteiktam rīcības plānam šādas apspriešanas rezultātā (svarīgi precizēt – vienīgi tajos gadījumos, kad pacients to vēlas; informēta piekrišana ir tiesības, nevis pienākums).”<sup>325</sup>

Sava nozīmīguma dēļ pacienta autonomijas princips ir ietverts gan Latvijas nacionālos iekšējos un ārējos tiesību aktos, gan arī starptautiskos normatīvos dokumentos, kuri ieguvuši saistošu spēku arī mūsu valstī. Jau Pacientu tiesību likuma 2.pantā, nosakot likuma mērķi, tiek deklarētas pacienta tiesības aktīvi līdzdarboties ārstēšanas procesā, nodrošinot viņam iespēju īstenot un aizstāvēt savas tiesības un intereses, un noteikta pacienta un veselības aprūpes pakalpojuma sniedzēja mijiedarbība, cenšoties to starpā panākt labvēlīgu attiecību izveidošanos. Minēto mērķu sasniegšana nav iedomājama bez pacienta autonomijas principa ievērošanas, kurš paplašina pacienta tiesības nepieciešamības gadījumā ne vien saņemt Ārstniecības likuma noteiktajā kārtībā un apmērā veselības stāvoklim atbilstošu medicīnisko aprūpi, ja vien viņš to vēlas, bet arī vienlaikus atteikties no tās. Tā, piemēram, saskaņā ar Pacientu tiesību likuma 6.panta pirmo daļu „Ārstniecība ir pieļaujama, ja pacients devis tai informēto piekrišanu”, savukārt saskaņā ar likuma 6.panta ceturto daļu „Pacientam ir

<sup>322</sup> Гусейнов А.А., Дубко Е.Л., Анисимов С.Ф. Этика. Москва: издание «Гардарики», 1999, с.471.

<sup>323</sup> Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010, 74.lpp.

<sup>324</sup> Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008, 1.jūlijs, Nr.24, 13.lpp. Sk. arī: Sīle V. Nekaitēšanas principa mūsdienu versija. Grām.: Biomedicīnas ētika. Teorija un prakse. Sīle V., Ķilkuts G., Mežinska S. u.c. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006, 39.lpp.

<sup>325</sup> Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010, 74.lpp. Par „*informētas piekrišanas doktrīnu*” (*the doctrine of informed consent*) sk. plašāk: Youngner S.J. Competence to Refuse Life – Sustaining Treatment. Grām.: End – of – life decisions. A Psychosocial Perspective. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Press, Inc., 1998, p.21.-23.; Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.72.-75.; Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.27.-35.; Hiller M.D. Medical Ethics and The Law. Implications for Public Policy. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company, 1981, p.13.-14.; Negri S. The Right to Informed Consent at the Convergence of International Biolaw and International Human Rights Law. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.23.-71.

tiesības atteikties no ārstniecības pirms tās uzsākšanas, no ārstniecībā izmantojamās metodes, neatsakoties no ārstniecības kopumā, vai atteikties no ārstniecības tās laikā.” Veselības aprūpe pret pacienta gribu nav pieļaujama, kas strikti atrunāts Pacientu tiesību likuma 3.panta sestajā daļā<sup>326</sup>, pretējā gadījumā tā var būt atzīta par „Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas” 2. un 3.panta pārkāpumu.<sup>327</sup> Minētais sasaucas arī ar ārvalstu literatūrā paustajām atziņām, ka, ja pacients ir kompetents jeb rīcībspējīgs, ir jārespektē tā autonomija.<sup>328</sup> Lēmumam par to, vai cilvēks tiek pakļauts medicīniskai ārstēšanai vai nē, jāizriet no paša indivīda (pacienta), nevis no ārsta puses, un līdz ar to ikviena persona ir apveltīta ar tiesībām noteikt, kas tiks darīts ar viņas ķermeni.<sup>329</sup> Turpretim ārstam, neatkarīgi no pacienta lēmuma, ir pienākums nodrošināt to ar objektīvu informāciju, lai pacients spētu pieņemt racionālu un viņam labvēlīgāko lēmumu.<sup>330</sup>

Kā jau minēts, šādas tiesības ir nostiprinātas arī starptautiskos dokumentos, starp kuriem kā svarīgāko jāmin 1997.gada 4.aprīļa Konvenciju par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvenciju par cilvēktiesībām un biomedicīnu<sup>331</sup>, kuras preambulā ir uzsvēta cieņa pret cilvēku gan kā pret indivīdu, gan arī kā cilvēku dzimuma pārstāvi, un tās 5.pants skaidri nosaka, ka „Jebkādu ar veselību saistītu darbību drīkst veikt tikai ar attiecīgās personas brīvprātīgu un apzinātu piekrišanu. Šai personai iepriekš jāsaņem adekvāta informācija par šīs darbības mērķi un būtību, kā arī par tās sekām un risku. Attiecīgā persona var jebkurā laikā brīvi atsaukt piekrišanu.” Līdzīgi šādas tiesības ir atrunātas arī 2005.gada 19.oktobrī pieņemtajā Vispārējā bioētikas un cilvēktiesību deklarācijā<sup>332</sup>, kuras 5.panta pirmajā teikumā tiek pasludināts, ka „Ir jāievēro personu autonomija lēmumu pieņemšanā [...]”, bet 6.pantā ir īpaši uzvērts, ka „Profilaktisku, diagnosticējošu un terapeitisku

---

<sup>326</sup> Arī Satversmes 111.panta komentāros skaidrots, ka „Tiesības uz veselību ir cieši saistītas ar Satversmes 94.pantā nostiprinātajām tiesībām uz personas brīvību un personas neaizskaramību. Cilvēka brīvība un neaizskaramība nodrošina cilvēka autonomijas un pašnoteikšanās realizāciju. Cilvēka neaizskaramības princips nosaka, ka cilvēka ķermenī iejaukties drīkst tikai tad, ja persona ir tikusi informēta par iejaukšanās mērķi un raksturu un ir brīvi devusi piekrišanu šādu iejaukšanos veikt.” Sk.: Olsena S. 111. Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 625.lpp.

<sup>327</sup> Lemmens C. End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study. European Journal of Health Law. 2010. December, No.5, p.494.

<sup>328</sup> Mannaerts D., Mortier F. Minors and euthanasia. Book: Children’s Health and Children’s Rights. The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers, 2006, p.267. Sk. arī: Williams G. Intention and causation in medical non – killing: the impact of criminal law concepts on euthanasia and assisted suicide. London and New York: Routledge-Cavendish Taylor & Francis Group, 2007, p.26.-27.

<sup>329</sup> Giesen D. International Medical Malpractice Law. A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. Tübingen, Dordrecht, Boston, London: Martinus Nijhoff Publishers, 1988, p.258-330. Sk. arī: Otlowski M. Voluntary Euthanasia and the Common Law. New York: Clarendon Press, 1997, p.35.; Fenwick H. Civil Liberties and Human Rights. Fourth edition. New York: Rotledge-Cavendish, 2007, p.76.

<sup>330</sup> Sk. par to plašāk: Younger S.J. Competence to Refuse Life – Sustaining Treatment. Grām.: End – of – Life Decisions. A Psychosocial Perspective. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Press, Inc., 1998, p.22.-23.

<sup>331</sup> Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, Nr.205.

<sup>332</sup> Vispārējā bioētikas un cilvēktiesību deklarācija. Pieejams: <http://www.vvc.gov.lv/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

medicīnisku iejaukšanos drīkst veikt tikai ar iepriekšēju attiecīgās personas brīvu un informētu piekrišanu, kas sniegta, pamatojoties uz pietiekamu informāciju. Attiecīgā gadījumā piekrišanai jābūt skaidri izteiktai, un attiecīgā persona to var jebkurā brīdī un jebkādu iemeslu dēļ atsaukt, neciešot negatīvas sekas vai kaitējumu”, un citviet.

Atsedzot minētā principa nozīmību, ieskatam var minēt, ka pacienta autonomijas principa darbība attiecībā uz cilvēka ķermeni neaprobežojas vien ar laika posmu, kad cilvēks ir dzīvs, bet tā ievērošana trešajām personām ir saistoša arī pēc personas nāves. Šāds noteikums izriet no likuma „Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā” 2.panta, kurā noteikts, ka „Miruša cilvēka ķermeni, audus un orgānus aizliegts izmantot pret viņa dzīves laikā izteikto gribu. Cilvēka griba, ja vien tā nav pretrunā ar spēkā esošajiem likumiem, ir obligāti jāievēro visām ārstniecības, izglītības un zinātnes iestādēm neatkarīgi no to darbības veida un pakļautības. Katrs rīcībaspējīgs cilvēks ir tiesīgs aizliegt vai atļaut, noformējot to dokumentāri, sava ķermeņa izmantošanu pēc nāves.”<sup>333</sup>

Neraugoties uz to, ka pacientam vairumā gadījumu nepiemīt speciālas zināšanas medicīnas jomā vai arī tādā apmērā kā sertificētam ārstam, un viņa izvēle, piemēram, pārtraukt medikamentu lietošanu, ir pretrunā jaunākajām medicīnas atziņām noteiktu slimību ārstēšanā, šādi kaitējot savai veselībai, kas novedīs vai var novest līdz pat letālam iznākumam, ārstniecības personai nav nedz juridisku, nedz arī morālu tiesību ignorēt slimnieka gribu, pat skaidri apzinoties, ka minētās kaitīgās sekas var vai arī varēja novērst. Šajā sakarībā kategoriski jāiebilst pret A.Gabrijeļana ierosinājumu, kurš joprojām rīcībaspējīga indivīda atteikšanos no ārstēšanas vai tās pārtraukšanu atzīst par pasīvo brīvprātīgo eitanāziju, normatīvos aktos, par pamatkritēriju izvēloties dzīvības saglabāšanas iespēju, iekļaut aizliegumu indivīdiem atteikties no ārstēšanas un veikt to pat pret pacienta gribu.<sup>334</sup> Kā norādīts Latvijas Republikas Satversmes 96.panta, kas paredz cilvēka tiesības uz privātās dzīves neaizskaramību, komentāros, „Privātās dzīves jēdziens [...] aizsargā indivīda fizisko un garīgo integritāti, godu un cieņu [...]. Tiesības uz privāto dzīvi nozīmē, ka katram indivīdam ir tiesības [...] dzīvot pēc sava prāta, [...] iespējami minimāli ciešot no valsts vai citu personu iejaukšanās. [...] Privātās autonomijas ietvaros rīcībaspējīga persona var veikt arī sev, savai veselībai un dzīvībai kaitīgas darbības, piemēram, pašsavainoties vai atteikties no smagas slimības ārstēšanas. Tādējādi rīcībaspējīgas personas privāto autonomiju ierobežojoši paņēmieni (piespiedu ārstēšana, obligāta veselības pārbaude, ievietošana ārstniecības iestādē) aizskar personas privāto dzīvi. Šādā gadījumā aizskārumam jābūt

<sup>333</sup> Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: Latvijas Republikas likums. Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, Nr.1.

<sup>334</sup> Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 36., 80.-81.lpp.

attaisnojamam.”<sup>335</sup> Un te ir īpaši jāpiezīmē, ka autonomijas princips tik tiešām nevar būt neierobežots pat demokrātiskā iekārtā. Minēto atziņu jau XIX gadsimtā paudis utilitārisma pamatlicējs, angļu filozofs Džons Stjuarts Mills (angl. *John Stuart Mill*; 20.05.1806. – 08.05.1873.) savā darbā „Par brīvību” secinot, ka „Jebkādu rīcību, kas bez attaisnojuma nodara ļaunumu citiem, var un svarīgos gadījumos vajag kontrolēt – ar nelabvēlīgu sabiedrības attieksmi vai, ja nepieciešams, ar aktīvu iejaukšanos. [...] Līdzko personas rīcība skar citu intereses, noteikšanu pār to iegūst sabiedrība [...]”<sup>336</sup>

Biotiesību pārstāvji atzīst, ka indivīda suverenitātei pār viņa ķermeni nepieciešams noteikt limitus<sup>337</sup>, kas pamatojumu gūst arī ārvalstu doktrīnā, R.Audi norādot, ka, lai arī katram cilvēkam ir neapstrīdamas tiesības noteikt, kas tiks darīts ar viņa ķermeni, paredzot arī tiesības atteikties no ārstēšanas, tomēr tās nav absolūtas tiesības.<sup>338</sup> Un šajā sakarībā jāpiekrīt S.Olsenas atziņai, ka personas brīvību var ierobežot tikai saskaņā ar likumu un tikai tajos gadījumos, ja sabiedrības veselības aizsardzībai ir nepieciešami samērīgi brīvības ierobežošanas pasākumi<sup>339</sup> jeb ar tiem tiek panākts leģitīms mērķis. Šajā sakarībā ilustrācijai var minēt Džeikabsana pret Masačūsetsu lietu (*Jacobson v. Massachusetts Case*)<sup>340</sup>, kurā Amerikas Savienoto Valstu Augstākā tiesa nolēma, ka Masačūsetas štata interesēs ir aizsargāt tās iedzīvotājus no bakām prevalē pār personu tiesībām atteikties no ārstēšanas, šajā gadījumā vakcinācijas, pat, ja tas tiek balstīts uz ķermeņa neaizskaramības principu un reliģiskās domas brīvību.<sup>341</sup>

Lai arī pacienta autonomijas princips un no tā izrietošās tiesības netiek apstrīdētas pēc būtības, tomēr tā izpratnē tiesību doktrīnā var vērot arī viedokļu nekonekvenci. Tā, piemēram, vienā no publikācijām Līna Kovalevska akcentē, ka tiesības uz privāto dzīvi neietver sevī tiesības uz

<sup>335</sup> Danovskis E., Ruķers M., Lībiņa-Egnere I. 96. Katram ir tiesības uz privātās dzīves, mājokļa un korespondences neaizskaramību. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 238.-262.lpp.

<sup>336</sup> Mills Dž. S. Par brīvību. [B.v.]: Tapals, 2007, 70.-93.lpp.

<sup>337</sup> Stasi A.D. Human dignity: from cornerstone in international human rights law to cornerstone in international biolaw? Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.3.

<sup>338</sup> Audi R. The Moral Rights of the Terminally Ill. Grām.: Contemporary Issues in Biomedical Ethics. Audi R., Baker R., Bayles M. and etc. Clifton, New Jersey: The HUMANA Press Inc., 1978, p.54. Sk. arī: Buchanan A., Brock D.W. Deciding for Others. Grām.: Death, Dying and the Ending of Life. Volume 1. USA: Ashgate, 2007, p.241.-243.

<sup>339</sup> Olsena S. 111. Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 625.lpp. Par personas autonomijas limitiem sk. arī: Maclean A. Autonomy, Informed Consent and Medical Law. A Relational Challenge. New York: Cambridge University Press, 2009, p.29.-33.; Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.32.

<sup>340</sup> Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905).

<sup>341</sup> Ieskatam var minēt, ka atteikšanās no ārstēšanas, kas pamatojas reliģiskos apsvērumos, ir raksturīga Jehovas lieciniekiem, kuru ticība aizliedz asins pārlišanu. Sk. par to plašāk: Grisez G., Boyle J.M. Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate. London: University of Notre Dame Press, 1979, p.92.; Dixon J.L., Smalley M.G. Jehovah's Witnesses: The Surgical/ Ethical Challenge. Grām.: Edwards R.B., Graber G.C. Bio – Ethics. USA: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, 1988, p.460.-463.; Macklin R. Consent, Coercion, and Conflicts of Rights. Grām.: Edwards R.B., Graber G.C. Bio – Ethics. USA: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, 1988, p.464.-470.



autonomiju.<sup>342</sup> Tomēr jāatzīst, ka šāds apgalvojums izriet no autorei pārlieku burtiska un sašaurināta skatījuma uz personas tiesībām uz privāto dzīvi, ignorējot apstākli, ka savā privātā dzīvē indivīds no valsts puses nedrīkst tikt ierobežots, arī jomā, kas skar tā veselību, izņemot tos gadījumus, kad tas tiek pamatots ar leģitīmu mērķi. Ievērojot noteikumu, ka ikviena indivīda ķermenis ir viņa neapstrīdams „īpašums” un valsts ar savu represīvo aparātu nodrošina tā neaizskaramību un, ka „[...] cilvēka ķermenī iejaukties drīkst tikai tad, ja persona ir tikusi informēta par iejaukšanās mērķi un raksturu un ir brīvi devusi piekrišanu šādu iejaukšanos veikt”<sup>343</sup>, autonomijas princips ir tiesību uz privāto dzīvi neatņemama sastāvdaļa un no tā izrietošs. Minēto atziņu apstiprina arī S.Olsena atzīstot, ka „Tiesības uz privātās dzīves neaizskaramību veselības aprūpes jomā izpaužas kā valsts pienākums jebkādā veidā atturēties no iejaukšanās un nodrošināt individuālas tiesības brīvi pieņemt lēmumus par dažādiem veselības aprūpes pasākumiem.”<sup>344</sup> Turklāt pacienta autonomijas princips ir skatāms kontekstā arī ar Satversmes 94.pantā nostiprinātajām tiesībām uz brīvību un personas neaizskaramību, kuras faktiski nodrošina minētā principa realizāciju praksē<sup>345</sup>.

Pacienta autonomijas principam ir svarīga nozīme arī eitanāzijas problēmas sakarībā, kas ļauj nošķirt medicīniski korektu rīcību no asistēšanas dzīvības izbeigšanā aiz līdzietības. Ievērojot to, ka nedz ārstniecības, nedz arī jebkura cita fiziska persona, nedrīkst ignorēt kā viņai nesaistošu rīcībspējīgas personas gribu atteikties no ārstēšanas, pat ja tā rezultātā netiks novērsta nāve, un, to ignorējot – veikt personas ārstēšanu atklātā vai slēptā veidā, kā jau tas norādīts promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 5.apakšpunktā, šo cilvēka pamattiesību izmantošana nav pasīvās eitanāzijas forma tās brīvprātīgā veidā. Arī ārvalstu autori vairākkārt uzsvēruši, ka brīvam cilvēkam brīvā nācijā piemīt konstitucionālas un likumīgas tiesības pieņemt lēmumu par to, kas tiks darīts vai nu ar viņa prātu, vai ķermeni.<sup>346</sup> Turklāt kompetentu pacientu tiesības atteikties no ārstēšanas ir ilgu gadus akceptēta prakse.<sup>347</sup> Ieskatam var minēt, ka jau 1914.gada 14.aprīlī Ņujorkas Augstākā tiesa Merijas E. Šloendorfas (*Mary E. Schloendorff*) lietā pret Ņujorkas slimnīcas biedrību (*The Society of the New York*

<sup>342</sup> Kovalevska L. Pacienta autonomijas princips un tā izpausmes. Jurista Vārds, 2009, 24.februāris, Nr.8, 6.lpp.

<sup>343</sup> Olsena S. 111. Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011, 625.lpp.

<sup>344</sup> Turpat. Sk. arī: Ezekiel E.J. The Ends of Human Life. Medical Ethics in a Liberal Polity. England: Harvard University Press, 1991, p.51.-52.

<sup>345</sup> Turpat.

<sup>346</sup> Giesen D. International Medical Malpractice Law. A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. Tübingen, Dordrecht, Boston, London: Martinus Nijhoff Publishers, 1988, p.259.

<sup>347</sup> Lemmens C. End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study. European Journal of Health Law. 2010. December, No.5, p.485. Sk. arī: Bois-Pedain du A. Is There a Human Right to Die? Grām.: Death Rites and Rights. Oxford and Portland, Oregon, 2007, p.77.-81.; Bednarz A.A. Withdrawing Life Support from the Terminally Ill Is Ethically Acceptable. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.36., 39.; Skene L. Life – Prolonging Treatment and Patients' Legal Rights. Grām.: First Do No Harm. Law, Ethics and Healthcare. England: Ashgate, 2006, p.421.-425.

*Hospital*) (*Schloendorff v. Soc'y of N.Y. Hospital*)<sup>348</sup> atzina, ka ikvienai rīcībbspējīgai personai ir tiesības noteikt, kas tiks darīts ar viņas ķermeni. Uz minētā principa nozīmību norāda arī judikatūra lietās, kurās tiesas atzinušas, ka pašnoteikšanās tiesības atteikties no ārstēšanas ir respektējamas arī grūtniecības gadījumos, pat ja atteikšanās rezultātā tiks izraisīta sievietes un tās augļa nāve<sup>349</sup>, jo augļa intereses nevar prevalēt pār jau dzīvojošas kompetentas personas fundamentālām tiesībām.<sup>350</sup> Te gan jāpiezīmē, ka tiesu pamatojumi ne vienmēr atzīstami par juridiski korektiem, un šajā sakarībā kritiski vērtējama Amerikas Savienoto Valstu tiesu pieļautā argumentācija, par pamatkritēriju izvēloties atteikšanās no ārstēšanas nolūku, ko uzskatāmi ilustrē sekojoši precedenti.

1978.gadā Maikla J. Satca (*Michael J. Satz*) pret Eibi Pērlmateru (*Abe Perlmutter*) lietā (*Satz v. Perlmutter*)<sup>351</sup> septiņdesmit trīs gadu vecumu sasniegušais E.Pērlmaters slimoja ar Lū Gehriga slimību, kā rezultātā viņš bija pilnībā nespējīgs un atkarīgs no plaušu mākslīgām elpināšanas iekārtām. Prasītājs lūdza tiesu atļaut ārstiem atvienot viņu no respiratora pēc tam, kad viņa paša mēģinājumi to izdarīt bija neveiksmīgi.

Floridas Apelācijas tiesa 1978.gadā 13.septembrī apmierināja prasību atzīstot, ka tiesības atteikties no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām izriet no konstitucionālām tiesībām uz privātumu un medicīnas doktrīnā atzītā informētas piekrišanas principa, kas paredz, ka ārstam pirms pārtraukt jebkādas medicīniskas procedūras, visupirms ir jāsaņem uz to no pacienta piekrišana. Vienlaikus tiesa uzsvēra, ka Floridas štata interesēs ir personu dzīvības aizsardzība, pasargājot indivīdus no pašnāvībām, kā dēļ ir būtiski noskaidrot atteikšanās nolūku. Pēc lietas apstākļu izvērtēšanas, tiesa secināja, ka šajā gadījumā nav pamata runāt par pašnāvību, jo personas patiesā vēlme ir dzīvot, nevis pārtraukt savu dzīvību, tomēr tā turpmāka eksistence ir atkarīga no organisma paša spējām dzīvības saglabāšanā.

Līdzīgs formulējums izriet arī no 1980.gada 27.marta Filipa K. Eičera (*Philip K. Eicher*) pret Denisu Dillonu (*Denis Dillon*) lietas (*Eicher v. Dillon*)<sup>352</sup>, kurā Ņujorkas Apelācijas tiesa atzina, ka pacientam ir tiesības atteikties no mākslīgām elpināšanas iekārtām, ja vien personas nolūks nav nomirt.

---

<sup>348</sup> Ņujorkas Augstākās tiesas spriedums lietā: *Schloendorff v. Soc'y of N.Y. Hospital*, 105 N.E. 92 (N.Y. 1914).

<sup>349</sup> Sk., piemēram: Illinoisas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Baby Boy Doe*, 632 N.E.2d 326 (Ill. App. Ct. 1994); Illinoisas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Fetus Brown*, 689 N.E.2d 397 (Ill. App. Ct. 1997); Kolumbijas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re A.C.*, 573 A.2d 1235 (D.C. 1990), kā arī *St. George's Healthcare NHS Trust v. S.*, (1998) 3 W.L.R. 936 (Court of Appeal, 1998). Citēts pēc: Lemmens C. *End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study*. *European Journal of Health Law*. 2010. December, No.5, p.490.

<sup>350</sup> Lemmens C. *End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study*. *European Journal of Health Law*. 2010. December, No.5, p.491.

<sup>351</sup> Floridas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *Satz v. Perlmutter*, 362 So. 2d 160 (Fla. Dist. Ct. App. 1978).

<sup>352</sup> Ņujorkas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Eichner on behalf of Fox*, 426 N.Y.S.2d 517 (N.Y. App. Div. 1980).

Pievēršoties minēto precedentu analīzei, svarīgi norādīt, ka lietās par rīcībspējīgu personu atteikšanos no ārstēšanas vai tās pārtraukšanu, personas nolūkam juridiski nav nozīmes. Autonomijas princips neparedz, ka rīcībspējīgai personai, kura nevēlas ārstēšanu, sava izvēle būtu jāpamato. Šādos gadījumos pietiek vien ar to, ja ārstniecības vai ikviena cita persona tiek informēta par šo gribu un tā ir jārespektē. Turklāt nolūka akcentēšana ir atzīstama par formalitāti it sevišķi tajos gadījumos, kad persona atsakās no turpmākas ārstēšanas, kas mākslīgi nodrošina organisma vitāli svarīgu funkciju izpildi, jo seku, t.i., nāves, iestāšanās ir acīmredzama, tiklīdz šāds atbalsts tiks pārtraukts. Šādu kategoriju lietās ir svarīgi noskaidrot nevis nolūku, bet, lai personas lūgums būtu brīvprātīgs un labi pārdomāts.

Indivīda autonomijas princips ārvalstu doktrīnā rosina diskusiju par to, vai persona, kas balstoties uz rīcībspējīgas personas lūgumu, atvieno to no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, asistē pašnāvībā. Šajā sakarībā ilustrācijai var minēt D.Braiena Mikeija (*D. Brian McKay*) pret Kennetu A.Bergstedu (*Kenneth A. Bergstedt*) lietu (*McKay v. Bergstedt*)<sup>353</sup>.

K.A.Bergstedts bija trīsdesmit vienu gadu vecumu sasniedzis rīcībspējīgs vīrietis, kurš bija paralizēts kopš desmit gadu vecuma, pēc negadījuma peldoties. Viņš spēja pārvietoties ratiņkrēslā, bet bija atkarīgs no elpošanas respiratora. Uzzinot, ka viņa tēvam diagnosticēta nedziedināma saslimšana, prasītājs, uztraucoties par to, ka drīzumā paliks bez tēva pienācīgas aprūpes, lūdza tiesu atļaut kādam asistēt dzīvību uzturoša respiratora atvienošanā, nodrošinot šo darbību veicējam krimināltiesisko imunitāti.

Nevadas Augstākā tiesa 1990.gada 30.novembrī, izvērtējot lietas materiālus, secināja, ka prasītāja mērķis, atvienojot sevi no mākslīgās elpināšanas iekārtas, ir pārtraukt dzīvi, kas, viņaprāt, ir neciešama tā dēļ, ka divdesmit trīs gadu garumā viņš bija spiests elpot mākslīgi, un viņa vēlme ir pamatota.

Tātad, šajā gadījumā tiesa atzina, ka prasītāja atvienošana no respiratora ir pašnāvības akts. Lai noskaidrotu, vai tiesas atziņa ir pamatota, konspektīvi jāatkārto asistētās pašnāvības būtība, kas to nošķir no medicīniski korektas rīcības.

Kā jau tas norādīts iepriekš promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 4.apakšnodaļas ietvaros, asistētā pašnāvība būs vienīgi tad, kad pēdējo darbību, kas izraisa nāvi, veic pati pašnāvības aktam pakļautā persona. Un analizējamā jautājumā pats būtiskākais – asistētā pašnāvība vienmēr izraisa priekšlaicīgu nāvi, tai laikā, kad, personu atvienojot no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, nāve atzīstama par dabisku, ko faktiski izraisījusi slimība, lai arī cēloņsakarība starp darbību un sekām

---

<sup>353</sup> Nevadas Augstākās tiesas spriedums lietā: *McKay v. Bergstedt*, 801 P.2d 617 (Nev. 1990).

ir acīmredzama. Līdz ar to var secināt, ka šādos gadījumos tā nav asistētā pašnāvība, bet gan medicīniski korekta rīcība, kas izriet no personas autonomijas principa respektēšanas. Minētā atziņa apstiprinājumu gūst arī ārvalstu literatūrā. Tā, piemēram, R.Audi norāda, ka tie pacienti, kuri atsakās no ārstēšanas, neizdara pašnāvību, jo viņi nomirst no slimības, nevis no pašnāvības akta.<sup>354</sup> Arī Agata A. Bednarza (*Agata A. Bednarz*) atzīst, ka atteikšanās no ārstēšanas nav asistētās pašnāvības akts, bet ir tiesiska rīcība.<sup>355</sup> Savukārt pretēju juridisko vērtējumu iegūst tie gadījumi, kad ārstēšanas neuzsākšana vai pārtraukšana norisinās apstākļos, kad personas griba nav zināma.

Lai rīcībnespējīgu pacientu pārstāvju pieņemto lēmumu par atteikšanos no ārstēšanas vai tās pārtraukšanu un tās izpildītāja darbību vai bezdarbību atzītu par tiesisku, tam vienmēr jābūt medicīniski pamatotam un vērstam uz pacienta interešu ievērošanu, kas izriet jau no Pacientu tiesību likuma 7.panta. Visos citos gadījumos, kad pacienta pārstāvji nevar vienoties par pieņemamāko ārstēšanas formu vai, gluži pretēji, par tās pārtraukšanu, šādu lēmumu tiesīgs pieņemt tikai ārsts konsēlijs. Arī ārvalstu literatūrā tiek uzsvērts, ka tajos gadījumos, kad jautājums izlemjams „[...] attiecībā uz slimiem bērniem, garīgi slimiem pacientiem, kā arī pacientiem, kuri atrodas bezsamaņas stāvoklī un nav izteikuši savu gribu iepriekš, tie ir jāārstē, kamēr ārstēšana ir attaisnojama līdz brīdim, kad ārstēšanas pārtraukšana tiek pamatota ar medicīnas atziņām [...]”<sup>356</sup> Te gan īpaši jāuzsver, ka darbības vai bezdarbības mērķis nekad nevar būt vērsts uz pacienta dzīvības izbeigšanu, pat ja tā motīvs izpaustos līdzietībā, šādi atbrīvojot personu no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, jo tā atzīstama par pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju. Un šajā sakarībā jāpiekrīt K.Tomsona atziņai, ka „Ņemot vērā vispārārstītas cilvēktiesības – *jus cogens* normas, katrs cilvēks bauda tiesības uz dzīvību neatkarīgi no viņa pieskaitāmības vai fiziskā stāvokļa, līdz ar to šāds eitanāzijas veids (nebrīvprātīgā pasīvā eitanāzija) nevar tikt tiesiski lietots, ievērojot tikai radnieku vai ārsta apsvērumus.”<sup>357</sup>

---

<sup>354</sup> Audi R. *The Moral Rights of the Terminally Ill*. Grām.: Contemporary Issues in Biomedical Ethics. Audi R., Baker R., Bayles M. and etc. Clifton, New Jersey: The HUMANA Press Inc., 1978, p.55.

<sup>355</sup> Bednarz A.A. *Withdrawing Life Support from the Terminally Ill Is Ethically Acceptable*. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005, p.36.

<sup>356</sup> Munoz N.P. *Euthanasia in the Spanish legal system*. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective*. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.244. Ieskatam var minēt, ka arī Volters R. Trīnkauss (*Walter R. Trinkaus*) savā publikācijā jautājumā, kas skar dzīvības uzturošas ārstēšanas pārtraukšanu bērniem norāda, ka to vecāki nav spējīgi pieņemt bezkaislīgu lēmumu, jo tiek iesaistītas emocijas, kas var izraisīt interešu konfliktu, tāpēc šādos gadījumos tiek ierosināts atbildību par dzīvību uzturošas ārstēšanas pārtraukšanu uzņemt ārstniecības personām. Sk.: Trinkaus W.R. *Decision Making for Newborns*. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.247. Sk. arī: Hirschberg B.A. *Who Speaks for the Child and What Are His Rights? A Proposed Standard for Evaluation*. Law and Human Behavior, 1980, No.1/2, p.232. Sk. arī: Greenberg I.S. *Euthanasia and assisted suicide*. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997, p.75.-76.

<sup>357</sup> Tomsons K. *Eitanāzijas institūta izpratne, nošķiršana un iedalījums*. Jurista vārds. 2010. 19.janvāris, Nr.3, 21.lpp.

Diskusiju rosinošs jautājums ir par ārstēšanas pārtraukšanas pieļaujamību tiem pacientiem, kuri atrodas pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī, un, it īpaši, tajos gadījumos, kad pacients iepriekš par to nav paudis savu gribu. Ievērojot to, ka šādiem pacientiem netiek diagnosticēta smadzeņu nāve un, līdz ar to, *de facto* un *de jure* tos nevar atzīt par mirušiem, bet tai pat laikā ir saskatāms acīmredzams ārstēšanas un aprūpes turpināšanas veltīgums, jo bieži vien šādiem pacientiem apziņa ir neatgriezeniski zudusi, tas rada vairākus sarežģītus ētiskus un tiesiskus strīda jautājumus, kas atspoguļojumu gūst arī tiesu praksē, taču visupirms ir svarīgi noskaidrot tās pamatpazīmes, kas raksturo šādu stāvokli.

Pacientiem, kuri atrodas „[...] „veģetatīvā stāvoklī” – galvas smadzeņu garoza ir bojāta, bet smadzeņu stumbrs funkcionē [...].”<sup>358</sup> Tomēr veģetatīvs stāvoklis vēl nenozīmē, ka pacients pēc laika nevar atgūt apziņu.<sup>359</sup> Pašlaik strīdi norisinās tieši ap tiem gadījumiem, kad „[...] mākslīgā barošana tiek atslēgta pacientiem, kuri ir nonākuši „veģetatīvā stāvoklī” pēc tam, kad galvas smadzeņu garozai dažas minūtes ir bijusi traucēta asinsapgāde. Šādi pacienti elpo paši, var novērot spontānas kustības, konstatēta miega un nomoda stāvokļu maiņu (acis atveras un aizveras), taču nevar konstatēt jebkādu apziņas aktivitāti. No šāda stāvokļa iespējama daļēja vai pilnīga atkopšanās, taču, ja tas ieilgst vairāk par dažiem mēnešiem un tādējādi kļūst jau par „pastāvīgu veģetatīvu stāvokli”, izredzes uz vismaz daļēju atkopšanos ir daudz mazākas.”<sup>360</sup> Diagnoze, ka slimība pacientam izraisīs pastāvīgu veģetatīvu stāvokli parasti tiek uzstādīta trīs līdz sešu mēnešu laikā un, lai arī ārsts iepriekš var paredzēt pacientam būtiskus smadzeņu bojājumus, diagnoze nevar būt precīza, iekams nav pagājušas vismaz dažas nedēļas.<sup>361</sup> Var akcentēt, ka medicīnas praksē līdz šim ilgākais pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošs pacients ir bijusi kāda Amerikas Savienoto Valstu Floridas štata iedzīvotāja, kura šādā stāvoklī kopumā pavadīja trīsdesmit septiņu gadus trīs mēnešus un trīsdesmit dienas jau kopš sešu gadu vecuma, kad tai tika diagnosticēts apendicīts, un nomira četrdesmit trīs gadu vecumā, tā arī neatgūstot apziņu.<sup>362</sup>

Ja promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšnodaļas ietvaros, raksturojot tos pacientus, kuriem diagnosticēta smadzeņu nāve, mākslīgās dzīvību uzturošās iekārtas tikai imitē dzīvības pazīmes tai laikā, kad pats cilvēks faktiski jau ir miris, tad pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošām personām smadzeņu stumbrs parasti saglabā organisma vitāli svarīgu funkciju veikšanu – sirdsdarbību, elpošanu,

---

<sup>358</sup> Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010, 96.lpp.

<sup>359</sup> Jannett B. The Vegetative State. Medical facts, ethical and legal dilemmas. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.23.

<sup>360</sup> Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010, 83.lpp. Sk. arī: Petrinovich L. Living and Dying Well. New York: Plenum Press, 1996, p.74.-76.

<sup>361</sup> Cranford R.E. Brain Death and the Persistent Vegetative State. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.65. Turpretim Stīvens Lorijs (*Steven Laureys*) norāda, ka ja pacients veģetatīvā stāvoklī, kas viņa ieskatā ir ļoti komplicēts jautājums pat medicīnas nozares ekspertiem, atrodas mēnesi, tad sākot ar šo brīdi jau var runāt par pastāvīgu veģetatīvu stāvokli. Sk.: Lorijs S. Eyes Open, Brain Shot. Scientific American, 2007. May, No.296, p.66.-68.

<sup>362</sup> Ibid.

rīšanu, savukārt mākslīgo dzīvību uzturošo iekārtu izmantošana saistāma ar komplikācijām, kas radušās ārstēšanas procesa ietvaros, kā, piemēram, organisms patstāvīgi nespēj sevi nodrošināt ar pietiekamu daudzumu barības vielu, šķidrumu, elpošanu utt. Un te ir īpaši būtiski uzsvērt, ka, lai arī pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošiem pacientiem nav apziņas<sup>363</sup>, to elektroencefalogramma parasti „nav taisna”, t.i., tiek fiksēta smadzeņu aktivitāte, kas ir atkarīga no bojājumu lokalizācijas un to apmēriem<sup>364</sup>, turklāt šādi pacienti, lai arī neapzināti, bet reaģē arī uz sāpju stimuliem<sup>365</sup>, kā arī citiem kairinājumiem.

Pastāvīgo veģetatīvo stāvokli svarīgi nošķirt no tiem gadījumiem, kad „[...] pacients ir paralizēts smadzeņu stumbra bojājumu dēļ, bet ir pie apziņas, jo smadzeņu garoza funkcionē (t.s. *locked-in syndrome*)<sup>366</sup> [...], kas var sazināties vienīgi ar acu kustībām, bet citādi ir pie pilnas apziņas.”<sup>367</sup> Kā norādīts ārvalstu literatūrā, šādiem pacientiem novērota absolūta ķermeņa paralīze tai laikā, kad sajūtas un apziņa ir neskartas, kas praksē rada grūtības pat pieredzējušiem neirologiem „ieslēdzies sevī sindromu” nošķirt no veģetatīva stāvokļa<sup>368</sup> un bieži vien tiek uzstādīta kļūdaina diagnoze.<sup>369</sup> Turklāt „ieslēdzies sevī sindroms” var būt divējāds, t.i., gadījumi, kad muskuļu paralīze ir absolūta, un šādos gadījumos pacienta organisms nereaģē pat uz sāpju stimuliem, vai daļēja, kad pacients ir spējīgs sazināties tikai ar acu kustību, ļaujot diagnosticēt, ka pacients atrodas nomoda stāvoklī.<sup>370</sup>

Lai varētu turpmāk analizēt šā jautājuma iespējamās tiesiskos risinājumus, ir jāaplūko atsevišķi tiesu prakses gadījumi, kas attiecas uz ārstēšanas pārtraukšanu pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošām personām.

Vislielāko rezonansi analizējamā jautājumā tiesu praksē izsauca Karenas Ann Kvinlinas lieta (*Karen Ann Quinlan case*)<sup>371</sup>, kas bija pirmais precedents Amerikas Savienoto Valstu vēsturē, kad tika skatīts jautājums par pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošas pacientes atslēgšanu no dzīvību uzturošām iekārtām.

---

<sup>363</sup> Chau P-L., Herring J. *The Meaning of Death*. Grām.: *Death Rites and Rights*. Oxford and Portland, Oregon, 2007, p.15.

<sup>364</sup> Cranford R.E. *Brain Death and the Persistent Vegetative State*. Grām.: *Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients*. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.72.

<sup>365</sup> Jannett B. *The Vegetative State. Medical facts, ethical and legal dilemmas*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.15.

<sup>366</sup> „*Locked-in syndrome*” – tulkojums no angļu valodas „*ieslēdzies sevī sindroms*” (*aut. piez.*).

<sup>367</sup> Brāzma G. *Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana*. Jelgava: LLU, 2010, 96.lpp.; Bois-Pedain A. *Is There a Human Right to Die?* Grām.: *Death Rites and Rights*. Oxford and Portland, Oregon, 2007, p.83.

<sup>368</sup> Jannett B. *The Vegetative State. Medical facts, ethical and legal dilemmas*. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002, p.20.-21.

<sup>369</sup> Foley E.P. *The Law of Life and Death*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press, 2011, p.211.

<sup>370</sup> *Ibid.*

<sup>371</sup> Nūdzersijas Augstākās tiesas spriedums lietā: *In re Quinlan*, 348 A.2d 801 (N.J. Super. Ct. Ch. Div. 1975).

1975.gada 15.aprīlī K.A.Kvinlina tika nogādāta Ņūdžersijas hospitālī komas stāvoklī, ko izraisīja pārmērīgs alkohola un narkotisko vielu sajaukums, izraisot elpošanas pārtraukšanu. Slimnīcā viņa tika pieslēgta pie mākslīgās plaušu ventilācijas iekārtas. Turpmāko neiroloģisko izmeklējumu gaitā pacientei tika diagnosticēts smadzeņu bojājums, tomēr saskaņā ar Hārvardas Medicīnas Skolas Speciālās Komitejas izstrādātiem kritērijiem<sup>372</sup> smadzenes nebija pilnībā mirušas. Elektroencefalogramma uzrādīja smadzeņu aktivitāti, un pacientei tika novērota arī neapzināta muskuļu aktivitāte, reaģējot uz sāpēm, gaismu, skaņu un smaržu. Tika atzīts, ka paciente atrodas hroniskā veģetatīvā stāvoklī.

Trīs mēnešus vēlāk, samierinoties ar ārstu prognozēm par to, ka K.A.Kvinlina vairs nekad neatveseļosies un, ka nepastāv citu ārstēšanas alternatīvu, viņas tēvs Džozefs Kvinlins (*Joseph Quinlan*) ārstniecības iestādei izteica rakstveida lūgumu atslēgt meitu no respiratora, tomēr tās ārstējošais ārsts atteicās to darīt, pamatojot, ka šāda rīcība ir pret medicīnas standartiem, praksi un ārstu ētiku, turklāt tā tiktu atzīta par slepkavību.

Dž.Kvinlins kā likumiskais pārstāvis iesniedza prasību Ņūdžersijas pirmās instances tiesā, lūdzot pārtraukt ekstraordinārus pasākumus, kas tikai uztur vitālus procesus organismā. Tiesa 1975.gada 10.novembrī, pēc iepazīšanās ar lietas materiāliem, noraidīja prasītāja lūgumu, uzliekot par pienākumu turpināt dzīvību uzturošu aprūpi, savu lēmumu pamatojot ar to, ka K.A.Kvinlina neatbilst Hārvardas Medicīnas Skolas Speciālās Komitejas izstrādātiem smadzeņu nāves kritērijiem un tās atslēgšana no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām būtu atzīstama par slepkavību. Turklāt savā lēmumā tiesa norādīja, ka personām nepastāv konstitucionālu tiesību mirt, ko šajā lietā aizstāv nekompetenta bērna vecāki. Turpretim Ņūdžersijas Augstākā tiesa apmierināja Dž.Kvinlina apelācijas sūdzību un, atceļot zemākās instances tiesas lēmumu norādīja, ka tas pārkāpj K.A.Kvinlinas tiesības uz privātumu, kuras jārespektē ar viņas aizstāvju un ģimenes locekļu pārstāvniecību.

Pamatojoties uz Ņūdžersijas Augstākās tiesas lēmumu, K.A.Kvinlina tika atvienota no respiratora, tomēr organisms tobrīd bija spējīgs elpot jau patstāvīgi, tamdēļ tās nāve neiestājās, kā sākotnēji tika paredzēts. Turpmākos desmit gadus viņa joprojām atradās pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī, tika barota un nodrošināta ar šķidrumu mākslīgi, līdz 1985.gada 11.jūnijā iestājās organisma bioloģiskā nāve.

---

<sup>372</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšnodaļā.

Pretēji tiesa lēma tā saucamās Krūzanas pret Misūri Veselības departamenta direktoru (*Director, Missouri Department of Health*) lietā (*Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*)<sup>373</sup>.

Nensija Beta Krūzana (*Nancy Beth Cruzan*) divdesmit piecu gadu vecumā nokļuva autoavārijā un tā dēļ, ka nebija piesprādzējusies ar drošības jostām, no trieciena izkrita no automašīnas caur logu, iekrītot grāvī. Pēc ceļu satiksmes negadījuma, ierodoties mediķiem, viņiem izdevās atjaunot sirdsdarbību un elpošanu, taču dēļ tā, ka N.B.Krūzanas smadzenes nesaņēma skābekli vismaz piecpadsmit minūšu garumā, tas izraisīja apziņas zudumu.

Aptuveni pēc trīs nedēļām veģetatīvs stāvoklis sāka progresēt. Lai arī N.B.Krūzana bija spējīga patstāvīgi uzņemt barības vielas, to daudzums nebija pietiekošs, lai nepasliktinātos veselības stāvoklis, tamdēļ N.B.Krūzanas vīrs no veselības iestādes administrācijas panāca, lai to pieslēdz pie gastroloģiskās caurules, ar kuras palīdzību viņa tika mākslīgi barota un nodrošināta ar šķidrumu.

Četrus gadus vēlāk N.B.Krūzanas vecāki iesniedza Misūras pirmās instances tiesā prasību ar lūgumu atvienot meitu no iekārtām, kas mākslīgi nodrošina tās organismu ar barības vielām un šķidrumu. Izskatot lietas materiālus, tiesa apmierināja iesniedzēju lūgumu, savu lēmumu pamatojot ar to, ka N.B.Krūzanei pastāv fundamentālas tiesības saskaņā ar Misūras štata un Amerikas Savienoto Valstu konstitūciju atteikties no ārstēšanas, kas attiecas arī uz mākslīgām iekārtām, kas nodrošina tās organismu ar barības vielām un šķidrumu. Tomēr vēlāk Misūras Augstākā tiesa atcēla šo tiesas lēmumu, to pamatojot ar apstākli, ka, lai nekompetentam cilvēkam drīkstētu pārtraukt dzīvību uzturošu ārstēšanu, ir jāiegūst pārliecinoši pierādījumi tam, ka šāds lēmums saskan ar paša cilvēka vērtībām un patiesām vēlmēm. Šo atziņu attiecinot uz minētās lietas faktiskajiem apstākļiem, Misūras Augstākā tiesa norādīja, ka vienīgais pierādījums tam, ka N.B.Krūzana tik tiešām vēlētos, lai šāda veida ārstēšana tiktu pārtraukta, būtu tad, ja vēl pirms ceļu satiksmes negadījuma viņa kādam būtu paziņojusi, ka apstākļos, kad viņa tiktu vai nu ievainota, vai arī saslimtu, nevēlētos turpināt dzīvot, ja vien tiktu nodrošināta puslīdz normāla dzīve. Ievērojot to, ka N.B.Krūzanas gadījumā netika iegūts pietiekams pierādījumu klāsts par to, ko viņa būtu izvēlējusies, būdama kompetenta, Misūras Augstākā tiesa tās atvienošanu no medicīniskām iekārtām atzina par nepieļaujamu.

Arī Amerikas Savienoto Valstu Augstākā tiesa, izskatot jautājumu, vai N.B.Krūzanei saskaņā ar Amerikas Savienoto Valstu Konstitūciju ir tiesības lūgt veselības iestādei atvienot to no dzīvību uzturošām iekārtām atzina, ka Misūras Augstākā tiesas lēmums bijis pamatots, ievērojot to, ka persona ir nekompetenta. Vienlaikus savā 1990.gada 25.jūnija spriedumā tiesa atzina, ka Amerikas Savienoto

---

<sup>373</sup> Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Cruzan v. Dir., Mo. Dep't of Health*, 497 U.S. 261 (1990).



Valstu Konstitūcija aizsargā kompetentu personu tiesības atteikties no dzīvību uzturošas ārstēšanas, kas, tostarp, ir attiecināms uz organisma mākslīgu nodrošināšanu ar hidrāciju un barības vielām.

Attiecībā uz iesniedzēju pamatojumu par to, ka nekompetentai personai piemīt tādas pašas respektējamas tiesības, kādas paredzētas kompetentām personām, Amerikas Savienoto Valstu Augstākā tiesa norādīja, ka nekompetenta persona nav spējīga izdarīt informētu un brīvprātīgu izvēli, lai izmantotu hipotētiskas tiesības atteikties no ārstēšanas vai izmantot jebkādas citas savas tiesības. Šādas „tiesības” viņas labā jāizmanto ar pārstāvju palīdzību, tomēr minētiem gadījumiem ir paredzēta zināma procedūra, lai pārliecinātos, ka pārstāvji rīkojas tik tiešām pārstāvamā interesēs, respektējot pacienta patieso gribu, ko viņš bija izteicis, vēl būdams rīcībaspējīgs. Tamdēļ ikvienā šādā gadījumā Misūras štatā tiek pieprasīti pārliecinoši pierādījumi tam, ka nekompetenta persona tik tiešām vēlas atteikties no ārstēšanas, jo šie standarti aizsargā nekompetentu personu tiesības uz dzīvību no ikviena to nesankcionēta apdraudējuma.

Kā pēdējo analizējamā jautājumā jāmin Eirdeila N.H.S. Trasta pret Blendu lieta (*Airdale N.H.S. Trust v. Bland*)<sup>374</sup>, kas uzskatāma par pirmo precedentu Lielbritānijas judikatūras vēsturē, kad tiesa atļāva pacientam nomirt, pārtraucot mākslīgu dzīvību uzturošu ārstēšanu, tostarp tā nodrošināšanu ar barības vielām un šķidrumu.

Tonijs Blends (*Tony Blands*) bija septiņpadsmit gadus vecs jauniešs, viens no upuriem, sagrūstot Hillsborovas Stadionam 1989.gada 15.aprīlī, kad deviņdesmit pieci futbola fani gāja bojā. T.Blends nelaiemes gadījumā izdzīvoja, bet nekad nav nācis pie samaņas smadzeņu neatgriezeniska bojājuma dēļ. Viņš atradās pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī nepilnus četrus gadus un tika uzturēts pie dzīvības, vienīgi mākslīgi nodrošinot tā organismu ar barības vielām un šķidrumu, un, pielietojot antibiotiku kursu, kas bija paredzēti, lai novērstu infekcijas. Lai arī elektroencefalogramma un datortomogrāfija neuzrādīja nekādu aktivitāti smadzeņu garozā, tā smadzeņu stumbrs bija neskarts, saglabājot vitāli svarīgo funkciju izpildi – sirdsdarbību, elpošanu un gremošanu, tamdēļ juridiski viņš bija atzīstams par dzīvu cilvēku. Tomēr ārsti, kas veica T.Blenda aprūpi, nedeva nekādas cerības, ka viņš jebkad atgūs samaņu.

Uzskatot, ka turpmāka ārstēšana kļuvusi nelietderīga, ārsti, saņemot T.Blenda vecāku piekrišanu, vērsās ar prasību tiesā atļaut pārtraukt jebkādu dzīvību uzturošu ārstēšanu, šādi ļaujot pacientam nomirt ar cieņu, bez sāpēm un ciešanām, nodrošinot ārstiem imunitāti pret iespējamo kriminālatbildību par slepkavību. Tiesa, izskatot lietas materiālus apmierināja prasību, uzskatot, ka

---

<sup>374</sup> Airdale N.H.S. Trust v. Bland. [1993] A.C. 789. Citēts pēc: Gorsuch N.M. The Future of Assisted Suicide and Euthanasia. United Kingdom: Princeton University Press, 2006, p.208.-209.

dzīvību uzturoša atbalsta pārtraukšana ir pacienta labākajās interesēs, kas turklāt nekonfliktē ar medicīnas praksi.

Valsts nodrošināts advokāts, kas pārstāvēja T.Blenda intereses, pārsūdzēja tiesas lēmumu, tomēr arī Apelācijas tiesa atstāja iepriekšējās tiesas instances spriedumu negrozītu.

Apelācijas tiesas lēmums tika pārsūdzēts Lordu Palātas Juridiskai Komisijai (*Judicial Committee of the House of Lords*), kas 1993.gada 4.februārī sūdzību atzina par nepamatotu. Savu lēmumu Lordu Palātas Juridiskā Komisija pamatoja ar to, ka mākslīga organisma nodrošināšana ar barības vielām un šķidrumu ir viena no ārstēšanas formām. Ņemot vērā, ka pacients ir zaudējis apziņu un saskaņā ar ārstu slēdzienu nepastāv izveseļošanās iespēju, T.Blenda ārstēšanas pārtraukšana ir medicīniski pamatota rīcība, jo dzīves kvalitātes skatījumā tās mākslīga paildzināšana nav pacienta interesēs. T.Blendam ārstēšana tika pārtraukta 1993.gada 3.martā.

Kā redzams no minētajiem piemēriem, vienprātības analizējamā jautājumā tiesu praksē nav, jo ārstēšanas pārtraukšana pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošām personām ir viens no strīdīgākajiem jautājumiem medicīnas un tiesību jomā vien tamdēļ, ka robežlīnija starp medicīniski korektu rīcību un noziedzīgu nodarījumu, kas vērstas pret personas dzīvību, jeb pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, ir tik tikko jaušama.

Pašlaik domstarpības nerodas tajos gadījumos, kad pacients šādiem gadījumiem laikus ir atstājis saistošus norādījumus, un tā autonomijas ievērošana pieprasa ārstēšanas pārtraukšanu. Tā ir subjekta brīva izvēle un ārstniecības persona šādos gadījumos ir tikai gribas izpildes instruments. Turpretim tiesiski neviennozīmīgu vērtējumu iegūst visi tie gadījumi, kad pacienta patiesā griba nav zināma, bet turpmāka veselības aprūpe ārstniecības personu vai pacienta pārstāvju ieskatā ir veltīga un/vai ir mokoša slimniekam.

Lai atbildētu uz jautājumiem, vai ārstēšanas pārtraukšana pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošām personām, kas, nenoliedzami, galarezultātā izraisīs to bioloģisko nāvi, ir medicīniski korekta rīcība vai tomēr pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija un, vai ir jārespektē arī nekompetentu personu autonomija, ko viņu vietā realizē to pārstāvji, atkārtoti ir jāatgriežas pie jautājuma, kādos gadījumos dzīva būtne zaudē savu apzīmējumu „cilvēks kā persona”.

Šobrīd, lieki neatkārtojot promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšnodaļas ietvaros paustās atziņas, svarīgi norādīt vien to, ka, lai arī personības raksturojošais elements tik tiešām ir apziņas esamība, un smadzeņu garozas nāves gadījumos turpmāk norit tikai cilvēka bioloģiskā dzīve<sup>375</sup>, pastāvīgā

---

<sup>375</sup> Cranford R.E. Brain Death and the Persistent Vegetative State. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.64.

veģetatīvā stāvoklī esošas personas atzīt par mirušām juridiski nav pieļaujams galvenokārt divu apsvērumu dēļ.

Pirmkārt, pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī pacientiem tiek diagnosticēti tikai smadzeņu garozas bojājumi vai nāve tai laikā, kad smadzeņu stumbrs ir neskarts, kas nodrošina arī turpmāku organisma bioloģisko procesu norisi, izpildot vitāli svarīgas funkcijas un, tātad, organisma dzīvotspēja ir autonoma. Un, otrkārt, pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošās personas *de jure* pasludinot par mirušām vien tamdēļ, ka tām nav apziņas, par tādām būtu jāatzīst arī ikviena cita rīcībnespējīga persona, kas sava psihiskā stāvokļa dēļ, piemēram, plānprātība, patstāvīgi nespēj realizēt savu likumisko interešu un tiesību aizsardzību, kas, protams, būtu absurdi. Tamdēļ jāsecina, ka ik reizi, kad tiek lemts jautājums par ārstēšanas pārtraukšanu pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošam pacientam, tiek spriests par dzīvas personas<sup>376</sup> dzīvības un nāves jautājumu, savukārt sekas būs tiešā cēloņsakarībā ar pieņemto lēmumu.

Kā nākamais jautājums, uz kuru jāatbild, vai gadījumos, kad tiek pārtraukta ārstēšana, nesāņemot uz to personas lūgumu, ir vispār pieļaujams runāt par pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju.

Kā jau tas norādīts iepriekš, atšķirībā no tiem pacientiem, kuriem diagnosticēta smadzeņu nāve, pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošās personas parasti reaģē gan uz sāpju stimuliem, gan arī uz citiem ārējiem kairinājumiem. Tātad, *de jure*, ir jāatzīst, ka to organisms nav „vienaldzīgs” pret sāpēm. Tomēr šajā sakarībā ir īpaši jāuzsver, ka veģetatīvā stāvokļa specifika izpaužas reaģēšanā uz sāpju stimuliem instinktu, nevis apziņas, līmenī. Savukārt promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunktā ir īpaši uzsvērts, ka, lai varētu runāt par eitanāziju, ir obligāti jākonstatē mokošo sāpju un ciešanu ne tikai esamība, bet arī to apzināšanās, t.i., pacientam ne tikai tās jāizjūt, bet arī jāsaprot, ka viņš cieš. Tamdēļ visos tajos gadījumos, kad pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošam pacientam tiek pārtraukta ārstēšana, tās izpildītāja rīcība jāvērtē vai nu kā korekts medicīniskais lēmums, vai arī kā nodarījums, kas vērsts pret personas dzīvību un ir pakļaujams krimināltiesību vērtējumam.

Un kā pēdējais, apziņu zaudējušu personu vietā lēmumus, kas skar dzīvības un nāves jautājumu, nevar deleģēt trešām personām, jo pārstāvniecības institūts neparedz autonomijas pārņemšanu, ja vien persona to laikus nav atrunājusi kādā no gribas izteikšanas formām, kas apstiprinājumu gūst arī iepriekš analizētajā N.B.Krūzanas lietā. Tamdēļ ikviena ārstēšanas pārtraukšana leģitīmu mērķi iegūst vienīgi tad, kad tā tiek pamatota ar ārstu konsīlija slēdzienu par to, ka tās turpmāka izmantošana ir vai nu nelietderīga, vai arī var būt pārlietu mokoša pacientam un tikai tad, ja tas tiek darīts pacienta interešu aizsardzības labad. Savukārt tajos gadījumos, kad rīcībnespējīga

---

<sup>376</sup> Arī ārvalstu doktrīnā netiek apšaubīts, ka pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošie cilvēki atzīstami par dzīviem. Sk., piemēram: Paterson C. Assisted Suicide and Euthanasia. A Natural Law Ethics Approach. England: Ashgate Publishing Limited, 2008, p.130.

pacienta pārstāvji iebilst pret ārsta konsīlija lēmumu, ārstēšanas pārtraukšana nav pieļaujama un tā ir turpināma, līdz tiek panākts konsensus vai arī pacientam iestājas smadzeņu vai bioloģiskā nāve. Visos citos gadījumos ārstniecības vai jebkuras citas personas darbības, kas vērstas uz ārstēšanas pārtraukšanu, nenoskaidrojot nedziedināmi slimas personas patieso gribu, ir atzīstama par kriminālsodāmu nodarījumu, kas vērsts pret personas dzīvību, t.i., slepkavību.

Šajā sakarībā neiztur kritiku arī ārvalstu literatūrā izskanējušais arguments, ka pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošu pacientu aprūpe ir dārga un resursus nesaudzējoša, par piemēru minot, ka bieži vien ir jāizmanto tādi tehniskie resursi kā mākslīgā elpināšanas sistēma, medikamenti – antibiotikas, insulīns, mākslīga barošana un organisma nodrošināšana ar šķidrumu, higiēnas pasākumi utt.<sup>377</sup>, jo valstij jā rūpējas par savu iedzīvotāju veselību neatkarīgi no tā, cik cilvēku un ekonomisko resursu šāda aprūpe pieprasa un vai galarezultātā tā vainagosies ar panākumiem. Tomēr ētiskā šķērsgrīzumā minētais jautājums joprojām ir neatrisināms un šajā sakarībā pārdomu vērtā ir V.Saļņikova (*В. Сальников*), E.Kuzņecova (*Э.Кузнецов*) un O.Starovoitovas (*О.Старовойтова*) atziņa, ka „[...] dzīve tiek raksturota ne tikai ar tās ilgumu, bet arī, pirmām kārtām, ar tās kvalitāti. Procedūras, kas veicina, kā tas ir ierasts uzskatīt, dzīves ilguma pagarināšanu, ir vērstas, drīzāk, uz miršanas procesu. „Dzīves kvalitātes” izpratne ietver sevī divus momentus: objektīvo un subjektīvo. Objektīvie dzīves kvalitātes parametri nevar būt vērsti tikai uz klīnisko problēmu risinājumu. Ja cilvēks uz visiem laikiem zaudē spējas spriest, radīt, mīlēt, pārdzīvot, tā „veģetatīvam stāvoklim” nav nozīmes, pat ja šis stāvoklis tiks mākslīgi pagarināts vēl uz kādu laiku. Nenoliedzami, dzīves kvalitātes novērtējums ir subjektīvs, tāpēc nevajadzētu noliegt tādu ārstēšanas formu un preparātu izmantošanu, kas kupētu, mazinātu smagos miršanas simptomus [...].”<sup>378</sup>

Lai arī mūsdienu medicīna balstās uz pacienta informētas piekrišanas pamata, kā pareizi atzīmē G.Brāzma, „[...] **autonomijas respektēšanas principa** postulēšana pati par sevi neatrisina eitanāzijas ētiskās problēmas, jo eitanāzija (kā arī ārsta asistētā pašnāvība) ir arī ārsta rīcība. **Galīgo** lēmumu par to, veikt vai neveikt eitanāziju (vai arī – izsniegt vai neizsniegt letālo medikamentu devu) tomēr pieņem ārsts.”<sup>379</sup> Vēl jo vairāk, autonomijas principa respektēšana, pirmām kārtām, neatrisina arī eitanāzijas tiesiskos jautājumus, jo viena lieta ir piekrist vai atteikties no ārstēšanas, pat ja tā rezultātā iestāsies dabiskā nāve, turpretim pretēju tiesisko vērtējumu iegūst visi tie gadījumi, kad nāve tiek

<sup>377</sup> Cranford R.E. Brain Death and the Persistent Vegetative State. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982, p.72.-73.

<sup>378</sup> Сальников В.П., Кузнецов Э.В., Старовойтова О.Э. Право на смерть в системе соматических прав человека. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элсер А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003, с.358.

<sup>379</sup> Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010, 64.lpp.

izraisīta priekšlaicīgi, dzīvības izbeigšanas procesā iesaistot trešās personas, formulējot vienu no strīdīgākiem jautājumiem – vai cilvēka tiesības uz dzīvību paredz arī tiesības uz nāvi, un atbilde uz to nosaka rīcības brīvības faktisko robežu.

Nenoliedzami, svarīgāko tiesību spektrā, ar kurām ir apveltīts ikviens cilvēks – ierindojas tiesības uz dzīvību.<sup>380</sup> Minētās dabiskās tiesības, par kurām apgaismības laikmeta angļu filozofs Džons Loks (angl. *John Locke*; 29.08.1632. – 28.10.1704.) savulaik rakstīja, ka tās „[...] nekad netiks atceltas, jo cilvēki šo likumu nevar atcelt, jo ir tam pakļauti, bet pakļautie nevar patvaļīgi mainīt likumus, un arī Dievs, protams, nevēlēsies to”<sup>381</sup>, bet mūsdienās Matias Kēnings (*Matthias Koenig*) ar tām apzīmē prasības, kas balstītas uz spēkā esošajām tiesībām, taču to leģitimitāte pamatota augstākā normatīvā kārtībā<sup>382</sup>, nodrošina, ka indivīdam pieder tiesības uz eksistenci kā tādu, neatkarīgi no viņa nacionalitātes vai rases, pilsonības, sociālā un ekonomiskā stāvokļa, reliģiskās piederības, veselības stāvokļa utt. Tiesības uz dzīvību ir svarīgākā un nozīmīgākā personas sociālā vērtība, jo visas pārējās tiesības, brīvības un pienākumi cilvēka nāves gadījumos zaudē savu nozīmību.<sup>383</sup> Tiesību uz dzīvību garantēšana ir ikkatras demokrātiskas valsts un sabiedrības neatņemama sastāvdaļa un, kā jau tas norādīts promocijas darba ievadā, pašlaik šādas tiesības ir nostiprinātas ne vien demokrātisko valstu konstitūcijās, bet arī virknē starptautisko cilvēktiesību dokumentos.

Jau „Izstrādājot Vispārējo cilvēktiesību deklarāciju, tika apstiprināts, ka tiesības uz dzīvību ir fundamentālas tiesības, augstākās tiesības (*supreme right*). [...] Tomēr dzīvības aizsardzības jautājums vienmēr radījis domstarpības reizē, kad tiek spriests par [...] eitanāzijas ētiskajiem, reliģiskajiem, juridiskajiem un citiem aspektiem.”<sup>384</sup> Un, lai arī cilvēktiesības pēc būtības ir vērstas uz brīvību un

---

<sup>380</sup> Kā savā spriedumā norādījusi Latvijas Republikas Satversmes tiesa: „[...] tiesības uz dzīvību tiek atzītas par vienu no augstākajām vērtībām cilvēktiesību ietvaros. [...] tiesības uz dzīvību nodrošina cilvēka fizisko eksistenci kā priekšnoteikumu cilvēka garīgajai eksistencei un jebkādi viņa rīcībai vai uzvedībai. Tiesības uz dzīvību veido visu citu cilvēka pamattiesību īstenošanas priekšnoteikumu.” Sk.: Par Ministru kabineta 2006. gada 31. oktobra noteikumu Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” 92. punkta otrā teikuma vārdu „zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirto līdzekļu ietvaros”, 94. punkta vārdu „izņemot šo noteikumu 100.<sup>1</sup> punktā minēto gadījumu”, 100. punkta vārdu „ne vairāk kā 10 000 latu apmērā vienam pacientam 12 mēnešu periodā” un 100.<sup>1</sup> punkta otrā teikuma atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 93. un 110. pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010. gada 7. janvāra spriedums lietā Nr. 2009-12-03. 14. punkts. Pieejams: [http://www.satv.tiesa.gov.lv/upload/spriedums\\_2009-12-03.htm](http://www.satv.tiesa.gov.lv/upload/spriedums_2009-12-03.htm) [aplūkots 2015. gada 27. martā].

<sup>381</sup> Локк Дж. Сочинения в трех томах. Том 3. Москва: Издательство «Мысль», 1988, с.46.

<sup>382</sup> Kēnings M. Cilvēktiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2010, 15.lpp.

<sup>383</sup> Капинус О.С. Этаназия в свете права на жизнь. Grām.: Конституционные основы уголовного права. Материалы I Всероссийского конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. Москва: «Проспект», 2006, с.242. Sk. arī: Vildbergs H.J., Feldhüne G. Atsauces Satversmei: mācību līdzeklis. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003, 101.lpp.; Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. Москва: Издательство МНИМП, 1998, с.119.; Gabrieljans A. Eitanāzijas ētiskais un tiesiskais aspekts cilvēka tiesību uz dzīvību kontekstā. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2013, Nr.3, 15.lpp.

<sup>384</sup> Pleps J., Pastars E., Plakane I. Konstitucionālās tiesības. Rīga, Latvijas Vēstnesis, 2004, 671.-672.lpp.

autonomiju<sup>385</sup>, tomēr neviens no starptautiskiem cilvēktiesību dokumentiem pašlaik nerisina eitanāzijas jautājumu<sup>386</sup>, tādējādi izvērsot atklātu diskusiju, vai eitanāzijas praktizēšana ir pieļaujama un vai dzīves izbeigšana ar „*vieglās nāves*” palīdzību ir cilvēka pamattiesības.

Nozīmīgu ieguldījumu eitanāzijas problēmas juridisko aspektu precizēšanā ir sniegusi Eiropas Cilvēktiesību tiesa, kas 2002.gada 29.aprīlī Pritijas pret Apvienoto Karalisti lietā<sup>387</sup> (*Case of Pretty v. The United Kingdom*) skaidroja – vai tiesības uz dzīvību ietver sevī arī tiesības uz nāvi kontekstā ar Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas<sup>388</sup> 2.pantu.

Diāna Pritija (*Diane Pretty*) bija četrdesmit trīs gadu vecumu sasniegusi sieviete, kurai tika uzstādīta diagnoze – neirodeģeneratīvās centrālās nervu sistēmas slimība, kā rezultātā viņas nāve tuvākajā laikā bija neizbēgama un tā izpaustos, personai nosmokot. Uz lietas izskatīšanas brīdi D.Pritija bija jau paralizēta, praktiski zaudējusi savas runas spējas un bez iespējām patstāvīgi uzņemt barības vielas, bet, tai pat laikā, persona bija pie samaņas un rīcībspējīga. D.Pritija lūdza tiesu atzīt, ka viņai ir tiesības noteikt, kad un kā aiziet no dzīves ar cieņu, jo, viņasprāt, Lielbritānijas Galvenā prokurora atteikums ļaut viņas vīram asistēt pašnāvības izdarīšanā, kas Lielbritānijā saskaņā ar 1961.gada Pašnāvības akta (*Suicide Act*) 2.panta pirmo daļu atzīstama par noziedzīgu nodarījumu, neizvirzot pret viņu apsūdzību, pārkāpa viņas tiesības, kas nostiprinātas Konvencijas 2. (Tiesības uz dzīvību), 3. (Spīdzināšanas aizliegums), 8. (Tiesības uz privāto un ģimenes dzīvi), 9. (Domu apziņas un reliģijas brīvība) un 14. (Diskriminācijas aizliegums) pantā.

Tiesa, izvērtējot lietas apstākļus, nekonstatēja, ka D.Pritijas gadījumā būtu pārkāpts kaut viens no minētajiem Konvencijas pantiem.

Konvencijas 2.panta sakarībā tiesa noteica, ka minētais pants aizsargā fundamentālas tiesības uz dzīvību, bez kurām citu Konvencijā paredzēto tiesību un pienākumu izmantošana nav iespējama, vienlaikus atrunājot tos gadījumus, kad dzīvības atņemšana var tikt atzīta par attaisnojamu. Konvencijas 2.panta pirmā daļa uzliek par pienākumu valstīm ne tikai atturēties no tīšas un pretlikumīgas dzīvības atņemšanas, bet arī pieņemt atbilstošus pasākumus tās jurisdikcijā esošo personu dzīvības aizsardzībai, kas panākams ar efektīvām krimināltiesību normām, lai atturētu

---

<sup>385</sup> Kēnings M. Cilvēktiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2010, 13.lpp.

<sup>386</sup> Mīts M. Tiesības uz dzīvību. Grām.: Cilvēktiesības pasaulē un Latvijā. Rīga: SIA „Izglītības soļi”, 2000, 71.lpp.

<sup>387</sup> Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 2346/02 Case of Pretty v. The United Kingdom, 29 April 2002, para. 37 – 41, 44 – 46, 48, 49, 54, 55, 61, 68 – 70, 74, 82, 83, 86 – 89. Te gan jāpiezīmē, ka ārvalstu doktrīnā minētais spriedums vairakkārt ticis pakļauts kritikai un atsevišķi autori argumentē, ka asistēšana pašnāvībā limitētos apstākļos ir pieļaujama saskaņā ar Konvencijas priekšrakstiem. Sk. par to plašāk, piemēram: Morris D. Assisted Suicide under the European Convention on Human Rights: a Critique. Grām.: European Human Rights. Law Review. 2003, Volume 8. London: Sweet&Maxwell, 2003, p.65.-91.

<sup>388</sup> Turpmāk tekstā – „*Konvencija*”.

indivīdus no noziedzīgiem nodarījumiem, kas to apdraud, bet to izdarīšanas gadījumos sauktu pie atbildības un sodītu vainīgās personas.

Tiesa neuzskata, ka Konvencijas 2.pantā garantētās tiesības uz dzīvību drīkst interpretēt negatīvā aspektā. Lai arī Konvencijas 2.pants neatrunā dzīves kvalitātes jautājumu vai to, ko cilvēks izvēlas darīt ar savu dzīvību, tomēr tiesības uz dzīvību nevar tikt interpretētas kā diametrāli pretējas tiesības, t.i., kā tiesības uz nāvi, un vienlaikus no panta neizriet cilvēka pašnoteikšanās tiesības izvēlēties nāvi, nevis dzīvību. Tiesības uz nāvi neeksistē, un ne trešās personas, ne arī valsts vara tās nevar atvasināt no Konvencijas 2.panta.

Lai arī prasītāja argumentēja, ka ar atteikumu akceptēt tiesības uz nāvi saskaņā ar Konvencijas normām, tiek atzīts, ka valstis, kas pieļauj eitanāziju<sup>389</sup>, faktiski to pārkāpj, tiesa savā spriedumā norādīja, ka šajā lietā tiesai nav uzdevums dot vērtējumu, vai ikvienas citas valsts likumi, kas neaizsargā tiesības uz dzīvību, ir vai nav tiesiski.<sup>390</sup>

Savukārt Konvencijas 3.panta sakarībā tiesa atzina, ka, lai arī prasītāja apgalvo, ka saņemtais atteikums ļaut tās vīram asistēt viņas pašnāvībā ir vērtējama kā necilvēcīga un pazemojoša ārstēšana, par ko ir atbildīga valsts, kas nepasargā viņu no ciešanām, kas paredzamas, slimībai sasniedzot terminālo stadiju, tiesa norādīja, ka interpretējot normas, jāievēro gan Konvencijas kopējie mērķi, gan arī to, ka tā paredz cilvēka tiesību aizsardzības sistēmas kopumu. Konvencijas 3.pants ir interpretējams kontekstā ar 2.pantu, kas atspoguļo demokrātiskas sabiedrības atzītās pamatvērtības. Un tiesa uzsvēra, ka Konvencijas 2.pants, pirmām kārtām, aizliedz jebkādas darbības, kas var izraisīt cilvēka nāvi, un nepiešķir cilvēkam tiesības pieprasīt, lai valsts pieļautu vai veicinātu tā nāvi. Līdz ar to, tiesa secināja, ka Konvencijas 3.pants neparedz tiesības lūgt valstij nodrošināt veidu, kā izdarīt pašnāvību, lai novērstu bailes no sagaidāmās nāves.

Attiecībā par Konvencijas 8.pantu, kas paredz tiesības uz privātās un ģimenes dzīves neaizskaramību, tiesa secināja, ka, lai arī cilvēka autonomijas princips ir nozīmīgs panta interpretācijā, judikatūrā ir atzīts, ka valsts paredzētas krimināltiesiskās sankcijas var būt attaisnojamas saskaņā ar Konvencijas 8.panta otro daļu, ja tas tiek pamatots tikai un vienīgi ar demokrātiskas sabiedrības interesēm, un tā izlemšana ir piekritīga katrai dalībvalstij individuāli. Šajā gadījumā asistēto pašnāvību

---

<sup>389</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas apakšpunktus no 1 – 4.

<sup>390</sup> Te gan jāpiezīmē, kā norādīts Starptautiskā pakta par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām komentāros, Eiropas Cilvēktiesību tiesa nav nosodījusi Nīderlandes eitanāziju legalizējošu likumu 6.panta kontekstā un atzina, ka brīvprātīgās eitanāzijas praktizēšana „izņēmuma gadījumos” bija pieļaujama. Sk. par to plašāk: Joseph S., Schultz J., Castan M. The International Covenant on Civil and Political Rights. Cases, Materials, and Commentary. Second Edition. United States, New York: Oxford University Press, 2004, p.191.-192.

aizliegums tika ieviests ar mērķi aizsargāt cilvēku dzīvību, un, tāpat, atzīstams par pamatotu un samērīgu citu personu tiesību ierobežojumiem.

Turpretim Konvencijas 9.panta sakarībā tiesa atzina, ka prasītājas lūgums nav balstīts uz reliģiskās vai domas brīvību un tamdēļ tā pamatotība nav vērtējama minētā panta kontekstā, bet drīzāk autonomijas principa ietvaros, kas atrunāts Konvencijas 8.pantā, kā dēļ tika atzīts, ka prasītājas saņemtais atteikums ļaut tās vīram asistēt viņas pašnāvībā, nepārkāpj Konvencijas 9.pantu.

Tiesa neatzina D.Pritijas prasību par pamatotu arī attiecībā par Konvencijas 14.panta pārkāpumu, kas paredz diskriminācijas aizliegumu. Lai arī prasības iesniedzēja argumentēja, ka valsts likums diskriminē to personu tiesības izdarīt pašnāvību, kuras pašas fizisko trūkumu dēļ to nav spējīgas izdarīt, tai laikā, kad pašnāvības izdarīšana kā tāda nav kriminālsodāms nodarījums, tiesa savā spriedumā norādīja, ka par diskrimināciju pieļaujams runāt vienīgi tad, kad atšķirīga attieksme pret cilvēkiem, kuri atrodas analogā vai relatīvi līdzīgā situācijā, objektīvi nav pamatota. Pašnāvības likumā paredzot izņēmumu tām personām, kuras pašas nav spējīgas realizēt pašnāvības aktu, apdraudētu to personu aizsardzību, kā dēļ šāds likums vispār tika pieņemts, pieaugot riskam tā ļaunprātīgai izmantošanai<sup>391</sup>, tamdēļ atzīt, ka valsts būtu pārkāpusi Konvencijas 14.pantu, nav juridiska pamata.

Ievērojot pienākumus, kas izriet no Konvencijas 2.panta, par cilvēka dzīvības „garantu” ierasti katrā demokrātiskā valstī „kalpo” nacionālie kriminālkodeksi, jo valsts, savas iniciatīvas vadīta, izmantojot represīvo aparātu, uzņemas šīs tiesības aizsargāt. Izņēmums nav arī Latvija, kuras Krimināllikumā šobrīd ir ietverti astoņi panti, kas paredz atbildību par citas personas prettiesisku nonāvēšanu, normas konstruējot vai nu ar atbildību pastiprinošiem un sevišķi pastiprinošiem vai mīkstinošiem apstākļiem, vai arī bez tiem. Šķiet, pašsaprotami, ka tik vitāli svarīgas tiesības savu aizsardzību rod tieši krimināltiesībās. Kā savulaik norādījis profesors P.Mincs, analizēdams valsts pienākumu cilvēka dzīvības aizsardzības jomā, „[...] likums to apsarga pat pret tā īpašnieka gribu, publiskās interesēs. [...] tiesības kriminalpolitisku apsvērumu dēļ dziļi ieinteresētas priekšstata nostiprināšanā par cita dzīvības neaizskaramību visādos nosacījumos.”<sup>392</sup> Turklāt minētais princips nav pamatojams vien ar valsts kriminālpolitikas koncepciju cilvēktiesību garantēšanā, bet vistiešākajā veidā izriet arī no sociāliem un ekonomiskiem faktoriem.

Ikvienas valsts svarīgākais raksturojošais elements ir ne tikai tās teritorija, bet arī iedzīvotāji, bez kuriem nav iedomājama valsts pastāvēšana. Valsts ne tikai ir ieinteresēta nodrošināt drošu eksistences vidi tās iedzīvotājiem, jo, kā norāda L.R.Kass, likumi, kas ir pret slepkavību, nenoliedzami,

<sup>391</sup> Sk., piemēram: Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 31322/07 Haas v. Switzerland, 20 January 2011, para. 56 – 58.

<sup>392</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939, 206.-207.lpp.



ir sociāli noderīgi, jo šāds nodarījums netieši apdraud arī pilsoņu sabiedrību<sup>393</sup>, bet arī radīt priekšstatu, ka augstākā atzītā vērtība tajā ir tieši cilvēks un svarīgākais, kas tam piemīt – viņa dzīvība. Šajā sakarībā svarīga ir P.Minca atziņa, ka, „Ja ar soda piedraudējumu apsarga no iznīcināšanas arī citas dzīvas būtnes, tad tikai kā privāta īpašuma priekšmetus vai kā tautas rocības sastāvdaļas. Atšķirībā no tām cilvēku apsarga kā *pašmērķi*, kam vispirms pašam par sevi tiesības uz eksistenci, bez jebkādiem ārpus viņa esošiem mērķiem. Tā kā cilvēks līdz ar to sastāda daļu no iedzīvotājiem, kas ir svarīgākais valsts elements, tad cilvēku apsarga arī valsts interesēs.”<sup>394</sup> Arī M.Vidaiku (*M.Budaiky*) pauž līdzīgu atziņu norādot, ka ikvienā valstī un visos laikos cilvēka dzīvībai ir neapstrīdama sociāla vērtība neatkarīgi no vēsturiskā attīstības etapa, ekonomiskās vai politiskās situācijas.<sup>395</sup> Turpretim prettiesiska dzīvības izbeigšana, atšķirībā no daudziem citiem noziedzīgiem nodarījumiem, ar savu apdraudējumu vienmēr rada neatlīdzināmu kaitējumu šādām ar likumu aizsargātām interesēm.

Turklāt ikviens šāds nodarījums raksturojas ar augstu bīstamības pakāpi sabiedrībai kopumā, apdraudot tās turpmāku pastāvēšanu un arī sekmīgu funkcionēšanu jeb, kā atzīst Andrejs Judins, tāda kaitējuma nodarīšana kā nonāvēšana jebkuros apstākļos tiek raksturota kā sociāli bīstama.<sup>396</sup> Minēto atziņu savulaik ir pamatojusi arī M.Blūma, analizējama cietušā piekrišanas viņa nonāvēšanai krimināltiesisko dabu<sup>397</sup>, norādot, ka „Cietušā piekrišanu viņa interešu apdraudējumam neuzskata par apstākli, kas izslēdz nodarījuma sabiedrisko bīstamību un prettiesiskumu, ja ar to tiek nodarīts kaitējums kādām valsts, sabiedrības vai pilsoņu interesēm vai arī ja cietušā intereses, kurām tiek nodarīts kaitējums vai zaudējums, neatrodas viņa brīvā rīcībā”<sup>398</sup>, un piebilstot, ka brīvi rīkoties ar tādu interesi kā dzīvība cilvēks nebūt nevar, jo šāds nodarījums apdraud arī valsts un sabiedrības intereses.<sup>399</sup> Šajā sakarībā būtiska ir arī P.Minca piebilde – „Civiltiesiskais princips „*volenti non fit injuria*” tik plašos apmēros krimināltiesībās nav piemērojams, jo, piešķirot noteiktiem labumiem

<sup>393</sup> Kass L.R. *Death With Dignity and the Sanctity of Life*. Grām.: A time to be born and a time to die. The ethics of choice. Kogan B.S., Macklin R., Annas G.J. ect. New York: Aldine de Gruyter, 1991, p.123.-124.

<sup>394</sup> Mincs P. *Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums*. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939, 203.-204.lpp. Sk. arī: Lejiņš P. *Krimināltiesības. Rokraksta vietā*. Rīga: [B.i.], 1940, 194.lpp.

<sup>395</sup> Видайку М. *Защита жизни человека – как одна из первоочерёдных задач уголовного права*. Grām.: Категория «Цель» в уголовном, уголовно-исполнительском праве и криминологии. Материалы IV Российского конгресса уголовного права (28 – 29 мая 2009 года). Москва: Проспект, 2009, с.645.

<sup>396</sup> Judins A. *Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību Latvijas un citu valstu krimināltiesībās*. Rīga: Biznesa augstskola „Turība”, 2006, 28.lpp.

<sup>397</sup> Sk. par to plašāk promocijas darba 5.nodaļas 2.apakšnodaļu.

<sup>398</sup> Blūma M. *Kriminālā likumdošanā neregulētie apstākļi, kas izslēdz nodarījuma sabiedrisko bīstamību un prettiesiskumu*. Mācību līdzeklis. Rīga: P.Stučkas Latvijas Valsts universitāte, 1977, 8.lpp.

<sup>399</sup> Turpat. Šajā sakarībā būtiska ir arī A.Krasikova atziņa, ka cilvēku nevar skatīt ārpus sabiedriskām attiecībām, tāpēc valsts aizsargā nevis cilvēku „kā sevi”, bet cilvēku kā sabiedrisko attiecību mijiedarbību. Sk.: Красиков А.Н. *Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве*. [B.v.]: Издательство Саратовского университета, 1976, с.47.

krimināltiesisku aizsardzību<sup>400</sup>, ņem vērā arī publiskās intereses. Individīda atteikšanās no tiesības iespējama tikai tad, ja tiesība apsargāta tikai *indivīda* interesēs.”<sup>401</sup> Arī ārvalstu autori apgalvo, ka indivīdam piemītošās tiesības uz privātumu vēl nenozīmē, ka cilvēka ķermenis ir viņa „ekskluzīvs” īpašums, jo katrs no mums dzīvo politiski organizētā sabiedrībā, t.i., valstī, un katrs no mums tajā ir integrēts, kā rezultātā indivīda privātuma ekskluzivitāte nevar prevalēt pār valsts interesēm aizsargāt tās locekļus.<sup>402</sup>

Tai pat laikā minētie viedokļi aktualizē kādu citu jautājumu – kāda tad ir atšķirības starp asistēto dzīvības izbeigšanu<sup>403</sup> un pašnāvību, ja jau sekas gan vienā, gan arī otrā gadījumā ir identiskas, t.i., iestājas personas nāve, vēl jo vairāk tamdēļ, ka pašnāvības atbalstītāji bijuši visos laikos, kaut vai atceroties skotu filozofa Deivida Hjūma (angl. *David Hume*; 26.04.1711. – 25.08.1776.) savulaik sacīto, ka, ja pašnāvība nav noziegums, tad apdomībai un drosmei būtu jāatbrīvo mūs no eksistences, kad tā kļuvusi apgrūtināša.<sup>404</sup>

Lai arī sākotnēji var šķist, ka atšķirība starp pašnāvību un asistēto dzīvības izbeigšanu nepastāv, tomēr tā tas nebūt nav. Valsts, neatsakoties no pienākuma aizsargāt ikviena cilvēka dzīvību no jebkāda tās nesankcionēta apdraudējuma, ne tikai nevar uzlikt indivīdam par pienākumu dzīvot, bet arī faktiski nespēj šādu pienākumu nodrošināt, lēmumu par to, vai, kad un pie kādiem apstākļiem izbeigt sava organisma turpmāku dzīvotspēju ar pašnāvības palīdzību faktiski atstājot katra indivīda brīvā izvēlē, kas pamatojumu rod privātās autonomijas principā jeb kā norāda D.Mutagirovs (*Д.Мутагиров*): „Brīvība – tā ir svarīgākā cilvēka dzīves vērtība, optimāla tās funkcionēšanas forma un viens no pamatmērķiem cilvēka rīcības daudzpusīgumam”<sup>405</sup>. Šajā sakarībā pārdomu vērts ir J.Gilinska (*Я.Гиллинский*) viedoklis, ka, lai arī suicīds ir pretrunā ar pašsaglabāšanās instinktu un tā izpildes ietvaros dzīvību zaudē daudzi darbaspējīgi cilvēki, tādējādi nodarot kaitējumu sabiedrībai, liegt

---

<sup>400</sup> Šajā gadījumā cilvēka dzīvībai – *aut. piez.*

<sup>401</sup> Mincs P. Krimināltiesību kurss. Vispārējā daļa. Ar U.Krastiņa komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 91.lpp.

<sup>402</sup> Tyagi Y.K. Euthanasia: a policy – oriented approach. The Indian journal of international law. A quarterly. Vol.25, 1985, p.548. Arī O.Kapinusa, piekrisdama pārsvaru guvušam tiesību zinātnieku uzskatam, ka cietušā piekrišana dzīvības izbeigšanai nevar būt kriminālatbildību izslēdzošs apstāklis, vienā no savām publikācijām min, ka cilvēka nonāvēšanas pēc tā lūguma gadījumā tiek prezumēts, ka nodarījums vērst, lai apmierinātu nonāvējamā privātās intereses, bet ar pašu apzinātu nāves izraisīšanas faktu tiek pausta vardarbības pieļaujamības propaganda pret atsevišķiem sabiedrības locekļiem, apdraudot apziņu, ka cilvēka dzīvība ir neaizskarama, ar to aizskarot publiskās intereses, jo ikvienā šādā gadījumā apdraudēto publisko interešu aizsardzībai jābūt prioritārai salīdzinājumā ar privāto interešu realizāciju. Sk.: Капинус О.С. Согласие потерпевшего на причинение вреда в современном уголовном праве. Grām.: Российский ежегодник уголовного права. 2007 №2. Санкт-Петербург: Университетский издательский консорциум «Юридическая книга», 2008, с.118.

<sup>403</sup> Ar asistēto dzīvības izbeigšanu šajā gadījumā tiek apzīmētas visas eitanāzijas formas, kas tiek realizētas tās brīvprātīgā veidā.

<sup>404</sup> Hume D. Dialogues Concerning Natural Religion. Second Edition with Of the Immortality of the Soul, Of Suicide, Of Miracles. United States of America: Hacket Publishing Company, Inc., 1998, p.104.

<sup>405</sup> Мутагиров Д.З. Права и свободы человека: теория и практика. Москва: «Логос», 2006, с.217.

tiesības cilvēkam izrīkoties ar savu dzīvību, t.i., tiesības uz nāvi, nedrīkst, jo šādas tiesības ir neapstrīdamas.<sup>406</sup> Te gan jāpiezīmē, ka demokrātiskas valstis labprātīgu aiziešanu no dzīves jeb pašnāvību parasti nosoda kā deviantu uzvedību, un, lai arī šāds nodarījums vairs nav kriminālsodāms, pašnāvības mēģinājums ir pietiekams pamats, lai indivīdam iestātos citas nelabvēlīgas tiesiskās sekas. Tā, piemēram, Latvijā, saskaņā ar Ārstniecības likuma 68.panta pirmo daļu pašnāvības mēģinājums ir likumisks pamats tam, lai personai bez tās piekrišanas sniegtu psihiatrisko palīdzību. Šajā sakarībā jāpiekrīt O.Kapinusas viedoklim, ka „Pašnāvība kā personas izrīkošanās ar savu dzīvību galējā pakāpe ir kā sava veida bioētisks fenomens. Tā ir faktiskā realizācijas iespēja pašrocīgi atņemt sev dzīvību. Tomēr dotā iespēja nevar būt atzīta par subjektīvām tiesībām un tamdēļ to nevar identificēt kā „tiesības uz nāvi” [...] Valstij jāatzīst, jāievēro un jāaizsargā cilvēka un pilsoņa tiesības un pienākumi visas viņa dzīves garumā. Ne eitanāzija, ne pašnāvības atbalstīšana vai uzskūdīšana uz to, valstī nevar būt tiesiska.”<sup>407</sup> Arī A.Gabriļjans apgalvo, ka „[...] nav pieļaujami runāt par subjektīvām tiesībām nogalināt pašam sevi. Pasludinot cilvēku par augstāko vērtību, valsts var tikai aizsargāt cilvēka dzīvību kā labumu, pateicoties kuram visas pārējās tiesības cilvēkam ir kā patstāvīga vērtība. [...] Ja balstāmies uz priekšnosacījumu par personas brīvu gribu, tajā skaitā jautājumā par rīcību ar savu dzīvību, tad nav nepieciešamības sniegt medicīnisko palīdzību neveiksmīgiem pašnāvniekiem.”<sup>408</sup>

Pašnāvības noliegumam izskan arī sociāli argumenti. Tā, piemēram, D.Mutagiševs norāda, ka cilvēks nav tiesīgs pieņemt lēmumu aiziet no dzīves ar pašnāvības palīdzību, par pamatojumu minot savas izteikti subjektīvās intereses, aizmirstot ne tikai par tiem, kas ir atbildīgi par viņu, bet arī par tiem, par kuriem atbildīgs ir viņš pats.<sup>409</sup> Līdzīgās domās ir arī Kerola K. Oistera (*Carol K. Oyster*), kura uzsver, ka „Sociālie argumenti pret pašnāvību tiek balstīti uz indivīdu netiešu vienošanos par pienākumiem pret sabiedrību un tās pārstāvjiem, tādiem kā ģimeni. [...] Neapdomīgs pašnāvības akts var tikt uztverts kā ultimātīva egoisma izpausme. Indivīdam ir pienākumi ne tikai pret sevi, bet arī pret sabiedrību kopumā. Pašnāvība ievaino draugus un ģimeni, ko izraisa bēdas un zaudējums.”<sup>410</sup> Tomēr, lai cik morāli nosodoša pašnāvība arī nebūtu, pasargāt indivīdu no šādas izvēles nav iespējams, un, lai arī demokrātiskā valstī atzīt šādas tiesības nevar, noliegt to „faktisko” esamību nav arī iespējams.

---

<sup>406</sup> Гишинский Я. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004, с.325-327.

<sup>407</sup> Капинус О.С. Этаназия в свете права на жизнь. Grām.: Конституционные основы уголовного права. Материалы I Всероссийского конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. Москва: «Проспект», 2006, с.245.

<sup>408</sup> Gabriļjans A. Eitanāzija un pašnāvība: korelācijas problēma. Administratīvā un Kriminālā justīcija. 2013. Janvāris, Februāris, Marts, Nr.1, 22.lpp.

<sup>409</sup> Мутагиров Д.З. Права и свободы человека: теория и практика. Москва: «Логос», 2006, с.203.

<sup>410</sup> Oyster C.K. Whose Death Is It, Anyway? Grām.: Final Acts. Death, Dying, and the Choices We Make. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2009, p.95.

Pašnāvības gadījumos īpaša uzmanība jāpievērš arī tās izpildes apstākļiem, t.i., ikviens pašnāvības akts tiek realizēts tikai un vienīgi ar paša indivīda aktīvām vai pasīvām darbībām, kuras vērstas uz organisma dzīvotspējas priekšlaicīgu pārtraukšanu. Diametrāli pretēju juridisku vērtējumu iegūst asistētās dzīvības izbeigšanas formas, jo nonāvēšanas aktā tiek iesaistīta trešā persona jeb eitanāzijas izpildītājs, kuru indivīds nelegitīmi apvelta ar tiesībām izdarīt deliktu. Minēto atziņu apstiprina arī O.Kapinusa, norādot, ka teorijā viedokļa piekritēji, ka tiesības uz dzīvību paredz arī indivīda tiesības brīvi izrīkoties ar šo labumu, to izbeidzot, piemirst, ka šādas tiesības nedrīkst nevienam uzticēt, savukārt eitanāzijas gadījumos šo tiesību pārņemšana ir acīmredzama<sup>411</sup>, jeb citiem vārdiem, pat, ja cilvēkam ir tiesības izlemt, vai viņš vēlas turpināt dzīvot vai nē, tas vienlaikus nepaplašina citu tiesības izdarīt slepkavību to interesēs.<sup>412</sup> Kā pareizi atzīmē Antjē Du Bois-Pedans (*Antje Du Bois-Pedan*), tiklīdz persona, kas vēlas izdarīt pašnāvību, tajā iesaista citus, tiek izraisīts konflikts starp tiesībām neiejaukties un tiesībām asistēt.<sup>413</sup> Un šajā gadījumā valsts ne tikai var, bet tai ir arī pienākums sabiedrības interesēs nodrošināt ikviena cilvēka dzīvības respektēšanu un minētā principa neievērošanas gadījumā panākt, lai vainīgā persona tiktu sodīta, ko šādos gadījumos rīcības noziedzīgo dabu neatceļ arī vainīgās personas motīvs un mērķis. Kā norāda tiesību zinātnieks Pēteris Lejiņš, analizēdams objektīvā prettiesiskuma jautājumu, „Pietiek ar to, ka objektīvi pastāvošas tiesības (tiesības uz dzīvību, mantu u.t.t.) tikušas pārkāptas, traucētas. Šādos gadījumos, objektīvi ņemot, noticis tiesību traucējums.”<sup>414</sup> Arī salīdzinot labumu ar kaitējumu, kas izriet no minētās pretlikumīgās darbības, nākas secināt, ka iegūtais indivīda subjektīvais labums – nedziedināmas slimības izraisīto mokošo sāpju un ciešanu izbeigšana, neprevalē pār valsts interesēm sabiedrības drošības garantēšanas jomā.

Indivīdu aizliegums lūgt kādam asistēt to pašnāvībā apstiprinājumu gūst jau XX gadsimta beigu ārvalstu tiesu praksē. Tā, piemēram, 1997.gada Denisa C. Vakū (*Dennis C. Vacco*) pret Timotiju E. Kvillu (*Timothy E. Quill*) lietā (*Vacco v. Quill*)<sup>415</sup> tika lūgts tiesu atzīt Ņujorkas Asistētās pašnāvības likumu (*New York assisted suicide law*) par antikonstitucionālu, jo aizliedzot ārstu asistētās pašnāvības tai laikā, kad tiek pieļauta dzīvību uzturošas ārstēšanas pārtraukšana, tiek pieļauta diskriminācija.

---

<sup>411</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Grām.: Конституционные основы уголовного права. Материалы I Всероссийского конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. Москва: «Проспект», 2006, с.243.

<sup>412</sup> Dworkin G., Frey R.G., Bok S. Euthanasia and Physician – Assisted Suicide. For and against. United Kingdom: Cambridge University Press, 1998, p.110.

<sup>413</sup> Bois-Pedain A. Is There a Human Right to Die? Grām.: Death Rites and Rights. Oxford and Portland, Oregon, 2007, p.85.

<sup>414</sup> Lejiņš P. Krimināltiesības. Rokraksta vietā. Rīga: [B.i.], 1940, 63.lpp.

<sup>415</sup> Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997).

Amerikas Savienoto Valstu Augstākā tiesa prasību atzina par nepamatotu un savā 1997.gada 26.jūnija spriedumā norādīja, ka atšķirība starp atteikšanos no dzīvību uzturošas ārstēšanas un asistēto pašnāvību ir acīmredzama un tā tiek pamatota ar cēloņsakarību un nolūku. Ārsts, kurš pacientu atvieno no dzīvību uzturošas iekārtas, tikai respektē pacienta vēlmi un pārtrauc veltīgu un pacienta cieņu degradējošu ārstēšanu, kas nav vairs tā interesēs. Turklāt šādos gadījumos darbību mērķis nav izraisīt pacienta nāvi un tā arī neiestājas ārsta rīcības rezultātā. Līdz ar to, tiesa secināja, ka Ņujorkas štata lēmums kriminalizēt ārsta asistētās pašnāvības ir bijis pamatots un vērsts uz cilvēku dzīvības aizsardzību. Arī 1997.gada 26.jūnijā Vašingtonas štats pret ārstu Haroldu Gluksbergu (*Dr. Harold Glucksberg*) lietā (*Washington v. Glucksberg*)<sup>416</sup> Amerikas Savienoto Valstu Augstākā tiesa atzina, ka cilvēkam nav konstitucionālu tiesību uz asistēto pašnāvību, jo visu cilvēku dzīvības no to sākuma līdz beigu momentam, neatkarīgi no cilvēku fiziskām vai garīgām spējām, bauda likumu aizsardzību. Vienlaikus tiesas spriedumā tika atzīts, ka, aizliedzot asistētās pašnāvības<sup>417</sup>, Amerikas Savienoto Valstu Vašingtonas štata interese ir cilvēku dzīvību un medicīnā akceptēto ārstu ētikas normu aizsardzība.

Nedziedināmi slimu cilvēku tiesības uz asistētu nāvi ir viens no strīdīgākajiem tiesību zinātnes jautājumiem un, lai arī Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums D.Pritijas lietā līdz šim ir nozīmīgākais judikatūras vēsturē starptautisko cilvēktiesību dokumentu kontekstā, skaidrojot, vai Konvencijas 2.pants paredz arī tiesības uz nāvi, tas neatrisināja jautājumu par to, vai Konvencijas dalībvalstis ir tiesīgas savos nacionālajos normatīvajos aktos paredzēt nedziedināmi slimiem cilvēkiem iespēju slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas izbeigt ar eitanāzijas palīdzību. Arī vēlākā savā spriedumā Koča lietā pret Vācijas Federatīvo Republiku (*Case of Koch v. Germany*)<sup>418</sup> Eiropas Cilvēktiesību tiesa norādīja vien to, ka ievērojot apstākli, ka pašlaik eitanāzijas legalizācijas jautājumā nav vienprātības, tā izlemšana ir atstāta pašu Konvencijas dalībvalstu ziņā, tiesību doktrīnā radot pretējus viedokļus. Daļa autoru apgalvo, ka, lai arī ārvalstu likumos nav vienota regulējuma un starptautisko standartu eitanāzijas sakarā, tā *per se* nav pretrunā ar Konvenciju un lēmums par tās legalizēšanu, līdzīgi kā to nosprieda iepriekš minētajās lietās Eiropas Cilvēktiesību tiesa, ir piekritīgs dalībvalstu izlemšanai<sup>419</sup>, turpretim citi atzīst, ka eitanāzijas legalizācija *prima facie* ir pretrunā ar

---

<sup>416</sup> Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Washington v. Glucksberg*, 521 U.S. 702 (1997).

<sup>417</sup> Te gan jāatzīmē, ka Amerikas Savienoto Valstu Vašingtonas štatā ārsta asistēto pašnāvību praktizēšana ir pieļaujama kopš 2009.gada 5.marta, kas plašāk analizēts promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 4.punktā.

<sup>418</sup> Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 497/09 *Case of Koch v. Germany*, 19 July 2012, para. 70.

<sup>419</sup> Arai Y., Bleichrodt E., Flinterman C. *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*. Fourth Edition. Antwerpen – Oxford: Intersentia, 2006, p.391-392. Sk. arī: Harmon S.H.E., Sethi N. *Preserving Life and Facilitating Death: What Role for Government after Haas v. Switzerland?* *European Journal of Health Law*. 2011. September, No.4, p.360.

Konvenciju un tās fundamentālais raksturs tajā garantētām tiesībām un publisko interešu elementi nepieļauj atteikšanos no šīm tiesībām jebkādā to formā.<sup>420</sup>

Absolūta vienprātība analizējamā jautājumā joprojām nav panākta, tomēr attīstoties cilvēku pašnoteikšanās tiesībām, atsevišķu valstu likumdevēji, pretēji pārliecinošam vairākumam, pieņemot eitanāziju legalizējošus likumus, faktiski atzinuši, ka to mērķauditorijai, t.i., nedziedināmi slimiem cilvēkiem izņēmumu gadījumos ir tiesības ne vien uz dzīvību, bet arī nāvi, atzīstot to lūgumus izbeigt slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas ar eitanāziju par leģitīmiem, kā plašāks apskats seko promocijas darba nākamajā nodaļā.

---

<sup>420</sup> Jacobs F.G., White R.C.A. The European Convention on Human Rights. United States: Oxford University Press, 1996, p.44.

#### **4. Eitanāzijas un asistētās pašnāvības krimināltiesiskais regulējums ārvalstīs un tā raksturojums**

Kā jebkurš cits nodarījums, kas vērsts pret personu, arī eitanāzija, neatkarīgi no tās formas un izpausmes veida, praksē apdraud vienu no svarīgākajām krimināltiesību aizsargājamām interesēm – cilvēka dzīvību, kas ikvienas valsts likumdevējam pieprasa noteikt tās tiesisko ietvaru.

Eitanāzijas problēmai skarot teju ikvienu pasaules valsti, un latentā veidā arī Latviju, tās pakļaušana normatīvam regulējumam atzīstama par vienu no sarežģītākajiem likumdevēja izaicinājumiem. Viennozīmīga lēmuma pieņemšanu apgrūtina nodarījuma motīvs – līdzcietība, kura ignorēšana kolizē ar taisnīguma principu, kā arī atsevišķu eitanāzijas formu un to veidu ietvaros dzīvības apdraudējumam pakļautās personas brīvprātīgi pausts lūgums uz to, akceptējot kaitējuma nodarīšanu savām interesēm un ievērojami mazinot paša nodarījuma kaitīgumu, tiesību zinātniekos rada uzskatu duālismu. Tamdēļ eitanāzijas tiesiskā regulējuma izveide iegūst ne tikai abstrakta politiska lēmuma apveidus, kā sākotnēji var šķist, bet tā vispirmā kārtā ir valsts oficiālas nostājas paušana un pārliecības nostiprināšana tās iedzīvotājos jautājumā par to, cik patiesībā nedziedināmi slims cilvēks ir brīvs rīkoties ar savu dzīvību un kāda ir trešo personu pieļaujamā robeža dalībai citu indivīdu dzīvības izbeigšanas procesā.

Liberālisma aizsegā atzīstot kādu eitanāzijas formu par likumīgu, normu piemērotājos un arī sabiedrībā kopumā tas var radīt priekšstatu, ka cilvēka dzīvība, mazinoties tās tiesiskai aizsardzībai, zaudē savu vērtību, turpretim, paredzot šā nodarījuma krimināltiesisko aizliegumu valstu nacionālos kriminālkodeksos, var izraisīt diskusijas par valsts neattaisnotu iejaukšanos indivīda pamattiesībās. Tomēr šajā sakarībā vērts atkārtot, ka brīvprātīgu eitanāzijas veidu gadījumos, nedziedināmi slims cilvēks realizē savas subjektīvās intereses ar cita indivīda tiešu vai pastarpinātu līdzdalību, un atkarībā no tā, eitanāzijas aktā iesaistītā trešā persona ir vai nav apveltīta ar leģitīmām tiesībām uz to, nodarījums iegūst vai nu noziedzīga nodarījuma, vai arī likumiskas rīcības tiesisko statusu. Turpretim eitanāzijai norisinoties nebrīvprātīgā veidā, tās veicējs uzurpē indivīda tiesības, lai arī izbeidzot tā dzīvi, uzskata, ka līdzcietības motīvu vadīts, rīkojas tikai un vienīgi tā interesēs, cenšoties panākt labvēlīgāko risinājumu slimības radītām mokošām sāpēm un ciešanām.

Eitanāzijas problēma nav raksturīga tikai attīstītām Eiropas valstīm. Tiesību doktrīnā un judikatūrā par to spriež arī Latīņamerikas un post sociālistiskā bloka valstīs un daudzviet citur.

Pasaules valstu nacionālajās tiesībās pašlaik ir dažādi nedziedināmi slimo personu nonāvēšanas aiz līdzcietības, un vienas no tās realizācijas patstāvīgām formām – asistētās pašnāvības, tiesiskie risinājumi, kas ļauj tās nosacīti iedalīt divās lielās grupās, proti, valstis, kuru likumdevēji

nepieļauj citu personu līdzdalību nedziedināmi slimo personu dzīvības izbeigšanā, paredzot par to kriminālatbildību, un valstis, kas ar atsevišķiem normatīvajiem aktiem pie zināmiem nosacījumiem šādu praksi atzīst par attaisnojamu. Tomēr arī šīm grupām piekritīgo valstu normatīvais regulējums atkarībā no eitanāzijas problēmas tiesiskās izpratnes savstarpēji atšķiras, kas atspoguļojumu gūst ne tikai kriminālkodeksos iekļauto normu dispozīciju un sankciju īpatnībās, bet arī šo valstu judikatūrā, tiesām, nereti pretēji likumdevēja nostājai, izveidojot savas vadlīnijas taisnīguma izpratnei analizējamajā jautājumā.

Ārvalstu uzkrātā pieredze ļauj ne tikai objektīvāk raudzīties uz analizējamo problēmu, bet arī izvērtēt, kāds Latvijas apstākļiem būtu atbilstošākais normatīvais risinājums, un, lai sasniegtu šo mērķi, sākotnēji nepieciešams sniegt plašāku ieskatu ārvalstu tiesiskā regulējumā un tā aprobācijai praksē.

#### **4.1. Valstis, kas nepieļauj eitanāzijas praktizēšanu, un to alternatīvā krimināltiesiskā regulējuma analīze**

Šobrīd pārliecinošu pārsvaru gūst tās pasaules valstis, kas nav legalizējušas nedz eitanāziju, nedz arī asistēto pašnāvību un to likumdevēji šādas nedziedināmi slimo personu dzīvības izbeigšanas formas aiz līdzcietības atzīst par noziedzīgiem nodarījumiem. Tomēr šo valstu tiesiskais regulējums ir atšķirīgs, kas skaidrojams gan ar krimināltiesību nacionālo raksturu, gan ar to likumdevēju individuālo izpratni par krimināltiesisko taisnīgumu. Līdz ar to, arī šai grupai piekritīgās valstis var iedalīt trijās apakšgrupās atkarībā no tā, kā tieši „*vieglās nāves*” jautājums tiek reglamentēts.

##### **4.1.1. Valstis, kas nereglamentē eitanāzijas un asistētās pašnāvības jautājumu, un to krimināltiesiskais risinājums**

Kā pirmā valstu grupa minamas tās, kurās eitanāzijas un asistētās pašnāvības jautājums tiesiski nav regulēts, t.i., šādas nedziedināmi slimo personu dzīvības izbeigšanas formas likumdevējs nav legalizējis, un to nacionālajos tiesību aktos nav arī ietvēris speciālas tiesību normas, kas paredzētu kriminālatbildību tieši par slepkavību un palīdzību pašnāvības izdarīšanā aiz līdzcietības. Pie šāda tiesiskā regulējuma aktīvo eitanāziju kvalificē saskaņā ar attiecīgo kriminālkodeksa pantu kā slepkavību bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, piemēram, kā tas ir Albānijas Republikā<sup>421</sup>,

---

<sup>421</sup> Criminal code of the Republic of Albania. (article 76) Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].



Armēnijas Republikā<sup>422</sup>, Baltkrievijas Republikā<sup>423</sup>, Igaunijas Republikā<sup>424</sup>, Kazahstānas Republikā<sup>425</sup>, Kirgīzijas Republikā<sup>426</sup>, Krievijas Federācijā<sup>427</sup>, Ķīnas Tautas Republikā<sup>428</sup>, Tadžikijas Republikā<sup>429</sup>, Turkmenistānā<sup>430</sup>, Uzbekijas Republikā<sup>431</sup>, Ukrainā<sup>432</sup>, Taizemē<sup>433</sup> un citviet. Savukārt gadījumā, ja kāds nedziedināmi slimai personai ir asistējis pašnāvības izdarīšanā, tad kriminālatbildība par šādu nodarījumu neiestājas, jo pašnāvība pati par sevi nav sodāma rīcība, un līdz ar to arī tās atbalstītāju nav iespējams saukt pie kriminālatbildības.

Svarīgi atzīmēt, ka daudzās valstīs, kuru kriminālkodeksos šādas speciālas normas nav ietvertas, nodarījums tiek kvalificēts kā slepkavība, ievērojot noteikumu, ka tā tikusi izdarīta atbildību mīkstinošos apstākļos, t.i., aiz līdzcietības. Līdzcietība kā atbildību mīkstinošs apstāklis ir paredzēts, piemēram, Armēnijas, Kazahstānas, Krievijas, Tadžikijas kriminālkodeksos<sup>434</sup> un citviet. Savukārt tādās valstīs kā, piemēram, Albānijā, Baltkrievijā, Igaunijā, Kirgīzijā, Taizemē, Turkmēnijā, Ukrainā, Uzbekijā u.c. tiesa, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, pie soda noteikšanas, atsaucoties uz atbilstošu kriminālkodeksa pantu<sup>435</sup>, vainīgās personas motīvu, t.i., līdzcietību, var ņemt vērā un uzskatīt to par atbildību mīkstinošu apstākli, taču minētais apstāklis nemaina paša nodarījuma juridisko kvalifikāciju.

---

<sup>422</sup> Criminal code of the Republic of Armenia. (article 104 part 1) Pieejams: <http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1655/file/bb9bb21f5c6170dadc5efd70578c.htm/preview> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>423</sup> Уголовный кодекс Республики Беларусь. (часть 1 статьи 139) Минск: издательство «Тесей», 2001.

<sup>424</sup> Criminal Code of the Republic of Estonia. (article 113) Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>425</sup> Уголовный кодекс Республики Казахстан. (часть 1 статьи 96) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>426</sup> Уголовный кодекс Кыргызской Республики. (часть 1 статьи 97) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002.

<sup>427</sup> Уголовный кодекс Российской Федерации. (часть 1 статьи 105) Москва: «Проспект», 2010. Sk. tiesību doktrīnas un judikatūras atziņas: Есаков Г.А., Рарог А.И., Чучаев А.И. Настольная книга судьи по уголовным делам. Москва: Издательство «Проспект», 2008, с.153.; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Издание 2-е, измененное и дополненное. Ахметшин Х.М., Дубовик О.Л., Ераксин В.В. и др. Москва: Издательская группа НОРМА-ИНФРА М, 1999, с.226.; Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Беляев А.Е., Борзенков Г.Н., Верин В.П. и др. Санкт-Петербург: Питер, 2008, с.188.

<sup>428</sup> Уголовный кодекс Китайской Народной Республики. (статья 232) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>429</sup> Уголовный кодекс Республики Таджикистан. (часть 1 статьи 104) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>430</sup> Уголовный кодекс Туркменистана. (часть 1 статьи 101) Pieejams: <http://www.legislationline.org/ru/documents/action/popup/id/14380/preview> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].

<sup>431</sup> Уголовный кодекс Республики Узбекистан. (часть 1 статьи 97) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>432</sup> Уголовный кодекс Украины. (часть 1 статьи 115) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>433</sup> Уголовный кодекс Тайланда (статья 288) Москва: Юридический центр Пресс, 2005.

<sup>434</sup> Sk., piemēram: Armenia (article 62 part 1 clause 5), Казахстан (пункт «е» части 1 статьи 53), Россия (пункт «д» части 1 статьи 61), Таджикистан (пункт «д» части 1 статьи 61) u.c.

<sup>435</sup> Sk., piemēram: Albania (article 49), Estonia (article 57 part 2), Беларусия (часть 2 статьи 63 УК), Кыргызия (часть 2 статьи 54), Тайланд (статья 78), Туркменистан (часть 2 статьи 57), Украина (часть 2 статьи 66), Узбекистан (часть 2 статьи 55) u.c.

Praksē kvalifikācija šim noziedzīgam nodarījumam var arī atšķirties, atkarībā no tā, kādos apstākļos un kādā veidā eitanāzija tikusi izpildīta. Tamdēļ aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija var tikt atzīta kā slepkavība, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka cietusī persona uz nonāvēšanas brīdi nedziedināmas slimības dēļ atradusies bezpalīdzības stāvoklī.<sup>436</sup> Tomēr arī šādos gadījumos tiesa, nosakot sodu, ievērojot vainīgās personas izdarītā nozieguma motīvu un mērķi, visdrīzāk, samazinātu tā apmērus.

Krievijas juriste O.Kapinusa vērs uzmanību tam, ka praktiski nevienā valstī netiek savstarpēji norobežotas tādas eitanāzijas formas kā aktīvā un pasīvā, un pēdējā, ievērojot ārvalstu pieredzi, var tikt kvalificēta kā noziedzīga palīdzības nesniegšana slimniekam.<sup>437</sup> Tomēr šāda kvalifikācija vairāku apsvērumu dēļ ir kļūdaina.

Promocijas darba ietvaros jau vairākkārt ir uzsvērts, ka jēdziena „pasīvā brīvprātīgā eitanāzija” lietošana „*viēglās nāves*” kontekstā nav pieļaujama. Tiesības atteikties no ārstēšanas vai to pārtraukt ir ikkatra rīcībspējīga indivīda autonomijas realizācijas forma, un šādas gribas respektēšana no trešo personu puses nedrīkst tikt pakļauta krimināltiesiskam vērtējumam un, vēl jo vairāk, būt sodāmai. Tāpēc arī autores norāde par to, ka pašlaik pasaulē to valstu skaits, kas likumdošanas ceļā pieļauj pasīvās eitanāzijas praktizēšanu, jau pārsniedz 40, ir neprecīza.<sup>438</sup> Šādu kļūdainu atziņu pauž arī Latvijas tiesību zinātnieki.<sup>439</sup> Nevienā demokrātiskā valstī šāda pacienta izvēles brīvība faktiski nekad nav bijusi ierobežota, ja vien tas netika pamatots ar leģitīmu mērķi, savukārt autores pieminēto valstu likumdevēji šīs tiesības tikai atrunājuši normatīvo aktu līmenī, harmonizējot nacionālos tiesību aktus. Tamdēļ O.Kapinusas piedāvātās kvalifikācijas sakarībā analīzei var tikt pakļauts tikai un vienīgi pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas jautājums.

Ārvalstu kriminālkodeksos ir ietvertas vairākas normas, kuru noziedzīgu nodarījumu sastāvi ārēji līdzinās tādām nodarījumiem kā pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija. Bez jau pieminētās noziedzīgās palīdzības nesniegšanas slimniekam<sup>440</sup>, kuru dispozīcijas ir attiecināmas uz speciālo subjektu jeb ārstniecības personu, un, attīstot Krievijas juristes viedokli tālāk, noziedzīgu nodarījumu sastāvu

---

<sup>436</sup> Sk., piemēram: Albania (article 79 clause „b”), Беларусія (пункт 2 части 2 статьи 139), Кыргызия (пункт 3 части 2 статьи 97), Казахстан (пункт «в» части 2 статьи 96), Таджикистан (пункт «в» части 2 статьи 104), Туркменистан (пункт «в» части 2 статьи 101), Узбекистан (пункт «в» части 2 статьи 97), Россия (пункт «в» части 2 статьи 105) u.c.

<sup>437</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.298-299.

<sup>438</sup> Ibid, с.268.

<sup>439</sup> Габриелян А. Дифференциация уголовной ответственности за эвтаназию по уголовному законодательству зарубежных стран. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2010. Nr.3, 16.lpp.

<sup>440</sup> Sk., piemēram: Armenia (article 129 part 2), Беларусія (часть 2 статьи 161), Казахстан (часть 2 статьи 118), Таджикистан (часть 2 статьи 128), Россия (часть 2 статьи 124), Туркменистан (часть 2 статьи 121), Украина (часть 2 статьи 139) u.c.

salīdzināšanai var tikt pakļauti arī tādi nodarījumi kā prettiesiska ārstēšanas pārtraukšana<sup>441</sup>, atstāšana bezpalīdzības stāvoklī<sup>442</sup>, vai arī pakļaušana briesmām<sup>443</sup>, kuru dispozīcijas var tikt attiecinātas kā uz speciālo, tā arī uz vispārējo subjektu atkarībā no tā, likumdevējs kriminālkodeksā ir paredzējis vienu vai arī vairākas speciālas normas. Tomēr pret šādu kvalifikāciju jāiebilst, jo ārvalstu kriminālkodeksos ietvertie noziedzīgu nodarījumu sastāvi, salīdzinot tos ar pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas kā nodarījuma sastāvu, atšķiras gan pēc subjektīvās, gan arī pēc objektīvās puses. Ja šo nodarījumu objektīvā puse vēl dažreiz var arī sakrist, šo atziņu attiecinot uz tiem gadījumiem, kad pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija izpaudusies bezdarbībā, vainīgajai personai atturoties no pasākumu veikšanas, kuri vērsti uz nedziedināmi slimas personas dzīvības saglabāšanu, tad subjektīvā puse atšķirsies vienmēr.

Kā ikvienas eitanāzijas formas un tās veida gadījumos, arī pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas vienīgais motīvs ir līdzcietība pret cietušo un tās mērķis, nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, izbeigt nedziedināmi slimas personas slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas. Turpretim ārvalstu kriminālkodeksos ietvertu pantu, kas paredz atbildību vai nu par palīdzības nesniegšanu slimniekam, vai arī par atstāšanu bezpalīdzības stāvoklī utt., dispozīcijās ietvertā vainīgās personas attieksme pret sekām vienmēr izpaužas neuzmanībā vai pat nolaidībā, un neviens no tiem neparedz līdzcietības motīvu.

Krievija ir viena no tām bijušajām PSRS valstīm, kas ar eitanāzijas problēmu saskaras arī praksē. Tamdēļ promocijas darba ietvaros būtu lietderīgi sniegt nelielu analīzi vienā no līdz šim plašāku publicitāti ieguvušajiem nonāvēšanas aiz līdzcietības tiesu precedentiem.

2007.gada 7.decembrī Krievijas Federācijas Rostovas apgabaltiesa notiesāja ar brīvības atņemšanas sodu nepilngadīgās K.Patrinu (*К.Е.Патрина*) un M.Škermanovu (*М.С.Шкерманова*) atbilstoši Krievijas Federācijas kriminālkodeksa 105.panta 2.daļas „v., ž., z.” punktiem par to, ka viņas personu grupā pēc iepriekšējas vienošanās par atlīdzību – zelta juvelierizstrādājumu veidā nogalināja, viņām apzinoties, ka cietusī atradusies bezpalīdzības stāvoklī, paralizēto N.Baranņikovu (*Н.А.Баранникову*), balstoties uz tās lūgumu.<sup>444</sup>

No krimināllietas materiāliem izrietēja, ka M.Škermanova 2004.gada jūlijā un augustā regulāri apmeklēja kaimiņos dzīvojošo slimo N.Baranņikovu, kas transporta negadījuma laikā guva traumu, tai

<sup>441</sup> Sk., piemēram: Кыргызия (статья 120) u.c.

<sup>442</sup> Sk., piemēram: Armenia (article 128 part 3), Estonia (article 124), Казахстан (часть 2 статьи 119), Кыргызия (часть 2 статьи 121), Россия (статья 125), Таджикистан (часть 2 статьи 127), Тайланд (статья 308), Туркменистан (статья 125), Узбекистан (часть 2 статьи 117), Украина (часть 3 статьи 136) u.c.

<sup>443</sup> Sk., piemēram: Estonia (article 123) u.c.

<sup>444</sup> Приговор Ростовского уголовного суда Российской Федерации от 7 декабря 2004 года по уголовному делу № 2-129/04. Npublicēti krimināllietas Nr.2-129/04 materiāli.

diagnosticējot stāvokli pēc muguras smadzeņu komas ar muguras smadzeņu funkciju traucējumiem, pēctraumatisku kakla daļas mugurkaula stumbra mielopātiju ar gurnu funkciju traucējumiem un ekstremitāšu paralīzi.

2004.gada augustā N.Baranņikova, nevēlēdamās turpmāk izjust fiziskās un morālās ciešanas, izteica lūgumu M.Škermanovai viņu nonāvēt, kā atlīdzību piedāvājot savus juvelierizstrādājumus. Par izteikto piedāvājumu M.Škermanova paziņoja savai paziņai R.Patrinai, un, viņai piekrītot, kopā izstrādāja plānu N.Baranņikovas slepkavībai.

2004.gada 22.augustā ap plkst.18:00 M.Škermanova un R.Patrina ieradās N.Baranņikovas dzīvoklī, kura kārtējo reizi apsūdzētajām izteica piedāvājumu to nonāvēt, par ko kā atlīdzību viņas drīkstēja paņemt juvelierizstrādājumus, par kuru atrašanās vietu tika informētas. Realizējot kopējo nodomu noslepkavot paralizēto un tā dēļ bezpalīdzības stāvoklī esošo N.Baranņikovu, par ko apsūdzētajām bija zināms, viņas uzlika žņaugu uz cietušās kreisās rokas, pēc kā R.Patrina ar speciāli šim nolūkam līdzi atnesto šļirci ievadīja cietušās rokā 10 ml gaisa, cenšoties trāpīt vēnā, taču nodarīja vienīgi miesas bojājumu pēc injekcijas brūces veidā, kas nenodarīja kaitējumu veselībai.

Pārlicinoties, ka to darbības nav izraisījušas N.Baranņikovas nāvi, M.Škermanova un R.Patrina, turpinot realizēt savu slepkavības nodomu, uzmeta cietušajai ap kaklu auklu un, kopīgiem spēkiem to savelkot, nosmacēja N.Baranņikovu. Pēc tam M.Škermanova un R.Patrina paņēma no cietušās dzīvokļa par slepkavību apsolīto atlīdzību – 11 zelta juvelierizstrādājumu vienības un aizgāja no N.A.Baranņikovas dzīvokļa, nākamajā dienā ar tiem izrīkojoties pēc saviem ieskatiem.

Būdama nopratināta tiesas sēdē, M.Škermanova savu vainu viņai inkriminētajā nodarījumā neatzina, nenoliedzot savu dalību N.Baranņikovas slepkavībā, un paskaidroja, ka to ir izdarījusi, balstoties uz cietušās lūgumu aiz līdzcietības, nevis atlīdzības dēļ. Savukārt R.Patrina, būdama nopratināta tiesas sēdē, savu vainu N.Baranņikovas slepkavībā atzina, bet ne atlīdzības dēļ, tāpat apgalvojot, ka viņa to ir izdarījusi aiz līdzcietības un balstoties uz tās lūgumu.

Savā spriedumā tiesa pareizi argumentēja, ka apsūdzēto norāde uz to, ka noziegums izdarīts tikai aiz līdzcietības, pakļaujams kritikai. Noteicošais M.Škermanovas un R.Patrinās rīcības motīvs bija cietušās apsolītā atlīdzība, un juvelierizstrādājumi kalpoja kā samaksa par slepkavību. Minēto apstiprina arī apstākļi, ka apsūdzētās neatteicās no atlīdzības, bet uzreiz pēc slepkavības izdarīšanas paņēma sev piesolīto labumu.

Veicot nelielu atkāpi no sprieduma analīzes, būtu jānorāda, ka saistībā ar eitanāzijas problēmu jautājums par to, vai par piedalīšanos nedziedināmi slima cilvēka dzīvības izbeigšanas procesā, šajā aktā iesaistītā persona ir vai nav tiesīga saņemt jebkādu atlīdzību, tiesību doktrīnā nekad līdz šim nav

ticis aktualizēts. Saistībā ar šo jāuzsver, ka eitanāzijas būtība, t.i., līdzietības izpausme, liedz to izmantot jebkādos savtīgos nolūkos, tomēr tas neizslēdz varbūtību, ka aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas veicējs vai asistētās pašnāvības atbalstītājs ir tiesīgs saņemt no cietušā atlīdzību tikai un vienīgi par finansiāliem izdevumiem, kas radušies ar dzīvības izbeigšanas akta sagatavošanas procesu, tomēr tā nedrīkst pārsniegt faktiski radušos izdevumu apmērus.

Sprieduma rezultīvajā daļā tiesa noraidīja ne tikai apsūdzēto argumentāciju, ka to rīcība izrietēja no līdzietības pret cietušo, bet arī aizstāvības argumentu, ka N.Baranņikova bija tiesīga izvēlēties veidu, kā aiziet no savas dzīves, kas tādējādi atbrīvo nodarījuma izdarītājas no kriminālatbildības, to pamatojot ar apstākli, ka apsūdzētajām, izdarot vienu no smagākajiem noziegumiem, citas personas dzīvības izbeigšanai nebija nedz tiesiska, nedz arī morāla pamatojuma.

Nosakot sodu, tiesa kā atbildību mīkstinošu apstākli atzina cietušās rīcību, izsakot lūgumu izbeigt tās dzīvi.

Arī Krievijas Federācijas Augstākā tiesa savā 2005.gada 5.marta lēmumā lietā Nr.41-005-6 noraidīja aizstāvības iesniegto kasācijas sūdzību, lūdzot grozīt tiesas spriedumu daļā, kas attiecas uz R.Patrinās notiesāšanu, izslēdzot no tā slepkavības kvalificējošos apstākļus – atlīdzības saņemšanu un personu grupu pēc iepriekšējas vienošanās, un mīkstināt piespriesto sodu, nosakot sodu, kas nav saistīts ar brīvības atņemšanu, un Krievijas Federācijas Rostovas apgabaltiesas 2004.gada 7.decembra spriedumu atstāja spēkā.<sup>445</sup>

Lai arī minētā krimināllietā nav veiksmīgākais ilustratīvais materiāls klasiskam eitanāzijas gadījumam un pie nupat aplūkotiem lietas faktiskajiem apstākļiem juridiski to vispār nav pieļaujams attiecināt uz šo dzīvības izbeigšanas formu, ko savā spriedumā argumentēja tiesa, tomēr tā atsedz iespējamās teorētiskās problēmas, kas var būt saistāmas ar šādu nodarījumu kvalifikāciju praksē. Tamdēļ, analizējamās problēmas sakarībā promocijas darba ietvaros būtu lietderīgi sniegt nelielu ieskatu Krievijas normatīvā regulējuma vēsturē un tās tiesību zinātnieku atziņās.

Kā jau tas tika noskaidrots iepriekš, atbilstoši Krievijas Federācijas kriminālkodeksa normām tāds nodarījums kā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija šobrīd ir kvalificējams atbilstoši 105.panta pirmajai daļai kā slepkavība, kas apstiprinājumu gūst arī kriminālkodeksa komentāros<sup>446</sup>, savukārt aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, ja cietusī persona uz nodarījuma izdarīšana brīdi, vainīgajam apzinoties, slimības dēļ bija atradusies bezpalīdzības stāvoklī, visdrīzāk, tiktu kvalificētas atbilstoši kriminālkodeksa 105.panta otrās daļas „v” punktam kā slepkavība, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos.

<sup>445</sup> Кассационное определение Верховного Суда Российской Федерации от 5 марта 2005 года по уголовному делу № 41-005-6. Npublicēti krimināllietas Nr.2-129/04 materiāli.

<sup>446</sup> Зубарев С.М. Преступления против жизни и здоровья. Грām: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2008, с.188.

Lai arī praksē pie soda noteikšanas tiesa, iespējams, ņemtu vērā vainīgās personas motīvu – līdzcietību un mazinātu sodu, tomēr, kā jau tas tika uzsvērts ārvalstu normatīvā regulējuma kontekstā, tas neietekmētu paša nodarījuma kvalifikāciju. Savukārt atbildību par asistēšanu pašnāvībā Krievijas Federācijas kriminālkodeksa normas pašlaik neparedz. Tomēr šis valsts ilgās pastāvēšanas vēsturē eitanāzijas un asistētās pašnāvības jautājums savulaik ticis pakļauts arī atšķirīgākam tiesiskam regulējumam.

Jau XX gadsimta sākumā, proti, 1903.gada Sodu likumos<sup>447</sup> tika ietverti panti, kas paredzēja kriminālatbildību ne vien par slepkavību aiz līdzcietības vai pēc cietušā lūguma, normā iekļaujot privileģētu sastāvu un ar ievērojamu soda apmēra samazinājumu salīdzinājumā ar slepkavību, bet arī tieši par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā. Nedaudz vēlāk, t.i, divdesmitajos gados, tāds nodarījums kā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija uz neilgu brīdi tika pat dekriminalizēts, 1922.gada KFPSR kriminālkodeksa 143.pantā ietverot piezīmi, kas noteica, ka slepkavība, kas izdarīta pēc cietušā lūguma un aiz līdzcietības pret viņu, uzskatāma par izdarītu apstākļos, kas izslēdz kriminālatbildību.<sup>448</sup> Tomēr, kā tika atzīmēts juridiskajā literatūrā, tiesu prakse pierādīja, ka, neparedzot kriminālatbildību par nonāvēšanu pēc cietušā lūguma un aiz līdzcietības pret to, likumdevējs ir rīkojies nepareizi.<sup>449</sup> Turklāt panta piezīme bija pretrunā tradicionālai izpratnei par slepkavību un radīja lielas grūtības tā praktiskā pielietojumā.<sup>450</sup> Tāpēc drīzumā, proti, 1922.gada 11.novembrī norma, kas paredzēja kriminālatbildību par šāda noziedzīga nodarījuma izdarīšanu, tika atjaunota.<sup>451</sup> Kā norādīja I.Karpecs (*И.И.Карпец*), šādas rīcības rezultātā likumdevējs pieļāva otru galējību, proti, eitanāzija tika pielīdzināta vienkāršai slepkavībai, lai gan gadījumā, kad ārsts aiz žēlsirdības pret nedziedināmi slimo personu un pēc pēdējās lūguma ir iedevis tai indi, ir jārunā par atbildību mīkstinošiem apstākļiem.<sup>452</sup>

Savukārt 1922.gada KFPSR kriminālkodekss normu par asistēšanu pašnāvībā nedz tā sākotnējā variantā, nedz arī vēlāk neparedzēja. Vienīgi kriminālkodeksa 148.pantā tika noteikta atbildība par nepilngadīgā vai tādas personas pierunāšanu izdarīt pašnāvību vai tās atbalstīšanu, kas

---

<sup>447</sup> 1903.gada 22.marta Sodu likums. Tulkojums ar paskaidrojumiem par Sodu likumu piemērošanu Latvijā. Rīga: Valsts tipogrāfija, 1925.

<sup>448</sup> Бородин С.В. Преступления против жизни. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003, с.51.

<sup>449</sup> Бородин С.В. Квалификация преступлений против жизни. Москва: издательство «Юридическая литература», 1977, с.7.

<sup>450</sup> Курс уголовного права. Особенная часть. Том 3. Борзенков Г.Н., Зубкова В.И., Ткачевский Ю.М. и др. Москва: «Зерцало-М», 2002, с.99.

<sup>451</sup> Уголовное право. Особенная часть. Учебник для вузов. Коллектив авторов. Науч. ред. И.Я.Казаченко, З.А.Незнамова, Г.П.Новосёлов и др. Москва: издательская группа «НОРМА-ИНФРА», 1998, с.33.

<sup>452</sup> Карпец И.И. Уголовное право и этика. Москва: издательство «Юридическая литература», 1985, с.130-132.

nebija spējīga apzināties savu darbību raksturu vai arī tās vadīt<sup>453</sup>, taču noziedzīga nodarījuma sastāvs vairumā gadījumu nevarētu tikt attiecināts uz „*vielo nāvi*”.

Kā pamatojumu normas atcelšanas nepieciešamībai 1922.gadā N.Kiriļenko (*Н.И.Кириленко*) minēja apstākli, ka, ja vēl var pierādīt lūguma faktu, piemēram, ar liecinieku klātbūtnē parakstītu protokolu, tad līdzietības faktu pārbaudīt nav iespējams.<sup>454</sup> Šobrīd, neizvēršot paplašinātu disputu par N.Kiriļenko atziņu, būtu norādāms vien tas, ka šāda argumentācija juridiski nav pamatota. Uz līdzietību kā motīvu pirmām kārtām norāda veids, kādā izpaudās personas nonāvēšana, un arī līdzekļi, kas tika izmantoti nodoma realizēšanai. Nedz izvēlētai metodei, nedz arī līdzekļiem nedrīkst būt tādiem, kas cietušajai personai var sagādāt papildus sāpes un ciešanas, un nonāvēšanas aktam vienmēr ir jāizpaužas pēc iespējas saudzējošākā veidā. Tāpat līdzietības motīvu var apstiprināt ar liecinieku sniegtajām ziņām, ja tās ir piedalījušās pie sarunām, kas norisinājušās starp cietušo un eitanāzijas veicēju, vai ar jebkuru citu kriminālprocesuālās normās paredzētu pieļaujamu, pārbaudāmu un attiecināmu pierādījumu.

Kā slepkavību eitanāziju kvalificēja arī saskaņā ar Krievijas Federācijas 1960.gada kriminālkodeksa 103.pantu, uzskatot, ka tā pēc savas sabiedriskās bīstamības ne ar ko neatšķiras no slepkavības pēc savstarpējas vienošanās.<sup>455</sup> Savukārt asistēšana pašnāvībā nebija kriminalizēts nodarījums.

Izstrādājot pašreiz spēkā esošo 1996.gada Krievijas Federācijas kriminālkodeksu, vienā no projekta sākotnējiem variantiem tika ietverta norma, kas paredzēja atbildību par neārstējami slimas personas nonāvēšanu aiz līdzietības pret to (eitanāzija),<sup>456</sup> taču likumdevējs neuzskatīja par pietiekoši pamatotu ideju, ka soda apmērs būtiski ir jāsamazina gadījumos, kad nonāvēšana notikusi pēc cietušā lūguma. Savukārt tāda eitanāzijas forma kā asistēšana pašnāvībā, netika apspriesta vispār.

Lai arī Krievijā šobrīd eitanāzijas praktizēšana nevienā tās formā nav pieļaujama, un tās aizliegums izriet ne tikai no kriminālkodeksa normām, bet arī ir atrunāts Krievijas Federācijas 2011.gada 21.novembra likuma „Par pilsoņu veselības aizsardzības pamatiem Krievijas Federācijā” 45.pantā (Eitanāzijas aizliegums), kas nosaka, ka „Medicīnas personālam ir aizliegts veikt eitanāziju,

---

<sup>453</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.239-240.

<sup>454</sup> Энциклопедия уголовного права. Т. 7. Обстоятельства, исключющие преступность деяния. Веселов Е.Г., Козаев Н.Ш., Соломоненко И.Г. и др. Санкт-Петербург: Издание профессора Малинина – СПб ГКА, 2007, с.627.

<sup>455</sup> Бородин С.В. Квалификация преступлений против жизни. Москва: издательство «Юридическая литература», 1977, с.76. См. arī: Беляев Н.А., Шаргородский М.Д. Курс советского уголовного права. Часть Особенная. Т. 3. [В.в.]: Издательство Ленинградского университета, 1973, с.498.; Советское уголовное право. Особенная часть. Васильев Н.В., Гельфер М.А., Гришаев П.И. и др. Москва: «Юридическая литература», 1988, с.153.

<sup>456</sup> Уголовное право России. Особенная часть. Второе издание, переработанное и дополненное. Коллектив авторов. Науч. ред. В.Н.Кудрявцева, А.В.Наумова. Москва: Юрист, 2000, с.33. См. arī: Капинус О.С. Преступления против жизни и здоровья. Глґм.: Додонов В.Н., Капинус О.С., Щерба С.П. Сравнительное уголовное право. Особенная часть: Монография. Москва: Издательство «ЮРЛИТИНФОРМ», 2010, с.50.

t.i., pacienta lūguma apmierināšanu par viņa nāves paātrināšanu ar jebkādām darbībām (bezdarbību) vai līdzekļiem, tostarp mākslīgo dzīvību uzturošu pasākumu pārtraukšanu”, kā arī ārsta zvērestā, kas atrunāts likuma 71.panta pirmajā daļā, analizējamās problēmas sakarībā krimināltiesību doktrīnā joprojām norit virkne diskusiju par atbilstošākā tiesiskā regulējuma izveidi, pastāvot vairākiem viedokļiem.

Vairums Padomju laika zinātnieku – kriminologu uzskata, ka dzīvība kā labums nevar atrasties cilvēka brīvā rīcībā, no kā izriet, ka slepkavība, balstoties uz cietušā lūgumu, jāvērtē kā tišs nodarījums, kas izdarīts atbildību mīkstinājošos apstākļos.<sup>457</sup> Savukārt S.Borodins izsaka piedāvājumu kriminālkodeksā iekļaut normu ar privileģētu slepkavības sastāvu.<sup>458</sup> Arī O.Kapinusa vērš uzmanību tam, ka pašreizējā eitanāzijas kvalifikācija atbilstoši Krievijas kriminālkodeksa 105.pantam pārkāpj svarīgāko krimināltiesību pamatprincipu, t.i., taisnīguma principu, kas pieprasa, lai sods un citi pret vainīgo personu piemērojamie ierobežojumi atbilstu nodarījuma raksturam un sabiedriskai bīstamībai, tā izdarīšanas apstākļiem un vainīgā personībai, un aicina, nedekriminalizējot šādu nodarījumu, kriminālkodeksā ietvert jaunu pantu, kas paredzētu atbildību tieši par eitanāziju ar privileģētu sastāvu, ievērojot atbildības diferenciaciju atkarībā no nonāvēšanas aiz līdzcietības realizācijas veida un tās iniciēšanas avota.<sup>459</sup>

Un šobrīd tikai retais Krievijas tiesību zinātnieks, kā, piemēram, M.Maļeina (*М.Н.Малеина*), atzīst, ka eitanāzija var būt arī pieļaujama prakse tajos gadījumos, kad slimnieks ir izteicis apzinātu un neatlaidīgu lūgumu; kad nav iespēju ar pieejamiem līdzekļiem atbrīvot to no ciešanām; kad no ārstniecības personu puses ir iegūti pietiekoši pierādījumi tam, ka pacienta dzīvības saglabāšana ir neiespējama un šos pierādījumus par ticamiem atzinusi prokuratūra; slimība pacientam izraisa un izraisīs stipras fiziskās un morālās ciešanas, un šīs ciešanas nav iespējams atvieglot un, slimības attīstība noved vai novedīs pie personības degradācijas.<sup>460</sup>

Juristes ieskatā par eitanāzijas morālo attaisnojumu kalpo centieni panākt cilvēka labklājību, kas nenoliedzami uzskatāma par vērtību, jo ne jebkurš ir spējīgs gulēt paralizēts, bezpalīdzīgs, izjust nemitīgas sāpes, tāpat ne visiem ir vienāda izpratne par dzīves kvalitāti, turklāt nav jābaidās no tā, ka eitanāzija var tikt izmantota ļaunprātīgi, jo tās realizācijai jābūt nodrošinātai ar papildus pienākumiem, ko uzliek valsts un tiesībsargājošās institūcijas, proti, speciālu likumu pieņemšana, prokuratūras

<sup>457</sup> Энциклопедия уголовного права. Т. 7. Обстоятельства, исключющие преступность деяния. Веселов Е.Г., Козаев Н.Ш., Соломоненко И.Г. и др. Санкт-Петербург: Издание профессора Малинина – СПб ГКА, 2007, с.627.

<sup>458</sup> Бородин С.В. Преступления против жизни. Москва: Юристъ, 1999, с.86.

<sup>459</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.252-255.

<sup>460</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.99.



uzraudzība, pacienta un viņa ģimenes locekļu informēšana u.tml.<sup>461</sup> Tomēr šādam apgalvojumam ir jāiebilst. Ārvalstu prakse apliecina, ka tajās valstīs, kuru likumdevēji piešķirusi ārstiem tiesības piedalīties nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanā, kontroles mehānisms iegūst formālu raksturu, kas detalizētāki tiks aplūkots promocijas darba nākamajā apakšnodaļā. Arī no tādu Krievijas zinātnieku kā T.Mišatkinas (*Т.В.Мишаткина*), S.Deņisovas (*С.Д.Денисова*) un J.Jaskeviča (*Я.С.Яскевич*) puses izskan pamatots brīdinājums, ka nav pieļaujama eitanāzijas neapdomīga ieviešana praksē.<sup>462</sup>

Taču tie nebūt nav vienīgie viedokļi. Specifisku risinājumu problēmai piedāvā, piemēram, tādi tiesību zinātnieki kā J.Veselovs (*Е.Г.Веселов*), N.Kozajevs (*Н.Ш.Козаев*), I.Solomoņenko (*И.Г.Соломоненко*), A.Arjamovs (*А.А.Арямов*) un J.Bauļins (*Ю.В.Баулин*), kuri uzskata, ka nonāvēšana, balstoties uz personas lūgumu, pēc savas juridiskās nozīmes ir starpnieciska pašnāvības izpilde, savukārt tās veicējs ir tikai lūgumu izteikušās personas „ierocis”, kas realizē tās nodomu.<sup>463</sup> Autori ir pārliecināti, ka eitanāzija kā juridisks apstāklis šobrīd neiederas nevienā noziedzīga nodarījuma sastāvā, ko paredz Krievijas kriminālkodeksa Sevišķā daļa, jo, vadoties no mācības par nodarījuma sabiedrisko bīstamību, eitanāzija, kas nepārkāpj neviena subjektīvās tiesības un sabiedrības intereses, kas pēc būtības nevienam nevar uzspiest dzīvot pretēji tā gribai, nevēršas pret ar likumu aizsargātām interesēm un nerada to reālu apdraudējumu, kas vienlaikus izslēdz nodarījuma sabiedrisko bīstamību.<sup>464</sup> Arī A.Bļinņikovs (*А.В.Блинников*) uzskata, ka eitanāzija būtu jāatzīst kā papildus kriminālatbildību izslēdzošs apstāklis.<sup>465</sup> Tomēr pret šādu autoru traktējumu kategoriski jāiebilst, jo tiesību, un, jo īpaši, krimināltiesību primārais uzdevums ir aizsargāt ikviena indivīda dzīvību, ievērojot arī valstiskās intereses, kas jau tika vairākkārt uzsvērts promocijas darba ietvaros, kam sekos vēl rūpīgāka analīze, šobrīd piebilstot vien to, ka šo nodarījumu atzīt par tādu, kas nav kaitīgs un nebūtu sodāms, nav pieļaujams. Tomēr, kā norāda O.Ivčenko (*О.С.Ивченко*), vismaz pašlaik vairums krimināltiesību speciālistu eitanāziju pielīdzina vienkāršam personas dzīvības apdraudējumam.<sup>466</sup>

Līdz šim noritējušās diskusijas Krievijas tiesību zinātnieku vidū apliecina, ka tās ir skārušas tikai vienu eitanāzijas formu, t.i., aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, ignorējot apstākli, ka nedziedināmi slimas personas dzīvība tiek apdraudēta arī tāda nodarījuma rezultātā kā asistēšana pašnāvībā. Tamdēļ

---

<sup>461</sup> Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003, с.99.

<sup>462</sup> Ibid, с.102.

<sup>463</sup> Энциклопедия уголовного права. Т. 7. Обстоятельства, исключают преступность деяния. Веселов Е.Г., Козаев Н.Ш., Соломоненко И.Г. и др. Санкт-Петербург: Издание профессора Малинина – СПб ГКА, 2007, с.629.

<sup>464</sup> Ibid, с.630.

<sup>465</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.245.

<sup>466</sup> Ивченко О.С. Уголовная ответственность за эвтаназию в России. Grām.: Уголовное право в XXI веке. Москва: «ЛексЭст», 2002, с.141.

visnotaļ atzinīgi vērtējams O.Kapinusas viedoklis, ka „Pašnāvības atbalstīšanas sabiedriskā bīstamība ir acīmredzama. Ir nepieciešams paredzēt par to kriminālatbildību.”<sup>467</sup>

Kā ikvienas citas, arī šai grupai piederīgo valstu kriminālkodeksa normām jābūt ne tikai efektīvām, bet arī tādām, kas spēj sasniegt savu primāro uzdevumu – panākt taisnīgu krimināltiesisko attiecību noregulējumu. Ja efektivitātes apšaubīšanai šobrīd nav pamata, t.i., vainīgā persona saņem sodu par izdarītu noziedzīgu nodarījumu, tad par taisnīgu šai grupai piederīgo valstu tiesisko regulējumu atzīt nevar. Pielīdzinot eitanāziju slepkavībai, tiek ignorēta nozīmīgākā šo nodarījumu raksturojošā pazīme – līdzietība pret cietušo, kas bijusi vienīgais vainīgās personas virzītājspēks sava mērķa sasniegšanai, kas atšķirībā no slepkavības, nav cita cilvēka dzīvības izbeigšana kā pašmērķis, bet gan nedziedināmi slimas personas atbrīvošana no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas tā izpildītāja skatījumā tobrīd nebija sasniedzams savādāk, vienīgi kā izbeidzot vai arī nesaglabājot personas dzīvību. Tamdēļ arī par izdarīto noziegumu sodam jābūt adekvātam nodarījuma raksturam, kas panākams, kriminālkodeksa struktūrā iekļaujot normu ar speciālu noziedzīga nodarījuma sastāvu, kā tas daļēji ir atrisināts nākamo valstu grupā. Turklāt minētā atziņa vienlaikus ir attiecināma arī uz asistētās pašnāvības jautājumu, kas nepieļaujami tiek ignorēts tiesību zinātnieku aprindās.

#### **4.1.2. „Vienas” krimināltiesību normas valstu specifika**

Kā nākamā valstu grupa minamas tās, kurās eitanāzijas un asistētās pašnāvības jautājums ir tiesiski noregulēts tādā veidā, ka nacionālajos kriminālkodeksos tiek ietverta tikai viena speciāla norma, kas paredz atbildību vai nu tikai par:

- 1) aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, pantā ietverot privileģētu sastāvu un soda apmēra būtisku samazinājumu, tādējādi atzīstot, ka eitanāzija uzskatāma par izdarītu mīkstinošos apstākļos un, ka tā ir jānošķir no cita pēc mērķa līdzīga, bet pēc motīva pilnīgi atšķirīga noziedzīga nodarījuma, respektīvi, slepkavības, piemēram, kā tas ir Azerbaidžānas Republikā<sup>468</sup>, Gruzijā<sup>469</sup>, Korejas Republikā<sup>470</sup>, Moldovas Republikā<sup>471</sup>, Šveicē<sup>472</sup>, Vācijas Federatīvajā

<sup>467</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.245. Sk. arī: Шаргородский М.Д. Избранные труды. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004, с.428-429.

<sup>468</sup> Уголовный кодекс Азербайджанской Республики. (статья 135) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001.

<sup>469</sup> Уголовный кодекс Грузии. (статья 110) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. Norma, kas paredz kriminālatbildību par slepkavību pēc cietušās personas lūguma ir jauninājums Gruzijas kriminālkodeksā, taču par tās iekļaušanas apstākļiem un pamatojumiem pašlaik tiesību doktrīnā rodami vairāki viedokļi. Kā norāda G.Ткешелидзе (Г.Т.Ткешелидзе), М.Леквеишвили (М.Ш.Леквеишвили) un Г.Хурошвили (Г.А.Хурошвили), šā panta projekta apspriedes laikā daži zinātnieki izteica priekšlikumu vainīgo personu vispār atbrīvot no kriminālatbildības, t.i., dekriminalizēt augstāk minēto noziedzīgo nodarījumu, tomēr šāds priekšlikums tika noraidīts. Sk.: Ткешелидзе Г.Т., Леквеишвили М.Ш., Хурошвили Г.А. Новый уголовный кодекс Грузии. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002, с.113. Citi Gruzijas tiesību zinātnieki norāda, ka pirms normas iekļaušanas Gruzijas

Republikā<sup>473</sup> u.c. Tai pašā laikā atbildība par asistēto pašnāvību no likumdevēja puses netiek reglamentēta un līdz ar to tā nav atzīstama par kriminālsodāmu rīcību;

- 2) asistēto pašnāvību, piemēram, kā tas ir: Argentīnā<sup>474</sup>, Bosnijā un Hercegovinā<sup>475</sup>, Brazīlijā<sup>476</sup>, Bulgārijas Republikā<sup>477</sup>, Čīles Republikā<sup>478</sup>, Gvatemalā<sup>479</sup>, Lietuvas

---

kriminālkodeksa struktūrā, doktrīnā atbalstu guva viedoklis, ka eitanāzijai jābūt aizliegtai, tomēr ievērojot nodarījuma motīvu, kriminālsodam jābūt samazinātam. Sk.: Javashvili G., Kiknadze G. Georgia – End – of – life care. Grām.: Euthanasia. Volume II. National and European perspectives. Germany: Council of Europe Publishing, 2004, p.43. Savukārt, Krievijas jurists V.Mihailovs (*В.И.Мухайлов*) norāda, ka, iekļaujot šādu normu, Gruzijas likumdevējs ir izteicis savu noraidīto attieksmi pret ideju, ka normatīvo aktu līmenī būtu jānostiprina ikviena indivīda tiesības pašam pēc saviem ieskatiem rīkoties ar savu dzīvību (eitanāziju). Sk.: Михайлов В.И. Предисловие. Grām.: Уголовный кодекс Грузии. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002, с.42.

<sup>470</sup> Уголовный кодекс Республики Корея. (часть 1 статьи 252) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004.

<sup>471</sup> Уголовный кодекс Республики Молдова. (статья 148) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003. Minētā norma ir jauninājums Moldovas Republikas kriminālkodeksā un tā sākotnējā projekta ietvaros bija paredzēta kriminālkodeksa 144.pantā. Kā norāda Moldovas tiesību zinātnieks S.Brinsa (*С.М.Брынза*), paredzot kriminālkodeksā atbildību par eitanāziju kā slepkavību, kas izdarīta mīkstinošos apstākļos, tas ir pirmais centiens eitanāzijas legalizācijai valstī. Un vienlaikus vērš uzmanību tam, ka eitanāzijas legalizācija var izraisīt tās ļaunprātīgu izmantošanu, tamdēļ, kamēr nav iespējams izveidot tik tiešām efektīvu kontroles mehānismu pār nedziedināmi slimu personu dzīvības izbeigšanas aktiem, ir lietderīgi to paturēt aizlieguma formā. Sk.: Брынза С.М. Обзор положений проекта Уголовного кодекса Республики Молдова. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002, с.429-431.

<sup>472</sup> Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. Januar 2015). (Artikel 114<sup>1</sup>) Pieejams: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>473</sup> Criminal Code of the Federal Republic of Germany. (article 216) Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/9015/preview> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī]. Vācijas Federatīvās Republikas Augstākā tiesa 1981.gadā kriminālkodeksa 216.panta sakarībā norādījusi, lai cietušās personas lūgumu atzītu par nopietnu, tam ir jābalstās uz brīvprātīgu un nekļūdīgi paustu gribas izpaudumu. Personai, kas lūdz to nonāvēt, jābūt apveltītai ar iespējām pieņemt lēmumus, lai tā varētu apsvērt ne tikai sava lūguma nozīmi, bet arī sava lēmuma sekas. Sk.: BGH, NJW, 1981. S. 932. Citēts pēc: Жалинский А.Э. Современное немецкое уголовное право. Москва: Проспект, 2006, с.371. Sk. arī: Серебrenникова А.В. Характеристика Особенной части Уголовного кодекса Германии. Grām.: Уголовное право зарубежных государств. Особенная часть: Учебное пособие. Голованова Н.А., Еремин В.Н., Игнатова М.А. и др. Москва: Издательский дом «Камерон», 2004, с.320. Svarīgi norādīt, ka asistēšana pašnāvībā Vācijā nav sodāma un, balstoties uz pacienta lūgumu, ārsts ir tiesīgs nodot pacienta rīcībā letālu devu medikamentu, kas domāti dzīvības izbeigšanai, savukārt, ja pacients tos izlietos ārsta klātbūtnē, ārstam jādara viss iespējama, lai novērstu nāves iestāšanos. Ir jāpiekrīt A.Saimona (*A.Simon*) atziņai, ka šāda situācija ir absurda, jo ārstam mirstoša persona ir jāatstāj vienatnē, lai izvairītos no iespējamās apsūdzības. Sk.: Simon A. End – of – Life Decision Making in Germany. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Vambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.69.; Verrel T. Euthanasia in Germany. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.123.

<sup>474</sup> Código Penal de la Nacion Argentina. (artículo 83) Pieejams: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/textact.htm#15> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>475</sup> Criminal code of the Federation of Bosnia and Herzegovina. (article 170 part 1) Pieejams: <http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1661/file/5863a4917995d1a282d020fb2715.htm/preview> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>476</sup> Código Penal da Brasil. (artigo 122) Pieejams: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī]. Svarīgi atzīmēt, ka 2002.gada 9.janvārī Brazīlijā bija pirmie likumdošanas centieni pārskatīt kriminālkodeksu eitanāzijas jautājuma sakarībā, un iecere bijusi papildināt tā Sevišķo daļu, kas attiecas uz noziegumiem pret personu, ar 121.panta pirmās daļas 3.punktu, to izsakot šādā redakcijā: „Ja nozieguma izpildītājs ir rīkojies līdzcietības vadīts, balstoties uz cietušā lūgumu, būdams vainīgs un sasniedzis pilngadības vecumu, ar mērķi samazināt nepanesamās fiziskās ciešanas, ko izraisījusi slimība, sodāms ar cietumsodu uz laiku no trim līdz sešiem gadiem.” Tomēr šāda inovācija neguva atbalstu, un arī šobrīd normas, kas paredzētu atbildību tieši par slepkavību aiz līdzcietības jeb eitanāziju kriminālkodeksā nav. Sk.: Pessini L. Ethical Questions Related to End – of – Life Decisions: The Brazilian Reality. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End-of-Life Decision Making. A Cross – National Study. Vambridge,

Republikā<sup>480</sup>, Maltas Republikā<sup>481</sup>, Nikaragvas Republikā<sup>482</sup>, Turcijas Republikā<sup>483</sup>, Venecuēlā<sup>484</sup> u.c., bet eitanāzijas jautājumu likumdevējs atsevišķi nereglamentē, atzīstot to par noziedzīgu nodarījumu, kas, atkarībā no tās izpausmes formas un to veidiem praksē, proti, aktīvā brīvprātīgā un nebrīvprātīgā eitanāzija, vai arī pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, sodāma vai nu atbilstoši kriminālkodeksa pantam, kas paredz atbildību par slepkavību<sup>485</sup>, vai arī tiesai atzīstot, ka slepkavība tika izdarīta kvalificējošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka cietušais uz nonāvēšanas brīdi slimības dēļ atradies bezpalīdzības stāvoklī.<sup>486</sup>

Arī valstīs, kuru kriminālkodeksu struktūrā iekļauta norma, kas paredz atbildību tikai par aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas praktizēšanu, citas eitanāzijas formas, kā, piemēram, aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija savstarpēji netiek nošķirtas un līdz ar to arī šo nodarījumu sastāvu atšķirību dēļ kvalifikācija atbilstoši privileģētam slepkavības sastāvam nav iespējama. Pastāvot šādam tiesiskam regulējumam, aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, atkarībā no tās izpildes veida, kvalificē vai nu

---

Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.21. Lai arī Brazīlijas kriminālkodeksā aktīvo brīvprātīgo un nebrīvprātīgo eitanāziju visdrīzāk kvalificētu kā slepkavību, juridiskajā literatūrā tiek apgalvots, ka tiesa, piemērojot sodu, samazinātu tā apmērus, nekā tas ir paredzēts 121.panta sankcijā. Sk.: Vial Martini S.R. The right to die with dignity: socio – legal implications of the right to a dignified life and death in the Brazilian experience. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.368. Iepriekšējo atziņu apstiprina arī 1994.gada 22.marta Brazīlijas Minas Zerajs štata Apelācijas tiesas spriedums krimināllietā par citas personas dzīvības izbeigšanu aiz līdzcievības. Sk.: Brasil, Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Apelação criminal no. 19.701/2, 1994. Cītēts pēc: Vial Martini S.R. The right to die with dignity: socio – legal implications of the right to a dignified life and death in the Brazilian experience. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.368.-369.

<sup>477</sup> Уголовный кодекс Республики Болгария. (часть 1 статьи 127) Минск: «Тесей», 2000.

<sup>478</sup> Código Penal de la República de Chile. (artículo 393) Pieejams: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>479</sup> Código Penal de la Guatemala. (artículo 128 la parte 1) Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp\\_gtm-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>480</sup> Уголовный кодекс Литовской Республики. (статья 134) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002.

<sup>481</sup> Criminal code of the Republic of Malta. (article 213) Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>482</sup> Código Penal de la República de Nicaragua. (artículo 151) Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/nic/sp\\_nic-int-text-cp.html](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/nic/sp_nic-int-text-cp.html) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>483</sup> Criminal code of the Republic of Turkey. (article 84 part 1) Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/6872/preview> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>484</sup> Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela. (artículo 412) Pieejams: [http://www.ministeriopublico.gob.ve/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4d73d650-7f5c-4fb1-8206-b2355fcd65&groupId=10136](http://www.ministeriopublico.gob.ve/c/document_library/get_file?uuid=4d73d650-7f5c-4fb1-8206-b2355fcd65&groupId=10136) [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>485</sup> Sk., piemēram: Bosnia and Herzegovina (part 1 article 166), Malta (part 1 article 211), Turkey (article 81), Argentina (artículo 79), Brasil (parte 1 artigo 121), Chile (artículo 391 inciso 2), Venezuela (artículo 405), Болгария (часть 1 статьи 115), Литва (часть 1 статьи 129) u.c.

<sup>486</sup> Sk., piemēram: Turkey (article 82 clause „e”), Болгария (пункт 5 части 2 статьи 116), Литва (пункт 2 части 2 статьи 129) u.c.

saskaņā ar attiecīgo kriminālkodeksa pantu kā slepkavību<sup>487</sup>, vai arī saskaņā ar pantu, kas paredz atbildību par slepkavību, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka cietušais uz nonāvēšanas brīdi savas slimības dēļ atradies bezpalīdzības stāvoklī.<sup>488</sup>

Turpretim nedz tajās valstīs, kurās likumdevējs paredzējis speciālu normu tikai par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, nedz arī tajās, kurās atsevišķi reglamentēta tikai asistēšana pašnāvībā, pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas kvalifikācija atbilstoši tādiem nodarījumiem kā noziedzīga palīdzības nesniegšana slimniekam<sup>489</sup>, atstāšana bezpalīdzības stāvoklī<sup>490</sup> nav iespējama, jo vainīgās personas attieksme pret sekām izpaužas neuzmanībā.

Svarīgi atzīmēt, ka šai grupai piederīgajās valstīs nereglamentēto eitanāzijas formu un to veidu gadījumos, tiesa nodarījumu motīvu, t.i., līdzcietību, var ņemt vērā pie soda noteikšanas. Līdzcietība kā atbildību mīkstinošs apstāklis ir paredzēts, piemēram, Azerbaidžānas, Moldovas un citu valstu kriminālkodeksos.<sup>491</sup> Savukārt tādās valstīs, kā, piemēram, Bosnijā un Hercegovinā, Bulgārijā, Brazīlijā, Gruzijā, Korejā, Lietuvā, Turcijā, Vācijā un citviet<sup>492</sup>, likumdevējs šādu motīvu kriminālkodeksos nav tieši paredzējis, bet tiesām ir iespēja, individualizējot katru gadījumu, to ņemt vērā pie soda noteikšanas, kam būtu jāseko tā samazinājumam.

Minētai grupai piederīgo valstu sakarībā, plašāku analīzi būtu jāvelta Lietuvas Republikas un Šveices normatīvam regulējumam un tā praksei.

Lietuvas Republikas kriminālkodeksa 134.pants (Palīdzības sniegšana pašnāvības izdarīšanā) nosaka, ka „Tas, kurš pēc neārstējami slimas personas lūguma palīdzējis šai personai izdarīt pašnāvību, sodāms ar tiesību atņemšanu pildīt noteiktu darbu vai veikt noteiktas darbības, vai ar publisku darbu, vai ar arestu, vai ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz četriem gadiem”. Kā norāda Krievijas tiesību zinātnieks N.Macnevs (*Н.И.Мацнев*) kriminālkodeksa struktūrā iekļaujot pantu, kas paredz atbildību par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā, var uzskatīt par pirmo Lietuvas likumdevēja „soli”

---

<sup>487</sup> Sk., piemēram: Germany (article 212 part 1), Schweizerisches (Artikel 111), Азербайджан (часть 1 статьи 120), Грузия (статья 108), Корея (часть 1 статьи 250), Молдова (часть 1 статьи 145) u.c.

<sup>488</sup> Sk., piemēram: Азербайджан (пункт 9 части 2 статьи 120), Грузия (пункт «г» статьи 109), Молдова (пункт «е» части 2 статьи 145) u.c.

<sup>489</sup> Sk., piemēram: Азербайджан (часть 3 статьи 142), Грузия (часть 2 статьи 130), Молдова (пункт «б» части 2 статьи 162) u.c.

<sup>490</sup> Sk., piemēram: Bosnia and Herzegovina (article 175 part 2 and article 176 part 2), Turkey (article 97 part 2), Brasil (artigo 135), Chile (artículo 352), Азербайджан (статья 143), Болгария (статья 137, 138 и 139), Грузия (статья 128), Корея (часть 3 статьи 271), Литва (статья 144), Молдова (пункт «б» части 2 статьи 163) u.c.

<sup>491</sup> Sk., piemēram: Азербайджан (пункт 5 части 1 статьи 59), Молдова (пункт «е» статьи 76) u.c.

<sup>492</sup> Sk., piemēram: Bosnia and Herzegovina (article 49 part 1), Germany (article 46 part 2), Turkey (article 61 part 5), Brasil (artigo 66), Болгария (часть 1 статьи 54), Грузия (часть 3 статьи 53), Корея (пункт 3 статьи 51), Литва (часть 2 статьи 59) u.c.

centienos dekriminalizēt eitanāziju.<sup>493</sup> Minēto atziņu apstiprina arī Lietuvas juristi, piemēram, A.Abramavičus (*A.Абрамавичус*), A.Drakšiene (*А.Дракшене*) un V.Pavilonis (*В.Павилонис*).<sup>494</sup> Tomēr skaidrojums šādas normas iekļaušanai drīzāk ir saistāms ar līdz šim Lietuvas Republikā un, vienlaikus arī Baltijas valstīs, vienīgo aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas precedentu, kas norisinājās 1998.gada jūlijā.

Kā izriet no 1998.gada 11.jūlija Lietuvas Republikas Ģenerālprokuratūras Viļņas pilsētas Apgabala prokuratūras lēmuma par krimināllietas Nr.10-2-315-98 izbeigšanu<sup>495</sup>, naktī no 1998.gada 1. uz 2.jūliju Živile Slavinskiene (*Živile Slavinskiene*), pati būdama mediķe, Viļņas Universitātes Sarkanā Krusta slimnīcas mikroķirurģijas nodaļas 6.palātā, injicējot nāvējošu devu medikamentus – 10 ml strofantīnu, nonāvēja savu dēlu Šarūnu Slavinski (*Šarūnui Slavinskui*), balstoties uz tā vairākkārtīgi izteiktu lūgumu, kurš tobrīd atradies bezpalīdzības stāvoklī un nepārtraukti izjuta mokošas fiziskas un psihiskas ciešanas pēc tam, kad 1997.gada 13.decembrī ieguva 35 procentus ķermeņa apdegumu, kā rezultātā viņam bija nodegusi visa seja, izdegušas acis un ausu gliemenes, tika amputētas abu roku plaukstas un visu ķermeni klāja strutojošas rētas. Pēc dēla nonāvēšanas Ž.Slavinskiene mēģināja izdarīt pašnāvību, taču tika izglābta.

Krimināllieta tika uzsākta 1998.gada 7.jūlijā atbilstoši Lietuvas Republikas kriminālkodeksa<sup>496</sup> 105.panta 13.punktam par tīšu citas personas nonāvēšanu, vainīgajai personai apzinoties, ka cietušais atradies bezpalīdzības stāvoklī.

Kā izriet no tiesu medicīnas ekspertīzes atzinuma Nr.1325, nāves brīdī Š.Slavinskas iegūtie ķermeņa apdegumi bija atzīstami par smagiem miesas bojājumiem, kas bija bīstami dzīvībai, persona visu ārstēšanas periodu, t.i., laika posmā no 1997.gada 13.decembra līdz 1998.gada 2.jūlijam, izjuta lielas sāpes un atradās bezpalīdzības stāvoklī. Vienlaikus ekspertīze apstiprināja, ka uz nonāvēšanas brīdi viņš bija pie samaņas, spēja runāt, dzirdēt un saprast teikto.

1998.gada 13.jūlijā Ž.Slavinskienei tika noteikta kompleksā tiesu psihiatriskā – psiholoģiskā ekspertīze, un tās 1998.gada 4.novembra atzinumā Nr.299 tika secināts, ka uz nodarījuma izdarīšanas brīdi Ž.Slavinskiene bija atradusies pārejošā psihiskas saslimšanas stāvoklī – smagā depresīvā epizodē ar psihozes simptomiem, kā dēļ viņa tobrīd nevarēja apzināties savas rīcības būtību un to kontrolēt.

---

<sup>493</sup> Sk.: Мацнев Н.И. Общая характеристика уголовного кодекса Литовской Республики. Grām.: Уголовный кодекс Литовской Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002, с.35.

<sup>494</sup> Абрамавичус А., Дракшене А., Павилонис В. Основные положения уголовного кодекса Литовской Республики. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002, с.208.

<sup>495</sup> Lietuvos Respublikos Generalinė prokuratūra Vilniaus Miestro apylinkės prokuratūra. 07.11.1998. Nutarimas nutraukti baudžiamąją bylą. puslapis.180.-183. Baudžiamoji byla Nr.10-2-315-98. Tomas Nr.1. Npublicėti krimināllietas Nr.10-2-315-98 materiāli.

<sup>496</sup> Bija spēkā līdz 2003.gada 1.maijam, kad spēkā stājās pašreizējais Lietuvas Republikas kriminālkodekss, kas tika apstiprināts ar 2000.gada 26.septembra likumu Nr.VIII – 1968.

Pamatojoties uz ekspertīzes atzinumu, kriminālprocess pret Ž.Slavinskieni tika izbeigts noziedzīga nodarījuma sastāva trūkuma dēļ. Nekādi medicīniska rakstura piespiedu līdzekļi piemēroti netika. Savukārt ar Lietuvas Republikas Ģenerālprokuratūras Viļņas pilsētas Apgabala prokuratūras amatā augstākas prokurores 1999.gada 25.janvāra lēmumu, iepriekšējais lēmums par krimināllietas Nr.10-2-315-98 izbeigšanu tika grozīts daļā par to, ka krimināllieta izbeidzama, nevis atbilstoši Lietuvas Republikas kriminālkodeksa 105.panta 13.punktam, bet gan atbilstoši 104.pantam kā citas personas tīša nonāvēšana, ko Ž.Slavinskiene izdarīja, būdama nepieskaitāma.<sup>497</sup>

Noziedzīga nodarījuma kvalifikācijas maiņas pamatojumam tika norādīts, ka no krimināllietas materiāliem izriet, ka Ž.Slavinskiene savu dēlu bija nonāvējusi nevis tamdēļ, ka viņš atradies bezpalīdzības stāvoklī, bet gan tamdēļ, lai atvieglotu tā fiziskās un psihiskās ciešanas, kas ilgušas vairāk nekā sešus mēnešus.

Šajā sakarībā ir jāpiekrīt noziedzīga nodarījuma pārkvalifikācijai, jo iepriekšējā kvalifikācija atbilstoši Lietuvas Republikas kriminālprocesa kodeksa 105.panta 13.punktam būtu atstājama spēkā vienīgi tad, ja pirms eitanāzijas veikšanas Š.Slavinskis nebūtu izteicis lūgumu, lai tā ciešanas tiktu izbeigtas ar šādas metodes palīdzību, vai arī, neizsakot šādu lūgumu iepriekš, uz dzīvības izbeigšanas brīdi jebkādu apsvērumu dēļ, piemēram, bezsamaņas stāvoklis, rīcībnespēja u.tml., nebūtu spējīgs paust savu subjektīvo attieksmi attiecībā pret viņa ķermeni vērstām darbībām no Ž.Slavinskienes puses. Ievērojot to, ka pirmstiesas izmeklēšanas gaitā tika iegūti pierādījumi tam, ka neilgi pirms nonāvēšanas aiz līdzcietības cietušais ne vien atkārtoti apstiprināja savu lūgumu pēc eitanāzijas, bet arī tās izpildes brīdī spēja apzināties ar viņa ķermeni veikto darbību raksturu un to sekas no vainīgās personas puses, un vēlējies tās, krimināllietas materiālos esošās ziņas pierāda, ka Ž.Slavinskiene ir veikusi aktīvo brīvprātīgo, nevis nebrīvprātīgo eitanāziju.

Pēc minētā atgadījuma Lietuvā aktualizējās dzīvības izbeigšanas aiz līdzcietības jautājums un rezultātā kriminālkodeksa struktūrā tika iekļauts pants, kas paredz atbildību par nedziedināmi slimu personu pašnāvības atbalstīšanu. Un, lai arī minētā norma ir vērtējama kā progresīvs „solis” problēmas taisnīgam noregulējumam, tā vienlaikus uzskatāmi atsedz šā brīža eitanāzijas jautājuma nepietiekamo izpratni tiesību normu radītāju vidū. Var pieļaut, ka likumdevēja patiesais nolūks, ievērojot līdzšinējo praksi, bija pakļaut krimināltiesiskam regulējumam tos gadījumus, kad nedziedināmi slima cilvēka ciešanas tiek izbeigtas citas personas aktīvu darbību rezultātā, ko apstiprina arī O.Kapinusa<sup>498</sup>, tomēr pašreizējās normas piemērošana ir ierobežota. Līdzīgos gadījumos, kā tas tika norādīts analizējamā

<sup>497</sup> Lietuvos Respublikos Generalinė prokuratūra Vilniaus Apygardos prokuratūra 25.01.1999. Nutarimas. puslapis.184.-185. Baudžiamoji byla Nr.10-2-315-98. Tomas Nr.1 Npublicēti krimināllietas Nr.10-2-315-98 materiāli.

<sup>498</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.304.

krimināllietā, pašlaik šāds nodarījums tik un tā būtu jākvalificē vai nu kā slepkavība, kas izdarīta bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, vai arī kā slepkavība, kas izdarīta, vainīgajai personai apzinoties, ka cietušais atradies bezpalīdzības stāvoklī, atbilstoši Lietuvas kriminālkodeksa 129.panta 1.daļai vai 2.daļas 2.punktam, kas *de facto* nevar būt taisnīgs risinājums.

Īpašu diskusiju tieši asistētās pašnāvības tiesiskā regulējuma sakarībā rosina Šveices pieredze.

Šveices kriminālkodeksa 115.pants (Pierunāšana pašnāvības izdarīšanai un pašnāvības atbalstīšana) nosaka, ka „Tas, kurš savtīgu motīvu vadīts, pierunā kādu izdarīt pašnāvību vai izrāda tam tajā palīdzību, ja pašnāvība vai tās mēģinājums seko, sodāms ar brīvības atņemšanas sodu uz laiku līdz pieciem gadiem vai ar naudas sodu”.<sup>499</sup> Līdz ar to, pašlaik Šveicē asistēšana pašnāvībā ir sodāma rīcība vienīgi tad, ja vainīgās personas motīvs izpaudies savtīgos nolūkos. Turpretim visos tajos gadījumos, kad nodarījuma pamatā ir līdzcietības motīvs, tā izdarītājs tiek atbrīvots no kriminālatbildības. Turklāt šajā gadījumā nav nozīmes, vai asistēšanu pašnāvībā būs realizējis ārsts, vai ikviena cita persona.

Normas juridiskās konstrukcijas īpatnību dēļ, vairākas Šveicē jau XX gadsimta beigās nodibinātās sabiedriskās organizācijas, tādas, kā, piemēram, „EXIT – Vācijas Šveices humānās nāves asociācija”<sup>500</sup> (*EXIT - Vereinigung für humanes Sterben Deutsche Schweiz*), kas tika nodibināta 1982.gadā, asociācija par tiesībām mirt ar cieņu „EXIT A.D.M.D. Franciski runājošā Šveice”<sup>501</sup> (*EXIT A.D.M.D. Suisse romande. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité*), kas tika nodibināta 1982.gadā un „Dignitas”<sup>502</sup> (*Dignitas*), kas tika nodibināta 1998.gadā, savu rīcību motivējot ar vēlmi ikvienam nedziedināmi slimam cilvēkam nodrošināt iespēju izbeigt savu dzīvi, un vienlaikus arī slimības radītās mokošās ciešanas, ar cieņu, piedāvā iespēju, kļūstot par to biedriem, izmantot to sniegtos „pakalpojumus” dzīvības izbeigšanā ar nāvējošu medikamentu palīdzību. Taču, lai šādas darbības tiesībsargājošās iestādes netraktētu kā aktīvo eitanāziju, kas pašlaik ir aizliegta un tiek pakļauta kvalifikācijai atbilstoši Šveices kriminālkodeksa 114.pantam kā slepkavība pēc cietušā lūguma, personai medikamentus, kurus ar ārstu starpniecību būs sagādājusi organizācija, ir jāizlieto pašai, citiem neiejaucoties dzīvības izbeigšanas procesā.

---

<sup>499</sup> Asistētās pašnāvības Šveicē ir atļauts praktizēt kopš 1941.gada. Lai arī Šveices kriminālkodeksa 115.panta redakcija bija sagatavota jau 1918.gadā, tas spēkā stājās tikai 1942.gadā. Sk.: Dabral A. Dying with Dignity. A Legal, Religious and Political Insight into the Issue of Euthanasia. *Civil & Military Law Journal*, 2010. July-September, No.3, p.237.

<sup>500</sup> Detalizētāka informācija par asociāciju „EXIT - Vereinigung für humanes Sterben Deutsche Schweiz” pieejama tās oficiālā interneta vietnē: EXIT - Vereinigung für humanes Sterben Deutsche Schweiz. Pieejams: <http://www.exit.ch/startseite/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>501</sup> Detalizētāka informācija par asociāciju „EXIT A.D.M.D. Suisse romande” pieejama tās oficiālā interneta vietnē: EXIT A.D.M.D. Suisse romande. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité. Pieejams: <http://www.exit-geneve.ch/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>502</sup> Detalizētāka informācija par organizāciju „Dignitas” pieejama tās oficiālā interneta vietnē: Dignitas. Pieejams: <http://www.dignitas.ch/index.php?lang=en> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].



Līdzcietības aizsegā aplēptie triviālie mērķi, t.i., peļņas gūšana, ko veido organizācijas biedru iemaksas, šobrīd asistēšanu pašnāvībā raksturo kā visnotaļ ienesīgu „uzņēmējdarbību”. Piemēram, organizācijas „Dignitas” viena biedra kopējā izmaksu summa, kas tiek iemaksāta pašnāvības veikšanas sagatavošanas administratīviem izdevumiem, sastāda aptuveni 7 500 Šveices franku<sup>503</sup> jeb 7 322 eiro un ik gadu to biedru skaits turpina pieaugt. Minētās organizācijas sakarībā būtiski arī norādīt, ka atšķirībā no tās konkurentēm, tā ir vienīgā, kas savus pakalpojumus piedāvā arī citu valstu iedzīvotājiem, tādējādi veicinot „nāves tūrismu”, ar ko arī izraisa Šveices valdības neapmierinātību, kas jau vairākus gadus cenšas ierobežot tās darbību. Tomēr līdzšinējie centieni likumdošanas ceļā panākt jebkādu ierobežojumu ieviešanu nav vainagojušies ar panākumiem, ko apstiprina arī 2011.gada rīkotais referendums, kad Šveices valsts pilsoņi nobalsoja „pret” šādu ieceri.<sup>504</sup> Turpretim mēģinājumi legalizēt asistētās pašnāvības ar speciālu likumu, tajā paredzot priekšnosacījumus nedziedināmi slimu personu dzīvības izbeigšanas atbalstīšanai, līdz šim nav sekojuši.<sup>505</sup>

Ievērojot to, ka minēto valstu nacionālos kriminālkodeksos iekļauto normu dispozīcijās paredzēto sastāvu analīze tiks sniegta pēcāk, šobrīd svarīgi norādīt vien to, ka šādu tiesisko regulējumu atzīt par objektīvu, un līdz ar to arī taisnīgu, nevar. Pakļaujot normatīvam regulējumam tikai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju vai asistēšanu pašnāvībā, likumdevējs ignorē pārējās nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas iespējamās formas aiz līdzcietības, kas rada virkni teorētisku domstarpību un arī praktisku grūtību nodarījumu kvalifikācijas jautājumos, un tā uzskatāms piemērs ir līdzšinējā Lietuvas pieredze. Šādas situācijas novērst centušies nākamās valstu grupas likumdevēji.

#### **4.1.3. Ieskats „divu kriminālkodeksu normu” valstu tiesiskā regulējumā**

Kā pēdējās minamas tās valstis, kur vienlaikus nacionālajos kriminālkodeksos ir ietvertas divas speciālas normas, t.i., viena paredz atbildību par eitanāziju, savukārt otra – tieši par asistēšanu pašnāvībā, tādējādi ne vien atzīstot, ka arī asistētā pašnāvība ir uzskatāma par patstāvīgu noziedzīgu nodarījumu, bet arī, ka tie savā starpā ir jānošķir. Starp tādām valstīm var atzīmēt, piemēram, Austrijas Republiku<sup>506</sup>, Bolīviju<sup>507</sup>, Dānijas Karalisti<sup>508</sup>, Horvātijas Republiku<sup>509</sup>, Japānu<sup>510</sup>, Maķedonijas Republiku<sup>511</sup>, Melnkalnes

<sup>503</sup> Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. *European Journal of Health Law*. 2011. March, No.2. p.152.

<sup>504</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.34.

<sup>505</sup> Ibid.

<sup>506</sup> Уголовный кодекс Австрии. (параграф 77 и 78) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004.

<sup>507</sup> Código Penal de Boliviano. (artículo 257 y el 256) Pieejams: [http://www.oas.org/Juridico/mla/sp/bol/sp\\_bol-int-text-cp.html](http://www.oas.org/Juridico/mla/sp/bol/sp_bol-int-text-cp.html) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>508</sup> Уголовный кодекс Дании. (параграф 239 и 240) Москва: Московский Государственный Университет имени М.В.Ломоносова, 2001.

Republiku<sup>512</sup>, Paragvaju<sup>513</sup>, Peru<sup>514</sup>, Polijas Republiku<sup>515</sup>, Portugāli<sup>516</sup>, San - Marino Republiku<sup>517</sup>, Serbijas Republiku<sup>518</sup>, Spāniju<sup>519</sup> u.c.

Kvalifikācija tādiem nodarījumiem kā aktīvā un pasīvā nebrīvpriekšējā eitanāzija ir analoga kā iepriekšējo grupu valstīm, t.i, atkarībā no to realizācijas formām un veidiem praksē, tie var tikt kvalificēti vai nu kā nonāvēšana, ja vainīgajai personai nodoms bija radies pēkšņi<sup>520</sup>, vai arī kā slepkavība, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos, piemēram, ja tā izdarīta ar iepriekšēju nodomu<sup>521</sup>, vai arī vainīgajam

<sup>509</sup> Criminal code of the Republic of Croatia. (article 94 and 96) Pieejams: <http://legislationline.org/documents/section/criminal-codes> [aplūkots 2015.gada 16.maijā]. Kā norādīts Horvātijas Republikas tiesību doktrīnā, kriminālkodeksa 94.panta sankcijā paredzētais soda apmēra samazinājums par nonāvēšanu uz pieprasījuma pamata (eitanāziju), salīdzinājumā ar slepkavību, atbildība, par kuru paredzēta 90.pantā, tiek pamatots ar apstākli, ka cietušā lūgums, lai to nonāvētu, vienlaikus samazina paša nodarījuma kaitīgumu un līdz ar to arī tā izdarītāja vainas pakāpi. Tomēr vienlaikus tas neanulē nodarījuma pretlikumīgumu, jo sabiedrība saglabā interesi cilvēka dzīvības pasargāšanā pat tajos gadījumos, kad nāves pamatā ir paša cietušā lūgums. Turpretim salīdzinot nonāvēšanu uz pieprasījuma pamata ar tādu nodarījumu kā asistēšana pašnāvībā, tiek uzsvērts, ka vainīgās personas aktīva piedalīšanās nozieguma izdarīšanā ir ievērojami bīstamāka nekā tikai tā atbalstīšana, tā dēļ arī soda apmēram jābūt lielākam, nekā tas ir asistētās pašnāvības gadījumā. Sk.: Turkovič K. Euthanasia in Croatia. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.66.-67.

<sup>510</sup> Уголовный кодекс Японии. (статья 202) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002.

<sup>511</sup> Criminal code of the Republic of Macedonia. (article 124 and 128 part 1) Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/8892/preview> [aplūkots 2010.gada 30.jūnijā].

<sup>512</sup> Criminal code of the Republic of Montenegro. (article 147 and 149 part 2) Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/4168/preview> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>513</sup> Código Penal de Paraguay. (artículo 106 y el 108) Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/pry/sp\\_pry-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/pry/sp_pry-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>514</sup> Código Penal de Peru Decreto legislativo N° 635. (artículo 112 y el 113) Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/per/sp\\_per-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/per/sp_per-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>515</sup> Уголовный кодекс Республики Польша. (статья 150 и 151) Минск: издательство «Тесей», 1998. Ir jāatzīmē, ka Polijā pirmo reizi valsts pastāvēšanas vēsturē 2004.gada novembrī bija centieni legalizēt eitanāziju, Polijas Parlamenta Senāta Augšpalātas pārstāvei Marijai Szyszkovskai (*Maria Szyszkowska*) sagatavojot atbilstošu likumprojektu, taču tas tā arī netika iesniegts izskatīšanai Parlamentā. Likumprojekts paredzēja, ka ārsti tiek atbrīvoti no kriminālatbildības par eitanāzijas veikšanu, pastāvot stingriem priekšnosacījumiem un ievērojot atbilstošas procedūras prasības. Par likumprojekta paraugu kalpoja Nīderlandes un Beļģijas tiesiskais regulējums, un nepieciešamība pēc eitanāzijas legalizācijas Polijā tika pamatota ar iespēju novērst nelegālo praksi šajā jautājumā. Sk.: Kulesza W. Euthanasia in Poland. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.234.-235.

<sup>516</sup> Código Penal da Português. (artigo 134 e 135) Pieejams: <http://www.portolegal.com/CPENAL.htm> [aplūkots 2013.gada 21.jūlijā]. Ārvalstu literatūrā tiek norādīts, ka, ja ārsts ir izraisījis pacienta nāvi, pieņemot vienpersonisku lēmumu, šādu nodarījumu kvalificētu atbilstoši Portugāles kriminālkodeksa 131.pantam kā slepkavību, pie soda noteikšanas samazinot sankcijā paredzēto soda apmēru. Sk.: Serrão D. Portugal – Euthanasia: not ethically permissible. Grām.: Euthanasia. Volume II. National and European perspectives. Germany: Council of Europe Publishing, 2004, p.75.-76.

<sup>517</sup> Уголовный Кодекс Республики Сан-Марино. (часть 3 статьи 150 и часть 1 статьи 151) Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002.

<sup>518</sup> Criminal code of the Republic of Serbia. (article 117 and 119 part 2) Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

<sup>519</sup> Уголовный кодекс Испании. (часть 2 и 4 статьи 143) Москва: издательство «ЗЕРЦАЛО», 1998. Ieskatam var minēt, ka šī norma Spānijas kriminālkodeksā pirmo reizi tika iekļauta 1995.gadā. Plašāk par Spānijas likumdošanas procesu eitanāzijas jautājumā sk.: Simón-Lorda P., Barrio-Cantalejo I.M. End – of – Life Healthcare Decisions, Ethics and Law: The Debate in Spain. European Journal of Health Law, Volume 19, 2012. September, No.4, p.355.-365.

<sup>520</sup> Sk., piemēram: Croatia (article 90), Macedonia (article 123 part 1), Montenegro (article 143), Serbia (article 113), Paraguay (artículo 107), Peru (artículo 106), Português (artigo 131), Австрия (параграф 76), Дания (параграф 237), Испания (статья 138), Польша (параграф 1 статьи 148), Сан-Марино (часть 1 статьи 150), Япония (статья 199) u.c.

<sup>521</sup> Sk., piemēram: Serbia (article 114 clause 3), Boliviano (artículo 251), Сан-Марино (пункт 2 части 2 статьи 150) u.c.

apzinoties, ka uz nonāvēšanas brīdi cietusī persona slimības dēļ atradusies bezpalīdzības stāvoklī.<sup>522</sup> Tomēr arī šajās valstīs pie šādas nodarījuma kvalifikācijas tiesa, individualizējot katru gadījumu atsevišķi un atsaucoties uz atbilstošu kriminālkodeksa pantu<sup>523</sup>, vainīgās personas motīvu, visdrīzāk, ņemtu vērā pie soda noteikšanas, kam sekotu tā samazināšana.

Savukārt arī šai grupai piederīgās valstīs pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas kvalifikācija atbilstoši tādiem nodarījumiem kā atstāšana bezpalīdzības stāvoklī<sup>524</sup> vai arī pakļaušana briesmām<sup>525</sup> nav iespējama atšķirīgu noziedzīgu nodarījumu sastāvu dēļ, par ko plašāka analīze tikusi sniegta iepriekš, un tamdēļ atkārtoti netiks aplūkota.

Starp šai grupai piederīgajām valstīm, neliela atkāpe būtu jāatvēl Japānas tiesu prakses analīzei eitanāzijas lietās, jo tieši šis valsts judikatūra bija viena no pirmajām pasaulē, kas iepretim pastāvošam tiesiskam regulējumam, pieļāvusi aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas praktizēšanu attiecībā pret nedziedināmi slimiem cilvēkiem un tikai tad, kad ir ievēroti tiesas atrunātie nosacījumi.

Lai arī aktīvā brīvprātīgā eitanāzija Japānā vienmēr tika atzīta par noziedzīgu nodarījumu un par tās praktizēšanu vainīgajai personai ir paredzēta kriminālatbildība saskaņā ar kriminālkodeksa 202.pantu, kurā ietverts privileģēts slepkavības sastāvs, tomēr atšķirībā no likumdevēja nostājas analizējamā jautājumā, judikatūra šobrīd, vismaz formāli, pieļauj personu atbrīvošanu no kriminālatbildības par šāda nozieguma izdarīšanu.

Japānas vēsturē bijuši vairāki precedenti aktīvās eitanāzijas sakarībā, kuru izpildē piedalījušies gan cietušo ģimenes locekļi, gan arī ārsti. Tā būtisks ir 1962.gada 22.decembra Nagojas Augstākās tiesas spriedums<sup>526</sup>, ar kuru par vainīgu sava augšupejošās līnijas radnieka, t.i., nedziedināmi slima tēva, nonāvēšanā tika atzīts cietušā dēls.

Balstoties uz sava tēva lūgumu, kuram pēc ārsta atzinuma atlika dzīvot ne ilgāk kā desmit dienas, dēls, ar nolūku izbeigt tā slimības izraisītās ciešanas, sajauca lauksaimniecībai paredzētus

---

<sup>522</sup> Sk., piemēram: Código Penal de Paraguay (artículo 105 parte 2 inciso 4), Código Penal da Portugués (artigo 132 parte 2 alínea "c") u.c.

<sup>523</sup> Sk., piemēram: Macedonia (article 39 part 2), Serbia (article 54 part 1), Boliviano (artículo 40 la parte 1), Paraguay (artículo 65), Peru (artículo 46 inciso 6), Portugués (artigo 71 parte 2 alínea "c"), Австрия (пункт 3 части 1 параграфа 34), Дания (часть 1 параграфа 80), Испания (пункт 2 статьи 22), Польша (параграф 1 статьи 53 и параграф 1 статьи 60), Сан-Марино (часть 2 статьи 89), Япония (статья 66) u.c.

<sup>524</sup> Sk., piemēram: Macedonia (article 134 part 2 and 136), Boliviano (artículo 280), Paraguay (artículo 117 parte 1 inciso 1 y 119 parte 1 inciso 2), Peru (artículo 125), Австрия (часть 1 параграфа 95), Дания (параграф 250 и пункт 1 параграфа 253), Испания (часть 1 статьи 195), Польша (часть 1 статьи 162), Сан-Марино (часть 2 статьи 163), Япония (статья 217, часть 1 статьи 218 и статья 219) u.c.

<sup>525</sup> Sk., piemēram: Macedonia (article 134 part 2), Paraguay (artículo 117 la parte 2), Peru (artículo 128 y 129), Portugués (artigo 138 parte 3 alínea "c"), Австрия (часть 3 параграфа 82), Дания (параграф 250), Польша (параграф 1 и 2 статьи 160) u.c.

<sup>526</sup> Nagoya High Court Showa 37 nen (*U*): Dec. 22, 1962, No. 496. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.197.

pesticīdus ar pienu. Apsūdzētā mātei nezinot par piena saturu un iedodot to izdzert savam vīram, drīzumā iestājās pēdējā nāve. Lai gan šajā krimināllietā spēkā stājās notiesājošs spriedums, tiesa formulēja vadlīnijas ar sešiem nosacījumiem, kas jāievēro, lai tajos gadījumos, kad sāpju novēršanai paredzēto līdzekļu lietošanas rezultātā apzināti izraisītā pacienta nāve, varētu tikt atzīta par likumīgu rīcību, proti: pacientam jābūt nedziedināmi slimam bez cerībām uz izveseļošanos, un tā nāvei jābūt nenovēršamai tuvākā laikā; pacientam jācieš nepanesamas un spēcīgas sāpes, kuras nevar būt novērstas; nonāvēšanas aktam jābūt ar nolūku atbrīvot pacientu no sāpēm; aktam jānorisinās, vienīgi balstoties uz pacienta nepārprotami izteiktu lūgumu; eitanāziju būtu jāveic ārstam, izmantojot ētiski akceptētas metodes.

Šie seši noteikumi guva popularitāti ne tikai Japānā, kur tiem bija liela ietekme uz judikatūru, bet arī visā pasaulē, jo pirmo reizi tiesa formulēja noteikumus, kas varēja attaisnot eitanāzijas praktizēšanu.<sup>527</sup>

Trīsdesmit trīs gadu laikā kopš minētā precedenta, eitanāzijas sakarībā tiesās tika skatītas tikai četras krimināllietas, proti, 1975.gada 1.oktobra Kagošimas Apgabaltiesas spriedums lietā par savas sievas nonāvēšanu, kas cieta no hroniskas nervu sistēmas saslimšanas, smagas gūžas kaula podagras un tuberkulozes<sup>528</sup>; 1975.gada 29.oktobra Ko būtas Apgabaltiesas spriedums lietā par savas mātes nonāvēšanu, kas cieta no cerebrālās asiņošanas<sup>529</sup>; 1977.gada 30.novembra Osakas Apgabaltiesas spriedums lietā par savas sievas, kas cieta no kuņģa vēža, nonāvēšanu ar viņas piekrišanu<sup>530</sup>; 1990.gada 17.septembra Koči Apgabaltiesas spriedums lietā par savas sievas, kas cieta no sarkomas, nonāvēšanu ar piekrišanu<sup>531</sup>, un visās no tām tika atzīts, ka Nagojas Augstākās tiesas iepriekšnoteiktie kritēriji nav bijuši izpildīti pilnībā, eitanāzijas aktu veicējus atzīstot par vainīgiem, tomēr tiesām samazinot

---

<sup>527</sup> Kai J. Euthanasia in Japanese law. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.189.

<sup>528</sup> Kagoshima District Court 1 October 1975. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.198.-199.

<sup>529</sup> Kobe District Court Showa 50 nen: Oct. 29, 1975, No. 484. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.198.-199.

<sup>530</sup> Osaka District Court Showa 52 nen (Wa): Nov. 30, 1977, No. 3083. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.199.

<sup>531</sup> Kochi District Court Heisei 2 nen (Wa): Sep. 17, 1990, No.94. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.199.

piespriežamo sodu apmērus, ko R.Kimura (*R.Kimura*) skaidro ar tiesu nevēlēšanos akceptēt eitanāzijas pieļaujamību.<sup>532</sup>

Piecus gadus vēlāk, t.i., 1995.gada 28.martā Jokohamas Apgabaltiesa<sup>533</sup> aizstāja Nagojas Augstākās tiesas 1962.gada 22.decembra nosacījumus lietā par slepkavību, ārstu atzīstot par vainīgu faktiski nebrīvprātīgās aktīvās eitanāzijas veikšanā 58 gadu vecumu sasniegušam pacientam, balstoties uz pacienta dēla vairākkārtīgu pieprasījumu, nosakot, ka eitanāzija, kuru izpildījis ārsts, var būt attaisnojama tad, ja: pacients cieš nepanesamas fiziskās sāpes; pacienta nāve ir nenovēršama, un tā sagaidāma tuvākā laikā; ārsts ir izmantojis visas iespējamās alternatīvas, lai novērstu pacienta fiziskās sāpes, un tās izrādījušās neefektīvas, un pacients ir izteicis savu gribu, lai viņa dzīve tiktu izbeigta. Tomēr arī pēc šī precedenta turpmākās lietās nesevoja attaisnojoši spriedumi, kas, iespējams, apstiprina R.Kimuras paustā apgalvojuma patiesību.

Kā ikvienas citas valsts, arī šai grupai piederīgo valstu likumdevēji, savos kriminālkodeksos ietverot pantus, kas paredz atbildību par asistēšanu pašnāvībā un aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, šādi izteikuši savu politisko attieksmi pret citu personu piedalīšanos nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanā aiz līdzcietības, kas pamatojumu rod pašas cietušās personas izteiktā lūgumā. Un tomēr, lai arī minētais tiesiskais regulējums to valstu vidū, kas šobrīd atsakās legalizēt eitanāziju, ikvienā tās formā, ir vistuvāk taisnīgam krimināltiesisko attiecību noregulējumam, „*vieglās nāves*” problēmas nepietiekamas izpratnes vai arī apzinātas rīcības dēļ, to likumdevēji ignorē apstākli, ka šādai dzīvības izbeigšanas formai ir vairāki patstāvīgi veidi un pat, ja kāds no tiem ir bijis nebrīvprātīgs, tas neietekmē nodarījuma motīvu.

Aktīvās un nebrīvprātīgās eitanāzijas ignorēšana nav vienīgais jautājums, kas rosina diskusijas. Atsevišķu normu dispozīciju konstrukcijas atsedz pārlietu plašu to pielietojamības iespēju praksē, kas nebūtu pieļaujams, ja to ieviešanas mērķis bijis pakļaut krimināltiesību reglamentācijai tādu nodarījumu kā eitanāzija vai asistēšana pašnāvībā, par ko plašāk promocijas darba nākamajā apakšpunktā.

---

<sup>532</sup> Kimura R. *Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View*. Grām.: *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.199.

<sup>533</sup> Yokohama District Court 28 March. 1995. Citēts pēc: Kai J *Euthanasia in Japanese law*. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective*. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.191.-192. Sk. minētā sprieduma konspektīvu analīzi arī: Еремин В.Н. Характеристика Особенной части уголовного права Японии. Grām.: *Уголовное право зарубежных государств. Особенная часть: Учебное пособие*. Голованова Н.А., Еремин В.Н., Игнатова М.А. и др. Москва: Издательский дом «Камерон», 2004, с.459.

#### **4.1.4. Eitanāzijas un asistēto pašnāvību praktizēšanas aizliedzošo valstu kriminālkodeksos paredzēto speciālo normu sastāvu analīze**

Pastāvot pretrunīgai nostājai eitanāzijas problēmas sakarībā, tas atspoguļojumu gūst arī to valstu kriminālkodeksu normu dispozīcijās un sankcijās, kas ietvērušas pantus par nonāvēšanu aiz līdzcietības un/vai asistēšanu pašnāvībā. Šajā sakarībā ir svarīgi identificēt un atklāt ne tikai ārvalstu kriminālkodeksos ietvertu šo noziedzīgo nodarījumu sastāvu atšķirības, bet arī iespējamās nepilnības un to sekas, šo analīzi uzsākot ar aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas jautājuma apskatu.

Ārvalstu kriminālkodeksos ir sastopamas dažādas normu dispozīciju konstrukcijas, kas paredz atbildību par slepkavību aiz līdzcietības un pēc cietušās personas lūguma. Turklāt ne vienmēr minētās atšķirības ir raksturojamas ar pozitīvu iezīmi, kas galvenokārt tiek skaidrots ar apstākli, ka bieži vien tajās iztrūkst visas obligātās tiesību doktrīnā un praksē tieši šo noziedzīgo nodarījumu raksturojošās sastāva pazīmes.

Kā svarīgāko vainīgās personas subjektīvo pusi raksturojošo elementu jāmin nodarījuma motīvs un mērķis. Tomēr daudzu valstu kriminālkodeksos normās, kas paredz atbildību par slepkavību aiz līdzcietības, likumdevēji nodarījuma motīvu – līdzcietību pantu dispozīcijās nenorāda, kā tas šobrīd ir, piemēram, Austrijā, Azerbaidžānā, Dānijā, Gruzijā, Horvātijā, Moldovā, Japānā, Paragvajā, Portugālē, Spānijā, Vācijā un citviet. Lai arī tas daļēji var tikt izsecināts no pantu nosaukumiem, piemēram, Azerbaidžānā – „Eitanāzija”, Moldovā – “Nonāvēšana pēc cietušās personas lūguma (eitanāzija)”, Vācijā – “Slepkavība pēc cietušā lūguma; žēlsirdīgā slepkavība” u.c., tomēr pret šādu risinājumu jāiebilst galvenokārt divu iemeslu dēļ. Pirmkārt, ne visu valstu kriminālkodeksi paredz pantu nosaukumus un, otrkārt, ne visi pantu nosaukumi norāda uz motīvu. Par juridiski korektāku uzskatāma to likumdevēju pieeja, kurās līdzcietība ir ietverta tieši normas dispozīcijā, kā tas šobrīd ir, piemēram, Bolīvijā, Maķedonijā, Melnkalnē, Peru, Polijā, Serbijā, Šveicē un citviet.

Minētais noteikums ir analogi attiecināms arī uz nodarījuma mērķi, un tādās valstīs kā, piemēram, Austrijā, Dānijā, Horvātijā, Japānā, Korejā, Maķedonijā, Melnkalnē, Moldovā, Paragvajā, Portugālē, Serbijā, Spānijā, Vācijā u.c. tas netiek norādīts. Un tikai retās valstīs tas tieši ir iekļauts dispozīcijās, piemēram, Azerbaidžānā – paātrināt ar jebkādiem līdzekļiem vai jebkādam darbībām nāves iestāšanos, vai mākslīgo dzīvību uzturošo metožu pārtraukšana, Bolīvijā – paātrināt sagaidāmo nāvi vai izbeigt nopietnu saslimšanu vai neārstējamu ievainojumu, Gruzijā – atbrīvot mirstošu cilvēku no stiprām fiziskām ciešanām, Peru – izbeigt terminālas slimības izraisītās nepanesamās sāpes u.c. Tomēr arī atsevišķu valstu likumdevēju mērķu pieļautie terminoloģiskie formulējumi var izraisīt kritiku, piemēram, Gruzijā vainīgās personas darbības var tikt kvalificētas kā šāds nodarījums vienīgi

tad, kad nedziedināmi slima personas izjutusi fiziskas ciešanas, lai gan arī psihiskas saslimšanas var radīt identiskas sajūtas, turpretim Bolīvijā panta dispozīcijā ietvertā formulējuma „nopietna saslimšana” lietošana eitanāzijas kontekstā nav pieļaujama, jo, piemēram, arī astma vai cukura diabēts, ir pieskaitāmas šādu slimību kategorijai, tomēr to radītās ciešanas nebūtu pieļaujams izbeigt ar eitanāzijas palīdzību utt.

Normu sastāvu analīzes ietvaros īpaša uzmanība jāpievērš arī cietušās personas gribas izpausmes formai, kas ārvalstu kriminālkodeksos ir atšķirīga.

Kā visbiežāk sastopamā gribas izteikšanas forma tiek paredzēts cietušā „lūgums”, kā tas, piemēram, ir Azerbaidžānā, Gruzijā, Melnkalnē, Moldovā, Peru, Serbijā, Vācijā u.c., vai arī „pieprasījums”, kā tas šobrīd ir Austrijā, Horvātijā, Šveicē un citviet. Atsevišķu valstu likumdevēji normās vienlaikus paredzējuši divas lūguma izteikšanas formu alternatīvas, piemēram, Japānā – „lūgumu vai piekrišanu”, Korejā – „lūgumu vai vienošanos ar cietušo” u.tml. Turpretim San - Marino tikai „piekrišanu”.

Gribas jautājuma sakarībā svarīga ir ne tikai tās izteikšanas forma, bet arī to raksturojošie elementi. Tādās valstīs kā, piemēram, Austrijā un Šveicē, likumdevējs nosaka, ka cietušā pieprasījumam jābūt „nopietnam un uzstājīgam”, Horvātijā lūgumam jābūt – „nopietnam”, Melnkalnē un Serbijā – „nopietnam un skaidram”, Spānijā – „uzstājīgam, nopietnam un skaidram”, Paragvajā – „nopietnam, atkārtotam un neatlaidīgam”, Peru – „skaidram un apzinātam”, Vācijā – „kategoriskam un uzstājīgam” utt. Ir jāuzsver, ka pret cietušo lūgumiem izvirzīto prasību daudzpusīgums nav skaidrojams ar formālām terminoloģiskām atšķirībām. Minētās pazīmes ir katras valsts likumdevēja izpratne par to, kā normu piemērotājs var identificēt, vai cietušā lūgums uz dzīvības izbeigšanas brīdi ir bijis brīvprātīgs un labi pārdomāts, kas ir obligāta aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas pazīme. Turpretim ir arī tādas valstis kā, piemēram, Azerbaidžāna, Dānija, Japāna, Maķedonija, Moldova un Polija, kurās likumdevēji, neuzskatot par nepieciešamu, cietušā lūgumam nekādas papildus prasības neizvirza, kas nebūtu pieļaujams, jo praksē tas var radīt grūtības aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas norobežošanai no citiem noziedzīgiem nodarījumiem, kas vienlīdz apdraud cilvēka dzīvību.

Pantu dispozīcijās, iztrūkstot kādai no obligātām nonāvēšanas aiz līdzcietības un pēc personas lūguma pazīmēm, t.i., līdzcietība pret cietušo personu, cietušā uzstājīgs un nopietns lūgums, kā arī cietušā neārstējama slimība, kas izraisa mokošas fiziskas vai psihiskas ciešanas, likumdevēji ir pieļāvuši paplašinātu normu interpretācijas iespējamību un varbūtības formā to piemērošanu praksē gadījumos, kas nav saistīti ar eitanāziju, no kā būtu jāizvairās.

Normu analīze aktualizē arī citu jautājumu, kas līdz šim ārvalstu kriminālkodeksos netiek risināts vispār. Šobrīd ārpus likumdevēju skata punkta ir palicis aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas jautājums, šādus nodarījumus, lai to motīvs arī izpaužas līdzietībā pret cietušo, kvalificējot saskaņā ar attiecīgiem kriminālkodeksu pantiem vai nu kā slepkavību bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, vai arī kā slepkavību pastiprinošos apstākļos, t.i., vainīgajam apzinoties, ka cietusī persona uz nodarījuma izdarīšanas brīdi bijusi bezpalīdzības stāvoklī, tādējādi pieļaujot juridisku kļūdu. Apstākļi, ka minētās eitanāzijas formas un to patstāvīgie veidi no likumdevēju puses nav guvušas atbilstošu tiesisko regulējumu, liecina vien par to, ka „*vieglās nāves*” jautājums pasaulē nav pietiekoši izpētīts, vairumā gadījumos neapzināti ignorējot to individuālās pazīmes un katrā no šiem gadījumiem atšķirīgo vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām.

Analizējamās problēmas sakarībā neliela atkāpe jāvelta Melnkalnes un Maķedonijas kriminālkodeksos ietvertu normu apskatam. Maķedonijas kriminālkodeksa 124.pantā paredzēta tādas personas atbildība, kas nonāvējusi citu personu cēlu motīvu dēļ, savukārt Melnkalnes kriminālkodeksa 147.pantā – par cita pieauguša cilvēka nonāvēšanu aiz līdzietības viņa smagā veselības stāvokļa dēļ vai pēc personas nopietna un skaidri izteikta lūguma. Kā izriet no pantu formulējumiem, to dispozīcijās nav ietverta obligāta prasība cietušā lūguma esamībai, kas normu piemērotājiem ļauj pakļaut šādai kvalifikācijai arī tādus nodarījumus kā aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, un, tomēr, vienas dispozīcijas ietvaros apvienojot trīs atšķirīgus noziedzīgus nodarījumus, liedz šo tiesisko risinājumu atzīt par juridiski pareizu. Likumdevējam, panta sankcijā paredzot sodu un tā apmēru, vienmēr jāvadās no taisnīguma principa, kam aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos vienmēr jābūt mazākam, salīdzinot ar slepkavību bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, bet lielākam, nekā tas ir paredzēts par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, jo nedz vienā, nedz arī otrā gadījumā cietušais nav devis piekrišanu savas dzīvības izbeigšanai, bet vainīgais, līdzietības motīvu vadīts, uzskatījis, ka šāds risinājums ir vienīgā atlikusī iespēja slimības izraisīto ciešanu izbeigšanai.

Papildus dispozīciju atšķirībām ārvalstu kriminālkodeksos vērojamas arī būtiskas atšķirības pantu sankcijās. Tā, piemēram, saskaņā ar Azerbaidžānas, Bolīvijas, Dānijas, Paragvajes, Peru un Portugāles kriminālkodeksiem, tiesa vainīgo personu par slepkavību pēc cietušās personas lūguma var sodīt ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz trim gadiem, Austrijā, Gruzijā, Maķedonijā, Melnkalnē, Polijā, Serbijā, Vācijā u.c. – līdz pieciem gadiem, Japānā, Moldovā u.c. – līdz septiņiem gadiem, Horvātijā – līdz astoņiem gadiem, savukārt Korejas Republikā līdz pat desmit gadiem utt. Šveicē un Polijā soda apmēra noteikšana, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, ir atstāta tiesas ziņā. Ne tik izplatīts un tomēr loģisks kā iespējamais papildsods šim nodarījumam ir ietverts, piemēram,



Azerbaidžānas kriminālkodeksā – tiesību atņemšana ieņemt noteiktus amatus vai veikt noteiktas darbības, kas galvenokārt tiktu attiecināts uz gadījumiem, ja noziedzīgo nodarījumu būtu izdarījis speciālais subjekts.

Būtu arī jāatzīmē, ka atsevišķās valstīs nonāvēšana aiz līdzcietības un pēc cietušā lūguma var kalpot pat par kriminālatbildību izslēdzošu apstākli, vainīgo personu atbrīvojot no jebkāda soda izciešanas, piemēram, kā tas ir noteikts Bolīvijas un Polijas Republikas kriminālkodeksos. Tādējādi likumdevējs ir pieļāvis iespēju tiesai atsevišķos gadījumos šo nodarījumu atzīt par nesodāmu.

Atšķirībā no nonāvēšanas aiz līdzcietības, normas, kas paredz atbildību par asistēšanu pašnāvībā, raksturojamas ar mazāku dispozīcijās ietverto noziedzīga nodarījuma sastāvu pazīmju konkretizētības pakāpi un līdz ar to arī pēc savas struktūras tās lielākoties ir līdzīgas. Vairums valstu likumdevēji, kā, piemēram, Argentīnā, Austrijā, Bosnijā un Hercegovinā, Bolīvijā, Brazīlijā, Bulgārijā, Dānijā, Gvatemalā, Horvātijā, Japānā, Maķedonijā, Nikaragvā, Paragvajā, Peru, Polijā, Portugālē, San - Marino, Turcijā, Venecuēlā un citur, nediferencē vienkāršu asistēšanu pašnāvībā, kuras motīvs neizpaužas līdzcietībā pret cietušo personu, no asistētās pašnāvības, kuras gadījumā šis motīvs ir dominējošs, kas izriet arī no pantu nosaukumiem tajās valstīs, kur tie ir paredzēti. Tādējādi likumdevēji, liekot vienlīdzības zīmi starp šiem, pēc būtības diviem atšķirīgiem noziedzīgiem nodarījumiem, pieļāvuši juridisku neprecizitāti, vainīgās personas darbības, kad tā rīkojusies aiz līdzcietības un ar mērķi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, liekot kvalificēt saskaņā ar attiecīgiem kriminālkodeksu pantiem, normās neparedzot atbildības gradāciju un, līdz ar to, arī sankcijās ietverto soda apmēra loģisku samazinājumu „*vieglās nāves*” gadījumos. Šajā sakarībā atzinīgi būtu jāvērtē, piemēram, Melnkalnes un Serbijas likumdevēju solis, normu dispozīcijās savstarpēji nošķirot šīs divas atšķirīgās asistētās pašnāvības formas un, pastāvot tādām noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmēm kā līdzcietība pret cietušo, cietušā uzstājīgs un nopietns lūgums, cietušā neārstējama slimība, sankcijā paredzot būtisku soda apmēra samazinājumu. Pat apstākļi, ka šīs divas atšķirīgās asistētās pašnāvības formas ir iekļautas viena panta atsevišķās daļās, nevar tikt traktēts kā normu konstrukciju pārkāpums, jo to izteikti individuālās pazīmes ir iekļautas normu dispozīcijās un to savstarpējā diferenciācija ir skaidri saskatāma. Asistētās pašnāvības privilēģēts sastāvs ir iekļauts arī Lietuvas kriminālkodeksā, tomēr tas vienlaikus ir radījis arī paradoksālu situāciju, jo par asistēšanu pašnāvībā, kuras motīvs neizpaužas līdzcietībā, likumdevējs atbildību nav paredzējis, un šāda normatīvā regulējuma iespējamais skaidrojums tika sniegts jau iepriekš promocijas darba 4.nodaļas 1.apakšnodaļas 2.apakšpunkta ietvaros.

Līdzīgi kā tas ir dispozīciju sakarībā, būtiskas atšķirības nav vērojamas arī pantu sankcijās, kas paredz atbildību par asistēšanu pašnāvība. Tā, piemēram, saskaņā ar Bulgārijas, Maķedonijas, Portugāles un Serbijas kriminālkodeksiem, tiesa vainīgo personu par asistēšanu pašnāvībā var sodīt ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz trim gadiem, Argentīnā, Lietuvā, Peru – līdz četriem gadiem, Austrijā, Bosnijā un Hercegovinā, Horvātijā, Melnkalnē, Polijā, Spānijā, Turcijā u.c. – līdz pieciem gadiem, Bolīvijā un Nikaragvā – līdz sešiem gadiem, Japānā – līdz septiņiem gadiem, Paragvajā un Venecuēlā – līdz desmit gadiem, Maltā – līdz divpadsmit gadiem, savukārt Gvatemalā līdz pat piecpadsmit gadiem utt. Arī asistētās pašnāvības gadījumā vairums valstu kriminālkodeksos iztrūkst tāds iespējamais papildsods šim nodarījumam kā tiesību atņemšana.

Salīdzinot sodu apmērus, kādi ir noteikti par eitanāziju un asistēto pašnāvību tajās valstīs, kuru kriminālkodeksos vienlaikus paredzētas divas speciālas normas, jāsecina, ka ne visu valstu likumdevēji ir saskatījuši un ievērojuši atšķirību vainīgās personas atbildības pakāpē pret sekām, kas gūst atspoguļojumu normu sankcijās. Tādēļ tādu valstu kā, piemēram, Austrijas, Japānas, Melnkalnes, Polijas, Portugāles, San - Marino u.c. kriminālkodeksos soda apmēri par šiem diviem atšķirīgiem noziedzīgiem nodarījumiem ir vienādi. Vēl jo vairāk, piemēram, kā tas ir Polijā, soda apmēra noteikšana par eitanāziju, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, ir atstāta tiesas ziņā, tai laikā, kad par asistēšanu pašnāvībā šāda iespēja nepastāv.

Krimināltiesiskā taisnīguma principa kontekstā par neizprotamu un faktiski arī nepieļaujamu atzīstams, piemēram, Peru, Bolīvijas, Paragvajas u.c. valstu likumdevēju solis, par nonāvēšanu aiz līdzcietības paredzot mazāku soda apmēru, nekā tas ir noteikts par asistēšanu pašnāvībā. Šajā sakarībā nepieciešams atkārtoti uzsvērt, ka, asistējot pašnāvībā, vainīgās personas atbildības pakāpe pret sekām vienmēr ir ievērojami mazāka, nekā tas ir nonāvēšanas aiz līdzcietības gadījumos, jo vainīgā persona sniedz tikai atbalstu cietušā nodoma realizācijā un tieši pēdējais ar aktīvām darbībām izraisa savu nāvi, kam pēc būtības bija jāseko arī soda apmēra proporcionālam samazinājumam kā tas ir, piemēram, Dānijā, Maķedonijā, Serbijā un citu valstu kriminālkodeksos.

Ārvalstu kriminālkodeksu normu analīze uzskatāmi atsedz, ka vienotas izpratnes eitanāzijas, tai skaitā asistētās pašnāvības, jautājumā nav. Pieļaujot dažādas normu konstrukcijas un bieži vien tajās ignorējot šo nodarījumu obligātās pazīmes, likumdevēji pieļauj pārlieku plašu normu interpretāciju, vai gluži pretēji – to ierobežotu pielietojamību praksē, veicinot juridisko kāzusu rašanos, un to risinājumi ne vienmēr var būt atzīti par taisnīgiem. Tai pašā laikā tādas eitanāzijas formas kā aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija šobrīd vispār netiek reglamentētas, tās nepamatoti pielīdzinot „vienkāršai” slepkavībai, lai gan pēc būtības tie ir atšķirīgi noziedzīgi nodarījumi.

## 4.2. „Vieglo nāvi” legalizējošo valstu tiesiskā regulējuma un to prakses analīze

Diskusijas par eitanāzijas praktizēšanas pieļaujamību un to robežām nav raksturīgas vien tām valstīm, kas šobrīd šādu praksi nepieļauj, par to praktizēšanu paredzot kriminālatbildību. Īpaši asa polemika tiesību un medicīnas teorētiķu, kā arī praktiķu vidū vērojama tajās valstīs, kurās likumdevēji ar speciāliem normatīvajiem aktiem atzīst, ka nedziedināmi slimiem cilvēkiem ir tiesības noteikt veidu un laiku, kā izbeigt dzīvi, šādi atbrīvojot sevi no slimības izraisītām ciešanām, savukārt ārstiem ir tiesības apmierināt šo pacientu lūgumus un piedalīties to dzīvības izbeigšanas procesā. Ievērojot to, ka šādas valstis mūsdienās ir pārlicinošā mazākumā, un kā pirmā no tām Eiropā<sup>534</sup> bija Nīderlande, kas joprojām saglabā savas līderpozīcijas kopējo nostādņu veidošanā eitanāzijas jautājumā to valstu starpā, kas vēlākā laika posmā sekojušas tās pieredzei, promocijas darba ietvaros ir nepieciešams pievērst īpašu vērību tieši šīs valsts alternatīvam tiesiskam regulējumam un tā aprobācijai praksē, bet par to detalizētāk nākamajā apakšnodaļā.

### 4.2.1. Nīderlandes nozīme tiesisko jautājumu risināšanā

Nozīmīgs ieguldījums eitanāzijas problēmas juridisko un ētisko aspektu precizēšanā ir Nīderlandes pieredze, kur 2002.gada 1.aprīlī spēkā stājās „Dzīvības izbeigšanas uz pieprasījuma un asistētās pašnāvības likums” (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*)<sup>535</sup>, tādējādi Nīderlandei kļūstot par pirmo Eiropas valsti, kas ārstiem piešķirusi tiesības noteiktos apstākļos praktizēt eitanāziju un asistēto pašnāvību attiecībā pret nedziedināmi slimiem cilvēkiem. Kaut arī likums izbeidza ilgās debates par šādu dzīvības izbeigšanas formu praktizēšanas pieļaujamību, tajā ietvertos noteikumus nevar uzskatīt par novellu. Likums faktiski kodificē līdzšinējās Nīderlandes tiesu prakses nozīmīgākās atziņas šāda rakstura lietās, sākot ar 1973.gadu, kuru ievērošana gadu desmitiem būtībā nodrošināja ārstiem iespēju tikt atbrīvotiem no kriminālatbildības par citas personas dzīvības izbeigšanu ar eitanāzijas vai asistētās pašnāvības palīdzību.

---

<sup>534</sup> Ieskatam var minēt, ka pirmā valsts pasaulē, kura legalizēja aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un ārsta asistētās pašnāvības bija Austrālija, 1995.gada Austrālijas Ziemeļu teritorijā pieņemot „1995.gada Nedziedināmi slimu tiesību likumu (ZT)” (*Rights of the Terminally Ill Act 1995 (NT)*), kas spēkā stājās 1996.gadā, tomēr jau 1997.gadā ar speciālu likumu, t.i., „1997.gada Eitanāzijas likuma darbība” (*The Euthanasia Laws Act 1997*) tas tika atcelts. Sk.: Northern territory of Australia. Rights of the Terminally Ill Act 1995 Pieejams: <http://www.nt.gov.au/lant/parliamentary-business/committees/rotti/rotti95.pdf> [aplūkots 2015.gada 18.maijā] un The Euthanasia Laws Act 1997. Pieejams: <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2004A05118> [aplūkots 2015.gada 18.maijā]. Likuma darbības laikā tā piešķirtās priekšrocības paguva izmantot tikai pieci cilvēki, pret kuriem tika piemērota aktīvā brīvprātīgā eitanāzija. Sk.: Faunce T.A., Townsend R. A Comparative Perspective on Australian End – of – Life Law. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.178.

<sup>535</sup> Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Pieejams: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum\\_27-01-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_27-01-2015) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].

Tiesiskā regulējuma attīstība ārstu asistētās nāves jautājumā Nīderlandē ir bijis ilgstošs un sarežģīts process, taču, ievērojot to, ka minētajam jautājumam ir veltītas vairākas autoritatīvu ārvalstu autoru publikācijas<sup>536</sup>, promocijas darbā tā netiks atspoguļota. Tomēr aiz apsvēruma, ka tieši XX gadsimta beigu un XXI gadsimta sākuma judikatūra faktiski formulēja tos noteikumus jeb tā saucamos „pienācīgās aprūpes kritērijus”, kas vēlākā laika posmā tikuši akumulēti likumā un kuru ievērošana šobrīd nodrošina ārsta rīcības leģitimitāti pacienta dzīvības izbeigšanas procesā, Nīderlandes tiesiskā regulējuma un prakses analīze eitanāzijas un ārstu asistēto pašnāvību jautājumā būtu jāuzsāk ar nozīmīgāko tiesu spriedumu ilustrēšanu, kas bijuši tam pamatā.

Kā pirmais tiesas spriedums Nīderlandes vēsturē, kas būtu attiecināms uz likumā iestrādātiem „pienācīgās aprūpes kritērijiem”, minams tā saucamajā Postmas lietā<sup>537</sup> (*Postma case*), 1973.gada 21.februārī Līuvārdenas Reģionālai tiesai atzīstot Ģertrūdi Postmu (*Geertruida Postma*), pēc profesijas ārsti, par vainīgu atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 293.pantam brīvprātīgās eitanāzijas veikšanā par to, ka viņa 1971.gada 19.oktobrī nonāvēja savu 78 gadu vecumu sasniegušo māti, injicējot letālu devu, t.i., 200 miligramus morfīna, balstoties uz tās vairākkārtīgi izteiktu lūgumu atbrīvot to no ciešanām.

Uz eitanāzijas izpildes brīdi cietušajai bija smadzeņu hematoma, viņa daļēji bija paralizēta, kurla un ar grūtībām spēja runāt, izjūtot nepanesamas fiziskas sāpes. Kaut arī tiesa nosodīja apsūdzētās rīcību, izmantojot injekciju, kas nekavējoties izraisījusi letālas sekas, uzskatot izvēlēto līdzekli par nesaprātīgu apsūdzētās mērķa sasniegšanai – izbeigt mātes ciešanas, tomēr savā spriedumā formulēja tos četrus nosacījumus, kuru ievērošana var atbrīvot ārstus no atbildības, ja tie administrē sāpju remdinošus medikamentus ar risku izraisīt pacienta nāvi:

- 1) pacients medicīniski ir uzskatāms par nedziedināmi slimu;
- 2) pacients cieš nepanesamas fiziskas vai psiholoģiskas ciešanas;
- 3) pacients pirms tam, verbālā vai rakstveida formā ir paudis savu gribu, lai tā dzīve būtu izbeigta, šādi atbrīvojot to no ciešanām;
- 4) personai, kas piekrīt izpildīt lūgumu, jābūt ārstam, vēlams, kurš ir atbildīgs par ārstēšanu.

---

<sup>536</sup> Sk., piemēram: Griffiths J., Bood A., Weyers H. *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.43.-89.; Griffiths J., Weyers H., Adams M. *Euthanasia and Law in Europe*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.29.-50.; Weyers H. *The Legalization of Euthanasia in the Netherlands. Revolutionary Normality*. Grām.: *Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.37.-68.; Weyers H. *Dutch Social Groups on “Euthanasia”*. *The Political Spectrum on Ending Life on Request*. Grām.: *Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.82.-98.

<sup>537</sup> Līuvārdenas Reģionālās tiesas 1973.gada 21.februāra spriedums lietā: ARR.-RECHTB. LEEUWARDEN 21 februari 1973. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke, straf- ne onteigenings - zaken 1973*. No.183, p.556.-561.

Postmas lieta ir nozīmīga ne tikai tamdēļ, ka pirmo reizi Nīderlandes vēsturē tika formulēti pienācīgās aprūpes pamatkritēriji, kuri atrodami arī pašlaik spēkā esošajā likumā, bet arī ar to, ka tiesa faktiski pirmo reizi pieļāva eitanāzijas praktizēšanu, aizsākot sociālas debates.

Astoņus gadus vēlāk Roterdamas Reģionālā tiesa Vertheimas lietā<sup>538</sup> (*Wertheim case*) pilnveidoja šos nosacījumus.

1981.gada 1.decembrī tiesa Mis Vertheimu atzina par vainīgu atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 294.pantam pašnāvības asistēšanā par to, ka viņa 1981.gada 19.aprīlī, nebūdama ārste, balstoties uz personas lūgumu, asistēja pašnāvībā 67 gadus sievietei, kura cieta no vairākām garīga un fiziska rakstura slimībām, sajaucot traukā aptuveni 30 Vesparaksa (*Vesparax*) tabletes ar šokolādi un palīdzot tās izlietot, pēc kā iedeva uzdzert alkoholisko dzērienu, zinot, ka šādi palielināsies izmantoto medikamentu efekts.

Vertheimas lieta nozīmīga ar tiesas spriedumā pausto atziņu, ka arī asistēšana pašnāvībā var būt attaisnojama rīcība, ja vien pirms tās veikšanas ir ievērotas noteiktas prasības, izvirzot sekojošus papildus nosacījumus: ciešanām un vēlmei izbeigt dzīvi jābūt ilgstošām; personai jābūt labi informētai par situāciju, kurā viņa atrodas, kā arī par pieejamām alternatīvām, un spējīgai tās apsvērt; situācijas uzlabošanai nepastāv citu alternatīvu līdzekļu un personas nāve neizraisīs citas nevajadzīgas ciešanas.

Savā spriedumā tiesa tostarp atzina, ka tās ieskatā asistēšana pati par sevi paredz ārsta iesaistīšanu lēmuma pieņemšanas procesā, kuram būtu jānosaka šim mērķim izmantojamās metodes. Turklāt, lai šādos gadījumos būtu ievērota pienācīgā aprūpe, ārstam iepriekš būtu jāpārrunā situācija arī ar citiem speciālistiem.

Drīzumā tiesā tika skatīta arī Šūnhaima lieta<sup>539</sup> (*Schoonheim case*), kas nozīmīga ne vien ar to, ka tā sasniedza Nīderlandes Augstākās tiesas instanci, bet arī pirmo reizi Nīderlandes vēsturē ārsts tika attaisnots apsūdzībā saskaņā ar Nīderlandes kriminālkodeksa 293.pantu par aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas veikšanu.

1982.gada 16.jūlijā ārsts Šūnhaims medicīniski akceptētā veidā veica eitanāziju savai 95 gadu vecumu sasniegušai pacientei, balstoties uz tās vairākkārtēji izteiktu lūgumu, sākotnēji injicējot medikamentus, kas samazināja tās apziņu, un vēlāk muskuļu relaksantus, kas izraisīja nāvi.

Uz eitanāzijas izpildes brīdi paciente gūžas kaula lūzuma dēļ bija guļoša, atsakoties no operācijas. Viņa nespēja nedz staigāt, nedz arī sēdēt, turklāt viņai pasliktinājās arī redze un dzirde. Nekādu citu alternatīvu uzlabot tās veselības stāvokli vairs nebija. Būdama garīgi vesela un apzinoties

<sup>538</sup> Roterdamas Reģionālās tiesas 1981.gada 1.decembra spriedums lietā: ARR. RECHTBANK ROTTERDAM (Strafkamer) 1 december 1981. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken 1982, 1 – 314. Nr.63, p.222.-224.

<sup>539</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 1984.gada 27.novembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 27 november 1984, nr. 77091. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken 1985, 1 – 491. Nr.106, p.451.-467.

pilnībā savu stāvokli, paciente uzskatīja to par pazemojošu. Arī ārsta ieskatā pats fakts, ka paciente ik dienu cieta vien no tā, ka joprojām bija dzīva, padarīja tās ciešanas nepanesamas.

1983.gada 10.maijā Alkmāras Reģionālā tiesa ārstu attaisnoja, savukārt 1983.gada 17.novembrī Amsterdamas Apelācijas tiesa to atzina par vainīgu noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, atbildība par kuru paredzēta Nīderlandes kriminālkodeksa 293.pantā, taču atteicās no soda piemērošanas. 1984.gada 27.novembrī lieta tika skatīta Nīderlandes Augstākajā tiesā.

Savā spriedumā Nīderlandes Augstākā tiesa secināja, ka, lai arī Amsterdamas Apelācijas tiesa bija pareizi atzinusi, ka apsūdzētā konsultācijas pirms eitanāzijas veikšanas ar savu asistentu ārstu un cietušās dēlu, nevar būt atzītas par pietiekami objektīvām, tomēr nebija pienācīgi izvērtējusi aizstāvības argumentu par to, ka ārsts, izraisot „pienākumu konfliktu”, eitanāziju veica „nepieciešamības” apstākļos, un līdz ar to tā rīcība var būt attaisnojama saskaņā ar Nīderlandes kriminālkodeksa 40.pantu<sup>540</sup>.

Kā izriet no tiesas sprieduma „pienākumu konflikts” ir attiecināms uz tiem gadījumiem, kad, ievērojot medicīnas ētikas normas, ārstam, balstoties uz objektīvu medicīnisku ieskatu, jāizvēlas starp diviem savstarpēji nesaderīgiem pienākumiem. Lai tādas darbības varētu būt atzītas kā veiktas „nepieciešamības” apstākļos un vēlāk attaisnotas, ārsta lēmumam jābūt balstītam uz objektīviem un katrā lietā individuāli izvērtētiem apstākļiem. Šūnhaima gadījumā tiesa „nepieciešamību” pamatoja ar to, ka paciente eitanāzijas izpildes brīdī izjuta nepanesamas ciešanas, kas bija saistāmas ar arvien pieaugošu personīgās cieņas zaudēšanu un risku perspektīvā zaudēt iespējas nomirt cienīgā veidā, kā rezultātā ārsts bija spiests piemērot eitanāziju kā vienīgo atlikušo alternatīvu pacientes atbrīvošanai no ciešanām.

Atzīstot Amsterdamas Apelācijas tiesas spriedumu par nepamatotu, Nīderlandes Augstākā tiesa to atcēla un lietu atkārtotai izskatīšanai nosūtīja Hāgas Apelācijas tiesai, kas galarezultātā ārstu viņam izvirzītajā apsūdzībā attaisnoja.

Kaut arī Šūnhaima lietā tiesa noteica, ka ārsts var apelēt pie „nepieciešamības”, lai eitanāzijas akts būtu attaisnots, konkrētas vadlīnijas netika formulētas, radot ģenerālklausulu, tādējādi ievērojami paplašinot ārstu iespējamās rīcības robežas, kas tikušas noteiktas līdzšinējos tiesu spriedumos.

---

<sup>540</sup> Nīderlandes Kriminālkodeksa 40.pants nosaka, ka „Nav sodāms tas, kurš izdara noziegumu nepārvaramas varas ietekmē.” Wetboek van Strafrecht. Pieejams: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/geldigheidsdatum\\_27-01-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/geldigheidsdatum_27-01-2015) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī]. Ārsta asistētās nāves jautājumā atrašanās profesionālās ētikas konfliktā – starp ārsta pienākumu darīt visu iespējamo, lai saglabātu cilvēka dzīvību, un pienākumu novērst pacienta nepanesamās un neārstējamās ciešanas – vēlākā laika posmā kalpoja par juridiski akceptētu apstākli – nepārvaramu varu (force majeure), kas ārstu atbrīvoja no kriminālatbildības. Ārvalstu literatūrā „pienākumu konfliktu”, ko izraisījis ārsts, attiecina uz nepieciešamības jeb neatliekamās vajadzības apstākļiem (angļu val. – „necessity”), tamdēļ turpmāk tekstā tiks lietots jēdziens „nepieciešamība”.

Vienpadsmit gadus vēlāk „nepieciešamības” jautājuma kontekstā tiesas vērtēšanai tika pakļauta arī Šabo lieta<sup>541</sup> (*Chabot case*), izvirzot vairākus judikatūrā līdz šim nerisinātus jautājumus, proti, vai dzīvības izbeigšana, iesaistot ārstu, var būt attiecināma arī uz tiem pacientiem, kuru ciešanas izriet nevis no somatiskas<sup>542</sup>, bet gan psihiskas saslimšanas, un tādējādi, vai to lūgums var būt atzīts par brīvprātīgu un labi pārdomātu, kā arī, vai uz dzīvības izbeigšanas brīdi pacientam obligāti jābūt slimības terminālā stadijā. Minētā krimināllieta tika skatīta trijās tiesu instancēs.

1993.gada 30.septembrī Līuvārdenas Apelācijas tiesa, līdzīgi kā 1993.gada 21.aprīlī Assenas Reģionālā tiesa, ārstu – psihiatru Boudavainu Šabo (*Boudewijn Chabot*) apsūdzībā atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 294.pantam par tīšu asistēšanu citas personas pašnāvības izdarīšanā attaisnoja, savos spriedumos atzīstot, ka ārsts bija rīkojies nepieciešamības apstākļos, izraisot pienākumu konfliktu. Savukārt 1994.gada 21.jūnijā Nīderlandes Augstākā tiesa Līuvārdenas Apelācijas tiesas spriedumu atcēla, ārstu atzīstot par vainīgu viņam izvirzītajā apsūdzībā par to, ka viņš 1991.gada 28.septembrī asistēja 50 gadu vecumu sasniegušās pacientes Hillijas Bošeras (*Hilly Boscher*) pašnāvībā, nodrošinot to ar letālu medikamentu devu, bet atteicās no soda piemērošanas. Kaut arī B.Šabo gadījumā spēkā stājās notiesājošs spriedums, Nīderlandes Augstākā tiesa formulēja vairākas svarīgas atziņas, kādos gadījumos pieļaujams praktizēt ārsta asistēto dzīvības izbeigšanu pacientiem ar psihiskām saslimšanām, kuras vēlāk tikušas inkorporētas arī likumā, taču sākotnēji nepieciešams sniegt nelielu ieskatu notikumu faktalōģijā.

Cietušajai bija ilgstoša depresijas vēsture. Savas dzīves laikā viņa piedzīvoja vardarbīgu laulību, kura vēlāk tika šķirta, divu dēlu nāvi – vecākais dēls nomira, izdarot pašnāvību, savukārt otrs no ļaundabīgā audzēja. Domas par pašnāvības izdarīšanu viņai parādījās kopš pirmā dēla nāves, savukārt dienā, kad nomira otrais dēls, viņa mēģināja izdarīt pašnāvību, bet tika izglābta. Pēc atlabšanas cietusī mērķtiecīgi sāka krāt zāles jaunam pašnāvības mēģinājumam, pārrunājot iespējamās dzīvības izbeigšanas metodes ar dažādiem cilvēkiem, tostarp ar savu ārstējošo ārstu. Visa viņas turpmākā dzīve bija pārņemta tikai un vienīgi ar šo domu. No jebkādas ārstēšanas viņa atteicās.

Ar Nīderlandes Brīvprātīgās Eitanāzijas Asociācijas (*Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie*) starpniecību viņa sazinājās ar ārstu – psihiatru B.Šabo un turpmāk viņu starpā vairākkārtīgi

---

<sup>541</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 1994.gada 21.jūnija spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 21 juni 1994, nr. 96.972. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 1994 – 29 oktober. Afl.43 – Nrs. 648-663., Nr.656, p.3143.-3159.*

<sup>542</sup> Medicīnas vārdnīcā ar jēdzienu „somatisks” (gr. *soma* – ķermenis, burtiskā tulkojumā – miesīgs) apzīmē kategoriju, kas ir attiecināma uz cilvēka ķermeni, organismu un tā orgānu un sistēmas darbībām, kā pretstatu psihiskai darbībai. Sk.: *Медицинский энциклопедический словарь. Бородулин В.И., Бруенок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. Москва: Издательский дом «ОНИКС 21 век», 2002, с.509.* Līdz ar to ar jēdzienu „somatiska saslimšana” promocijas darbā jāsaprot slimību, kas skar cilvēka ķermeni, kā arī tā iekšējo un ārējo orgānu darbību.

norisinājušās sarunas par pašnāvības veikšanu, lūdzot ārstam tajā asistēt. Konsultāciju rezultātā ārsts nekonstatēja kādu noteiktu psihisku saslimšanu, bet secināja, ka pacients piedzīvo ilgstošas un spēcīgas psiholoģiskas ciešanas, atrodoties depresīvā stāvoklī, kuras atzīstamas par nepanesamām un bez iespējām tās uzlabot. Lai arī šajā gadījumā pastāvēja ārstēšanas iespējas, tomēr tās būtu ilgstošas un visdrīzāk veltīgas. Neapšaubot, ka pacientes lūgums bija brīvprātīgs un labi pārdomāts, tai pilnībā apzinoties gan situāciju, gan arī lūguma sekas, un secinot, ka atteikšanās no ārstēšanas terapijas tostarp bija labi pārdomāta, B.Šabo piekrita sniegt atbalstu pašnāvības izdarīšanā.

Vēl pirms lūguma apmierināšanas, ārsts, ar mērķi pārrunāt lūguma būtību, un gūt apstiprinājumu uzstādītajai diagnozei, kā arī, lai saņemtu ieteikumus par psihisko izmeklējumu rezultātiem, veica konsultācijas vēl ar septiņiem citiem neatkarīgiem ekspertiem, tostarp, četriem ārstiem – psihietriem, psihologu, Hillijas Bošeras ārstējošo ārstu un ētikas profesoru, nodrošinot tos ar detalizētu informāciju, taču neviens no tiem pacienti klātienē nebija apmeklējis. Pieaicinātie eksperti piekrita ārsta secinājumiem, un vairums no tiem atzina, ka, noraidot pacientes lūgumu, viņa turpinās meklēt citus veidus, kā izdarīt pašnāvību, līdz sava mērķa sasniegšanai tiks izmantoti ievērojami vardarbīgāki līdzekļi.

Pamatojoties uz iepriekš gūtiem izmeklējumiem un atziņām, 1991. gada 28. septembrī, B.Šabo nodrošinot pacientu ar pašnāvības veikšanai paredzētiem letālas devas medikamentiem, Hillija Bošera cita ārsta<sup>543</sup> un sava drauga klātbūtnē tos pašrocīgi izlietoja, izraisot savu nāvi.

Savā spriedumā Līuvārdenas Apelācijas tiesa norādīja, lai arī Hillijas Bošeras ciešanas izrietēja nevis no somatiskas saslimšanas, bet gan no dzīves laikā gūtām psihiskām traumām, tās attiecinot uz psihiatrijas nozari, zināmos apstākļos medicīnas ētikas normas pieļauj asistēšanu pašnāvībā arī šādu kategoriju pacientiem, turklāt uz dzīvības izbeigšanas brīdi tiem nav jābūt slimības terminālā stadijā. Tiesas spriedumu neietekmēja tas fakts, ka ārsta pieaicinātie eksperti klātienē nebija redzējuši pacientu, jo tiesas ieskatā apsūdzētais eksperts nodrošinājis ar detalizētu pārskatu, sniedzot informāciju par visām ar pacientu veiktajām darbībām un tādējādi novēršot to secinājumu objektivitātes apšaubīšanu, kā rezultātā B.Šabo rīcība tika attaisnota.

Nīderlandes Augstākā tiesa piekrita zemāko instanču tiesu spriedumiem daļā, ka eitanāzija un asistēšana pašnāvībā pacientam, kura ciešanas nav somatiskas un viņš neatrodas terminālā stadijā, var tikt attaisnota, ja pacienta lūgums bijis brīvprātīgs un labi pārdomāts, tā ciešanas bijušas nepanesamas, neesot citām alternatīvām to mazināšanai, un, ievērojot konkrētās lietas apstākļus, tiek gūta pārliecība,

---

<sup>543</sup> Ārsts – psihiatrs B.Šabo nebija Hillijas Bošeras ārstējošais ārsts, jo viņas ārsts izteica iebildumus pret šādas metodes izmantošanu, savukārt, dzīvības izbeigšanas brīdī klātesošais ārsts bija B.Šabo draugs, kuru viņš uzlūdzta ar mērķi nodrošināt, lai pacients tehniski un arī medicīniski pareizi izpildītu pašnāvības aktu. Sk. atsauci Nr.18, grāmatā Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.329.



ka apsūdzētais šādi rīkojies nepieciešamības situācijā, jo „nepieciešamībai” kā specifiskam apstāklim, pašam par sevi nevar būt noteikti limiti. Tomēr tiesa vērsa uzmanību tam, ka gadījumos, kad pacienta ciešanas izriet nevis no somatiskas, bet gan psihiskas saslimšanas, ir objektīvi grūtāk noteikt ciešanu esamības faktu, to apmērus, kā arī iespējamās alternatīvas to mazināšanai. Tamdēļ, ik reizi apsverot jautājumu, vai nepieciešamība bijusi pamatota, tiesai savs lēmums jābalsta, tostarp, uz neatkarīgā medicīnas eksperta slēdzieni, kurš pacientu pirms dzīvības izbeigšanas ir redzējis un iztaujājis klātienē. Eksperta slēdzienā, papildus jau uzskaitītajiem kritērijiem, jābūt ietvertai norādei arī par to, vai pacienta kompetenci lūguma izteikšanas brīdī nav ietekmējusi slimība vai stāvoklis, kurā viņš tobrīd atrodas.

Ievērojot to, ka B.Šabo gadījumā cietusī pirms asistēšanas pašnāvībā nebija eksaminēta ar cita neatkarīgā eksperta – psihiatra palīdzību klātienē, Nīderlandes Augstākā tiesa atzina, ka Apelācijas tiesa nevarēja izsecināt, ka apsūdzētais kā atbildīgais psihiatrs šajā gadījumā bija atradies pienākuma konflikta apstākļos, izdarot attaisnojamo izvēli. Ņemot vērā, ka izskatāmajā krimināllietā nebija prasībām atbilstoša neatkarīga eksperta slēdziena, tiesa noraidīja „nepieciešamības” pamatotību, atcēla iepriekšējo tiesas spriedumu un B.Šabo atzina par vainīgu viņam izvirzītajās apsūdzībās.

Tā kā B.Šabo krimināllietā tobrīd bija vienīgā, kuras ietvaros tika vērtēta ārsta rīcības leģitimitāte pacienta dzīvības izbeigšanā, kura nepanesamo ciešanu iemesls nebija saistāms ar somatisku saslimšanu, bet izrietēja no psihiatrijas nozares, šajā sakarībā svarīgi pieminēt arī 2002.gada 24.decembra Nīderlandes Augstākās tiesas spriedumu Brongersma lietā<sup>544</sup> (*Brongersma case*), ārstu atzīstot par vainīgu atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 294.pantam pašnāvības asistēšanā. Lai arī minētais tiesas spriedums likumīgu spēku ieguva tikai pēc tam, kad Nīderlandē jau spēkā bija stājies „Dzīvības izbeigšanas uz pieprasījuma un asistētās pašnāvības likums”<sup>545</sup>, lieta nozīmīga ar to, ka šajā gadījumā ārsts asistēja pašnāvības izdarīšanā cilvēkam, kuram nebija nedz fizisku, nedz arī garīgu nepanesamu ciešanu, izvēršot diskusiju par to, vai ārsts ir apveltīts ar leģitīmām tiesībām apmierināt šādu cilvēku<sup>546</sup> lūgumus par dzīvības izbeigšanu, pamatojumam minot „eksistenciālas ciešanas”, diskusijas par ko nav norimušas līdz pat šai dienai.

Edvards Brongersma (*Edward Brongersma*) bija 86 gadīgs bijušais Nīderlandes senators, kurš vēlējās pārtraukt savu dzīvi, kas, viņaprāt, bija kļuvusi veltīga. Viņš faktiski bija „noguris no dzīves”, izjūtot „eksistenciālas ciešanas”. Savulaik viņam bija aktīvs politisks un sociāls dzīvesveids, taču

<sup>544</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 2002.gada 24.decembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 24 december 2002, nr. 00797/02. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 22 maart, Afl. 12 – Nrs. 161 – 169., Nr.167, p.1173.-1231.*

<sup>545</sup> Turpmāk tekstā – „*Nīderlandes likums*”.

<sup>546</sup> Šajā gadījumā autors apzināti nelieto terminu „*patients*”.

pēdējos gados vecuma dēļ tā veselības stāvoklis strauji pasliktinājās, kas izsauca sociālo izolētību. E.Brongersms uzskatot, ka viņa ciešanas kļuvušas nepanesamas un izjūtot bailes no vientulības, kā arī nevēloties būt atkarīgam no citiem līdzcilvēkiem nākotnē, lūdza savu ārstu Filipu Sutoriusu (*Philip Sutorius*) palīdzēt tam dzīvības izbeigšanas procesā. Pēc vairākkārtējām konsultācijām ar apsūdzēto un diviem citiem neatkarīgiem ārstiem, kuri apstiprināja ciešanu nepanesamo raksturu, ārsts, ievērojot pacienta lūgumu, 1998.gada 22.aprīlī asistēja tam pašnāvībā.

Nīderlandes Augstākā tiesa atzina, ka ārsts, kurš ciešanas novērtē kā nepanesamas, bezcerīgas vai neārstējamas un, kas nav radušās no medicīnā klasificētām somatiskām vai psihiskām sāpēm, rīkojas ārpus savas kompetences, kas liedz tam tiesības sniegt atbalstu pašnāvības izdarīšanā. Savā spriedumā tiesa, izvērtējot faktiskos lietas apstākļus, noteica, ka tikai tādas ciešanas, kuras izraisījušas medicīnā klasificējamās somatiskas vai psihiskas saslimstības, var leģitimizēt dzīvības izbeigšanu.

Svarīgāko atšķirību vidū, kas pastāv starp E.Brongersma un agrāk iztiesāto B.Šabo lietu, jāmin apstākli, ka E.Brongersma gadījumā netika konstatēta neviena saslimšana, kas būtu pakļaujama ārstēšanai, bet cietušā veselības stāvoklis pasliktinājās organisma dabiskās novecošanas dēļ. Turpretim B.Šabo lietā pacientei tika diagnosticēta depresija, kas medicīnā klasificējama kā psihiska saslimšana, un līdz ar to ārstam radās profesionāls pienākums darīt visu, lai pacienti atbrīvotu no ciešanām.

Lai arī iepriekš analizētās krimināllietas nebūt nav vienīgās, kas tikušas skatītas Nīderlandes tiesās līdz likuma spēkā stāšanās brīdim, tomēr tieši to ietvaros gūtās atziņas vēlākā laika posmā kalpoja ne vien kā platforma vairākām likumdošanas iniciatīvām, bet arī kā pašreizējo likumā iestrādāto normu interpretācijas līdzeklis. Ievērojot to, ka likums šobrīd ir vienīgais normatīvais akts Nīderlandē, kas reglamentē ārstu tiesības asistēt nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas procesā, nepieciešams sniegt atsevišķu tajā ietverto normu analīzi, sākotnēji noskaidrojot, kādas tieši ārstu darbības likumdevējs tajā atzinis par leģitīmām.

Nīderlandes likums pakļauj normatīvam regulējumam eitanāziju, ar to saprotot cita cilvēka dzīvības izbeigšanu pēc viņa skaidri un nepārprotami izteikta lūguma un asistēto pašnāvību, ar to apzīmējot tīšu palīdzēšanu citai personai izdarīt pašnāvību vai nodrošinot to ar šim mērķim paredzētiem līdzekļiem.

No likuma formulējuma izriet, ka Nīderlandes likumdevējs par likumīgām atzīst tikai un vienīgi aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību un tikai tad, ja šādas darbības ir veicis ārsts, ievērojot likuma priekšrakstus, kuru vispusīgs apskats vēl sekos. Tomēr jāuzsver, ka šādi nodarījumi nav dekriminalizēti, t.i., tajos gadījumos, kad tiek konstatētas kādas atkāpes no likumā ietvertiem noteikumiem, vai arī, ja personas dzīvības izbeigšanā krimināltiesību izpratnē piedalījies nevis

speciālais, bet vispārējais subjekts, par aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas veikšanu var iestāties atbildība saskaņā ar Nīderlandes kriminālkodeksa 293.panta pirmo daļu, kurā ietverts privileģēts slepkavības sastāvs, un, kas nosaka, ka „Persona, kas nonāvējusi citu cilvēku pēc viņa skaidri un nepārprotami izteikta lūguma, sodāma ar brīvības atņemšanu uz laiku, kas nepārsniedz divpadsmit gadus vai ar piektās kategorijas naudas sodu”, savukārt par asistēšanu pašnāvībā – saskaņā ar 294.panta otro daļu, kas paredz, ka tas, „Kas tīšuprāt sniedzis palīdzību citai personai pašnāvības izdarīšanā vai sagādājis tam līdzekļus, ja pašnāvība tam sekojusi, sodāms ar brīvības atņemšanas sodu, kas nepārsniedz trīs gadus vai ar ceturtais kategorijas naudas sodu”. Tādējādi likumdevējs ne tikai saglabājis sodīšanas iespējas par ikvienu neattaisnotu aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas vai asistētās pašnāvības aktu, bet arī juridiski pareizi ievērojis šo nodarījumu starpā esošās atšķirības vainīgās personas atbildības pakāpē pret sekām, kas asistētās pašnāvības gadījumā ir ievērojami zemāka, atbilstoši samazinot soda apmēru.

Citu dzīvības izbeigšanas formu, kā, piemēram, aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas, praktizēšana Nīderlandē netiek pieļauta<sup>547</sup>, to atzīstot nevis par eitanāziju, bet gan par slepkavību. Šādos gadījumos vainīgā persona var tikt saukta pie kriminālatbildības vai nu saskaņā ar Nīderlandes kriminālkodeksa 287.pantu kā par slepkavību, kas izdarīta ar tiešu nodomu, vai arī saskaņā ar 289.pantu kā par citas personas nonāvēšanu, kas izdarīta tīši un ar iepriekšēju nodomu. Šādai juridiskai kvalifikācijai faktiski ir pakļauta arī pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, lai arī šāds termins Nīderlandē nedz jaunākajā medicīnas un tiesību doktrīnā, nedz arī praksē vairs netiek lietots, minēto dzīvības izbeigšanas formu skatot ārpus eitanāzijas jautājuma. Šādas likumdevēja pieejas kritika un tās pamatojums jau tika sniegts promocijas darba iepriekšējā apakšnodaļā, tāpēc atkārtoti tas netiks skatīts.

Ja aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas izpildes praktiskā norise Nīderlandē līdz šim nav rosinājusi atsevišķas diskusijas, tad vairākkārtējam vērtējumam judikatūrā tika pakļauts asistētās pašnāvības temats, tiesām izskatot jautājumu, kuros gadījumos morāla atbalsta sniegšana pašnāvības veicējam ir vai nav atzīstama par pašnāvības atbalstīšanu, tādējādi nosakot pašnāvības aktā iesaistīto personu pieļaujamās rīcības robežas.

Apkopojot pieejamās tiesu prakses atziņas, morālais atbalsts pašnāvības izdarīšanā, kas var izpausties kā personas, kas iecerējusi veikt pašnāvību, uzklauššana, izmantojot tam personīgos līdzekļus, kā, piemēram, e-pastu vai telefonu, nav sodāma rīcība un to neatzīst par noziedzīgu nodarījumu, ko savā 2003.gada 10.jūnija spriedumā norādīja arī Hercogmeža Apgabaltiesa.<sup>548</sup>

<sup>547</sup> Legemaate J. Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.30.

<sup>548</sup> Hercogmeža Apgabaltiesas 2003.gada 10.jūnija spriedums lietā: RECHTBANK 'S HERTOGENBOSCH (Strafkamer) 10 juni 2003, nr. 01-020179-01. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 2 augustus, Afl. 31 - Nrs. 426-435, Nr.450, p.3496.

2003.gadā ārsts psihologs tika attaisnots apsūdzībā par nelikumīgu asistēšanu pašnāvībā, tiesai nosakot, ka atbalsta sniegšana telefonsarunu laikā psihiatrijas pacientei, kura vēlējusies izbeigt savu dzīvi, nevar tikt kvalificēta kā asistēšana pašnāvībā.

No lietas materiāliem izrietēja, ka ārsts laika posmā no 1999.gada 8.marta līdz 1.maijam telefonsarunu laikā, balstoties uz cietušās lūgumu, sniedza tai informāciju par to, kādus medikamentus jāizmanto pašnāvības izdarīšanai, kādā daudzumā un ar kādiem paņēmieniem tos var iegūt, kā arī morāli atbalstījis tās ieceri. Tā kā iztiesāšanas gaitā netika iegūti pietiekami pierādījumi tam, ka ārsts cietušajai tik tiešām bija sniedzis tiešus norādījumus un, ka cietusī, kas uz nāves iestāšanās brīdi tika atzīta par rīcībspējīgu, pašnāvību bija izdarījusi ārsta ietekmē, tiesa nolēma, ka tikai informatīvu ziņu sniegšana un morāla atbalstīšana vien nevar tikt vērtēta kriminālkodeksa 294.panta ietvaros kā palīdzības sniegšana pašnāvības izdarīšanā.

Arī ārvalstu literatūrā tiek norādīts, ka Nīderlandē ikviena persona ir tiesīga sniegt informāciju, kā izdarīt pašnāvību, līdz brīdim, kad tā iegūst konkrētu instrukciju raksturu, kas vērstas uz pašnāvības realizāciju.<sup>549</sup> Minēto atziņu savulaik ir pamatojusi arī Nīderlandes Augstākā tiesa savā 1995.gada 5.decembra spriedumā paskaidrojot, ka informācija iegūst instrukcijas raksturu tajos gadījumos, kad personai, kas izlietojusi nāvējošu devu medikamentu, tiek norādīts, kurā brīdī uz galvas uzlikt plastikāta maisu<sup>550</sup>, lai iestātos nāve.

Šādu gadījumu ilustrācijai jāmin 2003.gada 10.aprīļa Groningenas reģiona tiesas spriedums<sup>551</sup>, atzīstot pašnāvības konsultantu, 1942.gadā dzimušu vīrieti, par vainīgu noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, atbildība par kuru paredzēta Nīderlandes kriminālkodeksa 294.pantā.

No krimināllietas materiāliem izrietēja, ka apsūdzētais vēl ilgu laiku pirms pašnāvības uzsākšanas sastādījis cietušajai detalizētu sarakstu ar pašnāvības veikšanai nepieciešamajiem līdzekļiem un norādījis iespējamās pašnāvības veikšanai izmantojamās metodes. Pašnāvības dienā, t.i., 2001.gada 5.aprīlī, kopā ar līdzdalībnieku ieradās cietušās mājā, pirms pašnāvības uzsākšanas sniedzis tai konkrētas norādes, kādā secībā jālieto pašnāvības veikšanai paredzētie līdzekļi, pēc kā novietoja cietušās tuvumā vairākus priekšmetus, proti, glāzi, kurā ar ūdeni bija sajaukti pašnāvības izdarīšanai paredzēti medikamenti, ievārījumu medikamentu nepatīkamās garšas novēršanai, alkoholiskos

---

<sup>549</sup> Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. *European Journal of Health Law*, 2011. March, No.2, p.153.

<sup>550</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 1995.gada 5.decembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 5 december 1995, nr. 100.400. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 1996 – 18 mei, Afl. 20 – Nrs. 314-327, Nr.322, p.1697.-1709.*

<sup>551</sup> Groningenas rajona tiesas 2003.gada 10.aprīļa spriedums lietā: RECHTBANK GRONINGEN (Strafkamer) 10 april 2003, nr. 18/070214-01. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 24 mei, Afl. 21 - Nrs. 282-296. Nr.296, p.2391.-2392.*

dzērienus, cepuri un sejas masku, vairākus plastikāta maisus, pirms tam pārbaudot to hermētiskumu, un savelkamu gumijas žņaugu. Ievērojot to, ka cietušajai bija kustību traucējumi, pēc medikamentu un alkohola iedzeršanas, palīdzējis cietušajai uzvilkt sejas masku un cepuri, uzlika tai uz galvas plastikāta maisus un kā pēdējo gumijas žņaugu ap kaklu, piestiprinot to pie cietušās rokas, lai persona pati spētu to savilkt. Visu šo darbību izpildes rezultātā iestājās cietušās nāve no nosmakšanas un saindēšanās ar medikamentiem un alkoholu.

Tiesa savā spriedumā secināja, ka kriminālatbildībai atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 294.pantam ir pakļautas tādas darbības, kad pasīvs morāls atbalsts un vispārīgas informācijas sniegšana pārtop par aktīviem palīdzības pasākumiem, atvieglojot pašnāvības izdarīšanu un tikai tad, kad ir pierādāma šo darbību savstarpēja saskaņotība.

Arī Līuvārdenas Apelācijas tiesa 2003.gada 14.oktobrī Groningenas reģiona tiesas spriedumu atzina par pamatotu un nodarījuma kvalifikāciju par pareizu.<sup>552</sup> Savukārt Nīderlandes Augstākā tiesa 2005.gada 22.martā apelācijas sūdzību noraidīja, atstājot spēkā iepriekšējo tiesas spriedumu.<sup>553</sup>

2006.gada 31.augustā kādā citā lietā Amsterdamas Apelācijas tiesa ar savu spriedumu<sup>554</sup> atstāja spēkā Alkmāras Apgabaltiesas 2005.gada 7.decembra spriedumu, ar kuru 1932.gadā dzimušais pašnāvības konsultants tika atzīts par vainīgu noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, atbildība par kuru paredzēta Nīderlandes kriminālkodeksa 294.panta otrajā daļā par to, ka apsūdzētais ne tikai sniedza vispārīgu informāciju un morālu atbalstu pašnāvības izdarītājam, bet arī instruējis cietušo, kuram tika diagnosticēta psihiska saslimšana – depresija, kā pareizi izdarīt pašnāvību, kādās devās izmantojami konkrētie medikamenti, kur tos var iegādāties un kā tieši tas ir izdarāms. Tāpat tiesa atzina par pamatotu pirmās instances spriedumu daļā par to, ka apsūdzētā darbības ir tiešā cēloņsakarībā ar cietušā nāvi, jo tika pierādīts, ka viņš sagādājis personīgi pašnāvības veikšanai nepieciešamos medikamentus, t.i., bīstamas narkotiskas vielas, samainot tās pret cietušā rīcībā esošiem medikamentiem un to devu, kas tobrīd bija nepietiekama pašnāvības izdarīšanai, pret nepieciešamo devu, kas bija viņa rīcībā, tos nosūtot pa pastu.

---

<sup>552</sup> Līuvārdenas Apelācijas tiesas 2003.gada 14.oktobra spriedums lietā: HOF LEEUWARDEN (Strafzaak) 14 oktober 2003, nr. 24-000552-03. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 20 december, Afl. 51/52 – Nrs. 715-736, Nr.732, p.5663.

<sup>553</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 2005.gada 22.marta spriedums lietā: HOGHE RAAD (STRAFKAMER) 22 maart 2005, nr. 01853/04. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, jaargang 2007, 15 september, Aflevering 37, Nrs. 429-440, Nr.438, p.4707.-4711.

<sup>554</sup> Amsterdamas Apelācijas tiesas 2006.gada 31.augusta spriedums lietā: Gerechtshof Amsterdam, 31-08-2006, AY7270. Pieejams: <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHAMS:2006:AY7270> [aplūkots 2015.gada 26.janvārī].

Minēto tiesas spriedumu par likumīgu un pamatotu vēlāk, t.i., 2008.gada 18.martā, atzina arī Nīderlandes Augstākā tiesa<sup>555</sup>, noraidot apelācijas sūdzību.

Ilustrēto krimināllietu sakarībā ir jāpiekrīt tiesu atziņām, ka par asistēšanu pašnāvībā Nīderlandes kriminālkodeksa 294.panta kontekstā var atzīt tikai tādas darbības, tās attiecinot arī uz morālu atbalstu, kas izpaužas konkrētu vadlīniju vai reālas palīdzības sniegšanā pašnāvības izdarītājam un tikai tad, ja starp pašnāvības atbalstītāja rīcību un sekām ir cēloņsakarība. Visos citos gadījumos „pašnāvības atbalstītāja” darbības būtu vērtējamas drīzāk ētikas, nevis krimināltiesību normu ietvaros un, tātad, nav pakļaujamas kriminālsodam.

Lai arī nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšana ar „*vieglās nāves*” palīdzību Nīderlandes praksē lielākoties ir saistāma ar pilngadīgām personām, likums pieļauj aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību praktizēšanu pacientiem, kuri sasnieguši vismaz 12 gadu vecumu. Tomēr katrai vecuma grupai piederīgo pacientu lūgumi piemērot eitanāziju vai asistēt to pašnāvībā ir saistāmi ar papildus specifisku prasību ievērošanu. Piemēram, nepilngadīgie vecumā no 12 līdz 16 gadiem ir tiesīgi izteikt šādu lūgumu, un ārsts ir tiesīgs to apmierināt tikai tad, ja tam piekrīt arī nepilngadīgā vecāki vai arī aizbildņi un aizgādņi. Turpretim gadījumos, kad nepilngadīgais ir vecumā no 16 līdz 18 gadiem, likums vairs nepieprasa tā vecāku vai arī aizbildņu un aizgādņu obligātu piekrišanu, bet vienīgi to iesaistīšanu lēmuma pieņemšanas procesā.

Aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību praktizēšanas pieļaujamība personām, kuras sasniegušas 12 gadu vecumu ārvalstu doktrīnā rosina disputu par to, cik kompetents šajā vecumā ir indivīds tik nozīmīga lēmuma pieņemšanā, kas skar tā turpmāku dzīvotspēju, un vai šāda vecuma cenza ieviešana no likumdevēja puses bijusi pietiekami pamatota. Šajā sakarībā Dž.Kouans pauž šaubas, ka bērns būtu tiesīgs izteikt šādu lūgumu pēc eitanāzijas vai asistētās pašnāvības, lai gan likums to pieļauj.<sup>556</sup> Tomēr 12 gadīgo bērnu spēju pilnībā apzināties savu lūgumu būtību un to sekas apšaubīšana nav vienīgais kritikas iemesls. Nīderlandes filozofijas doktors, Medicīnas ētikas profesors H.T.Hevs, piekrīzdams, ka tas ir trauksmains apstāklis, vērš vērību tam, ka šādos gadījumos vecāki faktiski nav spējīgi apturēt lūguma izpildi pat tajos gadījumos, kad tas tiek apstrīdēts, jo ārsts, uzskatīdams, ka šādi var tikt novērsta nopietnas ciešanas, ir tiesīgs neievērot vecāku iebildumus un eitanizēt 12 gadīgu bērnu, balstoties tikai un vienīgi uz tā lūgumu.<sup>557</sup> Līdz ar to

---

<sup>555</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 2008.gada 18.marta spriedums lietā: HOGE RAAD (STRAFKAMER) 18 maart 2008, nr. 03288/06. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, jaargang 2008, 24 mei, Aflevering 21, Nrs. 253-268, Nr.264, p.2508.-2521.

<sup>556</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.119.

<sup>557</sup> Have T.H. End – of – Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.150.

vecāku līdzdalība lēmuma pieņemšanā *de facto* iegūst vienīgi formālu raksturu bez reālām ietekmes iespējām. Un pat ja vēlāk izrādīsies, ka vecāku iebildumi bijuši pamatoti, pašreizējā tiesiskā regulējuma apstākļos tie nespēj pildīt atliekoša nosacījuma uzdevumus.

Piekrītot minēto autoru viedoklim un respektējot noteikumu, ka vecuma cenza ietveršana likumā ir tikai un vienīgi Nīderlandes likumdevēja prerogatīva, kā iespējamais šāda veida kāzusu risinājums var kalpot normatīvo aktu līmenī ārsta plānoto darbību pārsūdzēšanas kārtības ieviešana, paredzot nepilngadīgo pacientu vecākiem vai arī to aizbildņiem un aizgādņiem veto tiesības līdz sūdzības izskatīšanas rezultātu saņemšanai saprātīgos termiņos. Tomēr kā ikvienā citā gadījumā, arī nepilngadīgo eitanāzijas vai ārsta asistētās pašnāvības akts vēlākā posmā tiek pakļauts tā likumības pārbaudei, pārkāpuma gadījumos ārstam paredzot sankcijas robežās no administratīva līdz pat kriminālsodam.

Svarīgāko institūciju vidū, kas Nīderlandē nodrošina eitanāzijas un ārstu asistēto pašnāvību aktu likumības un kontroles funkciju, jāmin Reģionālās eitanāzijas pārbaudes komitejas<sup>558</sup> (*Regionale toetsingscommissies euthanasie*), kas pavisam valstī ir piecas, ievērojot jurisdikciju sadalījumu<sup>559</sup>.

Ievērojot to, ka Komiteju administratīvais raksturojums un kompetence ir atrunāta iepriekš minētā Nīderlandes likuma 3.nodaļā, promocijas darba ietvaros būtu nepieciešams sniegt tikai nelielu ieskatu to struktūrā un nozīmīgākajās funkcijās.

Katra komiteja sastāv no nepāra skaitļa biedriem – tiesību eksperta, kurš vienlaikus ir arī Komitejas vadītājs, ārsta un eksperta ētikas jomā. Katram no tiem var būt arī vietnieki. Gan Komiteju biedrus, gan arī to vietniekus ieceļ amatā Tieslietu un Veselības ministri uz sešiem gadiem ar iespēju tikt ieceltiem uz vēl vienu termiņu. Katrai Komitejai ir arī sekretārs un viens vai vairāki to vietnieki, kas pēc profesijas ir juristi un to svarīgo funkciju vidū jāmin lēmumu sagatavošana lietās, kuru izskatīšana ir piekritīga Komitejai, kā arī tiem ir padomdevēju balss Komitejas rīkoto sanāksmju laikā. Sākot ar 2011.gadu, katrā Komitejā šobrīd ir deviņi tās patstāvīgie biedri.<sup>560</sup>

Lai arī Komiteju vēsture ir salīdzinoši neilga, proti, tās tika nodibinātas tikai 1998.gada 1.novembrī ar mērķi sniegt vērtējumu, vai ārsts, kurš piedalījies dzīvības izbeigšanā, ir vai nav rīkojies saskaņā ar pienācīgās aprūpes standartiem<sup>561</sup>, to nozīme gadu gaitā ir būtiski pieaugusi un līdz ar eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību legalizējoša likuma spēkā stāšanos 2002.gada 1.aprīlī, tās

<sup>558</sup> Turpmāk tekstā – „Komitejas”.

<sup>559</sup> Over de toetsingscommissies. Regionale toetsingscommissies euthanasie. Pieejams: <http://www.euthanasiecommissie.nl/overdetoetsingscommissies/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>560</sup> Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, p.6.

<sup>561</sup> Tak P. Recent developments on euthanasia in the Netherlands after the adoption of the 2001 Termination of life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act. Grām.: Amicorum L., Kalmthout A. Fervet Opus. Apeldoorn, Antwerpen, Portland: Maklu, 2010, p.196.

faktiski kļuvušas par vienīgām autoritatīvām izpildvaras institūcijām eitanāzijas aktu likumības uzraudzības jautājumā. Salīdzinājumam, piemēram, var minēt, ka laika posmā no 1998. – 2002.gadam to uzdevums bija tikai sniegt ieteikumus, kuros gadījumos ārsta rīcība neatbilst pienācīgās aprūpes kritērijiem, par to ziņojot Ģenerālprokuratūras komitejai, kas arī pieņēma galīgo lēmumu.<sup>562</sup> Turpretim, līdz ar likuma spēkā stāšanos, Komitejas pašas pieņem vienu no sekojošiem lēmumiem, proti, gadījumos, kad ārsta darbībā netiek konstatēti likuma pārkāpumi, lieta tiek izbeigta un prokuratūra ar to pat netiek iepazīstināta, savukārt gadījumos, kad netika ievēroti pienācīgās aprūpes standarti, par to tiek paziņots, nosūtot lietu Ģenerālprokuratūras padomei, kas pārņem turpmāku izmeklēšanu, un Veselības aprūpes inspektorātam, kas vienlaikus lemj jautājumu par disciplinārlietas uzsākšanu, informējot par pārbaužu uzsākšanu arī ārstu. Gan vienā, gan otrā gadījumā Komitejām atzinums ir jāsagatavo rakstveidā sešu nedēļu laikā kopš ziņojuma saņemšanas brīža par pacienta nāvi, kas nav bijusi dabiska, bet iestājusies eitanāzijas vai ārsta asistētās pašnāvības rezultātā, galīgo lēmumu par to pieņemot balsošanas ceļā ar vienkāršu balsu vairākumu.

Komiteju sakarībā svarīgi atrunāt, ka tām izskatīšanai piekritīgas ir tikai tās eitanāziju un ārstu asistēto pašnāvību lietas, kurās pacients ir paudis brīvprātīgu un labi pārdomātu lūgumu un uz dzīvības izbeigšanas brīdi izjuta nepanesamas ciešanas, savukārt ārpus to kompetences ir visas tās lietas, kas tiek apzīmētas ar terminu „normāla medicīniska prakse”, kā, piemēram, dzīvību uzturošas ārstēšanas pārtraukšana, sāpju ārstēšana, izraisot pacienta nāvi jeb dubultefekta incidenti, paliatīvā sedācija<sup>563</sup>, kā arī jaundzimušo bērnu un bērnu līdz 12 gadu vecumam dzīvības izbeigšanas gadījumi.

Ievērojot to, ka pienācīgās aprūpes kritēriju, kuri pavisam likumā ir seši<sup>564</sup>, ievērošana ir stūrakmens, lai ikviens aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas vai asistētās pašnāvības akts, ja to ir veicis ārsts, būtu atzīts par likumīgu un netiktu pakļauts krimināltiesību vērtējumam, ir nepieciešams sniegt to analīzi, atsedzot ar to izpildi saistīto problemātiku.

Kā pirmo no tiem Nīderlandes likumdevējs noteicis, ka *(a) ārstam jābūt pārliecinātam, ka pacienta lūgums pēc eitanāzijas vai asistētās pašnāvības ir bijis brīvprātīgs un labi pārdomāts.*

Minētā kritērija izpilde pieprasa, lai šādu lūgumu pacients izteiktu personīgi, tamdēļ uz lūguma izteikšanas brīdi tam jābūt rīcībspējīgam, t.i., jāapzinās situācija, kurā viņš atrodas, prognozes par slimības gaitu un lūguma sekas, saglabājot spējas apsvērt jebkuru citu alternatīvu. Tikpat nozīmīgi

---

<sup>562</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.130.

<sup>563</sup> Kimsma G.K., Leeuwen E. The Role and Work of Regional Euthanasia Review Committees. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.193.

<sup>564</sup> Pienācīgās aprūpes kritēriji ir ietverti Nīderlandes likuma 2.nodaļas 2.panta 1.apakšpunkta punktos no „a” līdz „f”.



ārstam ir konstatēt, ka pacienta griba bijusi brīvprātīga, t.i. ka tā nav radusies apkārtējo spiediena vai ietekmes rezultātā.

Likums pieļauj, ka lūgumu var izteikt gan mutvārdos, gan arī rakstveidā nākotnes direktīvas formā personas, sākot no 16 gadu vecuma sasniegšanas. Ievērojot nākotnes direktīvu specifiku un noteikumu, ka tās faktiski aizvieto mutvārdos paustu gribu, Komitejas iesaka tās regulāri atjaunot, pēc iespējas detalizētāk atrunājot tos specifiskos apstākļus, kuros pacients vēlas, lai tā dzīve tiktu izbeigta.<sup>565</sup>

Lai arī likums neatrunā laika posmu, kāds ārstam jāievēro starp pacienta lūguma izteikšanu un eitanāzijas vai ārsta asistētās pašnāvības aktu, Komitejas savā 2002.gada ikgadējā pārskatā norādījušas, ka tikai ārkārtējos gadījumos, kad ir neprognozēta nepieciešamība, pieļaujams, ka šāds laika posms var būt ļoti īss, t.i., mazāks pat par vienu dienu, savukārt visos citos gadījumos tam nebūtu jāpārsniedz dažu nedēļu robežu.<sup>566</sup>

Praksē minētā kritērija izpilde neraisa grūtības tad, ja pacients ir kompetents. Ievērojami sarežģītāk ir noteikt, vai pacienta lūgums bijis brīvprātīgs un labi pārdomāts tādu garīgu saslimšanu gadījumos, kā, piemēram, depresija un plānprātība.

Kā ikviena cita saslimšana, arī depresija var radīt pacientam ciešanas. Tomēr tās esamība vēl nav pietiekams pamats secinājumam, ka tā vienmēr ietekmē pacienta kompetenci un, tamdēļ, kā norāda Komitejas, ja, saņemot lūgumu pēc eitanāzijas vai asistēšanas pašnāvībā, ārstam rodas kaut mazākās aizdomas, ka pacients to ir paudis depresijas rezultātā, papildus neatkarīgam ārstam atzinums ir jāsaņem arī no psihiatra.<sup>567</sup> Pie minētās atziņas savulaik ir nonākusi arī Nīderlandes Augstākā tiesa jau pieminētajā B.Šabo lietā.

Ar īpašu piesardzību ārstiem jāvērtē arī ar plānprātību slimu pacientu lūgumi pēc eitanāzijas vai asistēšanas pašnāvībā, jo, slimībai attīstoties, pacienti arvien mazāk apzinās savu lēmumu nozīmību. Komitejas uzsver, ka šādos gadījumos ir svarīgi, lai pacienta lūgums būtu fiksēts arī iepriekš rakstveida formā izdotā nākotnes direktīvā, tam vēl esot rīcībspējīgam un, kas nākotnē neradīs šaubas.<sup>568</sup>

Tā kā slimības progresa rezultātā pacientam arvien grūtāk būs paust savu gribu, savukārt tā ārstējošam ārstam noteikt, vai tā ir brīvprātīga un labi pārdomāta, ieteicams papildus neatkarīgam ārstam konsultēties arī ar vienu vai vairākiem citiem speciālistiem, it īpaši, ar geriatru un psihiatru. Ievērojot slimības specifiku, šādos gadījumos neatkarīgam ārstam nav iespēju komunicēt ar pacientu,

<sup>565</sup> Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014, p.18.

<sup>566</sup> Regional euthanasia review committees 2002 annual report. [B.v.]: [B.i.], [B.g.], p.19.

<sup>567</sup> Regional euthanasia review committees - Annual report 2013, p.17.

<sup>568</sup> Ibid, p.19.

kā tas ir citu saslimstību gadījumos, tamdēļ tā lēmums, vai pacienta lūgums bijis brīvprātīgs un labi pārdomāts, tiks balstīts uz informāciju, ko tam būs sniedzis ārstējošais ārsts, nākotnes direktīvu un pacienta pausto gribu un uzvedību kopš tās uzrakstīšanas, kā arī citu personu, kā, piemēram, pacienta ģimenes locekļu, paziņojumiem.

Ievērojot to, ka psihiatrijas nozares pacientu lūgumi savas specifikas dēļ ik reizi ir pakļaujami šaubām, Komiteju ieteikumi šādos gadījumos izmantot rakstveida nākotnes direktīvas ārvalstu literatūrā raisa kritiku. H.T.Hevs, kritizēdams šāda dokumenta izmantošanas pieļaujamību, uzdod retorisku jautājumu, vai ar Alcheimera slimību agrīnā stadijā sirgstošs pacients, kurš iepriekš nekad nav bijis plānprātīgs un nezin kā slimība ietekmēs viņa smadzenes, prātu un attieksmi pret slimību, spēs nākotnes direktīvā precīzi paredzēt, ka viņa vēlme pēc eitanāzijas būs noturīga un vienīgā vērā ņemama alternatīva ciešanu izbeigšanai, kā to paredz likumā ietvertie pienācīgās aprūpes kritēriji?!<sup>569</sup> Kaut arī nākotnes direktīvu specifiskais raksturs tik tiešām praksē neizslēdz juridiskai diskusijai pakļaujamus jautājumus, kas daļēji ir analizēts jau promocijas darba 1.nodaļas 1.apakšnodaļas 1.apakšpunkta ietvaros, tomēr, ja šāds juridisks akts tiek izdots, neradot šaubas par personas patieso nodomu, tas iegūst vispāršaistošu spēku attiecībā pret ikvienu trešo personu, tiklīdz iestājas tajā norunātie nosacījumi un ir respektējams. Un, tomēr, minētā jautājuma aktualitāte pieprasa rūpīgu analīzi, kas promocijas darba nosacīti ierobežotā apjoma dēļ šobrīd netiks atspoguļota.

Nākotnes direktīvu izmantošanas pieļaujamība tiesību doktrīnā nav vienīgais strīdus jautājums. Praksē ir gūti pierādījumi tam, ka eitanāzija tikusi praktizēta arī attiecībā pret rīcībnespējīgiem pacientiem.<sup>570</sup> Bredžs D.Onwuteaka-Filipsens (*Bregje D.Onwuteaka-Philipsen*) šādus gadījumus galvenokārt skaidro ar situācijām, kad ārsts, administrējot medikamentus, kas izraisījuši pacienta nāvi, faktiski kļūdoties priekšstatā par rīcības patieso raksturu, savas darbības neklasificē kā eitanāziju un, līdz ar to neuzskata par vajadzīgu ziņot atbildīgām institūcijām par nāves iestāšanās faktu.<sup>571</sup> Tomēr atsaukšanās uz dubultefekta principu ir apšaubāma.

Nedziedināmi slimu pacientu aprūpes ietvaros pieļaujamās ārsta rīcības robežas reglamentē ne tikai likums un citi iekšējie normatīvie akti, bet arī Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācijas<sup>572</sup> un

---

<sup>569</sup> Have T.H. End – of – Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.150.

<sup>570</sup> Lewis P. Assisted Dying and Legal Change. New York: Oxford University Press, 2007, p.128.

<sup>571</sup> Onwuteaka-Philipsen B.D. The Unreported Cases. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.135.

<sup>572</sup> Karaliskā Nīderlandes Medicīnas Asociācija jau izsenis ieņem vienu no svarīgākajām lomām Nīderlandē kopējo nostādņu veidošanā eitanāzijas un ārstu asistēto pašnāvību praktizēšanas jautājumā un tās izdotās vadlīnijas vēl pirms likuma spēkā stāšanās akceptēja arī tiesas kā standartu šādu kategoriju lietās. Sk., piemēram: Hendin H. Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide. Revised and Update. New York, London: W.W. NORTON & COMPANY, 1998, p.173.

Nīderlandes Karaliskās Farmācijas Attīstības Asociācijas (*Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)*) izdotās vadlīnijas eitanāzijas un ārstu asistēto pašnāvību jautājumos. Turklāt ik gadu likuma normu skaidrojumus savos ikgadējos pārskatos sniedz arī Komitejas, ievērojot praksē gūtās atziņas un tendences. Tamdēļ par ticamāku atzīstama Ētikas un ētikas vēstures goda profesora G.Hārtaga atziņa, ka aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas praktizēšana galvenokārt saistāma ar tiem gadījumiem, kad pacients jebkādu apsvērumu dēļ nebija spējīgs izteikt savu gribu un to nav izdarījis arī iepriekš nākotnes direktīvas formā, taču uz dzīvības izbeigšanas brīdi tam tika konstatētas ciešanas<sup>573</sup>, un ārsts uzņēmies pienākumu no tām atbrīvot. Līdzīgu apgalvojumu pauž arī Medicīnas zinātņu doktore A.Haide norādot, ka gan pirms, gan arī pēc likuma stāšanās spēkā ir gūti pierādījumi tam, ka ārsti ir asistējuši tādu pacientu nāvē, kuri nebija izteikuši uz to savu brīvprātīgu un labi pārdomātu lūgumu, kā piemēru minot jaundzimušos, pacientus, kuru kompetence bijusi apšaubāma plānprātības un psihiatrisko saslimšanu dēļ, un uzsvērusi, ka šādos gadījumos dzīvības izbeigšana nevar būt attaisnojama ar pacienta autonomijas ievērošanu.<sup>574</sup>

Un kaut gan rīcībnespējīgu personu dzīvības izbeigšanu Nīderlandes likumdevējs nav atzinis nedz par leģitīmu, nedz arī terminoloģiski par eitanāziju, bet šādu nodarījumu juridiski pielīdzina slepkavībai, jaundzimušo nedziedināmi slimo bērnu aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija ir kļuvusi par ilgu gadus akceptētu praksi, kuras praktizēšanas pieļaujamību sākotnēji nodrošinājusi judikatūra, bet pašreiz tā gūst atbalstu arī no valdības puses. Ievērojot to, ka minētā jautājuma attīstības sakarībā ir svarīgi ievērot pēctecību, tā analīze būtu jāuzsāk ar divu nozīmīgāko tiesu spriedumu ilustrēšanu, kas bijuši par iemeslu turpmākām diskusijām.

Kā pirmo oficiāli reģistrēto jaundzimušā bērna aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumu jāmin Prinsa lietu (*Prins case*), kurā ārsts ginekologs Prins tika attaisnots apsūdzībā atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 289.pantam par slepkavību, 1993.gada 22.martā ar letālas injekcijas palīdzību izbeidzot dzīvi trīs dienu vecumu sasniegušajai Riannai (*Rianna*).

Bērns piedzima ar iedzimtu spina bifida<sup>575</sup> saslimšanu un hidrocefāliju (ūdensgalvu), radot smadzeņu bojājumus. Medpersonālam, konsultējoties ar bērna vecākiem, tika panākta vienošanās pārtraukt turpmāku ārstēšanu un neoperēt mugurkaulu, jo operācijas tik un tā nedotu vēlamo rezultātu.

---

<sup>573</sup> Hartog G. The Regulation of Euthanasia. How Successful Is the Dutch System? Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.365.

<sup>574</sup> Heide A. Physician Assistance in Dying Without an Explicit Request by the Patient. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.137.-138.

<sup>575</sup> „*Spina bifida*” – mugurkaula šķeltne, iedzimta anomālija, kam raksturīga kāda mugurkaula kanāla daļas nepilnīga slēgšanās (šķeltne), parasti jostas apvidū. Rudzītis K. Terminologia Medica. Latīņu – latviešu medicīnas terminu vārdnīca. 2003.-2005.gadā pārstrādāts un papildināts izdevums. Rīga: SIA „Nacionālais apgāds”, 2005, 1131.lpp.

Taču ievērojot to, ka bērnam tika novērotas pastāvīgas nepanesamas ciešanas, kuras nebija iespējams mazināt, bērna vecāki lūdza ārstus izbeigt tās ar eitanāzijas palīdzību, un ārsti tam piekrita, veicot Prinsam aktīvu dzīvības izbeigšanu.

1995.gada 26.aprīlī Alkmāras Reģionālā tiesa attaisnoja ārstu viņam izvirzītajā apsūdzībā, savu spriedumu pamatojot ar to, ka ārsts bija rīkojies nepieciešamības apstākļos, ko apstiprina sekojoši fakti: bērna ciešanas bija neciešamas un bezcerīgas, un nebija neviena cita medicīniski akceptēta veida, kā tās mazināt; lēmuma pieņemšana un dzīvības izbeigšana atbilda izvirzītajām prasībām pienācīgās aprūpes praksei; ārsta darbības bija savienojamas ar medicīnisku lēmumu un medicīnas ētikas normām, un dzīvības izbeigšana balstījās uz bērna vecāku vairāk kārt izteiktiem lūgumiem.<sup>576</sup>

Arī Amsterdamas Apelācijas tiesa 1995.gada 7.novembrī tiesas spriedumu atzina par likumīgu un pamatotu, un atstāja to negrozītu.<sup>577</sup>

Kā nākamo jāmin tā saucamo Kadjika lietu<sup>578</sup> (*Kadijk case*), kurā ārsts tika attaisnots apsūdzībā atbilstoši Nīderlandes kriminālkodeksa 289.pantam par slepkavību, 1994.gada 26.aprīlī ar aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas palīdzību izbeidzot 24 dienas veca nedziedināmi slima bērna dzīvību, šādi atbrīvojot to no iedzimtu slimību radītajām ciešanām.

Bērns – meitenīte piedzima 1994.gada 1.aprīlī Delfzihtas slimnīcā (*Delfzicht Hospital*) un uzreiz pēc tās dzimšanas tika konstatētas vairākas smagas iedzimtas slimības – „vilka rīkles” sindroms, deguna defekts, izvirzīta uz āru pieres daļa un galvaskausa defekts, kas bērnam radīja pastāvīgas elpošanas grūtības un spēcīgas lēkmes. Visi ārsti, ar kuriem konsultējās bērna vecāki, bija vienprāt, ka ārstēšana šajā gadījumā ir veltīga un bērna nāve ir neizbēgama tuvākā laikā. Bērna vecākiem, vienojoties ar ārstiem, tika nolemts pārtraukt ārstēšanu, izņemot sāpju atvieglošanu, un turpmāku bērna aprūpi līdz nāves brīdim veikt mājas apstākļos, par ko medicīnisko atbildību uzņēmās to ģimenes ārsts Kadjiks.

Drīzumā bērna veselības stāvoklis sāka strauji pasliktināties un izmantotie pretsāpju līdzekļi izrādījās neefektīvi. Redzot bērna nemitīgās ciešanas, vecāki vairāk kārt izteica ārstam uzstājīgu lūgumu izbeigt tās ar aktīvās eitanāzijas palīdzību, un ārsts tam piekrita, 1994.gada 26.aprīlī

---

<sup>576</sup> Alkmāras Reģionālās tiesas 1995.gada 26.aprīļa spriedums lietā: ARR.-RECHTBANK. ALKMAAR (Strafkamer) 26 april 1995. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 1995 – 30 september, Afl. 39 – Nrs. 593–605. No.602, p.2877.-2878.

<sup>577</sup> Amsterdamas Apelācijas tiesas 1995.gada 7.novembra spriedums lietā: HOF AMSTERDAM (Strafkamer) 7 november 1995. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 1996 – 17 februari, Afl. 7 – Nrs. 101–117. No.113, p.554.-555.

<sup>578</sup> The Kadijk case. Supreme Court of Appeals, Leeuwarden, Second Full Criminal Chamber, 4 April 1996. Grām.: Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.341.-351.

intravenozi ievadot bērna organismā nāvējošu devu medikamentu. Vēl pirms eitanāzijas veikšanas ārsts plānoto rīcību pārrunāja ar diviem citiem neatkarīgiem ārstiem, kuri apstiprināja izvēles pareizību.

Ar Groningenas reģiona tiesas 1995.gada 13.novembra spriedumu ārsts Kadjiks tika attaisnots viņam izvirzītajā apsūdzībā, savu spriedumu pamatojot ar to, ka ārsts bija rīkojies attaisnojamas nepieciešamības apstākļos. Vēlāk, t.i., 1996.gada 4.aprīlī, spriedumu par pamatotu atzina arī Līuvārdenas Augstākā tiesa.

Minēto tiesu atziņu ietekmē, 2004.gadā Groningenas Universitātes Medicīnas Centra ārsts – neonatologs Edvards Verheigens (*Eduard Verhagen*) kopā ar ārstu – neirologu Pīteru Soueru (*Pieter Sauer*), kurš specializējas jaundzimušo bērnu aprūpē, izstrādāja „Jaundzimušo bērnu Eitanāzijas Groningenas Protokolu”<sup>579</sup> (*The Groningen Protocol for Euthanasia in Newborns*), tajā paredzot, ka jaundzimušo bērnu aktīva dzīvības izbeigšana ir akceptējama prakse, ja pirms eitanāzijas veikšanas ir ievēroti pieci kritēriji:

- 1) diagnoze un prognozes bija acīmredzamas;
- 2) jaundzimušais bērns izjuta bezcerīgas un nepanesamas ciešanas;
- 3) diagnozi, prognozes un nepanesamās ciešanas apstiprinājis vismaz viens neatkarīgs ārsts;
- 4) jaundzimušā bērna eitanāzijai devuši informētu piekrišanu arī abi bērna vecāki;
- 5) dzīvības izbeigšanas procedūra tika izpildīta saskaņā ar akceptētiem medicīnas standartiem.<sup>580</sup>

Un, lai arī vairums Nīderlandes ārstu iebilst pret šādu praksi, uzskatot, ka tajos gadījumos, kad turpmāka ārstēšana kļūst veltīga, pieņemamāk ir sagaidīt, kad dabīgā nāve atbrīvos pacientu no ciešanām<sup>581</sup>, Nīderlandes Pediatru Asociācija (*De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)*) 2005.gada 1.jūlijā akceptēja „Groningenas protokolu” un atzina turpmāk to par saistošu savas profesijas pārstāvjiem kā pieļaujamu risinājumu nepanesamo ciešanu izbeigšanai izņēmuma apstākļos<sup>582</sup>.

Lai nodrošinātu jaundzimušo bērnu eitanāzijas lietu pārbaudi un izmeklēšanu, 2006.gada 1.septembrī Valsts sekretāre Veselības, Labklājības un Sporta jautājumos un Tieslietu ministrs izveidoja „Vēlās grūtniecības un jaundzimušo dzīvības izbeigšanas centrālo ekspertu komiteju”<sup>583</sup>

---

<sup>579</sup> Turpmāk tekstā – „*Groningenas protokols*”.

<sup>580</sup> The Gronongen Protocol for Euthanasia in Newborns. Raksts: Verhagen E., Sauer P.J. The Groningen Protocol – Euthanasia in Severely Ill Newborns. The New England Journal of Medicine, 2005. March 10, No.10, p. 962.

<sup>581</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.231.

<sup>582</sup> NVK neemt 'Gronings Protocol' over. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Utrecht, 1 July 2005. Pieejams: <http://www.nvk.nl/DeNVK/Persberichten.aspx> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>583</sup> Turpmāk tekstā – „*Komiteja*”.

(Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen), kas savu darbību uzsāka nākamā gada 15.martā.<sup>584</sup> Kopš tā brīža tiesībsargājošo iestāžu izmeklētājiem par katru šādu gadījumu jāziņo ne tikai prokuroram, kā tas bija līdz šim, bet arī Komitejai, kurai jāsaņemas rakstveida atzinums par to, vai ārsts pirms pacienta dzīvības izbeigšanas ir ievērojis pienācīgo aprūpi. Pēc atzinuma sagatavošanas tas tiek paziņots Ģenerālprokuratūras padomei, kurai, saskaņā ar „Lēmumu pieņemšanas vadlīnijām dzīvības izbeigšanas bez pieprasījuma un vēlās grūtniecības lietās”<sup>585</sup> (*Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking*), kas spēkā stājās 2007.gada 15.martā, jāizlemj, vai ārstam uzrādāma apsūdzība.

Tomēr, kopš Komiteja ir uzsākusi savu darbību, līdz šim tikai vienā gadījumā ārsts bija paziņojis par nedziedināmi slima jaundzimušā bērna eitanāziju, un galarezultātā tā rīcība tika atzīta par pamatotu, prokuratūras iestādei atsakot uzrādīt apsūdzību.<sup>586</sup> Salīdzinājumam var minēt, ka laika posmā no 1997.gada janvāra līdz 2004.gada jūnijam prokuratūras iestādēm tika ziņots par 22 šādiem gadījumiem, un arī visās šajās lietās, kuras tika izbeigtas ar „spina bifida” un „ūdensgalvas” sindromu slimo pacientu dzīvības, tika atteikts uzrādīt apsūdzību, atzīstot, ka ārsts bija rīkojies saskaņā ar pienācīgo aprūpi.<sup>587</sup> Šajā sakarībā juridisko zinātņu doktors veselības tiesībās J.H.Habens (*J.H.Hubben*) un neonatologs un pediatrijas goda profesors L.A.A.Kolī (*L.A.A.Kolée*), pauž raizes par arvien pieaugošām neziņošanas tendencēm<sup>588</sup>, tai laikā, kad arī pati Komiteja atzīst, ka oficiālie dati neatspoguļo patieso dzīvības izbeigšanas gadījumu skaitu<sup>589</sup>, to skaidrojot ar ārstu nespēju noteikt, vai ir izpildīti nepieciešamie kritēriji dzīvības izbeigšanai, neizpratni un viedokļu atšķirībām jautājumā par to, kādas darbības ir atzīstamas par aktīvo eitanāziju, viedokļu nekoncekvenci par „spina bifida” sindroma ārstēšanas perspektīvām un bailēm no iespējamās kriminālatbildības.<sup>590</sup> Domājams, par ticamāku ir atzīstams pēdējais uzskaitījumā minētais iemesls.

---

<sup>584</sup> Health Council of the Netherlands. Considerations pertaining to neonatal life termination. Ethics and Health Monitoring Report, 2007/1. The Hague: Centre for Ethics and Health, 2007, p.9.

<sup>585</sup> Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking. Staatscourant, 2007. 6 maart, Nr.46, p.1.-11.

<sup>586</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.4.

<sup>587</sup> Verhagen A.A., Sol J.J., Brouwer O.F., Sauer P.J. Deliberate termination of life in newborns in The Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004. Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15702738> [aplūkots 2015.gada 2.maijā].

<sup>588</sup> Hubben J.H., Kolée L.A.A. Beëindigen babyleven te divers beoordeeld. Medisch Contact, 2011. 4 februari, Nr.5, p.250.

<sup>589</sup> Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2011 en 2012. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2013, p.6.

<sup>590</sup> Jaarverslag Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen 2008. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, [B.g.], p.3.

Līdz ar jaundzimušo bērnu eitanāzijas praktizēšanas pieļaušanu, Nīderlandē tika radīts juridisks fenomens. Laikā, kad likumdevējs ir legalizējis tikai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un ārsta asistētās pašnāvības, atzīstot, ka visas pārējās nedziedināmi slimo personu dzīvības izbeigšanas formas likums neaptver un tās ir atzīstamas par kriminālsodāmiem nodarījumiem, valdība aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju akceptē kā pieņemamu praksi. Un, kaut gan „Groningenas protokols” *de jure* negarantē, ka pret ārstu, kas veicis eitanāziju, netiks uzrādīta apsūdzība, tomēr līdzšinējā prakse apliecina, ka ārsti faktiski kārtējo reizi ieguvuši imunitāti, atsaucoties uz „*nepieciešamības*” apstākļiem.

Kā nākamais, un faktiski arī viens no visbūtiskākajiem un visvairāk diskusiju rosinošiem, likumā ietvertiem pienācīgās aprūpes kritērijiem ir, ka *(b) ārstam jābūt pārliecinātam, ka pacienta ciešanas ir nepanesamas bez iespējām to uzlabošanai.*

Ikvienam pacientam, kurš ārstam izsaka lūgumu pēc eitanāzijas vai asistētās pašnāvības, jābūt ne vien nedziedināmi slimam, bet arī ciešanām, ko radījusi slimība, jābūt nepanesamām un bez iespējām atvieglot to radītos simptomus. Katrā individuālā gadījumā nosakot, vai ciešanas, ievērojot diagnozi un prognozes par slimības attīstības gaitu, ir atzīstamas par acīmredzami nepanesamām un, vai nav nevienas citas alternatīvas slimības radīto simptomu atvieglošanai, ārstam ne tikai jāizvērtē paliatīvās aprūpes vai citu ārstēšanas metožu izmantošanas lietderība, bet arī to ietekme uz pacientu. Tamdēļ minētā pienācīgās aprūpes kritērija izpildē ārstam īpaša vērība jāpievērš arī pacienta viedoklim, jo jēdziens „nepanesamas ciešanas” ir subjektīvs kritērijs, t.i., analogā situācijā pacientu vērtējums var atšķirties, proti, kādam ciešanas kļūst nepanesamas, savukārt cits tās vērtē kā ciešamas. Komitejas uzsver, ka, nosakot, vai ciešanas ir nepanesamas, ir jāņem vērā ne vien pašreizējā situācija, kurā atrodas patients, bet arī tā nākotnes vērtējums, fiziskais un garīgais stāvoklis, kā arī personības iezīmes, jo noteikt ciešanu līmeni, balstoties vienīgi uz simptomiem, nav iespējams, ir svarīgi noskaidrot, ko tie nozīmē tieši šim specifiskam pacientam, ievērojot tā dzīves vēsturi un vērtības.<sup>591</sup> Minētais princips

---

<sup>591</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees - Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011, Case 11, p.19.-22. Komiteja atzina, ka pacientes – astoņdesmit gadīgas sievietes, kurai tika diagnosticēta redzes deģenerācija, ārsts, 2010.gadā veicot eitanāziju, rīkojies saskaņā ar likuma 2.panta 1.apakšpunkta „b” punktā noteikto pienācīgās aprūpes kritēriju. Savā slēdzienā Komiteja norādīja, ka pacientes ciešanas lielākoties bija saistāmas ar redzes deģenerācijas rezultātā tuvojošos aklumu. Redzes deģenerācija ir medicīniski konstatējams stāvoklis un, tāpat, ir attiecināms uz medicīnas jomu, kuram nav efektīvu ārstēšanas līdzekļu un tas nav arī uzlabojams. Būdamā inteligēnts cilvēks, savu dzīvi par vērtīgu viņa uzskatīja vienīgi pie nosacījuma, ka spēs funkcionēt intelektuāli. Saslimstības dēļ viņai bija apgrūtināti darīt ikdienas ierastās lietas, piemēram, lasīt, lietot datoru, pārvietoties vienai pa ielām utt., arvien vairāk zaudējot savu neatkarību no apkārtējiem, tādējādi nespējot dzīvot jēgpilnu dzīvi. Ciešanas iemesls bija ne tikai pamatslimība, bet arī dzirdes pasliktināšanās, izkārņījumu nesaturēšana un reiboņi. Ievērojot pacientes autonomiju, vecumu, biogrāfiju un raksturu, kā arī attieksmi pret dzīvi, uzskaitīto simptomu kombinācija liecina, ka pacientes un ārsta secinājums par to, ka šajā gadījumā ciešanas bija kļuvušas nepanesamas, neesot nevienai citai vērā ņemamai alternatīvai, lai tās mazinātu, bija pamatots. Turklāt šajā gadījumā bija novērotas arī būtiskas „eksistenciālās ciešanas”. Pirms eitanāzijas veikšanas ārsts bija izpildījis visus likumā noteiktos pienācīgās aprūpes kritērijus, tostarp bija konsultējies ar diviem neatkarīgiem ārstiem, viens no kuriem bija psihiatrs. Līdzīgi secinājumi atrodami arī iepriekšējo gadu Reģionālo eitanāziju pārbaudes komiteju ikgadējos pārskatos, ārstu darbības atzīstot par atbilstošām likuma 2.panta 1.apakšpunkta noteiktam pienācīgās aprūpes „b” kritērijam, sk.,

sasaucas arī ar bioētikā sastopamu atziņu, ka pacienta autonomija balstās uz prezumpciju, ka ārsts vai jebkura cita persona, atšķirībā no paša pacienta, nav spējīgi viennozīmīgi izlemt – pacients jūtas labi vai arī viņš cieš.<sup>592</sup>

Ievērojot to, ka „nepanesamas ciešanas” ir plaši interpretējams jēdziens, tiesību doktrīnā un praksē tas raisa diskusijas par to, vai šāda veida ciešanas būtu attiecināmas tikai un vienīgi uz nedziedināmi slimiem pacientiem un, tāpat, vai eitanāziju un asistēto pašnāvību būtu pieļaujams piemērot arī citos gadījumos.

Ārvalstu literatūrā šajā sakarībā atrodami dažādi viedokļi, piemēram, Dž.Kouans uzskata, ka šādas ciešanas var arī nebūt saistāmas vienīgi ar nedziedināmu slimību.<sup>593</sup> Turpretim S.Smits nedziedināmas slimības pretnostata hroniskām saslimšanām, argumentējot, ka kāds var norādīt, ka starp termināli un hroniski slimiem pacientiem nav atšķirību, jo abos gadījumos var būt novērotas gan sāpes, gan arī ciešanas, un, tāpat, likums būtu analogi piemērojams arī pret hroniski slimiem cilvēkiem, savukārt citi var norādīt uz to starpā esošām būtiskām atšķirībām, proti, tie, kas ir termināli slimi, atšķirībā no hroniski slimiem cilvēkiem, mirst, tādējādi pieļaujot eitanāziju vai asistēto pašnāvību hroniski slimiem cilvēkiem, tikpat labi tās var attiecināt arī uz nespējīgiem cilvēkiem.<sup>594</sup> Tamdēļ, viņaprāt, „nepanesamās ciešanas” var būt attiecināmas tikai un vienīgi uz nedziedināmi slimiem cilvēkiem, jo tikai šai grupai piederīgie var atrasties terminālā stadijā tieši slimības dēļ.<sup>595</sup>

Ir jāpiekrīt S.Smīta atziņai. Kaut arī virkne citu saslimšanu var radīt sāpes un ciešanas, eitanāzija un asistētā pašnāvība var būt attiecināma tikai un vienīgi uz nedziedināmi slimiem cilvēkiem un tikai pie nosacījuma, kad to ciešanas kļuvušas mokošas, kas arī faktiski atbilst sākotnējai „*viēglās nāves*” būtībai. Turklāt ikvienā gadījumā īpaši svarīgi konstatēt, ka ciešanas bijušas nevis „eksistenciālas”, bet gan izriet no medicīnā konstatējamās somatiskas vai psihiskas saslimšanas, ko vairakkārt savos ikgadējos pārskatos ir norādījušas gan Komitejas, gan arī Nīderlandes Augstākā tiesa jau pieminētajā Brongersma lietā. Un tomēr, publiskās un politiskās diskusijas minētajā jautājumā joprojām nav norimušas.

---

piemēram: Regional euthanasia review committees - Annual Report 2012. The Hague: [B.i.], 2013, Case 7, p.17.-18.; Regional euthanasia review committees - Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010, Case 7, p.15.; Regional euthanasia review committees: 2006 annual report. Arnhem: [B.i.], 2007, Case 4, p.23.-24.; Regional euthanasia review committees 2002 annual report. [B.v.]: [B.i.], [B.g.], Case 7, p.22.-23. Par jēdziena „*nepanesamas ciešanas*” subjektīvo raksturu sk. plašāk: Dees M., Vernooj-Dassen M., Dekkers W., Weel C. Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician – assisted suicide: an integrative review. *Psycho – Oncology*, 2010, No.19, p.339.-352.

<sup>592</sup> Have T.H. *End – of – Life Decision Making in the Netherlands*. Grām.: *End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study*. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.156.-157.

<sup>593</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.122.

<sup>594</sup> Smith S.W. *End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process*. New York: Cambridge University Press, 2012, p.294.-295.

<sup>595</sup> *Ibid*, p.295.



Ieskatam var minēt, ka 2010.gada 18.maijā iniciatīvas grupa ar nosaukumu „No brīvas gribas” (*Vit Vrije Wil*) iesniedza Nīderlandes Parlamentam likumprojektu ar nosaukumu „Veco ļaužu asistētās nāves likums” (*Wet toetsing stervenshulp aan ouderen*)<sup>596</sup>, tajā paredzot, ka ikviens, kas sasniedz vismaz 70 gadu vecumu un uzskata, ka tā dzīve ir „pabeigta”, vēlēdamies mirt ar cieņu, ir tiesīgs lūgt ne tikai ārstu, bet arī speciāli šim mērķim izveidotās cilvēku grupas pārstāvim, piemēram, kapelānam, medmāsai, psihologam, sociālam darbiniekam utt., izbeigt tā dzīvi vai asistēt pašnāvībā.<sup>597</sup> Minētais likumprojekts paredzēja grozījumu izdarīšanu arī vairākos normatīvajos aktos, tostarp, Nīderlandes kriminālkodeksa 293. un 294.pantā, tomēr tie neguva Nīderlandes parlamenta atbalstu.

Komitejas 2012.gadā, reaģējot uz šādu ierosinājumu, norādīja, ka ikviena eitanāzijas vai asistētās pašnāvības akta obligāts priekšnosacījums ir nepanesamo, nevis eksistenciālo ciešanu esamība, neesot to uzlabošanas iespējām.<sup>598</sup> Visi citi gadījumi iziet ārpus Nīderlandes likuma darbības robežām un, tātad, skatāmas krimināltiesību kontekstā. Arī Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācija 2011.gada 23.jūnijā savā oficiālā paziņojumā „Ārsta loma brīvprātīgā dzīvības izbeigšanā” vērsa uzmanību tam, ka pašreizējais likums tiek balstīts uz diviem pīlāriem, proti, brīvprātīgu un labi pārdomātu lūgumu un nepanesamām un ilgstošām ciešanām, kas izriet no medicīnas jomas, savukārt iesniegtais likumprojekts ne vien iedragā pašreizējā likumā ietvertos pienācīgās aprūpes kritērijus, bet arī paver citas iespējas eitanāzijas praktizēšanai, izvēloties vieglāko ceļu.<sup>599</sup> Šajā sakarībā jāpiekrīt arī ārvalstu autoru paustai atziņai, ka ārsta tiešais uzdevums, saskaņā ar tā profesionāliem pienākumiem, ir pacientu atbrīvot tikai no atsevišķām ciešanām,<sup>600</sup> un šajā spektrā „eksistenciālas ciešanas” neietilpst. Savukārt ikviena palīdzības sniegšana dzīvības izbeigšanā tiem cilvēkiem, kuri ir „noguruši no dzīves”, nevis ir nedziedināmi slimi, radot tiem nepanesamas ciešanas, ir pretrunā ar likumu.<sup>601</sup>

Ja somatisko saslimšanu gadījumos ciešanu līmenis ir nosacīti viegli nosakāms, ievērojami sarežģītāk to noteikt pacientiem ar garīgām saslimšanām.

Kā norāda Komitejas, plānprātības gadījumos ciešanas nepanesamas parasti veido pacienta uztvere par stāvokļa pasliktināšanos, kas jau ir skārusi tā personību, funkcijas un prasmes savienojumā

---

<sup>596</sup> Wet van ..., houdende toetsing van stervenshulp aan ouderen en wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de lijkbezorging en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet toetsing stervenshulp aan ouderen). Pieejams: <http://sparta.projectie.com/~uitvrije/index.php?id=1006> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>597</sup> Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, p.7.

<sup>598</sup> Ibid. Sk. arī: Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014, p.21.-22.

<sup>599</sup> The role of the physician in the voluntary termination of life, KNMG, June 2011, p.12.-13. Pieejams: <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/100696/Position-paper-The-role-of-the-physician-in-the-voluntary-termination-of-life-2011.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>600</sup> Lewis P. Assisted Dying and Legal Change. New York: Oxford University Press, 2007, p.100.

<sup>601</sup> Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. European Journal of Health Law, 2011. March, No 2, p.155.

ar apziņu, ka, slimībai progresējot, kļūs vēl sliktāk, padarot viņus atkarīgus no citiem cilvēkiem un zaudējot personību.<sup>602</sup> Līdz ar to, „bailes no nākotnes ciešanām” ir reāls novērtējums veselības stāvokļa pasliktināšanās perspektīvai.<sup>603</sup> Pie šādas atziņas ārstam ik reizi jānonāk arī citu garīgu saslimšanu gadījumos. Šāds Komiteju pieļautais jēdziens „*nepanesamas ciešanas*” traktējums ievērojami paplašina līdzšinējās eitanāzijas un asistētās pašnāvības praktizēšanas robežas. Turklāt, kā norādīts ārvalstu literatūrā, lai ciešanas atzītu par reālistiskām, bez jau uzskaitītiem kritērijiem nav jābūt citiem nopietniem somatiskiem simptomiem.<sup>604</sup>

Ar īpašu piesardzību jāvērtē Komiteju pieļautais izņēmuma stāvoklis, nosakot, ka „[...] atšķirībā no gadījumiem, kad koma notiek spontāni slimības rezultātā vai komplikāciju dēļ, kas saistītas ar slimību, eitanāzija var tikt attaisnota medicīniski izraisītas komas gadījumos, dodot medikamentus sāpju un simptomu atvieglošanai un principā atgriežamā procesā.”<sup>605</sup> Komitejas to pamato ar apstākli, ka nav humāni „modināt” pacientu tik vien, lai gūtu apstiprinājumu, ka viņš atkal vai arī joprojām izjūt nepanesamas ciešanas.<sup>606</sup> Piekrītot, ka šādos gadījumos pacienta atgriešana pie samaņas, ja vien tas medicīniski ir iespējams, nebūtu humāna, tomēr dzīvības aktīva izbeigšana, tam atrodoties komā, nav pieļaujama.

Jau iepriekš promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunkta ietvaros tika noskaidrots, ka komā esošie pacienti nespēj izjust nedz fiziskās sāpes, nedz arī jebkuras citas ciešanas, tamdēļ uz tiem eitanāzija nevar būt attiecināma. Minētā atziņa pamatojumu savulaik guvusi arī Nīderlandes tiesu praksē.

---

<sup>602</sup> Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014, p.23.

<sup>603</sup> Ibid.

<sup>604</sup> Kimsma G.K., Leeuwen E. The Role and Work of Regional Euthanasia Review Committees. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.200.

<sup>605</sup> Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014, p.25.

<sup>606</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees - Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011, Case 10, p.17.-18. Komiteja atzina, ka pacienta – vīrs astoņdesmit gadus veca vīrieta, kuram 2008.gadā tika diagnosticēts progresējošs un nedziedināms smadzeņu bojājums, ārsts rīkojies saskaņā ar likuma 2.panta 1.apakšpunkta „b” punktā noteikto pienācīgās aprūpes kritēriju, 2011.gadā izpildot eitanāziju brīdī, kad pacients atradies medikamentu izraisītā komas stāvoklī. Pacients vairāk kārt ārstam bija izteicis lūgumu piemērot eitanāziju, atsakoties no paliatīvās sedācijas. Divas dienas pirms eitanāzijas veikšanas pacienta veselības stāvoklis strauji pasliktinājās, izraisot sāpes un galēju elpas trūkumu. Tā kā tobrīd nebija iespējams tūlītēji veikt eitanāziju un, lai atbrīvotu pacientu no nepanesamām ciešanām, ārsts tam administrēja medikamentus, kas izraisīja komu, šādi uzsākot paliatīvo sedāciju. Neatkarīgais ārsts pēc pacienta apmeklējuma atzina, ka, lai arī pacients kopš komas izraisīšanas brīža vairs neizjūt nepanesamas ciešanas, šajā gadījumā ir pieļaujams veikt eitanāziju vai arī turpināt paliatīvo sedāciju. Arī Komiteja secināja, ka, neatkarīgi no tā, ka pacients dzīvības izbeigšanas brīdī atradies komas stāvoklī, eitanāzijas akts ir attaisnojams, jo nepanesamo ciešanu esamību apstiprināja nepieciešamība pacientam administrēt tādus medikamentus un tādā to daudzumā, liedzot iespēju to pilnībā atmodināt, kā rezultātā bija jāuzsāk paliatīvā sedācija. Tāpat Komiteja atzina, ka nav humāni modināt pacientu no medicīniski izraisītas sedācijas (atgriežamas komas), lai vien gūtu apstiprinājumu tam, ka tā ciešanas ir nepanesamas. Līdzīgi secinājumi atrodami arī iepriekšējo gadu Reģionālo eitanāziju pārbaudes komiteju ikgadējos pārskatos, ārstu darbības atzīstot par atbilstošām likuma 2.panta 1.apakšpunkta noteiktam pienācīgās aprūpes „b” kritērijam, sk., piemēram: Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004, Case 6, p.16.-17.

2004.gada 9.novembrī Nīderlandes Augstākā tiesa Vilfreda van Oijena (*Wilfred van Oijen*) lietā atzina ārstu par vainīgu slepkavības izdarīšanā par to, ka viņš eitanizēja savu 84 gadus vecumu sasniegušu pacientu, kura tobrīd atradās komas stāvoklī.<sup>607</sup>

Pacientei tika diagnosticēta sirds un osteoporozes saslimstība, kā rezultātā viņa bija piesaistīta pie gultas, radot vairākus izgulējumus. Ārstēšanas procesa ietvaros ciešanu mazināšanas nolūkos administrētie paliatīvie līdzekļi pacientei izraisīja bezsamaņas stāvokli. Ārsts, pacientei atrodoties komas stāvoklī un iepriekš nesaņemot uz to lūgumu, ar meitas piekrišanu, injicēja tai eitanāzijai paredzētos medikamentus, izraisot nāvi, savu rīcību pamatojot ar tobrīd radušos nepieciešamību novērst pacientes ciešanas. Lai arī tiesa atzina, ka gadījumos, kad dzīvības izbeigšana notiek, nesaņemot uz to lūgumu, šāda rīcība pēc būtības var tikt attaisnota ar radušos „nepieciešamību”, tomēr vērsa uzmanību tam, ka izskatāmajā lietā paciente uz eitanāzijas izpildes brīdi bija komatoza un tamdēļ neizjuta nepanesamas ciešanas, turklāt tās nāve bija nenovēršama. Kā vērā ņemamu alternatīvu eitanāzijai, ārsts pacientei varēja iedot papildus sedatīvo fenobarbitālu injekciju, kā viņš to pats bija arī atzinis, un tamdēļ nevar atzīt, ka dzīvības izbeigšana tikusi veikta apstākļos, kas būtu pamatojami ar „nepieciešamību”. Papildus minētajam, savā spriedumā tiesa norādīja, ka ārsts nebija ievērojis arī citus likumā paredzētos pienācīgās aprūpes kritērijus, tostarp, pirms dzīvības izbeigšanas nebija konsultējies ar citu neatkarīgu ārstu un nebija ziņojis par notikušo, kas ir obligāta ikviena eitanāzijas akta prasība.

Juridiski nav nozīmes, kas izraisa komu, vai tie būtu medikamenti, kas paredzēti ciešanu mazināšanai vai novēršanai, vai arī slimība, jo ikvienā gadījumā šāda stāvokļa esamība anulē tiesiskos pamatus eitanāzijas piemērošanai. Par eitanāziju pieļaujams runāt vien tad, ka komas stāvokļa izraisīšana ir eitanāzijas akta obligātā sastāvdaļa, pirms pacienta organismā tiek ievadīti muskuļu relaksanti, kas tad arī izraisīs tā nāvi, apturot elpošanu un sirdsdarbību. Tomēr svarīgi uzsvērt, ka šādos gadījumos komas mērķis ir nodrošināt jau uzsāktā eitanāzijas procesa pareizu norisi, līdz minimumam samazinot iespēju izjust jebkādas nepatīkamas vai mokošas sajūtas, kas saistāmas ar dzīvības izbeigšanu, nevis, lai atbrīvotu pacientu no slimības izraisītām ciešanām.

Ievērojot to, ka Komiteju norādītie izņēmuma stāvokļi drīzāk ir attiecināmi uz tām situācijām, kad citi medikamenti izrādījušies neefektīvi un vienīgais veids, kā novērst pacienta ciešanas pirms dzīvības aktīvas izbeigšanas, ir izraisīt tam komu, lai nākotnē izvairītos no iespējamiem nesankcionētiem eitanāzijas gadījumiem, ir svarīgi atrunāt ārsta pieļaujamās rīcības robežas šādās situācijās.

---

<sup>607</sup> Nīderlandes Augstākās tiesas 2004.gada 9.novembra spriedums lietā: HOGE RAAD (STRAFKAMER) 9 november 2004, nr. 02641/03. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Aflevering 21, Nummers 210-220, Jaargang 2005 28 mei. Nr.217, p.2024.-2043.

Medikamentu izmantošana nedziedināmi slimu pacientu aprūpē, kuru iespējams blakusefekts saistāms ar komas izraisīšanas varbūtību, vai arī, kad šāds stāvoklis tiek izraisīts apzināti, ir akceptēta medicīniskā prakse. Minētajos gadījumos komas mērķis ir ar samaņas samazināšanas palīdzību atbrīvot pacientu no slimības izraisītām ciešanām, kas tobrīd nav sasniedzams ar citu metožu palīdzību. Tamdēļ ik reizi, kad vien tas ir iespējams, pirms minēto medikamentu administrēšanas, ārstam būtu jāvienojas ar nedziedināmi slimu personu par to izmantošanas pieļaujamību, pacientam atstājot izvēles brīvību, tikt atbrīvotam no ciešanām, bet zaudējot samaņu, vai arī, to saglabājot, tikt eitanizētam. Savukārt visos citos gadījumos, kad veselības stāvokļa pasliktināšanās ir pēkšņa un ciešanas nevar tikt novērstas ar citiem ārstniecības līdzekļiem, bet tūlītēja eitanāzijas piemērošana nav iespējama un apstākļi pieprasa operatīvu rīcību, ārsts ir tiesīgs izraisīt komu kā alternatīvu eitanāzijai, ja vien pacients to iepriekš nav liedzis.

Kombinēt dziļo un nepārtraukto paliatīvo sedāciju vai ikvienu komas stāvokli izraisošu ārstniecības līdzekli ar eitanāziju nav pieļaujams to atšķirīgo mērķu dēļ. Eitanāzijas mērķis ir izbeigt nedziedināmi slima cilvēka mokošās sāpes un ciešanas, kas iespējams, vien pārtraucot organisma dzīvotspēju vai nenovēršot slimības izraisīto nāvi, savukārt ikviena cita ārstniecības līdzekļa mērķis, pat ja to izmantošana saistāma ar nevēlamiem blakusefektiem, ir mazināt vai novērst ciešanas, taču pēc iespējas neapdraudot pacienta dzīvību. Ievērojot to, ka līdz ar komas stāvokļa izraisīšanu pacients zaudē spējas izjust ciešanas, eitanāzijas piemērošana kļūst nepieļaujama, izzūdot tās mērķim. Un, kaut gan faktiski šāda ārsta rīcība drīzāk būtu jāvērtē krimināltiesību kontekstā kā tīša un prettiesiska citas personas nonāvēšana, Nīderlandē minētā jautājuma sakarībā pašlaik pastāv pretējs uzskats.

Komitejas eitanāzijas piemērošanu izņēmuma gadījumos pieļauj arī pret tiem pacientiem, kuriem spontāni vai lietoto medikamentu dēļ, kas paredzēti ciešanu vai slimības simptomu mazināšanai, tika izraisīts pazemināts samaņas stāvoklis<sup>608</sup>, ko par pieļaujamu praksi ir atzinusi arī Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācija.

Lai ārsti izvairītos no iespējamās kriminālatbildības par eitanāzijas veikšanu pacientiem, kuri atrodas komas vai arī citā pazeminātā samaņas stāvoklī, Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācija, pamatojoties uz Ģenerālprokuratūras padomes un Veselības Aprūpes Inspektorāta pieprasījumu izstrādāja un 2010.gada 22.aprīlī apstiprināja vadlīnijas „Eitanāzija pazeminātā samaņas stāvoklī”<sup>609</sup> (*Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn*), tās publicējot 2010.gada 16.jūnijā. Minētais dokuments atrunā tiesības ārstiem izņēmuma gadījumos piemērot eitanāziju, kad visi pienācīgās aprūpes kritēriji ir

<sup>608</sup> Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014, p.25.-26.

<sup>609</sup> Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. KNMG - richtlijn. April 22, 2010. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/79307/Richtlijn-euthanasie-bij-een-verlaagd-bewustzijn.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

ievēroti, bet neilgi pirms dzīvības aktīvas izbeigšanas procesa vai asistētās pašnāvības uzsākšanas, t.i., tajā pašā dienā vai dažas dienas pirms, vai nu slimības attīstības, vai arī administrēto medikamentu dēļ, pacients ieslīgst dziļā bezsamaņas stāvoklī, vai arī tam tiek izraisīts cits samaņas līmeņa pazeminājums, kas būtībā ir atgriežams, bet nevēlams process. Arī Ģenerālprokuroru padome ir paziņojusi, ka apsūdzības pret ārstu netiks izvirzītas, ja tas būs rīkojies, ievērojot vadlīnijas. Un, kaut gan vadlīnijās uzsvērts, ka ikvienā samaņas pazemināšanas stāvoklī ārstam pirms eitanāzijas veikšanas obligāti jākonstatē, ka pacients joprojām nepanesami cieš, tajās ietvertie nepanesamo ciešanu formulējumi, kas paplašina līdz šim tiesu praksē atrunātos, faktiski atzīst šādas darbības par nesodāmām pat to neesamības gadījumos.

Atšķirībā no komas stāvoklī esošiem pacientiem, var piekrist Komiteju un Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācijas atziņai, ka izņēmuma gadījumos eitanāziju drīkst piemērot pret samazinātā apziņas stāvoklī esošiem pacientiem un tikai tad, kad tiek konstatēts, ka uz eitanāzijas izpildes brīdī pacientam saglabājušās nepanesamas ciešanas, ko izraisījusi nedziedināma slimība, un viņš tās faktiski izjūt. Visos citos gadījumos, kad samaņas līmenis ir samazinājies tiktāl, ka pacients vairs nespēj reaģēt uz ārējiem kairinājumiem un atbilstoši medicīnas teorijas un prakses atziņām pieļaujams secināt, ka ciešanu esamība šajā stāvoklī nevar būt diskusiju priekšmets, eitanāzijas piemērošana nav pieļaujama un ārsta darbības, līdzīgi kā tas ir komas gadījumā, būtu jāvērtē tikai un vienīgi krimināltiesību kontekstā.

Trešais kritērijs, kas obligāti jāievēro pirms ikvienas eitanāzijas vai asistētās pašnāvības izpildes ir, ka *(c) ārstam jāinformē pacients par situāciju, kurā viņš atrodas, un par tā perspektīvām.*

Kā jau tas tika noskaidrots iepriekš, ikvienam eitanāzijas vai asistētās pašnāvības lūgumam jābūt brīvprātīgam un labi pārdomātam, kas iespējams vien tad, kad pacients ir objektīvi informēts ne vien par tam diagnosticēto slimību, bet arī par tās attīstību un iespējamām ārstēšanas formām, un šādas informācijas nodrošināšanas pienākums vistiešākajā veidā gulstas uz tā ārstējošo ārstu.

Kā nākamā likumdevēja prasība ir, ka *(d) ārstam un pacientam jānonāk pie secinājuma, ka nav nevienas citas vērā ņemamas alternatīvas situācijā, kurā atrodas pacients.*

Ievērojot minēto kritēriju, eitanāzija un asistētā pašnāvība iegūst leģitīmu raksturu vien tad, kad šāda dzīvības izbeigšanas forma ir vienīgā atlikusī iespēja slimības izraisīto ciešanu izbeigšanai un citu reālu alternatīvu vairs nav.<sup>610</sup> Tomēr minētais kritērijs rosina diskusiju par to, vai tajos gadījumos,

---

<sup>610</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, Case 15, p.17.-19. Komiteja atzina pacientes – 73 gadus vecas sievietes, kas cieta no muguras sāpēm ar diagnozi – spiediens jostas vietā osteoporozes izraisīto vairāku lūzumu dēļ, ārsta darbības par neatbilstošām likuma 2.panta 1.apakšpunkta noteiktam pienācīgās aprūpes „d” kritērijam. Ievērojot to, ka nepanesamo ciešanu mazināšanai izvēlēto pretsāpju līdzekļu izmantošana bijusi neefektīva, pacientes ārsts, neievērojot neatkarīgā ārsta norādījumus par to, ka nav izmantoti visi iespējamie līdzekļi

kad tiesībspējīgs un rīcībspējīgs pacients, izmantojot savu autonomiju, atsakās no turpmākas ārstēšanas, tādējādi ārstam liedzot izmantot medicīniskos līdzekļus, kas paredzēti slimības izraisīto ciešanu mazināšanai vai novēršanai, saglabā tiesības lūgt piemērot eitanāziju vai asistēto pašnāvību. Kā norāda S.Smits, gadījumos, kad pacients atsakās no medikamentiem, tas nevar būt šķērslis eitanāzijas piemērošanai, presumējot, ka citi ārstēšanas līdzekļi vairs nav pieejami.<sup>611</sup> Arī Komitejas savā 2011.gada ziņojumā uzsverušas, ka medicīniskam lēmumam, kas tiek pieņemts dzīves pēdējos brīžos, jābūt vērstam uz kvalitatīvas paliatīvās aprūpes nodrošināšanu, tomēr tas nenozīmē, ka pacientam ir jāizmanto jebkura ārstēšanas vai paliatīvās aprūpes forma, jo ikvienā gadījumā pacients ir tiesīgs no tām atteikties.<sup>612</sup> Neapstrīdot ikviena tiesībspējīga un rīcībspējīga indivīda tiesības, neatkarīgi no iemesliem, atteikties no ārstēšanas, nav pieļaujams, ka tādējādi eitanāzija vai asistētā pašnāvība iegūst vienīgās alternatīvas statusu nedziedināmas slimības radīto ciešanu izbeigšanai.

Nīderlandes Karalistes Medicīnas Asociācija 2011.gada 23.jūnija oficiālā paziņojumā „Ārsta loma brīvprātīgā dzīvības izbeigšanā” (*The role of the physician in the voluntary termination of life*) uzsverusi, ka eitanāzija un asistētā pašnāvība nav standarta medicīniskā aprūpe, bet gan pēdējā iespēja, kas izmantojama gadījumos, kad citi līdzekļi izrādījušies neefektīvi, lai pacientu atbrīvotu no ciešanām<sup>613</sup>, tomēr Nīderlandes pieredze atsedz kolīziju, kas pastāv starp minēto pamatprincipu un praksi. Šā brīža pārlieku plašā likumā ietvertā pienācīgās aprūpes „d” kritērija interpretācija praksē, faktiski pieļauj iespēju pacientam apzināti radīt situāciju, kad vairs nav iespējamās citas alternatīvas eitanāzijai vai asistētai pašnāvībai nedziedināmas slimības izraisīto ciešanu izbeigšanai. Ievērojot to, ka šāda interpretācija ir klajā pretrunā ar „*vieglās nāves*” pamatbūtību, tiesības lūgt ārstam piemērot

---

sāpju novēršanai, balstoties uz pacientes lūgumu, veica tai eitanāziju. Savā atzinumā Komiteja secināja, ka, lai arī pacientes ciešanas uz eitanāzijas izpildes brīdi bija nepanesamas, tās nebija atzīstamas par tādām, kuras nebija iespējams mazināt. Ciešanas var atzīt par tādām vien tad, kad nav reālu ārstēšanas alternatīvu. Turklāt slimībai vai stāvoklim, kas tās izraisa, jābūt nedziedināmam un bez reālām iespējām to izraisīto simptomu atvieglšanai. Ar „reālām iespējām” Komiteja saprot pacienta stāvokļa uzlabošanu, kas panākams ar paliatīvo aprūpi vai citu ārstniecības līdzekli, kam jābūt samērīgam ar to nastu, ko pacientam uzliek ārstēšana. Ievērojot to, ka pacientei bija novērotas muguras sāpes jau kopš 13 gadu vecuma un to iemesls nebija zināms līdz brīdim, kad ārsts divas reizes, t.i., 6 un 4 gadus pirms eitanāzijas veikšanas, noteica rentgenu, viņš nevarēja būt pārliecināts par to, vai ciešanas, ko izjutusi paciente pēdējos dzīves gados, nav bijušas tādas pašas, kuras tā izjutusi kopš jaunības. Ārsts nenosūtīja pacientu pie citiem speciālistiem turpmāku diagnožu noteikšanai vai ārstēšanai, tādējādi liedzot iespēju noteikt, vai rodams citas ārstēšanas alternatīvas, un nebija izmantojis visus pieejamos paliatīvos aprūpes līdzekļus. Līdzīgi secinājumi atrodami arī iepriekšējo gadu Reģionālo eitanāziju pārbaudes komiteju ikgadējos pārskatos, sk., piemēram, Regional euthanasia review committees - Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010, Case 17, p.17.-18. Komiteja atzina, ka ārsts nav ievērojis pienācīgās aprūpes kritēriju, jo secinājums, ka nav citu vērā ņemamu alternatīvu, netika panākts kopā ar pacientu, bet tika balstīts uz pieņemumu par jebkādu alternatīvu noraidīšanu, ievērojot to, ka pacients iepriekš bija atteicies no turpmākas ārstēšanas.

<sup>611</sup> Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012, p.287.

<sup>612</sup> Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, p.16.

<sup>613</sup> The role of the physician in the voluntary termination of life, KNMG, June 2011, p.6. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/100696/Position-paper-The-role-of-the-physician-in-the-voluntary-termination-of-life-2011.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

eitanāziju vai asistēt pašnāvībā būtu jā saglabā vienīgi tajos gadījumos, kad pacienta atteikšanās no ārstēšanas gūst racionālu pamatojumu medicīnas zinātnes atziņās vai arī objektīvos iemeslos, kā, piemēram, kad ārstēšana ir uzsākta, bet izmantojamie ārstniecības līdzekļi rada nevēlamas blakusparādības, papildus ciešanas vai arī ir neefektīvi. Turpretim visos citos gadījumos būtu rūpīgi jāizsver iespēju piešķiršanu pacientam ārstēšanas vietā izvēlēties eitanāziju vai asistēto pašnāvību, jo ar to brīdi arī ārsts juridiski tiek atbrīvots no pienākuma veikt turpmāku pacienta aprūpi.

Kā pirmspēdējo pienācīgās aprūpes kritēriju, kas ievērojams, likumdevējs noteicis, ka (*e*) *ārstam ir jā konsultējas vismaz ar vienu citu neatkarīgu ārstu, kurš ir redzējis pacientu un ir sniedzis savu rakstveida slēdzienu par iepriekš uzskaitīto pienācīgās aprūpes kritēriju no „a” līdz „d” izpildi.*

Minētā kritērija mērķis ir ar cita neatkarīgā ārsta palīdzību<sup>614</sup>, kuram vienmēr pirms eitanāzijas vai asistētās pašnāvības veikšanas klātienē jāredz pacients un jāsniedz rakstveida atzinums, iegūt objektīvu vērtējumu, vai pienācīgās aprūpes kritēriji no pacienta ārsta puses ir izpildīti pilnībā, šādi nodrošinot kontroli pār plānoto darbību likumību. Šajā sakarībā būtiski atzīmēt, ka eitanāzijas vai asistētās pašnāvības aktā iesaistīto pušu, t.i., pieaicinātā ārsta, ārstējošā ārsta un pacienta starpā nedrīkst būt nedz radniecīgas vai darba tiesiskās attiecības, nedz arī jebkādas citas partnerattiecību formas un, it īpaši, neatkarīgais ārsts nedrīkst būt persona, kas jebkad ir piedalījies pacienta ārstēšanā.

Tomēr Komiteju ikgadējie ziņojumi apliecina, ka praksē minētais kritērijs bieži vien netiek izpildīts lielākoties sekojošu iemeslu dēļ, proti, pacienta ārsts nav konsultējies ar neatkarīgo ārstu par plānoto pacienta dzīvības izbeigšanu<sup>615</sup>, neatkarīgā ārsta atzinums tika sagatavots, pacientu neredzot klātienē<sup>616</sup>, ārsts veicis eitanāziju vai asistēto pašnāvību vēl pirms ir saņēmis neatkarīgā ārsta atzinumu ar tajā ietvertu vērtējumu, vai likumā noteiktie pienācīgās aprūpes kritēriji ir vai nav izpildīti pilnībā un, tāpat, vai ir likumīgs pamats pacienta dzīvības izbeigšanai<sup>617</sup>, ir pagājis nesamērīgi ilgs laiks starp neatkarīgā ārsta sākotnējā atzinuma saņemšanu un eitanāzijas vai asistēšanas pašnāvībā izpildi<sup>618</sup>, neatkarīgais ārsts ir bijis savstarpēji pazīstams ar pacientu vai tā tuviniekiem<sup>619</sup>, vai arī iepriekš tam bija

---

<sup>614</sup> Praksē neatkarīgais ārsts lielākoties gadījumos tiek izvēlēts no Nīderlandes Karaliskās Medicīnas Asociācijas organizētā „Nīderlandes Eitanāzijas Atbalsta un Konsultācijas” (*Steun ne Consultatie bij Euthanasie in Nederlands (SCEN)*) programmā ietilpstošo ārstu vidus, kas ir speciāli apmācīti eksperti atzinumu, konsultāciju un atbalsta sniegšanā šādu kategoriju lietās.

<sup>615</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees 2005 annual report. Arnhem: [B.i.], 2006, Case 8, p.27.-28.; Regional euthanasia review committees - Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011, Case 15, p.25.-27.; Regional euthanasia review committees - Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010, Case 14, p.20.-22.

<sup>616</sup> Sk., piemēram: Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004, Case 8, p.19.-20.; Regional euthanasia review committees 2002 annual report. [B.v.]: [B.i.], [B.g.], Case 10, p.27.-29.

<sup>617</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009, Case 7, p.24.-25.

<sup>618</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, Case 16, p.21.-23.; Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009, Case 6, p.23.-24.

<sup>619</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague: [B.i.], 2008, Case 11, p.25.-27.

sniedzis veselības aprūpi<sup>620</sup> (kaut gan no šī principa Komiteja savulaik pieļāvusi arī izņēmumu)<sup>621</sup>, kas liek apšaubīt kontroles mehānisma pietiekamo efektivitāti praksē.

Eitanāzijas un asistēto pašnāvību akta izpildes apturēšanas neiespējamība ir nepieņemama situācija, uz ko 2009.gadā savu uzmanību vērta arī Apvienoto Nāciju Cilvēktiesību Komiteja (*United Nations Human Rights Committee*) norādot, ka saskaņā ar likumu, ārsts drīkst izbeigt pacienta dzīvi „[...] bez jebkāda neatkarīga tiesneša vai maģistrāta pārbaudes, kas garantētu, ka šis lēmums nav bijis temats pārmērīgai ietekmei vai pārratamam”<sup>622</sup>, un atkārtoja savas iepriekšējās rekomendācijas par to, ka normatīvais akts šajā jautājumā būtu pilnveidojams, tomēr līdz šim nekādas tiesību akta izmaiņas nav sekojušas.

Un kā pēdējais pienācīgās aprūpes kritērijs tiek minēts, ka *(f) ārstam jāizbeidz dzīvi vai jāasistē pašnāvībā ar pienācīgu aprūpi.*

Eitanāzijas gadījumos ārsts ievada nāvējošu medikamentu devu pacientam intravenozi, savukārt asistējot pašnāvībā, tos izsniedz pacientam, kurš izlieto tos patstāvīgi. Neatkarīgi no dzīvības izbeigšanas formas, ikvienā gadījumā, ārstam sagatavojot un veicot eitanāziju vai asistēto pašnāvību, jāizmanto tie medikamenti un to precīzs daudzums, kādus noteiktā laika posmā vadlīnijās akceptējusi Nīderlandes Karaliskā Farmācijas Attīstības Asociācija.<sup>623</sup> Vienlaikus, lai novērstu iespējamās

---

<sup>620</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees 2004 annual report. Arnhem: [B.i.], 2005, Case 10, p.22.-23.; Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009, Case 5, p.22.-23., Case 11, p.25.-28.; Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague: [B.i.], 2008, Case 12, p.27.-30.

<sup>621</sup> Sk., piemēram: Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004, Case 7, p.18.-19. Kaut gan šobrīd tiek uzsvērts, ka nav pieļaujams būt par neatkarīgo ārstu speciālistam, kurš agrāk ir ārstējis pacientu, par kuru aicināts sniegt savu atzinumu, 2003.gadā Komiteja 77 gadus veca pacienta lietā, kurš slimoja ar resnās zarnas vēzi un kura dzīvība tika izbeigta ar eitanāzijas palīdzību, atzina, ka, lai arī pacienta ārsts par neatkarīgo ārstu uzaicināja speciālistu, kurš pirms desmit gadiem patstāvīgi veica tā ārstēšanu, bet kopš tā laika viņi savstarpēji nav sazinājušies un tikušies, kā arī tas nav noticis ar pacienta ģimenes locekļiem, pacienta ārsts šajā gadījumā ir rīkojies atbilstoši likumā noteiktam pienācīgās aprūpes kritērijam.

<sup>622</sup> Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant. United Nations, Human Rights Committee, 13 – 31 July 2009, Geneva. Pieejams: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?page=publisher&publisher=HRC&type=&coi=&docid=4aa7aa642&skip=0> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>623</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012, Case 18, p.25.-26. Komiteja atzina pacienta – 80 gadus veca vīrieša, kuram tika diagnosticēta bronhu karcinoma ar ļaundabīgā audzēja metastāzēm visā organismā, ārsta veikto eitanāziju par neatbilstošu pienācīgai medicīniskai aprūpei. Eitanāzijas procesa ietvaros ārsts vadījies no novecojušām vadlīnijām, kurās pirmās injekcijas norādītās medikamentu devas dziļā komas stāvokļa izraisīšanai pirms muskuļu relaksantu administrēšanas, par uzdevums apturēt elpošanu un sirdsdarbību, šādi izraisot pacienta nāvi, spēkā esošajās vadlīnijās tika atzītas, kur neefektīvām. Neilgi pēc pirmās medikamentu devas injicēšanas pacientam tika novēroti elpošanas traucējumi. Ārsts neveica pacienta acu radzenes refleksu pārbaudi un nepārbaudīja tā reaģēšanu uz sāpēm, bet dziļas komas stāvokli noteica, vadoties no klīniskiem novērojumiem. Savā atzinumā Komiteja norādīja, ka elpošanas traucējumu esamība vēl pati par sevi neliecina par dziļas komas stāvokļa esamību, tādējādi, neveicot pienācīgu tās pārbaudi, ārsts pieļāva risku, ka pacients varēja izjust muskuļu relaksantu efektu, bet fiziski vairs nebija spējīgs par to paziņot. Līdzīgi secinājumi atrodami arī iepriekšējo gadu Reģionālo eitanāziju pārbaudes komiteju ikgadējos pārskatos, ārstu darbības atzīstot par neatbilstošām likuma 2.panta 1.apakšpunkta noteiktam pienācīgās aprūpes „f” kritērijam, sk., piemēram: Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009, Case 12, p.30.-31.; Regional euthanasia review committees - Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010,



komplikācijas, kas var rasties pacienta dzīvības izbeigšanas procesā, kā, piemēram, asistētās pašnāvības gadījumos zāļu atvemšana, nāves iestāšanās ilgums, kas pārsniedz iepriekš plānoto utt., Komitejas uzliek ārstiem par pienākumu minētās iespējamās blakusparādības pārrunāt, vēl pirms tiek uzsākts eitanāzijas vai asistētās pašnāvības akts, ar pacientu un tā ģimenes locekļiem, un būt klātesošam tā procesa laikā līdz nāves iestāšanās brīdim<sup>624</sup>.

Lai nodrošinātu pienācīgās aprūpes vadlīnijas un novērstu iepriekš konstatētās ārstu un farmaceitu pieļautās praktiskās kļūdas eitanāzijas un asistēto pašnāvību sagatavošanas un izpildes procesos, 2012.gadā augustā Nīderlandes Karaliskā Medicīnas Asociācija sadarbībā ar Nīderlandes Karalisko Farmācijas Attīstības Asociāciju izdeva jaunu „Eitanāzijas un ārsta asistētās pašnāvības izpildes” direktīvu<sup>625</sup> (*KNMG/KNMP RICHTLIJN Uitvoering euthanasie ne hulp bij zelfdoding*), saņemot tai atbalstu arī no Komiteju puses. Direktīva ne tikai reglamentē kārtību, kā pareizi ir sagatavojams un izpildāms ikviens eitanāzijas un ārsta asistētās pašnāvības akts, tajā detalizēti uzskaitot šim mērķim paredzētos medikamentus, to devas un lietošanas kārtību, kā arī norādot tos medikamentus, kuru lietošana nav pieļaujama, bet arī ārsta un farmaceita, kurš nodrošina minētos medikamentus uz ārsta pieprasījuma pamata, savstarpējās attiecības.

Lai arī Nīderlandē tiek pozicionēts, ka tikai visu iepriekš uzskaitīto pienācīgās aprūpes kritēriju izpilde nodrošina ārstam imunitāti pret kriminālatbildību par aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un asistētās pašnāvības veikšanu, prakses novērojumi liecina par pretējo.

Ik gadu pieaugot eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību skaitam<sup>626</sup>, arvien retāk Komitejas ziņo par to, ka ārsts nav rīkojies saskaņā ar pienācīgas aprūpes standartiem, turklāt visās šajās lietās galarezultātā Ģenerālprokuratūras padome pieņēmusi lēmumus par atteikšanos uzrādīt apsūdzību<sup>627</sup>, savukārt Veselības Aprūpes Inspektorāts, veicot pārrunas ar ārstiem, lietas izbeidza.

---

Case 15, p.23.-14.; Regional euthanasia review committees - Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011, Case 16, p.28.-29., Case 18, p.30.-31.

<sup>624</sup> Sk., piemēram: Regional euthanasia review committees - Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010, Case 18, p.25.-26. Komiteja atzina, ka ārsts nav izpildījis pienācīgās aprūpes kritēriju, neesot klāt pacienta pašnāvības izpildes brīdī. Ārsts atstāja pašnāvības veikšanai nepieciešamos medikamentus līdzās pacientam, kurš pretēji tam, kā iepriekš bija vienojušies, izlietoja tos patstāvīgi brīdī, kad ārsts nebija klātesošs. Ar savām darbībām ārsts radīja gan apstākļus, kuros viņš vairs nebija spējīgs kontrolēt dzīvības izbeigšanas aktu, gan arī citus iespējamus riskus. Līdzīgi secinājumi atrodami arī iepriekšējo gadu Reģionālo eitanāziju pārbaudes komiteju ikgadējos pārskatos, ārstu darbības atzīstot par neatbilstošām likuma 2.panta 1.apakšpunkta noteiktam pienācīgās aprūpes „P” kritērijam sk., piemēram, Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004, Case 9, p.21.

<sup>625</sup> KNMG/KNMP RICHTLIJN Uitvoering euthanasie ne hulp bij zelfdoding. Augustus 2012. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/111025/Richtlijn-Uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding-2012.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

<sup>626</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.3.

<sup>627</sup> Tak P. Recent developments on euthanasia in the Netherlands after the adoption of the 2001 Termination of life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act. Grām.: Amicorum L., Kalmthout A. Fervet Opus. Apeldoorn, Antwerpen, Portland: Maklu, 2010, p.198.

Minēto tendenci apstiprina gan Marks Groenhuijsens (*Marc Groenhuijsen*) un Floris Van Lānens (*Floris van Laanen*)<sup>628</sup>, gan arī Dž.Kouans, kurš vērš uzmanību tam, ka ziņojumos, kas nonāk Komiteju rīcībā, parasti tiek atzīts, ka ārsts rīkojies atbilstoši likumam pat tajos gadījumos, kad nav bijušas izpildītas tajā ietvertās prasības.<sup>629</sup> Salīdzinājumam var minēt, ka laika posmā no 1998. – 2008.gadam no visām 20 623 ārstu asistētām nāves lietām tikai 38 astoņos gadījumos Komitejas atzinušas, ka dzīvības izbeigšanas procesā nav ievēroti pienācīgās aprūpes kritēriji, taču nevienā no tiem apsūdzības tā arī netika uzrādītas.<sup>630</sup> Turklāt statistika atspoguļo tikai oficiālos datus, tai laikā, kad ārvalstu literatūrā tiek lēsts, ka patiesais nedziedināmi slimo pacientu dzīvības izbeigšanas gadījumu skaits šobrīd patiesībā nemaz nav zināms, pieļaujot, ka ik gadu tas mērāms robežās no 2 000 līdz 20 000, to galvenokārt skaidrojot ar ārstu nāves sertifikātu viltošanu, šādi izvairoties no iespējamās kriminālatbildības.<sup>631</sup> Tamdēļ Dž.Grifits, H.Vaijersa un M.Adams secina, ka eitanāzijas un asistētās pašnāvības akti, kuru izpildi veicis ārsts, faktiski atrodas ārpus krimināltiesību jurisdikcijas<sup>632</sup>, un iemesli tam meklējami tiesu praksē.

Šobrīd, neakcentējot Nīderlandes aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un ārsta asistētās pašnāvības legalizējošā likumā ietvertā jēdziena „nepanesamas ciešanas” lietošanas terminoloģisko pamatotību, kas mūsdienu medicīnas un farmācijas attīstības apstākļos, domājams, jau sen ir zaudējis savu aktualitāti, jo galējos apstākļos tās ir novēršamas, samazinot pacienta apziņas līmeni, un tā vietā drīzāk būtu jārunā par „mokošām ciešanām”, uzmanība jāpievērš tā izpratnei praksē, kas kā ikviena ģenerālklausula, var būt pakļauta pārlieku plašam traktējumam. Ne velti Henrijs Vijsbeks (*Henri Wijsbek*) atzīst, ka „nepanesamas ciešanas” ir interpretējama norma, kas paredz nevis to, ka cilvēks ciešanas vairs nespēj paciest, bet ka Nīderlandes sabiedrība nepieprasa, lai cilvēks tās turpmāk paciestu.<sup>633</sup>

Var kategoriski apgalvot, ka Nīderlandes pieredze ir uzskatāms piemērs eitanāzijas un asistētās pašnāvības praktizēšanas negatīvai pieredzei, tiesību piemērotājiem cenšoties attaisnot visus tos pacientu dzīvības izbeigšanas gadījumus, kas norisinājušies, neievērojot likuma normas, piešķirot

---

<sup>628</sup> Groenhuijsen M., Laanen F. Euthanasia in the broader framework of Dutch penal policies. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.219.

<sup>629</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.126.

<sup>630</sup> Kimsma G.K., Leeuwen E. The Role and Work of Regional Euthanasia Review Committees. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012, p.193.

<sup>631</sup> Have T.H. End – of - Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: End - of - Life Decision Making. A Cross - National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.152.

<sup>632</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.145.

<sup>633</sup> Wijsbek H. The Subjectivity of Suffering and the Normativity of Unbearableness. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012, p.328.-329.

„*vieglai nāvei*” jaunus apveidus un, pateicoties pārlietu plašai termina „nepanesamās ciešanas” interpretācijai, nepieļaujami paplašinot likuma darbības sākotnējās robežas. Tiesu praksē tas atspoguļojumu guvis gan jaundzimušo nedziedināmi slimo bērnu, gan arī psihiatrijas pacientu ar priekšdienās prognozējamu ciešanu dzīves izbeigšanas lietās, un šobrīd vērojama arvien pieaugoša tendence nākotnē to attiecināt arī uz „eksistenciālām ciešanām”, zaudējot saikni ar medicīnā klasificējamām saslimšanām, tādējādi deformējot tradicionālo izpratni par to, kas tad patiesībā ir eitanāzija un kādiem nolūkiem vēsturiski vispār tika aizsākta tās praktizēšana.

Nebūs lieki atkārtot, ka kopš XVII gadsimta eitanāzija tika uzskatīta tikai un vienīgi par līdzietības izpausmi un galēju līdzekli nedziedināmi slimo personu slimības izraisīto sāpju un ciešanu izbeigšanai, kad citas alternatīvas izrādījušās neefektīvas, vai arī to neesamības gadījumos. Turpretim Nīderlandes pieredze atsedz bīstamu noslieci – eitanāzija arvien biežāk tiek pretnostatīta paliatīvai medicīnai, fokusējoties uz indivīda dzīves kvalitātes nodrošināšanu tā beidzamajos posmos ar iespēju „kontrolēt” savu nāvi, pamatojumam minot pacienta autonomijas ievērošanu. Un, lai gan oficiālos paziņojumos tas tiek noliegts, ir jāpiekrīt H.T.Heva atziņai, ka Nīderlandes pieredze uzskatāmi atsedz nāves un miršanas procesa medikalizācijas procesu, eitanāzijai un asistētām pašnāvībām faktiski kļūstot par medicīnisko praksi<sup>634</sup>, kas nebūtu pieļaujams ne pie kādiem apstākļiem.

Līdzšinējā tiesu prakse tik tiešām radījusi prezumpciju, ka *de facto* ikviena asistēšana nedziedināmi slima pacienta dzīvības izbeigšanā, pat ja tā norisinājusies, nesaņemot uz to lūgumu vai arī gadījumos, kad nav ievēroti citi likumā atrunātie pienācīgās aprūpes kritēriji, tiesā var tikt attaisnota, tās izpildītāju atbrīvojot no kriminālatbildības, atsaucoties uz Nīderlandes kriminālkodeksa 40.pantu, ja vien ārsts, kas piedalījies dzīvības izbeigšanā, spēs pierādīt, ka viņš ir rīkojies nepieciešamības apstākļos, izraisot konfliktu starp pienākumiem aizsargāt pacienta dzīvi un atbrīvot to no ciešanām. Šādos gadījumos ārstam, lai iegūtu vispārējo aizsardzību, jāpārliedz tiesu, ka pacienta dzīvības izbeigšanai nebija citu alternatīvu un, lai arī nepastāvēja nepieciešamie juridiskie priekšnosacījumi, tā tikusi izbeigta *force majeure* apstākļos, kad medicīna ciešanu mazināšanai vai novēršanai izrādījies „bezpēcīga”, savukārt pieņemtā lēmuma un tā izpildes rezultātā iegūtais labums ir izrādījies lielāks par radīto kaitējumu jeb pacienta nāve ir bijusi pieņemamāka nekā dzīvības saglabāšana, zaudējot cieņu un autonomiju. Līdz ar to var secināt, ka Nīderlandes kriminālkodeksa 193. un 194.pants iegūst formālu raksturu un to piemērošana iespējama vien tad, kad to dispozīcijās paredzētos nodarījumus būs veicis vispārējais subjekts, kas praksē ir retums. Šajā sakarībā H.T.Hevs pauž bažas par to, ka pašreizējā eitanāzijas jautājuma attīstība faktiski iegūst atpakaļejošu spēku, jo, ja

---

<sup>634</sup> Have T.H. End – of – Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p.167.

pirms likuma pieņemšanas tiesas varēja attaisnot ārstu, kurš pacientam bija veicis eitanāziju, to argumentējot ar *force majeure* apstākļiem, tad, viņaprāt, šobrīd nav saprotams, kamdēļ šī tradīcija tiek saglabāta.<sup>635</sup>

Domājams, daļēji to var izskaidrot gan ar liberālisma idejām, kas vēsturiski iesakņojušās holandiešu mentalitātē, gan ar apstākli, ka eitanāzija un asistētā pašnāvība Nīderlandē tiek praktizēta teju četrdesmit gadus, tai neviļus kļūstot par medicīnas praksi, un ārsti, kas šajā procesā tiek iesaistīti kā speciālie subjekti, nenoliedzami atrodas privileģētā statusā. Jebkādu eitanāzijas un asistēto pašnāvību praktizēšanu ierobežojošu pasākumu ieviešana, vismaz šobrīd, nav iedomājama. Ne velti Džennija Nolana (*Jenny Nolan*) atzīst, ka Nīderlande turpina virzīties pretim vispārpieņemtai atziņai, ka nāve ir visu situāciju risinājums<sup>636</sup>, kas, nenoliedzami, ir bīstama tendence. Un diez vai cilvēka dzīvības vērtības samazināšana humānisma aizsegā jebkad var tikt uzskatīta par panākumu valstiskā mērogā.

Jautājums par to, vai Nīderlandes modelis ir izrādījies veiksmīgs, joprojām ir diskutabls, tomēr, kļūstot par pirmo Eiropas valsti, kas legalizējusi „*vieglo nāvi*”, tās pieredze vēlākā laika posmā kalpoja par nozīmīgu platformu Beļģijas un Luksemburgas normatīvā regulējuma izveidē, kuras, sekojot kaimiņvalsts pieredzei, lēmušas atzīt aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un ārsta asistēto pašnāvību par leģitīmu un pieņemamu risinājumu nedziedināmi slimu personu mokošo ciešanu izbeigšanai. Un, lai arī kopš likuma spēkā stāšanās brīža ir pagājuši vairāk nekā vienpadsmit gadi, Nīderlande joprojām saglabājusi savas līderpozīcijas nedziedināmi slimu pacientu dzīves izbeigšanas kopējo nostādņu veidošanā, kalpojot par uzskatāmu piemēru citām valstīm, kur ir atļauta to praktizēšana.

#### 4.2.2. Beļģijas tiesiskā regulējuma atšķirības

Drīzumā pēc aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību likuma spēkā stāšanās Nīderlandes Karalistē, 2002.gada 28.maijā arī Beļģijas parlamenta apakšpalāta nobalsoja par „Eitanāzijas likuma” (*Wet betreffende euthanasie 28 mei 2002.*)<sup>637</sup> pieņemšanu, un tas spēkā stājās tā paša gada 23.septembrī, tādējādi Beļģijai kļūstot par otro Eiropas valsti, kurā tika legalizēta „*vieglā nāve*”.

---

<sup>635</sup> Have T.H. End - of - Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: End - of - Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005, p. 150.

<sup>636</sup> Nolan J. Legalized Euthanasia in the Netherlands Raises Serious Ethical Concerns. Grām.: The ethics of euthanasia. San Diego, Detroit, New York, San Francisco, Cleveland, New Haven, Conn, Waterville, Maine, London, Munich: Thomson Gale, 2005, p.58.

<sup>637</sup> Wet betreffende euthanasie 28 mei 2002. Belgisch Staatsblad, 22 Juni 2002, N. 2002 – 2141. Turpmāk tekstā – “*Beļģijas likums*”.

Ja Nīderlandē vēl ilgu laiku pirms likuma spēkā stāšanās eitanāzija un ārsta asistētās pašnāvības tika praktizētas, lielākoties pateicoties tiesu praksei, kas formulēja tos nosacījumus, kuros asistēšana pacienta dzīvības izbeigšanā iegūst leģitīmu raksturu, tad Beļģijā šādas prakses nebija.<sup>638</sup> Tieši līdzšinējās pieredzes neesamības dēļ, likumdošanas procesa ietvaros Beļģijas politiskie spēki galvenokārt ietekmējās no Nīderlandes normatīvā regulējuma, kas atspoguļojumu guvis gan kopējā eitanāzijas izpratnē un vēlākā praksē, gan arī likumā ietverto normu līdzībā, tamdēļ Beļģijas analīzes ietvaros lielākā vērtība tiks pievērsta tieši normatīvo aktu atšķirībām.

Saskaņā ar likumu ārsti tiesīgi praktizēt eitanāziju, ar to apzīmējot tīšu citas personas dzīvības izbeigšanu, balstoties uz tās lūgumu. Tādējādi, atšķirībā no Nīderlandes, Beļģijas likumdevējs ir legalizējis tikai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, tai laikā, kad ārsta asistētās pašnāvības jautājumu likums nereglamentē. Šajā sakarībā par kļūdainu atzīstama pašmāju jurista K.Tomsona norāde, ka no Beļģijas eitanāzijas definīcijas izriet arī ārstu tiesības praktizēt asistēto pašnāvību.<sup>639</sup>

Beļģijas likuma darbības attiecināšana tikai uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju ārvalstu literatūrā rada neizpratni, un to autori uzdod retorisku jautājumu – kā asistēšana pašnāvībā var nebūt akceptēta prakse apstākļos, kad likums legalizē eitanāzijas praktizēšanu, atrunājot šīs rīcības leģitimitātes nosacījumus?!<sup>640</sup> Un pašlaik pārsvaru gūst viedoklis, ka arī minētā dzīvības izbeigšanas forma būtu jālegalizē.<sup>641</sup>

Domājams, daļēji to var skaidrot ar apstākli, ka neviens no Beļģijas kriminālkodeksa<sup>642</sup> pantiem neparedz tiešu aizliegumu asistēt kādam dzīvības izbeigšanā, kā rezultātā zūd arī nepieciešamība pakļaut normatīvam regulējumam nodarījumu, par kuru nav paredzēta kriminālatbildība. Minētais viedoklis daļēji apstiprinājumu gūst arī Dž.Grifīta, H.Vaijersas un M.Adamsa atziņās.<sup>643</sup> Tomēr līdz pat šim brīdim Beļģijā gan medicīnas, gan arī tiesību doktrīnā asistētās pašnāvības praktizēšanas pieļaujamības jautājumā valda neizpratne.

Asistētās pašnāvības normatīvā regulējuma neesamības dēļ, tiesību piemērotāji minēto dzīvības izbeigšanas formu pakļāvuši pārlietu plašai interpretācijai. 2012.gada ikgadējā ziņojumā

<sup>638</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.155. Sk. Beļģijas likumdošanas vēsturi „*vieglās nāves*” jautājumā arī: Lewis P. Euthanasia in Belgium Five Years After Legalisation. European Journal of Health Law, Volume 16, 2009. June, No.2, p.125.-126.

<sup>639</sup> Tomsons K. Eitanāzijas institūta normatīvais regulējums pasaulē. Jurista Vārds, 2010. 13.jūlijs, Nr.28, 19.lpp.

<sup>640</sup> Sumner L.W. Assisted Death. A Study in Ethics and Law. New York: Oxford University Press, 2011, p.157.

<sup>641</sup> Bondt W., Vansweevelt T. Euthanasia in Belgium. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.32.

<sup>642</sup> Strafwetboek van 8 juni 1867. Pieejams: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=1867060801](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1867060801) [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].

<sup>643</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.310.

Beļģijas eitanāzijas aktu likumības uzraugošā institūcija – Federālā Eitanāzijas Uzraudzības un Izvērtēšanas Komiteja<sup>644</sup> (*Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie*), paziņojusi, ka ir pieļaujams veikt medicīniski asistētu pašnāvību, pacientam pašam izlietojot nāvējošu devu medikamentu, jo likums skaidri neatrunā, kā tieši zālēm, kas izraisa pacienta nāvi, jānonāk pacienta organismā.<sup>645</sup> Tomēr šāda termina „aktīvā eitanāzija” interpretācija ir klajā pretrunā ar tās pamatbūtību.

Promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 3.apakšpunktā vairakkārt tika uzsvērts, ka aktīvās eitanāzijas izpilde visos gadījumos paredz, ka tikai trešās, nevis eitanāzijas aktam pakļautās nedziedināmi slimas personas, aktīvu darbību rezultātā jāiestājas pēdējā nāvei. Pretējā gadījumā pieļaujams runāt tikai un vienīgi par asistēto pašnāvību, kas savas izpildes specifikas dēļ atzīstama par patstāvīgu eitanāzijas formu. Komiteju viedokļa pareizību pamatoti apšaubā arī Dž.Grifits, H.Vaijersa un M.Adams, paužot atziņu, ka, vadoties no formāli juridiskā skata punkta, Beļģijas likums pieprasa, lai pacienta dzīvība tiktu izbeigta nevis paša pacienta, bet gan trešās personas aktīvu darbību rezultātā.<sup>646</sup> Tomēr pašreizējā tiesiskā regulējuma, jeb pareizāk tā neesamības apstākļos, šīm diskusijām nav praktiskas nozīmes. Beļģijā asistēšana pašnāvībā, kā jau tas tika noskaidrots iepriekš, nav kriminālsodāma rīcība, tamdēļ, pat ja šāda veida pacienta dzīvības izbeigšanā būs piedalījies ārsts, tā rīcība var tikt vērtēta tikai un vienīgi ārstu ētikas kontekstā, aprobežojoties vienīgi ar administratīvu sankciju piemērošanu.

Pat ja asistētās pašnāvības jautājuma atstāšana ārpus normatīviem ietvariem ir bijis Beļģijas likumdevēja apzināts solis, šā nodarījuma ignorēšana no krimināltiesību skatpunkta nav pieļaujama. Kā ikvienā citā gadījumā, arī asistējot pašnāvībā tiek apdraudēta viena no svarīgākajām krimināltiesību aizsargājamām interesēm – cilvēka dzīvība, kas nodarījuma kaitīguma dēļ pieprasa to atzīt par prettiesisku, kriminālkodeksa struktūrā iekļaujot atsevišķu pantu ar sankcijā proporcionāli samazinātu soda apmēru, ievērojot vainīgās personas salīdzinoši zemo atbildības pakāpi pret sekām. Tomēr šāda iecere Beļģijā, vismaz pašlaik, netiek apspriesta.

Asistētās pašnāvības temats nav vienīgais, kas veicina diskusijas. Pretēji Nīderlandei, Beļģijas likums neparedz grozījumu izdarīšanu kriminālkodeksā jautājumā par citas personas nonāvēšanu aiz līdzcietības. Tādējādi nedz pirms, nedz arī pēc likuma spēkā stāšanās Beļģijas likumdevējs kriminālkodeksā nav ietvēris pantu ar privileģētu slepkavības sastāvu, vēl jo vairāk, pašreizējais likums nesniedz arī norādes par to, kādai tieši kvalifikācijai pakļaujams tāds nodarījums kā aktīvā brīvprātīgā

---

<sup>644</sup> Turpmāk tekstā – „Komiteja”.

<sup>645</sup> Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2012 – 2013). Brussel: [B.i.]: 2014, p.56.

<sup>646</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.311.

eitanāzija tajos gadījumos, kad dzīvības izbeigšana uz pieprasījuma norisinājusies, pārkāpjot likuma priekšrakstus, vai arī tā izpildē piedalījies vispārējais subjekts. Ievērojot to, ka minētā jautājumā nav tiesu prakses, kas sniegtu vispusīgu skaidrojumu, teorētiski šāds nodarījums, atkarībā no faktiskajiem lietas apstākļiem, var tikt kvalificēts vai nu atbilstoši 393.pantam kā slepkavība, kas izdarīta ar tiešu nodomu, ja nodoms bija radies pēkšņi, 394.pantam kā slepkavība ar iepriekšēju nodomu, ja nodoms bija radies ilgākā laika posmā, pirms persona tika nonāvēta, vai arī saskaņā ar 397.pantu kā noindēšana. Analogai kvalifikācijai var tikt pakļauta arī aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija. Turpretim pasīvā brīvprātīgā eitanāzija, līdzīgi kā tas šobrīd ir arī Nīderlandē, netiek vairs attiecināta uz „*vienglo nāvi*”, bet tiek atzīta par normālu medicīnisku praksi nedziedināmi slimu personu aprūpes ietvaros, saglabājot ikvienam rīcībspējīgam indivīdam tiesības, pamatojoties uz 2002.gada 22.augusta Pacientu tiesību likuma („*Wet betreffende de rechten van de patiënt*”) 8.panta 4.daļu<sup>647</sup>, neatkarīgi no iemesliem atteikties vai pārtraukt uzsāktu ārstēšanu. Par akceptētu medicīnisku praksi tiek atzīta arī tādu medikamentu un to daudzuma lietošana, kas ciešanu atvieglošanas procesā var paātrināt pacienta nāves iestāšanos jeb, tā saucamie gadījumi, kas attiecināmi uz dubultefekta principu.<sup>648</sup>

Veicot Beļģijas kriminālkodeksa normu, kas paredz atbildību par svešas personas dzīvības apdraudējumu, analīzi, nākas secināt, ka atšķirībā no Nīderlandes krimināltiesiskā regulējuma, Beļģijas likumdevējs ne tikai ignorē eitanāzijas kā nodarījuma motīvu – līdzcietību un tās vienīgo mērķi atbrīvot nedziedināmi slimu personu no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, bet arī savstarpēji nenorobežo patstāvīgās eitanāzijas formas un to veidus, lai gan to starpā pastāv būtiskas atšķirības vainīgās personas atbildības pakāpē pret sekām, kas pieprasa ievērot individuālu regulējumu, ievērojot soda apmēra proporcionālu samazinājumu un to nošķiršanu no nodarījumiem ar pretējiem motīviem un mērķiem. Taču arī minētais jautājums tiesību doktrīnā aktualitāti līdz šim nav iemantojis.

Ja starp Nīderlandi un Beļģiju vērojamas būtiskas atšķirības eitanāzijas un ārsta asistētās pašnāvības krimināltiesiskā regulējumā, tad aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas praktizēšanas nosacījumi lielākoties ir identiski. Pirms ikviena eitanāzijas akta izpildes ārstam, lai tā rīcība netiktu pakļauta krimināltiesiskam vērtējumam, jāievēro sekojoši pienācīgās aprūpes kritēriji, kas reglamentēti Beļģijas likuma 2.nodaļas 3.panta punktos no 1 līdz 5:

- 1) ārstam jāpārlicinās, ka pacienta lūgums ir brīvprātīgs, labi pārdomāts un noturīgs, un nav radies ārējas ietekmes rezultātā;

<sup>647</sup> Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22 Augustus 2002. Belgisch Staatsblad, 2002. 26 September, N.2002022737.

<sup>648</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.302.

- 2) ārstam jāpārlicinās, ka pacients atrodas medicīniski veltīgā stāvoklī<sup>649</sup>, ko radījusi nopietna un nedziedināma saslimšana vai nelaimes gadījums, un izjūt nepanesamas fiziskas vai psihiskas ciešanas, kuras nav iespējams atvieglot;
- 3) ārstam jāinformē pacients par viņa veselības stāvokli un paredzamo dzīves ilgumu, kā arī jāpārrunā lūgums pēc eitanāzijas un iespējamās terapeitiskās un paliatīvās alternatīvas, kā arī to sekas;
- 4) ārstam un pacientam jānonāk pie secinājuma, ka nav nevienas citas vērā ņemamas alternatīvas situācijā, kurā atrodas pacients;
- 5) ārstam ir jākonsultējas ar citu neatkarīgu ārstu, kurš ir izmeklējis slimības vēsturi un pacientu un sniedzis savu rakstveida atzinumu, apstiprinot, ka pacients izjūt pastāvīgas un nepanesamas fiziskas vai psihiskas ciešanas, kuras nav atvieglojamas.

Svarīgāko atšķirību vidū, kas saskatāmas starp divu valstu likumiem, jāmin, ka atšķirībā no Nīderlandes, Beļģijā aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, sākot ar 2014.gada 28.februāri, Beļģijas parlamenta apakšpalātai 2014.gada 13.februārī nobalsojot par grozījumu<sup>650</sup> izdarīšanu „Eitanāzijas likumā”, drīkst piemērot arī attiecībā pret bērniem bez vecuma ierobežojumiem, kuri spēj izteikt un apzināties lūguma nozīmi. Grozījumi paredz, ka šādos gadījumos ārstam atzinuma došanai jāpieaicina arī bērnu psihiatru vai psihologu, un eitanāzijas veikšanai jāsaņem bērna likumīgo pārstāvju rakstveida piekrišana. Turklāt svarīgi norādīt, ka atšķirībā no 18 gadu vecumu sasniegušām personām vai arī nepilngadīgiem, kas iegūst pilngadīgas personas statusu, piemēram, laulības rezultātā, eitanāzijas piemērošanas priekšnosacījums pret bērniem var būt tikai konstatētas nepanesamas fiziskas ciešanas. Papildus jau pieminētām atšķirībām, likums neizvirza prasību, ka pacientam jābūt šīs valsts pilsonim vai arī pastāvīgam iedzīvotājam.<sup>651</sup>

Kā novella likumā ir iekļauta prasība, ka lūgumam pēc eitanāzijas jābūt noformētam rakstveidā un izteiktam atkārtoti ilgākā laika posmā, šādi izvairoties no situācijām, kad tas tiek pausts fiziskā vai garīgā vājuma brīdī. Savukārt tajos gadījumos, kad pacients veselības stāvokļa dēļ,

<sup>649</sup> Beļģijā ar jēdzienu „*medicīniski veltīgs stāvoklis*” likuma ietvaros apzīmē tos gadījumus, kad pacienta atlabšana nav iespējama, savukārt pieejamie ārstēšanas līdzekļi un/vai metodes nespēj to atbrīvot no slimības izraisītām nepanesamām fiziskām vai psihiskām ciešanām.

<sup>650</sup> Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken. 28 Februari 2014. Belgisch Staatsblad, 2014. 13 Maart, N.2014009093. Ieskatam var minēt, ka iemesls tam, ka līdz 2014.gada 28.februārim likumā netika paredzētas tiesības nepilngadīgiem lūgt piemērot eitanāziju, tika argumentēts ar to, ka šādas personas nav spējīgas izteikt pamatotu gribu, savukārt trešo personu apveltīšana ar tiesībām kāda vietā lūgt piemērot eitanāziju, ir delikāts un neviennozīmīgi vērtējams jautājums. Sk.: Diesbach E., Loze M., Brochier C., Montero E. Euthanasia in Belgium: 10 years on. European Institute of Bioethics. April 2012. p.1. Pieejams: <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf> [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].

<sup>651</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.312.



piemēram, ķermeņa paralīze, nav spējīgs parakstīt lūguma veidlapu, tā vietā ārsta klātbūtnē to paraksta pacienta izraudzītā pilngadīga persona. Tomēr likums pieļauj ikvienam rīcībaspējīgam indivīdam vai nepilngadīgam, kas ieguvis pilngadīgas personas statusu, savu gribu savlaicīgi paust arī nākotnes direktīvas formā, kas, salīdzinājumā ar Nīderlandes likumu, ir derīga tikai piecus gadus.

Cita būtiska atšķirība salīdzinājumā ar Nīderlandes tiesisko regulējumu izriet no Beļģijas likuma izvirzītās prasības attiecībā pret ārstu ikvienā gadījumā, kad pacienta nāve nav paredzama tuvākā laikā, konsultēties ar vēl vienu neatkarīgo ārstu no psihiatrijas nozares vai arī attiecīgu speciālistu, ja ir aizdomas, ka pacienta lūgums un ciešanas neizriet no nedziedināmas slimības. Šajos gadījumos eitanāziju pieļaujams veikt tikai tad, kad kopš rakstveida lūguma saņemšanas ir pagājis vismaz viens mēnesis.

Ievērojot to, ka Nīderlandes un Beļģijas likumi gan struktūras ziņā, gan arī saturiski ir ļoti līdzīgi, ar eitanāzijas praktizēšanu saistītā problemātika abās valstīs faktiski skar vienus un tos pašus jautājumus, tamdēļ atkārtoti tie netiks aplūkoti. Šajā sakarībā būtiski atzīmēt vien to, ka, lai arī pēdējos gados vērojams straujš reģistrēto eitanāzijas aktu pieaugums<sup>652</sup> un Komitejas ikgadējie ziņojumi apliecina, ka ne vienmēr pacientu dzīvības izbeigšanas lietās ir ievērotas likuma prasības, piemēram, eitanāzija tikusi izpildīta, ārstam nesaņemot uz to rakstveida lūgumu<sup>653</sup>, pirms eitanāzijas veikšanas nekorekti vai nepilnīgi aizpildīti nepieciešamie dokumenti<sup>654</sup> u.c., līdzīgi kā Nīderlandē, arī Beļģijā līdz ar eitanāziju legalizējošā likuma spēkā stāšanās brīdī ārsti faktiski ieguvuši krimināltiesisko imunitāti, un līdz pat šim brīdim neviena eitanāzijas lieta turpmākai izmeklēšanai nav tikusi nodota prokuratūras iestādēm, bet visos gadījumos galarezultātā Komiteja ārsta rīcību atzinusi par tiesisku. Turklāt ārvalstu autori uzsver, ka Beļģijā ārsti, līdzīgi kā tas šobrīd norisinās arī Nīderlandē, vienmēr var atsaukties uz „nepieciešamību”, kas, neatkarīgi no lietas faktiskajiem apstākļiem, ik reizi piešķir to rīcībai legītimu raksturu un vienlaikus arī nekontrolējamu varu.<sup>655</sup> Šajā sakarībā svarīgi norādīt, ka oficiālie dati

---

<sup>652</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.5.

<sup>653</sup> Sk., piemēram: Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Eerste verslag aan de wetgevende kamers 22 september 2002 – 31 december 2003. Brussel: Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC), 2004, p.18. Laika posmā no 2002.gada 22.septembra līdz 2003.gada 31.decembrim 14 gadījumos eitanāzija tikusi izpildīta, nesaņemot uz to rakstveida lūgumu. Komiteja divos gadījumos ārsta rīcību attaisnoja ar steidzamību, kas radusies no dramatiskas situācijas, kurā uz eitanāzijas izpildes brīdī atradies pacients. Arī visās pārējās lietās Komiteja galarezultātā atzina, ka ārsts ir rīkojies, ievērojot likuma prasības.

<sup>654</sup> Sk., piemēram: Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Tweede Eerste verslag aan de wetgevende kamers (2004 – 2005). Brussel: [B.i.], 2006, p.26.; Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Derde verslag aan de wetgevende kamers (2006 – 2007). Brussel: [B.i.], 2008, p.26.; Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2010 – 2011). Brussel: [B.i.], 2012, p.18.

<sup>655</sup> Diesbach E., Loze M., Brochier C., Montero E. Euthanasia in Belgium: 10 years on. European Institute of Bioethics. April 2012., p.8. Pieejams: <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf> [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].

atspoguļo tikai ziņotos eitanāzijas gadījumus, tai laikā, kad, kā atzīst pati Komiteja, patiesais pacientu dzīvības izbeigšanas skaits Beļģijā nemaz nav zināms.<sup>656</sup>

Kontroles mehānisma formālais raksturs nav vienīgais jautājums, kas rosina debates. Līdzīgi kā Nīderlandē, arī Beļģijā tiek novērota tendence likumdošanas ceļā būtiski paplašināt likuma darbības robežas, to attiecinot arī uz rīcībnespējīgām personām, piemēram, plānprātīgiem, komatoziem un uz tiem pacientiem, kuriem iestājusies smadzeņu nāve, kas līdz šim nav guvusi oficiālu likumdevēja atbalstu.<sup>657</sup> Tomēr minētie jautājumi joprojām nav zaudējuši savu aktualitāti. Vienlaikus arvien plašāku sabiedrības atsaucību gūst viedoklis, ka eitanāzija būtu jāattiecina arī uz tiem gados veciem cilvēkiem, kuri ir „noguruši no dzīves”<sup>658</sup>, šādi deformējot eitanāzijas tradicionālo izpratni un cenšoties to izmantot kā universālu līdzekli ikviena fiziska vai garīga diskomforta izbeigšanai, kas indivīdam šķiet neizturams. Un, lai arī minētajā jautājumā likumdevējs līdz šim nav devis savu oficiālo vērtējumu, šādu praksi par pieņemamu jau vairākus gadus atzīst pati Komiteja tajās nedaudzajās lietās, kurās pacients tika eitanizēts, lai izbeigtu nevis slimības radītās ciešanas, bet gan tās ciešanas, kuras izrietējušas no organisma dabiskās novecošanas, neapdraudot pacienta dzīvotspēju, ārsta rīcību atzīstot par atbilstošu likuma prasībām un lietas turpmākai izmeklēšanai nenosūtot prokuratūras iestādēm.<sup>659</sup>

Lai arī Nīderlandes un Beļģijas prakse uzskatāmi apliecina, ka likuma prasības eitanāzijas un ārsta asistētās pašnāvības gadījumos bieži vien netiek ievērotas, savukārt kontroles mehānisms arvien vairāk līdzinās formālai atskaites procedūrai, un pacientu dzīvības izbeigšana faktiski kļūst nekontrolējama, tās nav vienīgās valstis Eiropā, kas piešķirušas tiesības nedziedināmi slimiem cilvēkiem lūgt izbeigt to ciešanas ar „*vieglās nāves*” palīdzību.

### 4.2.3. Luksemburgas pieredze

Par pēdējo Beniluksa un vienlaikus arī Eiropas valsti, kurā tika legalizēta eitanāzija un ārsta asistētās pašnāvības, kļuva Luksemburga, 2009.gada 16.martā pieņemot „Eitanāzijas un asistētās pašnāvības likumu”<sup>660</sup> (*Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*).

---

<sup>656</sup> Sk., piemēram: Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Tweede Eerste verslag aan de wetgevende kamers (2004 – 2005). Brussel: [B.i.], 2006, p.22.

<sup>657</sup> Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008, p.327.-328.

<sup>658</sup> Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. European Journal of Health Law, 2011. March, No.2, p.156.

<sup>659</sup> Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vierde verslag aan de wetgevende kamers (2008 – 2009). Brussel: [B.i.], 2010, p.22.

<sup>660</sup> Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide: Recueil de legislation. MEMORIAL Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. 2009. 16 mars, A — N° 46. Turpmāk tekstā – „*Luksemburgas likums*”.

Likumā ietvertā termina „*eitanāzija*” skaidrojums ar maznozīmīgām formulējuma atšķirībām tika pārņemts no kaimiņvalstu tiesiskā regulējuma un ar to saprot ārsta tīši veiktu darbību, kas izbeidz citas personas dzīvību, balstoties uz tās izteiktu brīvprātīgu lūgumu. Savukārt ar jēdzienu „*asistētā pašnāvība*” likumā tiek apzīmēta ārsta tīša palīdzības sniegšana citai personai pašnāvības izdarīšanā vai arī šim nolūkam paredzētu līdzekļu sagādāšana, balstoties uz tās izteiktu brīvprātīgu lūgumu. Tādējādi likums, analogi kā tas ir Nīderlandē, par pieļaujamu atzīst tikai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, ja vien pacienta dzīvības izbeigšanas procesā ir piedalījies ārsts.

Luksemburgas likums, atšķirībā no Beļģijas tiesiskā regulējuma, paredz arī grozījumu izdarīšanu Luksemburgas kriminālkodeksā<sup>661</sup>, kas spēkā stājās līdz ar pašu likumu, papildinot to ar jaunu 397 – 1.pantu, kas nosaka, ka „Šo likuma sadaļu nepiemēro gadījumos, ja ārsts ir atbildējis uz lūgumu veikt eitanāziju vai asistēšanu pašnāvībā, ievērojot prasības, kas paredzētas 2009.gada 16.marta likumā par eitanāziju un asistēšanu pašnāvībā.” Tomēr analogi, kā tas šobrīd ir Beļģijā, arī Luksemburgas likumdevējs nav nedz sniedzis norādes par to, kādam tieši kriminālkodeksa pantam atbilst tāds nodarījums kā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija un asistētā pašnāvība tajos gadījumos, kad ārsts pacienta dzīvību izbeidzis vai asistējis tā pašnāvībā, pārkāpjot likuma priekšrakstu, vai arī šo darbību izpildītājs nemaz nav bijis apveltīts ar šādām tiesībām, nedz arī paredzējis atsevišķus pantus, kuru dispozīcijās būtu ietverti tieši šo noziedzīgo nodarījumu sastāvi, kas veidoti kā privileģēti.

Luksemburgas kriminālkodeksa normu analīzes rezultātā var secināt, ka aktīvā brīvprātīgā eitanāzija var tikt kvalificēta vai nu atbilstoši 393.pantam kā slepkavība, kas izdarīta ar tiešu nodomu, ja nodoms bija radies pēkšņi, vai nu 394.pantam kā slepkavība, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos, ja vainīgā persona bija rīkojusies ar nodomu, kas tai bija radies ilgākā laika posmā, pirms persona tika nonāvēta, vai arī atbilstoši 397.pantam kā noindēšana. Identiskai kvalifikācijai tiek pakļauta arī aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, lai gan likumdevējs minētās dzīvības izbeigšanas formas neatrunā.

Krimināltiesiskās atbildības kontekstā Luksemburgā tiek specifiskāk risināts asistētās pašnāvības jautājums. Kā jau tas norādīts iepriekš, likumdevējs uzsvēris, ka tikai tajos gadījumos, kad ārsts, asistējot pacientam pašnāvībā, būs rīkojies saskaņā ar likuma priekšrakstiem, uz šādu nodarījumu netiks attiecināta kriminālkodeksa sadaļa par nonāvēšanu. Šajā sakarībā var secināt, ka, atšķirībā no Beļģijas tiesiskā regulējuma, kur asistēšana pašnāvībā ne tikai nav legalizēta, bet par to nav paredzēta arī kriminālatbildība, Luksemburgā šāds nodarījums visdrīzāk tiktu kvalificēts atbilstoši Kriminālkodeksa 397.pantam, kas paredz atbildību par citas personas nonāvēšanu noindējot, izmantojot tam līdzekļus un vielas, kas spēj vairāk vai mazāk ātri izraisīt nāvi, neatkarīgi no tā, kā šīs vielas

---

<sup>661</sup> Grand – duche de Luxembourg Penal Code (Loi du 16 juin 1879). Pieejams: [http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/#code\\_penal](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/#code_penal) [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].

tikušas izmantotas vai pielietotas, par to paredzot mūža ieslodzījumu.<sup>662</sup> Domājams, pret šādu kvalifikāciju un atbilstoša tiesiskā regulējuma neesamību būtu jāiebilst, jo līdzīgi, kā tas šobrīd ir arī citu eitanāzijas patstāvīgo formu un to veidu jautājumā, tā nesasniedz krimināltiesisko taisnīgumu.

Aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un asistētās pašnāvības praktizēšanas nosacījumi, ar izņēmumu, ka ir pieļaujams praktizēt arī ārsta asistēto pašnāvību, lielā mērā līdzinās Beļģijas likumam, tamdēļ to detalizētāks apskats atkārtoti netiks sniegts. Arī ziņošanas kārtība eitanāzijas un asistēto pašnāvību aktu uzraudzības institūcijai – Nacionālai Kontroles un Novērtēšanas Komitejai (*La Commission Nationale de Contrôle et d'Evaluation*), kā arī pacientu dzīvības izbeigšanas lietu pārbaudes procedūra ir identiska kaimiņvalstu regulējumam. Svarīgi vien atzīmēt, ka pacientam, tāpat kā tas ir noteikts Beļģijas likumā, nav obligāti jābūt Luksemburgas pilsonim vai tās pastāvīgam iedzīvotājam, tomēr ar ārstu, kuram tiek izteikts lūgums pēc eitanāzijas vai asistēšanas pašnāvībā, jābūt ilgstošākām attiecībām.

Līdz šim pieejamie Nacionālās Kontroles un Novērtēšanas Komitejas ikgadējie ziņojumi<sup>663</sup> apliecina, ka salīdzinājumā ar kaimiņvalstu praksi, eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību gadījumu skaits Luksemburgā ir neliels un, sākot ar 2013.gadu, tas samazinās. Promocijas darba pielikumā Nr.6 pieejamie statistikas dati var tikt skaidroti gan ar prakses neesamību līdz likuma spēkā stāšanās brīdim, gan ar salīdzinoši nelielo iedzīvotāju skaitu valstī. Tomēr ievērojot apstākli, ka Luksemburga par paraugu savam tiesiskam regulējumam ir izvēlējusies Beļģiju, kas kopā ar Nīderlandi veido kopēju nostādni „*viēglās nāves*” jautājumā, visdrīzāk, tā agrāk vai vēlāk saskarsies ar līdzīgām problēmām, kādas tiek novērotas kaimiņvalstīs, likuma normu pārlietu plašas interpretācijas dēļ.

Tomēr šīs Beniluksa valstis nebūt nav vienīgās, kas piešķir tiesības ārstiem piedalīties nedziedināmi slimu pacientu dzīvības izbeigšanas procesā.

#### **4.2.4. ASV: Oregonas, Vašingtonas un Vermontas štats**

Kā pēdējā valsts, kas ar likumu legalizējusi ārstiem tiesības asistēt nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanā, minamas Amerikas Savienotās Valstis.<sup>664</sup> Turklāt šādas tiesības nav attiecināmas uz visas valsts teritoriju, bet tikai uz trim tās štatiem – Oregonu, Vašingtonu un Vermontu.

---

<sup>662</sup> Minētā atziņa apstiprinājumu rod arī ārvalstu literatūrā. Sk., piemēram: Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. *European Journal of Health Law*. 2011. March, No.2. p.150.

<sup>663</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.6.

<sup>664</sup> Turpmāk tekstā – „*ASV*”.

Nedziedināmi slimo pacientu ārstu asistētās pašnāvības Oregonas štatā tika legalizētas 1997.gada 27.oktobrī, kad iedzīvotāju iniciētā referendumā balsojumā tika atbalstīts Cieņpilnās nāves likums<sup>665</sup> (*Death with Dignity Act*), kas spēkā stājās ar 1.novembri.

Likums piešķir pacientiem tiesības no sava ārstējošā ārsta, kura prakses vietai jābūt Oregonas štatā, saņemt recepti nāvējošas medikamentu devas iegādei, ar nolūku tos izmantot pašnāvības izdarīšanai un tikai tad, ja pacients ir:

- 1) Oregonas štata rezidents, kompetents un sasniedzis pilngadību, t.i., vismaz 18 gadu, vecumu;
- 2) termināli slims, ar to saprotot nedziedināmu slimību, kas pacientam izraisa ciešanas, un tā nāve ir sagaidāma tuvāko sešu mēnešu laikā. Saskaņā ar likumu šādu diagnozi jāapstiprina arī pieaicinātam konsultējošam ārstam, kuram, līdzīgi kā tas ir Nīderlandē un Luksemburgā, ir jāizmeklē pacients klātienē un jāpārbauda slimības vēstures ieraksti, un jādod savs rakstveida atzinums par ārsta uzstādītās diagnozes un prognožu pamatotību, kā arī par lūguma atbilstību likuma prasībām;
- 3) izteicis savu gribu, kurai jābūt brīvprātīgai un labi pārdomātai, lai viņam tiktu izsniegtas zāles, ar kurām viņš var izbeigt savu dzīvi humānā un cieņpilnā veidā. Likums izvirza prasību, ka šāds lūgums pacientam mutvārdos ir jāizsaka atkārtoti ar piecpadsmit dienu intervālu un vēlāk jānostiprina arī rakstveida formā, akceptētu veidlapu parakstot divu liecinieku klātbūtnē. Savukārt starp rakstveida lūguma apstiprināšanu un receptes izsniegšanu ārstam jāievēro divu dienu intervāls.

Oregonas ārsta asistētās pašnāvības tiesiskā regulējuma sakarībā būtiski uzsvērt, ka tas, atšķirībā no Nīderlandes un Luksemburgas likumiem, ir attiecināms tikai un vienīgi uz tiem pacientiem, kuru lūguma pamatā ir slimības radītās fiziskās, nevis psihiskās vai psiholoģiskās ciešanas. Savukārt analogi, kā tas ir minētajās valstīs, visu atbildību par izsniegto recepti uzņemas pacienta ārstējošais ārsts, kuram pirms tam ir pienākums informēt pacientu par viņam uzstādīto diagnozi, prognozēm, potenciāliem riskiem, kas var būt saistīti ar medikamentu izlietošanu un to sekām, kā arī iespējamām alternatīvām ciešanu atvieglošanai.

Par katru šādu receptes izsniegšanas gadījumu ārstam ir jāziņo Iedzīvotāju Aprūpes Departamentam (*Department of Human Services*), kura struktūrvienībai – Oregonas Publiskās Veselības nodaļai (*The Oregon Public Health Division (OHD)*) ir jāveic statistisko datu apkopošana un

---

<sup>665</sup> The Oregon Death with Dignity Act. Pieejams: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī]. Turpmāk tekstā – „Oregonas likums”.

analīze, tos publicējot ikgadējos ziņojumos, un pašnāvības akta veikšanai paredzētās procedūras ievērošanas kontroli. Tas nozīmē, ka visos tajos gadījumos, kad ārsts izsniedzis recepti, pārkāpjot likuma priekšrakstus, Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ir jāziņo par to Oregonas Medicīnas Eksaminācijas Padomei (*Oregon Board of Medical Examiners*), kas pārņem turpmāku izmeklēšanu ar tiesībām ārstam piemērot administratīvu sodu un noziedzīga nodarījuma izdarīšanas gadījumā informēt par to prokuratūras iestādes. Tomēr šāda pārbaudes kārtība promocijas darba ietvaros jau vairāk kārt tikusi kritizēta Nīderlandes, Beļģijas un Luksemburgas tiesiskā regulējuma sakarībā, argumentējot, ka tā faktiski nespēj apturēt nedziedināmi slima pacienta dzīvības izbeigšanas akta izpildi, jo tā pamatotības izvērtēšana norisinās tikai pēc tam, kad šīs sekas jau ir iestājušās. Daļēji to būtu iespējams novērst, uzraugošo vai kādu citu neatkarīgu institūciju, iesaistot nedziedināmi slima pacienta dzīvības izbeigšanas akta sagatavošanas procesā, kad pacienta lūgums atrodas vēl izvērtēšanas stadijā. Šajā gadījumā tām būtu jāparedz arī *veto* tiesības.

Oregonas likums ārstiem nosaka aizliegumu pacienta dzīvības izbeigšanai izmantot letālu injekciju jeb aktīvo eitanāziju, vienlaikus atrunājot, ka, ja ārsts rīkojas saskaņā ar likuma priekšrakstiem, tā darbības neveido tādu noziedzīgu nodarījumu kā asistēšana pašnāvībā, žēlsirdīgā nonāvēšana vai slepkavība. Tomēr likums tieši neaizliedz ārstam būt klātesošam brīdī, kad patients izlieto pašnāvības veikšanai paredzētos līdzekļus, ar nosacījumu, ka ārsts ne pie kādiem apstākļiem nav tiesīgs ņemt dalību šajā aktā vai jebkādā citā veidā asistēt pacienta nodoma sasniegšanā. Ja ārsts ievēro šos noteikumus, pret viņu nevar tikt izvirzītas apsūdzības vai arī celtas civiltiesiskas prasības. Tomēr praksē šāds noteikums rada nopietnus sarežģījumus un tamdēļ vērtējams īpaši kritiski.

Likuma būtība ir nodrošināt ikvienam nedziedināmi slimam cilvēkam, kurš atrodas terminālā stadijā, iespēju izbeigt savu dzīvi humānā un sevis cienīgā veidā, šādi pārtraucot slimības izraisītās fiziskās ciešanas. Tomēr receptes saņemšana no ārsta vēl nenodrošina šā mērķa sasniegšanu, jo nāvējošas devas medikamentu izlietošana, neatkarīgi no tā, ārsts ir vai nav klātesošs pašnāvības akta izpildes brīdī, pie nosacījuma, ka viņš nav tiesīgs tajā iejaukties, ne visos gadījumos nodrošina ātras un efektīvas nāves iestāšanos.

Oregonas praksē nav retums gadījumi, kad vai nu pacienta organisma individuālo īpatnību vai arī jebkādu citu iemeslu dēļ, notiek medikamentu atņemšana, nāve iestājas neplānoti ilgā laikā pēc zāļu izlietošanas vai neiestājas vispār u.tml.<sup>666</sup> Ne velti Nīderlandē un Luksemburgā ārstiem tiek izvirzīta

---

<sup>666</sup> Sk., piemēram: Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2005, p.15. 2004.gadā Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ziņots par pacientu, kuram pēc ārsta izrakstīto zāļu izlietošanas nāve iestājās tikai pēc deviņpadsmit ar pusi stundām.; Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2006, p.14. 2005.gadā Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ziņots par pacientu, kurš pēc ārsta izrakstīto

obligāta prasība būt klātesošam pašnāvības aktā, lai sekotu tā norisei. Un pašlaik, vismaz Nīderlandē, ir akceptēta prakse, ka tajos gadījumos, kad pašnāvības izpildes laikā no nedziedināmi slimas personas neatkarīgu iemeslu dēļ rodas jebkādas komplikācijas, kas apdraud tās turpmāku realizāciju, ārstam ir pieļaujams iejaukties pacienta dzīvības izbeigšanas procesā un pārtraukt tā organisma dzīvotspēju ar aktīvās eitanāzijas palīdzību, šādi nodrošinot cienīgu nomiršanu. Ieskatam var minēt, ka nesen Nīderlandē veiktais pētījums atklāj, ka aptuveni 20 procentos no visiem līdz šim reģistrētajiem dzīvības izbeigšanas gadījumiem ārsti pabeiguši uzsāktās asistētās pašnāvības aktu ar nāvējošas injekcijas palīdzību.<sup>667</sup>

Jautājumam par to, vai ir pieļaujams nāves izraisošā procesa ietvaros kombinēt divas atšķirīgas dzīvības izbeigšanas formas, t.i., asistēto pašnāvību ar aktīvo eitanāziju, pie nosacījuma, ka pacients lūguma izteikšanas brīdī ir noteicis veidu, kā tieši viņš vēlas, lai tā dzīvība tiktu izbeigta, būtu jāvelta atsevišķa diskusija, kas šobrīd promocijas darba nosacīti ierobežotā apjoma dēļ netiks atspoguļota, norādot vien to, ka, domājams, ārsts savā rīcībā ir ierobežots ar to darbību apjomu, kādu par pieļaujamu gribas izteikšanas brīdī tam noteicis pacients, un tikai. Tomēr, novirzoties no minētā jautājuma analīzes, būtu jāvērs uzmanība tam, ka, piemēram, Nīderlandē un Luksemburgā, kur pacientiem pastāv iespēja izvēlēties starp asistēšanu pašnāvībā un aktīvo eitanāziju, pēdējai ir pārliecinošs īpatsvars, un minētās tendences skaidrojums rodams galvenokārt praktiskos apsvērumos.

Promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 3.apakšpunkta ietvaros jau tika uzsvērts, ka nāves varbūtības pakāpe, pielietojot aktīvo eitanāziju, ir ievērojami lielāka, nekā tas ir asistētās pašnāvības gadījumos, jo praksē nedziedināmi slima cilvēka dzīvības izbeigšanas aktu parasti realizē ārsts, kurš ir apveltīts ar speciālām zināšanām medicīnas jomā un, lai cik triviāli tas arī neizklausītos, pārzin labāk cilvēka organisma dzīvotspējas pārtraukšanas metodoloģiju. Turklāt aktīvās eitanāzijas procesa norise ne tikai ir saistāma ar minimālu komplikāciju risku, bet arī aizņem mazāku laika periodu, tādējādi ievērojami samazinot emocionāli nepatīkamos brīžus pacientu tuviniekiem, kuri parasti ir klātesoši dzīvības izbeigšanas brīdī. Šajā sakarībā, pievērsties Oregonas štata likuma analīzei, rodas cits, ne

---

zāļu izlietošanas atguva samaņu pēc sešdesmit piecām stundām, savukārt tā nāve iestājās tikai četrpadsmit dienas vēlāk, nevis medikamentu, bet slimības rezultātā.; Oregon's Death with Dignity Act – 2007. [B.v.]: [B.i.], 2008, p.2. 2007.gadā Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ziņots par pacientu, kuram pēc ārsta izrakstīto zāļu izlietošanas medikamentu lēnās iedarbības dēļ nāve iestājās tikai pēc trīsarpus dienām.; Oregon's Death with Dignity Act - 2010. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.], p.2. 2010.gadā Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ziņots par diviem pacientiem, t.i., viens no tiem pēc ārsta izrakstīto zāļu izlietošanas atguva samaņu divdesmit četrus stundu ietvaros un tā medikamentu izraisītā nāve iestājās tikai piecas dienas vēlāk, savukārt, otrs pacients samaņu atguva pēc trīsarpus dienām un tā nāve iestājās tikai pēc trim mēnešiem, nevis medikamentu, bet slimības rezultātā.; Oregon's Death with Dignity Act - 2012. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.], p.2. 2012.gadā Oregonas Publiskās Veselības nodaļai ziņots par pacientu, kurš pēc ārsta izrakstīto zāļu izlietošanas atguva samaņu pēc divām dienām, savukārt, tā nāve medikamentu lēnās iedarbības dēļ iestājās tikai sešas dienas vēlāk.

<sup>667</sup> Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.132.

mazāk svarīgs jautājums, kuram līdz šim nedz medicīnas un tiesību teorijā, nedz arī to praksē nav pievērstas uzmanība – kā jārikojas ārstam tajos gadījumos, kad, balstoties uz medicīnas teorijas atziņām un prakses novērojumiem, ir saprotams, ka pašnāvības procesa norises laikā radīto komplikāciju dēļ nedziedināmi slimas personas nāves iestāšanās vairs nav iespējama, vai arī tā būs ilgstoša un, it īpaši situācijās, kad ir zināms, ka neveiksmīgi uzsāktais sevis nonāvēšanas akts pacientam sagādā papildus sāpes un ciešanas.

Likuma analīzes ietvaros vairāk kārt ir uzsvērts, ka ārsts savā rīcībā ir ierobežots un atšķirībā no Nīderlandes prakses, viņš nav tiesīgs iejaukties pašnāvības aktā un izraisīt pacienta nāvi, pat ja iepriekš par to pastāvējusi savstarpēja vienošanās, pretējā gadījumā viņa darbības būs pakļautas krimināltiesiskam vērtējumam. Domājams, iepriekš ilustrētajās situācijās, neatkarīgi no tā, vai nedziedināmi slima persona ir vai nav izteikusi lūgumu pēc medicīniskās palīdzības, ārstam būtu jādara viss iespējamais, lai glābtu pacienta dzīvību, jo receptes izsniegšana nāvējošas devas medikamentu iegādei ar to brīdi vien *de jure* neatbrīvo ārstu no pienākuma rūpēties par pacienta veselību un dzīvību tā turpmākās dzīves laikā. Šāds pienākums nav vienīgi tad, kad tas tiek pamatots ar leģitīmu mērķi, piemēram, lai neapdraudētu savu dzīvību vai veselību, vai arī gadījumos, kad kompetents patients ārstam ir paudis nepārprotamu aizliegumu sniegt viņam medicīnisko palīdzību. Šajā sakarībā uzdodams retorisks jautājums, vai likums tādējādi sevi attaisno?! Vēl jo īpaši tamdēļ, ka savā būtībā likums ir diskriminējošs.

Neiejaucoties Oregonas štata likumdevēja absolūtās tiesībās noteikt savai teritoriālai vienībai atbilstošāko tiesisko regulējumu, nevar atstāt bez ievēribas apstākli, ka likums pašreizējā tā redakcijā nevar būt attiecināms uz tiem nedziedināmi slimiem cilvēkiem, kas savu fizioloģisko īpatnību dēļ, piemēram, absolūta ķermeņa paralīze, nav spējīgi realizēt sevis nonāvēšanas aktu, pat ja to veselības stāvoklis uz lūguma izteikšanas brīdi formāli atbilst likuma prasībām. Minēto problēmu akcentē arī ārvalstu autori.<sup>668</sup>

Ja Nīderlandē, Beļģijā<sup>669</sup> un Luksemburgā analogos vai līdzīgos gadījumos pacientam saglabājas alternatīva izvēlēties aktīvo eitanāziju, šādi panākot sava nodoma realizāciju, tad Oregonas štata likums šādu iespēju neparedz, un, ņemot vērā, ka aktīva dzīvības izbeigšana vai asistēšana pašnāvībā ir kriminālsodāma rīcība, nedz ārsts, nedz arī ikviena cita persona nav tiesīga sniegt palīdzību pacienta dzīvības izbeigšanā, kurš jebkādu apsvērumu dēļ to fiziski nav spējīgs izdarīt pats.

<sup>668</sup> Jackson E., Keown J. *Debating Euthanasia*. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012, p.131.

<sup>669</sup> Beļģijā atšķirībā no Nīderlandes un Luksemburgas, kā jau tas ir uzsvērts promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunktā, likumdevējs likumā nav atrunājis asistētās pašnāvības praktizēšanas pieļaujamību un arī kriminālkodeksā par šādu nodarījumu nav paredzējis atbildību, kā rezultātā šobrīd nodarījums nav kriminalizēts, savukārt, ārsts, kas palīdzējis citai personai pašnāvībā, var tikt sodīts tikai administratīvā kārtā.



Un, ja jau kopš likuma spēkā esamības pirmā gada starp iemesliem, kas pamudinājuši pacientus izvēlēties asistēto pašnāvību, tiek minētas bailes no autonomijas un ķermeņa funkciju zaudējumiem nākotnē<sup>670</sup>, tad ko darīt tiem pacientiem, kas šādas funkcijas jau ir zaudējuši. Tāpēc tām valstīm, kas apsver iespēju legalizēt tikai ārsta asistētās pašnāvības, ir rūpīgi jāizvērtē, vai šāds normatīvais regulējums spēs tik tiešām visiem nedziedināmi slimiem cilvēkiem, kas to vēlas, nodrošināt iespēju savas ciešanas izbeigt cienīgā veidā, novēršot acīmredzamas diskriminācijas pazīmes.

Lai arī asistēto pašnāvību gadījumu skaits Oregonas štatā ik gadu pieaug, tā īpatsvars, salīdzinājumā ar Nīderlandi un Beļģiju, ir salīdzinoši neliels.<sup>671</sup> Arī ārstu rīcības neatbilstība likuma priekšrakstiem tiek konstatētas salīdzinoši reti, to galvenokārt attiecinot uz nepilnīgi vai neprecīzi aizpildītiem dokumentiem, kas bijuši par pamatu nāvējošas devas medikamentu receptes izsniegšanai,<sup>672</sup> vai arī gadījumos, kad ārsts nav ievērojis likumā noteikto laika intervālu, t.i., divas dienas starp pacienta rakstveida lūgumu un receptes izsniegšanu.<sup>673</sup> Visos šajos gadījumos par pieļautajiem pārkāpumiem tika ziņots Oregonas Medicīnas Eksaminācijas Padomei (*Oregon Board of Medical Examiners*), taču nevienā no tiem pret ārstu tā arī netika piemērotas nekādas sankcijas, kas liecina par to, ka praksē kontroles mehānisms ieguvis formālu raksturu, tiesību normu piemērotājiem neoficiāli atzīstot ārstu administratīvo un krimināltiesisko imunitāti.

Sekojojot Oregonas štata pieredzei, 2008.gada 4.novembrī arī Vašingtonas štata iedzīvotāji to iniciētā referendumā balsojumā atbalstīja „Vašingtonas cieņpilnās nāves likumu”<sup>674</sup> (*The Washington Death with Dignity Act*), tam spēkā stājoties 2009.gada 5.martā. Aiz apsvēruma, ka tas tika izstrādāts uz Oregonas štata likuma bāzes un tajā ietvertie noteikumi ir identiski, ar vienīgo izņēmumu, ka minētā

---

<sup>670</sup> Sk., piemēram: Oregon's Death with Dignity Act: The First Year's Experience. Eugene Chin A.E., Hedberg K., Higginson G. and etc. Portland: Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 1999. p.8. un citos ASV Oregonas štata Iedzīvotāju Aprūpes Departamenta ikgadējos ziņojumos.

<sup>671</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.7.

<sup>672</sup> Sk., piemēram: Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician – assisted suicide. Portland: Department of Human Services Oregon Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2001, p.10. 2000.gadā tika ziņots par vienu šādu gadījumu.; Fourth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2002, p.10. 2001.gadā tika ziņots par vienu šādu gadījumu.; Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2004, p.13. 2003.gadā tika ziņots par vienu šādu gadījumu.; Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2005, p.14. 2004.gadā tika ziņots par vienu šādu gadījumu.; Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2006, p.13. 2005.gadā tika ziņots par četriem šādiem gadījumiem.; Oregon's Death with Dignity Act – 2006. [B.v.]: [B.i.], 2007, p.2. 2006.gadā tika ziņots par desmit šādiem gadījumiem.; 2008 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2009, p.2. 2008.gadā ir ziņots par diviem šādiem gadījumiem.; 2009 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2010, p.2. 2009.gadā ir ziņots par vienu šādu gadījumu.

<sup>673</sup> Sk., piemēram: Oregon's Death with Dignity Act – 2010. Portland: Oregon Public Health Division, 2011, p.2.

<sup>674</sup> The Washington Death with Dignity Act. Pieejams: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245> [aplūkots 2015.gada 28.aprīlī].

likuma noteikumi ir attiecināmi tikai un vienīgi uz Vašingtonas štata iedzīvotājiem, promocijas darba ietvaros tie atkārtoti netiks analizēti.

Atšķirībā no Oregonas, Vašingtonā<sup>675</sup> līdz ar likuma spēkā stāšanos asistēto pašnāvību kopējais skaits jau pirmajā gadā sasniedza to līmeni, kāds bija novērots Oregonā likuma darbības piektajā un sestajā gadā, kas lielākoties var tikt skaidrots ar apstākli, ka tika pārņemta jau pietiekami aprobēta prakse. Turklāt tendence ārsta asistēto pašnāvību skaita pieaugumam ik gadu saglabājas.

Līdzīgi, kā tas ir Oregonā, arī līdz šim pieejamie Vašingtonas štata Veselības Departamenta (*Washington State Department of Health*) ikgadējie ziņojumi par likuma aprobāciju praksē apliecina, ka praksē dzīvības izbeigšanas gadījumos sastopamāko problēmu vidū tiek minētas komplikācijas, kas saistāmas ar medikamentu atvēršanu un atsevišķos gadījumos samaņas atgūšanu pēc medikamentu izlietošanas<sup>676</sup>, tomēr šādi gadījumi ir retums.

Pavisam nesen, t.i., 2013.gada 20.maijā Vermontas valdība akceptēja „Pacientu Dzīves Pēdējo Brīžu Izvēles likumu”<sup>677</sup> (*Patient Choice at End of Life bill*), kas spēkā stājās ar tā parakstīšanas brīdi, tādējādi Vermontai kļūstot uz doto brīdi trešajam ASV štatam, kas legalizējis ārsta asistētās pašnāvības, pieņemot atbilstošu normatīvo aktu, savu izvēli pamatojot ar apstākli, ka nedziedināmi slimu pacientu ciešanas, tiem atrodoties terminālā stāvoklī, ne vienmēr var tikt atvieglotas ar paliatīviem līdzekļiem un tamdēļ šādiem pacientiem ir jāparedz iespēja savu dzīvi izbeigt cienīgā veidā.

Līdzīgi, kā tas ir Vašingtonas likuma gadījumā, arī Vermontas likumdevējs par paraugu ir izvēlējis Oregonas likumu, kā rezultātā visu trīs ASV štatu normatīvie akti saturiski ir identiski, to piemērošanu pieļaujot analogās situācijās ar vienīgo atšķirību, ka katra likuma darbība ir ierobežota ar konkrētā štata teritoriju un ir attiecināma uz to rezidentiem.

Līdz šim oficiālu datu par to, vai kāds nedziedināmi slim cilvēks jau būtu izmantojis likumā paredzētās iespējas izbeigt savas ciešanas, tam izmantojot ārsta izrakstīto nāvējošu devu medikamentu, nav, tamdēļ arī detalizētāka prakses analīze promocijas darba ietvaros šobrīd nav iespējama.

Pabeidzot ASV asistētās pašnāvības jautājuma tiesiskā regulējuma analīzi, neliela atkāpe būtu jāvelta arī Montanas štatam, kur līdzīgi, kā tas šobrīd ir Oregonā un Vašingtonā, ir pieļaujams ārstiem

---

<sup>675</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.7.

<sup>676</sup> Sk., piemēram: Washington State Department of Health 2009 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health 2009, p.9.; Washington State Department of Health 2011 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2011, p.9.

<sup>677</sup> „Patient Choice at End of Life” bill. Pieejams: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/bills/intro/S-077.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.aprīlī].

praktizēt asistēšanu pašnāvībā ar vienīgo atšķirību, ka šādas tiesības ārstiem piešķīris nevis likumdevējs, bet līdzīgi, kā tas šobrīd ir Kolumbijā<sup>678</sup>, tiesa.

Lietā Roberts Baksters (*Robert Baxter*) pret Montanas štatu<sup>679</sup> (*Baxter v. State*) Montanas štata Augstākā tiesa 2009.gada 31.decembra spriedumā noteica, ka ārsti ir tiesīgi asistēt pacientu dzīves izbeigšanā, izrakstot recepti nāvējošu devu medikamentu iegādei, kurus pacientam jāizlieto pašrocīgi.

Savu lēmumu tiesa argumentēja ar to, ka iekams Montanas štata Konstitūcija tās iedzīvotājiem negarantē tiesības uz asistēto pašnāvību, un, ievērojot to, ka nedz līdzšinējie precedenti, nedz arī Montanas likumi, tostarp 1991.gadā pieņemtais Montanas Nedziedināmi Slimo Pacientu Tiesību likums (*The Montana Rights of the Terminally Ill Act*), nenorāda uz to, ka ārsts, sniedzot palīdzību nedziedināmi slimam pacientam nāves procesā, rīkojas pretēji publiskām interesēm, ir pieļaujams, ka tajos gadījumos, kad kompetents nedziedināmi slim cilvēks, kuram nāves iestāšanās paredzama relatīvi īsā laika posmā, ir tiesīgs sev pieņemamā laikā un vietā izlietot medikamentus, kurus viņam ir izrakstījis ārsts. Kā paskaidrots spriedumā, ārsts šajos gadījumos tikai nodrošina šo medikamentu pieejamību tiem pacientiem, kas to lūdz, savukārt izvēle izmantot tos vai arī atteikties no savas ieceres, turpmāk ir paša pacienta ziņā. Šādos gadījumos ārsta palīdzība pacienta nāves procesā ir atzīstama par cilvēka cieņas ievērojošu rīcību. Arī sabiedrībai ir jārespektē cilvēka cieņa, kas ir humānisma fundamentāls komponents, pat tajos gadījumos, kad kompetents, nedziedināmi slim cilvēks, mirstot lūdz ārsta palīdzību.

Eitanāzija ir viens no sarežģītākajiem normatīvam regulējumam pakļaujamiem jautājumiem. Tās starpdisciplinārais raksturs, liedz to uzlūkot kādas noteiktas zinātnes ietvaros, līdz ar to likumdevējam krietni sarežģījot izvēles iespēju, kādam tad būtu jābūt tiesiskam regulējumam, ko atzītu par pareizu un daudzkārt svarīgāk – par taisnīgu, kas atspoguļojumu gūst arī ārvalstu normatīvā regulējuma daudzveidībā, kā apskatam tika veltīta šī promocijas darba nodaļa.

Šobrīd nerod loģisku pamatojumu to valstu likumdevēju nostāja, kas eitanāzijas praktizēšanu nepieļauj, bet arī neparedz šim nodarījumam atbilstošu tiesisko regulējumu, lai arī tas apdraud vienu no svarīgākajām krimināltiesību aizsargājamām interesēm – cilvēka dzīvību.

Šai grupai piekritīgajās valstīs eitanāzijas kā noziedzīga nodarījuma motīva un mērķa nepamatotā ignorēšana novedusi līdz paradoksālai situācijai, kad cilvēka dzīvības izbeigšanas iemesli un veids, kā tas tiek izdarīts, tikai varbūtības formā var kalpot kā atbildību mīkstinošs apstāklis, tomēr nodarījums juridiski tik un tā tiek kvalificēts atbilstoši kriminālkodeksa pantam, kas paredz atbildību

---

<sup>678</sup> Sk. par to plašāk: Michlowski S. Legalising Active Voluntary Euthanasia through the Courts: Some Lessons From Colombia. *Medical Law Review*, Volume 17, 2009. Summer, No.2, p.183.-218.

<sup>679</sup> Montanas štata Augstākās tiesas 2009.gada 31.decembra spriedums lietā: *Baxter v. State*, 224 P.3d 1211 (Mont. 2009).

par slepkavību. Tomēr šo valstu paradoksālā situācija neaprobežojas vien ar aktīvās eitanāzijas jautājumu. Līdzekļu sagādāšana, padoma sniegšana un cita veida pašnāvības atbalstīšana, kas arī ir viena no eitanāzijas patstāvīgām formām, nav sodāma rīcība, lai gan cēloņsakarība starp pašnāvības aktā iesaistīto personu un tās veikto darbību rezultātu, t.i., nedziedināmi slima cilvēka nāvi, ir acīmredzama. Un šajā gadījumā uzdodams retorisks jautājums – vai pastāvošais normatīvais regulējums, vai arī pareizāk tā neesamība, sasniedz krimināltiesisko taisnīgumu.

Citu valstu likumdevēji, apstiprinot eitanāzijas praktizēšanas liegumu, centušās šīs nepilnības novērst ar speciālu normu iekļaušanu savos kriminālkodeksos, tomēr, kā promocijas darba 4.nodaļas 1.apakšnodaļas 3.apakšpunktā atklāja to analīze, izpratne par darbībām, kas ietilpst eitanāzijas jēdzienā, joprojām ir neskaidra. Un tā sekas nebūt nav nekaitīgas, kā sākotnēji var šķist, atceroties vien Šveices tiesisko regulējumu asistētās pašnāvības jautājumā, kad kriminālkodeksā ietvertās normas formulējuma dēļ, šāda dzīvības izbeigšanas forma kļūst par pseido humānismu postulējošo organizāciju ienākumu gūšanas avotu. Cits uzskatāms piemērs ir kaimiņvalsts Lietuvas pieredze, kad prakses ietekmē likumdevējam, nesaskatot atšķirību starp aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, tiek izveidots normatīvais regulējums, kas pēc būtības ir ar šauru pielietojamības iespēju un neaptver to jautājumu, kuru likumdevējs sākotnēji vēlējis atrunāt.

Eitanāzijas problēmas nepietiekamā izpratne novedusi arī līdz citai galējībai. Likumdevēju pieļauto nepilnību dēļ, kriminālkodeksos paredzētās normas par nonāvēšanu aiz līdzcietības un pēc personas lūguma ieguvušas gluži pretēju efektu, t.i., pārlietu plašu pielietojamību praksē, kas nebūtu pieļaujams. Un pats būtiskākais, ārvalstu likumdevēju skatījums labākajā gadījumā aprobežojas vien ar aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, ignorējot citas nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas formas, tādas kā aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, kas, atkarībā no nodarījuma rakstura, pieprasa atbilstoša tiesiskā regulējuma izveidi, kas līdz šim tā arī netiek ievērots.

Iepriekšējo tiesisko regulējumu pretmets ir tās valstis, kas ar speciāliem likumiem tomēr atzīst nedziedināmi slimu cilvēku tiesības izvēlēties „nāvi ar cieņu”, tā vietā, lai šīs sekas, kas tiek pavadītas ar ciešanām, iestātos slimības rezultātā, ārstiem piešķirot tiesības piedalīties pacientu dzīvības izbeigšanas procesos, kā tas šobrīd ir tikai Nīderlandē, Beļģijā, Luksemburgā un atsevišķos Amerikas Savienoto Valstu štatos. Tomēr arī šīs valstis saskaras ar nopietnām problēmām praksē, bieži vien apšaubot pacientu dzīvības izbeigšanas tiesiskumu.

Teorētiskās platformas izveidošana ir tikai viens no priekšnosacījumiem šādu dzīvības izbeigšanas aktu izmantošanai tiesiskos nolūkos. Ievērojami sarežģītāk ir nodrošināt, lai ieviestais

normatīvais regulējums nodrošinātu aizsardzību pret ikvienu nedziedināmi slima cilvēka dzīvības apdraudējumu, kad to izbeigšanai nav leģitīma mērķa.

Var jau argumentēt, ka šo valstu likumdevēji nedziedināmi slimo pacientu dzīvības izbeigšanas aktu kontroli to sagatavošanas stadijā ir uzticējuši tieši neatkarīgā ārsta institūtam, kam jāveic „uzrauga” funkcija, tomēr vairumā gadījumu tas ir viens cilvēks, kurš ir apveltīts ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, un ir pakļauts riskam kļūdīties, uz ko vairāk kārt norādījusi arī Apvienoto Nāciju Cilvēktiesību Komiteja. Nebūtu pareizi visos gadījumos apelēt pie ļaunprātības, drīzāk pieļautās neuzmanības vai nekompetences kļūdas vēlāku pārbaužu ietvaros kontrolējošo institūciju pārstāvjiem ļauj secināt, ka pacienta dzīvības izbeigšanas akts norisinājies neatbilstoši likuma prasībām, tomēr šajos gadījumos kaitīgās sekas jau ir iestājušās un tās vairs nav novēršamas.

Kontroles mehānisma formālais raksturs nav vienīgā problēma, ar ko saskaras šīs valstis. Likuma sākotnējos mērķus, vismaz pašlaik Nīderlandē, apdraud judikatūra, kas ne tikai nepieļaujami paplašinājusi tā darbības ietvarus, bet arī nodrošinājusi ārstiem imunitāti pret ikvienu nesankcionētu dalību nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas procesos, savus lēmumus pamatojot ar pacientu autonomijas ievērošanu un attaisnojamo nepieciešamību ar jebkuriem līdzekļiem atbrīvot no ciešanām. Pašlaik šo pozīciju pārņēmušas arī Komitejas, kuras, konstatējot likuma pārkāpumus, vairumā gadījumu lietu izbeidz, to pat nenosūtot pārbaudei prokuratūras iestādēm. Ne velti tie ārsti, kas piedalījušies Nīderlandes kopējās politikas veidošanas eitanāzijas jautājumā, pauž bažas par to, ka eitanāzijas praktizēšana Nīderlandē ir kļuvusi nekontrolējama.<sup>680</sup> Tamdēļ pašmāju jurista K.Tomsona atziņa, ka Nīderlandē, Beļģijā un Luksemburgā pastāv komplicēts un reizē arī efektīvs kontroles mehānisms<sup>681</sup>, vismaz pašlaik nerod sev pamatojumu.

Lai arī eitanāzijas normatīvā regulējuma izveide ir sarežģīts process, ignorēt šo jautājumu un izlikties, ka praksē tas nemaz nav, kā tas vērojams līdz šim arī Latvijā, ir nepieļaujami. Ievērojot to, ka eitanāzijas problēma vistiešākajā veidā skar indivīda dzīvības jautājumu un tās aizsardzība ir ikvienas valsts primārais uzdevums, likumdevējam jau laikus jāparedz tam atbilstošs tiesiskais regulējums, kam pirmām kārtām jābūt taisnīgam, ievērojot nodarījuma raksturu. Tāpēc tās pazīmes, kuras šķita vērtā ņemamas, tiks izmantotas priekšlikumu izstrādē Latvijas apstākļiem piemērota normatīvā regulējuma izveidē, bet par to sīkāk promocijas darba nākamajā nodaļā.

---

<sup>680</sup> Hendin H. *Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide. Reised and Update.* New York, London: W.W. Norton & Company, 1998, p.27.

<sup>681</sup> Tomsons K. *Eitanāzija v. tiesības uz dzīvību un tiesības uz privāto dzīvi.* Jurista vārds. 2010. 1.jūnijs, Nr.22, 25.lpp.

## **5. Eitanāzijas formu un to veidu krimināltiesiskais regulējums Latvijā, to kvalifikācija un priekšlikumi grozījumu veikšanai Krimināllikumā**

Attieksme pret „*vieglo nāvi*”, kas vērsta uz to, lai izraisītu nāvi vai nenovērstu nedziedināmi slima cilvēka slimības izraisītas nāves iestāšanos, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, sabiedrībā nekad nav bijusi viennozīmīga, kas analizējamā jautājumā atspoguļojumu gūst arī daudzu valstu likumdevēju paredzēto normatīvo aktu atšķirībās.

Latvijā eitanāzijas jautājums līdz šim tā arī nav guvis plašāku atsaucību nedz medicīnas, nedz arī tiesību doktrīnā, kas galvenokārt skaidrojams ar to, ka šāda rakstura lietās nav tiesu prakses. Un šajā sakarībā atkārtoti būtu jāuzsver, ka, neskatoties uz tiesu prakses neesamību, ko apliecina arī Latvijas Republikas Augstākās tiesas judikatūras apkopojumi krimināllietās par slepkavībām<sup>682</sup>, ārstniecības personas nenoliedz eitanāzijas praktizēšanu latentā veidā arī mūsu valstī. Tamdēļ sabiedrības, atsevišķu zinātnu nozaru un, it īpaši mūsu valsts likumdevēja, attieksme pret šo problēmu, izliekoties, ka tā mūs neskar, liecina par to, ka Latvija, vismaz pašlaik, seko Lietuvas negatīvai pieredzei, kad eitanāzijas jautājums tika aktualizēts vienīgi tad, kad tiesību praktiķi saskārās ar reāla nodarījuma kvalifikācijas grūtībām, steigā pieņemot nacionālajā kriminālkodeksā nepilnīgus, un daļēji absurdus, grozījumus. Un diez vai arī Latvijā, atbilstoši pašreizējam tiesiskajam regulējumam, vai kā to būtu pareizāk apzīmēt – tā neesamībai, tiesiskais risinājums būtu taisnīgs.

Legalizēt vai nelegalizēt eitanāziju nav vienīgie eitanāzijas problēmas tiesiskie risinājuma veidi, jo iespējama arī cita alternatīva, par ko plašāk šīs nodaļas 2.apakšnodaļā, taču visupirms būtu nepieciešams izanalizēt, kā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija un asistētā pašnāvība patlaban tiktu kvalificēta saskaņā ar pašreiz spēkā esošā Krimināllikuma normām, un vai Latvijas krimināltiesību vēsturē ir bijis arī atšķirīgāks tiesiskais regulējums.

### **5.1. Eitanāzijas formu un to veidu krimināltiesiskais regulējums Latvijā un tās kvalifikācija**

Jau tika atzīmēts, ka patreizējā laika posmā eitanāzijas jautājums Latvijā tiesiski nav noregulēts. Taču zīmīgi, ka jau divos krimināllikumos, kas bijuši spēkā Latvijas teritorijā XX gadsimtā, līdz Saeima 1998.gada 17.jūnijā pieņēma pašreizējo spēkā esošo Krimināllikumu, kas stājās spēkā saskaņā ar Saeimas 1998.gada 15.oktobrī pieņemtā likuma „Par Krimināllikuma spēkā stāšanās laiku

---

<sup>682</sup> Sk.: Tiesu prakse krimināllietās par slepkavībām (Krimināllikuma 116.-118.pants) 2009/2010. Pieejams: <http://at.gov.lv> [aplūkots 2015.gada 17.maijā]; Republikas tiesu prakse krimināllietās par tīšam slepkavībām (Krimināllikuma 116., 117. un 118. pants) 2001. Pieejams: <http://at.gov.lv> [aplūkots 2015.gada 17.maijā].

un kārtību” 1.pantu ar 1999.gada 1.aprīli<sup>683</sup>, bija ietvertas normas, kas paredzēja kriminālatbildību gan par slepkavību mīkstinošos apstākļos, kas izdarīta uz noteiktu (ciešu) nogalinātā prasījumu/lūgumu un/vai aiz līdzcietības pret viņu, gan arī par pašnāvības atbalstīšanu, ko lielākoties noteica vēsturiskie notikumi. Taču pirms šo divu likumu detalizētākas analīzes uzsākšanas, atkāpe būtu jāvelta vēl vienam krimināltiesību aktam, kas bija spēkā Latvijas teritorijā, sakot ar XIX gadsimta vidu.

1845.gadā Krievijā tika pieņemti „Sodu likumi par krimināliem un pārmācīšanas sodiem”<sup>684</sup> (*Уложение о наказаниях уголовныхъ и исправительныхъ*), kas 1885.gada redakcijā<sup>685</sup> Krievijā bija spēkā līdz pat 1917.gadam. Kopš 1845.gada 1.maija tie bija spēkā arī visā Baltijas novadā. Kā norāda pazīstamais mūsu valsts tiesību zinātnieks Arveds Švābe (25.05.1888. – 20.08.1959.), minētajam krimināllikumam bija īpaša nozīme latviešu krimināltiesiskās terminoloģijas tapšanā<sup>686</sup>, turklāt tas bija tulkots arī latviešu valodā.

Lai arī šajā kodifikācijā neviens no pantiem neparedzēja atbildību par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju jeb nonāvēšanu aiz līdzcietības ar vai bez personas lūguma un aiz līdzcietības pret to, Sodu likumu Otrās nodaļas „Par pašslepkavību” 1475.pantā bija paredzēta atbildība par pašnāvības atbalstīšanu, nosakot, ka:

*„Kas citu uzmodinās uz pašslepkavību vai priekš tam līdzekļus sagādājot, vai kaut kā citādi piedalījies pie šā viņa nozieguma izdarīšanas, tas par to sodāms:*

*ar sodiem, kuri noteikti par pabalstu slepkavībā, kura izdarīta ar apdomātu nolūku vai nodomu, uz šo Sodu likumu 121. pantā nolikto nodarījumu pamata par nozieguma pabalstītājiem.”*

Tomēr pants nebija konstruēts kā privileģēts.

Turpretim par aktīvo brīvprātīgo un aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju atbildība varēja iestāsies, visdrīzāk, saskaņā ar Sodu likumu Pirmās nodaļas „Par slepkavību” 1453.panta 5.punktu, kas izdarīta, noindējot, lai gan pret šādu kvalifikāciju būtu jāiebilst, par ko nedaudz plašāk turpmākās analīzes ietvaros. Turpretim pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, visdrīzāk, tiktu kvalificēta saskaņā ar Sodu likumu 1454.panta pirmo daļu, kā slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem.

1903.gada 22.martā cars Nikolajs II apstiprināja jaunā Sodu likumu projektu un Krievijā tika piemēroti tikai 1. – 11.nodaļas panti, bet viss likums spēkā nestājās. Vācu okupācijas varai, „[...] uzskatot, ka 1903.gada Krievijas Sodu likums ir efektīvāks un laika garam atbilstošāks, noteica, ka tas

<sup>683</sup> Par Krimināllikuma spēkā stāšanās un piemērošanas kārtību: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 4.novembris, Nr.331/332.

<sup>684</sup> Sodu likumi par krimināliem un pārmācīšanas sodiem. Rīga: Dienas Lapas apgāds, 1894.

<sup>685</sup> Уложение о наказаниях уголовныхъ и исправительныхъ 1885 года. Издано Н.С. Таганцевымъ. Издание двенадцатое, пересмотренное и дополненное. С.-Петербургъ, 1904.

<sup>686</sup> Švābe A. Mūsu sodu likumu valoda. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1933, Nr.6-8, 132.lpp.

1917.gada 14.maijā stājas spēkā visā Austrumu frontes virspavēlnieka pārvaldes apgabalā, un līdz ar to tas tika attiecināts arī uz Latvijas teritoriju.”<sup>687</sup> Ieskatam var minēt, ka Sodu likumus ieviesa pakāpeniski, pilnā apjomā sākotnēji ieviešot Kurzemē, bet vēlāk arī Vidzemē.<sup>688</sup>

Pēc neatkarības iegūšanas 1918.gada 6.decembrī Latvijas Tautas Padome atstāja spēkā Latvijā okupācijas varas ieviestos 1903.gada Sodu likumus. Arī pēc padomju varas padzīšanas, „Tautas Padome ar 1919.gada 5.decembra likumu noteica, ka Latvijā ir spēkā visi Krievijas likumi, kas nav atcelti Latvijā.”<sup>689</sup> Un tikai ar 1920.gada 15.marta likumu tie tika ieviesti arī Latgalē.<sup>690</sup>

Eitanāzijas problēmas kontekstā, 1903.gada Sodu likumu<sup>691</sup> Sevišķās daļas struktūrā bija ietverti divi panti, t.i., 460. un 462.pants.

Likuma 460.pants noteica, ka:

*vainīgais par slepkavību, kas izdarīta uz nogalinātā ciešu lūgumu un aiz līdzcietības pret viņu, sodāms: ar ieslodzījumu cietoksnī (cietumā – aut. piez.) uz laiku, kas nepārsniedz trīs gadus. Mēģinājums sodāms.*

Kā redzams, pantā ietverts slepkavības sastāvs ar mīkstinošiem apstākļiem, t.i., privileģēts sastāvs.

Savukārt 462.pantā bija paredzēta atbildība par pašnāvības atbalstīšanu, nosakot, ka:

*vainīgais, kas sagādājis pašnāvības līdzekļus, ja tā rezultātā ir sekojusi pašnāvība, sodāms: ar ieslodzījumu labošanas namā uz laiku, kas nepārsniedz trīs gadus, vai ieslodzījumu cietoksnī (cietumā – aut. piez.) uz laiku, kas nepārsniedz trīs gadus.*

Kā izriet no minēto pantu analīzes, likumdevējs mūsdienu krimināltiesību izpratnē tiesiskam regulējumam bija pakļāvis tikai divas eitanāzijas formas, t.i., aktīvo eitanāziju, un šajā gadījumā jārunā tikai par tās brīvprātīgo veidu, un asistēto pašnāvību, kas galvenokārt skaidrojams ar tā laika eitanāzijas institūta salīdzinoši zemo attīstības pakāpi pasaulē, gan arī ar medicīnas un tiesību doktrīnas faktisko neesamību „*vieglās nāves*” jautājumā. Te gan jāpiezīmē, ka, atšķirībā no Sodu likumu 460.panta, 462.pantā līdzcietības motīvs netika iekļauts, tādējādi šā nodarījuma kvalifikācijai atbilda visi pašnāvības atbalstīšanas veidi, t.i., gan tie, kas tika izdarīti aiz līdzcietības pret nedziedināmi slimu cilvēku ar mērķi izbeigt tā slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, gan arī citu motīvu dēļ.

<sup>687</sup> Mežulis D. Personas krimināltiesiskā aizsardzība. Slepkavība, izvarošana, draudi un citi noziegumi pret personu. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 2001, 15.lpp.

<sup>688</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 11.lpp.

<sup>689</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā un Sevišķā daļa. Papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2001, 9.lpp.

<sup>690</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 11.lpp.

<sup>691</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: Издание Н.С.Таганцева, 1904.



Turpretim aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas jautājums netika atrunāts vispār, un šādi nodarījumi, visdrīzāk, tiktu kvalificēti kā slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, atbildība, par ko paredzēta Sodu likumu 453.pantā. Šajā sakarībā būtu jāpiemin arī Sodu likumu 455.panta 10.punkts, kas paredz atbildību par slepkavību kvalificējošos apstākļos, t.i., nozāļojot. Lai arī grūti piekrist tam, ka aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija būtu pakļaujama šādai kvalifikācijai, tomēr, ievērojot tā laika krimināltiesību doktrīnu, nedziedināmi slimas personas nonāvēšanai aiz līdzcietības izmantojamie līdzekļi, proti, nāvējoša medikamentu deva, tobrīd varēja tikt atzīta arī kā nozāļošana, tomēr, ievērojot apstākli, ka tobrīd tiesu prakses „*vieglās nāves*” jautājumā nebija, šī atziņa iegūst tikai teorētisku raksturu.

Uzmanība būtu jāpievērš arī sankciju apskatam. Lai arī likumdevējs Sodu likumu 460. un 462.pantā, paredzējis praktiski identiskas sankcijas, tomēr asistētās pašnāvības gadījumā tiesa varēja izvēlēties, proti, vainīgo personu sodīt vai nu ar ieslodzījumu labošanas namā, vai arī ar ieslodzījumu cietoksnī, tai laikā, kad slepkavības aiz līdzcietības gadījumā šādas izvēles tiesai nebija. Tādējādi jau tā laika likumdevējs atzina, ka par asistēto pašnāvību, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, tiesa vainīgajai personai var piemērot vieglāku sodu, nekā tas ir paredzēts par slepkavību aiz līdzcietības un pēc cietušās personas lūguma, diferencējot vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām.

Turklāt jāatzīmē, ka 1903.gada Sodu likumos tika ietverta vēl viena norma, kas attiecas uz palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā, proti, 463.pants noteica, ka:

*vainīgais, kas pierunājis personu, kas nav sasniegusi divdesmit vienu gadu vecumu vai nebija spējīga saprast savu rīcību, vai to vadīt, izdarīt pašnāvību, vai atbalstījis ar padomu vai norādījumiem, sagādājot līdzekļus vai novēršot šķēršļus, šādu personu pašnāvības izdarīšanu, ja šo darbību rezultātā pašnāvība vai tās mēģinājums ir noticis, sodāms: ar spaidu darbiem uz laiku, kas pārsniedz astoņus gadus.*

Tādējādi vainīgās personas darbības varēja tikt kvalificētas saskaņā ar Sodu likumu 462.pantu par pašnāvības atbalstīšanu vienīgi tad, ja pašnāvības izdarītājs bija persona, kas vecāka par divdesmit vienu gadu un rīcībbspējīga. Līdz ar to Sodu likumu 462.pantā ietvertais noziedzīga nodarījuma sastāvs uzskatāms par privileģētu attiecībā pret likuma 463.pantā paredzēto.

1903.gada Sodu likumi ar Saeimas vēlāk izdarītajiem grozījumiem bija spēkā Latvijas teritorijā līdz 1933.gada 31.jūlijam<sup>692</sup>, kad ar 1.augusta likumu tos aizstāja Latvijas brīvvalsts pirmais krimināllikums – Sodu likums<sup>693</sup>, kas tika izstrādāts, „[...] uzglabājot pēc iespējas 1903.g. Sodu likumu

<sup>692</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 11.lpp.

<sup>693</sup> 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums. Rīga: [B.i.], 1934.

konstrukciju un pamatprincipus”<sup>694</sup>, ievērojot Vācijas, Itālijas un citu valstu likumdošanas praksi un jaunākos sasniegumus krimināltiesību teorijā.<sup>695</sup>

Līdzīgi kā tā priekštecis, arī 1933.gada 24.aprīļa Sodu likums paredzēja normas par slepkavību mīkstinošos apstākļos, kas izdarīta uz noteiktu nogalinātā prasījumu un aiz līdzcietības pret viņu, gan arī par pašnāvības atbalstīšanu. Tā, piemēram, 434.pants noteica:

*kas izdarījis slepkavību uz nogalinātā noteiktu prasījumu un aiz līdzcietības pret viņu, sodāms: ar cietumu. Mēģinājums sodāms.*

Savukārt 436.pants paredzēja atbildību vainīgajai personai, kas sniegusi citai personai palīdzību pašnāvības izdarīšanā, nosakot:

*kas pamudinājis izdarīt pašnāvību vai piepalīdzējis to izdarīt ar padomu, norādījumu, vai piegādādams līdzekli, vai novērsdams šķērslī, ja tamdēļ pašnāvība vai tās mēģinājums izdarīti, sodāms: ar pārmācības namu.*

Nekādas jaunas dispozīcijas eitanāzijas jautājumā 1933.gada 24.aprīļa Sodu likums neparedzēja, reglamentācijai pakļaujot tikai aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, savstarpēji nenošķirot speciālo subjektu no vispārējā.

Turpretim aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija varēja tikt kvalificēta vai nu saskaņā ar Sodu likuma 429.pantu kā slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, vai arī saskaņā ar 430.pantu kā slepkavība, kas izdarīta kvalificējošos apstākļos, kas, atšķirībā no 1903.gada Sodu likumu 450.panta, neparedz šo apstākļu uzskaitījumu. Šajā sakarībā zīmīgs ir tā laika tiesību zinātnieka P.Minca komentārs, ka „[...] 430.pantam var pakļaut gadījumus, kad noslepkavoti: [...] noindējot, [...] u. t. t. Bet [...] ar šiem gadījumiem kvalifikācijas iespējamība pēc augstāk norādītā vispārīgā kritērija nav izsmelta, [...]”<sup>696</sup>. Līdz ar to var pieļaut, ka aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija varētu tikt kvalificēta arī saskaņā ar šo pantu, ja tiesa atzītu, ka cietušais uz nonāvēšanas brīdi atradies bezpalīdzības stāvoklī, kā to paredz minēto eitanāzijas formu veidi. Tomēr arī XX gadsimta sākumā, tiesu prakses analizējamā jautājumā joprojām nebija, un par to plašāk netika diskutēts arī zinātniskajā literatūrā.

1933.gada 24.aprīļa Sodu likumā būtiskas izmaiņas skāra pašnāvības atbalstīšanu, „[...] sodot ikvienu pamudinājumu uz pašnāvību un jebkādu tās piepalīdzību, neatkarīgi no pašnāvnieka vecuma un psihikas, ar pārmācības namu (bet ne ar spaidu darbiem), ja vien pašnāvība notikusi vai vismaz

<sup>694</sup> Mincs P. Krimināltiesību kurss. Vispārējā daļa. Ar U.Krastiņa komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005, 63.lpp.

<sup>695</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā un Sevišķā daļa. Papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2001, 44.lpp.

<sup>696</sup> 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums ar likumdošanas motīviem un sīkiem komentāriem, kā arī ar alfabētisko un citiem rādītājiem. Mincs P., Ehlerss H., Jakobi P. u.c. Rīga: Iespiests Valsts tipogrāfijā, 1934, 135.lpp.

novesta līdz mēģinājumam. [...] Kas zīmējas uz agrākā 463. pantā minēto pierunāšanu uz pašnāvību vai piepalīdzību tajā attiecībā uz personu, kura nav spējīga saprast sava izdarījuma raksturu un nozīmi vai vadīt savu rīcību, tad minētā formula atkārtoti 38. pantā paredzēto nepieskaitāmības formulu, bet nepieskaitīgas personas uzskūšana uz pašnāvību vai līdzdalība viņas pašnāvībā jāuzskata par vienkāršu slepkavību.”<sup>697</sup> Šajā sakarībā jāvērs uzmanība tam, ka izmaiņas, kas 1933.gada 24.aprīļa Sodu likumā skāra sankcijas, ir nozīmīgas ar to, ka tiesai, atšķirībā no tiesiskā regulējuma, kāds bija 1903.gada Sodu likumos, vairs nebija izvēles iespējas attiecībā uz pašnāvības atbalstīšanā vainīgajai personai nosakāmo soda veidu un apmēru, kas, salīdzinot to ar pantā par slepkavību aiz līdzcietības ietvertu, ir samazināts. Un līdz ar to var secināt, ka likumdevējs ir atzinis, ka vainīgās personas atbildības pakāpe pret sekām asistētās pašnāvības gadījumos ir ievērojami mazāka, nekā tas ir slepkavībā aiz līdzcietības, kam būtu jāseko soda apmēra proporcionālam samazinājumam.

1933.gada 24.aprīļa Sodu likums bija spēkā līdz 1940.gada 25.novembrim, kad, sakarā ar Latvijas okupāciju un tās iekļaušanu Padomju Savienības sastāvā, okupācijas vara ar PSRS Augstākās Padomes 1940.gada 6.novembra dekrētu<sup>698</sup> Latvijā ieviesa KPFSR 1926.gada kriminālkodeksu.<sup>699</sup> Normas, kas paredzēja atbildību par personas dzīvības apdraudējumiem bija iekļautas kriminālkodeksa sestajā nodaļā „Noziegumi pret personas dzīvību, veselību, brīvību un cieņu”, taču nevienā no tās 29 pantiem neietvēra slepkavības aiz līdzcietības vai asistētās pašnāvības noziedzīga nodarījuma sastāvu. Tamdēļ aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, ja praksē būtu jārisina kvalifikācijas jautājums, atbilstu 137.pantā paredzētam noziedzīga nodarījuma sastāvam, t.i., slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, savukārt aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija – kriminālkodeksa 136.panta „f” punktam kā slepkavība kvalificējošos apstākļos, kas izdarīta, vainīgajam izmantojot nonāvētā bezpalīdzības stāvokli. Turpretim par asistēto pašnāvību atbildība saskaņā ar kriminālkodeksa 141.panta otro daļu varēja iestāties vienīgi tad, ja cietušais bijis nepilngadīgs vai arī nebija spējīgs apzināties savu darbību būtību un nozīmi, vai arī tās vadīt. Visos citos gadījumos pašnāvības atbalstīšana nebija sodāma.

Šis krimināllikums Latvijā bija spēkā līdz 1961.gada 31.martam, izņemot vācu okupācijas laiku. To nomainīja 1961.gada 6.janvārī pieņemtais, un tā paša gada 1.aprīlī stājies spēkā Latvijas PSR kriminālkodekss<sup>700</sup>, ko ar 1991.gada 29.augusta Latvijas Republikas Augstākās Padomes lēmumu „Par

<sup>697</sup> 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums ar likumdošanas motīviem un sīkiem komentāriem, kā arī ar alfabētisko un citiem rādītājiem. Mincs P., Ehlerss H., Jakobi P. u.c. Rīga: Iespriests Valsts tipogrāfijā, 1934, 136.-137.lpp.

<sup>698</sup> Paziņojums par KPFSR Kriminālā, Kriminālprocesa, Civilā, Civilprocesa, Darba likumu un Laulības, ģimenes un aizbildnības kodeksu piemērošanu Latvijas teritorijā. Latvijas PSR Augstākās Padomes Ziņotājs, 1940, Nr.74.

<sup>699</sup> KPFSR Kriminālkodekss. Ar grozījumiem līdz 1940.gada 15.novembrim. Rīga: Latvijas PSR Tieslietu Tautas Komisariāta izdevums, 1940.

<sup>700</sup> Latvijas Padomju Sociālistiskās Republikas kriminālkodekss. Rīga: Avots, 1984.

Latvijas PSR likumdošanas aktu piemērošanu Latvijas Republikas teritorijā”<sup>701</sup> nolēma uzskatīt par Latvijas kriminālkodeksu.<sup>702</sup> Kodeksā noziegumi pret personu tika iekļauti trešajā nodaļā, taču arī tajā neviens no 33 pantiem neparedzēja atbildību par eitanāziju. Aktīvo brīvprātīgo eitanāziju kvalificēja saskaņā ar kriminālkodeksa 98.pantu kā slepkavību ar nodomu (tīša slepkavība), jo kā tika atzīts tā laika tiesību doktrīnā, „Cietušās personas nonāvēšana, viņai piekrītot un pat izpildot viņas lūgumu, ir prettiesiska nonāvēšana, kas atzīstama par slepkavību. [...] Pēc komentējamā panta slepkavība kvalificējama gadījumos, ja tās motīvi ir greizsirdība, atriebība, līdzcietība [...] Pēc 98. p. kvalificējama slepkavība, kas izdarīta aiz līdzjūtības pret cietušo, kuru nomoka smaga slimība vai invaliditāte, fiziskas ciešanas u. tml. Tāpat jākvalificē arī slepkavība, kas izdarīta pēc cietušā lūguma”<sup>703</sup>. Minēto atziņu apstiprina arī pazīstamais Latvijas tiesību zinātnieks Aivars Niedre<sup>704</sup>.

Tāpat tika kvalificēta arī aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija. Tomēr tiesa, atsaucoties uz Latvijas PSR kriminālkodeksa 36.panta otro daļu, vainīgās personas līdzcietības motīvu varēja ņemt vērā pie soda noteikšanas un to mīkstināt. Turpretim par asistēšanu pašnāvībā atbildība netika paredzēta un šāds nodarījums netika atzīts par tādu, par kuru būtu jāparedz kriminālsods.

1990.gada beigās tika izveidota darba grupa, kas nodarbojās ar Krimināllikuma projekta izstrādāšanu. Krimināllikuma projekta gatavošanas laikā tika diskutēts un spriests arī par eitanāzijas problēmu. Iecere bijusi Krimināllikuma projektā ietvert pantu, kas sauktos – nonāvēšana uz pieprasījumu, lai to varētu nodalīt no slepkavības, kas ir tīša dzīvības atņemšana, un Krimināllikuma projekta sākotnējos variantos šāda norma tika arī iestrādāta, proti – 117.pants „Nonāvēšana uz pieprasījumu”, kas noteica:

*“Par nonāvēšanu, kas izdarīta pēc personas, kura atrodas dzīvībai bezcerīgā stāvoklī, prasības un aiz līdzcietības pret viņu -*

*soda ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz diviem gadiem vai ar arestu, vai ar brīvības ierobežošanu”<sup>705</sup>.*

Eitanāzijas vai nonāvēšanas uz pieprasījumu sastāvs ir tādas personas nonāvēšana, kura atrodas dzīvībai bezcerīgā stāvoklī, pamatojoties uz viņa prasību un aiz līdzcietības pret viņu, t.i., aktīvā brīvprātīgā eitanāzija. Lai gan šis ierosinājums un projektā ietvertais pants netika formulēts kā

---

<sup>701</sup> Par Latvijas PSR likumdošanas aktu piemērošanu Latvijas Republikas teritorijā: Latvijas Republikas Augstākās Padomes lēmums. Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs, 1991, Nr.33.

<sup>702</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā un Sevišķā daļa. Papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2001, 44.lpp.

<sup>703</sup> Blūma M. Komentāri Latvijas PSR kriminālkodeksa 98.pantam. Grām.: Latvijas PSR kriminālkodeksa komentāri. Blūma M., Dzenītis J., Grauzinis S. u.c. Rīga: „AVOTS”, 1982, 334.-336.lpp.

<sup>704</sup> Latvijas Kriminālkodekss un komentāri pie atsevišķiem Latvijas Kriminālkodeksa pantiem (Dr.jur. A.Niedre). Rīga: Valsts SIA „TIC”, 1997, 245.lpp.

<sup>705</sup> Latvijas Republikas Krimināllikums: Latvijas Republikas likuma projekts. Latvijas Vēstnesis, 1996. 26.jūlijs, Nr.126.

„eitanāzija”, pie normas iztulkošanas šī problēma uzplaiksnītos un būtu tajā ietverta, taču tā apspriešanas gaitā tika izslēgta.<sup>706</sup>

Par asistētās pašnāvības jautājumu, kā arī par citām eitanāzijas formām un to veidiem, iepriekš pieminētās normas apspriešanas laikā atsevišķi netika diskutēti un netika arī izvirzīts priekšlikums Krimināllikuma projektā ietvert pantus, kas paredzētu atbildību tieši par šādiem noziedzīgiem nodarījumiem. Tādējādi, lai arī par jaunā Krimināllikuma pamatu, kā to norāda A.Niedre, lielā mērā var uzskatīt 1933.gada Sodū likumu<sup>707</sup>, tas neparedz atsevišķas normas, kas noteiktu atbildību par slepkavību aiz līdzcietības pēc cietušā lūguma un par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā, tamdēļ analizējamās problēmas izpētes ietvaros ir svarīgi noskaidrot, kādu noziedzīgu nodarījumu sastāviem pašlaik atbilst tādi nodarījumi kā aktīvā brīvprātīgā un nebrīvprātīgā eitanāzija, pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, kā arī ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība.

Kvalificējot noziedzīgu nodarījumu, tajā skaitā eitanāzijas formas un tās veidus, ja šādi nodarījumi Latvijā tiktu oficiāli reģistrēti, jāmeklē un jākonstatē pilnīga atbilstība starp noziedzīga nodarījuma faktiskajām pazīmēm (kvalifikācijas faktiskais pamats) un Krimināllikuma normā (pantā, panta daļā, punktā) paredzētā konkrētā noziedzīgā nodarījuma sastāva pazīmēm (kvalifikācijas juridiskais pamats). Kā zināms, personas izdarītā nodarījuma juridiskais novērtējums jeb noziedzīga nodarījuma kvalifikācija atzīstama par pareizu tikai tajā gadījumā, kad, salīdzinot nodarījuma faktiskās pazīmes ar konkrētā noziedzīgā nodarījuma sastāva pazīmēm, tiek konstatēta to pilnīga atbilstība un sakritība, savukārt, ja kaut vai pēc vienas pazīmes šādu sakritību nevar konstatēt, personas darbībā vai bezdarbībā nav konkrētā noziedzīgā nodarījuma sastāva.<sup>708</sup> Šāds noteikums izriet no Krimināllikuma 1.panta pirmās daļas.

Lai noskaidrotu, kādam šā brīža spēkā esoša Krimināllikuma pantā, panta daļā vai punktā ietvertā noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmēm atbilst tāds nodarījums kā aktīvā brīvprātīgā un nebrīvprātīgā eitanāzija, pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība, sākotnēji nepieciešams veikt šo nodarījumu sastāvu objektīvo un subjektīvo pazīmju analīzi<sup>709</sup>, kas izriet no Krimināllikuma 1.panta pirmās daļas (Kriminālatbildības pamats) noteikuma, kurā atrunāts, ka „Pie kriminālatbildības saucama un sodāma tikai tāda persona, kura ir vainīga noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, tas ir, kura ar nodomu (tīši) vai aiz neuzmanības izdarījusi šajā likumā paredzētu

---

<sup>706</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 122.lpp.

<sup>707</sup> Niedre A. Pirms un pēc Krimināllikuma izsludināšanas. Grām.: Krastiņš U., Niedre A. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas jautājumi (prof. U.Krastiņa un doc. A.Niedres publikācijas). 2.sēj. Rīga: Latvijas Universitāte, 2000, 59.lpp.

<sup>708</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā un Sevišķā daļa. Papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2001, 26.lpp.

<sup>709</sup> Sk. promocijas darba pielikumu Nr.9 un 10.

nodarījumu, kam ir visas noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes.” Te gan jāpiezīmē, ka pašlaik nav lietderīga tādu nodarījumu, kā ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība, sastāvu detalizētāka analīze, jo atbilstoši pašreizējam tiesiskam regulējumam, likumdevējs atbildību par savas dzīvības apdraudējumu nav paredzējis, un, kā savulaik norādījis P.Mincs, „[...] pašnāvības gadījumā sakrīt vienā personā nodarījuma subjekts un objekts, ar ko pats nodarījums, par cik tas attiecas uz personu, kļūst juridiski vienaldzīgs.”<sup>710</sup> Līdz ar to, pašreiz par asistēšanu pašnāvībā „vainīgajai” personai kriminālatbildība iestāties nevar, jo „cietušās”<sup>711</sup> personas darbības, kas pēc būtības ir šā nodarījuma tiešs izdarītājs, t.i., pašnāvība, pati par sevi nav kriminālsodāma rīcība, kas vienlaikus izslēdz arī līdzdalībnieka – šajā gadījumā atbalstītāja, veikto darbību noziedzīgo raksturu. Tas izriet arī no Krimināllikuma 20.panta pirmajā daļā paredzētā noteikuma, ka par līdzdalību atzīstama apzināta darbība vai bezdarbība, ar kuru persona (līdzdalībnieks) kopīgi ar citu personu (izdarītāju) piedalījies tīša noziedzīga nodarījuma izdarīšanā, bet pati nav bijusi tā tiešā izdarītāja.

Kā zināms, noziedzīgā nodarījuma objektīvās pazīmes raksturo objektu un objektīvo pusi, bet subjektīvās pazīmes – subjektu un subjektīvo pusi. Pēc tām teorētiskajām atziņām, kuras pauž krimināltiesību zinātnieks Uldis Krastiņš, ar objektu un objektīvo pusi, subjektu un subjektīvo pusi saprot sekojošo, proti:

- 1) objekts ir valsts, sabiedrības, atsevišķu cilvēku grupu un indivīdu noteiktas intereses, ko apdraud noziedzīgs nodarījums. Turklāt objektu iedala trīs veidos, proti:
  - 1.1) vispārējais objekts – visu interešu kopums, ko aizsargā Krimināllikums;
  - 1.2) grupas objekts – tādas pašas vai viena veida un savstarpēji saistītas vairākas intereses, kuras apdraud vesela noziedzīgo nodarījumu grupa;
  - 1.3) tiešais objekts – tās intereses, ko apdraud konkrēta veida noziedzīgs nodarījums;
- 2) objektīvā puse – personas uzvedības ārējā izpausme (darbība vai bezdarbība), kas rada vai var radīt kaitīgās izmaiņas apkārtējā pasaulē;
- 3) noziedzīga nodarījuma subjekts – ir prettiesisko darbību izdarītusī vai bezdarbību pieļāvusī fiziska un pieskaitāma persona, kas sasniegusi Krimināllikumā paredzētu vecumu un līdz ar to viņu par izdarīto noziedzīgo nodarījumu ir pamats saukt pie kriminālatbildības;
- 4) subjektīvā puse – personas iekšējā attieksme pret ārējā pasaulē objektīvi notiekošo, šajā gadījumā pret personas izraisītajām kaitīgajām izmaiņām ārpus šīs personas – pret viņas

---

<sup>710</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939, 205.lpp.

<sup>711</sup> Autors apzināti lieto jēdzienu „cietušais” pēdējās, jo, lai arī ārsta vai citas personas asistētas pašnāvības rezultātā iestājas personas nāve, krimināltiesību izpratnē persona, kurai iestājušās šīs sekas, nevar tikt atzīta par cietušo.

aktīvajiem vai pasīvajiem darbības procesiem, kuru rezultātā iestājušās vai varējušas iestāties kaitīgās sekas, un pret pašām šīm sekām.<sup>712</sup>

Eitanāzijas institūta sakarībā vērtība būtu jāvelta tieši objektīvo un subjektīvo pazīmju plašākam apskatam, jo tieši šo pazīmju juridiski korekta izpratne ļauj gan teorētiskā, gan arī praktiskā līmenī nošķirt ikvienu eitanāzijas formu un tās veidu no citiem noziedzīgiem nodarījumiem, kuru apdraudējuma objekts ir citas personas dzīvība.

Kā izriet no U.Krastiņa noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmju skaidrojuma, ar objektīvo pusi jāsaprot vainīgās personas uzvedības ārējo izpausmi, t.i., darbību vai bezdarbību. No promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļā noskaidrotā izriet, ka, atkarībā no eitanāzijas formas un tās veida nedziedināmi slimas personas slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas var tikt izbeigtas vai nu ar eitanāzijas veicēja aktīvām, vai arī pasīvām darbībām. Ņemot vērā, ka aktīvas darbības nedz krimināltiesību teorijā, nedz arī praksē nerada grūtības to konstatēšanai un cēloņsakarības noteikšanai ar kaitīgām sekām, to plašāka analīze netiks sniegta. Diskusiju rosinošs jautājums saistīts ar bezdarbību, kas eitanāzija institūta kontekstā raksturīga pasīvai nebrīvprātīgai eitanāzijai.

U.Krastiņa ieskatā „Ar bezdarbību krimināltiesiskā nozīmē jāsaprot apzināta, personas gribai atbilstoša pasīva, kaitīga un prettiesiska uzvedība, kas izpaudusies noteiktu tiesisku pienākumu neveikšanā, pastāvot reālai iespējai tos veikt, kā rezultātā izdarīts Krimināllikumā sevišķajā daļā paredzēts apdraudējums ar likumu aizsargātām interesēm (noziedzīgs nodarījums).”<sup>713</sup> Arī P.Lejiņš savulaik norādījis, ka „Noziedzīgs nodarījums ir cilvēka uzvešanās. Nevar teikt darbība, jo noziedzīga darbība var izpausties arī nekā nedarīšanā”<sup>714</sup>, t.i., bezdarbībā.

Par bezdarbību kā noziedzīga nodarījuma objektīvās puses pazīmi tiek diskutēts arī ārvalstu tiesību doktrīnā. Tā, piemēram, Krievijas tiesību zinātnieks J.Krasikovs (*Ю.А.Красиков*), salīdzinot ar aktīvu darbību, apgalvo, ka „No krimināltiesību viedokļa bezdarbība, tāpat kā aktīva darbība, ir uzvedība, jo tiesiska pienākuma neizpildes gadījumā noteiktā situācijā sāk darboties nevēlamie dabiskie, fizioloģiskie, sociālie spēki un apstākļi, kas izsauc sabiedriski bīstamas sekas.”<sup>715</sup> Kā zināms, krimināltiesību teorijā ir iesakņojies arī tāds termins kā „*noziedzīga bezdarbība*.”<sup>716</sup> Līdzīgu uzskatu pauž arī Boriss Volkovs (*Б.С.Волков*) uzsverot, ka „Bezdarbība – tā nav iekšēja darbība, bet īpaša

<sup>712</sup> Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2000, 32.-88.lpp.

<sup>713</sup> Krastiņš U. Noziedzīga nodarījuma sastāvs un nodarījuma kvalifikācija. Teorētiskie aspekti. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2014, p.88.

<sup>714</sup> Lejiņš P. Krimināltiesības. Rokraksta vietā. Rīga: [B.i.], 1940, 21.lpp.

<sup>715</sup> Красиков Ю.А., Алакаев А.М. Уголовное право. Общая часть. Курс лекций. Лекции 2 – 3. Понятие преступления. Множественность преступлений. Москва: Издательство НОРМА, 1996, с.2.

<sup>716</sup> Piemēram, bezdarbības krimināltiesiskajiem un psiholoģiskajiem aspektiem veltīta monogrāfija: Бойко А.И. Преступное бездействие. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003.

ārējas uzvedības forma, objektivizēts gribas akts, kas pauž cilvēka pozīciju pret notiekošiem notikumiem un apkārtējās realitātes parādībām.”<sup>717</sup>

Tomēr ne ikviena bezdarbība ir sodāma kriminālā kārtā. Kā norāda U.Krastiņš, tai jābūt prettiesiskai.<sup>718</sup> Tas nozīmē, ka tai jābūt aizliegtai ar normatīvu aktu. Šo noteikumu attiecinot uz pasīvās nebrīvprātīgās gadījumiem, kad ārstniecības vai jebkura cita fiziska persona neveic ar likumu uzliktos pienākumus citas personas dzīvības aizsardzības jomā, ja vien pie konkrētiem faktiskiem apstākļiem kaitīgās sekas, t.i., personas nāves iestāšanās, varēja tikt novērsta, cēloņsakarība starp bezdarbību un kaitīgām sekām ir acīmredzama. Minēto atziņu apstiprina arī V.Liholaja skaidrojot, ka „Nonāvēšanu bezdarbības ceļā var izdarīt tad, ja persona pieļauj pasīvu uzvedību gadījumos, kad viņa varēja novērst cietušā nāves iestāšanos.”<sup>719</sup> Tomēr šajā sakarībā jāpiekrīt arī Krievijas tiesību zinātnieka Mihaila Šargorodskaja (*М.Д.Шаргородский*) atziņai, ka „Jautājums par kriminālatbildību par nonāvēšanu bezdarbībā rodas vien tajā gadījumā, ja vainīgajam bija nodoms attiecībā pret nāves iestāšanos”<sup>720</sup>, tāpēc eitanāzijas institūta kontekstā kā otra būtiskākā noziedzīga nodarījuma sastāva pazīme ir tieši subjektīvā puse, kas raksturo personas psihisko attieksmi pret noziedzīgā nodarījuma objektīvajām pazīmēm, kas materiāla sastāva gadījumā ir nodarījums un kaitīgās sekas, kuras iestājušās darbības vai bezdarbības realizēšanas rezultātā. Subjektīvās puses pamatpazīme ir vaina nodoma vai neuzmanības formā, kā arī motīvs un mērķis (nolūks).

Kā norāda tiesību zinātnieks U.Krastiņš, ar motīvu krimināltiesībās jāsaprot cilvēka iekšējo pamudinājumu, dziņu, tieksmi, kas virza vainīgā gribu uz noziedzīga nodarījuma izdarīšanu, savukārt ar mērķi (nolūku) – iecerēto rezultātu, ko persona, izdarot noziedzīgu nodarījumu, vēlas sasniegt.<sup>721</sup> Eitanāzijas gadījumā nebūs lieki uzsvērt, ka tās veicēja vienīgais mērķis ir nedziedināmi slima cilvēka atbrīvošana no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas panākams, vai nu izraisot priekšlaicīgu nāvi, vai arī mākslīgi nepaildzinot organisma dzīvotspēju, šādi nenovēršot slimības izraisīto nāvi, bet tā virzītājspēks jeb motīvs – līdzcietība, redzot cilvēku ciešam. Turklāt līdzcietības sakarā jāatrunā, ka tā izslēdz jebkādu materiāla labuma gūšanu no veiktās darbības vai pieļautās bezdarbības, izņemot tos gadījumos, kas var būt saistīti ar administratīvu izdevumu segšanu no cietušā puses, ja vien to apmērs nepārsniedz faktiski izlietos līdzekļus. Ievērojot to, ka šīs ikvienu eitanāzijas

---

<sup>717</sup> Волков Б.С. Проблема воли и уголовная ответственность. Казань: Издательство Казанского университета, 1965, с.17.

<sup>718</sup> Krastiņš U. Darbības un bezdarbības izpratne krimināltiesībās. Jurista Vārds, 2015. 21.aprīlis, Nr.16, 18.lpp.

<sup>719</sup> Liholaja V. 4.nodaļa. Nonāvēšana. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 115.lpp.

<sup>720</sup> Шаргородский М.Д. Избранные труды. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004, с.459.

<sup>721</sup> Krastiņš U. Noziedzīga nodarījuma sastāvs un nodarījuma kvalifikācija. Teorētiskie aspekti. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2014, 184.lpp.



formu un tās veidu subjektīvās puses raksturojošās pazīmes ir unikālas, kas tad arī to nošķir no citiem pret cilvēka dzīvību vērstiem nodarījumiem, svarīgi noskaidrot, kā tās pašlaik ietekmē kvalifikāciju un vai ir pamats runāt par noziedzīgu nodarījumu atbilstoši aktuālai Krimināllikuma redakcijai.

Kā izriet no promocijas darba pielikumā Nr.9 ievietotās salīdzinošās tabulas, aktīvā brīvprātīgā eitanāzija atzīstama par noziedzīgu nodarījumu un to var kvalificēt saskaņā ar aktuālo Krimināllikuma 116.panta redakciju kā slepkavību, atbildība par kuru paredzēta XII nodaļā „Nonāvēšana”, likumdevējam nosakot, ka par citas personas tīšu prettiesisku nonāvēšanu (slepkavību), vainīgā persona sodāma ar mūža ieslodzījumu vai ar brīvības atņemšanu uz laiku no pieciem līdz divdesmit gadiem un ar probācijas uzraudzību uz laiku līdz trim gadiem. Slepkavība atzīstama par sevišķi smagu noziegumu.

Minētās kvalifikācijas pareizību apstiprina arī Latvijas Republikas Augstākās Tiesas plēnuma 1992.gada 24.februāra lēmuma Nr.1 „Par krimināllikumu piemērošanu lietās par tīšām slepkavībām”<sup>722</sup> 3.punktā skaidrotais, ka slepkavība, kas izdarīta aiz līdzcieģības vai pēc cietušā lūguma, kvalificējama kā slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, proti, saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu. Te gan jāpiezīmē, ka Latvijas Republikas Augstākā tiesa skaidrojusi tikai aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas kvalifikāciju tai laikā, kad citas eitanāzijas formas un to veidi analizēti netika, kas galvenokārt izriet no tā laika prakses un teorētisko atziņu analizējamā jautājumā neesamības Latvijā.

Arī juridiskajā literatūrā tiek pausts viedoklis, ka eitanāzija kvalificējama saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, ja tā izdarīta aiz līdzcieģības un pēc cietušā lūguma, taču vienlaikus uzsverot, ka jautājums joprojām ir diskutabls.<sup>723</sup> Turpretim citas eitanāzijas formas un to patstāvīgie veidi līdz šim krimināltiesību teorijā nav analizēti.

Pievēršoties šo noziedzīgu nodarījumu sastāvu detalizētākai analīzei būtu norādāms, ka gan viena, gan arī otra nodarījuma *objekts* ir citas personas dzīvības aizsardzības intereses, līdz ar to tie pilnībā sakrīt.

No noziedzīgu nodarījumu sastāvu salīdzinājuma izriet, ka slepkavība var būt izdarīta kā ar aktīvu darbību, tā arī ar bezdarbību. Aktīva darbība var izpausties kā cietušā sišana, žņaugšana,

---

<sup>722</sup> Par Krimināllikumu piemērošanu lietās par tīšām slepkavībām: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Plēnuma 1992.gada 24.februāra lēmums Nr.1. Grām.: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Plēnuma lēmumu krājums. Rīga: Latvijas Policijas akadēmijas, 2002, 20.lpp.

<sup>723</sup> Sk., piemēram: Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas teorētiskie pamati un prakse. Rīga: Firma „ASF”, 2001, 89.lpp.; Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 122.lpp.; Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 2. Sevišķā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007, 187.lpp.; Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācija: Likums, Teorija, Prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2003, 161.lpp.; Liholaja V. Noziedzīgi nodarījumi pret personu. Rīga: Latvijas Universitāte, 1998, 8.lpp.

izmantojot paaugstinātas bīstamības avotus utt. Savukārt slepkavību bezdarbības ceļā var izdarīt tad, ja persona pieļauj pasīvu uzvedību gadījumos, kad tās pienākums bija novērst cietušā nāves iestāšanos un viņa varēja to izdarīt.<sup>724</sup> Šāds pienākums personai aktīvi rīkoties var izrietēt no likuma vai kāda cita normatīva akta. Slepkavības sastāvs ir materiāls, proti, slepkavība ir izdarīta, ja ir iestājusies cietušā bioloģiskā nāve. Bez tam, jākonstatē cēloņsakarība, ka nāve iestājusies subjekta nodarījuma, t.i., darbības vai bezdarbības, rezultātā. Turpretim aktīvā brīvprātīgā eitanāzija izpaužas tikai aktīvā darbībā, ārstniecības vai ikvienai citai kriminālatbildības vecumu sasniegušai personai, ievadot nedziedināmi slima cilvēka organismā nāvējošu devu medikamentus vai jebkādas citas pārdozēšanas rezultātā nāvi izraisošas vielas. Tāpat kā slepkavības gadījumā, aktīvās brīvprātīgas eitanāzijas darbība vērsta uz citas personas nonāvēšanu, tāpēc arī šī nodarījumu pazīme, t.i., **objektīvā puse**, pilnībā sakrīt.

Ja nodarījumu objektīvās pazīmes sakrīt, tad viena no atšķirībām aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un Krimināllikuma 116.panta paredzētā slepkavības sastāvā ir **subjektā**. Slepkavībai ir vispārējs subjekts, taču aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā subjekts var būt gan vispārējais, gan arī speciālais, proti, ārstniecības persona, kura veic aktīvas darbības, kas vērstas uz nedziedināmi slima cilvēka dzīvības izbeigšanu. Domājams, praksē pārsvarā gadījumos subjekts būtu tieši speciālais, tomēr šis apsvērums patlaban neietekmē kvalifikāciju aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā.

Kā būtiskākā atšķirība šo nodarījumu sastāvos jāmin **subjektīvā puse**. Slepkavība ir tīšs nodarījums, kuru var izdarīt gan ar tiešu, gan arī ar netiešu nodomu. Ar tiešu nodomu izdarīta slepkavība ir tad, ja vainīgais apzinājies savas darbības vai bezdarbības kaitīgumu, paredzējis, ka to rezultātā iestāsies cietušā nāve un vēlējis šādu kaitīgo seku iestāšanos. Savukārt, lai slepkavību atzītu par izdarītu ar netiešu nodomu, jākonstatē, ka vainīgais apzinājies savas darbības vai bezdarbības kaitīgumu, paredzējis kaitīgās sekas – nāves iestāšanos un, kaut arī sekas nav vēlējis, tomēr apzināti pieļāvis cietušā nāves iestāšanos. Saistībā ar šo jāuzsver, ka nodoma satura noteikšanai teorijā un praksē ir izstrādātas arī rekomendācijas. Tā, piemēram, jau pieminētā Latvijas Republikas Augstākās Tiesas plēnuma 1992.gada 24.februāra lēmuma Nr.1 „Par krimināllikumu piemērošanu lietās par tīšām slepkavībām” 2.punktā norādīts, ka „[...] noskaidrojot vainīgā nodoma saturu, tiesām jāpamatojas uz izdarītā nozieguma apstākļu kopumu un it īpaši jāņem vērā nozieguma izdarīšanas veids un rīki, brūču un citu miesas bojājumu daudzums, raksturs un lokalizācija, vainīgā noziedzīgo darbību pārtraukšanas iemesls, kā arī vainīgā un cietušā iepriekšējā izturēšanās, viņu attiecības pirms nozieguma izdarīšanas

---

<sup>724</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 115.lpp.

un citi apstākļi, kas var liecināt par viņa nodomu.”<sup>725</sup> Slepkavības lietās vienlīdz būtiska nozīme ir arī noziedzīga nodarījuma motīva un mērķa noskaidrošanai, kas ļauj to nošķirt no citiem nodarījumiem, kas apdraud cilvēka dzīvību.<sup>726</sup>

Atšķirībā no slepkavības aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, līdzīgi kā ikvienā citā eitanāzijas formas un tās veida gadījumos, var izdarīt tikai ar tiešu nodomu. Tamdēļ būtu jāpievērš pastiprināta uzmanība arī motīvam. Ikvienas eitanāzijas formas un tās veida gadījumos motīvs ir tikai līdzcietība pret cietušo personu un mērķis pamatojas vēlmē atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Turklāt nolūks tiek balstīts uz paša cietušā izteiktu lūgumu. Savukārt slepkavības gadījumā motīvs ir diametrāli pretējs, piemēram, greizsirdība, atriebība, naidis utt. Taču arī motīvu atšķirība patlaban neietekmē kvalifikāciju aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumā.

Turpretim aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, kā tas izriet no promocijas darba pielikumos Nr.10 un 11 veikto noziedzīgu nodarījumu sastāvu salīdzinājumiem, lai arī atzīstamas par noziedzīgiem nodarījumiem, tomēr kvalificējas atšķirīgāk, t.i., saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu, par ko likumdevējs paredzējis sodu, kas saistīts ar mūža ieslodzījumu vai ar brīvības atņemšanu uz laiku no desmit līdz divdesmit gadiem un ar probācijas uzraudzību uz laiku līdz trim gadiem, konfiscējot mantu vai bez mantas konfiskācijas.

Krimināllikuma 117.panta 2.punktā paredzēta atbildība par slepkavību, ja vainīgais apzinājies, ka uz noziedzīga nodarījuma izdarīšanas brīdi cietušais bija bezpalīdzības stāvoklī. Kā norāda Krimināllikuma komentāros V.Liholaja, „Ar **bezpalīdzības stāvokli** saprot cietušā atrašanos tādā fiziskā vai psihiskā stāvoklī, kas liedz tam iespēju saprast ar viņu izdarīto darbību raksturu un nozīmi vai nodrošināt sev aizsardzību [..]. **Bezpalīdzības stāvoklim** tiek pielīdzināta bezsamaņa, dziļš miegs [..].”<sup>727</sup>

Salīdzinot aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas un slepkavības, ja tā izdarīta vainīgajam apzinoties, ka cietušais tobrīd atradies bezpalīdzības stāvoklī, sastāvus, jāsecina, ka to **objekts, objektīvā puse** un **subjekts** sakrīt pilnībā un, ņemot vērā, ka to raksturojums neatšķiras no tā, kas bijis plašāk analizēts, salīdzinot aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas un slepkavības, atbildība, par kuru paredzēta Krimināllikuma 116.pantā, sastāvus, tad atkārtoti šīs pazīmes netiks skatītas. Tāpēc pie

---

<sup>725</sup> Par Krimināllikumu piemērošanu lietās par tīšām slepkavībām: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas plēnuma 1992.gada 24.februāra lēmums Nr.1. Grām.: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas plēnuma lēmumu krājums. Rīga: Latvijas Policijas akadēmija, 2002, 20.lpp.

<sup>726</sup> Liholaja V. Noziedzīgi nodarījumi pret personu. Rīga: Latvijas Universitāte, 1998, 8.lpp.

<sup>727</sup> Liholaja V. XII nodaļa Nonāvēšana. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 2. Sevišķā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007, 190.-191.lpp.

*objektīvās puses* būtiski norādīt vien to, ka, atšķirībā no aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas, pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija var tikt izdarīta gan ar darbību, gan arī ar bezdarbību.

Pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija kā aktīva darbība izpaužas, ārstniecības vai ikvienai citai kriminālatbildības vecumu sasniegušai personai pārtraucot jebkādu līdzekļu un metožu lietošanu, kas vērstas uz cilvēka dzīvības uzturēšanu un dzīves ilguma paildzināšanu, piemēram, pārtraucot medikamentu vai ārstniecības terapiju, atslēdzot to no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām u.tml. Savukārt, kā bezdarbība pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija izpaužas, atturoties no dzīvību uzturoša atbalsta sniegšanas, piemēram, neuzsākot medikamentu vai citu ārstēšanas terapiju, nepieslēdzot pie mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, atturoties no cilvēka organisma nodrošināšanas ar hidrāciju un/vai mākslīgo barošanu u.tml. Gan vienā, gan otrā gadījumā, t.i., darbība vai bezdarbība vērsta uz citas personas slimības izraisītas nāves nenovēršanu apstākļos, kad tas bija iespējams.

Kā būtiskākā atšķirība šo nodarījumu sastāvos jāmin tieši *subjektīvā puse*, jo kā atzīmē V.Liholaja, lai nodarījumu kvalificētu saskaņā ar šo pantu, ir jākonstatē, ka vainīgais uz nodarījuma izdarīšanas brīdi ir apzinājies, ka viņš vēršas pret bezpalīdzības stāvoklī esošu personu, kuras nāvi vēlas vai apzināti pieļauj tās iestāšanos.<sup>728</sup>

Lai arī Krimināllikuma 117.panta 2.punktā paredzētā nodarījuma motīvs nav saistāms ar līdzcietību, tomēr tas pašlaik neietekmē kvalifikāciju aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumā. Tāpat pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumā kvalifikāciju neietekmē apstākļi, ka, atšķirībā no slepkavības pastiprinošos apstākļos, tās mērķis ir atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas panākams, nevis izraisot nāvi, bet gan nenovēršot slimības izraisīto nāvi, neietekmējot slimības un organisma dabisko procesu norisi, jo cēloņsakarība starp vainīgās personas darbību vai bezdarbību un sekām ir acīmredzama, t.i., persona varēja šīs sekas novērst, bet apzināti nenovērsa slimības izraisīto nāvi. Un saistībā ar šo īpaši jāuzsver, ka pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, nedziedināmi slimas personas turpmāka dzīvotspēja vienmēr ir atkarīga no ārējiem faktoriem, t.i., medicīnas aprūpes ietvaros jau uzsāktiem vai plānotiem pasākumiem, kas vērsti uz dzīvības uzturēšanu un/vai paildzināšanu, bez kā, ievērojot arī organisma individuālās spējas cīnīties ar slimības radītām komplikācijām, nekavējoties vai tuvā nākotnē iestāsies slimības ietekmēta dabiska nāve. Turpretim, kā būtiskāko šo nodarījumu subjektīvās puses kopīgo pazīmi, jāmin apstākļi, ka gan slepkavības pastiprinošos apstākļos, gan arī aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, vainīgais apzinās, ka objektīvu apsvērumu dēļ cietusī persona uz nonāvēšanas vai dabiskās nāves nenovēršanas brīdi atrodas bezpalīdzības stāvoklī, kas eitanāzijas

---

<sup>728</sup> Liholaja V. XII nodaļa Nonāvēšana. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 2. Sevišķā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007, 191.lpp.

gadījumos parasti ir slimības izprovocēts, personai vai nu zaudējot rīcībspēju, vai arī atrodoties tādā stāvoklī, kad viņa vairs nav spējīga paust savu gribu.

Aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos nodarījuma subjekta darbības izriet, balstoties nevis uz nedziedināmi slimas personas lūgumu, bet gan uz savu vai ikvienas citas fiziskas personas subjektīvo vērtējumu – lēmumu par to, ka cietušā interesēs ir izbeigt slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, kas tobrīd ir iespējams, vienīgi ar aktīvām darbībām, priekšlaicīgi pārtraucot organisma dzīvotspēju, savukārt pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos ar aktīvām vai pasīvām darbībām, nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos.

Promocijas darba ietvaros vairākkārt uzsvērts, ka praksē eitanāzijas formas var izpausties dažādos veidos, t.i., brīvprātīgi vai nebrīvprātīgi, un var norisināties dažādos apstākļos. Uzskatāms piemērs ir jau promocijas darba 4.nodaļas 2.apakšnodaļas 1.apakšpunkta ietvaros analizētā Nīderlandes pieredze, kad pacients ārstam izsaka lūgumu asistēt tā pašnāvībā, bet tā norises laikā radušos komplikāciju dēļ ārsts iejaucas dzīvības izbeigšanas aktā un pacienta nāvi izraisa, injicējot tam tādu medikamentu devu, kas ir tiešā cēloņsakarībā ar sekām, t.i., veic aktīvo eitanāziju, kas tobrīd var būt vai nu brīvprātīga, vai arī nebrīvprātīga, atkarībā no tā, vai pašnāvībai paredzēto līdzekļu izlietošanas rezultātā un uz aktīvās eitanāzijas izpildes uzsākšanas brīdi pacients ir vai nav saglabājis spējas paust savu gribu un apzināties notiekošo. Nosacīti šādas situācijas var apzīmēt ar terminu „*jauktā eitanāzija*”<sup>729</sup>, kad nedziedināmi slima cilvēka dzīvības izbeigšanas procesa ietvaros tiek izmantotas vairākas eitanāzijas formas un to veidi, tomēr, te gan ir jāatrunā, ka šāda prakse ir pieļaujama vienīgi tad, ja attiecīgās valsts normatīvie akti tieši atrunā šādu situāciju risinājumus<sup>730</sup> un tikai tad, ja citas eitanāzijas formas izmantošanas pielietošanu akceptē vai lūdz nedziedināmi slima persona.

Situācijas, kādās var tikt izpildītas eitanāzijas formas atkarībā no lietas faktiskajiem apstākļiem, var būt dažnedažādas, un to visu uzskaitījumu pašlaik sniegt nav nepieciešams, ievērojot to, ka raksturīgākās jau tika izanalizētas promocijas darba ietvaros. Tomēr aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas sakarībā rodas diskutabls jautājums, vai tajos gadījumos, kad nonāvētā aiz līdzcietības persona uz nodarījuma izdarīšanas brīdi, slimības vai jebkādu citu iemeslu, piemēram, izraisītās ķermeņa paralīzes dēļ, bija atzīstama par bezpalīdzīgu, nodarījums kvalificējams saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu kā slepkavība pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka uz nodarījuma izdarīšanas brīdi cietusī persona bija bezpalīdzīgā stāvoklī, vai tomēr saskaņā ar 116.pantu kā slepkavība bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem. Tā dēļ ir vērts atkārtoti pieminēt

<sup>729</sup> Termins „*jauktā eitanāzija*” šajā gadījumā izmantots tikai un vienīgi kā ilustratīvs līdzeklis, lai aprakstītu konkrētu situāciju no prakses, autoram neatzīstot to par patstāvīgu eitanāzijas formu.

<sup>730</sup> Nīderlandes likumā viena eitanāzijas akta izpildes ietvaros divu eitanāzijas formu kombinēšanas netiek atrunāta, taču šāda ārsta darbības pieļaujāmība tiek akceptēta praksē.

Krievijas tiesu praksi, kad 2007.gada 7.decembrī Krievijas Federācijas Rostovas apgabaltiesa, līdzīgā gadījumā, notiesāja apsūdzētās K.Patrinu un M.Škermanovu saskaņā ar Krievijas Federācijas kriminālkodeksa 105.panta 2.daļas „v., ž., z.” punktiem par to, ka viņas personu grupā pēc iepriekšējas vienošanās mantkārīgā nolūkā, nogalināja, viņām apzinoties, ka cietusī atradusies bezpalīdzības stāvoklī, paralizēto N.Baranņikovu, lai arī iepriekš uz to no cietušās puses bija saņēmušas lūgumu<sup>731</sup>, t.i., izdarīja slepkavību pastiprinošos apstākļos, kas pēc ārējām pazīmēm atbilst aktīvai brīvprātīgai eitanāzijai.<sup>732</sup>

Kā izriet no Krimināllikuma 117.panta 2.punkta analīzes, likumdevēja mērķis, iekļaujot šo kvalificējošo pazīmi, bija paredzēt dzīvības krimināltiesisko aizsardzību vienai no īpaši aizsargājamām cilvēku grupām, kas pašas, savu fizisko trūkumu vai psihiskā stāvokļa dēļ, to nav spējīgas realizēt, kam seko arī soda apmēra palielinājums, salīdzinot ar Krimināllikuma 116.panta sankcijā paredzēto. Šajā sakarībā īpaši jāuzsver, ka šādi kvalificējami visi tie gadījumi, kad cilvēka dzīvība tiek izbeigta, cietušajam vai nu neapzinoties notiekošās darbības vai bezdarbības raksturu, vai arī, kad persona tās apzinās, bet fiziskā stāvokļa dēļ nespēj sevi aizsargāt un, kas jo īpaši būtiski, darbība vai bezdarbība vienmēr atzīstama kā izdarīta pret cietušā gribu. Eitanāzijas problēmas sakarā minētais jautājums skatāms divos aspektos.

Pirmkārt, Krimināllikuma 117.panta 2.punktā dispozīcija ir attiecināma arī uz rīcībnespējīgo personu krimināltiesisko aizsardzību, un šādos gadījumos nav pieļaujams runāt par brīvprātīgo eitanāziju. Un, otrkārt, fiziskais stāvoklis neietekmē rīcībnespējīgas personas lemtspēju, nenoliedzot gadījumus, kad gribas izteikšana var būt fiziski apgrūtināta, piemēram, kas novērojams pie progresējošām neirodeģeneratīvām saslimstībām. Tamdēļ visos tajos gadījumos, kad rīcībnespējīgas personas dzīvība tiek izbeigta, balstoties uz tās lūgumu un, tāpat, saskaņā ar tās gribu, lai arī uz nonāvēšanas brīdi tā sava fiziskā stāvokļa dēļ medicīniski ir atzīstama par bezpalīdzīgu, nodarījums kvalificējams tik un tā saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, nevis 117.panta 2.punktu. Pretējā gadījumā rastos absurda situācija, kad galarezultātā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija vienmēr būtu jāatzīst par nebrīvprātīgu, jo nonāvēšanas procesa ietvaros, nedziedināmi slima persona, izmantoto medikamentu dēļ, agri vai vēlu zaudē samaņu, un ar to brīdi tā *de facto* vairs nav lemt spējīga, līdz pat brīdim, kad iestājas tās nāve, kas būtu klajā pretrunā ar aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas būtību un arī Latvijas krimināltiesību atziņām Krimināllikuma 117.panta 2.punkta sakarībā. Turklāt svarīgi atkārtot, ka uz aktīvās eitanāzijas izpildes brīdi, lai šo dzīvības izbeigšanas formu atzītu par brīvprātīgu,

<sup>731</sup> Sk. lietas faktisko apstākļu un tiesas sprieduma analīzi promocijas darba 4.nodaļas 1.apakšnodaļas 1.apakšpunktā.

<sup>732</sup> Minētās krimināllietas ietvaros iegūtie pierādījumi liecināja, ka noziedzīgs nodarījums bija izdarīts nevis aiz līdzciešanas, bet mantkārīgu motīvu dēļ, tamdēļ faktiskie lietas apstākļi nav attiecināmi uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju. Sk. par to plašāk promocijas darba 4.nodaļas 1.apakšnodaļas 1.apakšpunktā.

nedziedināmi slimai personai nav obligāti jābūt rīcībspējīgai un pie samaņas, ja vien tā savu lūgumu ir izteikusi iepriekš, vēl pirms šis akts tiek uzsākts.

Lai nerastos pārpratumi, nelielu atkāpi pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas jautājumā jāvelta vēl divu Krimināllikuma normu analīzei, proti, Krimināllikuma 138.pantam, kurā paredzēta atbildība par ārstniecības personas profesionālo pienākumu nepienācīgu pildīšanu, t.i., par to nepildīšanu vai par nolaidīgu to pildīšanu, un 141.pantam, kas paredz atbildību par atstāšanu bez palīdzības. Tomēr šīs Krimināllikuma normas nevar piemērot, kvalificējot pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, jo noziedzīgu nodarījumu sastāvu subjektīvā puse nesakrīt ar eitanāzijas sastāvā ietvertu. Krimināllikuma 138. un 141.pantu subjektīvā puse pret sekām izpaužas neuzmanībā, taču pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju var izdarīt tikai ar tiešu nodomu.

Saskaņā ar Krimināllikuma aktuālo redakciju par noziedzīgiem nodarījumiem atzīstama tikai aktīvā brīvprātīgā, aktīvā un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija. Izanalizējot Krimināllikuma XII nodaļā „Nonāvēšana” paredzēto noziedzīgo nodarījumu sastāvus un veicot aktīvās brīvprātīgās, aktīvās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas sastāvu analīzi, jāsecina, ka patlaban, neatkarīgi no motīva – līdzietības pret nedziedināmi slimu cilvēku un mērķa atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, aktīvo brīvprātīgo eitanāziju var kvalificēt vienīgi saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu kā slepkavību bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem, bet aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju – saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu kā slepkavību pastiprinošos apstākļos, t.i., vainīgajam apzinoties, ka noslepkavotā persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī. Un, lai arī pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos nedziedināmi slima cilvēka nāve netiek izraisīta, bet nav novērsta slimības izraisītās nāves iestāšanās, minētā pazīme neietekmē kvalifikāciju, un piemērojamais sods ir lielāks nekā tad, kad nāve, kā tas ir aktīvās eitanāzijas gadījumos neatkarīgi no tās veida, ar aktīvām darbībām tiek izraisīta. Savukārt ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība nav kriminālsodāms nodarījums. Analizējamās problēmas sakarībā šāds tiesiskais regulējums un pat tā neesamība atsevišķos gadījumos nav taisnīgs, kas būtu novēršams, katrai eitanāzijas formai un tās veidam paredzot atbilstošāko krimināltiesisko regulējumu, ievērojot katra nodarījumu kaitīguma pakāpi, to izteikti individuālās pazīmes un vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām, t.i., personas nāvi, par ko plašāk promocijas darba nākamajā apakšnodaļā.

## 5.2. Priekšlikumi grozījumu veikšanai Krimināllikumā eitanāzijas tiesiskai reglamentācijai

Vienīgajā diskusijā eitanāzijas jautājumā, kas 2002.gada 30.janvārī norisinājās Latvijā vēl toreizējā Valsts Cilvēktiesību birojā ar mērķi noskaidrot, vai pašreizējā tiesiskā bāze ir pietiekama, lai nodrošinātu gan ārstu, gan arī pacientu tiesības ar eitanāziju saistītos jautājumos, un kurā tika pārstāvēti arī juristi, saistībā ar eitanāzijas legalizāciju mūsu valstī izskanēja divi viedokļi. Kā atzina Aivars Borovkovs: „[...] eitanāziju nevajag ne popularizēt, ne arī legalizēt.”<sup>733</sup> Savukārt S.Olsena diskusijas laikā uzsvēra, ka eitanāzijas problēma pastāv un par to ir jārunā, taču piebilda, ka šobrīd šādu likumu ieviest nevar, kamēr nav sakārtota pacientu tiesību aizsardzības joma, bet, ja sabiedrības vairākums uzskatītu, ka eitanāzija būtu jālegalizē, šis viedoklis būtu jāņem vērā.<sup>734</sup> Tomēr „nepopularizēt”, „nelegalizēt” nav risinājums problēmai, eitanāzijai jābūt, pirmām kārtām, reglamentētai un te jāpiekrīt Deivida Benatera (*David Benatar*) atziņai, ka tajos gadījumos, kad šajā jautājumā tiek spriests par likumu vai valsts politiku kopumā, pirmām kārtām jādomā par to, kā risinājums ietekmēs sabiedrības, nevis kāda atsevišķa indivīda intereses.<sup>735</sup>

Līdz šim Latvijas tiesību doktrīnā P.Janule pirmā, kas 2007.gadā rosināja pārskatīt Krimināllikumu eitanāzijas problēmas kontekstā, izsakot priekšlikumu tā XII nodaļu „Nonāvēšana” papildināt ar jaunu pantu, kas paredzētu atbildību par „Slepkavību aiz līdzcietības”, normu izsakot šādā redakcijā:

*„Neārstējami slimas personas nomirdināšana pēc viņas lūguma vai ar viņas piekrišanu, ko veicis ārsts ar mērķi atbrīvot no slimības izraisītām mokošām fiziskām ciešanām*

- *soda ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz diviem gadiem un ar tiesību ierobežošanu uz laiku līdz pieciem gadiem vai bez tās.*

*Tādas neārstējami slimas personas nomirdināšana aiz līdzcietības, kas atrodas stāvoklī, kurā viņai nav iespējas izteikt savu gribu vai piekrišanu eitanāzijai, pēc ārsta patvaļīgas rīcības*

- *soda ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz pieciem gadiem un ar tiesību ierobežošanu uz laiku līdz pieciem gadiem vai bez tās.*

*Ja pirmajā vai otrajā daļā paredzēto noziegumu izdarījusi cita persona*

- *soda ar brīvības atņemšanu uz laiku no diviem līdz pieciem gadiem.”*<sup>736</sup>

<sup>733</sup> Valsts Cilvēktiesību biroja 2002.gada 30.janvārī rīkotās apaļā galda diskusijas „Cilvēktiesības un eitanāzija Latvijā” npublicētie materiāli.

<sup>734</sup> Turpat.

<sup>735</sup> Benatar D. Assisted Suicide, Voluntary Euthanasia, and the Right to Life. Grām.: The Right to Life and the Value of Life. Orientations in Law, Politics and Ethics. England: Ashgate, 2010, p.301.

<sup>736</sup> Janule P. Cilvēka dzīvības izbeigšanas krimināltiesiskā aizsardzība. Jurista Vārds, 2007. 3.aprīlis, Nr.14, 22.lpp.



Paskaidrojot normā ietverto dispozīciju un sankciju saturu, P.Janule norādīja, ka piedāvātajā pantā ir paredzēta atbildība gan par aktīvo, gan arī pasīvo eitanāziju, savukārt par pasīvās eitanāzijas izdarīšanu ir paredzēts bargāks sods tamdēļ, ka cietušais nespēj izteikt savu gribu un eitanāzijas izdarīšana notiek bez viņa piekrišanas.<sup>737</sup>

Lai arī P.Janules centieni norobežot aktīvo brīvprātīgo eitanāziju no pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas, pantu izsakot vairākās daļās, ir vērtējami atzinīgi, tomēr panta analīze atsedz būtiskas dispozīciju un sankciju nepilnības.

Pirmkārt, P.Janule panta pirmajā daļā piedāvā paredzēt atbildību par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, nosakot, ka vainīgā persona ir saucama pie atbildības par neārstējami slimas personas *nomirdināšanu, ja tas noticis pēc cietušās personas lūguma vai ar cietušā piekrišanu, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām fiziskām ciešanām*. Tātad autore minēto panta daļu attiecina uz gadījumiem, kad cietušais ir bijis ne vien rīcībspējīgs, pie samaņas, bet bijis spējīgs arī patstāvīgi paust savu gribu. Šajā sakarībā īpaša uzmanība jāpievērš saiklim „vai”, kas ir ietverts panta pirmās daļas formulējumā. Tieši šis saiklis apšaubā normas pareizību.

Tiesību normas interpretācijas rezultātā modelējas divas situācijas, kādās pēc P.Janules piedāvātā formulējuma, būtu piemērojama minētā panta pirmā daļa.

Pirmā situācija veidotos tad, kad eitanāziju ārstniecības persona veiktu pēc cietušās personas izteikta lūguma un otrā – kad eitanāziju ārstniecības persona veiktu ar cietušā piekrišanu. Tātad jāsecina, ka otrajā gadījumā eitanāzijas veikšanas iniciators būtu tieši ārstniecības persona, nevis pats cietušais. Cietušais tikai būtu izteicis pasīvu piekrišanu eitanāzijas veikšanai un tātad tā nebūtu pacienta sākotnēji radusies griba.

Saistībā ar šo būtiski atzīmēt, ka, ņemot vērā apdraudējuma svarīgumu, iniciatīvai eitanāzijas veikšanai šādos gadījumos, t.i., kad nedziedināmi slima persona ir ne vien rīcībspējīga, pie samaņas, bet ir arī spējīga jebkādiem veidiem un līdzekļiem paust savu gribu, ir jāizriet tikai un vienīgi no šīs personas puses ar nepārprotami izteiktu lūgumu. Ārstniecības persona nevar būt eitanāzijas iniciators. Tāpat nevar uzskatīt par pietiekamu tikai pasīvu personas piekrišanu eitanāzijas pielietošanai pret viņu. Pretējā gadījumā nodarījums būtu jākvalificē saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu kā slepkavība, pat tad, ja tiktu konstatēta līdzcietības pazīme, kas vainīgajam varētu kalpot vienīgi kā atbildību mīkstinošs apstāklis, tiesai nosakot sodu, bet tas neietekmētu kvalifikāciju.

Otrkārt, P.Janule panta pirmās daļas formulējumā nav ietvērusi vārdu „*līdzcietība*”, kas ir obligāta šā noziedzīgā nodarījuma pazīme. Var jau piekrist, ka pie normas interpretācijas šāda pazīme

---

<sup>737</sup> Janule P. Cilvēka dzīvības izbeigšanas krimināltiesiskā aizsardzība. Jurista Vārds, 2007. 3.aprīlis, Nr.14, 22.lpp.

neiztrūktu, un tomēr, lai ievērotu juridisku precizitāti un izslēgtu jebkādu variāciju iespējamību, kā arī, lai praksē izvairītos no liekas normas interpretācijas nepieciešamības, šāds termins būtu iekļaujams panta formulējumā.

Treškārt, P.Janule panta pirmo daļu aicina attiecināt tikai uz tiem gadījumiem, kad vainīgā mērķis ir atbrīvot neārstējami slimu cilvēku *no slimības izraisītām mokošām fiziskām ciešanām*. Pret šādu formulējumu kategoriski jāiebilst, jo autore ignorē psihiskās ciešanas, un, kā jau tas ir uzsvērts promocijas darba 2.nodaļas 1.apakšnodaļas ietvaros, praksē bieži vien pat ārstniecības personām ir grūti norobežot psihiskās ciešanas no fiziskām sāpēm. Izsakot panta pirmo daļu šādā redakcijā, autore sašaurina tās pielietošanu praksē, jo gadījumos, kad cilvēka dzīvība tikusi izbeigta ar eitanāzijas palīdzību un nedziedināma slimība izrietēja nevis no somatiskas, bet psihiskas saslimšanas, nodarījums būtu jākvalificē saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu kā slepkavība, pat tad, ja tiktu konstatēta līdzietības pazīme. Līdz ar to, ir jāuzsver, ka arī psihiskas ciešanas ir pietiekams pamats eitanāzijas lūgumam, ko šajā gadījumā neietekmē tas fakts, ka to esamības un apmēra noteikšana joprojām ir strīdīgs un sarežģīts medicīnas teorijas un prakses jautājums, bet to spējas radīt mokošas sajūtas netiek apstrīdētas.

Ceturtkārt, uzmanība jāpievērš panta otrajai daļai. Lai arī P.Janule, kā jau tas norādīts iepriekš, ar tās palīdzību centusies aktīvo brīvprātīgo eitanāziju norobežot no pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas, pantā paredzot arī otro daļu, pašreizējā tās redakcijā šo mērķi nav iespējams sasniegt. Un saistībā ar šo īpaša uzmanība jāpievērš vārdam „*nomirdināšana*”, ar ko pašlaik krimināltiesību doktrīnā saprot nonāvēšanu.

Promocijas darbā vairākārt ir uzsvērts, ka pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos eitanāzijas veicējs nevis izraisa nedziedināmi slima cilvēka nāvi, bet nenovērš tā slimības izraisītās nāves iestāšanos, lai gan šāda iespēja pastāvēja. Tamdēļ jautājums par to, vai pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos cietušais ir nonāvēts, joprojām ir strīdīgs. Domājams, minētās eitanāzijas formas un tā veida gadījumos terminoloģiski precīzāk būtu lietot terminu „*dzīvības uzturoša atbalsta nesniegšana vai pārtraukšana*”, kas norisinās aiz līdzietības pret nedziedināmi slimu cilvēku. Minētā apsvēruma dēļ P.Janules piedāvātā panta otrā daļa ir attiecināma tikai uz aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumiem, kad ārstniecības persona ar savām aktīvām darbībām izraisa nedziedināmi slima cilvēka nāvi, ievadot tā organismā nāvējošu medikamentu devu, nesāņemot uz to lūgumu.

Panta otrās daļas sakarībā atkārtoti jāvērš uzmanību tajā ietvertiem vārdiem – „*piekrišanu eitanāzijai*”, kuru lietošana eitanāzijas problēmas kontekstā, kā jau tas uzsvērts iepriekš, nav pieļaujama.

Un, visbeidzot, piektkārt, P.Janules piedāvātā panta projekta trešās daļas sakarībā drīzāk jāmin piezīme, nevis kritika, tajā paredzot atbildību vispārējam subjektam un palielinot sankcijas apmērus, nav izprotams to pamatojums, vēl jo vairāk tamdēļ, ka autore to nepaskaidro. Domājams, jautājums par to, vai, nosakot atbildību par eitanāziju, būtu jānosaka arī subjektu un to atbildības savstarpēja nošķiršana, ir strīdīgs un vismaz pašlaik tā nepieciešamība nerod sev loģisku pamatojumu.

Kā pēdējā piezīme būtu jāmin, ka P.Janule nav ņēmusi vērā atlikušās divas eitanāzijas formas, t.i., ārsta asistēto pašnāvību un asistēto pašnāvību, kuru tiesisko risinājumu problemātikai autore savu uzmanību nepievērš.

Savā promocijas darbā P.Janule ir pilnveidojusi minētā panta projektā paredzēto formulējumu un aicina Krimināllikuma XII nodaļu „Nonāvēšana” papildināt ar jaunu 122.<sup>1</sup>pantu „Nonāvēšana aiz līdzietības”, to izsakot šādā redakcijā:

*„(1) Par neārstējami slimas personas nonāvēšanu pēc viņas lūguma, ko aiz līdzietības izdarījusi ārstniecības persona nolūkā atbrīvot cietušo no slimības izraisītām mokošām fiziskām ciešanām, -*

*(2) Par neārstējami slimas personas, kas atrodas stāvoklī, kurā tai nav iespēju izteikt savu gribu vai piekrišanu attiecībā uz eitanāziju, nonāvēšanu aiz līdzietības, ko izdarījusi ārstniecības persona nolūkā atbrīvot cietušo no slimības izraisītām mokošām fiziskām ciešanām, -*

*(3) Par panta pirmajā vai otrajā daļā norādītajām darbībām, ja to izdarītājs nav ārstniecības persona, - ”<sup>738</sup>*

Tomēr arī uz minēto panta redakciju ir attiecināmas vairākas no iepriekšējām piezīmēm, kas netiks atkārtotas, atzīmējot vien to, ka šādu normas redakciju atbalsta arī Krievijas juriste O.Kapinusa<sup>739</sup>, savukārt A.Gabrijeļans, atbalstot šādu koncepciju<sup>740</sup>, promocijas darbā piedāvā savu 116.<sup>1</sup> panta redakciju, izsakot to šādi:

*“(1) Par tīšu nonāvēšanu, kas izdarīta saskaņā ar neārstējama slimnieka lūgumu, ko izdara ārstniecības persona aiz līdzjūtības motīva pret slimnieku ar mērķi izbeigt fiziskās un psihiskās ciešanas, ko izraisa neārstējamas slimības terminālā stadija, -*

*sodāma ar brīvības atņemšanu uz laiku līdz trim gadiem, atņemot tiesības nodarboties ar ārstniecību uz laiku līdz pieciem gadiem vai bez tās.*

*(2) Par tādām pašām darbībām, ja to izdarījušas citas personas, -*

<sup>738</sup> Janule P. Cilvēka dzīvības aizsardzības krimināltiesiskie aspekti. Promocijas darbs. Rīga, 2012, 207.lpp.

<sup>739</sup> Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006, с.257.

<sup>740</sup> Габриелян А. Уголовно – правовая характеристика убийства по мотиву сострадания (эвтаназии). Административā un kriminālā justīcija, 2011, Nr.1, 24.lpp.

*soda ar brīvības atņemšanu uz laiku no diviem līdz pieciem gadiem.*<sup>741</sup>

Nepievēršot uzmanību panta daļās ietverto dispozīciju stilam, normas saturs rada vairākus iebildumus pēc būtības.

Nevar piekrist autora iecerei normas saturu attiecināt tikai un vienīgi uz tiem nedziedināmi slimiem cilvēkiem, kuri atrodas slimības terminālā stadijā. Kā noskaidrots promocijas darba ietvaros, mokošas sāpes un ciešanas var piemist arī slimības agrīnajās stadijās un to raksturs, lokalizācija, kā arī veids, t.i., fiziskas vai psihiskas, var radīt ne mazums ciešanu, kas kalpo par pamatu personas subjektīvam lēmumam, ka tieši viņai tās kļuvušas mokošas, no kā izriet tās vēlākais lūgums ārstniecības vai jebkurai citai fiziskai personai izbeigt tās ar aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas palīdzību. Pretējā gadījumā, ieviešot Krimināllikuma struktūrā normu ar šādu dispozīciju, tās darbība būs ierobežota ar atliekošu nosacījumu iestāšanos, proti, kvalifikācijas brīdī medicīnas ekspertiem un tiesību piemērotājiem būs obligāti jāiegūst pierādījumi tam, ka nonāvētā aiz līdzcietības persona uz nodarījuma izdarīšanas brīdi bija slimības terminālā stadijā, un iztrūkstot šādam secinājumam, nodarījums būs jākvalificē nevis kā eitanāzija, bet kā slepkavība, atbildība par ko paredzēta Krimināllikuma 116.pantā, savukārt līdzcietības motīvs varēs kalpot vienīgi kā atbildību mīkstinošs apstāklis pie soda noteikšanas, bet tas neietekmēs pašu nodarījuma kvalifikāciju.

Respektējot normas projekta autora subjektīvo viedokli ikvienu eitanāzijas formu tās nebrīvprātīgā veidā turpmāk skatīt ārpus eitanāzijas institūta un neattiecināt uz „*vieglo nāvi*”, kas plašāk tika analizēts promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 2.apakšpunktā, tomēr nevar atstāt bez ievērības apstākli, ka šādas doktrīnas apstākļos eitanāzijas veicēja motīvs un mērķis tiek nepamatoti ignorēts, aktualizējot retorisku jautājumu, vai pie šāda tiesiskā regulējuma tiks sasniegts krimināltiesiskais taisnīgums eitanāzijas juridiski korektam neregulējumam?! Un diezin vai tā taisnīgs un atbilstošs risinājums būs sasniegts ar Krimināllikuma 47.pantu, kur uzskaitīti atbildību mīkstinošie apstākļi, papildinot ar līdzcietības motīvu un cietušā lūgumu.<sup>742</sup>

Piekrītot to tiesību zinātnieku viedoklim, ka eitanāzija Latvijā nav jālegalizē<sup>743</sup>, lai pamatotu savu viedokli un izteiktu priekšlikumus par nepieciešamību Krimināllikumā veikt jaunus un mūsdienu tendencēm atbilstošus grozījumus eitanāzijas jautājumā, ar mērķi izveidot juridiski korektu tiesisko regulējumu, vispirms ir jānoskaidro, vai aktīvai brīvprātīgai eitanāzijai, aktīvai un pasīvai

<sup>741</sup> Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014, 207.lpp.

<sup>742</sup> Turpat.

<sup>743</sup> Sk., piemēram: Janule P. Cilvēka dzīvības izbeigšanas krimināltiesiskā aizsardzība. Jurista Vārds, 2007. 3.aprīlis, Nr.14, 22.lpp.; Janule P. Cilvēka dzīvības aizsardzības krimināltiesiskie aspekti. Promocijas darbs. Rīga, 2012, 58.lpp.; Габриелян А. Уголовно – правовая характеристика убийства по мотиву сострадания (эвтаназии). Administratīvā un kriminālā justīcija, 2011, Nr.1, 21.lpp.

nebrīvprātīgai eitanāzijai piemīt tāds kaitīgums, kas ļauj tās vispār atzīt par kriminālsodāmiem nodarījumiem, vai tās no krimināltiesību viedokļa būtu nošķiramas ne vien savstarpēji, bet arī no citiem tīšas nonāvēšanas veidiem un vai asistētā pašnāvība atzīstama par noziedzīgu nodarījumu, un vai par patstāvīgu.

Kā zināms, noziedzīga nodarījuma jēdziena oficiāls skaidrojums ir sniegts Krimināllikuma 6.panta pirmajā daļā, kurš nosaka, ka „Par noziedzīgu nodarījumu atzīstams ar nodomu (tīši) vai aiz neuzmanības izdarīts kaitīgs nodarījums (darbība vai bezdarbība), kurš paredzēts šajā likumā un par kura izdarīšanu draud kriminālsods.” Tomēr minētā panta formulējums neatklāj pilnībā tās pazīmes, pēc kurām var noteikt, vai konkrētais nodarījums var tikt atzīts par noziedzīgu. Saistībā ar šo jāpiekrīt tiesību zinātnieka U.Krastiņa viedoklim, ka ikviena noziedzīga nodarījuma gadījumos ir obligāti jākonstatē – darbība vai bezdarbība, kaitīgums, prettiesiskums, vaina un sodāmība.<sup>744</sup> Salīdzinot tās ar aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, ārsta asistēto pašnāvību un asistēto pašnāvību raksturojošām pazīmēm nākas secināt, ka daļa no noziedzīgu nodarījuma pazīmēm tām šobrīd nevar piemist vien tamdēļ, ka likumdevējs nav sniedzis savu vērtējumu analizējamā jautājumā, un pašlaik uz tām var būt attiecināmas tikai tādas pazīmes kā darbība vai bezdarbība, kaitīgums un vaina. Ievērojot to, ka katra eitanāzijas forma un tās veids ir apveltīti ar unikālām to raksturojošām pazīmēm un, lai izsekotu argumentācijas un to pamatojumu pēctecībai, analizējamās problēmas sakarībā analīze jāuzsāk ar aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas apskatu.

Kā izriet no promocijas darba 1.nodaļas 2.apakšnodaļas 3.apakšpunktā paredzētā aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas jēdziena skaidrojuma, tā izpaužas ārstniecības vai jebkuras citas personas aktīvā iedarbībā uz nedziedināmi slima cilvēka ķermeni, ar jebkādiem līdzekļiem un paņēmieniem, kas praksē parasti izpaužas, intravenozi ievadot tā organismā nāvējošu medikamentu devu, kā rezultātā nekavējoties vai īsā laika posmā, kas tiešā cēloņsakarībā atkarīgs no lietotiem medikamentiem un to daudzuma, kā arī no cilvēka organisma individuālām spējām, iestājas nāve. Tādējādi eitanāziju veicošā persona pašrocīgi izpilda eitanāzijas aktu līdz brīdim, kad iestājas šīs sekas, tai laikā, kad pašas nedziedināmi slimas personas darbības galvenokārt vienmēr raksturojas ar izteiktu pasivitāti, aprobežojoties vien ar lūguma izteikšanu. Tātad, minētās eitanāzijas formas un tās veida gadījumā nonāvēšana aiz līdzcietības norisinās „*vieglo nāvi*” izraisošās personas aktīvu darbību rezultātā un šajā sakarībā nerodas šaubas par to, ka persona rīkojas apzināti, paredzot sekas, t.i., lai arī aiz līdzcietības, un tomēr, ka iestāsies citas personas nāve. Turklāt persona vēlas šo sevišķi kaitīgo seku iestāšanos, lai

---

<sup>744</sup> Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 62.lpp.

tādējādi atbrīvotu nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un līdz ar to ir vainojama nodarījumā.

Ievērojot to, ka šāds nodarījums vistiešākajā veidā apdraud svarīgāko krimināltiesību aizsargājamo interesi – cilvēka dzīvību, tā kaitīguma pakāpe nenoliedzami vērtējama kā augsta. Ne velti jau savulaik U.Krastiņš ir norādījis, ka „**Nodarījuma kaitīgums** ir svarīgākā noziedzīga nodarījuma pamatīpašība, kas izpaužas kā [...] atsevišķu personu pašu nozīmīgāko interešu apdraudējumā tādā mērā, ka pret šo apdraudējumu nepieciešams vērsties ar krimināltiesību represijām”<sup>745</sup> jeb citiem vārdiem, „[...] to esamība dod pamatu darbības vai bezdarbības kriminalizācijai.”<sup>746</sup> Un te ir īpaši jāuzsver, ka cilvēka dzīvības nopietnākais apdraudējums ir tieši nonāvēšana, neatkarīgi no tā, vai tā izpaužas līdzcietībā vai citu motīvu dēļ, jo ar nodarījumu radītās sevišķi kaitīgās sekas ir neatgriezeniskas vien tamdēļ, ka dzīvībai nav ekvivalenta. Līdz ar to var secināt, ka aktīvai brīvprātīgai eitanāzijai kā nodarījumam piemīt tādas noziedzīgu nodarījumu raksturojošās pazīmes kā darbība, kaitīgums un vaina, kurš būtu sodāms tikai un vienīgi kriminālā kārtā. Savukārt cietušā lūgums, kas faktiski leģitimizē kaitējuma nodarīšanu savām interesēm, var kalpot tikai kā soda apmēra samazināšanas apstākļi.

Jau 1903.gada Sodu likumu 460.panta komentāros pazīstamais Krievijas jurists Nikolajs Tagancevs (*H.C.Таганцев*; 19.02. vai 03.03.1843. – 22.03.1923.) rakstīja, ka, sagatavojot Sodu likumu projektu, tika atzīts, ka starp slepkavību pēc cietušā pieprasījuma un vienkāršu citas personas tīšu prettiesisku nonāvēšanu (slepkavību) pastāv būtiska atšķirība, kas pirmajā gadījumā pieprasa ievērojami mazināt soda apmēru.<sup>747</sup> Tai pat laikā, kā izriet no komentāriem, slepkavības aiz līdzcietības gadījumā jākonstatē piecas obligātās un tai raksturīgās pazīmes, kas ļauj to norobežot no citiem noziedzīgiem nodarījumiem, kas apdraud cilvēka dzīvību, proti:

- 1) cietušais ir izteicis pats lūgumu izbeigt tā dzīvību un tā ir bijusi viņa, nevis vainīgā iniciatīva;
- 2) cietušais lūguma izteikšanas brīdī ir bijis pieskaitāms vai arī vainīgais viņu maldīgi uzskatījis par pieskaitāmu;
- 3) cietušā lūgums ir bijis uzstājīgs, t.i., nav bijis balstīts uz mirkļa iedomām, bet tas ir ticis atkārtots arī pēc vainīgā pretargumentiem un iebildumiem, kas izteikti cietušajam;
- 4) nonāvēšana izdarīta aiz līdzcietības pret cietušo, nevis citu iemeslu dēļ;

<sup>745</sup> Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 63.lpp.

<sup>746</sup> Krastiņš U. Noziedzīga nodarījuma sastāvs un nodarījuma kvalifikācija. Teorētiskie aspekti. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2014, 99.lpp.

<sup>747</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: Издание Н.С.Таганцева, 1904, с.620.

5) slepkavība veikta aiz līdzcietības pret cietušo, redzot viņa fiziskās vai psihiskās ciešanas, mokošu agoniju, zinot neizbēgamu cietušā nāvi u.tml., ja šī līdzcietība ir bijusi patiesa.<sup>748</sup>

Norobežošanas kritērijs ir saskatāms tieši piektajā punktā. Tā laika likumdevēja uzskati viennozīmīgi atzīstami par inovatīviem.

Arī 1933.gada 24.aprīļa Sodu likumā šāda atšķirība tika ievērota un atzīta, tā 434.pantā formulējot slepkavību uz nogalinātā noteiktu prasījumu un aiz līdzcietības par privileģētu sastāvu.

Analizējot šos divus pantus, jāsecina, ka likumdevējs skaidri norāda tieši uz šā noziedzīgā nodarījuma mīkstinošajām pazīmēm, proti, slepkavība izdarīta uz cietušā lūguma vai pieprasījuma pamata un aiz līdzcietības pret viņu, tādējādi nošķirot to no citiem ar slepkavību saistītiem noziedzīgiem nodarījumiem. Kā norādīts tā laika komentāros, šāda veida noziedzīgs nodarījums, kas veikts pēc paša cietušā uzstājīga lūguma un aiz līdzcietības pret viņu, nepieprasa likumā ietvert stingru sankciju.<sup>749</sup> Arī P.Mincs savā laikā norādīja, ka personas piekrišana, lai viņu nonāvētu, mīkstina nodarījuma noziedzīgumu, „[...] vēl jo vairāk tāpēc, ka nonāvētā piekrišana psiholoģiski domājama kā viņa *lūgums*, lai cits darītu galu viņa dzīvībai. Tāda lūguma izpildīšana atrod sev attaisnojumu vienīgi *līdzcietībā*, ko sajūt, redzot cilvēku nedziedināmās fiziskās mokās briesmīgi ciešam.”<sup>750</sup> Taču minētais autors vienlaikus norādīja, ka, „[...] ievērojot cilvēka dzīvības neaizskaramības principa neizkustamību, valsts nekādā gadījumā nevar atzīt šāda veida darbību par nenoziedzīgu vai nesodāmu. Tas nav arī vēlams kriminālpolitisku apsvērumu dēļ.”<sup>751</sup> Un arī tas, ka Latvijas likumdevējs, ietverot Krimināllikumā šādu privileģētu slepkavības sastāvu, paredzētu mazāk bargu sodu par to, salīdzinājumā ar Krimināllikuma 116.pantā paredzēto, nekādā ziņā nenozīmētu, ka valsts mazinātu savu pienākumu vai atteiktos no pienākuma aizsargāt ikviena tiesības uz dzīvību, kas nostiprinātas Latvijas Republikas Satversmē. Šādas normas ietveršana tikai ieviestu juridisko korektumu Krimināllikuma struktūrā, vienlaikus, kas ir ne mazāk svarīgi, tiktu ievērota juridiskā ētika eitanāzijas kā noziedzīga nodarījuma problēmā.

Šāda veida nonāvēšana, t.i., *aktīvā brīvprātīgā eitanāzija*, raksturojas ar vairākām, tikai tai piemītošajām pazīmēm, kas tad ļaus to norobežot no citiem tīšas nonāvēšanas veidiem.

---

<sup>748</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г.: Съ мотивами, извлечёнными из объяснительной записки редакционной комиссии, представления Мин. Юстиции въ Государственной Советъ и журналовъ.- особаго совещания, особаго присутствия департаментовъ и общаго собрания Государственного совета. Издание Н.С. Таганцева. С.-Петербургъ: Государственная типография, 1904, с.620.-621.

<sup>749</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: Издание Н.С.Таганцева, 1904, с.619.

<sup>750</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitate, 1939, 207.lpp.

<sup>751</sup> Turpat.

Pirmkārt, jau iepriekš akcentētā vainīgās personas rīcības motivācija, proti, *līdzcietība*. Izvērtējot slepkavības, par kuras izdarīšanu paredzēta atbildība saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, un aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas kā noziedzīga nodarījuma raksturu, nevar neatzīt, ka šāda atšķirība motivācijā pastāv. Lai arī abu nodarījumu mērķis ir viens, proti, panākt, lai iestātos citas personas nāve, to motīvi būs atšķirīgi. Ja slepkavības, kas ietverta Krimināllikuma 116.pantā gadījumā, motīvs būs, piemēram, naids, greizsirdība, atriebība, huligāniskās tieksmes u.c., eitanāzijas gadījumā, pieņemot, ka tā tika veikta bez ļaunprātības vai kādu citu apstākļu ietekmē, kas neļautu to kvalificēt saskaņā ar šo pantu, ja šāda norma Krimināllikumā tiktu iekļauta, vienmēr būs tikai un vienīgi līdzcietība pret cietušo un kā vēl viena obligāta šā nodarījuma subjektīvās puses pazīme – nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.

Par šāda motīva pierādījumu varētu kalpot, piemēram, nedziedināmi slima cilvēka slimības vēsture, ārstēšanas laikā izmantotie līdzekļi, metodes un tehnoloģijas, ārstu slēdziens par slimības strauju un neatgriezenisku progresēšanu, kā rezultātā tuvākā laikā pacienta nāve ir neizbēgama, ka pacients izjūt mokošas sāpes un ciešanas, kuras nav iespējams novērst ar citiem līdzekļiem, ārstniecības personu vēlākās liecības utt. Tomēr visos gadījumos, lai to pierādītu, būtu izmantojama tiesu medicīniskā ekspertīze, kas savā atzinumā apstiprinātu, ka cietusī persona tik tiešām atradās dzīvībai bīstamā stāvoklī, ko izraisījis slimības straujais progress, ka slimības dēļ tā izjuta mokošas sāpes un ciešanas, ka izveseļošanās pie pašreizējās medicīnas attīstības pakāpes un praksē izmantojamo tehnoloģiju iespējām tieši šādu slimnieku ārstēšanā būtu neiespējama utt. Te gan jāuzsver, ka sāpēm un ciešanām, kuru izbeigšanai cietušajai personai radās nolūks pārtraukt sava organisma dzīvotspēju, un, kas kalpoja par vienīgo šā nodarījuma mērķi vainīgās personas darbības pamatošanai, jābūt obligāti atzītām par tādām, kas nebija novēršamas ar citiem alternatīviem ārstēšanas līdzekļiem. Pretējā gadījumā kvalifikācijai saskaņā ar šo pantu, ja šāda norma Krimināllikumā tiktu iekļauta, nebūtu iespējama un vainīgās personas darbības būtu jākvalificē saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, savukārt līdzcietības motīvu tiesa varētu ņemt vērā tikai pie soda noteikšanas. Uz šāda motīva esamību noziedzīga nodarījuma izdarīšanas brīdī varētu norādīt arī jebkuri citi lietā iegūtie un nostiprinātie pierādījumi.

Otrkārt, *cietušais ir nedziedināmi slims un izjūt mokošas sāpes un ciešanas*. Šis moments tikko tika analizēts, tāpēc atkārtoti būtu tikai jāuzsver tas, ka, lai šādu faktu, ka cietusī persona bijusi nedziedināmi slima un uz dzīvības izbeigšanas brīdī izjutusi mokošas sāpes un ciešanas, atzītu par pierādītu, izmantojami visi likumā atļautie pierādīšanas līdzekļi.



Treškārt, *cietušā nepārprotami izteikts lūgums*. Ņemot vērā apdraudējuma svarīgumu, nevar uzskatīt par pietiekamu cietušā pasīvu piekrišanu eitanāzijas pielietošanai pret viņu. Šādam lūgumam un iniciatīvai jāizriet tikai un vienīgi no cietušā puses. Lēmumam par šāda lūguma izteikšanu jābūt pieņemtam uz brīvprātības un vispusīgas informētības pamata un ilgstošā laika posmā, nevis pēkšņa uzbudinājuma, impulsa vai depresīva stāvokļa izraisītam. Lai izvairītos no ļaunprātības, cietušajam jābūt uzstājīgam savā lūgumā, neraugoties uz izteiktiem iebildumiem no vainīgās personas puses, pie tam, tiesai šādu lūgumu katrā konkrētā gadījumā ir jākonstatē. Par pierādījumu tam varētu kalpot cietušā rakstveida vai kādā citā tehniskā līdzeklī, piemēram, audio vai videoierakstā fiksēts lūgums pēc eitanāzijas. Protams, arī šādā gadījumā jāiegūst pietiekošs pierādījumu klāsts, kas apstiprinātu, ka lūgums netika izteikts spaidu, draudu, maldu vai kādā citā cietušā neatkarīgas brīvās gribas izpausmes ierobežojuma veidā. Gadījumos, ja kāda no minētajām pazīmēm pie konkrēta nodarījuma sastāva analīzes iztrūkst, noziedzīgs nodarījums būtu jākvalificē saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu kā slepkavība.

Līdzīgi kā aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, arī aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija izpaužas identiskos apstākļos, ar vienīgo atšķirību, ka uz dzīvības izbeigšanas brīdi nav zināma paša nedziedināmi slima cilvēka griba un objektīvu apsvērumu dēļ to nav arī iespējams noskaidrot.

Arī minētās eitanāzijas formas un tās veida gadījumā nonāvēšana aiz līdzcietības norisinās ar vainīgā aktīvām darbībām, paredzot, ka to rezultātā iestāsies cietušā nāve, un persona vēlas šīs sekas, lai šādi aiz līdzcietības atbrīvotu nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un, tāpat, ir vainojama nodarījumā.

Šāda veida nonāvēšana, t.i., *aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija*, līdzīgi kā aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, ja šāds pants būtu iekļauts Krimināllikuma struktūrā, raksturojas ar vainīgās personas rīcības motivāciju – *līdzcietību, cietušā nedziedināmu slimību un vainīgās personas nolūku atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām*, taču ievērojot to, ka šo pazīmju plašāks apskats ir sniegts iepriekš, tās netiks skatītas atkārtoti.

Tomēr kā būtiskākā pazīme, kas tad ļaus aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju norobežot no tās brīvprātīgā veida, ir – *cietušā lūguma neesamība* ne pirms, ne arī eitanāzijas akta izpildes laikā. Te gan atkārtoti būtu jāuzsver, ka cietušā lūguma noskaidrošanas neiespējamībai jābūt pamatotai ar objektīviem iemesliem, t.i., nepietiek ar to, ka vainīgais apzinās, ka cietušais pirms un/vai eitanāzijas izpildes brīdī nav spējīgs paust savu attieksmi vien tamdēļ, ka, piemēram, ārstēšanas procesa ietvaros izmantojamie medikamenti tam radījuši īslaicīgu dezorientācijas sajūtu, miegainību vai bezsamaņas stāvokli u.tml. Minētās eitanāzijas formas un tās veida sakarībā ar objektīviem apstākļiem jāsaprot visi

tie gadījumi, kad nedziedināmi slims cilvēks vēl pirms nonāvēšanas ir neatgriezeniski zaudējis spēju paust savu gribu attiecībā pret viņa ķermeni vērstām darbībām, kas var būt slimības vai arī ikviena cita iemesla izraisīts rezultāts, un savas gribas apliecinājumam nav arī iepriekš atstājis saistošus norādījumus.

Iztrūkstot kādām no šīm pazīmēm, vainīgās personas darbības būtu jākvalificē saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu kā slepkavību pastipriņošos apstākļos, t.i., vainīgajam apzinoties, ka noslepkavotā persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī, savukārt līdzietību, kā jau tas noskaidrots iepriekš, tiesa, atzīstot par pierādītu, var atzīt kā atbildību mīkstinošu apstākli un to ņemt vērā pie soda noteikšanas.

Pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija kvalifikācijas ziņā ir sarežģītākais nonāvēšanas aiz līdzietības veids, ievērojot to, ka tās izpildes ietvaros nāve ir nevis priekšlaicīgi izraisīta, bet netiek novērsta slimības izraisītās nāves iestāšanās, taču sākotnēji nepieciešams noskaidrot, vai šai eitanāzijas formai un tās veidam, līdzīgi kā aktīvās brīvprātīgās un nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, ir saskatāmas ikvienu noziedzīgu nodarījumu raksturojošās, un pirmīt jau uzskaitītās pazīmes.

Lai izvairītos no liekas atkārtošanās, šobrīd koncentrēti būtu jānorāda vien tas, ka minētās eitanāzijas formas un tās veida gadījumos tās izpildītājs pārtrauc vai atturas no kādu noteiktu vai visu uz nedziedināmi slimas personas dzīvības saglabāšanu un mākslīgu tās uzturēšanu vērstu darbību izpildes. Turklāt persona apzinās, ka ar savām aktīvām darbībām vai bezdarbību tā apdraud eitanāzijas aktam pakļautās personas turpmāku organisma dzīvotspēju, un to rezultātā var iestāties cietušā nāve, vēlas šo seku iestāšanos, lai šādi aiz līdzietības atbrīvotu nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un, tāpat, ir vainojama nodarījumā.

Šāda veida nonāvēšana, t.i., *pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija*, raksturojas ar svarīgu pamatsastāva pazīmi, kas tad ļaus to norobežot no aktīvās brīvprātīgās un nebrīvprātīgās eitanāzijas, proti, *dzīvību uzturoša atbalsta nesniegšana vai tā pārtraukšana*. Ar dzīvību uzturošu atbalstu šajā gadījumā jāsaprot ikvienu ārstēšanas līdzekli vai metodi, kas paredzēta nedziedināmi slima cilvēka dzīvības mākslīgai uzturēšanai, piemēram, medikamentu terapija, mākslīga cilvēka organisma nodrošināšana ar barības vielām un šķidrumu, plaušu mākslīgās ventilācijas iekārtas u.tml., bez kurām, atkarībā no cilvēka organisma individuālām spējām, nekavējoties vai drīzumā nenovēršami iestāsies tā nāve. Lai arī cietušā nāve juridiski nav priekšlaicīgi izraisīta, bet gan netika novērsta slimības izraisītās nāves iestāšanās pie nosacījuma, ka tas bija iespējams, starp eitanāzijas akta izpildītāja darbību vai bezdarbību un cietušā nāvi ir acīmredzama cēloņsakarība. Un te gan īpaši jāuzsver, ka krimināltiesību uzdevums ir aizsargāt cilvēka dzīvību neatkarīgi no tā, vai to nodrošina cilvēka organisms patstāvīgi,

vai ar mākslīgo dzīvību uzturošo iekārtu palīdzību līdz brīdim, kad cilvēkam tiek diagnosticēta smadzeņu vai bioloģiskā nāve, jo ar to brīdi vairs nepastāv tās nesējs jeb tiesību un pienākumu subjekts.

Savukārt tādas pazīmes, kā *līdzcietība, cietušā lūguma neesamība, cietušais ir nedziedināmi slimis un izjūt mokošas sāpes un ciešanas*, kuru plašāka analīze sniegta iepriekš, ļaus to norobežot arī no citiem tīšas nonāvēšanas veidiem.

Ņemot vērā augstāk minēto, tiek ierosināts papildināt **Krimināllikuma XII nodaļu „Nonāvēšana”** ar jaunu **122.<sup>1</sup> pantu „Nonāvēšana aiz līdzcietības”**, pantu izsakot šādā redakcijā:

(1) *Par nedziedināmi slimas personas nonāvēšanu aiz līdzcietības pēc tās kategoriska un neatlaidīga lūguma, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, -*

(2) *Par dzīvību uzturoša atbalsta nesniegšanu vai tā pārtraukšanu nedziedināmi slimai personai aiz līdzcietības, vainīgajam apzinoties, ka tā atrodas stāvoklī, kas liedz tai iespēju paust savu gribu, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, ja dzīvību uzturoša atbalsta nesniegšana vai tā pārtraukšana izraisījusi nāvi, -*

(3) *Par panta pirmajā daļā paredzēto nodarījumu, ja tas izdarīts, vainīgajam apzinoties, ka persona atrodas stāvoklī, kas liedz tai iespēju paust savu gribu, -*

Kā redzams no panta formulējuma, tam paredzētas trīs daļas. Panta pirmajā daļā paredzēta atbildība par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, panta otrajā daļā par pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju un panta trešajā daļā par aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju. Saistībā ar šo jānorāda, ka panta konstrukcija ir veidota, ievērojot principu, ka pirmajā daļā tiek paredzēta atbildība par mazāk kaitīgu nodarījumu, nekā tas ir nākamajās panta daļās.

Ievērojot to, ka sankciju noteikšana ir likumdevēja prerogatīva, tās projektā netiek norādītas, tomēr sankciju sakarībā ir jānorāda, ka, pie sodu un to apmēru noteikšanas, jāievēro princips, ka sodam jābūt, pirmkārt, taisnīgam un, otrkārt, adekvātam noziedzīga nodarījuma raksturam. Kā savulaik norādījis Krievijas tiesību zinātnieks Vasīlijs Maļcevs (*В.С.Мальцев*): „[...] katrs taisnīgs sods liecina par valsts spēju sodīt noziedzniekus, par tās izlēmības demonstrēšanu aizskarto vērtību un attiecību atjaunošanā, par noteiktas pārliecības formēšanu pilsoņu dzīvības aizsargātībā.”<sup>752</sup>

Kā jau tas norādīts iepriekš, ir svarīgi, pirmkārt, aktīvo brīvprātīgo eitanāziju nošķirt no slepkavības, kuras motīvs nav līdzcietība, un atbildība par ko paredzēta Krimināllikuma 116.pantā, savukārt aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju no slepkavības pastiprinošos apstākļos, vainīgajam

<sup>752</sup> Мальцев В. Цели уголовного наказания. Уголовное право, 2010. Ноябрь – декабрь, №6, с.37.

apzinoties, ka cietušais ir bezpalīdzības stāvoklī, un atbildība par ko paredzēta Krimināllikuma 117.panta 2.punktā, kuras motīvs arī nav saistīts ar līdzcietību, un, otrkārt, ievērot šo eitanāzijas formu un to veidu savstarpēju nošķiršanu atkarībā no cietušās gribas esamības un vainīgās personas atbildības pakāpes pret sekām. Līdz ar to, ietverot Krimināllikumā 122.<sup>1</sup> panta trijās daļās atšķirīgus noziedzīgus nodarījumus ar privileģētiem sastāviem, vienlaikus jāparedz arī to sankcijās soda apmēru samazinājums, salīdzinājumā ar tiem, kas pašlaik ir paredzēti Krimināllikuma 116.pantā un 117.pantā. Tādējādi netiek noliegts, ka aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija ir vieni no nonāvēšanas veidiem, par kuriem būtu jāparedz kriminālsods, bet tai pašā laikā tiktu atzīts, ka noziedzīgi nodarījumi izdarīti mīkstinošos apstākļos, pamatojoties uz ko soda apmēri ir samazināmi.

Soda apmēru diferenciacija jāparedz arī šo noziedzīgo nodarījumu starpā, kā bargāko paredzot par aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, tad par pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju un kā zemāko jānosaka par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju. Vienlaikus, kas ne mazāk svarīgi, sankcijās būtu jāparedz arī papildsods – tiesību ierobežošana, kas attieksies uz tiem gadījumiem, ja noziedzīgo nodarījumu būs izdarījis speciālais subjekts. Savukārt tiesa, individualizējot katru gadījumu atsevišķi, būs tiesīga izvēlēties nepieciešamo ierobežojumu, to apjomu un ierobežojumu piemērošanas ilgumu.

Ieviešot šādu pantu Krimināllikumā, nav nepieciešamības veikt grozījumus citos normatīvajos aktos. Piemēram, jau tagad ārstniecības personas atbildība paredzēta Ārstniecības likuma 36.pantā, kā arī Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra Noteikumu par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām Nr.60 8.punktā, savukārt cilvēka smadzeņu nāves jautājums ir atrunāts Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumu Nr.215 „Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai” 2.punktā. Tomēr normatīvo aktu harmonizācijas nolūkos, atsevišķos Latvijas normatīvos aktos būtu jāparedz ārstniecības personu tiešs eitanāzijas praktizēšanas aizliegums, kas tiks noformulēts darba kopsavilkumā.

Var pieļaut, ka priekšlikumam ieviest šo jauno Krimināllikuma normu atradīsies oponenti, savu noraidošo attieksmi argumentējot ar Krimināllikuma 47.panta (Atbildību mīkstinošie apstākļi) otrajā daļā ietverto norādi, ka, „Nosakot sodu, par atbildību mīkstinošu apstākli var atzīt arī citu ar izdarīto noziedzīgo nodarījumu saistītu apstākli, kurš šajā likumā nav paredzēts.” Taču tam var izvirzīt divus pretargumentus:

1) Krimināllikuma 47.pantā minētie un citi atbildību mīkstinošie apstākļi var ietekmēt tiesas nosakāmo sodu, bet nevis pašu nodarījuma kvalifikāciju. Varētu jau it kā piekrist, ka, nosakot sodu arī par Krimināllikuma 116.pantā un 117.panta 2.punktā paredzēto slepkavību izdarīšanu, tiesa

var ņemt vērā visas tās pazīmes, kas raksturo eitanāzijas deliktu un atzīt tās par atbildību mīkstinošiem apstākļiem, taču tad likuma formulējumā ietverto vārdu “*var atzīt*” vietā būtu jābūt vārdam “*atzīst*”. Iztulkojot šo tiesību normu ar gramatisko metodi, atklājas, ka likums tiesai piešķir šādu tiesību, nevis uzliek par pienākumu. Līdz ar to, tā ir tikai varbūtības forma, ka tiesa vainīgās personas motīvu – līdzcietību ņems vērā;

2) kas ir pats galvenais, piedāvātā risinājuma variantā šo eitanāziju formu un to veidu kā noziedzīgu nodarījumu pazīmes jau tiktu iekļautas panta daļu dispozīcijās, tātad, noteiktu noziedzīgu nodarījumu kvalifikāciju, un ļautu tos norobežot no Krimināllikuma 116.pantā un 117.panta 2.punktā paredzētajiem.

Iespējams, kā arguments pret šādu ierosinājumu var tikt minēts, ka tik detalizēta eitanāzijas formu savstarpēja nošķiršana nav paredzēta arī ārvalstu krimināllikumos, tomēr šeit jāuzsver, ka krimināltiesības ir katras valsts nacionālas tiesības un to savstarpēja saskaņošana nav nepieciešama. Turklāt tiesību doktrīna analizējamā jautājumā joprojām ir attīstības stadijā, kas bieži vien izpaužas pragmatiskā normatīvā regulējuma paredzēšanā vai tā neesamībā.

Nevar izslēgt, ka var tikt oponēts ar tiesu prakses neesamību šādu kategoriju lietās, uz ko var pretargumentēt, ka atbilstoša un taisnīga tiesiskā regulējuma izveidei nav jābūt atkarīgai no judikatūras esamības vai neesamības, izvairoties no situācijas, kad eitanāzijas problēma tiesiski tiek risināta vien tad, kad tiek reģistrēts pirmais šāda veida noziegums.

Pievēršoties pēdējo eitanāzijas patstāvīgo formu problemātikas apskatam, t.i., ārsta asistētai pašnāvībai un asistētai pašnāvībai<sup>753</sup>, jānorāda, ka daudzviet pasaulē, kā jau tas norādīts promocijas darba 4.nodaļas 1.apakšnodaļas 3.apakšpunktā, likumdevēji savos kriminālkodeksos vienlaikus ir ietvēruši ne tikai pantus, kas paredz atbildību par nonāvēšanu aiz līdzcietības un pēc cietušā lūguma<sup>754</sup>, bet arī pantus par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā. Tādējādi šo valstu likumdevēji norāda uz to, ka pastāv nepieciešamība arī šos noziedzīgos nodarījumus savstarpēji nošķirt, jo, lai arī to nolūks un motīvs ir vienāds, atšķirībā no aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas, asistētās pašnāvības gadījumā nāve iestājas pašas cietušās personas aktīvu darbību rezultātā, kas pieprasa soda apmēra samazināšanu. Nebūs lieki atkārtot, ka šāds normatīvais regulējums savulaik bija paredzēts arī Latvijā 1903.gada Sodu likumos un arī 1933.gada Sodu likumā. Tomēr aiz apsvēruma, ka šobrīd tiesiskā regulējuma asistētās pašnāvības jautājumā mūsu valstī nav un šādas darbības nav atzīstamas par noziedzīgu nodarījumu, t.i., šāda nodarījuma izdarījušās personas saukšanai pie kriminālatbildības nav likumīga pamata, sākotnēji

<sup>753</sup> Tā kā ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība, kā divas patstāvīgas eitanāzijas formas atšķiras vienīgi pēc subjekta, to analīzes ietvaros subjekta jautājums netiks akcentēts un tekstā tiks lietots apzīmējums „*asistētā pašnāvība*”.

<sup>754</sup> Tā kā ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība var realizēties tikai tās brīvprātīgā veida gadījumos, to kopīgās un atšķirīgās pazīmes tiks salīdzinātas tikai ar aktīvo brīvprātīgo eitanāziju.

ir nepieciešams noskaidrot, vai arī asistētai pašnāvībai piemīt ikvienam noziedzīgam nodarījumam raksturīgās pazīmes, kas to ļautu ierindot Krimināllikumā citu sodāmu rīcību vidū kā patstāvīgu nodarījumu.

Nenoliedzami, asistētās pašnāvības atbalstītājs, salīdzinot to ar aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas izdarītāju, savās darbībās ir būtiski ierobežots, tomēr tikai pateicoties tā dzīvības izbeigšanas procesa ietvaros sniegtajam atbalstam, tiek izraisītas, lai arī aiz līdzcietības, un tomēr, paredzamās un, vienlaikus arī vēlamās, sekas, t.i., nedziedināmi slimas personas nāve. Līdz ar to, cēloņsakarība starp vainīgās personas darbībām un to sekām ir acīmredzama, ko šajā gadījumā neietekmē tas fakts, ka dzīvības izbeigšanu minētās eitanāzijas formas gadījumos vienmēr realizē pati nedziedināmi slimā persona ar savām aktīvām darbībām. Savukārt ievērojot to, ka arī minētais nodarījums apdraud svarīgāko krimināltiesību aizsargājamo interesi – cilvēka dzīvību, tā kaitīguma pakāpe ir atzīstama par sevišķi augstu. Tamdēļ līdzīgi, kā tas pašlaik ir aktīvās brīvprātīgās, aktīvās nebrīvprātīgās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, minētajam nodarījumam piemīt tādas noziedzīgu nodarījumu raksturojošās pazīmes kā darbība, kaitīgums un vaina.

Personas darbības, kura asistē pašnāvībā nedziedināmi slimam cilvēkam, pēc savas būtības veido Krimināllikuma 20.panta ceturtajā daļā paredzēto atbalstīšanu, taču promocijas darbā, analizējot šo eitanāzijas formu, jau tika pamatots, kāpēc šajā gadījumā nav piemērojams līdzdalības institūts, proti, kā likumdevējs, tā arī krimināltiesību teorija līdzdalību, tostarp, arī atbalstīšanu, saista ar citas personas izdarīto noziedzīgo rīcību, kas šajā gadījumā nav konstatējams.<sup>755</sup> Tai pat laikā autora veiktā analīze ļauj secināt, ka personas, kura asistē pašnāvībā, darbības ir prettiesiskas, jo viņa ietekmē nedziedināmi slimu personu uz rīcību, kas ir sabiedrībai nepieņemama, un sekmē ar Krimināllikumu aizsargātas dzīvības saglabāšanas intereses apdraudējumu. Šāda prettiesiska rīcība, kurai piemīt individuālas pazīmes, veido patstāvīgu nodarījumu, kurš, kā to norāda P.Mincs, varētu būt sodāms, „[...] ievērojot no tā draudošās briesmas”<sup>756</sup>, ietverot Krimināllikuma sevišķajā daļā, „*delictum sui generis*” veidā kā sodāmu asistēšanu pašnāvībā.

Jāatzīmē, ka jau 1903.gada Sodu likumu komentāros N.Tagancevs norāda, ka, lai arī pašnāvība un tās mēģinājums nav atzīstamas par noziedzīgām, tas neuzliek liegumu atzīt par sodāmu palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā, kā par patstāvīgu noziedzīgu nodarījumu, kas ir aizliegts, ņemot vērā nodarījuma sabiedrisko bīstamību.<sup>757</sup> Līdzīgu uzskatu pauž arī krimināltiesību zinātnieks Ivans Foiņickis (*И.Я.Фойницкий*; 29.08.1847. – 19.09.1913) norādot, ka atsevišķi pašnāvības

<sup>755</sup> Jau minētais Krimināllikuma 20.pants. Sk.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009, 246.lpp.

<sup>756</sup> Mincs P. Krimināltiesību kurss. Vispārējā daļa. Rīga: autora izdevums, 1934, 246.lpp.

<sup>757</sup> Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: Издание Н.С.Таганцева, 1904, с.622-623.

līdzdalības veidi tiek sodīti kā kriminālpārkāpumi, ņemot vērā valstisko interesi aizsargāt tās iedzīvotājus.<sup>758</sup>

Arī P.Mincs, analizējot pašnāvības nesodāmības jautājumu, norāda, ka „Cita lieta ir svešas personas pašnāvības *pabalstīšana* vai *pierunāšana* uz to, tādēļ ka pabalstītājam vai uzskūditājam iznīcināmā dzīvība ir sveša un likums to apsarga pat pret tā īpašnieka gribu, publiskās interesēs. [...] Šis apsvērums atstāts bez ievērības tikai attiecībā uz pašu pašnāvnieku. No otras puses tiesības kriminalpolitisku apsvērumu dēļ dziļi ieinteresētas priekšstata nostiprināšanā par cita dzīvības neaizskaramību visādos nosacījumos.”<sup>759</sup> Piekrītot P.Mincam, ka „[...] pie pašnāvības noziedzības nevar konstruēt tajā sodāmu līdzdalību”, V.Liholaja savā komentārā norāda, ka likumdevējs atsevišķos gadījumos pamudināšanu veikt tās vai citas darbības, kas varbūt arī krimināli nesodāmas, atzīst par patstāvīgu noziedzīgu nodarījumu.<sup>760</sup> Arī U.Krastiņš atzīmē, ka Krimināllikuma Sevišķajā daļā ir tādas normas, kurās paredzēta atbildība „[...] par citas personas ietekmēšanu uz noteiktu rīcību, kas vairumā gadījumu ir noziedzīga vai arī citādi sabiedrībai nepieņemama.”<sup>761</sup>

Ņemot vērā krimināltiesību teorijā paustās atziņas un to, ka likumdevējs jau vairākās normās (piemēram: Krimināllikuma 77., 81., 82., 83., 172., 173., 232., 251.pants u.c.) atsevišķus līdzdalības gadījumus īpaši paredzējis Krimināllikuma Sevišķajā daļā, līdz ar to atzīstot par patstāvīgiem noziedzīgiem nodarījumiem, palīdzības sniegšanas pašnāvības izdarīšanai kriminalizēšanai nav nedz teorētisku, nedz praktisku šķēršļu, pievienojoties U.Krastiņa teiktajam, ja kāda darbība vai bezdarbība valstī tiek novērtēta kā kaitīga, bet Krimināllikuma Sevišķajā daļā tā nav formulēta un iekļauta kā krimināli sodāma rīcība, tad, lai par to varētu sodīt, ir nepieciešams papildināt Krimināllikumu ar atbilstošu noziedzīga nodarījuma sastāvu.<sup>762</sup> Taču, lai pilnīgāk izprastu atšķirību, kāda pastāv starp nonāvēšanu aiz līdzcietības un pēc cietušā lūguma jeb aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēto pašnāvību, nepieciešams nedaudz atgriezties pie jautājuma par šo divu nodarījumu realizācijas.

Kā jau tas norādīts promocijas darba iepriekšējā sadaļā, aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas objektīvā puse var izpausties tikai kā vainīgās personas aktīva darbība, kas arī izraisa nedziedināmi slimas personas nāvi. Arī asistētās pašnāvības sastāva objektīvā puse var izpausties vienīgi kā aktīva darbība, bet tā izpaužas atšķirīgāk, proti, asistētās pašnāvības izpildes ietvaros, nāve iestājas tikai pašas

<sup>758</sup> Курсь уголовного права. Часть особенная. Посягательства личныя и имущественныя. И.Я.Фойницкаго Издание Четвертое. С.-Петербургъ: Типографія М.М.Стасюлевича, 1901, с.11.

<sup>759</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939, 206.-207.lpp.

<sup>760</sup> Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Ar V.Liholajas komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005., 228.lpp.

<sup>761</sup> Krastiņš U. Krimināltiesību teorijas un prakses problēmas. Grām.: Krastiņš U. Krimināltiesību teorija un prakse: Viedokļi, problēmas un risinājumi 1998-2008. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2009, 34.lpp.

<sup>762</sup> Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 64.lpp.

cietušās personas aktīvas rīcības rezultātā, vainīgajai personai nekādos gadījumos neiejaucoties eitanāzijas aktā, bet pēc būtības veicot tā atbalstīšanu. Pretējā gadījumā ārsta rīcība tiks atzīta par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju. Rezumējot – eitanāzijas gadījumā vainīgā persona ir noziedzīgā nodarījuma izdarītājs, tai laikā, kad asistētās pašnāvības gadījumā – atbalstītājs, kas ļauj secināt, ka aktīvā brīvprātīgā eitanāzija un asistētā pašnāvība ir divi patstāvīgi noziedzīgi nodarījumi. Katrs no nodarījumiem raksturojas tikai ar tam piemītošām pazīmēm, un tieši šis apstāklis, aiz apsvēruma, ka mums tomēr jābūt juridiski korektiem, pieprasa ne vien šos nodarījumus savstarpēji nošķirt, bet arī katram no tiem paredzēt atbilstošu tiesisko regulējumu.

Asistētā pašnāvība, līdzīgi kā tas ir izstrādātajā Krimināllikuma 122.<sup>1</sup> panta „Nonāvēšana aiz līdzcietības” pirmās daļas projektā, arī tiek raksturota ar tādām pazīmēm, kā:

- 1) vainīgās personas līdzcietība pret nedziedināmi slimu cilvēku, kas ir par pamatu vainīgās personas šādas rīcības motivācijai;
- 2) cietušais ir nedziedināmi slim un izjūt mokošas sāpes un ciešanas;
- 3) cietušā nepārprotami izteikts lūgums.

Turklāt asistētā pašnāvība papildus raksturojas ar tādām tikai tai piemītošām pazīmēm, kas tad ļaus to pie normas iztulkošanas norobežot no cita līdzīga noziedzīga nodarījuma, t.i., aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas, proti, ka ārstniecības vai kāda cita persona nedziedināmi slimam cilvēkam tikai:

- 1) sagādājusi pašnāvības izdarīšanai paredzētus rīkus vai līdzekļus vai
- 2) sniegusi informāciju, padomus vai instrukcijas, kā pareizi, izmantojot šos rīkus vai līdzekļus, var izdarīt pašnāvību, vai
- 3) sniegusi morālu atbalstu pirms pašnāvības akta uzsākšanas un/vai tās izpildes brīdī, vai arī
- 4) pieslēgusi pie pašnāvības veikšanai izmantojamās mehāniskās un/vai datorizētas iekārtas.

Savukārt visbūtiskākais asistētās pašnāvības norobežošanas kritērijs no līdzīga, bet, tai pat laikā, atšķirīga noziedzīga nodarījuma, t.i., aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas, ir apstāklis, ka ārstniecības vai ikviena cita persona ne pie kādiem apstākļiem neiejaucas eitanāzijas aktā, kā rezultātā nāve iestājas pašas nedziedināmi slimas personas aktīvas rīcības rezultātā. Turklāt noziedzīga nodarījuma kvalifikāciju neietekmēs apstāklis, ka ārstniecības vai kāda cita persona ir bijusi tikai klātesoša pašnāvības izdarīšanas brīdī, ja vien to darbības tiks raksturotas vienīgi kā pasīva novērošana.

Gadījumos, ja, pie konkrētā noziedzīga nodarījuma sastāva analīzes, kāda no minētajām pazīmēm liecinātu par vainīgās personas aktīvu iejaukšanos dzīvības izbeigšanas procesa norisē, piemēram, persona piepalīdzējusi nedziedināmi slimam cilvēkam ievadīt nāvējošu medikamentu devu,



vai, pašnāvības realizācija procesā radušos komplikāciju dēļ, kas liedz pašnāvniekam patstāvīgi pabeigt sevis nonāvēšanas aktu, izbeidz nedziedināmi slimas personas dzīvību ar letālas injekcijas palīdzību, noziedzīgs nodarījums būtu jākvalificē saskaņā ar izstrādāto Krimināllikuma 122.<sup>1</sup> panta pirmo daļu kā nonāvēšana aiz līdzcietības pēc personas lūguma.

Ņemot vērā augstāk minēto, ir nepieciešams **Krimināllikuma XII nodaļu „Nonāvēšana”** papildināt ar vēl vienu jaunu **122.<sup>2</sup> pantu „Palīdzības sniegšana pašnāvības izdarīšanā”**, izsakot to šādā redakcijā:

*(1) Par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā aiz līdzcietības pēc nedziedināmi slimas personas kategoriska un neatlaidīga lūguma, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām,-*

*(2) Par panta pirmajā daļā paredzētām darbībām, ja nedziedināmi slima persona nav spējīga apzināties ar viņu notiekošās darbības un tās vadīt,-*

*(3) Par panta pirmajā daļā paredzētām darbībām, ja to motīvs nav līdzcietība,-*

Kā redzams no panta formulējuma, tam paredzētas trīs daļas. Panta pirmajā un otrajā daļā ietverot privileģētus asistētās pašnāvības sastāvus, salīdzinot ar nodarījumu, kas paredzēts panta trešajā daļā. Un arī saistībā ar šo ir jānorāda, ka panta konstrukcija ir veidota, ievērojot principu, ka pirmajā daļā tiek paredzēta atbildība par mazāk kaitīgu nodarījumu, nekā tas ir nākamajās panta daļās.

Panta otrajā daļā ietverta to personu krimināltiesiskā aizsardzība, kas nav spējīgas apzināties savu darbību raksturu un tās vadīt, ievērojot principu, ka rīcībnespēja neizslēdz vainīgās personas līdzcietības motīvu. Turpretim panta trešajā daļā paredzēta atbildība par visiem citiem pašnāvības atbalstīšanas gadījumiem, kuru motīvs nav saistīts ar līdzcietību, bet izriet, piemēram, no mantkārības, greizsirdības, naida utt., lai izvairītos no neloģiskas situācijas, kā tas pašlaik, piemēram, ir reglamentēts Lietuvas kriminālkodeksā, kad par asistēto pašnāvību aiz līdzcietības atbildība ir paredzēta, savukārt identisks nodarījums ar atšķirīgu motīvu netiek atzīts par kriminālsodāmu rīcību.

Līdzīgi kā aktīvās brīvprātīgās un nebrīvprātīgās eitanāzijas, kā arī pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, soda noteikšana atstāta izlemšanai likumdevēja ziņā, tomēr pie tā izvērtēšanas būtu jāievēro, ka asistētās pašnāvības gadījumā personas atbildības pakāpe attiecībā pret sekām, kādas iestājušās noziedzīgā nodarījuma izdarīšanas rezultātā, salīdzinot to ar nonāvēšanu aiz līdzcietības un pēc cietušā lūguma, ir mazāka un tāpēc arī sods būtu proporcionāli samazināms. Turklāt, nonāvēšanas aiz līdzcietības gadījumā, līdzīgi kā ikvienas citas eitanāzijas formas un to veidu gadījumos, cietušās personas nāves iestāšanās varbūtība ir daudz lielāka, nekā tas ir pie asistētās pašnāvības, kas jāņem vērā

pie soda apmēra noteikšanas. Minēto atziņu apstiprināja jau 1901.gadā I.Foiņickis, norādot, ka nonāvēšanas pēc cietušā lūguma gadījumā iespēja zaudēt dzīvību ir lielāka nekā pašnāvības gadījumā.<sup>763</sup> Tāpat, pie soda noteikšanas, panta pirmās un otrās daļas sankcijās būtu jāparedz arī papildsods – tiesību ierobežošana, kas attieksies uz speciālo subjektu.

Arī ieviešot šādu pantu Krimināllikumā, tas nepieprasa veikt grozījumus citos normatīvos aktos.

Pabeidzot apskatu eitanāzijas jautājumā, neliela atkāpe jāvelta vēl vienam svarīgam krimināltiesību institūtam, kas analizējamās problēmas sakarībā līdz šim tiesību doktrīnā tā arī nav guvis plašāku analīzi, proti, cietušā piekrišana<sup>764</sup> eitanāzijai kā iespējamais nereglamentēts kriminālatbildību izslēdzošs apstāklis Latvijā, kas promocijas darba salīdzinoši ierobežotā apjoma dēļ, tiks aplūkots visai konspektīvi. Te gan svarīgi piezīmēt, ka, analizējot cietušā piekrišanu eitanāzijai kā nereglamentētu kriminālatbildību izslēdzošu apstākli Latvijā, minētais jautājums var tikt vērtēts tikai un vienīgi aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas kontekstā, kad pirms eitanāzijas akta uzsākšanas rīcībspējīga persona izsaka brīvprātīgu un neatlaidīgu lūgumu par viņas ciešanu izbeigšanu ar eitanāzijas palīdzību.<sup>765</sup> Tieši indivīda gribas ievērošana un pret viņa ķermeni vērsto darbību savstarpēja saskaņošana ar eitanāziju veicošo personu rosina līdz šim tiesību doktrīnā nerisinātu jautājumu – vai eitanāzijas rezultātā nonāvētā persona krimināltiesību kontekstā būtu atzīstama par cietušo, taču visupirms būtu jādefinē, ko tad mūsdienās saprot ar jēdzienu „*cietušais*”.

Kriminālprocesa likuma<sup>766</sup> 95.panta pirmā daļa nosaka, ka „Cietušais kriminālprocesā var būt fiziskā vai juridiskā persona, kurai ar noziedzīgu nodarījumu radīts kaitējums, proti, morāls aizskārums, fiziskas ciešanas vai mantisks zaudējums” un par tādu to, saskaņā ar 96.panta pirmo daļu, atzīst ar izmeklētāja, prokurora vai izmeklēšanas grupas dalībnieka lēmumu, vai arī saskaņā ar 96.panta ceturto daļu tiesa līdz tiesas izmeklēšanas sākumam pirmās instances tiesā, ja tiesai pieteikts šāds lūgums. Vienlaikus Kriminālprocesa likuma 96.panta trešās daļas pirmajā teikumā ir ietverta būtiska atruna, ka „Personu par cietušo var atzīt tikai ar pašas vai tās pārstāvja rakstveida piekrišanu.” No minētā principa secināms, ka cietušais kriminālprocesā var būt tikai tā persona, kurai ne tikai ar noziedzīgu nodarījumu radīts kaitējums aizsargātajām interesēm, bet kura minētā kaitējuma esamību atzīst un vēlas tikt atzītai par cietušo. Savukārt personai nevēloties tikt atzītai par cietušo, tā iegūst liecinieka procesuālo statusu.

<sup>763</sup> Курсь уголовного права. Часть особенная. Посягательства личные и имущественные. И.Я.Фойницкого Издание Четвертое. С.-Петербургъ: Типографія М.М.Стасюлевича, 1901, с.12-13.

<sup>764</sup> Kriminālatbildību izslēdzošo nereglamentēto apstākļu kontekstā jēdziens „*cietušā piekrišana*” netiek lietots burtiskā nozīmē, bet ar tiem apzīmēti gadījumi, kad cietušais vēlas, lai tā likumīgām interesēm tiek nodarīts kaitējums.

<sup>765</sup> Asopa S. Euthanasia and medico – legal aspects. Civil & Military Law Journal. Volume 46. 2010. October – December, No.4, p.269.

<sup>766</sup> Kriminālprocesa likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2005. 11.maijs, Nr.74.

Šāda cietušā institūta izpratne atšķiras no krimināltiesībās valdošā uzskata un to starpā vērojamas principiālas atšķirības.

Atšķirībā no Kriminālprocesa likuma, Krimināllikumā cietušā jēdziena skaidrojums netiek dots un ierasti krimināltiesību doktrīnā ar to saprot jebkuru personu, kuras interesēm ar noziedzīgu nodarījumu radīts jebkāds kaitējums. Faktiski ikviens noziedzīgs nodarījums, atbildība par kuru paredzēta kādā no Krimināllikuma Sevišķās daļas pantiem, apdraud kādas svarīgas valsts aizsargājamas intereses, neatkarīgi no tā, vai tas ir īpašums, manta, personas veselība vai dzīvība utt. Tamdēļ apzīmējumu „*cietušais*” krimināltiesībās lieto plašāk, nekā tas ir kriminālprocesuālajās tiesībās. Turklāt cietušā institūta atšķirība atklājas arī tajos noziedzīgos nodarījumos, kuros cietušais ir vai nu minēts kā nodarījuma sastāva pamatpazīme, vai arī kā kvalificējoša pazīme, kas ne vien raksturo pašu nodarījumu un tā kaitīgumu, bet arī ietekmē vainīgajai personai nosakāmo sodu.

Analizējot cietušā institūtu saistībā ar noziedzīgiem nodarījumiem, kas apdraud cilvēka dzīvību un, šajā sakarībā vērību vēršot nonāvēšanas jautājumam, būtu norādāms, ka, lai arī krimināltiesību izpratnē par cietušo ir atzīstama nonāvētā persona, jo nodarījums bijis vērsts uz viņas dzīvības izbeigšanu, kriminālprocesuālo normu izpratnē par cietušajiem ir atzīstami tā pārstāvji – pārdzīvojušais laulātais, kāds no mirušā augšupejošiem vai lejupejošiem radniekiem, adoptētājs, vai arī pirmās pakāpes sānu līnijas radnieks, lai arī faktiski šīs personas tieši no minētā noziedzīga nodarījuma cietušas nav.

Lai noskaidrotu, vai persona, kas tikusi nonāvēta, balstoties uz tās lūgumu, lai atbrīvotu sevi no nedziedināmas slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, krimināltiesību izpratnē ir atzīstama par cietušo vai tomēr par labuma guvēju<sup>767</sup>, kas tādējādi eitanāziju veicošās personas darbības neļauj atzīt par noziedzīgu nodarījumu, sākotnēji jānoskaidro kriminālatbildību izslēdzošo apstākļu būtība.

Lai arī virknei nodarījumu ir ārēji saskatāmas noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes, ne par kuru katru nodarījumu iestājas kriminālatbildība. Izņēmums nav arī Latvijas krimināltiesības, likumdevējam Krimināllikumā ietverot to apstākļu uzskaitījumu, kas izslēdz kriminālatbildību, turklāt minētais uzskaitījums ir uzskatāms par izsmeļošu. Tā, saskaņā ar Krimināllikuma 28.pantu (Kriminālatbildību izslēdzošo apstākļu veidi) pie tādiem ir pieskaitāmi: nepieciešamā aizstāvēšanās; aizturēšana, nodarot personai kaitējumu; galējā nepieciešamība; attaisnojams profesionālais risks un noziedzīgas pavēles vai noziedzīga rīkojuma izpildīšana.

---

<sup>767</sup> Jēdziens „*labuma guvējs*” tiek lietots juridiskā nozīmē, to nošķirot no morālā vērtējuma, jo, diezin vai, eitanāzija ētiski var būt atzīta par labumu.

Kā izriet no panta formulējuma, cietušā piekrišana nonāvēšanai nav ierindota minēto apstākļu vidū, tomēr diskusijas par tās vērtēšanu Krimināllikumā nereglamentēto apstākļu, kas izslēdz kriminālatbildību, ietvaros Latvijas krimināltiesību doktrīnai nebūt nav sveša. Un tomēr, līdz šim noritējušās diskusijas galvenokārt skar cietušā piekrišanas jautājumu saistībā ar kaitējuma nodarīšanu tā mantai vai veselībai, ārpus detalizētākas analīzes atstājot cilvēka dzīvības jautājumu, kas, pateicoties straujai medicīnas tehnoloģiju attīstībai, kuru rezultātā būtiski mainījušās arī pacienta un ārstniecības personu savstarpējās attiecības un standarti, arvien aktuālāks kļūst ne vien Rietumeiropas valstīm, bet arī pasaulē kopumā, līdz brīdim, kad izaicinājums skars tiesību teorētiķus un praktiķus arī Latvijā, vēl jo vairāk tamdēļ, ka mūsu valstī eitanāzijas jautājumā likumdevējs, kā jau tas vairakkārt ticis uzsvērts promocijas darba ietvaros, līdz šim tā arī nav devis savu vērtējumu.

Līdzīgi kā ikviens cits institūts, arī apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību, Latvijā nav izprasti vienveidīgi un ar katru nākamo kodifikāciju, kas bija spēkā mūsu valsts teritorijā, līdz Saeima pieņēma pašreizējo spēkā esošo Krimināllikumu, tos noteica atšķirīgi. Tā, piemēram, 1903.gada 22.marta Sodu likumos par apstākļiem, kas izslēdz kriminālatbildību, atzina likuma un dienesta pavēles izpildi (44.pants), nepieciešamo aizstāvēšanos (45.pants) un galējo nepieciešamību (46.pants). Līdzīgs tiesiskais regulējums bija ietverts arī 1933.gada Sodu likumā, taču, atšķirībā no Sodu likumiem, likumdevējs ir papildinājis šo uzskaitījumu vēl ar ārkārtējiem apstākļiem, kas piespieduši dienestpersonu pārkāpt pilnvarojumu (43.pants). Cietušā piekrišana kā apstāklis, kas izslēdz kriminālatbildību, minētajos likumos ietverti netika, taču jau tā laika tiesību zinātnieks P.Lejiņš, analizēdams atsevišķus gadījumus, kas nebūtu atzīstami par pretlikumīgiem, min arī cietušā piekrišanu ar būtisku piebildi, ka „[...] ne visos gadījumos piekrišana izslēdz prettiesīgumu. Daži labumi tik svarīgi arī visai sabiedrībai, ka indivīds nedrīkst atteikties no labuma aizsargāšanas. Piem., tāds labums ir dzīvība, un tāpēc indivīds nevar dot piekrišanu sevi nonāvēt (nonāvētāju sodīs).”<sup>768</sup>

Arī KPFSR 1926.gada 22.novembra kriminālkodeksā starp apstākļiem, kas izslēdz kriminālatbildību, minēti vien nepieciešamā aizstāvēšanās un galējā nepieciešamība (13.pants). Identisks regulējums bija paredzēts arī Latvijas PSR kriminālkodeksā, minētos izņēmumus ietverot 13. un 14.pantā. Citi kriminālatbildību izslēdzošie apstākļi pašā likumā ietverti nebija, lai gan, kā norāda A.Niedre, Latvijas publicētajā tiesu praksē jau kopš 1995.gada ir norādīti tādi Kriminālkodeksā nereglamentētie apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību, kā kaitējuma nodarīšana personai sakarā ar

---

<sup>768</sup> Lejiņš P. Krimināltiesības. Rokraksta vietā. Rīga: [B.i.], 1940, 64.lpp.

viņas aizturēšanu un šķietamā aizstāvēšanās.<sup>769</sup> Jautājums par cietušā piekrišanu aktualitāti tiesu praksē tā arī neguva.

Lai lemtu jautājumu par to, vai nonāvēšana pēc cietušā pieprasījuma būtu ierindojama apstākļu, kas izslēdz kriminālatbildību, spektrā, vai arī eitanāzijai būtu piemērojams kāds cits Latvijas tiesībām atbilstošāks tiesiskais regulējums, sākotnēji nepieciešams veikt nelielu ieskatu šo divu institūtu būtībā.

Latvijas likumdevējs nesniedz oficiālu apstākļu, kas izslēdz kriminālatbildību, definīciju, Krimināllikuma 6.panta otrajā daļā atrunājot vien to, ka „Par noziedzīgu nav atzīstams nodarījums (darbība vai bezdarbība), kam ir šajā likumā paredzēta nodarījuma sastāva pazīmes, bet kas izdarīts apstākļos, kuri izslēdz kriminālatbildību.” Kā norāda Andrejs Judins, „Latvijas krimināltiesībās kriminālatbildību izslēdzošo apstākļu institūtu veido atsevišķās tiesību normas, kuras reglamentē personas uzvedību, kas ārēji līdzīga noziedzīgam nodarījumam, bet kurai piemīt pozitīvs sociāls raksturs un kura īstenota, lai sasniegtu sociāli derīgo mērķi.”<sup>770</sup> Savukārt A.Niedre uzsver, ka šādos gadījumos noziedzīgi nodarījumi „[...] izdarīti, pastāvot nosacījumiem, kas pārvērš šos nodarījumus no sabiedrības interesēm kaitīgiem par sabiedrības interesēm derīgiem vai vismaz neitrāliem”<sup>771</sup> un precizē, ka katram no tiem ir raksturīgi savi tiesiskuma nosacījumi.<sup>772</sup> Tātad, apkopojot teorijā pastāvošos skaidrojumus, mūsdienās ar apstākļiem, kas izslēdz kriminālatbildību, būtu jāsaprot izņēmuma gadījumi no krimināltiesībās pastāvoša principa – par katru noziedzīgu nodarījumu vainīgajai personai iestājas kriminālatbildība, ja nodarījuma rezultātā, kas formāli atbilst kādām no Krimināllikuma Sevišķajā daļā paredzētām noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmēm, iegūtais labums ir lielāks par radīto kaitējumu Krimināllikumā aizsargātajām interesēm, un, kas pamatojumu gūst tikai un vienīgi sociāli derīga mērķa sasniegšanā un/vai likumisko interešu aizsardzībā, ja vien ar citiem paņēmieniem un metodēm tas nebija sasniedzams.

Šobrīd ne vien teorijā, bet arī praksē izšķir divu veida apstākļus, kas izslēdz kriminālatbildību – likumdevēja reglamentētos un nereglamentētos. Ja reglamentētos apstākļus likumdevējs uzskaita pašā kriminālatbildību reglamentējošā normatīvā aktā, tad nereglamentētie apstākļi parasti tiek identificēti tiesību doktrīnā. Vadoties no minētās nostādnes, šobrīd aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas jautājums būtu

---

<sup>769</sup> Niedre A. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību. Grām.: U.Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008, 299.lpp.

<sup>770</sup> Judins A. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību Latvijas un citu valstu krimināltiesībās. Rīga: Biznesa augstskola „Turība”, 2006, 12.lpp. Ieskatam var minēt, ka arī Krievijas tiesību doktrīnā ir sniegts līdzīgs apstākļu, kas izslēdz kriminālatbildību, definējums. Sk., piemēram: Словарь по уголовному праву. Борзенков Г.Н., Жалинский А.Э., Здравомыслов Б.В. и др. Москва: Издательство БЕК, 1997, с.293.

<sup>771</sup> Niedre A. III nodaļa. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 1. Vispārīgā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007, 114.lpp.

<sup>772</sup> Turpat.

skatāms vienīgi kriminālatbildību izslēdzošo nereglamentēto apstākļu ietvaros. Tomēr, izvairoties no liekas atkārtošānās, te gan uzreiz jāpiezīmē divi būtiski apstākļi, kas liedz to atzīt par nereglamentētu kriminālatbildību izslēdzošu apstākli Latvijā.

Pirmkārt, aktīvai brīvprātīgai eitanāzijai kā nodarījumam piemīt tādas noziedzīgam nodarījumam raksturīgās pazīmes kā darbība, kaitīgums un vaina. Un, otrkārt, ievērojot to, ka cilvēka dzīvība, kā tas ir daudzās citās demokrātiskās valstīs, arī Latvijā ir viena no svarīgākajām krimināltiesību aizsargājamām interesēm un par katru tās nesankcionētu apdraudējumu iestājas kriminālatbildība, un šis izņēmums ir attiecināms arī uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, par kuru atbildība, kā jau tas noskaidrots promocijas darba iepriekšējā sadaļā, iestājas saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, kā par citas personas tīšu prettiesisku nonāvēšanu bez mīkstinošiem vai pastiprinošiem apstākļiem, minētā eitanāzijas forma un tās veids, ievērojot to, ka ne valsts, ne arī sabiedrība kopumā šāda noziedzīga nodarījuma rezultātā negūst nekādu labumu jeb ar nodarījumu netiek sasniegts sociāli derīgs mērķis, kā tas ir noskaidrots jau iepriekš promocijas darba 3.nodaļas ietvaros, tas, vienlaikus, izslēdz iespēju aktīvo brīvprātīgo eitanāziju uzlūkot kā Krimināllikumā nereglamentētu kriminālatbildību izslēdzošu apstākli. Svarīgi norādīt, ka minētais uzskats bija iesakņojies arī Padomju laika krimināltiesību doktrīnā un, kā atzina Arkādijs Krasikovs (*A.H.Kрасиков*), krimināltiesību zinātnieku vidū nepastāv strīds par to, ka cietušā piekrišana viņa nonāvēšanai nevar būt kriminālatbildību izslēdzošs apstāklis<sup>773</sup>, lai arī tai piemīt tam nepieciešamās pazīmes – cietušā brīvprātīgi izteikta piekrišana par kaitējuma nodarīšanu tās tiesībām un likumīgajām interesēm.<sup>774</sup> Šādai atziņai piekrīt arī mūsu valsts juristi<sup>775</sup>, un A.Judins atzīst, ka „Kaut arī katra persona tiesīga brīvi rīkoties ar savu dzīvību, [...] mūsdienu tiesības neatļauj nonāvēšanu pēc cietušā lūguma vai ar viņa piekrišanu.”<sup>776</sup>

Lai arī aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, vadoties no principiem, kas iesakņojušies mūsu valsts krimināltiesībās, nevar tikt atzīta par apstākli, kas izslēdz kriminālatbildību, līdz šim nedz doktrīnā, nedz arī tiesu praksē nebijušu aktualitāti iegūst jautājums par to, vai minētā noziedzīgā nodarījuma rezultātā nonāvētā persona būtu atzīstama par cietušo. Promocijas darba nosacīti ierobežotā apjoma dēļ plašāka analīze šā jautājuma sakarībā netiks sniegta, atzīmējot vien to, ka, lai arī eitanāzijai pakļautā

---

<sup>773</sup> Красиков А.Н. Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве. [В.в.]: Издательство Саратовского университета, 1976, с.32. Sk. arī: Учебник уголовного права. Общая часть. Бородин С.В., Кудрявцев В.Н., Кузнецова Н.Ф. и др. Москва: Издательство «СПАРК», 1996, с.225.

<sup>774</sup> Баулин Ю.В. Причинение вреда с согласия «потерпевшего» как обстоятельство, исключющее преступность деяния. Харьков: ООО «Кроссруд», 2007, с.40.

<sup>775</sup> Габриелян А. Уголовно – правовая характеристика убийства по мотиву сострадания (эвтаназии). *Administratīvā un kriminālā justīcija*, 2011, Nr.1, 21.lpp.

<sup>776</sup> Judins A. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību Latvijas un citu valstu krimināltiesībās. Rīga: Biznesa augstskola „Turība”, 2006, 213.lpp.

persona nonāvēšanas aiz līdzcietības rezultātā faktiski gūst sev labumu, t.i., lai arī izvēloties galēju līdzekli un ļaujot citai personai sevi nonāvēt, tomēr izbeidz nedziedināmas slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, pašreizēja krimināltiesiskā regulējuma ietvaros to nevar neatzīt par cietušo, jo noziedzīga nodarījuma rezultātā ir iestājušās kaitīgās sekas – personas nāve, šādi pakļaujot aizskārumam Krimināllikumā aizsargātās intereses.<sup>777</sup> Tomēr nākotnes perspektīvā minētais jautājums pieprasa detalizētāku un īpaši rūpīgu izvērtējumu tiesību teorētiķu vidū.

Krimināllikuma struktūras harmonizēšana ir tikai viens no krimināltiesību zinātnieku uzdevumiem. Ievērojami svarīgāk, ir pakļaut reglamentācijai tos noziedzīgos nodarījumus, kas līdz šim tā arī nav guvuši plašāku analīzi, tai laikā, kad to izdarīšanas rezultātā tiek apdraudētas svarīgākās krimināltiesību aizsargājamās intereses, starp kurām kā nozīmīgāko, nenoliedzami, jāmin cilvēka dzīvību. Un minēto jautājumu vistiešākā veidā skar eitanāzijas problēma, kas uzskatāma par izaicinājumu mūsdienu krimināltiesībām, arī Latvijā. Tāpēc tās tiesiskā regulējuma izveide jau sen pieprasa atbilstošu un, kas, jo īpaši nozīmīgi, taisnīgu risinājumu, ievērojot nodarījuma raksturu, apdraudēto interesi un vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām.

Paredzot Krimināllikuma XII nodaļā „Nonāvēšana” atbildību par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, ārsta asistēto pašnāvību un asistēto pašnāvību, normas konstruējot ar privileģētiem sastāviem un ievērojot ne vien nodarījumu savstarpēju nošķiršanu, bet arī vainīgo personu atbildības diferenciaciju atkarībā no to lomas nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas procesā, izmaiņas liecinātu par mūsdienīgu problēmas tiesisko regulējumu tās legalizācijas alternatīvai.

---

<sup>777</sup> Arī J.Černiševa (*Ю.А.Чернышева*) apstrīdot, ka persona, kas dod šādu piekrišanu, ir tiesīga rīkoties ar savu dzīvību, lai iegūtu to vai citu labumu, norāda, ka šāds lūgums nav labums, un, bez tam, tas ir sodāms, jo nedziedināmi slimu nomirdināšana, lai arī pēc to lūguma, valstī ir kriminālsodāma. Sk.: Чернышева Ю.А. Причинение смерти лицу по его просьбе: уголовно – правовое, уголовно – политическое, криминологическое и социально – правовое исследование. Монография. Москва: Издательство «Юрлитинформ», 2011, с.20.

## Kopsavilkums

Autors izvirza aizstāvēšanai šādas tēzes:

1. Nenoliedzot filozofiskās domas ietekmi uz tiesību izpratni, kas laika gaitā akumulējās arī normatīvajos aktos, tomēr jāatzīst, ka eitanāzijas institūta mūsdienu izpratnē rašanās saistāma tikai ar XX gadsimta otro pusi, kad eitanāzijas jautājums kļūst aktuāls medicīnas doktrīnā un praksē, kas skaidrojams ar jaunu intensīvo terapiju metožu izmantošanu ārstniecības procesa ietvaros, nodrošinot ne tikai dzīves ilguma, bet faktiski arī miršanas procesa paātrināšanu. Tieši šajā laika posmā sāk attīstīties pacientu tiesības veselības aizsardzības jomā, kā rezultātā medicīnas ētikā un tiesībās par centrālo kategoriju kļūst pacienta pašnoteikšanās tiesības, starp kurām minamas arī tiesības uz cieņpilnu nāvi, kas paredz aiziešanu no dzīves bez liekām ciešanām un sāpēm. XX gadsimta beigās sāk veidoties arī judikatūra lietās par nedziedināmi slimu cilvēku nonāvēšanu aiz līdzietības vai atbalsta sniegšanu to pašnāvībās, šajā kontekstā kā redzamāko minot Nīderlandi, kas ne tikai likumdošanas ceļā XXI gadsimta sākumā kļuva par pirmo valsti Eiropā, uzsākot vairāku eitanāzijas formu un to veidu praktizēšanu, bet vēl ilgu laiku pirms atbilstoša tiesiskā regulējuma izveides, šādu praksi valstī nodrošinot ar judikatūras atziņu palīdzību.

2. Dažādās zinātņu nozarēs pieejamo „*eitanāzijas*” jēdziena skaidrojumu analīze atklāj vairākus būtiskus trūkumus šā institūta izpratnē – tie ir nepilnīgi, izteikti formāli un galvenokārt balstās uz jēdziena burtisku tulkojumu, neparedzot svarīgākās eitanāzijas formu un to veidu pamatpazīmes – līdzietību un veikto darbību vai pieļautās bezdarbības nolūku – atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Mūsdienīga un juridiski precīza skaidrojuma neesamība nav nemaz tik šķietami nekaitīga, kā sākotnēji var šķist, jo ne tikai veido kļūdainu un nepilnīgu priekšstatu par eitanāziju kā nedziedināmi slimu cilvēku slimības radīto mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanas veidu, bet arī rada grūtības eitanāzijas formu un to veidu identificēšanā un to savstarpējā nošķiršanā. Lai nodrošinātu vienotu eitanāzijas institūta izpratni starpdisciplinārā skatījumā, ir nepieciešams izveidot jaunu jēdziena „*eitanāzija*” definīciju. Tamdēļ tiek ierosināts turpmāk izmantot šādu termina skaidrojumu:

*„Eitanāzija – gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona apzināti aiz līdzietības, veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, ar savu darbību vai bezdarbību izraisa vai veicina nedziedināmi slimas personas nāvi, vai arī nenovērš slimības izraisītu nāvi pēc šīs personas vai viņas pārstāvja izteikta lūguma, vai arī bez minēto personu piekrišanas, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.”*



3. Dažādu zinātņu nozaru „brīvprātīgās eitanāzijas” skaidrojumi liecina par minētā „vieglās nāves” veida nepienācīgu izpratni, galvenokārt to jaucot ar eitanāzijas izpildes formām un attiecinot uz tiem gadījumiem, kad pretēji tās būtībai, nedziedināmi slimas personas dzīvības izbeigšana tiek pamatota nevis ar tās brīvprātīgu un pārdomātu lūgumu, bet gan tikai ar informētību un/vai piekrišanu. Ņemot vērā doktrīnā konstatētās nepilnības un, lai novērstu „brīvprātīgās eitanāzijas” neprecīzus traktējumus un tās attiecināšanu uz gadījumiem, kas faktiski attiecas uz citām dzīvības izbeigšanas formām un neietilpst eitanāzijas jēdzieniskā izpratnē, doktrīnā nepieciešams ieviest vienotu termina skaidrojumu, tajā paredzot obligātas un vienlaikus arī unikālas šim eitanāzijas veidam raksturīgās pazīmes, t.i., iniciatīvu eitanāzijas akta veikšanai, kurai vienmēr jāizriet tikai un vienīgi no šim aktam pakļautā subjekta, un nedziedināmi slimas personas savlaicīgi paustu brīvprātīgu un pārdomātu lūgumu. Saistībā ar minēto tiek ierosināts turpmāk izmantot šādu termina skaidrojumu:

*„Brīvprātīgā eitanāzija – gadījumi, kad pirms eitanāzijas akta uzsākšanas ir saņemts rīcībspējīgas nedziedināmi slimas personas brīvprātīgs un pārdomāts lūgums par tās dzīvības priekšlaicīgu izbeigšanu ar šādas metodes palīdzību, ar mērķi atbrīvot sevi no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, pat ja uz eitanāzijas izpildes brīdi persona vairs nav spējīga apzināties ar viņas ķermeni veikto darbību būtību un to sekas, ja vien lūgumu pēc eitanāzijas viņa savlaicīgi ir nostiprinājusi juridiskā aktā vai tam pielīdzināmā gribas izteikšanas formā, kas ir pārbaudāms un pierādāms, neradot šaubas par tā autentiskumu, un faktiskie apstākļi pilnībā atbilst eitanāzijas veikšanai savulaik norunātiem priekšnosacījumiem.”*

4. Nebrīvprātīgā eitanāzija ir viens no diskutablākajiem „vieglās nāves” veidiem, kas skaidrojams ar tās realizācijas ietvaros nedziedināmi slimas personas lūguma noskaidrošanas neiespējamību, konfrontējot eitanāzijas veicēja interesēm aiz līdzcietības izbeigt slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, ar šim aktam pakļautā subjekta tiesībām uz dzīvību, un tāpēc tiesību doktrīnā arvien biežāk izskanot viedoklim nebrīvprātīgo eitanāziju atzīt par slepkavību. Tomēr, lai arī nebrīvprātīgā eitanāzija mijiedarbībā ar ikvienu citu eitanāzijas formu, ir atzīstama par bīstamāko nedziedināmi slimas personas dzīvības izbeigšanas vai slimības izraisītās nāves nenovēršanas veidu ar visaugstāko kļūdas varbūtību par pieņemtā lēmuma pareizību, kā dēļ tas vienmēr būtu traktējams kā pretlikumīgs, to skatīt ārpus minētā institūta nav pieļaujams. Pretējā gadījumā tiek ignorēta eitanāzijas veicēja rīcības motivācija un tās ietvaros veikto darbību vai pieļautās bezdarbības mērķis, t.i., aiz līdzcietības atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.

5. Ievērojot nebrīvprātīgās eitanāzijas specifiskos izpildes apstākļus, ārvalstu un arī Latvijas medicīnas un tiesību doktrīnā tas radījis virkni kļūdainu pieņēmumu un minētā eitanāzijas

veida nepamatotu attiecināšanu uz tiem gadījumiem, kad mokošas sāpes un ciešanas vai nu nav identificējamas, vai arī cilvēks vairs nav apzīmējams ar jēdzienu „persona”. Šādos gadījumos nedziedināmi slima cilvēka dzīvības izbeigšana vai tā slimības izraisītās nāves nenovēršana *de jure* un *de facto* nav saistāma ar „*vienglo nāvi*”, bet atkarībā no subjekta, kurš veic darbības vai pieļauj bezdarbību, ir vērtējama vai nu medicīnas tiesību kontekstā kā attaisnojama medicīnas prakse, vai arī krimināltiesību zinātnes ietvaros, kas skar citas personas tīšas nonāvēšanas jautājumu. Ņemot vērā, ka ikvienas eitanāzijas formas un tās veida realizācijas viens no obligātiem priekšnoteikumiem ir mokošas sāpes un ciešanas, kuras nedziedināmi slimam cilvēkam ar personības iezīmēm, uz eitanāzijas izpildes brīdi ir jāizjūt, šo objektīvo priekšnosacījumu nostiprināšanai medicīnas un tiesību doktrīnā ir nepieciešams izveidot jauna jēdziena „*nebrīvprātīgā eitanāzija*” definīciju. Līdz ar to tiek ierosināts turpmāk izmantot šādu termina skaidrojumu:

*„Nebrīvprātīgā eitanāzija – gadījumi, kad eitanāzijas akts norisinās apstākļos, kad eitanāzijas aktam pakļautās nedziedināmi slimas personas gribas noskaidrošana objektīvu iemeslu dēļ nav un vairs nebūs iespējama, balstoties uz eitanāzijas veicēja vai ikvienas citas personas subjektīvo vērtējumu par dzīvības izbeigšanas vai slimības izraisītās nāves nenovēršanas nepieciešamību, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.”*

6. Ārvalstu doktrīnu izpēte atklāj nepamatotu un arī nepieļaujamu eitanāzijas veidu spektra paplašināšanu, uz „*vienglo nāvi*” attiecinot tā saucamo „*netīšo eitanāziju*” (*involuntary euthanasia*), ko izmanto tādu gadījumu apzīmēšanai, kad nonāvēšana tiek veikta pret nedziedināmi slimas personas gribu. Minētās nonāvēšanas analīze ļauj secināt, ka tas ir pseidoeitanāzijas veids, kad ar tīšām darbībām un, izmantojot tam atbilstošus līdzekļus, apzināti tiek pārtraukta personas organisma dzīvotspēja gadījumos, kad nonāvētā persona paudusi pretēju gribu, t.i., vēlmi dzīvot, neatkarīgi no tā, vai tobrīd tā slimības vai kādu citu iemeslu dēļ atradies dzīvībai bīstamā situācijā vai nē, un šāda rīcība nedz tiesiski, nedz arī morāli nevar rast attaisnojumu pat vainīgās personas līdzcietības motīvā, un tamdēļ skatāma tikai un vienīgi krimināltiesību ietvaros kā slepkavība.

7. Aktīvās eitanāzijas teorētisko aspektu izpēte atklāj virkni terminoloģisko atšķirību tās skaidrojumos, konstatējot juridiskas neprecizitātes un nepilnības, kas apgrūtina tās korektu izpratni un nošķiršanu no citām darbībām, kuru nolūks ir atbrīvot nedziedināmi slimu personu no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām. Lai izvairītos no termina pārlietu plašas vai, gluži otrādi, sašaurinātas interpretācijas, ir nepieciešams medicīnas un tiesību doktrīnā izveidot jaunu „*aktīvās eitanāzijas*” definīciju. Saistībā ar šo tiek ierosināts turpmāk izmantot šādu termina skaidrojumu:

„**Aktīvā eitanāzija** – gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona aiz līdzcieģības un ar mērķi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, balstoties uz personas lūgumu, vai arī gadījumos, kad šāda lūguma saņemšana vairs nav un nebūs iespējama, pamatojoties uz savu vai ikvienas citas personas subjektīvo vērtējumu, aktīvi iedarbojoties uz slimnieka ķermeni ar jebkādiem līdzekļiem un paņēmieniem, veidā, kas nesagādā papildus sāpes un ciešanas, izraisa pēdējā nāvi.”

8. Praksē aktīvā eitanāzija var būt vai nu brīvprātīga, vai arī nebrīvprātīga, un šo terminu savstarpēja salikuma rezultātā rodas tās divi patstāvīgie veidi – *aktīvā brīvprātīgā eitanāzija (active voluntary euthanasia)* un *aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija (active non-voluntary euthanasia)*. Tomēr doktrīnā tiek aicināts ievērot vēl detalizētāku iedalījumu, par pamatkritēriju izvirzot nodomu – tiešs vai netiešs, kas veido „*tiešu aktīvo eitanāziju*” (*direct active euthanasia*) vai „*netiešu aktīvo eitanāziju*” (*indirect active euthanasia*), un eitanāzijas akta izpildes ietvaros veikto darbību subjektu, kas veido „*pašrocīgo aktīvo eitanāziju*” tajos gadījumos, kad nedziedināmi slima persona sava organisma dzīvotspēju pārtrauc pašrocīgi. Ievērojot to, ka aktīvā eitanāzija, neatkarīgi no tās veida, var tikt veikta tikai ar tiešu nodomu un pēdējai darbībai, kas izraisa nedziedināmi slimas personas nāvi, jāizriet tieši no eitanāzijas veicēja, šāds iedalījums nav pamatots un atzīstams par kļūdainu.

9. Lai gan pašlaik medicīnas teorijā pastāv uzskats, ka jēdziens „*aktīva eitanāzija*” aptver arī jēdzienu „*ārsta asistētā pašnāvība*” (*physician – assisted suicide*), minētās eitanāzijas formas savu unikālo pazīmju dēļ savstarpēji ir nošķiramas un turpmāk atzīstamas par patstāvīgām, jo līdzšinējā koncepcija balstījās uz formālu pamatojumu, par pamatkritēriju izvēloties apstākli, ka gan vienā, gan otrā gadījumā nedziedināmi slimai personai aiziešanā no dzīves kāds asistē – vai nu tā ir ārstniecības, vai arī jebkura cita fiziska persona, to terminoloģiski apvienojot vienā jēdzienā „*asistētā nomiršana*” (*assited dying*), tomēr darbību veicējs, kā rezultātā iestājas personas nāve, vienmēr būs atšķirīgs – asistētās pašnāvības gadījumā tā būs tikai un vienīgi pati nedziedināmi slima persona, tai laikā, kad aktīvās eitanāzijas gadījumā tā vienmēr būs vai nu ārstniecības, vai jebkura cita fiziska persona.

10. Ārsta asistētās pašnāvības un asistētās pašnāvības jautājuma teorētiskā izpēte atklāj, ka doktrīnā tiek ignorētas obligātās šo eitanāzijas formu raksturojošās pazīmes, tādas kā atbalstītāja motīvs un mērķis, un tā asistēšanas procesā pieļaujamās rīcības robežas, kā rezultātā izpratne par šīm „*vieglās nāves*” formām mūsdienās nav vienveidīga, ārvalstu un Latvijas autoriem nereti tās jaucot ar darbībām, kas var tikt attiecinātas vai nu uz aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, vai arī uz citiem tīšas nonāvēšanas veidiem. Lai nodrošinātu vienotu jēdziena izpratni starpdisciplinārā skatījumā, ir nepieciešams izveidot

jaunu „(ārsta) asistētās pašnāvības” definīciju. Saistībā ar šo tiek ierosināts turpmāk izmantot šādu termina skaidrojumu:

*„(Ārsta) asistētā pašnāvība – gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona aiz līdzietības palīdz, asistē, sagādājot līdzekļus, sniedzot padomus un/vai morālu atbalstu nedziedināmi slimai personai pirms pašnāvības akta uzsākšanas un/vai tās izpildes brīdī, vai arī pieslēdz to pie pašnāvības veikšanai paredzētās mehāniskās un/vai datorizētas, vai arī jebkuras citas ierīces, uz kuru pašnāvības izdarītājam fiziski iedarbojoties pašam, tiks izraisīta pēdējā nāve, ar mērķi šādi atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, taču pašnāvības atbalstītājam ne pie kādiem apstākļiem neiejaucoties pēdējā darbībā, kas izraisīs nāvi.”*

11. Pasīvai eitanāzijai šā brīža tiesību doktrīnā galvenokārt izšķir divus patstāvīgus veidus, t.i., brīvprātīgo un nebrīvprātīgo, tomēr ievērojot personas autonomijas principu, kas paredz ikviena rīcībspējīga indivīda tiesības atteikties no turpmākas ārstēšanas vai uzsāktās ārstēšanas pārtraukšanas, un to ievērošanas pienākumu no trešo personu puses, turpmāk pasīvo eitanāziju pieļaujams skatīt tikai un vienīgi tās nebrīvprātīgā veida ietvaros, ar to saprotot:

*„Pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija – gadījumi, kad ārstniecības vai jebkura cita persona apzināti aiz līdzietības, balstoties uz savu vai ikvienas citas fiziskas personas individuāli subjektīvo vērtējumu par šādas metodes izmantošanas pieļaujamību un/vai nepieciešamību, pārtrauc vai atturas no kādu noteiktu vai uz visu nedziedināmi slimas personas dzīvības saglabāšanu un mākslīgu tās uzturēšanu vērstu darbību izpildes, šādi nenovēršot slimības izraisītās nāves iestāšanos, un kā rezultātā minētās sekas arī iestājas, ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām.”*

12. Pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija jānošķir no medicīnas teorijā un praksē aprobētām procedūrām, kuras tiek izmantotas nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes procesa ietvaros, tostarp to atslēgšanu no mākslīgām dzīvību uzturošām iekārtām, par pamatkritēriju izvirzot šo darbību vai pieļautās bezdarbības mērķi un to veicēja nolūku. Pasīvās eitanāzijas gadījumos tās veicēja nolūks ir aiz līdzietības atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, kas viņaprāt iespējams, vien neaizkavējot un nenovēršot slimības izraisītu nāvi, tātad – vēloties nāves seku iestāšanos. Savukārt visos citos gadījumos, kad turpmāka dzīvības uzturošu līdzekļu izmantošana tiek pārtraukta, balstoties uz speciālistu slēdzienu, kurā atzīts, ka šādi līdzekļi zaudējuši savu racionalitāti, nedziedināmi slimas personas nāve ir šo darbību vai pieļautās bezdarbības nenovēršamas un tomēr nevēlamas sekas, nevis to pašmērķis. Minētais noteikums ir attiecināms tikai un vienīgi uz speciālo subjektu, t.i., ārstniecības personu. Ikvienas citas fiziskas personas darbības vai

pieļautās bezdarbības sekas vērtējamas krimināltiesību ietvaros kā nodarījums, kas vērsts pret personas dzīvību vai veselību.

13. Līdz šim neprecīzu un kļūdainu terminu lietošana, eitanāzijas formu un to veidu pamatpazīmju nepienācīga izpratne, ignorēšana un nereti attiecināšana uz tiem gadījumiem, kuru faktiskie apstākļi netiek aptverti ar eitanāzijas jēdzienu, veicināja strauju „pseidoeitanāzijas” formu rašanos un jau esošo formu pārlietu sadrumstalotību, kas tā arī neguva vērā ņemamu teorētisku pamatojumu. Šo negatīvo faktoru ietekmē mūsdienu doktrīnā joprojām vērojams aktīvs process ar apzinātu vai neapzinātu tendenci deformēt „*vieglās nāves*” tradicionālo izpratni, nepamatoti paplašinot tās darbības ietvarus, kas nav pieļaujams. Precīzas klasifikācijas neesamība ne vien apgrūtina eitanāzijas formu un to veidu savstarpēju nošķiršanu, bet arī to norobežošanu no citiem uz cilvēka dzīvības apdraudējumu vērstiem nodarījumiem, kā, piemēram, slepkavības, novešanas līdz pašnāvībai, profesionālo pienākumu nepienācīgas pildīšanas un citiem, kas perspektīvā var radīt negatīvus precedents nepareizas noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas dēļ un no tās izrietošu netaisnīgu krimināltiesisko attiecību noregulējumu. Tamdēļ ievērojot tēžu no Nr.3 līdz Nr.12 secinājumus, turpmāk par eitanāzijas formām un to veidiem ir atzīstamas tikai un vienīgi: **aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija, asistētā pašnāvība un ārsta asistētā pašnāvība.**

14. Nedziedināmi slimu cilvēku tiesības uz nāvi medicīnas ētikas kontekstā vienmēr būs neatrisināma problēma, jo šajā gadījumā saduras divas pamatvērtības – dzīvības neaizskaramība un cilvēcība, ko eitanāzijas gadījumos nevar īstenot vienlaikus. Tomēr, ievērojot iesakņojušās Hipokrāta tradīcijas arī mūsu valsts ārstniecības personu vidū un, kamēr Latvijā saglabājas eitanāzijas praktizēšanas liegums, likumdevējam, līdzīgi kā tas ir daudzās citās valstīs, neignorējot tās latentumu, būtu jāpārskata normatīvie akti, kas skar ārstu ētikas un nodarbošanās pamatprincipus, tajos paredzot tiešu eitanāzijas praktizēšanas aizliegumu. Līdz ar to tiek ierosināts **Ārstniecības likumu papildināt ar jaunu 47<sup>1</sup>.pantu**, izsakot to šādā redakcijā:

*„Ārstniecības persona nav tiesīga tīši izraisīt neviena pacienta nāvi, pat ja pacients vai tā pārstāvji to lūdz, vai arī tīšuprāt nenovērst nāves iestāšanos, ja tobrīd tas bija iespējams, izņemot gadījumus, kad tas tiek pamatots ar paša rīcībspējīga pacienta autonomijas principa respektēšanu vai medicīniskām indikācijām. Ārstniecības persona nav arī tiesīga pacientam sniegt padomus, norādījumus vai līdzekļus, apzinoties, ka viņš tos izmantos pašnāvības izdarīšanai.”*

15. Ņemot vērā tēzē Nr.14 ietvertos secinājumus un, ievērojot to, ka eitanāzijas tiešs aizliegums nav paredzēts arī Latvijas ārstu ētikas kodeksā, normatīvo aktu harmonizācijas nolūkā

Latvijas ārstu biedrībai būtu jāpārskata ārsta darbības pamatprincipi, paredzot tajā grozījumus atbilstoša tiesiskā regulējuma izveidei. Tamdēļ tiek ierosināts **Latvijas ārstu ētikas kodeksu papildināt ar jaunu 1.2<sup>1</sup> punktu**, izsakot to šādā redakcijā:

*„Ikvienu eitanāzijas formas un tās veida praktizēšana ir pretrunā ar ārsta ētikas normām.”*

16. Medicīnas un tiesību doktrīnas analīze jautājumā par nedziedināmi slimu cilvēku atslēgšanu no iekārtām, kas tikai mākslīgi nodrošina organisma pamatfunkcijas un uztur dzīvu ķermeni tad, kad pacientam tiek diagnosticēta smadzeņu nāve, atklāj nepamatotu pieņēmumu, kas tiek akumulēts arī atsevišķu valstu tiesiskajā regulējumā, šādas darbības joprojām attiecinot vai nu uz noziedzīgu nodarījumu, kura apdraudējuma objekts ir cita cilvēka dzīvība, vai arī uz pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju. Ievērojot to, ka smadzeņu nāves gadījumos nepastāv cilvēka dzīvība, kuru var iznīcināt, un jēdziens „persona” zaudējis savu aktualitāti, šādi gadījumi faktiski nav, un nekad arī nav bijuši ietverti eitanāzijas jēdzieniskajā izpratnē. Tā ir juridiski korekta medicīnas procedūra, kad ārstu konsīlijs, vienojoties ar pacienta pārstāvjiem, pārtrauc veltīgas darbības *de facto* mirušam cilvēkam, kas tikai pateicoties reanimatoloģijas pasākumu kompleksam, rada šķietamas dzīvības pazīmes. Savukārt, ja šādas darbības pārtrauc jebkura cita fiziska persona, tās darbības kvalificējas kā slepkavības mēģinājums, jo persona, nebūdamā apveltīta ar speciālām zināšanām medicīnas jomā, nav spējīga identificēt smadzeņu nāves pazīmes un, kļūdaini pieļaujot, ka cilvēks vēl ir dzīvs, lai arī aiz līdzcietības, tomēr apzināti veic uz cilvēka nonāvēšanu vērstas darbības laikā, kad cietušais faktiski jau miris.

17. Ievērojot tēzē Nr.16 pausto atziņu un to, ka pretēji Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumiem Nr.215 „Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai”, Latvijas krimināltiesību teorijā un praksē par dzīvības beigu brīdi atzīst tikai cilvēka bioloģisko nāvi, kad iestājas organisma dzīvības funkciju neatgriezenisks zudums, nepastāvot iespējām to novērst ar intensīvās terapijas metodēm, un ņemot vērā cilvēka nāves koncepcijas attīstību pasaulē, būtu apsverams jautājums turpmāk par cilvēka nāvi uzskatīt brīdi, kad tam iestājas arī smadzeņu nāve, jo līdz ar pēdējās konstatēšanu, cilvēks zaudē apzīmējumu „persona”, savukārt tiesības un pienākumi, ieskaitot tiesības uz dzīvību un tās aizsardzību, var tikt attiecināti tikai uz personām.

18. Gadījumos, kad eitanāzijas aktam tiek pakļauta nedziedināmi slima grūtniece, neatkarīgi no embrija vai augļa tiesiskā statusa, tā piedzimšanai vienmēr raksturīga tikai un vienīgi varbūtības forma, tai laikā, kad grūtnieces ciešanas ir šā brīža esamība, līdz ar to, pastāvot izvēles nepieciešamībai, tās intereses tikt atbrīvotai no ciešanām iegūst prioritāru nozīmi attiecībā pret augļa dzīvotspējas

saglabāšanas nepieciešamību, jo specifiskie apstākļi, kuros atrodas pacients, neatbrīvo ārstniecības personas no pienākuma sniegt visu nepieciešamo un arī iespējamo medicīnisko palīdzību nedziedināmas slimības radīto sāpju un ciešanu atvieglošanai vai to izbeigšanai, kas ne vienmēr ir savienojams ar augļa dzīvotspējas saglabāšanu, savukārt grūtniecei tiesības savu subjektīvo interešu aizsardzībai saņemt nepieciešamo medicīnisko aprūpi nevar būt liegtas. Tomēr ikvienā gadījumā, pirms jebkādu medicīnisku manipulāciju veikšanas, vai tie būtu medikamenti, kuru blakusefekts saistāms ar grūtnieces dzīves ilguma samazināšanos, vai arī kāda no eitanāzijas formām, kas vistiešākajā veidā ietekmē arī augļa turpmākas dzīvotspējas jautājumu, ārstniecības personām, vadoties no medicīniskām indikācijām un, ja vien lēmuma pieņemšanas process nenorisinās neatliekamības apstākļos, ir jāizvērtē iespējas saglabāt vēl nedzimušo dzīvību un darīt visu iespējamo, lai panāktu šo mērķi.

19. Medicīniskās aprūpes ietvaros nedziedināmi slimu cilvēku sāpju un ciešanu atvieglošanai izmantojamie ārstniecības līdzekļi un metodes, pat ja tie veicina pacienta dzīves ilguma samazināšanu vai izraisa nāvi, nav eitanāzija, bet no „dubultefekta principa” izrietoša un akceptēta medicīniskā prakse ar nosacījumu, ka šo darbību veicējs šādi rīkojies, vadoties no medicīniskām indikācijām un nepastāvot citām alternatīvām, un tā vienīgais nolūks bijis atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, bet sekas, lai arī tikušas pieļautas, tomēr bija nevēlamas. Visos citos gadījumos, ārsta darbības, atkarībā no nolūka un motīva, jāatzīst vai nu par apzinātu pacienta dzīvības izbeigšanu, tostarp par aktīvu brīvprātīgu, ja ārsta darbības tika balstītas uz personas lūgumu, vai tā neesamības gadījumos, nebrīvprātīgu eitanāziju, vai arī par ārsta profesionālo pienākumu nepienācīgu pildīšanu, par ko paredzēta kriminālatbildība. Dubultefekta princips krimināltiesību izpratnē nav attiecināms uz vispārējo subjektu.

20. Dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija nav eitanāzijas forma, ja vien ārstniecības persona, kas to piemēro, un veidā, kā tā tiek piemērota, t.i., līdz brīdim, kad tiek novērsta slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, vai iestājas pacienta nāve, kā arī saglabājot vai pārtraucot pacienta nodrošināšanu ar hidrāciju, primāri vadās no medicīniskām indikācijām. Visos citos gadījumos, kad minētā metode faktiski nodrošina nedziedināmi slima pacienta dzīves ilguma samazināšanos, kā tas šobrīd ir Nīderlandē, vai netiek pamatota ar tās nepieciešamību, ārstniecības personas darbības nav attiecināmas uz pieļaujamo medicīnisko aprūpi un vērtējamās krimināltiesību ietvaros kā tīša citas personas nonāvēšana aiz līdzcietības jeb aktīvā eitanāzija, un, atkarībā no apstākļiem kādos tā noritējusi, vai nu tās brīvprātīgā vai nebrīvprātīgā veidā.

21. Personas autonomijas princips paredz ikviena rīcībspējīga indivīda tiesības, nemotivējot savu lēmumu, atteikties no ārstēšanas vai lūgt jau uzsāktās ārstēšanas pārtraukšanu, pat ja to rezultātā

tiks nodarīts kaitējums savai veselībai un pat dzīvībai, savukārt trešām personām ir pienākums respektēt šīs pašnoteikšanās tiesības, ja vien to neievērošana tiek pamatota ar leģitīmu mērķi sabiedrības un/vai valsts interešu labā. Pacienta autonomijas principa darbība attiecībā uz cilvēka ķermeni neaprobežojas tikai ar laika posmu, kad cilvēks ir dzīvs, bet tā ievērošana trešajām personām ir saistoša arī pēc personas nāves, kas izriet no likuma „Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā” 2.panta.

22. Rīcībspējīga pacienta atteikšanās no turpmākas ārstēšanas, lūdzot atslēgt sevi no dzīvību uzturošām iekārtām, no ārstniecības personas puses nav asistēšana pašnāvībā, bet medicīniski korekts lēmums, kas pamatojas ar autonomijas principa respektēšanu, un, lai arī cēloņsakarība starp darbību un sekām ir acīmredzama, nāve netiek izraisīta priekšlaicīgi.

23. Pastāvīgā veģetatīvā stāvoklī esošos pacientus *de facto* un *de jure* atzīt par mirušiem nevar, bet tai pat laikā tiem nav apziņas un to reakcija uz sāpju stimuliem un citiem kairinājumiem ir neapzināta, tamdēļ to atslēgšana no dzīvību uzturošām iekārtām vai ārstēšanas pārtraukšana nav eitanāzija, bet medicīnas teorijā un praksē akceptēta procedūra, ja tā tiek pamatota ar objektīvu medicīnisku lēmumu par turpmākas aprūpes veikšanas nelietderību. Visos citos gadījumos ārstniecības personas darbības var tikt vērtētas kā nodarījums, kas vērsts pret personas dzīvību un ir pakļaujams krimināltiesību vērtējumam. Eitanāzijas jautājumā vienīgais izņēmums no šī principa ir, t.s., „*Locked-in syndrome*”, kad pacients ir pie samaņas un spēj just, bet muskuļu paralīze liedz viņam iespēju apstiprināt savu stāvokli.

24. Saskaņā ar Eiropas Cilvēktiesību tiesas atzinumu eitanāzija pati par sevi nav pretrunā ar Eiropas Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencijas 2.pantu, atstājot atbilstoša tiesiskā regulējuma izveidi katras dalībvalsts kompetencē, tomēr tiesas ieskatā Konvencijas 2.pantā deklarētās tiesības uz dzīvību nevar tikt interpretētas kā diametrāli pretējas tiesības, t.i., kā tiesības uz nāvi, un vienlaikus no panta neizriet cilvēka pašnoteikšanās tiesības izvēlēties nāvi, nevis dzīvību, šā mērķa sasniegšanu panākot ar citas personas līdzdalību.

25. Personas autonomijas realizācijas procesā starp pašnāvību un aktīvo brīvprātīgo eitanāziju ir būtiska atšķirība. Valsts, neatsakoties no pienākuma aizsargāt ikviena cilvēka dzīvību no jebkāda tās nesankcionēta apdraudējuma, ne tikai nevar uzlikt indivīdam par pienākumu dzīvot, bet arī faktiski nespēj šādu pienākumu nodrošināt, lēmumu par to, vai, kad un pie kādiem apstākļiem izbeigt sava organisma turpmāku dzīvotspēju ar pašnāvības palīdzību faktiski atstājot katra subjekta izvēlē. Turklāt pašnāvības akts tiek realizēts tikai un vienīgi ar paša indivīda aktīvām darbībām, kuras vērstas uz organisma dzīvotspējas priekšlaicīgu pārtraukšanu. Diametrāli pretēju juridisku vērtējumu iegūst



aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas gadījums, jo nonāvēšanas aktā tiek iesaistīta trešā persona jeb eitanāzijas izpildītājs, kuru indivīds nelegitīmi apvelta ar tiesībām izdarīt noziedzīgu nodarījumu, t.i., nonāvēt. Šajā gadījumā valsts ne tikai var, bet tai ir arī pienākums sabiedrības interesēs nodrošināt ikviena cilvēka dzīvības respektēšanu un minētā principa neievērošanas gadījumā panākt, lai vainīgā persona tiktu taisnīgi sodīta.

26. Likumdevējs, apveltot likumiskos pārstāvjus, aizbildņus un aizgādņus ar tiesībām rīkoties rīcībnespējīgu nedziedināmi slimu personu interesēs medicīnas aprūpes jautājumos, neparedz to tiesības pieņemt lēmumus par pārstāvamā organisma dzīvotspējas priekšlaicīgu pārtraukšanu ar eitanāzijas palīdzību, jo līdzīgi kā ikviena cita cilvēka, arī šai grupai piederīgo personu dzīvība bauda valsts nodrošināto krimināltiesisko aizsardzību pret ikvienu tās nelegitīmu apdraudējumu. Tā kā eitanāzijas ietvaros tās iniciatīvai jāizriet tieši no nedziedināmi slimas, nevis no kādas citas trešās personas puses, visos gadījumos, kad lēmumu par eitanāziju daļēju vai pilnīgu rīcībnespēju zaudējušas vai neieguvušas personas vietā pieņem to likumiskie pārstāvji, aizbildņi vai aizgādņi, balstoties uz savu subjektīvo vērtējumu, eitanāzijas akts ir atzīstams par nebrīvprātīgu un vērtējams tikai krimināltiesību ietvaros.

27. Visas pasaules valstis, atkarībā no eitanāzijas tiesiskā regulējuma, var iedalīt piecās lielās grupās, t.i., valstis, kurās:

- 1) eitanāzijas jautājums tiesiski nav regulēts un to atzīst par noziedzīgu nodarījumu, kas apdraud cilvēka dzīvību;
- 2) eitanāzijas jautājums ir tiesiski noregulēts tādā veidā, ka nacionālajos kriminālkodeksos tiek ietverta tikai viena speciāla norma, kas paredz atbildību par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, pantā ietverot privileģētu sastāvu, tai pašā laikā atbildība par asistēto pašnāvību no likumdevēja puses netiek reglamentēta vispār un līdz ar to tā nav atzīstama par kriminālsodāmu rīcību;
- 3) likumdevējs kriminālkodeksā paredzējis atbildību tikai par asistēto pašnāvību, bet pārējās eitanāzijas formas un to veidus atsevišķi nereglamentē, atzīstot tās par noziedzīgiem nodarījumiem;
- 4) vienlaikus nacionālajos kriminālkodeksos ir ietvertas divas speciālas normas, paredzot atbildību tikai par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un asistēšanu pašnāvībā;
- 5) ar speciāliem likumiem legalizēta aktīvā brīvprātīgā eitanāzija un/vai asistētā pašnāvība ar nosacījumu, ka to izpildē piedalās ārstniecības persona.

28. Pretrunīgas un/vai nepienācīgas eitanāzijas institūta izpratnes dēļ, tas akumulējies arī ārvalstu normatīvajā regulējumā, gan kriminālkodeksu normu dispozīcijās, gan arī eitanāziju un/vai ārsta asistēto pašnāvību legalizējošo likumu priekšrakstu formulējumos:

1) normu dispozīciju konstrukcijās ne vienmēr tiek ietvertas visas obligātās šos noziedzīgus nodarījumus raksturojošās sastāva pazīmes – nodarījuma motīvu, t.i., līdzietību, un mērķi – atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām;

2) netiek ievērota eitanāzijas formu un to veidu savstarpēja nošķiršana, lai gan ikvienas tās realizācijas gadījumos vainīgās personas atbildības pakāpe pret sekām, kā arī veicamo darbību vai bezdarbību apjoms būs atšķirīgs;

3) to valstu prakse, kas ar speciāliem likumiem legalizējušas aktīvo brīvprātīgo eitanāziju un/vai ārsta asistēto pašnāvību, apliecina atkāpes no likuma priekšrakstiem, ko nodrošina likuma normās iekļautie nekonkrētie kritēriju formulējumi, kam jānodrošina eitanāzijas akta tiesiskums, ārstniecības personām *de facto* iegūstot kriminālatbildības imunitāti, ko pašlaik nodrošina arī judikatūras atziņas. Savukārt, legalizējot tikai ārsta asistētās pašnāvības, šādi likumi ir diskriminējoši attiecībā pret tām personām, kuras savu fizisko trūkumu dēļ nav spējīgas pašas realizēt sevis nonāvēšanas aktu cieņpilnā veidā, izmantojot tam ārstniecības personu speciāli izrakstītus medikamentus.

29. Saskaņā ar **Krimināllikuma** aktuālo redakciju, aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija un pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija atzīstamas par noziedzīgiem nodarījumiem, un, izanalizējot **XII nodaļā „Nonāvēšana”** paredzētos noziedzīgu nodarījumu sastāvus, jāsecina, ka patlaban, neatkarīgi no to motīva – līdzietības pret nedziedināmi slimu cilvēku un mērķa – atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām:

1) **aktīvo brīvprātīgo eitanāziju var kvalificēt vienīgi saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu kā slepkavību bez mīkstinošiem un pastiprinošiem apstākļiem**, par ko likumdevējs paredzējis sodu, kas saistīts ar mūža ieslodzījumu vai ar brīvības atņemšanu uz laiku no pieciem līdz divdesmit gadiem un ar probācijas uzraudzību uz laiku līdz trim gadiem;

2) **aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju var kvalificēt vienīgi saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu kā slepkavība pastiprinošos apstākļos, t.i., vainīgajam apzinoties, ka noslepkavotā persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī**, par ko likumdevējs paredzējis sodu, kas saistīts ar mūža ieslodzījumu vai ar brīvības atņemšanu uz laiku no desmit līdz divdesmit gadiem un ar probācijas uzraudzību uz laiku līdz trim gadiem, konfiscējot mantu vai bez mantas konfiskācijas.

30. Kvalificējot aktīvo brīvprātīgo eitanāziju saskaņā ar Krimināllikuma 116.pantu, bet aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju – saskaņā ar Krimināllikuma 117.panta 2.punktu, pašreizējais tiesiskais regulējums nenodrošina krimināltiesiskā taisnīguma principu eitanāzijas jautājumā, ignorējot gan nodarījuma motīvu un mērķi, gan arī katras eitanāzijas formas un to veidu realizācijas gadījumā vainīgās personas atbildības pakāpi pret sekām.

31. Saskaņā ar **Krimināllikuma** aktuālo redakciju, **ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība nav kriminālsodāms nodarījums**. Eitanāzijas aktam pakļautās personas darbības, kas pēc būtības ir šā nodarījuma tiešs izdarītājs, t.i., pašnāvība pati par sevi nav kriminālsodāma rīcība, kas vienlaikus izslēdz arī līdzdalībnieka – šajā gadījumā atbalstītāja, veikto darbību noziedzīgo raksturu, kas izriet no **Krimināllikuma 20.panta pirmajā daļā** paredzētā noteikuma.

32. Eitanāzijas problēmai skarot teju ikvienu pasaules valsti, un latentā veidā arī Latviju, tās pakļaušana normatīvam regulējumam atzīstama par vienu no sarežģītākajiem likumdevēja izaicinājumiem. Viennozīmīga lēmuma pieņemšanu apgrūtina nodarījuma motīvs – līdzcietība, kura ignorēšana kolizē ar taisnīguma principu, kā arī atsevišķu eitanāzijas formu un to veidu ietvaros dzīvības apdraudējumam pakļautās personas brīvprātīgi pausts lūgums par to, akceptējot kaitējuma nodarīšanu savām interesēm un ievērojami mazinot paša nodarījuma kaitīgumu, tiesību zinātniekos rada uzskatu duālismu. Tamdēļ eitanāzijas tiesiskā regulējuma izveide iegūst ne tikai abstrakta politiska lēmuma apveidus, kā sākotnēji var šķist, bet tā vispirmā kārtā ir valsts oficiālas nostājas paušana un pārliecības nostiprināšana tās iedzīvotājos jautājumā par to, cik patiesībā nedziedināmi slim cilvēks ir brīvs rīkoties ar savu dzīvību un kāda ir trešo personu pieļaujamā robeža dalībai citu indivīdu dzīvības izbeigšanas procesā.

33. Ņemot vērā, ka aktīvai brīvprātīgai eitanāzijai, aktīvai nebrīvprātīgai eitanāzijai un pasīvai nebrīvprātīgai eitanāzijai piemīt tādas noziedzīgu nodarījumu raksturojošās pazīmes kā darbība vai bezdarbība, kaitīgums un vaina, un, līdz ar to, nodarījumos iezīmējas prettiesiskums, kas būtu sodāms vienīgi kriminālā kārtā, jo ikviens no tiem apdraud svarīgāko krimināltiesību aizsargājamo interesi – cilvēka dzīvību, un, ievērojot to, ka starp:

1) aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, aktīvo nebrīvprātīgo eitanāziju un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju pastāv būtiskas atšķirības to realizācijā, cietušās gribas jautājumā un vainīgās personas atbildības pakāpē pret sekām, kas pieprasa ievērot to savstarpēju nošķiršanu;

2) minētajām eitanāzijas formām un tīšu prettiesisku citas personas nonāvēšanu, atbildība par ko paredzēta Krimināllikuma 116.pantā, un slepkavību pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavotā persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī, atbildība par ko paredzēta

Krimināllikuma 117.panta 2.punktā, motīvos pastāv būtiskas atšķirības, kas ikvienas eitanāzijas formas un tās veida gadījumos vienmēr izpaužas tikai un vienīgi līdzietībā pret nedziedināmi slimu cilvēku ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un, tāpat, tie tiek izdarīti mīkstinošos apstākļos, pieprasot to savstarpēju nošķiršanu;

tiek ierosināts veidot privileģētu sastāvu, papildinot **Krimināllikuma XII nodaļu „Nonāvēšana”** ar jaunu **122.<sup>1</sup> pantu „Nonāvēšana aiz līdzietības”**, pantu izsakot šādā redakcijā:

- (1) Par nedziedināmi slimas personas nonāvēšanu aiz līdzietības pēc tās kategoriska un neatlaidīga lūguma, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām,-*
- (2) Par dzīvību uzturoša atbalsta nesniegšanu vai tā pārtraukšanu nedziedināmi slimai personai aiz līdzietības, vainīgajam apzinoties, ka tā atrodas stāvoklī, kas liedz tai iespēju paust savu gribu, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, ja dzīvību uzturoša atbalsta nesniegšana vai tā pārtraukšana izraisījusi nāvi,-*
- (3) Par panta pirmajā daļā paredzēto nodarījumu, ja tas izdarīts, vainīgajam apzinoties, ka persona atrodas stāvoklī, kas liedz tai iespēju paust savu gribu,-*

34. Ņemot vērā, ka ārsta asistētā pašnāvība un asistētā pašnāvība ir atzīstamas par divām patstāvīgām eitanāzijas formām, kas savstarpēji atšķiras vienīgi pēc to izpildes subjekta, un ievērojot to, ka:

1) (ārsta) asistētai pašnāvībai kā nodarījumam, līdzīgi kā tas pašlaik ir aktīvās brīvprātīgās, aktīvās nebrīvprātīgās un pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas gadījumos, piemīt tādas noziedzīgu nodarījumu raksturojošas pazīmes kā darbība, kaitīgums un vaina;

2) (ārsta) asistētās pašnāvības apdraudējuma objekts ir citas personas dzīvība, kas tādējādi ļauj secināt, ka tās izpildes ietvaros veiktās darbības raksturojamas ar prettiesiskumu, kas būtu sodāmas vienīgi kriminālā kārtā;

3) (ārsta) asistētā pašnāvība ir atzīstama par patstāvīgu nodarījumu, ar tikai tam piemītošām individuālām pazīmēm, kas pieprasa ne vien to nošķiršanu no citiem nodarījumiem, kas apdraud personas dzīvību, bet arī atbildības diferenciacijas ievērošanu atkarībā no vainīgās personas lomas dzīvības izbeigšanas procesā un tās atbildības pakāpes pret sekām;

4) (ārsta) asistētās pašnāvības motīvs izpaužas līdzietībā pret nedziedināmi slimu cilvēku ar mērķi atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, un tamdēļ tā tiek izdarīta mīkstinošos apstākļos,

tiek ierosināts **Krimināllikuma XII nodaļu “Nonāvēšana”** papildināt ar vēl vienu jaunu **122.<sup>2</sup> pantu „Palīdzības sniegšana pašnāvības izdarīšanā”**, izsakot to šādā redakcijā:

*(1) Par palīdzības sniegšanu pašnāvības izdarīšanā aiz līdzcietības pēc nedziedināmi slimas personas kategoriska un neatlaidīga lūguma, nolūkā atbrīvot to no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām,-*

*(2) Par panta pirmajā daļā paredzētām darbībām, ja nedziedināmi slima persona nav spējīga apzināties ar viņu notiekošās darbības un tās vadīt,-*

*(3) Par panta pirmajā daļā paredzētām darbībām, ja to motīvs nav līdzcietība,-*

35. Latvijas krimināltiesību doktrīna neuzlūko nonāvēšanu, kas balstīta uz personas lūgumu, kā kriminālatbildību izslēdzošu apstākli, ievērojot krimināltiesību aizsargājamās intereses – cilvēka dzīvības nozīmību valsts mērogā un ar minēto noziedzīgo nodarījumu radīto kaitējumu ne vien pašam indivīdam, bet arī sabiedrības un valsts interesēm kopumā. Turklāt nodarījuma juridisko vērtējumu nemaina apstāklis, ka vainīgās personas motīvs bijis līdzcietība, bet tā mērķis atbrīvot nedziedināmi slimu cilvēku no slimības izraisītām mokošām sāpēm un ciešanām, nevis organisma dzīvotspējas pārtraukšana vai tā slimības izraisītās nāves nenovēršana kā pašmērķis. Minēto darbību rezultātā netiek sasniegts sociāli derīgs mērķis, savukārt indivīda iegūtais subjektīvais labums neprevalē pār radīto neatlīdzināmo kaitējumu.

36. Aktīvā brīvprātīgā eitanāzija, ievērojot principus, kas iesakņojušies mūsu valsts krimināltiesībās, nevar tikt atzīta par apstākli, kas izslēdz kriminālatbildību, tomēr, lai arī eitanāzijai pakļautā persona nonāvēšanas aiz līdzcietības rezultātā faktiski gūst sev labumu, t.i., izvēloties galēju līdzekli un ļaujot citai personai sevi nonāvēt, tomēr izbeidz nedziedināmas slimības izraisītās mokošās sāpes un ciešanas, pašreizēja krimināltiesiskā regulējuma ietvaros to nevar neatzīt par cietušo, jo noziedzīga nodarījuma rezultātā ir iestājušās kaitīgās sekas – personas nāve, šādi pakļaujot aizskārumam Krimināllikumā aizsargātās intereses.

37. Paredzot Krimināllikuma XII nodaļā „Nonāvēšana” atbildību par aktīvo brīvprātīgo eitanāziju, aktīvo un pasīvo nebrīvprātīgo eitanāziju, ārsta asistēto pašnāvību un asistēto pašnāvību, normas konstruējot ar privileģētiem sastāviem un ievērojot ne vien nodarījumu savstarpēju nošķiršanu, bet arī vainīgo personu atbildības diferenciāciju atkarībā no to lomas nedziedināmi slimu cilvēku dzīvības izbeigšanas procesā, izmaiņas liecinātu par mūsdienīgu problēmas tiesisko regulējumu tās legalizācijas alternatīvai.

## Anotācija

Promocijas darbs „Eitanāzijas ētiskie un krimināltiesiskie aspekti” ir starpdisciplinārs pētījums, kas izpaužas jaunas koncepcijas izstrādē, tajā nosakot nedziedināmi slimu cilvēku tiesību apjomu sava mērķa, t.i., priekšlaicīgi pārtraukt organisma dzīvotspēju vai nenovērst slimības izraisītu nāvi, sasniegšanai iesaistīt citus indivīdus, un šo trešo personu darbību vai bezdarbību pieļaujamās robežas, piedaloties nedziedināmi slimu cilvēku slimības izraisīto mokošo sāpju un ciešanu izbeigšanas procesā.

Pētījumā centrālā vērība tiek pievērsta eitanāzijas jēdzieniskai izpratnei, izpētes laikā identificējot un definējot patstāvīgas eitanāzijas formas un to veidus, šādi nosakot dzīvības izbeigšanas vai slimības izraisītās nāves nenovēršanas aiz līdzcietības priekšmetisko saturu. Līdz šim precīzas juridiskas klasifikācijas neesamība daudzu zinātņu nozaru ietvaros veicināja „pseidoeitanāzijas” formu izveidi un attīstību, deformējot tradicionālos priekšstatus par to, kas tad patiesībā ir eitanāzija un kādi ir bijuši tās sākotnējie mērķi, un to nepamatotu attiecināšanu uz tādām dzīvības izbeigšanas vai slimības izraisītās nāves nenovēršanas formām, kurām nav nekā kopīga ar tā saucamo „*vieglo nāvi*”. Līdz ar jaunas klasifikācijas izveidi tiek sekmēta eitanāzijas institūta vienveidīga izpratne, noteikts tā teorētiskais un praktiskais ietvars, kas ļauj eitanāzijas patstāvīgās formas un to veidus, ievērojot katru individuālās pazīmes, nošķirt ne vien savstarpēji, bet arī norobežot no medicīniski korektām darbībām, kuras ik dienu tiek praktizētas nedziedināmi slimu cilvēku aprūpes ietvaros, vai arī no nonāvēšanas.

Ņemot vērā, ka arī šo nodarījumu apdraudējuma objekts ir cilvēka dzīvība un tie raksturojas ar augstu kaitīguma pakāpi, balstoties uz eitanāzijas institūta attīstības tendencēm pasaulē, promocijas darbā tiek aktualizēts jautājums ar ierosinājumu kriminalizēt patstāvīgu eitanāzijas formu – asistēto pašnāvību un taisnīga krimināltiesiskā regulējuma noteikšanu pārējām eitanāzijas formām un to veidiem, ievērojot vainīgās personas motīvu un mērķi, ar diferencētu atbildības pakāpi pret sekām. Pēc plašu teorētisko nostādņu, ārvalstu normatīvo aktu un tiesu prakses vispusīgas izpētes, izteikti priekšlikumi papildināt Krimināllikumu ar jauniem un līdz šim nepazīstamiem noziedzīgu nodarījumu sastāviem, piedāvājot attiecīgo pantu redakcijas.

## Annotation

The doctoral thesis "Ethical and Criminal Aspects of Euthanasia" is an interdisciplinary research offering the development of a new concept in which the scope of incurably ill persons' rights is determined to involve other individuals in order to reach the aim, i.e., prematurely discontinue the vital functions of the body or not to prolong the moment when natural death occurs and the act or failure to act within allowable limits, by participating in the process of terminating the excruciating pain and suffering caused by the incurably ill persons' illness.

In the research the main attention is paid to the conceptual understanding of euthanasia, identifying and defining its individual forms and types, thus determining the subject matter of life termination or non-prolonging the moment of occurrence of natural death caused by illness out of compassion. Up to now the absence of accurate legal classification within many fields of science has facilitated the development of "pseudo euthanasia" forms, thus deforming the traditional concept of what euthanasia is and what its initial aims had been and its unjustified attribution to such life termination or natural death non-prolonging moment forms which have nothing in common with the so called "*easy death*". By developing a new classification, a uniform understanding of euthanasia institution is facilitated, its practical and theoretical framework has been determined, which allows us to distinguish not only between the mutual forms and types of euthanasia taking into account the individual characteristics, but also to draw a boundary from medically correct actions which are practised on a daily basis when taking care of incurably ill patients or draw a boundary from killing.

Taking into consideration the fact that the threatened object of these offences is a person's life and they are characterised by a high level of harm, basing on the development trends of euthanasia institution in the world, the thesis brings the issue up to date with a proposal to criminalise an independent form of euthanasia – assisted suicide and determination of a fair criminal legal regulation for other forms and types of euthanasia, taking into account the offender's motive and aim with a differentiated degree of responsibility concerning the consequences. After a wide analysis of theoretical viewpoints and thorough research of foreign regulatory enactments and court practices, proposals have been offered to add new and previously unknown constituent elements of criminal offences to the Criminal Law, offering the wording of the respective articles.

## Annotation

Die Promotionsarbeit “Die ethischen und strafrechtlichen Aspekten der Sterbehilfe” ist eine interdisziplinäre Forschung, die bei der Erstellung eines neuen Konzepts darstellt, wo sich der Umfang der Rechten der unheilbar Kranken für den Ziel, d.h., die Lebensfähigkeit vorläufig einzustellen oder der krankheitsbedingte Tod nicht zu, verhindern, und andere Menschen für die Erreichung dieses Zieles zu involvieren, und die zulässigen Grenzen den Handlungen und Unterlassungen diesen Personen, die in dem Verfahren für das Einstellen den unerträglichen Schmerzen und Leiden den unheilbar Kranken, findet.

Die zentrale Aufmerksamkeit der Forschung wird dem begrifflichen Verständnis der Sterbehilfe zugewendet, wobei während der Forschung die eigenständigen Formen der Sterbehilfe identifiziert und definiert wurden. Somit wurde der fachliche Inhalt der Beendigung des Lebens oder die Nichtverhinderung des krankheitsbedingten Todes wegen des Mitgefühls festgelegt. Wegen des bisherigen Mangels der genauen juristischen Klassifikation wurden die Schaffung und Entwicklung der “Pseudo-Euthanasie” in mehreren Wissenschaftszweigen gefördert. Dadurch die traditionelle Vorstellung darüber, was eigentlich Sterbehilfe ist und welche Ziele sie ursprünglich gehabt habe, deformiert wurde, und die Sterbehilfe wurde unangemessen solchen Formen der Beendigung des Lebens oder die Nichtverhinderung des krankheitsbedingten Todes zugeschrieben, die in keiner Zusammenhang mit dem sogenannten “*leichten Tod*” stehen. Mit der Erstellung neuer Klassifikation wird das einheitliche Verständnis des Sterbehilfe-Begriffs gefördert und dessen theoretischen und praktischen Rahmen festgestellt, was ermöglicht nicht nur, eigenständige Formen und Arten der Sterbehilfe, unter Berücksichtigung deren individuellen Merkmale voneinander zu trennen, sondern auch sie von medizinisch korrekten Handlungen, die täglich für die Pflege den unheilbar Kranken vorgenommen wurden, oder von der Tötung, zu begrenzen.

Unter Berücksichtigung, dass der Schutzobjekt diesen Straftaten auch das menschliche Leben ist, und sie mit hohem Niveau der Schädlichkeit bezeichnet werden, auf Basis der Entwicklungstendenzen des Begriffes der Sterbehilfe in der Welt, in der Promotion wird die Frage über den Vorschlag der Kriminalisierung der selbständigen Form der Sterbehilfe – die Sterbebegleitung, sowie auch über die Feststellung einer gerechten strafrechtlichen Regulierung für die anderen Formen und Arten der Sterbehilfe, wobei Motiv und Zweck des Täters, mit unterschiedlichen Niveau der Haftung hinsichtlich des Ergebnisses bewertet werden, aktualisiert. Nach der Forschung der breiten theoretischen Einstellungen, sowie auch Überprüfung der ausländischen Gesetzen und Vorschriften, und Rechtsprechung, wurden Vorschläge mit dem Wortlaut der entsprechenden Artikeln für die Ergänzung des Strafgesetzbuches mit den neuen und bisher unbekanntem Straftatbeständen, angeboten.



## Izmantotās literatūras, normatīvo aktu un juridiskās prakses saraksts

### Izmantotā literatūra

1. Aristotelis. Nikomaha ētika. Rīga: „Zvaigzne”, 1985.
2. Birznieks J. Latviešu – angļu Angļu – latviešu Juridisko terminu vārdnīca. Rīga: SIA „Multineo”, 2008. ISBN 978-9934-8049-0-8.
3. Blūma M. Komentāri Latvijas PSR kriminālkodeksa 98.pantam. Grām.: Latvijas PSR kriminālkodeksa komentāri. Blūma M., Dzenītis J., Grauzinis S. u.c. Rīga: „AVOTS”, 1982.
4. Blūma M. Kriminālā likumdošanā neregulētie apstākļi, kas izslēdz nodarījuma sabiedrisko bīstamību un prettiesiskumu. Mācību līdzeklis. Rīga: P.Stučkas Latvijas Valsts universitāte, 1977.
5. Brāzma G. Bioētika. Cilvēka dzīvības radīšana un pārtraukšana. Jelgava: LLU, 2010. ISBN 978-9984-48-015-2.
6. Čerfass Z. Ārsta pārdomas par eitanāziju. Latvijas ārsts. Latvijas ārstu biedrības žurnāls XXI gadsimta mediķiem. 2001. Novembris.
7. Čerfass Z. Par neizārstējamiem slimniekiem. Ārsta pārdomas par eitanāziju. Latvijas ārsts. Latvijas ārstu biedrības zinātnisks un informatīvs žurnāls. 1995, Nr.6.
8. Danovskis E., Ruķers M., Lībiņa-Egnere I. 96. Katram ir tiesības uz privātās dzīves, mājokļa un korespondences neaizskaramību. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011. ISBN 978-9984-840-19-2.
9. Gabrieljans A. Eitanāzijas ētiskais un tiesiskais aspekts cilvēka tiesību uz dzīvību kontekstā. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2013, Nr.3.
10. Gabrielyan A. Eitanāzijas fenomens krimināltiesiskajā, kriminoloģiskajā un medicīniski bioloģiskajā aspektā. Promocijas darbs. Rīga, 2014.
11. Gabrieljans A. Eitanāzija un pašnāvība: korelācijas problēma. Administratīvā un Kriminālā justīcija. 2013. Janvāris, Februāris, Marts, Nr.1.
12. Hamkova D. Cieņas izpratne bioētikā. Jurista Vārds, 2010. 25.maijs, Nr.21.
13. Hipokrātiskie raksti. Izlase. Agneses Gales un Aijas van Hofas Tulkojums no sengrieķu valodas, ievads un komentāri. Rīga: Liepnieks & Rītups, 2003. ISBN 9984-9609-1-9.
14. Hroniskās sāpes onkoloģijā. Sosārs V., Plūme I., Ņikitina M. u.c. Rīga: [B.i.], 2003.
15. Iedzīvotāju saslimstība ar ļaundabīgajiem audzējiem. Centrālās Statistikas Pārvalde. 15.12.2014. Pieejams: <http://www.csb.gov.lv/statistikas-temas/veselibas-aprupe-un-sports-galvenie-raditaji-30287.html> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
16. Janule P. Cilvēka dzīvības aizsardzības krimināltiesiskie aspekti. Promocijas darbs. Rīga, 2012.
17. Janule P. Cilvēka dzīvības izbeigšanas krimināltiesiskā aizsardzība. Jurista Vārds, 2007. 3.aprīlis, Nr.14.
18. Janule P., Liholaja V. Pārdomas par diskusiju saistībā ar abortiem. Jurista Vārds, 2012. 14.augusts, Nr.33.
19. Judins A. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību Latvijas un citu valstu krimināltiesībās. Rīga: Biznesa augstskola „Turība”, 2006. ISBN 9984-766-80-2.
20. Juridisko terminu latviešu – angļu vārdnīca. Rīga: izdevniecība „Kamene”, 2000. ISBN 9984-636-33-X.
21. Kamī A. Mīts par Sīsifu. Rīga: Apgāds „Jumava”, 2008. ISBN 978-9984-38-455-9.
22. Kēnigs M. Cilvēktiesības. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2010. ISBN 978-9984-790-68-8.
23. Kovalevska L. Pacienta autonomijas princips un tā izpausmes. Jurista Vārds, 2009, 24.februāris, Nr.8.
24. Kovalevska L. Tiesību tālākveidošana eitanāzijas jautājumā. Jurista Vārds, 2008, 1.jūlijs, Nr.24.

25. Krastiņš U. Darbības un bezdarbības izpratne krimināltiesībās. Jurista Vārds, 2015. 21.aprīlis, Nr.16.
26. Krastiņš U. Eitanāzija. Grām.: Juridisko terminu vārdnīca. Rīga: Nordik, 1998. ISBN 9984-510-45-X.
27. Krastiņš U. Noziedzīga nodarījuma sastāvs un nodarījuma kvalifikācija. Teorētiskie aspekti. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2014. ISBN 978-9934-508-21-9.
28. Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2000. ISBN: 9984-671-5-4.
29. Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008. ISBN 978-9984-790-54-1.
30. Krastiņš U. Krimināltiesību teorijas un prakses problēmas. Grām.: Krastiņš U. Krimināltiesību teorija un prakse: Viedokļi, problēmas un risinājumi 1998-2008. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2009. ISBN 978-9984-840-07-9.
31. Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008. ISBN 978-9984-790-54-1.
32. Krastiņš U. Noziedzīgs nodarījums. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008. ISBN 978-9984-790-54-1.
33. Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009. ISBN 978-9984-790-57-2.
34. Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008. ISBN 978-9984-790-54-1.
35. Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 2. Sevišķā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007. ISBN 987-9984-787-30-5.
36. Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā un Sevišķā daļa. Papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2001. ISBN 9984-671-27-5.
37. Latvijas Kriminālkodekss un komentāri pie atsevišķiem Latvijas Kriminālkodeksa pantiem (Dr.jur. A.Niedre). Rīga: Valsts SIA „TIC”, 1997.
38. Lazovskis I. Par eitanāziju. Grām.: Eitanāzija – labā nāve? Eiropas dialogi. Rīga: Izdevniecība „Eiropas Komisijas delegācija Latvijā”, 2003.
39. Lejiņš P. Krimināltiesības. Rokraksta vietā. Rīga: [B.i.], 1940.
40. Levits E. Par grūtniecības mākslīgu pārtraukšanu: starp *nasciturus* pamattiesībām uz dzīvību un sievietes pamattiesībām uz pašnoteikšanos. Jurista Vārds, 2012. 23.oktobris, Nr.43.
41. Levits E. Piezīmes par Satversmes 8. nodaļu – Cilvēka pamattiesības. Grām.: Satversme un cilvēktiesības. Gadagrāmata 1999. Cilvēktiesību Žurnāls, 1999, Nr.9-12.
42. Liholaja V. Aborts, slepkavība vai...? Latvijas Universitātes raksti. Juridiskā zinātne. 667.sējums. Rīga: Latvijas Universitāte, 2004. ISBN: 9984-770-06-0.
43. Liholaja V. Bioētika un krimināltiesības. Grām.: Latvijas Universitātes raksti. Juridiskā zinātne. 740.sējums. Rīga: Latvijas Universitāte, 2008. ISBN: 978-9984-45-000-1.
44. Liholaja V. 93. Ikviens tiesības uz dzīvību aizsargā likums. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011. ISBN 978-9984-840-19-2.
45. Liholaja V. 4.nodaļa. Nonāvēšana. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2009. ISBN 978-9984-790-57-2.
46. Liholaja V. XII nodaļa Nonāvēšana. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 2. Sevišķā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007. ISBN 987-9984-787-30-5.

47. Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācija: Likums. Teorija. Prakse. Otrais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2007. ISBN 9984-790-16-9.
48. Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācija: Likums, Teorija, Prakse. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2003. ISBN 9984-671-60-7.
49. Liholaja V. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas teorētiskie pamati un prakse. Rīga: Firma „ASF”, 2001. ISBN 9984-658-43-0.
50. Liholaja V. Noziedzīgi nodarījumi pret personu. Rīga: Latvijas Universitāte, 1998. ISBN 9984-516-44-X.
51. Mežulis D. Personas krimināltiesiskā aizsardzība. Slepkavība, izvarošana, draudi un citi noziegumi pret personu. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 2001. ISBN 9984-17-953-2.
52. Mills Dž. S. Par brīvību. [B.v.]: Tapals, 2007. ISBN 978-9984-796-3-2.
53. Mincs P. Krimināltiesību kurss. Vispārējā daļa. Ar U.Krastiņa komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005. ISBN 9984-671-90-9.
54. Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Ar V.Liholajas komentāriem. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2005. ISBN 9984-671-90-9.
55. Mincs P. Krimināltiesības. Sevišķā daļa. Otrs pārstrādāts un papildināts iespiedums. Rīga: Latvijas Universitāte, 1939.
56. Mincs P. Krimināltiesību kurss. Vispārējā daļa. Rīga: autora izdevums, 1934.
57. Mits M. Tiesības uz dzīvību. Grām.: Cilvēktiesības pasaulē un Latvijā. Rīga: SIA „Izglītības solī”, 2000. ISBN 9984-9436-0-7.
58. Nacionālā veselības dienesta 2015.gada 9.februāra atbildes vēstule uz pieprasījumu Nr.4.1-12/1205.
59. Neiders I. Eitanāzija, dzīvība un medicīna. Grām.: Biomedicīnas ētika. Teorija un prakse. Sīle V., Ķilkuts G., Mežinska S. u.c. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006. ISBN 9984-788-01-6.
60. Niedre A. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību. Grām.: U.Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināltiesības. Vispārīgā daļa. Trešais papildinātais izdevums. Rīga: Tiesu namu aģentūra, 2008. ISBN 978-9984-790-54-1.
61. Niedre A. III nodaļa. Apstākļi, kas izslēdz kriminālatbildību. Grām.: Krastiņš U., Liholaja V., Niedre A. Krimināllikuma zinātniski praktiskais komentārs. 1. Vispārīgā daļa. Rīga: Firma „AFS”, 2007. ISBN 978-9984-787-29-9.
62. Niedre A. Pirms un pēc Krimināllikuma izsludināšanas. Grām.: Krastiņš U., Niedre A. Noziedzīgu nodarījumu kvalifikācijas jautājumi (prof. U.Krastiņa un doc. A.Niedres publikācijas). 2.sēj. Rīga: Latvijas Universitāte, 2000.
63. Olsena S. Mīruša cilvēka aizsardzība un audu izmantošana medicīnā. Promocijas darbs. Rīga, 2010.
64. Olsena S. 111. Valsts aizsargā cilvēku veselību un garantē ikvienam medicīniskās palīdzības minimumu. Grām.: Latvijas Republikas Satversmes komentāri. VIII nodaļa. Cilvēka pamattiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2011. ISBN 978-9984-840-19-2.
65. Pērles. Prātojumi, paradoksi, prātulas no pagātnes domātāju darbiem. Rīga: „Zvaigzne”, 1991. ISBN 5-405-00331-X.
66. Platons. Valsts. 2., labotais un papildinātais izdevums. Rīga: Apgāds „Zvaigzne ABC”, 2001. ISBN 9984-22-064-8.
67. Pleps J., Pastars E., Plakane I. Konstitucionālās tiesības. Rīga: Latvijas Vēstnesis, 2004. ISBN 978-9984-731-39-1.
68. Pokrotniece K. Eitanāzija. Grām.: Svešvārdu vārdnīca. Rīga: apgāds „Jumava”, 1999. ISBN 9984-05-266-4.
69. Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca Paliatīvās aprūpes nodaļa. Pieejams: <https://www.aslimnica.lv/lv/content/paliativas-aprupes-nodala> [aplūkots 2015.gada 17.februārī].

70. Rubenis A. Ētika XX gadsimtā. Rīga: apgāds „Zvaigzne ABC”, 1996. ISBN 9984-04-593-5.
71. Rudevskis J. Brīvas filozofiskas piezīmes uz Sanhosē pantu malām. Jurista Vārds, 2012. 21.augusts, Nr.34.
72. Rudzītis K. Terminologia Medica. Latīņu – latviešu medicīnas terminu vārdnīca. 2003.-2005.gadā pārstrādāts un papildināts izdevums. Rīga: SIA „Nacionālais apgāds”, 2005. ISBN 9984-26-229-4.
73. Seneka L.A. Vēstules Lucīlijam par ētiku. Ābrama Feldhūna tulkojums un komentāri. Rīga: „Zinātne”, 1996. ISBN 5-7966-1109-7.
74. Sīle V. Nekaitēšanas principa mūsdienu versija. Grām.: Biomedicīnas ētika. Teorija un prakse. Sīle V., Ķilkuts G., Mežinska S. u.c. Rīga: Rīgas Stradiņa universitāte, 2006. ISBN 9984-788-01-6.
75. Sīle V. Medicīnas ētikas pamatprincipi. Rīga: Izdevniecība „Zinātne”, 1999. ISBN: 9785796612293.
76. Skats nākotnē – sāpju atvieglošana vēža slimniekiem. Starptautiskās vienošanās par vēža sāpju problēmām. Pasaules Veselības Organizācijas rekomendācijas. Rīga: [B.i.], 2001.
77. 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums ar likumdošanas motīviem. Rīga: [B.i.], 1934.
78. 1933.g. 24.aprīļa Sodu likums ar likumdošanas motīviem un sīkiem komentāriem, kā arī ar alfabētisko un citiem rādītājiem. Mincs P., Ehlerss H., Jakobi P. u.c. Rīga: Iespiests Valsts tipogrāfijā, 1934.
79. 1903.gada 22.marta Sodu likums. Tulkojums ar paskaidrojumiem par Sodu likumu piemērošanu Latvijā. Rīga: Valsts tipogrāfija, 1925.
80. Sosārs V. Eitanāzija vai paliatīvā aprūpe? Latvijas Ārsts. Latvijas Ārstu biedrības zinātnisks un informatīvs žurnāls. 1995, Nr.11.
81. Sosārs V. Paliatīvās aprūpes (hospisu) vēsture. Rīga: [B.i.], 2002.
82. Šulcs A. Cilvēka dzīvības un nāves vērtība Latvijā. Latvijas Ārstu Žurnāls. 2002. Marts, Nr.3.
83. Švābe A. Mūsu sodu likumu valoda. Tieslietu Ministrijas Vēstnesis, 1933, Nr.6-8.
84. Tomsons K. Eitanāzijas institūta izpratne, nošķiršana un iedalījums. Jurista vārds, 2010. 19.janvāris, Nr.3.
85. Tomsons K. Eitanāzijas institūta normatīvais regulējums pasaulē. Jurista Vārds, 2010. 13.jūlijs, Nr.28.
86. Tomsons K. Eitanāzija v. tiesības uz dzīvību un tiesības uz privāto dzīvi. Jurista vārds. 2010. 1.jūnijs, Nr.22.
87. Tomsons K. Iepriekš dota norādījuma institūts un tā perspektīva Latvijā. Jurista Vārds, 2013. 2.aprīlis, Nr.13.
88. Valsts Cilvēktiesību biroja 2002.gada 30.janvārī rīkotās apaļā galda diskusijas „Cilvēktiesības un eitanāzija Latvijā” npublicētie materiāli.
89. Vildbergs H.J., Feldhūne G. Atsauces Satversmei: mācību līdzeklis. Rīga: Latvijas Universitāte, 2003. ISBN 9984-725-82-0.
90. Vinķele R. Medicīnas svešvārdu vārdnīca. 15 000 šķirkļu un to skaidrojumu. Rīga: Izdevniecība „Avots”, 2007. ISBN 978-9984-800-18.
91. A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. Journal of the American Medical Association, 1968. August 5, No.6.
92. Amicorum L., Kalmthout A. Fervet Opus. Portland: Maklu, 2010. ISBN 978-90-466-0367-3.
93. Amundsen D.W. Medicine and the birth of defective children: approaches of the ancient world. Grām.: Euthanasia and the newborn. Conflicts Regarding Saving Lives. Volume 24. Dordrecht, Boston, Lancaster, Tokyo: D.Reidel publishing company, 1987. ISBN 90-277-2299-4.

94. Andorno R. Regulating Advance Directives at the Council of Europe. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
95. Apa Dictionary of Psychology. Appelbaum M., Capaldi E.D., Dunivin D.L. and etc. Washington: American Psychological Association, 2007. ISBN 978-1-59147-380-0.
96. Arai Y., Bleichrodt E., Flinterman C. Theory and Practice of the European Convention on Human Rights. Fourth Edition. Antwerpen – Oxford: Intersentia, 2006. ISBN 978-90-5095-546-1.
97. Asopa S. Euthanasia and medico-legal aspects. Civil & Military Law Journal. Volume 46. 2010. October-December, No.4.
98. Audi R. The Moral Rights of the Terminally Ill. Grām.: Contemporary Issues in Biomedical Ethics. Audi R., Baker R., Bayles M. and etc. Clifton, New Jersey: The HUMANA Press Inc., 1978.
99. Aulisio M.P. Double Effect, Principle or Doctrine of. Grām.: Bioethics. 4<sup>th</sup> edition. Volume 2, C – E. Farmington Hills, Mich, San Francisco, New York, Waterville, Maine, Meriden, Conn, Mason, Ohio, Chicago: Gale Cengage Learning, 2014. ISBN 978-0-02-866207-7.
100. Bacon F. The Advancement of Learning. London: J. M. Dent & Sons Ltd, 1973. ISBN 0-460-10719-4.
101. Ballarino T. Is a conflict rule for living wills and euthanasia needed? Grām.: Yearbook of private international law. Volume VIII – 2006. Switzerland: Syaemfli Publishers Ltd. Berne, 2007. ISBN 978-3-7272-2736-3.
102. Banda L. Euthanasia and the sanctity of life: A Critical Study of Medical Ethics From a Legal Perspective. Zambia Law Journal, 2009. No.1.
103. Barboza H.H. Euthanasia face of the law in Latin America. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
104. Beauchamp T.L., Childress J.F. Killing and Letting Die. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
105. Becker C.L, Becker C.B. Encyclopedia of Ethics. Second Edition. Volume 1. A-G. New York and London: Routledge, 2001. ISBN 0-415-93672-1.
106. Bednarz A.A. Withdrawing Life Support from the Terminally Ill Is Ethically Acceptable. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
107. Behuniak S.M., Svenson A.G. Physician – Assisted Suicide. The Anatomy of a Constitutional Law Issue. United Kingdom: Rowman & Littlefield Publishers, 2003. ISBN 0-7425-1724-1.
108. Benatar D. Assisted Suicide, Voluntary Euthanasia, and the Right to Life. Grām.: The Right to Life and the Value of Life. Orientations in Law, Politics and Ethics. England: Ashgate, 2010. ISBN 978-0-7546-7761-1.
109. Benzenhöfer U. Euthanasia in Germany Before and During the Third Reich. Münster: Klemm + Oelschläger, 2010. ISBN 978-3-86281-001-7.
110. Benedict S., Caplan A., Lafrenz Page T. Duty and ‘Euthanasia’: the Nurses of Meseritz-Obrawalde. Nursing Ethics, 2007, No.6.
111. Benedict S., Kuhla J. Nurses’ Participation in the Euthanasia Programs of Nazi Germany. Western Journal of Nursing Research, 1999. April, No.2.
112. Berghs M., Dierckx de Casterlé B., Gastmans C. Practices of responsibility and nurses during the euthanasia programs of Nazi Germany: A discussion paper. International Journal of Nursing Studies, 2007, No.44.
113. Bernat J.L. The biophilosophical basis of whole – brain death. Grām.: Paul E.F., Miller F.D., Paul J. Bioethics. England: Cambridge University Press, 2002. ISBN 0-521-52526-8.

114. Black's Law Dictionary. Seventh edition. [B.v.]: West Group, 1999. ISBN 0-314-22864-0.
115. Bondt W., Vansweevelt T. Euthanasia in Belgium. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
116. Bois-Pedain du A. Is There a Human Right to Die? Grām.: Death Rites and Rights. Oxford and Portland, Oregon, 2007. ISBN 978-1-84113-732-2.
117. Buchanan A., Brock D.W. Deciding for Others. Grām.: Death, Dying and the Ending of Life. Volume 1. USA: Ashgate, 2007. ISBN 978-0-7546-2174-4.
118. Burkholder L. No Ethical Difference Exists Between Active and Passive Euthanasia. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
119. Calacula L.A., Hirsch H.L. Active and Passive Euthanasia: Medical and Legal Considerations. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984. ISBN 3-540-13251-1.
120. Capron A.M., Kass L.R. A statutory definition of the standarts for determining human death: an appraisal and a proposal. Grām.: Death, dying, and euthanasia. Washington: University Publications of America, Inc, 1977. ISBN 0-89093-139-9.
121. Chau P-L, Herring J. The Meaning of Death. Grām.: Death Rites and Rights. Oxford and Portland, Oregon, 2007. ISBN 978-1-84113-732-2.
122. Cherny I.N., Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine, 2009. October, No.7.
123. Chiu T-Y. End – of – Life Decision Making in Taiwan. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
124. Coleman C.H. Legal oversight of end – of – life treatment decisions in United States law. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
125. Consideration of reports submitted by states parties under article 40 of the covenant. United Nations, Human Rights Committee, 13 – 31 July 2009, Geneva. Pieejams: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?page=publisher&publisher=HRC&type=&coi=&docid=4aa7aa642&skip=0> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
126. Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics. The President's Council on Bioethics Washington, D.C., December 2008.
127. Cranford R.E. Brain Death and the Persistent Vegetative State. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982. ISBN 0-914904-76-0.
128. Dabral A. Dying with Dignity. A Legal, Religious and Political Insight into the Issue of Euthanasia. Civil & Military Law Journal, 2010. July-September, No.3.
129. Delbeke E. The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. European Journal of Health Law, 2011. March, No.2.
130. Dees M., Vernooj-Dassen M., Dekkers W., Weel C. Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physiscian – assisted suicide: an integrative review. Psycho – Oncology, 2010, No.19.
131. Dictionary of medical ethics. Revised and enlarged edition. Duncan A.S., Dunstan G.R., W.R.B. and etc. London: Darton, Longman&Todd, 1981. ISBN 0-232-51492-5.

132. Diesbach E., Loze M., Brochier C., Montero E. Euthanasia in Belgium: 10 years on. European Institute of Bioethics. April 2012. Pieejams: <http://www.ieb-eib.org/en/pdf/20121208-dossier-euthanasia-in-belgium-10-years.pdf> [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].
133. Dignitas. Pieejams: <http://www.dignitas.ch/index.php?lang=en> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
134. Dixon J.L., Smalley M.G. Jehovah's Witnesses: The Surgical/ Ethical Challenge. Grām.: Edwards R.B., Graber G.C. Bio-Ethics. USA: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, 1988. ISBN 0-15-505420-1.
135. Dyck A. Beneficent Euthanasia and Benemortasia: Alternative Views of Mercy. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
136. Dworkin G., Frey R.G., Bok S. Euthanasia and Physician – Assisted Suicide. For and against. United Kingdom: Cambridge University Press, 1998. ISBN 0-521-58246-6.
137. Ehrilch D. Euthanasia and the Family Doctor. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984. ISBN 3-540-13251-1.
138. End – of – Life Care in China: A View from Beijing. Yiting L., Doring O., Fang L. and etc. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
139. Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
140. Ezekiel E.J. The Ends of Human Life. Medical Ethics in a Liberal Polity. England: Harvard University Press, 1991. ISBN 0-674-25325-6.
141. Faunce T.A., Townsend R. A Comparative Perspective on Australian End – of – Life Law. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
142. Fenwick H. Civil Liberties and Human Rights. Fourth edition. New York: Rotledge-Cavendish, 2007. ISBN 978-1-85941-937-3.
143. Foley E.P. The Law of Life and Death. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press, 2011. ISBN 978-0-674-05104-1.
144. Gert B., Cuulver C.M., Clouser K.D. Bioethics: A Systematic Approach. Second Edition. New York: Oxford University Press, 2006. ISBN 978-0-19-515906-6.
145. Giesen D. International Medical Malpractice Law. A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. Tübingen, Dordrecht, Boston, London: Martinus Nijhoff Publishers, 1988. ISBN 90-247-3705-2.
146. Gilbert J. Palliative medicine: a new speciality changes an old debate. British Medical Bulletin. Euthanasia: death, dying and the medical duty, 1996. April, No.2.
147. Goldenring J. The brain – life theory: towards a consistent biological definition of humanness. Journal of Medical Ethics, 1985. No.11.
148. Griffiths J., Weyers H., Adams M. Euthanasia and Law in Europe. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2008. ISBN 978-1-84113-700-1.
149. Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998. ISBN 90-5356-275-3.
150. Grisez G., Boyle J.M. Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate. London: University of Notre Dame Press, 1979. ISBN 0-268-01262-8.
151. Green M.B., Wikler D. Brain Death and Personal Identity. Grām.: Death, Dying and the Ending of Life. Volume 1. USA: Ashgate, 2007. ISBN 978-0-7546-2174-4.
152. Greenberg I.S. Euthanasia and assisted suicide. Psychosocial Issues. U.S.A.: Charles C Thomas Publisher, LTD, 1997. ISBN 0-398-06785-6.

153. Groenhuijsen M. Euthanasia and the Criminal Justice System. Grām.: Boele-Woelki, Erp S. General Reports of the XVII<sup>TH</sup> Congress of the International Academy of Comparative Law. The Netherlands: Eleven International Publishing, 2007. ISBN 978-90-77596-19-7.
154. Groenhuijsen M., Laanen F. Euthanasia in the broader framework of Dutch penal policies. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
155. Guillod O., Schmidt A. Assisted suicide under Swiss law. European Journal of Health Law, 2005. March, No.1.
156. Harmon S.H.E., Sethi N. Preserving Life and Facilitating Death: What Role for Government after *Haas v. Switzerland*? European Journal of Health Law. 2011. September, No.4.
157. Hartog G. The regulation of Euthanasia. How successful Is the Dutch System? Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-00756-7.
158. Have H.T. End – of – Life Decision Making in the Netherlands. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
159. Health Council of the Netherlands. Considerations pertaining to neonatal life termination. Ethics and Health Monitoring Report, 2007/1. The Hague: Centre for Ethics and Health, 2007. ISBN 978-90-78823-02-5.
160. Heide A. Physician Assistance in Dying Without an Explicit Request by the Patient. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
161. Hendin H. Seduced by Death. Doctors, Patients, and Assisted Suicide. Revised and Update. New York, London: W.W. NORTON & COMPANY, 1998. ISBN 0-393-31791-9.
162. Hendin H. Suicide by the Terminally Ill Is Not Justified. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
163. Heyd D. The Meaning of Life and the Right to Voluntary Euthanasia. Grām.: Euthanasia. Carmi A., Cohn H.H., Myburgh A.C. and etc. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984. ISBN 3-540-13251-1.
164. Hiller M.D. Medical Ethics and The Law. Implications for Public Policy. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company, 1981. ISBN 0-88410-707-8.
165. Hirschberg B.A. Who Speaks for the Child and What Are His Rights? A Proposed Standard for Evaluation. Law and Human Behavior, 1980, No.1/2.
166. Hume D. Dialogues Concerning Natural Religion. Second Edition with Of the Immortality of the Soul, Of Suicide, Of Miracles. United States of America: Hackett Publishing Company, Inc., 1998. ISBN 978-0-87220-403-4.
167. Humphry D., Wickett A. The Right to Die. Understanding Euthanasia. Eugene, Oregon: The Hemlock Society, 1990. ISBN 0-06-091411-4.
168. Jackson E., Keown J. Debating Euthanasia. Oxford and Portland, Oregon: Hart Publishing, 2012. ISBN 978-1-84946-178-8.
169. Jacobs F.G., White R.C.A. The European Convention on Human Rights. United States: Oxford University Press, 1996. ISBN 0-19-928810-0.
170. Jannett B. The Vegetative State. Medical facts, ethical and legal dilemmas. United Kingdom: Cambridge University Press, 2002. ISBN 0-521-44158-7.
171. Javashvili G., Kiknadze G. Georgia – End – of – life care. Grām.: Euthanasia. Volume II. National and European perspectives. Germany: Council of Europe Publishing, 2004. ISBN 92-871-5200-4.



172. Joseph S., Schultz J., Castan M. *The International Covenant on Civil and Political Rights. Cases, Materials, and Commentary. Second Edition.* United States, New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0-19-925807-4.
173. Kai J. *Euthanasia in Japanese law.* Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective.* The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
174. Kastenbaum R. *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying. Volume 1. A-K.* USA: Macmillan Reference, 2003. ISBN 978-0-02-865690-8.
175. Kass L.R. *Death With Dignity and the Sanctity of Life. Grām.: A time to be born and a time to die. The ethics of choice.* New York: Aldine de Gruyter, 1991. ISBN 0-202-30388-8.
176. Kass L.R. *Physicians Should Never Participate in Euthanasia. Grām.: The Ethics of Euthanasia.* San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
177. Keown J. *Euthanasia, ethics and public policy. An Argument against Legalisation.* United Kingdom: Cambridge University Press, 2002. ISBN 0-521-00933-2.
178. Kimsma G.K., Leeuwen E. *The Role and Work of Regional Euthanasia Review Committees. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience.* Cambridge, New York, Melbourne, Madrid, Cape Town, Singapore, Sao Paulo, Delhi, Mexico City: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-00756-7.
179. Kimura R. *Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care.* United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998. ISBN 0-8018-5831-3.
180. Kluge W.E.H. *The Ethics of Deliberate death.* London: Kennika Press, 1981. ISBN 0-8046-9260-2.
181. Kulesza W. *Euthanasia in Poland. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective.* The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
182. Lamerton R. *How hospices cope. Grām.: Death, dying, and euthanasia.* Washington: University Publications of America, Inc, 1977. ISBN 0-89093-139-9.
183. *Legal Euthanasia in Belgium Characteristics of All Reported Euthanasia Cases.* Smets T., Bilsen J., Cohen J. and etc. *Medical Care*, 2009. December, No 12.
184. Legemaate J. *Classification and Definitions. Dutch Developments. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience.* United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
185. Legemaate J., Verkerk M., Wijlick E., Graeff A. *Palliative Sedation in the Netherlands: Starting point and Contents of a National Guideline.* *European Journal of Health Law*, Volume 14, 2007. April, No.1.
186. Lemmens C. *End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study.* *European Journal of Health Law*, 2010. December, No.5.
187. Letellier P. *History and definition of a word. Grām.: Euthanasia. Volume I – Ethical and human aspects.* Letellier P., Harpes J-P., Hermerén G. and etc. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2003. ISBN 92-871-5070-2.
188. Lewis P. *Assisted Dying and Legal Change.* New York: Oxford University Press, 2007. ISBN 978-0-19-921287-3.
189. Lewis P. *Euthanasia in Belgium Five Years After Legalisation.* *European Journal of Health Law*, Volume 16, 2009. June, No.2.
190. Liu A. *Ah Bun and Euthanasia in Hong Kong.* *Hong Kong Law Journal*, 2009. April 1, No.39.

191. Lorijs S. Eyes Open, Brain Shot. *Scientific American*, 2007. May, No.296.
192. Macklin R. Consent, Coercion, and Conflicts of Rights. Grām.: Edwards R.B., Graber G.C. *Bio-Ethics*. USA: Harcourt Brace Jovanovich, Publishers, 1988. ISBN 0-15-505420-1.
193. Maclean A. *Autonomy, Informed Consent and Medical Law. A Relational Challenge*. New York: Cambridge University Press, 2009. ISBN 978-0-521-89693-1.
194. Mappes T.A., DeGrazia D. *Biomedical ethics*. Fifth edition. New York: McGraw-Hill, 2001. ISBN 0-027-230365-4.
195. Mannaerts D., Mortier F. *Minors and euthanasia*. Book: *Children's Health and Children's Rights*. The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers, 2006.
196. Manning M. *An Ethical Difference Exists Between Active and Passive Euthanasia*. Grām.: *The Ethics of Euthanasia*. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
197. Michlowski S. *Legalising Active Voluntary Euthanasia through the Courts: Some Lessons From Colombia*. *Medical Law Review*, Volume 17, 2009. Summer, No.2.
198. Morris D. *Assisted Suicide under the European Convention on Human Rights: a Critique*. Grām.: *European Human Rights. Law Review*. 2003, Volume 8. London: Sweet&Maxwell, 2003. ISBN 0-421-86650-0.
199. Munoz N.P. *Euthanasia in the Spanish legal system*. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective*. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
200. Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Katsouda E., Vlahos L. *The Evolution of Euthanasia and Its Perceptions in Greek Culture and Civilization*. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2005. Winter, No.1.
201. Negri S. *The Right to Informed Consent at the Convergence of International Biolaw and International Human Rights Law*. Grām.: *Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
202. Noack T., Fangerau H. *Eugenics, Euthanasia, and Aftermath*. *International Journal of Mental Health*, 2007. Spring, No.1.
203. Nolan J. *Legalized Euthanasia in the Netherlands Raises Serious Ethical Concerns*. Grām.: *The ethics of euthanasia*. San Diego, Detroit, New York, San Francisco, Cleveland, New Haven, Conn, Waterville, Maine, London, Munich: Thomson Gale, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
204. Oley N. *Pain*. Grām.: *International Encyclopedia of Psychology*. Volume two. London, Chicago: FD, 1996. ISBN 1-884964-59-1.
205. Onwuteaka-Philipsen B.D. *The Unreported Cases*. Grām.: *Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience*. United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
206. Ost S. *Doctors and Nurses of Death: A Case Study of Eugenically Motivated Killing Under the Nazi 'Euthanasia' Programme*. *Liverpool Law Review*, 2006, No.27.
207. Otlowski M. *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. New York: Clarendon Press, 1997. ISBN 0-19-825996-4.
208. Oyster C.K. *Whose Death Is It, Anyway?* Grām.: *Final Acts. Death, Dying, and the Choices We Make*. New Brunswick, New Jersey, London: Rutgers University Press, 2009. ISBN 978-0-8135-4627-8.
209. Parmley C.L. *Advances in Medical Technology Have Complicated End – of – Life Decisions*. Grām.: *The Ethics of Euthanasia*. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
210. Paterson C. *Assisted Suicide and Euthanasia. A Natural Law Ethics Approach*. England: Ashgate Publishing Limited, 2008. ISBN 978-0-7546-5746-0.

211. Paul LeMaire H. Personal decisions. Washington: University press of America, 1982. ISBN 0-8191-2330-7.
212. Pernick M.S. Back from the grave: recurring controversies over defining and diagnosing death in history. Grām.: Death: beyond whole – brain criteria. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 1998. ISBN 1-55608-053-0.
213. Pessini L. Ethical Questions Related to End – of – Life Decisions: The Brazilian Reality. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Vambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
214. Petrinovich L. Living and Dying Well. New York: Plenum Press, 1996. ISBN 0-306-45171-9.
215. Phillips M., Dawson J. Doctors' dilemmas. Medical Ethics and Contemporary Science. Great Britain: The Harvester Press, 1985. ISBN 0-7108-0601-9.
216. Qvarnstrom U. Patients' Reactions to Impending Death. Grām.: Euthanasia. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag, 1984. ISBN 3-540-13251-1.
217. Rachels J. Active and Passive Euthanasia. Grām.: Euthanasia. The moral issues. Buffalo, New York: Prometheus books, 1989. ISBN 0-87975-555-5.
218. Rachels J. Active and Passive Euthanasia. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
219. Rachels J. The End of Life: Euthanasia and Morality. London: Oxford University Press, 1986. ISBN 0-19-286070-4.
220. Reid I.C. Depression. Grām.: Dictionary of Biological Psychology. London and New York: ROUTLEDGE, 2011. ISBN 0-415-13606-7.
221. Rogatz P. Physician – Assisted Suicide Should Be Legalized. Grām.: The Ethics of Euthanasia. San Diego: Greenhaven Press, 2005. ISBN 0-7377-2185-5.
222. Rosoff S.D. Living Wills and Natural Death Acts. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982. ISBN 0-914904-76-0.
223. Roth J.K. International encyclopedia of ethics. London: Taylor & Francis Group, 1995. ISBN 1-884964-38-9.
224. Serrão D. Portugal – Euthanasia: not ethically permissible. Grām.: Euthanasia. Volume II. National and European perspectives. Germany: Council of Europe Publishing, 2004. ISBN 92-871-5200-4.
225. Shah S.K., Miller F.K. Can We Handle the Truth? Legal Fictions in the Determination of Death. American Journal of Law & Medicine, 2010. No.4.
226. Sherwin S. Comments on „The Moral Rights of the Terminally Ill”. Grām.: Contemporary Issues in Biomedical Ethics. Clifton, New Jersey: The HUMANA Press Inc., 1978.
227. Simon A. End – of – Life Decision Making in Germany. Grām.: Blank R.H., Merrick J.C. End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
228. Simón-Lorda P., Barrio-Cantalejo I.M. End – of – Life Healthcare Decisions, Ethics and Law: The Debate in Spain. European Journal of Health Law, Volume 19, 2012. September, No.4.
229. Singer P. Justifying Voluntary Euthanasia. Grām.: Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
230. Skene L. Life – Prolonging Treatment and Patients' Legal Rights. Grām.: First Do No Harm. Law, Ethics and Healthcare. England: Ashgate, 2006. ISBN 0-7546-2614-8.
231. Smith S.W. End – of – Life Decisions in Medical Care: Principles and Policies for Regulating the Dying Process. New York: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-00538-9.
232. Smith S.W. Evidence for the Practical Slippery Slope in the Debate on Physician – Assisted Suicide and Euthanasia. Medical Law Rewiev, 2005. Spring, No.1.

233. Smith S.W. Some Realism about End of Life: The Current Prohibition and the Euthanasia Underground. *American Journal of Law & Medicine*, 2007, No.1.
234. Somerville M. *Death Talk. The Case against Euthanasia and Physician – Assisted Suicide*. London: McGill-Queen’s University Press, 2001. ISBN 0-7735-2201-8.
235. Sperling D. Maternal Brain Death. *American Journal of Law & Medicine*, 2004. January, No.30.
236. Stasi A.D. Human dignity: from cornerstone in international human rights law to cornerstone in international biolaw? Grām.: *Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
237. Steinbock B. *Introduction. Grām.: Killing and Letting Die*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1980. ISBN 0-13-515361-1.
238. Sumner L.W. *Assisted Death. A Study in Ethics and Law*. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-960798-3.
239. Tak P. Recent developments on euthanasia in the Netherlands after the adoption of the 2001 Termination of life on Request and Assistance in Suicide (Review Procedures) Act. Grām.: Amicorum L., Kalmthout A. *Fervet Opus*. Apeldoorn, Antwerpen, Portland: Maklu, 2010. ISBN 978-90-466-0367-3.
240. *The Gale Encyclopedia of Medicine*. Second edition. Volume 2 C-F. Margaret A., Byron Anderson J., Andres L. and etc. Detroit, New York, San Diego, San Francisco, Boston, New Haven, Conn., Waterville, Maine, London, Munich: Gale Group Thomson Learning, 2002. ISBN 0-7876-5491-4.
241. The Gronongen Protocol for Euthanasia in Newborns. Grām.: Verhagen E., Sauer P.J. *The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely Ill Newborns*. *The New England Journal of Medicine*, 2005. March 10, No.10.
242. The role of the physician in the voluntary termination of life, KNMG, June 2011. Pieejams: <http://knmg.artsenet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/100696/Position-paper-The-role-of-the-physician-in-the-voluntary-termination-of-life-2011.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
243. Thomas F.P., Beres A., Shevell M.I. “A Cold Wind Coming”: Heinrich Gross and Child Euthanasia in Vienna. *Journal of Child Neurology*, 2006. April, No.4.
244. Trinkaus W.R. *Decision Making for Newborns. Grām.: Legal and Ethical Aspects of Treating Critically and Terminally Ill Patients*. Ann Arbor, Michigan, Washington, D.C.: AUPHA Press, 1982. ISBN 0-914904-76-0.
245. Turkovič K. Euthanasia in Croatia. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective*. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.
246. Tyagi Y.K. Euthanasia: a policy – oriented approach. *The Indian journal of international law*. A quarterly. Vol.25, 1985.
247. Van Hoof A.J.L. Ancient euthanasia: ‘good death’ and the doctor in the Graeco – Roman world. *Social Science & Medicine*. 2004, No.58.
248. Veatch R.M. *Defining Death Anew: Technical and Ethical Problems*. Grām.: *Ethical Issues in Death and Dying*. New York: Columbia University Press, 1986. ISBN 0-231-06222-2.
249. Verhagen A.A., Sol J.J., Brouwer O.F., Sauer P.J. Deliberate termination of life in newborns in The Netherlands; review of all 22 reported cases between 1997 and 2004. Pieejams: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15702738> [aplūkots 2015.gada 2.maijā].
250. Verrel T. Euthanasia in Germany. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. *Euthanasia in International and Comparative Perspective*. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006. ISBN 978-90-5850-254-4.

251. Vial Martini S.R. The right to die with dignity: socio – legal implications of the right to a dignified life and death in the Brazilian experience. Grām.: Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011. ISBN 978-90-04-22357-8.
252. Walton D.N. Brain Death. Ethical Considerations. West Lafayette, Indiana: Purdue University, 1980. ISBN 0-931682-12-6.
253. Walton D.N. On Defining Death. An Analytic Study of the Concept of Death in Philosophy and Medical Ethics. Monreal: McGill – Queen’s University Press, 1979. ISBN 0-7735-0331-5.
254. Wasunna A. End – of – Life Decision Making in Kenya. Grām.: End – of – Life Decision Making. A Cross – National Study. Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press, 2005. ISBN 0-262-02574-4.
255. Weyers H. The Legalization of Euthanasia in the Netherlands. Revolutionary Normality. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
256. Weyers H. Dutch Social Groups on „Euthanasia”. The Political Spectrum on Ending Life on Request. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
257. Wiegand D. Palliative Care. Grām.: Ravitsky V., Fiester A., Caplan A.L. The Penn Center Guide to Bioethics. New York: Springer Publishing Company, 2009. ISBN 978-0-8261-1731-1.
258. Wijsbek H. The Subjectivity of Suffering and the Normativity of Unbearableness. Grām.: Physician – Assisted Death in Perspective. Assessing the Dutch Experience. United States of America: Cambridge University Press, 2012. ISBN 978-1-107-000756-7.
259. Williams G. Intention and causation in medical non – killing: the impact of criminal law concepts on euthanasia and assisted suicide. London and New York: Routledge-Cavendish Taylor & Francis Group, 2007. ISBN 978-0-415-42302-1.
260. Williams G. The principle of Double Effect and Terminal Sedation. Medical Law Review, 2001. Spring, No.1.
261. Youngner S.J. Competence to Refuse Life – Sustaining Treatment. Grām.: End – of – life decisions. A Psychosocial Perspective. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Press, Inc., 1998. ISBN 0-88048-756-9.
262. EXIT A.D.M.D. Suisse romande. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité. Pieejams: <http://www.exit-geneve.ch/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
263. NVK neemt 'Gronings Protocol' over. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Utrecht, 1 July 2005. Pieejams: <http://www.nvk.nl/DeNVK/Persberichten.aspx> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
264. Hubben J.H., Kolée L.A.A. Beëindigen babyleven te divers beoordeeld. Medisch Contact, 2011. 4 februari, Nr.5.
265. Over de toetsingscommissies. Regionale toetsingscommissies euthanasie. Pieejams: <http://www.euthanasiecommissie.nl/overdetoetsingscommissies/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
266. EXIT - Vereinigung für humanes Sterben Deutsche Schweiz. Pieejams: <http://www.exit.ch/startseite/> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
267. Абрамовичус А., Дракшене А., Павилонис В. Основные положения уголовного кодекса Литовской Республики. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002.
268. Апресян Р.Г., Гусейнов А.А. Этика. Энциклопедический словарь. Москва: Издательство «Гардарики», 2001. ISBN 5-8297-0049-2.

269. Баулин Ю.В. Причинение вреда с согласия «потерпевшего» как обстоятельство, исключающее преступность деяния. Харьков: ООО «Кроссруд», 2007. ISBN 966-8759-34-6.
270. Беляев Н.А., Шаргородский М.Д. Курс советского уголовного права. Часть Особенная. Т. 3. [В.в.]: Издательство Ленинградского университета, 1973.
271. Бойко А.И. Преступное бездействие. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003. ISBN 5-94201-162-1.
272. Бородин С.В. Квалификация преступлений против жизни. Москва: издательство «Юридическая литература», 1977.
273. Бородин С.В. Преступления против жизни. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003. ISBN 5-94201-155-9.
274. Бородин С.В. Преступления против жизни. Москва: Юристъ, 1999. ISBN 5-7975-0221-6.
275. Брынза С.М. Обзор положений проекта Уголовного кодекса Республики Молдова. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002.
276. Видайку М. Защита жизни человека – как одна из первоочерёдных задач уголовного права. Grām.: Категория «Цель» в уголовном, уголовно – исполнительном праве и криминологии. Материалы IV Российского конгресса уголовного права (28 – 29 мая 2009 года). Москва: Проспект, 2009. ISBN 978-5-392-00864-3.
277. Волков Б.С. Проблема воли и уголовная ответственность. Казань: Издательство Казанского университета, 1965.
278. Вольфласт Г. Эвтаназия с позиции науки и судебной практики ФРГ. Сравнение с другими Европейскими странами. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элерс А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003. ISBN 5-248-00161-7.
279. Габриелян А. Дифференциация уголовной ответственности за эвтаназию по уголовному законодательству зарубежных стран. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2010, Nr.3.
280. Габриелян А. Криминологические проблемы эвтаназии: причины и условия причинения смерти лицу по его просьбе. Administratīvā un kriminālā justīcija, 2011, Nr.4.
281. Габриелян А. Уголовно – правовая характеристика убийства по мотиву сострадания (эвтаназии). Administratīvā un kriminālā justīcija, 2011, Nr.1.
282. Годфруа Ж. Что такое психология. В 2-х т. Т. 2. Москва: Издательство «Мир», 1992. ISBN 5-03-001902-26.
283. Гомьен Д., Харрис Д., Зваак Л. Европейская конвенция о правах человека и Европейская социальная хартия: право и практика. Москва: Издательство МНИМП, 1998. ISBN 5-88720-017-0.
284. Грицанов А.А. Всемирная энциклопедия: Философия. Москва: АСТ Минск Харвест Современный литератор, 2001. ISBN 5-17-001948-3.
285. Гишинский Я. Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других «отклонений». Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004. ISBN 5-94201-320-9.
286. Гусейнов А.А., Дубко Е.Л., Анисимов С.Ф. Этика. Москва: издание «Гардарики», 1999. ISBN 5-8297-0030-1.
287. Еремин В.Н. Характеристика Особенной части уголовного права Японии. Grām.: Уголовное право зарубежных государств. Особенная часть: Учебное пособие. Голованова Н.А., Еремин В.Н., Игнатова М.А. и др. Москва: Издательский дом «Камерон», 2004. ISBN 5-9594-0006-5.
288. Есаков Г.А., Рарог А.И., Чучаев А.И. Настольная книга судьи по уголовным делам. Москва: Издательство «Проспект», 2008. ISBN 978-5-482-01939-9.
289. Жюльпа Д. Философский словарь. Москва: Международные отношения, 2000.

290. Зубарев С.М. Преступления против жизни и здоровья. Grām: Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Санкт-Петербург: Питер Пресс, 2008. ISBN 978-5-91180-500-5.
291. Иванюшкин А.Я., Юдин Б.Г. Эвтаназия. Grām.: Этика. Энциклопедический словарь. Москва: Издательство «Гардарики», 2001. ISBN: 5-8297-0049-2.
292. Ивченко О.С. Уголовная ответственность за эвтаназию в России. Grām.: Уголовное право в XXI веке. Москва: «ЛексЭст», 2002. ISBN 5-901638-13-1.
293. Капинус О.С. Преступления против жизни и здоровья. Grām.: Додонов В.Н., Капинус О.С., Щерба С.П. Сравнительное уголовное право. Особенная часть: Монография. Москва: Издательство «ЮРЛИТИНФОРМ», 2010. ISBN 978-5-93295-617-5.
294. Капинус О.С. Согласие потерпевшего на причинение вреда в современном уголовном праве. Grām.: Российский ежегодник уголовного права. 2007 №2. Санкт-Петербург: Университетский издательский консорциум «Юридическая книга», 2008. ISBN 978-5-9645-0100-8.
295. Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Москва: Издательский дом «Камерон», 2006. ISBN 5-9594-0059-6.
296. Капинус О.С. Эвтаназия в свете права на жизнь. Grām.: Конституционные основы уголовного права. Материалы I Всероссийского конгресса по уголовному праву, посвященного 10-летию Уголовного кодекса Российской Федерации. Москва: «Проспект», 2006. ISBN 5-482-00912-2.
297. Карпец И.И. Уголовное право и этика. Москва: издательство «Юридическая литература», 1985.
298. Козочкин И.Д. Уголовное право США. Успехи и проблемы реформирования. Санкт-Петербург: Издательство Р.Асланова «Юридический центр Пресс», 2007. ISBN 978-5-94201-510-7.
299. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Беляев А.Е., Борзенков Г.Н., Верин В.П. и др. Санкт-Петербург: Питер, 2008. ISBN 978-5-91180-500-5.
300. Комментарий к Уголовному кодексу Российской Федерации. Издание 2-е, измененное и дополненное. Ахметшин Х.М., Дубовик О.Л., Ераксин В.В. и др. Москва: Издательская группа НОРМА-ИНФРА М, 1999, ISBN 5-86225-645-8.
301. Котельников В.П. От Гиппократов до наших дней. Москва: Издательство «Знание», 1987.
302. Красиков А.Н. Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве. [В.в.]: Издательство Саратовского университета, 1976.
303. Красиков Ю.А., Алакаев А.М. Уголовное право. Общая часть. Курс лекций. Лекции 2 – 3. Понятие преступления. Множественность преступлений. Москва: Издательство НОРМА, 1996. ISBN 5-89123-020-8.
304. Краткая медицинская энциклопедия. Том 3. Риккетсиозы – ящур. Издание второе. Абугова С.П., Авакумов В.М., Авен О.И. и др. Москва: Издательство «Советская энциклопедия», 1990. ISBN 5-85270-009-6.
305. Крылова Н.Е. Уголовное право и биоэтика: проблемы, дискуссии, поиск решений. Москва: ИНРА-М, 2006. ISBN 5-16-002794.
306. Курс уголовного права. Особенная часть. Том 3. Борзенков Г.Н., Зубкова В.И., Ткачевский Ю.М. и др. Москва: «Зерцало-М», 2002. ISBN 5-94373-036-2.
307. Курсъ уголовного права. Часть особенная. Посягательства личныя и имущественныя. И.Я. Фойницкаго Издание Четвертое. С.-Петербургъ: Типографія М.М.Стасюлевича, 1901.
308. Локк Дж. Сочинения в трех томах. Том 3. Москва: Издательство «Мысль», 1988. ISBN 5-244-00084-5.
309. Мальцев В. Цели уголовного наказания. Уголовное право, 2010. Ноябрь – декабрь, № 6.

310. Марселла Э.Дж. Депрессия (*depression*). Grām.: Психологическая энциклопедия. 2-е издание. Санкт-Петербург: ПИТЕР, 2003. ISBN 5-272-00018-8.
311. Мацнев Н.И. Общая характеристика уголовного кодекса Литовской Республики. Grām.: Уголовный кодекс Литовской Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-121-4.
312. Медицинский энциклопедический словарь. Бородулин В.И., Бруёнок А.В., Венгеров Ю.Я. и др. Москва: Оникс 21 век, 2002. ISBN: 5-329-00555-8.
313. Михайлов В.И. Предисловие. Grām.: Уголовный кодекс Грузии. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-039-0.
314. Мишаткина Т.В., Денисова С.Д., Яскевич Я.С. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Минск: ТетраСистемс, 2003. ISBN 9-78985470139-4.
315. Мор Т. Утопия. Эпиграммы. История Ричарда III. Москва: Наука, 1998. ISBN 5-86218-233-3.
316. Мутагиров Д.З. Права и свободы человека: теория и практика. Москва: «Логос», 2006. ISBN 5-9870409-7-3.
317. На грани жизни и смерти (краткий очерк современной биоэтики в США). Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. [В.в.]: Этика, 1989, №12.
318. Никулин С.И. Преступления против жизни. Grām.: Уголовное право России. Особенная часть. Учебник. Москва: Издательство «Триада, Лтд», 1996. ISBN 5-86344-050-3.
319. Проблема прав тяжелобольных и умирающих в отечественном и зарубежном законодательствах. Коллектив авторов. Шевченко Ю.Л., Симоненко В.Б., Мухин А.П. и др. Москва: Издательский дом «ГЭОТАР-МЕД», 2002. ISBN: 5-9231-0236-6.
320. Романовский Г.Б. Гносеология права на жизнь. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003. ISBN 5-94201-179-8.
321. Сабиров В.Ш. О мировоззренческих основах современной западной танатологии. Человек, 2002. Сентябрь, №5.
322. Сальников В.П., Кузнецов Э.В., Старовойтова О.Э. Право на смерть в системе соматических прав человека. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элерс А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003. ISBN 5-248-00161-7.
323. Серебренникова А.В. Характеристика Особенной части Уголовного кодекса Германии. Grām.: Уголовное право зарубежных государств. Особенная часть: Учебное пособие. Голованова Н.А., Еремин В.Н., Игнатова М.А. и др. Москва: Издательский дом «Камерон», 2004. ISBN 5-9594-0006-5.
324. Силуянова И.В. Современная медицина и православие. Москва: Московское подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры, 1998.
325. Словарь иностранных слов. Издание второе, дополненное. Москва: Цитадель, 1999.
326. Словарь по уголовному праву. Борзенков Г.Н., Жалинский А.Э., Здравомыслов Б.В. и др. Москва: Издательство БЕК, 1997. ISBN 5-85639-218-3.
327. Советское уголовное право. Особенная часть. Васильев Н.В., Гельфер М.А., Гришаев П.И. и др. Москва: «Юридическая литература», 1988. ISBN 5-7260-0127-3.
328. Ткешелиадзе Г.Т., Леквеишвили М.Ш., Хурошвили Г.А. Новый уголовный кодекс Грузии. Grām.: Новое уголовное законодательство стран СНГ и Балтии. Москва: «ЛексЭст», 2002.
329. Уголовное право. Особенная часть. Учебник для вузов. Коллектив авторов. Науч. ред. И.Я.Казаченко, З.А.Незнамова, Г.П.Новосёлов и др. Москва: издательская группа «НОРМА-ИНФРА», 1998.
330. Уголовное право России. Особенная часть. Второе издание, переработанное и дополненное. Коллектив авторов. Науч. ред. В.Н.Кудрявцева, А.В.Наумова Москва: Юристь, 2000.



331. Учебник уголовного права. Общая часть. Бородин С.В., Кудрявцев В.Н., Кузнецова Н.Ф. и др. Москва: Издательство «СПАРК», 1996. ISBN 5-88914-033-7.
332. Философский энциклопедический словарь. Москва: Инфра-М, 1999.
333. Чернышева Ю.А. Причинение смерти лицу по его просьбе: уголовно – правовое, уголовно – политическое, криминологическое и социально – правовое исследование. Монография. Москва: Издательство «Юрлитинформ», 2011. ISBN 978-5-93295-801-8.
334. Шаргородский М.Д. Избранные труды. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004. ISBN 5-94201-306-3.
335. Элерс А. Рынок и мораль. Современная медицина не может отстраниться от этических вопросов. Grām.: Современное медицинское право. Дубовик О.Л., Элерс А., Малеина М.Н. и др. Москва: ИНИОН РАН, 2003. ISBN 5-248-00161-7.
336. Энциклопедия уголовного права. Т. 7. Обстоятельства, исключаящие преступность деяния. Веселов Е.Г., Козаев Н.Ш., Соломоненко И.Г. и др. Санкт-Петербург: Издание профессора Малинина – СПб ГКА, 2007. ISBN 5-91005-011-7.
337. Этика. На грани жизни и смерти. (Краткий очерк современной биоэтики в США). Уиклер Д., Брок Д., Каплан А. и др. Москва: Издательство «Знание», 1989. ISBN 5-07-000629-0.

### **Normatīvie akti**

1. Cilvēka tiesību un pamatbrīvību aizsardzības konvencija. Latvijas Vēstnesis, 1997. 13.jūnijs, Nr.143/144.
2. Starptautiskais pakts par pilsoniskajām un politiskajām tiesībām. Latvijas Vēstnesis, 2003. 23.aprīlis, Nr.61.
3. Konvencija par cilvēktiesību un cieņas aizsardzību bioloģijā un medicīnā – Konvencija par cilvēktiesībām un biomedicīnu. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, Nr.205.
4. Vispārējā cilvēktiesību deklarācija. Grām.: Cilvēka tiesības. Starptautisko līgumu krājums. 1.sējums (Pirmā daļa). Universālie līgumi. Apvienotās Nācijas: Ņujorka un Ženēva, 1994.
5. Vispārējā bioētikas un cilvēktiesību deklarācija. Pieejams: <http://www.vvc.gov.lv/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
6. Latvijas Republikas Satversme: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1993. 1.jūlijs, Nr.43.
7. Kriminālprocesa likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2005. 11.maijs, Nr.74.
8. Krimināllikums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 8.jūlijs, Nr.199/200.
9. Pacientu tiesību likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2009. 30.decembris, Nr.205.
10. Seksuālās un reproduktīvās veselības likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2002. 19.februāris, Nr.27.
11. Par Krimināllikuma spēkā stāšanās un piemērošanas kārtību: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1998. 4.novembris, Nr.331/332.
12. Ārstniecības likums: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 1997. 1.jūlijs, Nr.167.
13. Par miruša cilvēka ķermeņa aizsardzību un cilvēka audu un orgānu izmantošanu medicīnā: Latvijas Republikas likums. Ziņotājs, 1993. 14.janvāris, Nr.1.
14. Grozījumi Civillikumā: Latvijas Republikas likums. Latvijas Vēstnesis, 2012. 20.decembris, Nr.200.
15. Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu: Ministru kabineta 2009.gada 24.marta noteikumi Nr.268. Latvijas Vēstnesis, 2009. 16.aprīlis, Nr.58.

16. Noteikumi par obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām: Ministru kabineta 2009.gada 20.janvāra noteikumi Nr.60. Latvijas Vēstnesis, 2009. 11.februāris, Nr.23.
17. Kārtība, kādā veicama smadzeņu un bioloģiskās nāves fakta konstatēšana un miruša cilvēka nodošana apbedīšanai: Ministru kabineta 2007.gada 27.marta noteikumi Nr.215. Latvijas Vēstnesis, 2007. 11.aprīlis, Nr.59.
18. Latvijas ārstu ētikas kodekss. Ar grozījumiem, kas izdarīti 1998.gada 9.oktobrī. Pieejams: <http://www.arstubiedriba.lv/images/etikaskodekss.pdf> [aplūkots 2015.gada 7.maijā].
19. Par Latvijas PSR likumdošanas aktu piemērošanu Latvijas Republikas teritorijā: Latvijas Republikas Augstākās Padomes lēmums. Latvijas Republikas Augstākās Padomes un Valdības Ziņotājs, 1991, Nr.33.
20. Latvijas Padomju Sociālistiskās Republikas kriminālkodekss. Rīga: Avots, 1984.
21. Paziņojums par KPFSR Kriminālā, Kriminālprocesa, Civilā, Civilprocesa, Darba likumu un Laulības, ģimenes un aizbildnības kodeksu piemērošanu Latvijas teritorijā. Latvijas PSR Augstākās Padomes Ziņotājs, 1940, Nr.74.
22. KPFSR Kriminālkodekss. Ar grozījumiem līdz 1940.gada 15.novembrim. Rīga: Latvijas PSR Tieslietu Tautas Komisariāta izdevums, 1940.
23. 1933.g. 24.aprīļa Sodlu likums. Rīga: [B.i.], 1934.
24. Sodlu likumi par krimināliem un pārmācīšanas sodiem. Rīga: Dienas Lapas apgāds, 1894.
25. American Convention of Human Rights. Pieejams: [http://www.hrcr.org/docs/American\\_Convention/oashr.html](http://www.hrcr.org/docs/American_Convention/oashr.html) [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
26. Criminal code of the Republic of Albania. Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
27. Criminal code of the Republic of Armenia. Pieejams: <http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1655/file/bb9bb21f5c6170dad5efd70578c.htm/preview> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
28. Criminal code of the Federation of Bosnia and Herzegovina. Pieejams: <http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1661/file/5863a4917995d1a282d020fb2715.htm/preview> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
29. Criminal code of the Republic of Croatia. Pieejams: <http://legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
30. Criminal Code of the Republic of Estonia. Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
31. Criminal Code of the Federal Republic of Germany. Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/9015/preview> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
32. Criminal code of the Republic of Macedonia. Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/8892/preview> [aplūkots 2010.gada 30.jūnijā].
33. Criminal code of the Republic of Malta. Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
34. Criminal code of the Republic of Montenegro. Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/4168/preview> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
35. Criminal code of the Republic of Serbia. Pieejams: <http://www.legislationline.org> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
36. Criminal code of the Republic of Turkey. Pieejams: <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/6872/preview> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

37. Declaration on Euthanasia. Rome, the Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, May 5, 1980. Pieejams: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
38. “Patient Choice at End of Life” bill. Pieejams: <http://www.leg.state.vt.us/docs/2014/bills/intro/S-077.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.aprīlī].
39. The Oregon Death with Dignity Act. Pieejams: <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/statute.pdf> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
40. The Washington Death with Dignity Act. Pieejams: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245> [aplūkots 2015.gada 28.aprīlī].
41. Guideline for Palliative Sedation. Committe on National Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG). Utrecht, The Netherlands. January 2009. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/66978/Guideline-for-palliative-sedation-2009.htm> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
42. Uniform determination of death act. Pieejams: <http://www.uniformlaws.org/shared/docs/determination%20of%20death/udda80.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
43. WMA Statement on Physician – Assisted Suicide. Adopted by the 44<sup>th</sup> World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/p13/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
44. WMA Declaration on Euthanasia Adopted by the, Madrid, Spain, October 1987 and reaffirmed by the 170<sup>th</sup> WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
45. WMA Declaration of Venice on Terminal Illness. Adopted by the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and revised by the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/i2/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
46. WMA Declaration of Sydney on the Determination of Death and the Recovery of Organs. Adopted by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and amended by the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/d2/> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
47. WMA International Code of Medical Ethics. Adopted by the 3<sup>rd</sup> General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22<sup>nd</sup> World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35<sup>th</sup> World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 57<sup>th</sup> WMA General Assembly, Pilanesberg, South Africa, October 2006. Pieejams: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/> [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
48. The Euthanasia Laws Act 1997. Pieejams: <http://www.comlaw.gov.au/Details/C2004A05118> [aplūkots 18.05.2015.].
49. Northern territory of Australia. Rights of the Terminally Ill Act 1995 Pieejams: <http://www.nt.gov.au/lant/parliamentary-business/committees/rotti/rotti95.pdf> [aplūkots 18.05.2015.].
50. Grand – duche de Luxembourg Penal Code (Loi du 16 juin 1879). Pieejams: [http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/#code\\_penal](http://www.legilux.public.lu/leg/textescoordonnes/codes/#code_penal) [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].

51. Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide: Recueil de legislation. MEMORIAL Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg. 2009. 16 mars, A — N° 46.
52. Bunreacht na hÉireann. Pieejams: [http://www.taoiseach.gov.ie/attached\\_files/Pdf%20files/Constitution%20of%20Ireland%20%28Irish%29.pdf](http://www.taoiseach.gov.ie/attached_files/Pdf%20files/Constitution%20of%20Ireland%20%28Irish%29.pdf) [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
53. Wet tot wijziging van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, teneinde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken. 28 Februari 2014. Belgisch Staatsblad, 2014. 13 Maart, N.2014009093.
54. Wet betreffende de rechten van de patiënt. 22 Augustus 2002. Belgisch Staatsblad, 2002. 26 September, N.2002022737.
55. Wet betreffende euthanasie 28 mei 2002. Belgisch Staatsblad, 22 Juni 2002, N. 2002 – 2141.
56. Strafwetboek van 8 juni 1867. Pieejams: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=1867060801](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1867060801) [aplūkots 2015.gada 30.aprīlī].
57. Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. Pieejams: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum\\_27-01-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/geldigheidsdatum_27-01-2015) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
58. Wetboek van Strafrecht. Pieejams: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/geldigheidsdatum\\_27-01-2015](http://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/geldigheidsdatum_27-01-2015) [aplūkots 2015.gada 27.janvārī].
59. Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking. Staatscourant, 2007. 6 maart, Nr.46.
60. Euthanasie bij een verlaagd bewustzijn. KNMG - richtlijn. April 22, 2010. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie-levenseinde/79307/Richtlijn-euthanasie-bij-eeen-verlaagd-bewustzijn.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
61. KNMG/KNMP RICHTLIJN Uitvoering euthanasie ne hulp bij zelfdoding. Augustus 2012. Pieejams: <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/111025/Richtlijn-Uitvoering-euthanasie-en-hulp-bij-zelfdoding-2012.htm> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
62. Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (Stand am 1. Januar 2015). Pieejams: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
63. Código Penal de la Nación Argentina. Pieejams: <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
64. Código Penal da Brasil. Pieejams: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848compilado.htm) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
65. Código Penal de Boliviano. Pieejams: [http://www.oas.org/Juridico/mla/sp/bol/sp\\_bol-int-text-cp.html](http://www.oas.org/Juridico/mla/sp/bol/sp_bol-int-text-cp.html) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
66. Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela. Pieejams: [http://www.ministeriopublico.gob.ve/c/document\\_library/get\\_file?uuid=4d73d650-7f5c-4fb1-8206-b2355fcdef65&groupId=10136](http://www.ministeriopublico.gob.ve/c/document_library/get_file?uuid=4d73d650-7f5c-4fb1-8206-b2355fcdef65&groupId=10136) [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
67. Código Penal de la República de Chile. Pieejams: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].
68. Código Penal de la Guatemala. Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp\\_gtm-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/gtm/sp_gtm-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
69. Código Penal de la República de Nicaragua. Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/nic/sp\\_nic-int-text-cp.html](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/nic/sp_nic-int-text-cp.html) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].

70. Código Penal de Paraguay. Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/pry/sp\\_pry-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/pry/sp_pry-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
71. Código Penal de Peru Decreto legislativo N° 635. Pieejams: [http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/per/sp\\_per-int-text-cp.pdf](http://www.oas.org/juridico/MLA/sp/per/sp_per-int-text-cp.pdf) [aplūkots 2015.gada 29.janvārī].
72. Código Penal da Português. Pieejams: <http://www.portolegal.com/CPENAL.htm> [aplūkots 2013.gada 21.jūlijā].
73. Código de Ética. Confederación Médica de la República Argentina. Pieejams: <http://comra.org.ar/assets/images/cms/244137d29d571505be194a4573ae33cb.pdf> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
74. Código de Ética. Colegio Médico de Chile A.G. Santiago de Chile, 2011. Pieejams: [http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/120111codigo\\_de\\_etica.pdf](http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/etica/120111codigo_de_etica.pdf) [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
75. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон. Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48.
76. Уголовный кодекс Азербайджанской Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-016-1.
77. Уголовный кодекс Австрии. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004. ISBN 5-94201-315-2.
78. Уголовный кодекс Грузии. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-039-0.
79. Уголовный кодекс Дании. Москва: Московский Государственный Университет имени М.В.Ломоносова, 2001.
80. Уголовный кодекс Испании. Москва: издательство «ЗЕРЦАЛО», 1998. ISBN 5-8078-0012-5.
81. Уголовный кодекс Китайской Народной Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-003-X.
82. Уголовный кодекс Кыргызской Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-084-6.
83. Уголовный кодекс Литовской Республики. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-121-4.
84. Уголовный кодекс Республики Беларусь. Минск: издательство «Тесей», 2001. ISBN 985-463-005-6.
85. Уголовный кодекс Республики Болгария. Минск: «Тесей», 2000. ISBN – 985-6454-51-4.
86. Уголовный кодекс Республики Казахстан. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-022-6.
87. Уголовный кодекс Республики Корея. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2004. ISBN 5-94201-272-5.
88. Уголовный кодекс Республики Молдова. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2003. ISBN 5-94201-158-3.
89. Уголовный кодекс Республики Польша. Минск: издательство «Тесей», 1998. ISBN 985-6454-06-9.
90. Уголовный кодекс Российской Федерации. Москва: «Проспект», 2010.
91. Уголовный Кодекс Республики Сан-Марино. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-098-6.
92. Уголовный кодекс Республики Таджикистан. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-040-4.
93. Уголовный кодекс Тайланда. Москва: Юридический центр Пресс, 2005.

94. Уголовный кодекс Туркменистана. Pieejams: <http://www.legislationline.org/ru/documents/action/popup/id/14380/preview> [aplūkots 2015.gada 28.janvārī].
95. Уголовный кодекс Украины. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-023-4.
96. Уголовный кодекс Республики Узбекистан. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2001. ISBN 5-94201-020-X.
97. Уголовный кодекс Японии. Санкт-Петербург: Юридический центр Пресс, 2002. ISBN 5-94201-053-6.
98. Уголовное уложение 22.марта 1903.г. С.-Петербургъ: Издание Н.С.Таганцева, 1904.
99. Уголовное уложение 22.марта 1903.г.: Съ мотивами, извлечёнными изъ объяснительной записки редакционной комиссии, представления Мин. Юстиции въ Государственной Советъ и журналовъ.- особаго совещания, особаго присутствия департаментовъ и общаго собрания Государственнаго совета. Издание Н.С. Таганцева. С.-Петербургъ: Государственная типография, 1904.
100. Уложение о наказанияхъ уголовныхъ и исправительныхъ 1885 года. Издано Н.С. Таганцевымъ. Издание двенадцатое, пересмотренное и дополненное. С.-Петербургъ, 1904.

## Juridiskās prakses materiāli

### Tiesu prakse

1. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 497/09 Case of Koch v. Germany, 19 July 2012, para. 70.
2. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 31322/07 Haas v. Switzerland, 20 January 2011, para. 56 – 58.
3. Eiropas Cilvēktiesību tiesas spriedums lietā: 2346/02 Case of Pretty v. The United Kingdom, 29 April 2002, para. 37 – 41, 44 – 46, 48, 49, 54, 55, 61, 68 – 70, 74, 82, 83, 86 – 89.
4. Par Ministru kabineta 2006. gada 31. oktobra noteikumu Nr.899 „Ambulatorajai ārstēšanai paredzēto zāļu un medicīnisko ierīču iegādes izdevumu kompensācijas kārtība” 92. punkta otrā teikuma vārdu „zāļu iegādes izdevumu kompensācijai piešķirto līdzekļu ietvaros”, 94. punkta vārdu „izņemot šo noteikumu 100.<sup>1</sup> punktā minēto gadījumu”, 100. punkta vārdu „ne vairāk kā 10 000 latu apmērā vienam pacientam 12 mēnešu periodā” un 100.<sup>1</sup> punkta otrā teikuma atbilstību Latvijas Republikas Satversmes 93. un 110. pantam: Latvijas Republikas Satversmes tiesas 2010.gada 7.janvāra spriedums lietā Nr. 2009-12-03. 14.punkts. Pieejams: [http://www.satv.tiesa.gov.lv/upload/spriedums\\_2009-12-03.htm](http://www.satv.tiesa.gov.lv/upload/spriedums_2009-12-03.htm) [aplūkots 2015.gada 27.martā].
5. Tiesu prakse krimināllietās par slepkavībām (Krimināllikuma 116.-118.pants) 2009/2010. Pieejams: <http://at.gov.lv> [aplūkots 2015.gada 17.maijā].
6. Republikas tiesu prakse krimināllietās par tīšām slepkavībām (Krimināllikuma 116., 117. un 118. pants) 2001. Pieejams: <http://at.gov.lv> [aplūkots 2015.gada 17.maijā].
7. Par Krimināllikumu piemērošanu lietās par tīšām slepkavībām: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Plēnuma 1992.gada 24.februāra lēmums Nr.1. Grām.: Latvijas Republikas Augstākās Tiesas Plēnuma lēmumu krājums. Rīga: Latvijas Policijas akadēmija, 2002, 20.lpp.
8. Montanas štata Augstākās tiesas 2009.gada 31.decembra spriedums lietā: Baxter v. State, 224 P.3d 1211 (Mont. 2009).
9. Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: Vacco v. Quill, 521 U.S. 793 (1997).
10. Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: Washington v. Glucksberg, 521 U.S. 702 (1997).

11. Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Cruzan v. Dir.*, Mo. Dep't of Health, 497 U.S. 261 (1990).
12. Amerikas Savienoto Valstu Augstākās tiesas spriedums lietā: *Jacobson v. Massachusetts*, 197 U.S. 11 (1905).
13. Ņūdžersijas Augstākās tiesas spriedums lietā: *In re Quinlan*, 348 A.2d 801 (N.J. Super. Ct. Ch. Div. 1975).
14. Ņujorkas Augstākās tiesas spriedums lietā: *People v. Eulo*, 472 N.E.2d 286 (N.Y. 1984).
15. Ņujorkas Augstākās tiesas spriedums lietā: *Schloendorff v. Soc'y of N.Y. Hospital*, 105 N.E. 92 (N.Y. 1914).
16. Nevadas Augstākās tiesas spriedums lietā: *McKay v. Bergstedt*, 801 P.2d 617 (Nev. 1990).
17. Ņujorkas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Eichner on behalf of Fox*, 426 N.Y.S.2d 517 (N.Y. App. Div. 1980).
18. Floridas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *Satz v. Perlmutter*, 362 So. 2d 160 (Fla. Dist. Ct. App. 1978).
19. Illinoisas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Fetus Brown*, 689 N.E.2d 397 (Ill. App. Ct. 1997).
20. Illinoisas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re Baby Boy Doe*, 632 N.E.2d 326 (Ill. App. Ct. 1994).
21. Kolumbijas Apelācijas tiesas spriedums lietā: *In re A.C.*, 573 A.2d 1235 (D.C. 1990).
22. Tenesijas štata Apelācijas tiesas spriedums lietā: *Davis v. Davis*, No. 180, 1990 Tenn. App. LEXIS 642.
23. Virdžīnijas apgabaltiesas spriedums lietā: *Tucker v. Lower*, 1 Va. Cir. 124 (1972).
24. BGH, Urteil vom 15. November 1996, BGHSt 42, 301– Sterbehilfe.
25. Vācijas Federatīvās Republikas Augstākās tiesas spriedums lietā: BGH, NJW, 1981. S. 932. Citēts pēc: Жалинский А.Э. Современное немецкое уголовное право. Москва: Проспект, 2006, с.371, ISBN 5-98032-738-X.
26. Yokohama District Court 28 March. 1995. Citēts pēc: Kai J Euthanasia in Japanese law. Grām.: Groenhuijsen M., Laanen F.V. Euthanasia in International and Comparative Perspective. The Netherlands: Wolf Legal Publishers (WLP), 2006, p.191.-192. ISBN 978-90-5850-254-4.
27. Kochi District Court Heisei 2 nen (Wa): Sep. 17, 1990, No. 94. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.199. ISBN 0-8018-5831-3.
28. Osaka District Court Showa 52 nen (Wa): Nov. 30, 1977, No. 3083. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.199. ISBN 0-8018-5831-3.
29. Kobe District Court Showa 50 nen: Oct. 29, 1975, No. 484. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.198.-199. ISBN 0-8018-5831-3.
30. Kagoshima District Court 1 October 1975. Citēts pēc: Kimura R. Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View. Grām.: Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.198.-199. ISBN 0-8018-5831-3.

31. Nagoya High Court Showa 37 nen (*U*): Dec. 22, 1962, No. 496. Citēts pēc: Kimura R. *Death, Dying, and Advance Directives in Japan: Sociocultural and Legal Points of View*. Grām.: *Advance Directives and Surrogate Decision Making in Health Care. United States, Germany, and Japan*. Baltimore & London: The Johns Hopkins University Press, 1998, p.197. ISBN 0-8018-5831-3.
32. *St. George's Healthcare NHS Trust v. S.*, (1998) 3 W.L.R. 936 (Court of Appeal, 1998). Citēts pēc: Lemmens C. *End of Life Decisions and Pregnant Women: Do Pregnant Women Have the Right to Refuse Life Preserving Medical Treatment? A Comparative Study*. *European Journal of Health Law*. 2010. December, No.5, p.490.
33. *Airdale N.H.S. Trust v. Bland*. [1993] A.C. 789. Citēts pēc: Gorsuch N.M. *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. United Kingdom: Princeton University Press, 2006, p.208.-209. ISBN 978-0-691-12458-2.
34. *University Health Services v. Piazzi*, No. CV86-RCCV-464. Citēts pēc: Sperling D. *Maternal Brain Death*. *American Journal of Law & Medicine*, 2004. January, No.30.
35. Brasil, Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, Apelação criminal no. 19.701/2, 1994. Citēts pēc: Vial Martini S.R. *The right to die with dignity: socio – legal implications of the right to a dignified life and death in the Brazilian experience*. Grām.: *Self – Determination, Dignity and End – of – Life Care. Regulating Advance Directives in International and Comparative Perspective*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers, 2011, p.368.-369. ISBN 978-90-04-22357-8.
36. Nīderlandes Augstākās tiesas 2008.gada 18.marta spriedums lietā: HOGE RAAD (STRAFKAMER) 18 maart 2008, nr. 03288/06. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, jaargang 2008, 24 mei, Aflevering 21, Nrs. 253-268, Nr.264.
37. Nīderlandes Augstākās tiesas 2005.gada 22.marta spriedums lietā: HOGE RAAD (STRAFKAMER) 22 maart 2005, nr. 01853/04. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, jaargang 2007, 15 september, Aflevering 37, Nrs. 429-440, Nr.438.
38. Nīderlandes Augstākās tiesas 2004.gada 9.novembra spriedums lietā: HOGE RAAD (STRAFKAMER) 9 november 2004, nr. 02641/03. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, Aflevering 21, Nummers 210-220, Jaargang 2005 28 mei. Nr.217.
39. Nīderlandes Augstākās tiesas 2002.gada 24.decembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 24 december 2002, nr. 00797/02. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, Jaargang 2003 – 22 maart, Afl. 12 – Nrs. 161 – 169., Nr.167.
40. Nīderlandes Augstākās tiesas 1995.gada 5.decembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 5 december 1995, nr. 100.400. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, Jaargang 1996 – 18 mei, Afl. 20 – Nrs. 314-327, Nr.322.
41. Nīderlandes Augstākās tiesas 1994.gada 21.jūnija spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 21 juni 1994, nr. 96.972. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, Jaargang 1994 – 29 oktober. Afl.43 – Nrs. 648-663., Nr.656.
42. Nīderlandes Augstākās tiesas 1984.gada 27.novembra spriedums lietā: HOGE RAAD (Strafkamer) 27 november 1984, nr. 77091. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken* 1985, 1 – 491. Nr.106.
43. Alkmāras Reģionālās tiesas 1995.gada 26.aprīļa spriedums lietā: ARR.-RECHTBANK. ALKMAAR (Strafkamer) 26 april 1995. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken*, Jaargang 1995 – 30 september, Afl. 39 – Nrs. 593–605. No.602.
44. Roterdamas Reģionālās tiesas 1981.gada 1.decembra spriedums lietā: ARR. RECHTBANK ROTTERDAM (Strafkamer) 1 december 1981. *Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken* 1982, 1 – 314. Nr.63.



45. Līuvārdenas Reģionālās tiesas 1973.gada 21.februāra spriedums lietā: ARR.-RECHTB. LEEUWARDEN 21 februari 1973. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke, straf- ne onteigenings - zaken 1973. No.183.
46. Amsterdamas Apelācijas tiesas 2006.gada 31.augusta spriedums lietā: Gerechtshof Amsterdam, 31-08-2006, AY7270. Pieejams: <http://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHAMS:2006:AY7270> [aplūkots 2015.gada 26.janvārī].
47. Līuvārdenas Apelācijas tiesas 2003.gada 14.oktobra spriedums lietā: HOF LEEUWARDEN (Strafzaak) 14 oktober 2003, nr. 24-000552-03. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 20 december, Afl. 51/52 – Nrs. 715-736, Nr.732.
48. The Kadijk case. Supreme Court of Appeals, Leeuwarden, Second Full Criminal Chamber, 4 April 1996. Grām.: Griffiths J., Bood A., Weyers H. Euthanasia and law un the Netherlands. Amsterdam: Amsterdam University Press, 1998, p.341.-351. ISBN 90-5356-275-3.
49. Amsterdamas Apelācijas tiesas 1995.gada 7.novembra spriedums lietā: HOF AMSTERDAM (Strafkamer) 7 november 1995. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 1996 – 17 februari, Afl. 7 – Nrs. 101–117. No.113.
50. Hercogmeža Apgabaltiesas 2003.gada 10.jūnija spriedums lietā: RECHTBANK 'S HERTOGENBOSCH (Strafkamer) 10 juni 2003, nr. 01-020179-01. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 2 augustus, Afl. 31 - Nrs. 426-435, Nr.450.
51. Groningenas rajona tiesas 2003.gada 10.aprīļa spriedums lietā: RECHTBANK GRONINGEN (Strafkamer) 10 april 2003, nr. 18/070214-01. Nederlandse Jurisprudentie, Uitspraken in burgerlijke en strafzaken, Jaargang 2003 – 24 mei, Afl. 21 - Nrs. 282-296. Nr.296.

### **Citi prakses materiāli**

1. Oregon's Death with Dignity Act – 2012. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.].
2. Oregon's Death with Dignity Act – 2010. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.].
3. Oregon's Death with Dignity Act – 2010. Portland: Oregon Public Health Division, 2011.
4. 2009 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2010.
5. 2008 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2009.
6. Oregon's Death with Dignity Act – 2007. [B.v.]: [B.i.], 2008.
7. Oregon's Death with Dignity Act – 2006. [B.v.]: [B.i.], 2007.
8. Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2006.
9. Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2005.
10. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2004.
11. Fourth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2002.
12. Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician – assisted suicide. Portland: Department of Human Services Oregon Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2001.
13. Oregon's Death with Dignity Act: The First Year's Experience. Eugene Chin A.E., Hedberg K., Higginson G. and etc. Portland: Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 1999.
14. Washington State Department of Health 2011 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2011.

15. Washington State Department of Health 2009 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health 2009.
16. Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014.
17. Regional euthanasia review committees – Annual Report 2012. The Hague: [B.i.], 2013.
18. Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012.
19. Regional euthanasia review committees – Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011.
20. Regional euthanasia review committees – Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010.
21. Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009.
22. Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague: [B.i.], 2008.
23. Regional euthanasia review committees: 2006 annual report. Arnhem: [B.i.], 2007.
24. Regional euthanasia review committees 2005 annual report. Arnhem: [B.i.], 2006.
25. Regional euthanasia review committees 2004 annual report. Arnhem: [B.i.], 2005.
26. Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004.
27. Regional euthanasia review committees 2002 annual report. [B.v.]: [B.i.], [B.g.].
28. Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2011 en 2012. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2013.
29. Jaarverslag Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen 2008. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, [B.g.].
30. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2012 – 2013). Brussel: [B.i.]: 2014.
31. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2010 – 2011). Brussel: [B.i.], 2012.
32. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vierde verslag aan de wetgevende kamers (2008 – 2009). Brussel: [B.i.], 2010.
33. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Derde verslag aan de wetgevende kamers (2006 – 2007). Brussel: [B.i.], 2008.
34. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Tweede Eerste verslag aan de wetgevende kamers (2004 – 2005). Brussel: [B.i.], 2006.
35. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Eerste verslag aan de wetgevende kamers 22 september 2002 – 31 december 2003. Brussel: Federale Controle – en Evaluatiecommissie (FCEEC), 2004.
36. Lietuvos Respublikos Generalinė prokuratūra Vilniaus Miestro apylinkės prokuratūra. 07.11.1998. Nutarimas nutraukti baudžiamąją bylą. puslapis.180.-183. Baudžiamoji byla Nr.10-2-315-98. Tomas Nr.1. Nepublicėti kriminallietas Nr.10-2-315-98 materiāli.
37. Lietuvos Respublikos Generalinė prokuratūra Vilniaus Apygardos prokuratūra 25.01.1999. Nutarimas. puslapis.184.-185. Baudžiamoji byla Nr.10-2-315-98. Tomas Nr.1 Nepublicėti kriminallietas Nr.10-2-315-98 materiāli.
38. Приговор Ростовского уголовного суда Российской Федерации от 7 декабря 2004 года по уголовному делу № 2-129/04. Nepublicėti kriminallietas Nr.2-129/04 materiāli.
39. Кассационное определение Верховного Суда Российской Федерации от 5 марта 2005 года по уголовному делу № 41-005-6. Nepublicėti kriminallietas Nr.2-129/04 materiāli.

## **Citi prakses materiāli<sup>778</sup>**

1. Oregon's Death with Dignity Act – 2013. [B.v.]: [B.i.], 2014.
2. Fourth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2002.
3. Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician – assisted suicide. Portland: Department of Human Services Oregon Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2001.
4. Sullivan A.D., Hedberg K., Fleming D.W. Oregon's Death with Dignity Act: The Second Year's Experience. Portland: Department of Human Services Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2000.
5. Washington State Department of Health 2013 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2013.
6. Washington State Department of Health 2012 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2012.
7. Washington State Department of Health 2010 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2010.
8. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide Troisième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2013 et 2014). [B.v.]: [B.i.], 2015.
9. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Deuxième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2011 et 2012). Luxembourg: [B.i.], 2013.
10. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Premier rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2009 et 2010). [B.v.]: [B.i.], 2011.
11. Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2009 en 2010. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2011.
12. Jaarverslag Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen 2007. [B.v.]: [B.i.], [B.g.].

## **Likumprojekti**

1. Latvijas Republikas Krimināllikums: Latvijas Republikas likuma projekts. Latvijas Vēstnesis, 1996. 26.jūlijs, Nr.126.
2. Wet van ..., houdende toetsing van stervenshulp aan ouderen en wijziging van het Wetboek van Strafrecht, de Wet op de lijkbezorging en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet toetsing stervenshulp aan ouderen). Pieejams: <http://sparta.projectie.com/~uitvrije/index.php?id=1006> [aplūkots 2015.gada 16.maijā].

Rīgā,

2015.gada 29.maijā

Rihards Poļaks

---

<sup>778</sup> Citi prakses materiāli, uz kuriem promocijas darbā nav izdarīta atsauce, sk. sarakstu Pielikumā Nr.4, 6, 7 un 8.

**Ārstniecības iestādes, kas Latvijas Republikā 2015.gadā stacionāri sniedz paliatīvo aprūpi un to kapacitāte šim aprūpes veidam**

<b>Nr. p. k.</b>	<b>Ārstniecības iestādes nosaukums</b>	<b>Gultas vietu skaits slimnīcā, kas atvēlētas paliatīvai aprūpei</b>	<b>Valsts piešķirtā finansējuma ekvivalents pacientu skaitam 2015.gadam</b>
1.	SIA „Rīgas Austrumu klīniskā universitātes slimnīca”	25	852
2.	SIA “Ziemeļkurzemes reģionālā slimnīca”	20	426
3.	SIA “Jēkabpils reģionālā slimnīca”	Pacientiem paliatīvā aprūpe tiek nodrošināta atbilstoši profilam slimnīcas nodaļās <sup>779</sup>	270
4.	SIA „Daugavpils reģionālā slimnīca”	20	217
5.	SIA "Vidzemes slimnīca"	3	152
6.	SIA "Rēzeknes slimnīca"	4	72
7.	VSIA „Piejūras slimnīca”	Paliatīvās aprūpes gultas vietu skaits ir atkarīgs no pieprasījuma pēc šāda aprūpes veida <sup>780</sup>	15

Datu avots – Latvijas Republikas Veselības Ministrijas Veselības norēķinu centra sniegtās ziņas.<sup>781</sup>

<sup>779</sup> Saskaņā ar SIA „Jēkabpils reģionālās slimnīcas” pārstāves sniegto informāciju tieši paliatīvai aprūpei slimnīcā nav atvēlētas atsevišķas gultas vietas.

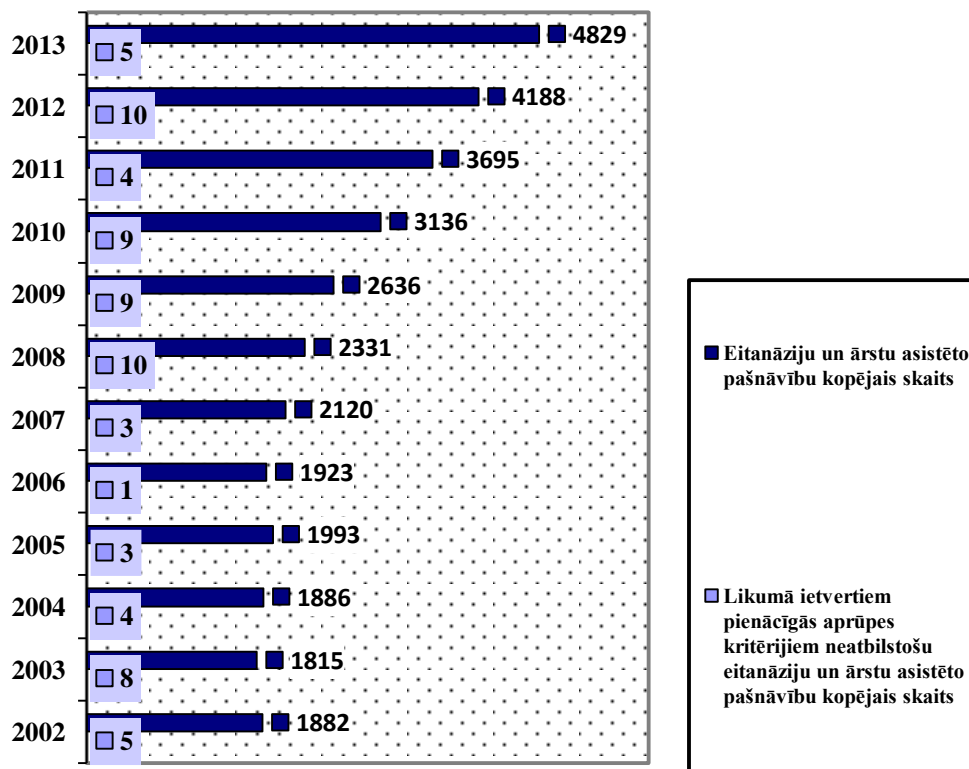
<sup>780</sup> Saskaņā ar VSIA „Piejūras slimnīcas” pārstāves sniegto informāciju tieši paliatīvai aprūpei slimnīcā nav atvēlētas atsevišķas gultas vietas.

<sup>781</sup> Nacionālā veselības dienesta 2015.gada 9.februāra atbildes vēstule uz pieprasījumu Nr.4.1-12/1205.

**Dziļas un nepārtrauktas paliatīvās sedācijas un eitanāzijas pazīmju salīdzinājums**

	<b>Dziļa un nepārtraukta paliatīvā sedācija līdz nāves iestāšanās brīdim</b>	<b>Eitanāzija</b>
Mērķis	Atbrīvot no ciešanām	Izbeigt ciešanas
Līdzekļi	Pazeminot samaņu	Izbeidzot dzīvi
Medicīniska procedūra	Normāla procedūra	Izņēmuma medicīniska procedūra
Indikācijas	Ārstēšanai nepakļaujami (galvenokārt somatiski) simptomi, kas izraisa nepanesamas ciešanas	Nepanesamas ciešanas bez iespējām to novērst
Tikai dzīves pēdējos brīžos	Jā, piemērojama gadījumos, kad pacients mirst un tā nāve sagaidāma tuvākās nedēļas vai divu laikā (priekšnoteikums)	Nē
Pacienta piekrišana	Ja iespējama	Vienmēr (pārdomāts lūgums)
Konsultācija ar neatkarīgu ārstu	Nē, ja vien speciālas zināšanas ir pietiekamas	Obligāta
Lēmuma pieņemšana	Ja iespējama, vienošanās starp pacientu, ģimeni un aprūpētājiem	Primāri starp pacientu un ārstu
Ārstēšanas līdzeklis	Sedatīvi (it īpaši benzodiazepīns)	Barbiturāti un muskuļu relaksanti
Deva	Titrēta, atbrīvojot no ciešanām	Strauja pārdozēšana
Izsniegšana	Ārsts un medmāsa	Ārsts
Principā reversīvs	Jā	Nē
Saīsina dzīves ilgumu	Nē	Jā
Nāvei ir dabisks cēlonis	Jā	Nē
Ar likumu noteikta kontrole	Kā ikvienas citas medicīniskas procedūras gadījumos	Atsevišķs tiesiskais regulējums
Ziņojums un pārbaudes procedūra	Nē	Obligāta

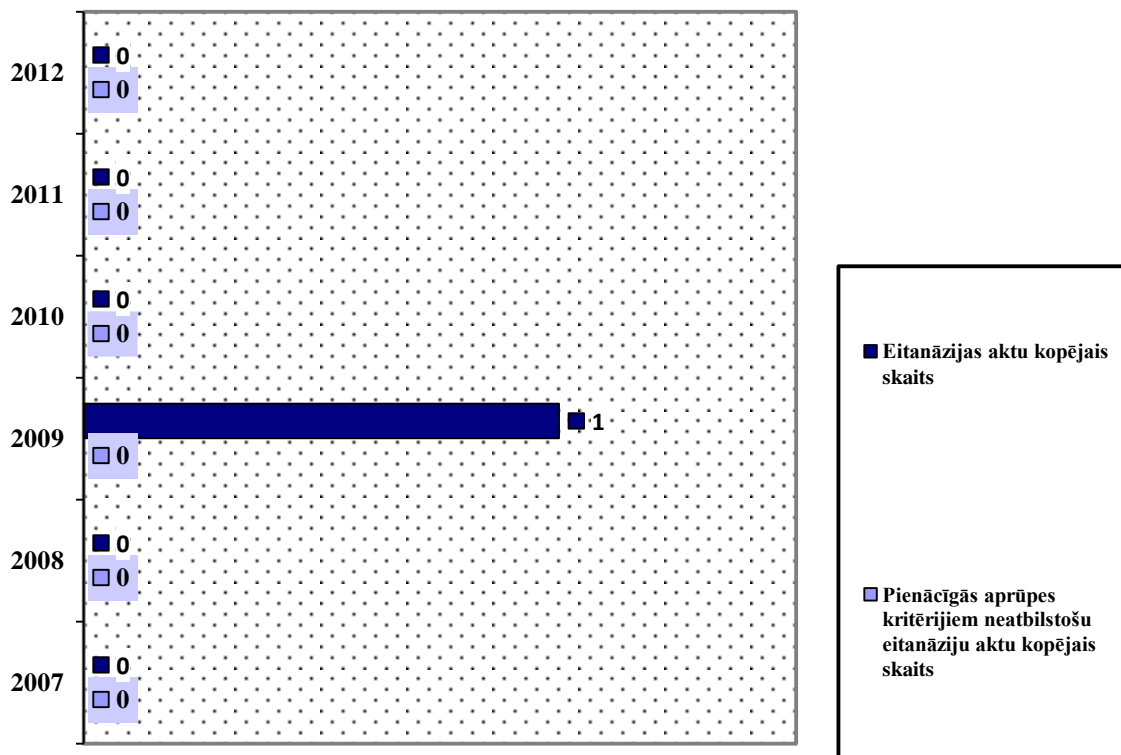
## Eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību skaits Nīderlandē laika posmā no 2002. – 2013.gadam



Datu avots – Reģionālo eitanāzijas pārbaudes komiteju ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 2002. – 2013.gadam:

1. Regional euthanasia review committees 2002 annual report. [B.v.]: [B.i.], [B.g.];
2. Martens T. Jaarverslag 2003 in het Engels Verslag van de Regionale Toetsingscommissies. Arnhem: [B.i.], 2004.;
3. Regional euthanasia review committees 2004 annual report. Arnhem: [B.i.], 2005.;
4. Regional euthanasia review committees 2005 annual report. Arnhem: [B.i.], 2006.;
5. Regional euthanasia review committees: 2006 annual report. Arnhem: [B.i.], 2007.;
6. Regional euthanasia review committees: 2007 annual report. The Hague: [B.i.], 2008.;
7. Regional euthanasia review committees: 2008 annual report. The Hague: [B.i.], 2009.;
8. Regional euthanasia review committees – Annual report 2009. The Hague: [B.i.], 2010.;
9. Regional euthanasia review committees – Annual report 2010. The Hague: [B.i.], 2011.;
10. Regional euthanasia review committees – Annual report 2011. The Hague: [B.i.], 2012.;
11. Regional euthanasia review committees – Annual Report 2012. The Hague: [B.i.], 2013.;
12. Regional euthanasia review committees – Annual Report 2013. The Hague: [B.i.], 2014.

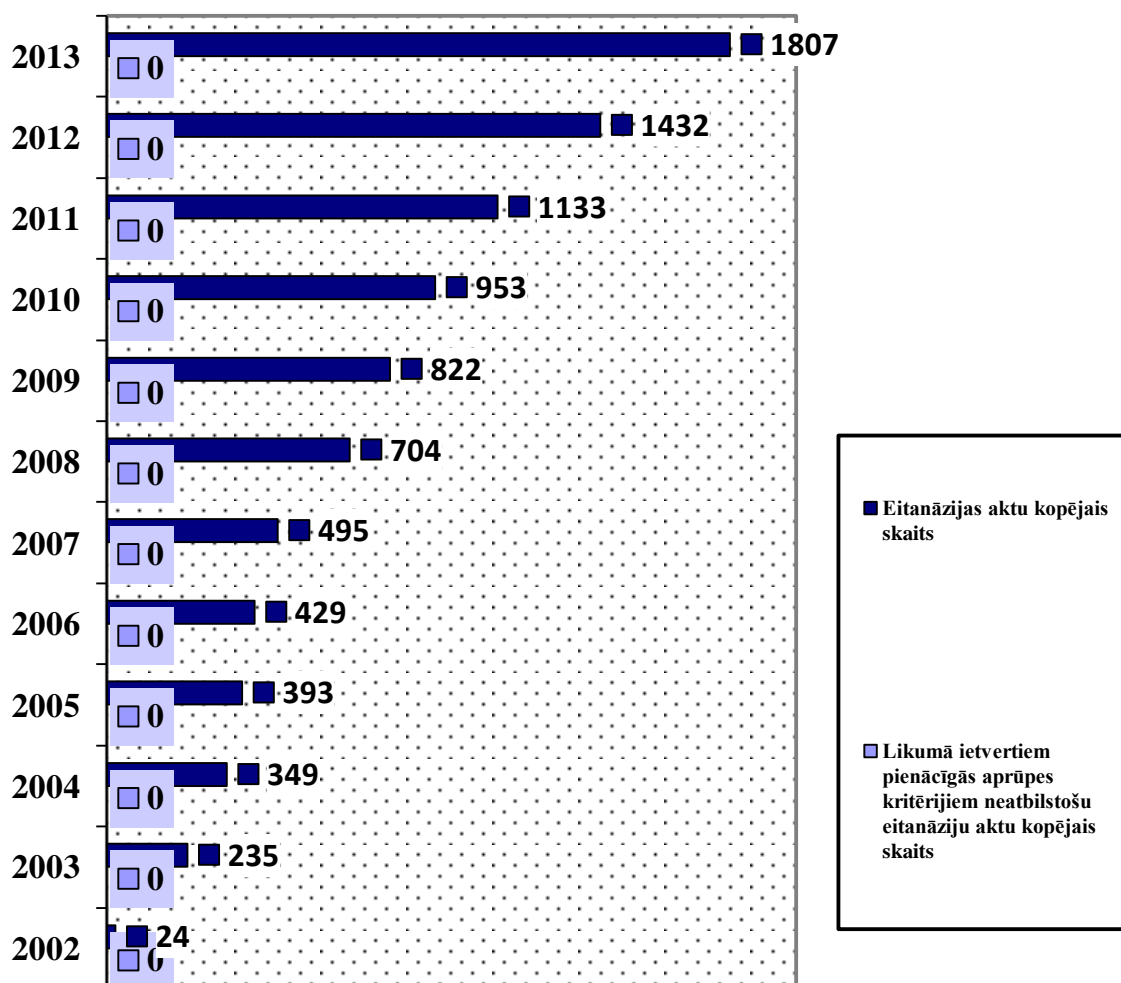
## Jaundzimušo bērnu eitanāzijas gadījumu skaits Nīderlandē laika posmā no 2007. – 2012.gadam



Datu avots – Vēlās grūtniecības un jaundzimušo dzīvības izbeigšanas centrālās ekspertu komitejas ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 2007. – 2012.gadam:

1. Jaarverslag Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen 2007. [B.v.]: [B.i.], [B.g.];
2. Jaarverslag Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen 2008. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, [B.g.];
3. Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2009 en 2010. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2011.
4. Gecombineerd Jaarverslag van de Commissie Late Zwangerschapsafbreking en Levensbeëindiging bij Pasgeborenen over de jaren 2011 en 2012. [B.v.]: Centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2013.

## Eitanāzijas aktu skaits Beļģijā laika posmā no 2002. – 2013.gadam

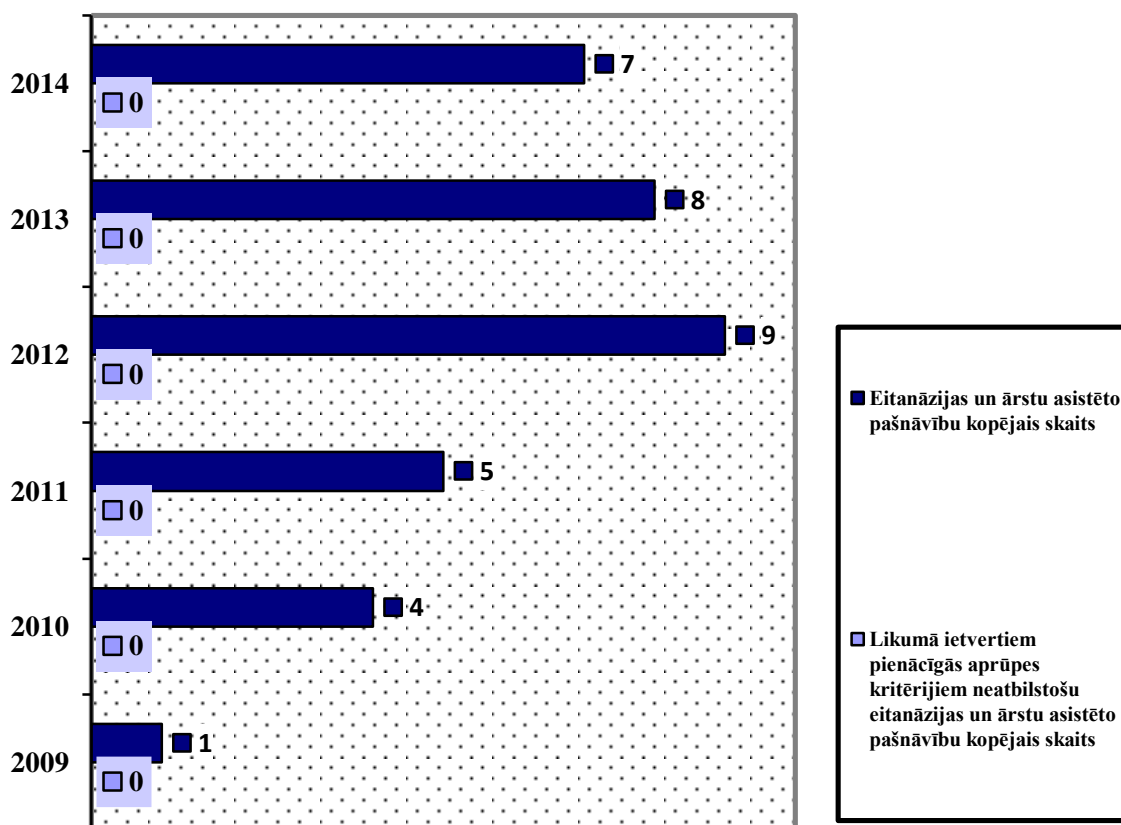


Datu avots – Federālās Eitanāzijas Uzraudzības un Izvērtēšanas Komitejas ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 2002. – 2013.gadam:

1. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Eerste verslag aan de wetgevende kamers 22 september 2002 – 31 december 2003. Brussel: Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC), 2004.;
2. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Tweede Eerste verslag aan de wetgevende kamers (2004 – 2005). Brussel: [B.i.], 2006.;
3. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Derde verslag aan de wetgevende kamers (2006 – 2007). Brussel: [B.i.], 2008.;
4. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vierde verslag aan de wetgevende kamers (2008 – 2009). Brussel: [B.i.], 2010.;
5. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2010 – 2011). Brussel: [B.i.], 2012.;
6. Federale Controle – en Evaluatiecommissie Euthanasie. Vijfde verslag aan de wetgevende kamers (2012 – 2013). Brussel: [B.i.]: 2014.



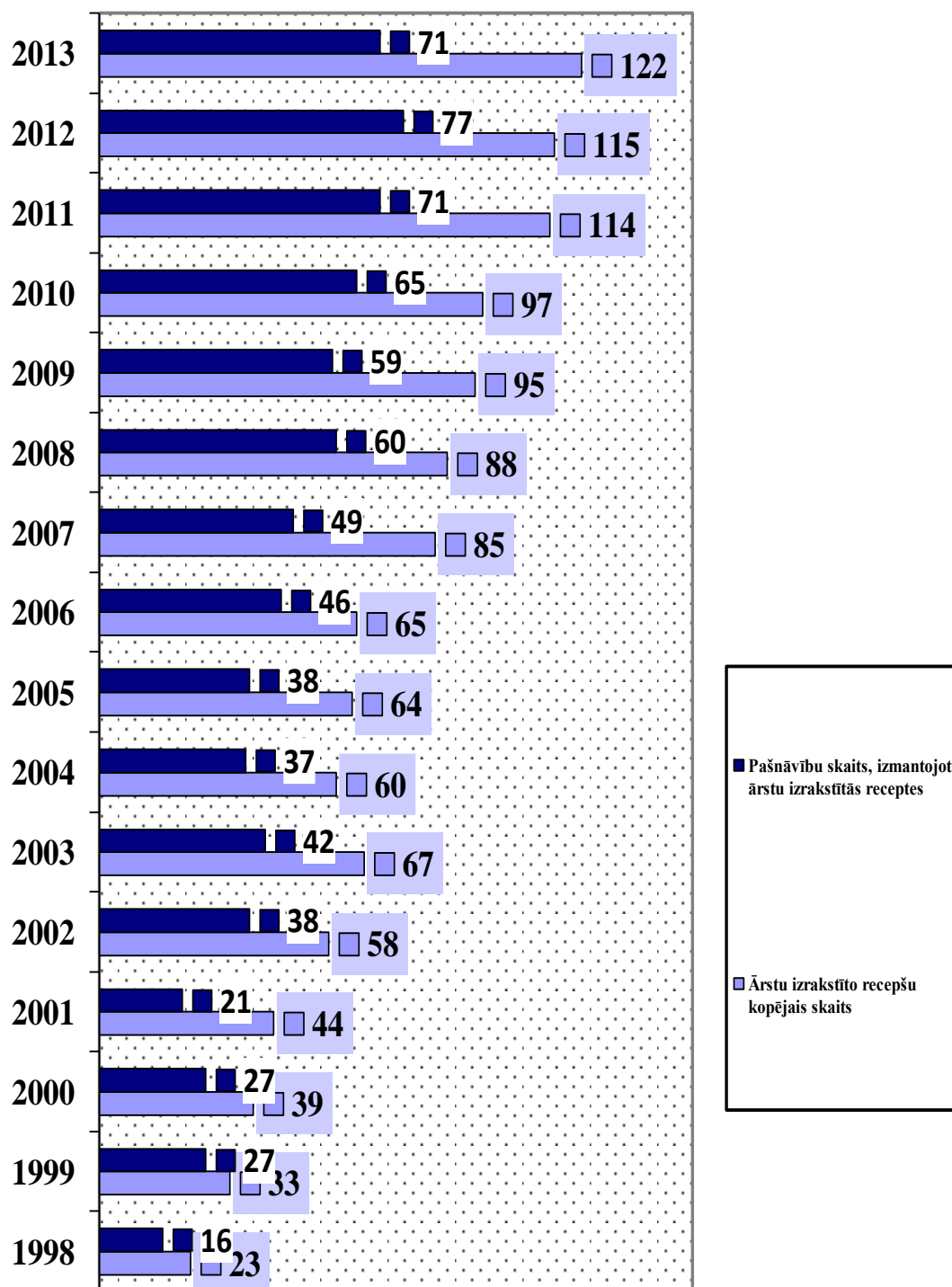
## Eitanāzijas un ārsta asistēto pašnāvību skaits Luksemburgā laika posmā no 2009. – 2014.gadam



Datu avots – Nacionālās Kontroles un Novērtēšanas Komitejas ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 2009. – 2014.gadam:

1. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Premier rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2009 et 2010). [B.v.]: [B.i.], 2011.;
2. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Deuxième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2011 et 2012). Luxembourg: [B.i.], 2013.;
3. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide Troisième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (Années 2013 et 2014). [B.v.]: [B.i.], 2015.

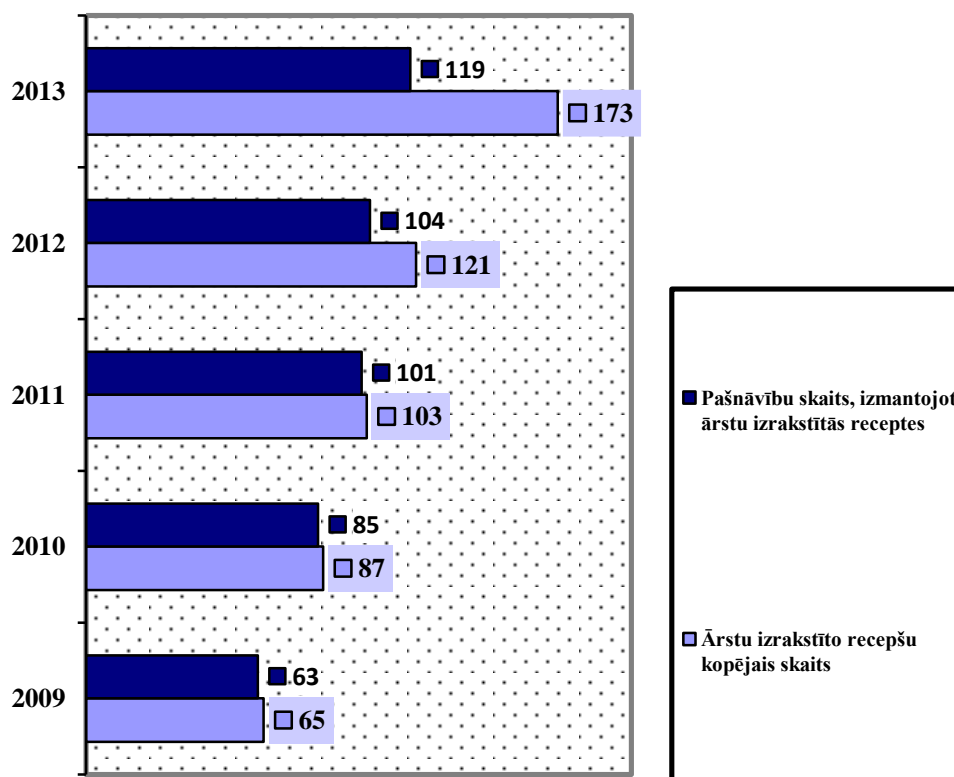
Ārsta asistēto pašnāvību skaits ASV Oregonas štatā  
laika posmā no 1998. - 2013.gadam



Datu avots – ASV Oregonas štata Iedzīvotāju Aprūpes Departamenta ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 1998. – 2013.gadam:

1. Oregon's Death with Dignity Act: The First Year's Experience. Eugene Chin A.E., Hedberg K., Higginson G. and etc. Portland: Department of Human Resources Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 1999.;
2. Sullivan A.D., Hedberg K., Fleming D.W. Oregon's Death with Dignity Act: The Second Year's Experience. Portland: Department of Human Services Oregon Health Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2000.;
3. Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician – assisted suicide. Portland: Department of Human Services Oregon Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2001.;
4. Oregon's Death with Dignity Act: Three years of legalized physician – assisted suicide. Portland: Department of Human Services Oregon Division Center for Disease Prevention and Epidemiology, 2001.;
5. Fourth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2002.;
6. Sixth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2004.;
7. Seventh Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2005.;
8. Eighth Annual Report on Oregon's Death with Dignity Act. Portland: Department of Human Services Office of Disease Prevention and Epidemiology, 2006.;
9. Oregon's Death with Dignity Act – 2006. [B.v.]: [B.i.], 2007.;
10. Oregon's Death with Dignity Act – 2007. [B.v.]: [B.i.], 2008.;
11. 2008 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2009.;
12. 2009 Summary of Oregon's Death with Dignity Act. [B.v.]: [B.i.], 2010.;
13. Oregon's Death with Dignity Act – 2010. Portland: Oregon Public Health Division, 2011.;
14. Oregon's Death with Dignity Act – 2010. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.];
15. Oregon's Death with Dignity Act – 2012. [B.v.]: Oregon Public Health Division, [B.g.];
16. Oregon's Death with Dignity Act – 2013. [B.v.]: [B.i.], 2014.

**Ārsta asistēto pašnāvību skaits ASV Vašingtonas štatā  
laika posmā no 2009. - 2013.gadam**



Datu avots – ASV Vašingtonas štata Veselības Departamenta ikgadējie ziņojumi par laika posmu no 2009. – 2013.gadam:

1. Washington State Department of Health 2009 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health 2009.;
2. Washington State Department of Health 2010 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2010.;
3. Washington State Department of Health 2011 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2011.;
4. Washington State Department of Health 2012 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2012.;
5. Washington State Department of Health 2013 Death with Dignity Act Report. [B.v.]: Washington State Department of Health, 2013.

**Slepkavības (Krimināllikuma 116.pants)****un****aktīvās brīvprātīgās eitanāzijas noziedzīgu nodarījumu sastāvu salīdzinājums**

<b>Noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes</b>	<b>Slepkavība</b>	<b>Aktīvā brīvprātīgā eitanāzija</b>
<b>Objekts</b>	citas personas dzīvība	citas personas dzīvība
<b>Objektīvā puse</b>	aktīva darbība vai bezdarbība	<u>tikai</u> aktīva darbība
<b>Subjekts</b>	vispārējais	vispārējais vai speciālais
<b>Subjektīvā puse</b>	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta ar tiešu un netiešu nodomu	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta <u>tikai</u> ar tiešu nodomu

**Slepkavības pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī (Krimināllikuma 117.panta 2.punkts)**

**un**

**aktīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas noziedzīgu nodarījumu sastāvu salīdzinājums**

<b>Noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes</b>	<b>Slepkavība pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī</b>	<b>Aktīvā nebrīvprātīgā eitanāzija</b>
<b>Objekts</b>	citas personas dzīvība	citas personas dzīvība
<b>Objektīvā puse</b>	aktīva darbība vai bezdarbība	<u>tikai</u> aktīva darbība
<b>Subjekts</b>	vispārējais	vispārējais vai speciālais
<b>Subjektīvā puse</b>	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta ar tiešu un netiešu nodomu, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta <u>tikai</u> ar tiešu nodomu, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī

**Slepkavības pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī (Krimināllikuma 117.panta 2.punkts)**

**un**

**pasīvās nebrīvprātīgās eitanāzijas noziedzīgu nodarījumu sastāvu salīdzinājums**

<b>Noziedzīga nodarījuma sastāva pazīmes</b>	<b>Slepkavība pastiprinošos apstākļos, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī</b>	<b>Pasīvā nebrīvprātīgā eitanāzija</b>
<b>Objekts</b>	citas personas dzīvība	citas personas dzīvība
<b>Objektīvā puse</b>	aktīva darbība vai bezdarbība	aktīva darbība vai bezdarbība
<b>Subjekts</b>	vispārējais	vispārējais vai speciālais
<b>Subjektīvā puse</b>	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta ar tiešu un netiešu nodomu, vainīgajam apzinoties, ka noslepkavota persona bijusi bezpalīdzības stāvoklī	tīšs nodarījums – var tikt izdarīta <u>tikai</u> ar tiešu nodomu, vainīgajam apzinoties, ka nāve nenovērsta personai, kura bijusi bezpalīdzības stāvoklī