

Anna Alichniewicz

Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie

Problem eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie jest zapewne tak stary jak medycyna – już w Przysiędze Hipokratesa znajdujemy oświadczenie: „Nigdy nikomu, także na żądanie, nie dam zabójczego środka ani też nawet nie udzielię w tym względzie rady”¹. Dokładna interpretacja tego zakazu wymagałaby oczywiście przywołania historyczno-kulturowego kontekstu powstania przysięgi, co przekracza ramy tego opracowania, należy jednak zauważyć, że współcześnie dość często bywa cytowany jako jeden z argumentów przeciwko dopuszczalności tych procedur. Zapis ten pokazuje także, od jak dawna kwestia ta jest rozważana w etyce lekarskiej – nie będzie zapewne przesadą powiedzenie, że od zawsze zdarzały się przypadki, gdy lekarze pomagali swoim pacjentom umrzeć, stosując eutanazję czy dostarczając leki pozwalające popełnić samobójstwo, mimo że prawo i deontologia zawodowa im tego zabraniały.

W warunkach współczesnej medycyny technologicznej problem nabrał jednak nowego znaczenia, ponieważ rozwój nauk biomedycznych, a przede wszystkim postęp w technikach medycznych stworzyły nieznanne wcześniej możliwości manipulowania agonią. Nie zawsze jednak wykorzystywanie dostępnych środków medycznych jest celowe, czasem wynika z dość powszechnego ulegania imperatywowi technologicznemu, który streszcza się w prostej formule: jeżeli można coś zrobić, to trzeba to zrobić. Prowadzi to do stosowania metod i leków, które ani nie przynoszą pacjentowi korzyści leczniczej, ani nie poprawiają jakości jego życia. Środki te jedynie przedłużają proces umierania, powodując dodatkowe cierpienia i przeważnie naruszając godność pacjenta. Z drugiej zaś strony niejednokrotnie ma miejsce nie dość efektywne wykorzystywanie istniejących możliwości zwalczania bólu, na przykład stosowanie zbyt niskich dawek analgetyków.

Umierający pacjent nierzadko zostaje zdegradowany do poddawanego manipulacji przedmiotu. Dzieje się tak zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Nie respektuje się woli pacjenta, przede wszystkim niezgody na stosowanie środków odwracających śmierć. Gdy zaś nie jest już zdolny do podejmowania decyzji, nie bierze się pod uwagę ani wcześniej wyrażonych życzeń, ani opinii osób go reprezentujących. Sytuacje te utrwalają negatywny wizerunek śmierci

¹ J. Gula, *Przysięga Hipokratesa* (nota od tłumacza i tekst) (w:) *W imieniu dziecka poczętego*, red. J.W. Gałkowski, J. Gula, Rzym 1991, s. 197.

szpitalnej, zamykający się w obrazie samotnego, otoczonego aparaturą medyczną, pozbawionego autonomii i integralności umierającego człowieka. Odpersonalizowanie umierania stało się jednym z najbardziej typowych przejawów medykalizacji kultury i zawłaszczania przez medycynę kolejnych obszarów naszej prywatności. Jednym z paradoksów współczesnej medycyny jest jej zdolność zapewnienia nam umierania zarazem długiego i bolesnego. Rodzi to następny paradoks – medykalizacja śmierci ma swój poważny udział we wzroście społecznego poparcia dla eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie. Postawy te doprowadziły już do zalegalizowania eutanazji w trzech krajach europejskich: w Holandii i Belgii w roku 2002 oraz w Luksemburgu w roku 2009, a lekarskiej pomocy w samobójstwie w Holandii (2002), Luksemburgu (2009) oraz w trzech stanach USA: w Oregonie w 1997, w Waszyngtonie w 2008 i ostatnio w stanie Vermont w 2013 roku. Szczególna sytuacja jest w Montanie, gdzie w 2009 roku stanowy Sąd Najwyższy orzekając w sprawie Baxtera, stwierdził, że konstytucja tego stanu nie daje podstaw do wysuwania skarg przeciw lekarzom udzielającym terminalnie chorym pacjentom pomocy w samobójstwie. Nie jest to jednak równoznaczne z uchwaleniem aktu prawnego legalizującego lekarską pomoc w samobójstwie². Specyficzne rozwiązanie legislacyjne przyjęła Szwajcaria, gdzie pomoc w samobójstwie nie jest karalna, jeśli pomagający (niekoniecznie musi być nim lekarz) czyni to z pobudek altruistycznych, to znaczy nie czerpie z tej pomocy żadnych korzyści materialnych.

Rosnące zainteresowanie problematyką eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie znajduje odzwierciedlenie nie tylko w debatach specjalistów (filozofów, bioetyków, socjologów, lekarzy) i w dużej liczbie poświęconych tej tematyce prac naukowych, ale także w licznych publikacjach prasowych. Temat ten obecny jest również w literaturze, czego dobrym przykładem jest nagrodzona w 1998 roku nagrodą Bookera powieść brytyjskiego pisarza Iana McEwana zatytułowana *Amsterdam*. Głośny film *W stronę morza* Alejandra Amenábara czy też planowany przez włoskiego reżysera Marca Bellocchia obraz *Sleeping Beauty* pokazują, że kwestie te są interesujące także dla twórców filmowych.

Można jednak zauważyć, że dyskusja wokół eutanazji dotknięta jest poważną słabością – pojawiające się w niej pojęcia są niedostatecznie zdefiniowane, tym samym używane terminy są często wieloznaczne. Ułomność ta cechuje przede wszystkim doniesienia medialne (artykuły prasowe czy materiały dokumentalne), ale nie są wolne od niej także niektóre prace naukowe. Taki stan rzeczy nie tylko obniża jakość dyskusji teoretycznych, ale ma także negatywny wpływ na praktykę medyczną i jej społeczną ocenę. Ważne jest przede wszystkim wyraźne odróżnienie eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie od innych procedur i sposobów postępowania wykorzystywanych w medycynie stanów terminalnych. Nie należy mylić eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie z respektowaniem prawa pacjenta do niewyrażenia zgody na proponowane postępowanie medyczne ani też z procedurami skutecznej analgezji opartymi na zasadzie podwójnego skutku, czy też z rozróżnianiem zwyczajnych (proporcjonalnych) i nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych) środków medycznych przy podejmowaniu decyzji

² Dostęp: <http://www.leagle.com/xmlResult.aspx?page=1&xmlDoc=In%20MTCO%2020100104124.xml&docbase=CslwAr3-2007-Curr&SizeDisp=7>.

w imieniu niekompetentnego pacjenta. Bardzo istotne jest także wyraźne odróżnienie eutanazji od zaniechania bądź zaprzestania stosowania środków daremnych (terapii uporczywej). Dla uniknięcia zamieszania terminologicznego niezbędne jest jasne zdefiniowanie używanych pojęć. Ma to nie tylko znaczenie teoretyczne dla poprawności rozumowania i klarowności argumentacji, ale również sens praktyczny, gdyż chaos pojęciowy powoduje nieporozumienia co do tego, jakie postępowanie lekarskie jest dozwolone przez obowiązującą w danym kraju etykę i deontologię zawodową oraz prawo, a jakie zabronione.

Trzeba też zaznaczyć, że mamy tu do czynienia z dwoma ściśle związanymi, niemniej odrębnymi zagadnieniami: definicją eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie jako określonych procedur medycznych i prawnie sformułowanymi warunkami dopuszczalności tych procedur. Podanie definicji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie polega na ustaleniu, czym są procedury nazywane tymi terminami. Prawne ustalenie warunków dopuszczalności natomiast to podanie okoliczności, które muszą być spełnione, aby procedury te mogły zostać legalnie przeprowadzone. Definicje powinny być uniwersalne, aby wszyscy posługujący się pojęciami eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie rozumieli je tak samo. Warunki dopuszczalności przeprowadzenia tych procedur mogą w poszczególnych krajach się różnić, poza oczywiście tymi warunkami, które wynikają bezpośrednio z definicji.

1. Zagadnienia definicyjne

Nazwę „eutanazja” spotykamy już w grece – obok najczęściej przywoływanego słowa *euthanatos* tłumaczonego jako „dobra śmierć”, znany jest także termin *euthanasia*, który przekładany jest jako „lekka, szczęśliwa śmierć”³. Zaczniemy od przeglądu sposobów definiowania eutanazji funkcjonujących w literaturze przedmiotu. Można zauważyć, że w literaturze bioetycznej panuje zgoda co do tego, że eutanazją nazywa się czyn, którego intencją jest spowodowanie śmierci pacjenta – przy braku tej intencji nie można mówić o eutanazji. Jest to niekwestionowana definicyjna cecha eutanazji. Większość autorów jest też zdania, że aby czyn taki można było nazwać eutanazją, jego sprawcą musi być lekarz. Bierze się to z przekonania, że jedynie lekarze posiadają niezbędną do tego wiedzę i umiejętności⁴. Gdy sprawcami są inne osoby, np. przyjaciele czy członkowie rodziny pacjenta, można mówić o szeroko rozumianym zabójstwie z litości, ale nie o eutanazji. Autorzy różnią się natomiast w kwestii natury czynu eutanatycznego i wymagań dotyczących kompetencji pacjenta oraz jego stanu. Ze względu na naturę czynu, eutanazja bywa rozumiana dwojako:

- wyłącznie jako działanie, a więc eutanazją jest podanie przez lekarza środka, który ma spowodować śmierć pacjenta,
- zarówno jako działanie, jak i zaniechanie; zatem eutanazją jest podanie środka mającego spowodować śmierć, nazywane wówczas eutanazją czynną (*active*

³ Z. Abramowiczówna, *Słownik grecko-polski*, t. II, Warszawa 1960.

⁴ Por. np. N.A. Christakis, *Managing Death (w:) Must We Suffer Our Way to Death? Cultural and Theological Perspectives on Death by Choice*, red. R.P. Hamel, E.R. DuBose, Dallas, Texas 1996, s. 32, 33.

euthanasia) lub zaniechanie albo zaprzestanie stosowania środków medycznych podtrzymujących życie, czyli tzw. eutanazja bierna (*passive euthanasia*) – w tym rozumieniu eutanazją byłoby zarówno zabicie, jak i przyzwolenie na śmierć pacjenta.

Jeśli chodzi o wymagania dotyczące kompetencji pacjenta, również można spotkać się z dwoma stanowiskami. Pierwsze uznaje, że eutanazją jest wyłącznie czyn dokonany na życzenie pacjenta zdolnego do świadomego wyrażenia woli. Drugie zakłada, że pacjent może być kompetentny lub nie: jeśli procedura wykonywana jest na żądanie pacjenta zdolnego do podejmowania świadomych decyzji, jest eutanazją dobrowolną (*voluntary euthanasia*), jeśli zaś dotyczy pacjenta niezdolnego do decydowania o sobie, jest eutanazją niedobrowolną (*non-voluntary euthanasia*). Ważne jest podkreślenie, że o eutanazji niedobrowolnej mówi się tylko w odniesieniu do pacjentów niekompetentnych, a więc niezdolnych do świadomego wyrażenia woli, gdyż w literaturze można także spotkać się z pojęciem eutanazji wbrew woli pacjenta (*involuntary euthanasia*). Miałoby ono dotyczyć sytuacji, gdy powoduje się śmierć zdolnej do podejmowania świadomych decyzji osoby, która nie wyraziła takiego życzenia – nie domagała się przeprowadzenia eutanazji albo wręcz sobie tego nie życzyła. Już jednak etymologia słowa „eutanazja” wskazuje, że z punktu widzenia językowego określenie „eutanazja wbrew woli pacjenta” jest oksymoronom funkcjonującym jako eufemistyczna nazwa, pod którą kryje się morderstwo. Ma ona w historii medycyny swoje niechlubne miejsce w zbrodniczych praktykach nazistowskich.

Następną kwestią, jaką należy rozważyć przy formułowaniu definicji eutanazji, jest obecność nieznośnego i niedającego się złagodzić cierpienia pacjenta (obecnego lub nieuchronnie go czekającego). Dla zdecydowanej większości autorów cecha ta ma charakter definicyjny, ale na przykład Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (The European Association for Palliative Care, EAPC) nie traktuje cierpienia pacjenta jako wymogu definicyjnego, proponując, by eutanazję rozumieć jako „zabójstwo na życzenie, zdefiniowane jako sytuacja, gdy lekarz na dobrowolną i kompetentną prośbę pacjenta podaje mu lek z intencją zabicia”⁵.

Natomiast takie okoliczności, jak diagnoza choroby nieuleczalnej, stan terminalny lub przewidywana długość przeżycia mogą stać się prawnymi warunkami dopuszczalności eutanazji, natomiast raczej nie należą do jej definicji. Holenderska ustawa legalizująca eutanazję mówi na przykład tylko o nieznośnym trwałym cierpieniu, natomiast belgijska – o stałym nieznośnym cierpieniu wynikającym z nieuleczalnych zaburzeń spowodowanych chorobą lub wypadkiem⁶.

Rezultatem przedstawionych różnic w poglądach na to, jakie cechy są konieczne, aby można było mówić o eutanazji, są dwa sposoby jej definiowania: wąski i szeroki. Zgodnie z definicją wąską eutanazja jest to **działanie lekarza mające na celu spowodowanie śmierci nieznośnie cierpiącego kompetentnego pacjenta na jego (pacjenta) życzenie**. Na mocy tej definicji, aby procedurę nazwać eutanazją, muszą wystąpić następujące cechy:

⁵ L.J. Materstvedt et al., *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: a View From an EAPC Ethics Task Force*, Palliative Medicine 2003, vol. 17, nr 2, s. 97–101.

⁶ Zob. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act oraz The Belgian Act on Euthanasia.

- intencja spowodowania śmierci,
- lekarz sprawcą czynu,
- cierpienia pacjenta nieznośne i nieusuwalne,
- czyn będący działaniem,
- pacjent kompetentny prawnie i/lub psychologicznie.

Definicja szeroka przyjmuje, że eutanazją jest **czyn, który może być zarówno działaniem, jak i zaniechaniem, sprawcą czynu jest lekarz, a jego celem jest spowodowanie śmierci nieznośnie cierpiącego pacjenta na jego życzenie, jeśli pacjent jest kompetentny, albo pacjenta niekompetentnego**. W przypadku tej definicji cechami eutanazji są:

- intencja spowodowania śmierci,
- lekarz sprawcą czynu,
- cierpienia pacjenta nieznośne i nieusuwalne,
- czyn będący działaniem lub zaniechaniem,
- pacjent kompetentny prawnie i/lub psychologicznie albo niekompetentny.

Szeroka definicja implikuje możliwość wyróżnienia kilku typów eutanazji. Jeśli bowiem jako kryteria podziału zastosuje się jednocześnie charakter czynu (działanie albo zaniechanie) oraz zdolność podejmowania decyzji (pacjent kompetentny albo niekompetentny), można otrzymać cztery formy eutanazji:

- 1) eutanazję czynną dobrowolną (*voluntary active euthanasia*),
- 2) eutanazję czynną niedobrowolną (*non-voluntary active euthanasia*),
- 3) eutanazję bierną dobrowolną (*voluntary passive euthanasia*),
- 4) eutanazję bierną niedobrowolną (*non-voluntary passive euthanasia*).

Napotykam tu jednak pewną „pułapkę pojęciową”, która jak się wydaje, obnaża słabości szerokiego definiowania eutanazji. Chociaż wymienione nazwy czterech typów eutanazji pojawiają się zarówno w pracach naukowych, jak i w dyskusjach czy doniesieniach medialnych, to jednak bliższe przyjrzenie się tym określeniom wzbudza poważne wątpliwości. Przede wszystkim należy od razu odrzucić pojęcie eutanazji biernej dobrowolnej – nie ma takiej formy eutanazji. Na czym bowiem miałyby ona polegać? Byłaby to sytuacja, gdy lekarz na życzenie pacjenta zdolnego do podejmowania decyzji zaprzestaje lub nie podejmuje działań medycznych, na które pacjent się nie zgadza. To, z czym mamy tu do czynienia, nie jest aktem eutanazji, lecz wymaganym przez prawo i etykę lekarską poszanowaniem prawa pacjenta do niewyrażenia zgody na proponowane środki medyczne. Mówi o tym polski Kodeks etyki lekarskiej: „Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeżeli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia zgody, powinien ją wyrazić jego przedstawiciel ustawowy lub osoba faktycznie opiekująca się pacjentem”⁷, a także ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta”⁸ oraz kodeks karny: „Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo

⁷ Art. 15 ust. 1. Kodeksu etyki lekarskiej (dostęp: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf).

⁸ Art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.).

pozbawienia wolności do lat 2⁹. Intencją jest tu zatem respektowanie negatywnej woli pacjenta (czyli niezgody), a nie spowodowanie jego śmierci, nieobecna jest więc niekwestionowana definicyjna cecha eutanazji.

Poważne wątpliwości wzbudza także pojęcie eutanazji niedobrowolnej biernej. Nazwą tą najczęściej mylnie określa się procedury medyczne, które z eutanazją nie mają nic wspólnego, to znaczy zaniechanie bądź zaprzestanie stosowania środków nadzwyczajnych (nieproporcjonalnych) lub odstąpienie od stosowania terapii daremnej, w Polsce przeważnie nazywanej terapią uporczywą. W tym przypadku również nie mamy do czynienia z intencją zabicia pacjenta, lecz jedynie z zamiarem uwolnienia go od środków medycznych, które albo przynoszą korzyść nieproporcjonalnie małą w stosunku do brzemienia, jakie stanowią, albo nie dają w ogóle żadnej korzyści leczniczej.

Dlatego też bardziej adekwatna wydaje się wąska definicja eutanazji unikająca wspomnianych pułapek, a więc mniej podatna na dezinterpretację czy wręcz manipulację. Jak zobaczymy, właśnie do tak rozumianej procedury odnoszą się dominujące obecnie argumenty na rzecz zarówno etycznego usprawiedliwienia, jak i legalizacji eutanazji. Wąska definicja eutanazji została też przyjęta w dotychczas uchwalonych ustawach, które pod nazwą „eutanazja” legalizują tylko procedurę dobrowolną czynną, i w cytowanym wyżej stanowisku Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej.

Lekarska pomoc w samobójstwie (*physician assisted suicide, PAS*) nie wzbudza podobnych wątpliwości definicyjnych, gdyż panuje powszechny konsensus co do sposobu rozumienia tej procedury. Polega ona na tym, że na życzenie kompetentnego pacjenta lekarz może wypisać receptę na letalną dawkę leku (przeważnie nasennego), którą pacjent zażyje w celu popełnienia samobójstwa. Rola lekarza ogranicza się więc do umożliwienia zakupu środka potrzebnego do popełnienia samobójstwa. Lekarz nie może podać go pacjentowi ani być obecny, gdy będzie on środkiem ten zażywał. Taka też definicja została przyjęta przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej, które zarekomendowało następujące sformułowanie: „**Lekarska pomoc w samobójstwie jest zdefiniowana jako intencjonalna pomoc w popełnieniu samobójstwa udzielona przez lekarza na dobrowolną i kompetentną prośbę pacjenta, polegająca na dostarczeniu leku, który pacjent samodzielnie zażyje**”¹⁰.

2. Etyczna ocena eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie

Dyskusja na temat eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie w ostatnich latach przybiera na sile, zwłaszcza że obecnie, gdy procedury te zostały w kilku krajach zalegalizowane, nie jest już dysputą czysto teoretyczną. Analizując argumenty używane przez obydwie strony sporu, należy jednak odróżnić dwa oddzielne, choć bardzo często mylnie utożsamiane zagadnienia: ocenę etyczną tych procedur i pogląd na temat ich legalizacji. Problemy te są ściśle powiązane,

⁹ Art. 192 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

¹⁰ L.J. Materstvedt et al., *Euthanasia...*, s. 97–101.

niemniej odrębne, gdyż uznawanie etycznej dopuszczalności eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie nie przesądza jeszcze o poparciu dla ich legalizacji.

Zacznijmy od kwestii etycznych. Zwolennicy moralnej dopuszczalności eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie obecnie odwołują się przede wszystkim do poszanowania autonomii jednostki i jej prawa do dokonywania suwerennych wyborów. Problem autonomii jest jednym z głównych zagadnień filozofii moralności, mającym też istotne miejsce w bioetyce. Jego analiza znacznie przekroczyłaby ramy tego opracowania, niemniej nie sposób nie sformułować przynajmniej kilku podstawowych uwag koniecznych dla jasności wyводу. W bioetyce poszanowanie autonomii pacjenta traktowane jest jako jedna z fundamentalnych zasad, a pojęcie autonomii należy do kluczowych. Zarazem jednak w obfitej literaturze poświęconej analizie tego pojęcia w perspektywie medycznej proponuje się różne interpretacje, poczynając od wąskich, przyjmujących wykładnię negatywną, czyli rozumiejących autonomię jako prawo do odmowy – niezgody na środek medyczny¹¹ – aż po znacznie szersze, odnoszące się do autonomii osoby w jej kontekście biograficznym¹². W dyskusji o eutanazji autonomię przeważnie rozumie się szeroko, to znaczy jako zdolność podejmowania suwerennych decyzji i nadawania swemu życiu kształtu sensownej narracji. Można zauważyć, że od pewnego czasu zmienia się główny kierunek argumentacji na rzecz moralnego usprawiedliwienia eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie. Tradycyjnie akcentowano przede wszystkim współczucie dla cierpień nieuleczalnie chorego pacjenta i lekarski obowiązek walki z bólem. Podkreślano też, że nikt nie powinien być zmuszany do znoszenia bezsensownych cierpień towarzyszących umieraniu, stąd też holenderscy lekarze, którzy dokonywali eutanazji jeszcze przed jej zalegalizowaniem i którym wytaczano z tego powodu procesy sądowe, bronili się, wskazując na nierozwiązywalny konflikt między zakazem eutanazji a nakazem zwalczania cierpień pacjenta. W ostatnich jednak latach wraz z coraz lepszymi możliwościami eliminowania cierpienia towarzyszącego stanowi terminalnemu, jakimi dysponuje współczesna medycyna, oraz w związku z wprowadzeniem procedur umożliwiających pełne znieczulenie umierającego pacjenta (sedacja paliatywna), argumenty opierające się na obowiązku łagodzenia cierpień straciły nieco na znaczeniu. Twierdzi się zatem, że współczesne metody radzenia sobie z bólem fizycznym czy cierpieniem psychicznym, a więc na przykład wspomniana sedacja paliatywna umożliwiająca całkowite stłumienie doznań pacjenta, nie rozwiązują sprawy. W swojej wydanej w 2008 roku książce zatytułowanej *Easeful Death* Mary Warnock, znany filozof moralności, i Elisabeth Macdonald, onkolog i ekspert w zakresie prawa medycznego, podkreślają, że w wielu przypadkach nie tyle cierpienie fizyczne, ile zależność od innych, bezradność i „wymuszona przez ciężką chorobę poufałość” są nie do zniesienia¹³. Autorki zauważają, że dla wielu niezależnie myślących ludzi, którzy odpowiedzialnie kształtowali swe życie własnymi autonomicznymi wyborami, popadnięcie w stan zniewolenia chorobą i bycie skazanym na pozostawanie po czyjąś opieką jest nie do wytrzymania¹⁴. Dla

¹¹ Por. R.R.Faden, T.L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, New York 1986.

¹² Por. G. Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge Studies in Philosophy 1988.

¹³ M. Warnock, E. Macdonald, *Easeful Death*, Oxford 2009, s. 8.

¹⁴ Tamże, s. 98.

takich osób, jak podkreśla wybitny amerykański bioetyk Margaret Pabst Battin, oferowana przez współczesną medycynę sedacja paliatywna nie jest rozwiązaniem, gdyż to nie cierpienie, lecz niemożność sprawowania kontroli nad własnym życiem jest głównym problemem – chcą do końca pozostać „architektami swojego życia”, decydując także o tym, jak i kiedy umrą, a nie poddawać się narzuconemu modelowi „właściwej opieki terminalnej”¹⁵. Natomiast wprowadzony w stan sedacji paliatywnej, a więc pozbawiony świadomości pacjent właśnie całkowicie traci kontrolę nad tym, co się z nim dzieje¹⁶. Wiele osób zwyczajnie nie chce więc umierać w ten sposób, gdyż zależy im na tym, aby do końca sprawować kontrolę nad swoim umieraniem i móc zdecydować, kiedy i jak zakończy się ich życie.

W argumentacji przywoływanej na rzecz moralnej akceptowalności eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie akcentuje się więc przede wszystkim obowiązek szanowania autonomicznych decyzji kompetentnego pacjenta. Przeciwnicy moralnej dopuszczalności eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie posługujący się argumentacją opartą wyłącznie na przesłankach rozumowych, tradycyjnie odwoływali się do Kanta i sformułowanego przez niego absolutnego zakazu samobójstwa jako naruszenia godności osoby ludzkiej. Zdaniem Kanta istotą człowieczeństwa i podstawą godności osoby ludzkiej jest jej racjonalna natura. Ponieważ w tym rozumieniu godność osoby i jej dobro to dwie różne rzeczy, Kant stwierdza, że popełnienie samobójstwa w celu uniknięcia stanu, który nie byłby dla danej osoby dobrem, to potraktowanie swojej godności jako środka do celu, jakim jest własne dobro¹⁷. Możliwa jest jednak także odmienna interpretacja etyki Kantowskiej – taka, w której proponuje się inne rozumienie nakazu szacunku dla godności osoby. Kluczem jest tu, jak zauważa amerykański filozof Jeff McMahan, słowo „tylko”, które pojawia się w sformułowaniu praktycznym imperatywu kategorycznego: „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”¹⁸. Akceptując zatem założenie, że osoba nie jest redukowalna do swojego dobra, można jednak uznać, że w sytuacji, gdy działa się na rzecz jej dobra zgodnie z jej wolą, czyni się też zadość szacunkowi dla jej godności¹⁹.

Klasycznym argumentem przeciwko moralnej dopuszczalności eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie jest powoływanie się na bezwzględną wartość życia. Istnieje jednak dość powszechny pogląd, że życie jako takie jest aksjologicznie neutralne i dopiero w zależności od swojej jakości nabiera pozytywnej albo negatywnej wartości. Rzeczywiście można zauważyć, że tzw. świętości życia ludzkiego nie da się obronić bez odwoływania się do przesłanek religijnych, wiary w duszę nieśmiertelną i Boga jako kreatora świata oraz źródła absolutnych wartości. Wielokrotnie zwracano bowiem uwagę, że oparcie tego argumentu na empirycznych właściwościach bytu powodowałoby, że zakaz zabijania dotyczyłby również wielu zwierząt, nie obejmując zarazem wszystkich ludzi²⁰. Zatem bez odwoływania się do podstaw teologicznych jest to argument nie do obrony. Nie

¹⁵ M. Pabst Battin, *Ending Life*, Oxford 2005, s. 32.

¹⁶ Tamże, s. 37.

¹⁷ I. Kant, *Uzasadnienie metafizyki moralności*, Warszawa 1981, s. 51, 52.

¹⁸ Tamże, s. 62.

¹⁹ J. McMahan, *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*, Oxford 2002, s. 483, 484.

²⁰ Por. np. tamże, s. 464–472.

będę się nim zajmować, podobnie jak i innymi argumentami opartymi na przesłankach metafizycznych o rodowodzie religijnym, a więc mającymi swój fundament w subiektywnym akcie wiary, gdyż skupię się wyłącznie na argumentacji odwołującej się do ludzkiej racjonalności.

Typowym zarzutem jest argument tzw. równi pochyłej. Występuje on w dwóch wersjach: empirycznej i pojęciowej, nazywanej też logiczną. Empiryczny argument równi pochyłej mówi o znaczeniu zakazu intencjonalnego zabicia niewinnego człowieka jako podstawie naszego życia moralnego. Osłabienie czy zrelatywizowanie tego zakazu narusza więc fundament myślenia etycznego i wkrótce cała konstrukcja normująca nasze postępowanie legnie w gruzach. Pojęciowy lub logiczny argument równi pochyłej odwołuje się do typowej dla naszego myślenia zasady, by podobne przypadki traktować podobnie. Definiowanie pojęć nie jest jednak łatwe i pojęcia, zwłaszcza te, którymi posługujemy się w życiu praktycznym, są często zdefiniowane na tyle nieostro, że podobieństwa między ich przedmiotami mogą być pozorne. Opieranie się zatem na podobieństwach może okazać się złudne i wyprowadzić nas bardzo daleko poza przypadek, od którego wyszliśmy. Innymi słowy, usprawiedliwwszy eutanazję i lekarską pomoc w samobójstwie, znajdziemy się na drodze prowadzącej do zaakceptowania także innych form zabójstwa. Argument ten bywa zresztą odwracany przez osoby popierające eutanazję i lekarską pomoc w samobójstwie, które są zdania, że właśnie absolutne zanegowanie dopuszczalności tych procedur może prowadzić do znieczulicy, to znaczy skłonności do tolerowania cierpienia również w innych sferach życia, a także do relatywizowania obowiązku szacunku dla autonomii jednostki.

Przeciwnicy lekarskiej pomocy w samobójstwie wskazują, że sama nazwa tego czynu świadczy o tym, iż ma to być czyn własny i nie powinno się żądać od innych, by w nim w jakikolwiek sposób uczestniczyli. Nie powinien być zwłaszcza medykaliżowany. Wiąże się z tym następny argument, odwołujący się do medycyny jako dziedziny mającej inherentny wymiar etyczny, a tym samym własną długą tradycję moralną. Otóż tradycja ta, sięgająca przysięgi Hipokratesa, zabrania lekarzowi zabijać pacjentów, a także ułatwiać im popełnienie samobójstwa. Poszanowanie autonomii pacjenta nie oznacza bowiem obowiązku stosowania się do wszelkich jego życzeń – lekarz powinien więc odmówić działań, które są sprzeczne z etycznymi zasadami wykonywania zawodu.

3. Argumenty w sprawie legalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie

W dyskusji dotyczącej legalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie jej zwolennicy odwołują się przede wszystkim do praw człowieka, uznając, że należy do nich również prawo wyboru, kiedy i jak chcemy umrzeć. Negują też argument równi pochyłej, traktując go jako przejaw neofobii, to znaczy irracjonalnego lęku przed wszelkimi nowościami i zmianami zastanego porządku. Trudno bowiem zaprzeczyć, że odchodzące od prawa tradycyjnego przemiany, jakie dokonały się w prawodawstwie międzynarodowym i w prawach krajowych, raczej udoskonaliły niż zrujnowały nasze życie prywatne i społeczne.

W wielu dotychczasowych procesach sądowych dotyczących zezwolenia na eutanazję lub lekarską pomoc w samobójstwie pojawiał się też argument, że prawo nierówno traktuje osoby o różnym stanie zdrowia. Osoby, których przeżycie nie zależy od stosowania środków medycznych podtrzymujących procesy fizjologiczne, i osoby, które choroba uczyniła niezdolnymi do popełnienia samobójstwa, są więc przez prawo dyskryminowane, to znaczy traktowane gorzej niż te, których stan fizyczny umożliwia popełnienie samobójstwa lub legalną odmowę zgody na środki medyczne. W jednym z procesów dotyczących lekarskiej pomocy w samobójstwie, jakie toczyły się w USA, tak właśnie uzasadniono orzeczenie. W 1996 roku Federalny Sąd Apelacyjny Drugiego Obwodu orzekając w sprawie *Quill v. Vacco*, oparł swą decyzję na klauzuli równej ochrony, stwierdzając, że ustawodawstwo stanu Nowy Jork zabraniając lekarskiej pomocy w samobójstwie, inaczej traktuje pacjentów, którym charakter zaburzeń chorobowych pozwala na skorzystanie z prawa do niezgody na środki podtrzymujące życie, i tych, których przeżycie nie zależy od stosowania tego rodzaju środków. Ponieważ między tymi dwiema grupami pacjentów nie występuje żadna różnica formalna, która uzasadniałaby odmienne traktowanie, ustawa ta jest pogwałceniem konstytucyjnie zagwarantowanej równej ochrony prawnej²¹.

Problem osób niezdolnych do popełnienia samobójstwa stał się szczególnie głośny, gdy 22 listopada 1998 roku telewizja CBS w programie „60 Minutes” wyemitowała film pokazujący, jak dr Jack Kevorkian wykonuje letalną iniekcję 52-letniemu Thomasowi Youkowi cierpiącemu na stwardnienie boczne zanikowe (znane także jako choroba Lou Gehriga). Wcześniej Kevorkian jedynie pomagał pacjentom w popełnieniu samobójstwa, ale stan Youka nie pozwalał na skorzystanie z takiej pomocy. Za czyn ten 13 kwietnia 1999 roku Kevorkian został skazany przez sąd stanu Michigan na karę 10 do 25 lat więzienia.

Fundamentalne założenia argumentacji na rzecz zalegalizowania procedur eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie, czyli przede wszystkim odwołanie do praw człowieka i zasady równości wobec prawa, znalazły swoje odzwierciedlenie w przyjętych do tej pory ustawach. Zaczniemy od lekarskiej pomocy w samobójstwie. Jako pierwszy w 1997 roku zalegalizował lekarską pomoc w samobójstwie stan Oregon i uchwalona tam ustawa (Death with Dignity Act) stała się następnie wzorem dla aktów prawnych przyjętych w stanach Waszyngton i Vermont. Zgodnie z ustawą oregońską pacjent, któremu lekarz (mający prawo wykonywania zawodu wydane przez ten stan) może wypisać receptę na letalną dawkę leku mającą posłużyć do popełnienia samobójstwa, musi spełniać następujące warunki:

- 1) musi być pełnoletni (to znaczy mieć co najmniej 18 lat),
- 2) musi być mieszkańcem stanu Oregon,
- 3) musi być zdolny do podejmowania i komunikowania decyzji dotyczących opieki medycznej,
- 4) musi być chory terminalnie i przewidywany czas jego przeżycia nie może przekraczać sześciu miesięcy.

Aby otrzymać receptę, pacjent musi spełnić jeszcze dodatkowe wymogi, to znaczy w odstępie co najmniej 15 dni skierować do lekarza dwie ustne prośby o przepisanie środka letalnego oraz dostarczyć mu podpisaną w obecności dwóch

²¹ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 366–370.

świadków prośbę na piśmie. Zarówno diagnoza, jak i rokowanie muszą ponadto zostać potwierdzone przez lekarza, który ma przepisać lek, a także przez lekarza konsultanta i obydwaj lekarze muszą jednomyślnie stwierdzić, że pacjent jest kompetentny psychologicznie. Jeśli któryś z nich jest zdania, że pacjent cierpi na zaburzenia psychiczne wpływające na zdolność osądu (na przykład na depresję), konieczne jest dodatkowe badanie psychologiczne lub psychiatryczne.

Na lekarzu, który ma wypisać receptę, spoczywa prawny obowiązek poinformowania pacjenta o wszelkich dostępnych rozwiązaniach alternatywnych, to znaczy o możliwości skorzystania z opieki paliatywnej czy hospicyjnej oraz o metodach skutecznego zwalczania bólu. Musi też poprosić, by pacjent poinformował o swojej decyzji najbliższą osobę, ale odmowa uczynienia tego przez pacjenta nie może być uzasadnieniem odrzucenia prośby o receptę na środek letalny.

O każdym przypadku przepisania takiego środka lekarz musi poinformować Oregon Health Division. Latem 1999 roku dodano jeszcze wymóg, by również farmaceuci byli informowani, w jakim celu przepisano lek. Ustawa zobowiązuje także Oregon Department of Human Services do sporządzania corocznych raportów dotyczących lekarskiej pomocy w samobójstwie, które są następnie publikowane w czasopismach medycznych (*New England Journal of Medicine*), jak również dostępne na stronie internetowej (<http://www.dhs.state.or.us/publichealth/chs/pas/pas.cfm>)²². Aby zatem skorzystać z lekarskiej pomocy w samobójstwie, pacjent musi być osobą prawnie i psychologicznie kompetentną oraz zdolną samodzielnie zażyć przepisany lek, gdyż lekarz nie może brać w tym żadnego udziału – eutanazja jest w tych stanach, podobnie jak w pozostałych stanach USA, prawnie zabroniona.

Ustawy legalizujące eutanazję w trzech krajach europejskich są do siebie bardzo zbliżone. Można powiedzieć, że przyjęta w 2002 roku w Holandii ustawa dopuszczająca eutanazję i lekarską pomoc w samobójstwie stała się wzorem dla aktów prawnych uchwalonych w Belgii i Luksemburgu. Przyjęta w tym samym roku co holenderska, ustawa belgijska nie zalegalizowała jednak lekarskiej pomocy w samobójstwie. Zgodnie z ustawą holenderską, aby eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie były legalne, muszą być spełnione następujące warunki:

1. Prośba pacjenta jest dobrowolna i przemyślana.
2. Cierpienia pacjenta są długotrwałe i nie do wytrzymania.
3. Pacjent został poinformowany o swoim stanie i rokowaniu.
4. Pacjent jest przekonany, że w sytuacji, w jakiej się znalazł, nie ma żadnego innego rozsądnego rozwiązania.
5. Pacjent został zbadany przez niezależnego konsultanta, który potwierdził na piśmie, że warunki 1–4 są spełnione.
6. Lekarz wykonujący eutanazję lub udzielający lekarskiej pomocy w samobójstwie musi przeprowadzić te procedury z należytą profesjonalną starannością.

Każdy przypadek przeprowadzonej eutanazji czy udzielonej pomocy w samobójstwie musi też zostać zgłoszony odpowiedniej komisji²³. Zwolennicy legalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie podkreślają, że w krajach, w których zalegalizowano te procedury, nie doszło do jakichś rażących nadużyć, a także że

²² Por. A. Alichniewicz, *Wzorce śmierci w bioetyce amerykańskiej*, Kraków 2007, s. 95–103.

²³ Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act.

liczba pacjentów korzystających z tych form medycznej pomocy w umieraniu pozostaje niewielka i stanowi nikły procent ogólnej liczby zgonów.

Przeciwnicy legalizacji posługują się obecnie przede wszystkim argumentacją sformułowaną przez współczesną filozofię komunitarystyczną. Dla zwolenników komunitaryzmu jednostka ludzka to przede wszystkim część wspólnoty powiązana z innymi wielorakimi więzami uczuć, wspólnych celów i tradycji. Życie człowieka jest narracją dokonującą się w metanarracji społecznej, zatem relacje społeczne i wyznawane przez daną społeczność wartości w istotny sposób określają narrację jednostkową. Legalizacja eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie może doprowadzić do obniżenia szacunku dla osób ciężko chorych i cierpiących – ich życie może zostać uznane za niewarte przeżycia, a ich trwanie w cierpieniu za absurdalne. W ten sposób zacznie się kształtować „kultura śmierci”, a nieuleczalnie chorzy znajdują się pod presją szybkiego zakończenia życia. Ze względu na znaczną różnicę między wysokimi kosztami opieki terminalnej a niskimi procedur eutanatycznych interferować mogą też względy ekonomiczne. Presja ta może być szczególnie silna w przypadku osób ubogich czy pozostających pod opieką instytucji, a więc należących do tzw. najsłabszych ogniw społecznych. Osoby opiekujące się lub ponoszące koszty opieki nad takimi pacjentami mogą próbować skłonić ich do skorzystania z legalnej eutanazji lub lekarskiej pomocy w samobójstwie.

Struktura tej argumentacji opiera się na przedstawionym już rozumowaniu nazywanym argumentem równi pochyłej. W 1993 roku posłużył się nim kanadyjski Sąd Najwyższy orzekający w sprawie *Rodriguez v. Kolumbia Brytyjska*. Odrzucając jej żądanie lekarskiej pomocy w samobójstwie, sąd stwierdził, że chociaż chora na stwardnienie boczne zanikowe Sue Rodriguez ma powody, by chcieć zakończyć swe życie, to jednak udzielenie jej w tym pomocy może przynieść niebezpieczne dla innych skutki²⁴.

Odnosząc się do argumentu o braku danych świadczących o groźnych społecznych konsekwencjach legalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie, oponenci wskazują, że wobec niemożliwości zbudowania szczelnego systemu kontroli tych praktyk brak danych o nadużyciach niekoniecznie jest dowodem na to, że do nich rzeczywiście nie dochodzi. A zatem nawet ustalenie bardzo rygorystycznych przepisów nie gwarantuje bezpieczeństwa. Ponadto samo określanie warunków, pozwalających jednemu człowiekowi w majestacie prawa zabijać drugiego, wydaje się podejrzane – czy człowiek zdoła udźwignąć takie prawo? Nasuwa się tu sławna konstatacja brytyjskiego historyka lorda Actona, który zauważył, że każda władza demoralizuje. Dlaczego więc mielibyśmy przypuszczać, że władza wynikająca z prawa do zadawania śmierci nie będzie demoralizująca? Legalizacja eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie mogłaby zatem niekorzystnie zmieniać społeczny wizerunek lekarza, który w stosunku do pacjenta nie będzie już tylko terapeutą, ale i niosącym śmierć.

Przeciwnicy legalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie zwracają też uwagę, że decyzja pacjenta może być pochojna i nieprzemyślana, a ocena własnej sytuacji mylna, gdy na przykład diagnoza choroby nieuleczalnej jest błędna. Wskazuje się też na pewien paradoks: główna linia obecnej argumentacji na rzecz zarówno moralnej akceptacji, jak i dekryminalizacji eutanazji i lekarskiej pomocy

²⁴ <http://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp349-e.htm>; M.Pabst Battin, *Ending...*, s. 27.

w samobójstwie opiera się na konieczności poszanowania autonomii i godności jednostki oraz ekspresji tego obowiązku w postaci praw człowieka. Okazuje się jednak, że legalizacja tych procedur wzmacnia medykację śmierci i pozycję lekarza. Główną deklarowaną racją na rzecz ich legalizacji jest poszanowanie praw pacjenta: po pierwsze do dokonywania autonomicznych wyborów co do tego, kiedy i w jaki sposób chce umrzeć, po drugie do decydowania o tym, jaki stan jest dla niego nie do zniesienia. W praktyce jednak często się okazuje, że mimo braku obiektywnych kryteriów pozwalających „zmierzyć” cierpienie pacjenta, dominujące znaczenie ma nie jego własna, lecz lekarska ocena tych cierpień i że to do lekarza należy ostateczna decyzja²⁵. Stąd też nierzadko można spotkać się ze stanowiskiem, że aczkolwiek w pewnych sytuacjach eutanazję i lekarską pomoc w samobójstwie można usprawiedliwić moralnie, to jednak nie powinno się dążyć do ich legalizacji.

Podsumowując, należy stwierdzić, że dyskusja dotycząca moralnej oceny eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie skupia się ostatnio przede wszystkim na kwestii autonomii i godności pacjenta, natomiast debata nad legalizacją tych procedur koncentruje się głównie na społecznych konsekwencjach unormowań prawnych. Można też zauważyć, że w USA nie ma silnego dążenia do legalizacji eutanazji, choć tam także pojawiają się głosy, iż w przypadku niektórych pacjentów depenalizacja lekarskiej pomocy w samobójstwie może być niewystarczająca. Z kolei autorzy europejscy podkreślają, że eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie powinny być zależnie od potrzeb pacjenta traktowane jako procedury komplementarne. Tak funkcjonuje to w prawie holenderskim i takie też stanowisko reprezentują w cytowanej książce Warnock i Macdonald.

²⁵ Por. M. Pabst Battin, *Ending...*, s. 30; H. ten Have, J. Welie, *Euthanasia: Normal Medical Practice?*, Hastings Center Report 1992, vol. 22, nr 2, s. 34–38.