

BOGNA WACH*

ARGUMENTY W SPORZE O LEGALIZACJĘ EUTANAZJI I WSPOMAGANEGO SAMOBÓJSTWA – CZĘŚĆ I

Słowa kluczowe: eutanazja, wspomagane samobójstwo, legalizacja, argumenty, świętość i ochrona życia, argument równi pochyłej, autonomia, jakość życia
Keywords: euthanasia, physician assisted suicide, legalization, arguments, sanctity and protection of life, slippery slope argument, autonomy, quality of life

Wstęp

Problem legalizacji medycznie wspomaganego śmierci nie jest nowy. Jest on przedmiotem ożywionej debaty społecznej. Kolejne państwa decydują o zalegalizowaniu eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Obecnie są nimi: Holandia (od 2001 r. – ustawa holenderska), Belgia (od 2003 r., zalegalizowano tylko eutanazję – ustawa belgijska), Luksemburg (od 2009 r. – ustawa

* Bogna Wach – absolwentka studiów prawniczych i filozoficznych, doktor nauk prawnych, obecnie adiunkt na Wydziale Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Zainteresowania naukowe: filozofia i teoria prawa, etyka stosowana, bioetyka, prawo międzynarodowe, ochrona praw człowieka.

Address for correspondence: The Jacob of Paradies University, Department of Administration and National Security, Teatralna 25, 66-400 Gorzów Wielkopolski. E-mail: bognowach@wp.pl.

luksemburska) oraz Kanada (od 2016 roku – ustawa kanadyjska). W 2017 roku wspomaganą śmierć zalegalizowano w australijskim stanie Wiktorja. W USA wspomaganie samobójstwo jest dopuszczalne w stanach: Oregon (od 1994 r.), Waszyngton (od 2008 r.), Vermont (od 2013 r.), Kalifornia (od 2015 r.), Kolorado (od 2016 r.), Dystrykt Kolumbia (od 2017 r.), natomiast w Montanie orzeczenie tamtejszego Sądu Najwyższego z 2009 roku otworzyło drogę do zalegalizowania pomocy w samobójstwie¹. Niemniej, na skutek oporu ze strony władz federalnych, pierwsze uregulowanie w stanie Oregon z 1994 roku weszło w życie dopiero trzy lata później. Przeciwnicy ustawy oregonskiej wnosili o uznanie jej za sprzeczną z konstytucjami stanową i federalną. Ostatecznie jednak w kolejnych stanach przyjęto podobne rozwiązania, a w innych prowadzi się ożywioną dyskusję na ten temat (Pietrzykowski, 2005, s. 204). Z całą pewnością legalizacja wspomaganego samobójstwa, dominująca w Stanach Zjednoczonych, pomogła przełamać tabu związane z tym trudnym tematem.

Przyjaznym państwem dla osób chorych chcących zakończyć swoje życie jest Szwajcaria. W szwajcarskim prawie karnym pomoc w samobójstwie nie jest karalna, o ile nie jest dokonywana z egoistycznych pobudek, np. chęci uzyskania korzyści majątkowych. Ponieważ środowiska medyczne kategorycznie sprzeciwiły się dokonywaniu pomocy w samobójstwie w szpitalach, a władze szwajcarskie są przeciwnikiem „turystyki samobójczej”, taką pomocą zajmują się prywatne stowarzyszenia, jak np. Dygnitas czy Exit (cała procedura odbywa się w prywatnych mieszkaniach, chorzy najczęściej dostają do wypicia lub połknięcia śmiertelną dawkę środków farmakologicznych) (Bosshard, 2008, s. 263–282).

Problem wspomaganego samobójstwa przestał dotyczyć tylko osób śmiertelnie chorych, ponieważ wraz z rozwojem nauk medycznych można utrzymywać przy życiu osoby po ciężkich wypadkach, przewlekłe chore, znajdujące się w stanie wegetatywnym oraz bardzo małe dzieci dotknięte nieuleczalnymi wadami. Medykalizacja śmierci spowodowała społeczne poparcie dla eutanazji jako alternatywy dla długiego i bolesnego umierania lub wieloletnich cierpień towarzyszących wielu chorobom (Alichniewicz, 2013, s. 282). Postęp medycyny wyodrządza najbardziej fundamentalne i trudne problemy

¹ Zestawienie na temat wspomaganego samobójstwa w Stanach Zjednoczonych wraz z linkami do tekstów aktów prawnych oraz stanowych departamentów zdrowia znajdują się na stronie organizacji pozarządowej ProCon (*State-by-state...*).

moralne dotyczące śmierci i umierania. Powstają zasadnicze pytania: czy życie należy ratować i podtrzymywać w każdych warunkach, kiedy można zrezygnować z leczenia lub nie rozpoczynać procedur medycznych, czy pacjent może prosić personel medyczny o pomoc w przerwaniu własnego życia? Mówimy tutaj o akceptacji i legalizacji wyjątku od jednej z podstawowych zasad obowiązujących w społeczeństwie, tj. zakazu zabijania (Kuhse, 2000, s. 337–346; Gert, Culver, Danner, Clouser, 2009, s. 457), dlatego tak ważne jest uwzględnienie i rozważenie w debacie nad tym problemem argumentów, którymi posługują się zwolennicy i przeciwnicy legalizacji medycznie wspomaganego życia.

Formułowanie i ważenie argumentów w tej debacie nie ma tylko charakteru teoretycznego, lecz stanowi podstawę do przyjęcia konkretnego rozwiązania prawnego. Omówione argumenty wykorzystywane są w uzasadnieniach orzeczeń sądowych oraz w pracach legislacyjnych w państwach, które zdecydowały się na legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Kluczowe jest zdefiniowanie przedmiotu medycznie wspomaganego życia, tj. eutanazji, i wspomaganego samobójstwa. Pozwoli to na zarysowanie różnicy między przyspieszeniem śmierci a innymi procedurami medycznymi, jak opieka paliatywna czy zaprzestanie lub niepodjęcie leczenia podtrzymującego życie. Z uwagi na medyczny kontekst zagadnienia należy przyjąć wąską definicję eutanazji, którą proponuje Anna Alichniewicz. Według tej definicji eutanazją jest czyn dokonywany przez lekarza kierującego się intencją spowodowania śmierci nieuleczalnie chorego człowieka w celu oszczędzenia mu cierpień. Czyn ten dokonywany jest na żądanie chorego, zdolnego do świadomego wyrażania woli lub motywowany współczuciem dla pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji (Alichniewicz, 2013, s. 285). W wypadku wspomaganego samobójstwa lekarz udziela pacjentowi pomocy poprzez dostarczenie środków do odebrania sobie życia, np. recepty na środki farmakologiczne lub konsultacji odnośnie do metod skutecznego zakończenia życia. Lekarz nie bierze udziału w akcie finalnym. Czas i sposób umierania wybiera sam pacjent (Battin, 2003, s. 2481)². Pozwala to na odróżnienie eutanazji i wspomaganego

² Należy dodać, że w Kanadzie pielęgniarka może wstrzyknąć lek lub dostarczyć receptę na środki farmakologiczne na takich samych prawach jak lekarz (ustawa kanadyjska, sekcja 241.1).

samobójstwa od zabójstwa z litości, którego na prośbę pacjenta dokonuje najczęściej osoba bliska.

Powyższe rozumienie wspomaganej śmierci w sensie wąskim zostało przyjęte w państwach, które zdecydowały się na zalegalizowanie eutanazji i wspomaganego samobójstwa oraz przez organizacje medyczne. Należy zaznaczyć, że w żadnym z tych państw osoba ubiegająca się o wykonanie procedury wspomaganej śmierci nie musi być chora terminalnie. I tak w Holandii, Belgii, Luksemburgu warunkiem jest występowanie cierpienia spowodowanego przez chorobę (lub ciężkie obrażenia, jak w uregulowaniu belgijskim); musi mieć ono trwały charakter i być dla pacjenta nie do zniesienia, a stan chorego nie rokuję poprawy lub jawi się jako beznadziejny. Odczuwane cierpienie może mieć charakter zarówno fizyczny, jak i psychiczny (zob. ustawa holenderska, art. 2; ustawa belgijska, art. 2; ustawa luksemburska, art. 2), dlatego możliwe jest skrócenie życia w przypadku choroby psychicznej. W Kanadzie śmierć pacjenta na skutek choroby musi być racjonalnie przewidywana (Preambuła ustawy kanadyjskiej). Jedynie w Stanach Zjednoczonych pacjent, który ubiega się o letalną dawkę środków farmakologicznych, musi cierpieć na chorobę terminalną, a śmierć powinna być spodziewana w ciągu sześciu miesięcy (tak jest zapisane np. w dokumencie o umieraniu z godnością stanu Oregon – Death with Dignity Act, § 2.01).

Argumenty używane w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa

Prowadząc rozważania o argumentach, należy je przede wszystkim podzielić na te, którymi posługują się przeciwnicy i zwolennicy legalizacji eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa. W argumentacji przeciwko legalizacji obydwu tych procedur przywoływany jest argument moralny ze świętości życia w wersji religijnej i laickiej oraz argument pragmatyczny z równi pochyłej w wersji logicznej oraz psychologicznej (probabilistycznej). Natomiast zwolennicy legalizacji powołują się na argument z autonomii pacjenta oraz jakości życia. Należy dodać, że są to najważniejsze argumenty przytaczane w dyskusji nad legalizacją wspomaganej śmierci i to właśnie one stanowią podstawę uzasadnienia wyroków sądów krajowych, jak i międzynarodowych, orzekających w tego typu sprawach, oraz rozwiązań ustawowych w poszczególnych państwach. Jest to o tyle istotna kwestia, że

może skutkować zmianą paradygmatu – z ochrony życia przez państwo, które to życie jest podstawowym prawem człowieka, chronionym przez przepisy krajowe i międzynarodowe, na rzecz autonomii jednostki w postaci prawa wyboru czasu i sposobu własnej śmierci.

Argument ze świętości życia

Argument ze świętości życia ma charakter moralny i pierwotny, w wersji religijnej zakłada niemoralność zabijania. W religiach objawionych (judajzmie, chrześcijaństwie i islamie) dawcą życia jest Bóg, człowiek nie może nim w dowolny sposób rozporządzać, dlatego szczególnie akcentowany jest zakaz odbierania życia, w tym samobójstwa. Eutanazja i wspomagane samobójstwo nie są niczym innym jak formami zabójstwa. Nawet w przypadku cierpienia związanego z nieuleczalną lub przewlekłą chorobą nie można prosić o przyspieszenie śmierci. Nie wolno również udzielać pomocy w postaci eutanazji i wspomaganego samobójstwa nawet wtedy, gdy odbywa się to na prośbę osoby chorej i pod wpływem współczucia dla niej.

Argument ten jest podnoszony szczególnie w państwach, w których religia silnie wpływa na życie społeczne, dlatego nie można go pominąć. Pomimo częstego powoływania się na ten argument (np. w ostatnich głośnych sprawach brytyjskich dotyczących nieuleczanie chorych dzieci, Charliego Garda i Alfiego Evansa), należy pamiętać, że dotyczy on tylko wyznawców danej religii. W pluralistycznym społeczeństwie może być on odczytany jako próba narzucenia określonego wyznania i dyskryminacja osób o innych poglądach. Prawo jako regulator zachowań społecznych powinno być neutralne, tak aby chronić wolności i prawa wszystkich obywateli. Nie powinno być wykorzystywane jako instrument narzucania przekonań typowo religijnych (Malczewski, 2012, s. 121).

Przeciwnicy stosowania tego argumentu formułują zarzut o braku szacunku dla ludzi chorych. Narzucając ochronę życia w postaci zakazu eutanazji i wspomaganego samobójstwa, nie daje się im możliwości przetrwania trudnego do zniesienia cierpienia i odejścia na wybranych przez siebie warunkach, często są oni skazani na umieranie w męczarniach.

Zwolennicy tego argumentu podkreślają, że zasada ochrony życia ma charakter uniwersalny i dotyczy wszystkich członków społeczeństwa; nawet jeśli nie identyfikują się oni z żadnym wyznaniem, pozostają jednak

spadkobiercami danej tradycji religijnej i kultury, które są źródłem wartości, w szczególności życia jako wartości podstawowej.

Chorych nie zmusza się do heroizmu, do którego nie są zdolni. Cierpienie nie jest też celem samym w sobie. Możliwe jest zastosowanie wszelkich środków medycznych celem eliminacji bólu z letalną analgezą oraz paliatywną sedacją, o ile intencją ich stosowania nie jest przyspieszenie śmierci pacjenta. Nikt też nie może być zmuszany do korzystania z terapii, która jest uciążliwa, nieproporcjonalna czy daremna.

Podnosząc ten argument, zwraca się też szczególną uwagę na odpowiednią jakość opieki nad umierającymi, w szczególności ruch hospicyjny angażujący personel medyczny, bliskich pacjenta oraz wolontariuszy w proces umierania z godnością. Hospicjum wskazywane jest jako alternatywa do eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Powoływanie się na argument ze świętości życia w wersji religijnej nie oznacza fanatyzmu. Według Barbary Chyrowicz normę „nie zabijaj”, którą znajdujemy zarówno w Dekalogu, jak i w prawie powszechnym, można racjonalnie uzasadnić (Chyrowicz, 2015, s. 211, 246). Pomimo rosnącej sekularyzacji społeczeństwa nie można pomijać argumentu religijnego w tak delikatnej kwestii, jaką jest legalizacja medycznie wspomaganego śmierci.

Argument o niemoralności zabijania występuje także w wersji laickiej. Założenie o ochronie życia ma charakter uniwersalny, każdy człowiek ma prawo do ochrony swojego życia. Przy takim założeniu zasadę tę można włączyć do systemu prawa stanowionego bez narażania się na zarzut, że będzie odzwierciedleniem poglądów tylko jednej grupy społecznej (np. wyznaniowej). Zakaz zabijania stanowi fundament funkcjonowania społeczeństwa. Zasada nienaruszalności życia jest gwarancją ochrony szczególnie wrażliwych jednostek, jak osoby chore terminalnie i nieuleczalnie, dotknięte kalectwem czy niepełnosprawne umysłowo. Jeżeli zasada ta zostanie zakwestionowana, możemy mieć do czynienia z relatywizacją wartości ludzkiego życia. Taką argumentację przyjął Europejski Trybunał Praw Człowieka, orzekając w sprawie Dianne Pretty. W uzasadnieniu wyroku stwierdził, że pomimo iż sytuacja skarżącej, która na skutek terminalnej choroby neurologicznej była sparaliżowana oraz zmagająca się z trudnym do opanowania bólem, była bardzo dramatyczna, uznał jednak, że bardzo ważne jest w tym wypadku, aby nie stwarzać wyjątków od zasady ochrony osób uznanych za bezbronne. Takie wyjątki mogłyby osłabić ochronę życia i nieść za sobą ryzyko nadużyć (Pretty v. United Kingdom).

Taki sam argument padł w sprawie Haas przeciw Szwajcarii. Skarżący, cierpiący na chorobę dwubiegunową, chciał popełnić samobójstwo, by dłużej nie cierpieć. Kolejni psychiatrzy odmawiali mu wypisania recepty na śmiertelną dawkę leków. Europejski Trybunał Praw Człowieka, przed którym sprawa znalazła swój finał, stwierdził, że zadaniem państwa jest ochrona szczególnie wrażliwych jednostek przed zbyt pochopnymi decyzjami oraz możliwymi nadużyciami ze strony innych osób, dlatego limitowanie środków służących do popełnienia samobójstwa poprzez dostępność ich jedynie na receptę jest usprawiedliwionym ograniczeniem. Natomiast prawo do prywatności nie nakłada na państwo obowiązku pozytywnego działania, w tym wypadku dostarczenia substancji do popełnienia samobójstwa (Haas v. Switzerland)³.

Podobne argumenty padły w Sądzie Najwyższym Stanów Zjednoczonych w sprawie *Washington v. Glucksberg* w 1997 roku. Sąd Najwyższy stwierdził, że prawo do wspomaganego samobójstwa nie wynika z postanowień konstytucji. Interesem, o który państwo powinno zabiegać, jest ochrona życia, rozumiana jako: zachowanie życia, zapobieganie samobójstwom, zwłaszcza osób nieuleczalnie chorych i cierpiących, ochrona słabszych przed naciskami, by skorzystali z opcji samobójstwa, czy też ochrona jednostek niemogących swobodnie wyrazić swojej woli oraz zachowanie tradycyjnej roli lekarza jako tego, który ratuje i przedłuża życie. Sąd Najwyższy wskazał na interes państwa w zachowaniu życia obywateli niezależnie od jego jakości (Urofsky, 2000, s. 140; Szeroczyńska, 2004, s. 369).

W 1993 roku przed kanadyjskim Sądem Najwyższym toczyła się sprawa *Sue Rodriguez*, całkowicie sparaliżowanej na skutek choroby *LouGeriga* (ALS), zmuszonej do korzystania z respiratora i przyjmowania pokarmów przez sondę. Skarżąca domagała się zalegalizowania pomocy w samobójstwie, wskazując na niezgodność tego zakazu z konstytucją. Powołała się na autonomię rozumianą jako możliwość zakończenia życia w wybranym przez siebie czasie oraz podniosła zarzut dyskryminacji osób, które nie są w stanie samodzielnie popełnić samobójstwa. Sąd wyraził opinię, że zakaz wspomaganego śmierci ogranicza autonomię i zmusza do znoszenia cierpień

³ Obowiązek państwa względem obywatela może mieć charakter pozytywny w postaci działania, np. zorganizowania wyborów, aby obywatele mogli skorzystać z prawa wyborczego, lub negatywny, polegający na nieingerencji, np. w życie rodzinne jednostki czy wolność sumienia i wyznania.

związanych z chorobą. Odrzucił jednak argumenty pani Rodriguez, powołując się na ochronę życia jako wartości podstawowej. Podkreślił też, że zakaz wspomaganego samobójstwa i eutanazji służy ochronie osób szczególnie wrażliwych przed ewentualnymi naciskami (np. ze strony zmęczonej długą opieką nad chorym rodziny czy też ze firm ubezpieczeniowych finansujących bardzo drogie leczenie). Prawo do śmierci mogłoby być zmienione w obowiązek umierania (odebrania sobie życia) pod presją. Sytuacja osób takich, jak pani Rodriguez, jest odmienna niż tych, które same mogą się zabić, tym samym sąd nie zgodził się z zarzutem dyskryminacji. W interesie państwa leży ochrona życia obywateli. Wyrok został przyjęty stosunkiem głosów 5 do 4 (Chan, Somerville, 2016, s. 143, 150–151; Carter v. Canada, § 63–68). Wolność wyboru nie jest wobec powyższego bezwarunkowa, cierpienie, ból, zależność od innych nie są wystarczające, aby można było żądać przerwania życia.

Zasada ochrony życia stanowi punkt wyjścia w poszukiwaniach rozwiązań w opiece nad szczególnie wrażliwymi członkami społeczności, bowiem łatwo można doprowadzić do nadużyć wobec tych, którzy sami nie mogą się bronić.

Prawo do życia ma charakter podstawowy i warunkuje posiadanie przez jednostkę innych praw. Jeśli państwo chce dopuszczać wyjątki od jego ochrony, w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa musi mieć bardzo dobre uzasadnienie (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 413).

Argument równi pochyłej

Argument równi pochyłej jest argumentem pierwotnym o charakterze pozamoralnym oraz pragmatycznym (Stelmach, Brożek, Soniewicka, Załuski, 2010, s. 196; Góralski, 2007, s. 380). Jest to jeden z ważniejszych argumentów używanych współcześnie w rozważaniach nad problemami bioetycznymi, takimi jak aborcja, eutanazja czy eksperymenty genetyczne (Chyrowicz, 2009, s. 14; Rizzo, Whitman, 2003, s. 541). Argument ten występuje pod postacią logiczną (pojęciową) oraz empiryczną (Alichniewicz, 2013, s. 290). Mówi on, że jeżeli do zastanego stanu zostaną wprowadzone akceptowalne lub neutralne zmiany, to uruchamia to mechanizm mogący doprowadzić do nieplanowanych oraz niepożądanych konsekwencji.

Jeśli eutanazja i wspomagane samobójstwo uzyskają przyzwolenie społeczne, warunki ochrony życia w tymże społeczeństwie ulegną osłabieniu (Paterson, 2008, s. 173). Jeżeli dopuści się legalizację wyżej wymienionych zjawisk, jako wyjątku od zasady ochrony życia, to zasada ta ulegnie relatywizacji, a na koniec erozji (Warnock, Macdonald, 2008, s. 79). Skutkiem tego będzie przesunięcie z szacunku wobec życia do braku respektu wobec niego (Colwell, 1995, s. 44). I tak, jeśli uczyniony zostanie wyjątek od zasady nienaruszalności życia w postaci eutanazji lub wspomaganego samobójstwa osób terminalnie chorych, które są pełnoletnie i wyrażają wolną od nacisków prośbę, w konsekwencji doprowadzi to do zabijania osób chorych, starych czy kalekich bez ich zgody lub wbrew ich woli (Dworkin, Frey, Bok, 1998, s. 113) (np. osób z demencją, chorych psychicznie czy upośledzonych intelektualnie).

Przeciwnicy tego argumentu wskazują, że w procesie legislacyjnym można wyznaczyć efektywne ograniczenia w postaci warunków wykonywania eutanazji i wspomaganego samobójstwa tak jak w państwach, w których procedury te są legalne (np. wieku pacjenta). Dobrze określone granice będą ochroną przed nadużyciami.

Innym zarzutem wobec powyższego rozumowania jest zakwestionowanie związku przyczynowo-skutkowego między pierwszym krokiem na równi pochyłej a niechcianymi skutkami. Wykazanie takiego związku nie jest oczywiste, sam zaś argument jest formą spekulacji. Sama tylko możliwość wystąpienia niechcianych skutków nie musi być przekonująca i przekreślać możliwość legislacji przyspieszania śmierci u osób chorych (Malczewski, 2012, s. 201–202). Legalizacja omawianych procedur nie musi oznaczać erozji wartości, natomiast może się zmienić postrzeganie śmierci i umierania, co z kolei może okazać się konieczne zwłaszcza w przypadku tak szybkiego rozwoju medycyny (Malczewski 2012, s. 208).

Kolejnym zarzutem jest paternalistyczny (antydemokratyczny) charakter tego argumentu. Sprzeciwianie się zmianom w prawie dlatego, że mogą one powodować zamiany postaw społecznych, jest w istocie ignorowaniem zdania większości obywateli (Stelmach, Brożek, Soniewicka, Załuski, 2012, s. 79). Przyjęcie argumentu równi pochyłej może prowadzić do kwestionowania wszelkich prób zmiany rzeczywistości. Ryzyko jest naturalnym elementem towarzyszącym postępowi, dlatego należy dobrze szacować potencjalne zyski i straty, a empiryczne dowody powinny być w tym wypadku ważniejsze niż roztrząsanie spekulacji.

Ponadto sprzeciwianie się zmianom w postaci legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa w ściśle określonych warunkach jest odebraniem wolności wyboru osobom, które pragną skrócenia życia. Przyczynia się to do rozwoju szarej strefy w postaci usług takich osób, jak dr Jack Kevorkian, czy turystyki eutanatycznej do Szwajcarii, gdzie można skorzystać z pomocy w samobójstwie oferowanej przez działające tam stowarzyszenia. To właśnie unormowanie medycznie wspomaganego śmierci pozwoli sprawować efektywną kontrolę nad praktyką eutanazji i wspomaganego samobójstwa, która w wielu krajach prowadzona jest w sposób nieoficjalny. Dlatego tak ważne jest wyznaczenie granicy między praktykami dozwolonymi i niedozwolonymi. Przewidywane koszty moralne oraz ryzyko związane z legalizacją tych procedur są do zaakceptowania i wliczone w system medyczny (Schaffer, 2013, s. 528; Attaran, 2015, s. 2081).

W odpowiedzi na powyższe zarzuty jego zwolennicy podnoszą, że argument ten nie jest tylko chwytem erystycznym, który zaciemnia istotę sporu, ukazując domniemane straszne skutki. Ważne jest pokazanie ryzyka w postaci wystąpienia niechcianych konsekwencji, które to ryzyko powinno być oszacowane przez ustawodawcę przy wprowadzaniu zmian do obowiązującego prawa. Rozpoznanie zagrożenia wystąpienia równi pochyłej może być pomocne w takim skonstruowaniu norm prawnych, które pozwolą uniknąć niechcianych skutków (Volkh, 2003, s. 1037). Podejmowane decyzje w postaci dopuszczania medycznie wspomaganego śmierci na zasadzie wyjątku od zasady niezabijania mają wpływ na społeczeństwo, ustawodawcę czy sądy i mogą w ostateczności przynieść zmianę paradygmatu w medycynie, czyli zasady niewyrządzania szkody oraz ochrony życia. Eutanazja i wspomaganego samobójstwo mogą zostać potraktowane jak każda inna forma terapii i stać się powszechną praktyką, nie zaś wyjątkową procedurą stosowaną w ściśle określonych przypadkach (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 418). Tolerując kolejne ustępstwa, można nie zauważyć zmiany moralnej wrażliwości, wtedy pewne zjawiska nie będą już postrzegane jako szokujące. W Holandii lata liberalnej praktyki względem medycznie wspomaganego śmierci spowodowały, że niektóre działania nie są już traktowane jako niedozwolone. Początkowe warunki dopuszczalności eutanazji i wspomaganego samobójstwa dotyczyły osób pełnoletnich (po zasięgnięciu zdania rodziców uwzględniono prośbę 16-letniego pacjenta, natomiast za ich zgodą przeprowadzenie procedury stało się to możliwe u 12-letniego dziecka), których stan nie rokował poprawy i którzy odczuwali cierpienia

nie do zniesienia, na ich przemyślaną i wolną od nacisków prośbę (ustawa holenderska, art. 2).

Według oficjalnych statystyk prowadzonych przez Regionalne Komisje ds. Eutanazji (RTE – Regionale Toetsingscommissies Euthanasie / Regional Euthanasia Review Committees) największą grupą pacjentów poddawanych procedurze wspomaganego śmierci są chorzy na nowotwory (2013 r. – 74,3%, 2014 r. – 73,27%, 2015 r. – 72,5%, 2016 r. – 68%, 2017 r. – 64,32%), drugą grupą – chorzy cierpiący na choroby neurologiczne (2013 r. – 6,08%, 2014 r. – 6%, 2015 r. – 5,64%, 2016 r. – 6,75%, 2017 r. – 5,68%), trzecią – choroby układu krążenia (2015 r. – 4,2%, 2016 r. – 5,17%) oraz choroby współistniejące z wiekiem starczego (2013 r. – 5,19%, 2014 r. – 4,84%, 2017 r. – 4,45%). Należy także zwrócić uwagę na ilość przypadków eutanazji dokonywanej u osób z demencją (2013 r. – 2%, 2014 r. – 1,53%, 2015 r. – 1,97%, 2016 r. – 2,31%, 2017 r. – 2,57%). Obecnie eutanazji poddawane są także osoby z problemami psychiatrycznymi (najczęściej cierpiące na depresję). W latach 2011–2017 odnotowano w Holandii 306 takich przypadków (coroczne raporty Regional Euthanasia Review Committees). Początkowo traktowano lekarską pomoc w umieraniu u pacjentów psychiatrycznych jako wyjątek od reguły. Obecnie taka pomoc jest uważana za umożliwienie godnego odejścia. Według niektórych opinii praktyka ta pomaga uniknąć samobójstwa.

W 2011 roku padła propozycja zgłoszona przez ruch obywatelski Own Free Will wprowadzenia dostępu do środków farmakologicznych mogących przyspieszyć śmierć (np. barbituranów) dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Projekt ten został jednak odrzucony przez parlament holenderski (Legemate, Bolt, 2013, s. 467–468). Królewskie Towarzystwo Medyczne (KNMG – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij Tot Bevordering der Geneeskunst / Dutch Royal Medical Association) wyraziło wątpliwości co do prawidłowości stosowania kryteriów wymaganych przez prawo w przypadku osób starszych, gdyż około 60% ogólnej liczby raportowanych procedur wspomaganego śmierci dotyczy osób powyżej 70. roku życia. Ponadto na podstawie badań prowadzonych w latach 1990–2010 ocenia się, że 23% przypadków wspomaganego śmierci nie jest zgłaszanych do Regionalnych Komisji ds. Eutanazji pomimo obowiązku ustawowego, a zatem istnieje możliwość nadużyć (KNMG 2011, s. 13; Worthen i in., 2015, s. 20).

W przypadku ustawy belgijskiej, która zawierała podobne warunki dopuszczalności eutanazji, jak rozwiązanie holenderskie, w 2014 roku przyjęto zmianę, która nie określa dolnej granicy wieku pacjenta poddawanego

procedurze eutanazji, co czyni to uregulowanie bardzo liberalnym (Strobants, 2014). Na podstawie częściowych badań przeprowadzonych we Flandrii w latach 2003–2011 stwierdzono, że procedura była przeprowadzana także przez pielęgniarki, pomimo że uprawniony do tego jest tylko lekarz. Nie zawsze przestrzegano się wymogu konsultacji z innym specjalistą, a nawet jeśli tak, w 78% przypadków nie brano pod uwagę jego odmiennej opinii. Ocenia się, że prawie połowa przypadków (47,3%) nie była zgłaszana do komisji ewaluacyjnej z powodu braku wiedzy o tym, że przeprowadzana procedura jest eutanazją, część lekarzy unikała też formalności jako zbędnych, a jeszcze inni uważali eutanazję za sprawę tylko między lekarzem a pacjentem (Cohen-Almagor, 2013, s. 515–517; 2015, s. 625). Niezgłoszone przypadki eutanazji przeprowadzane są z mniejszą ostrożnością niż te, które są raportowane (np. brakowało pisemnej prośby pacjenta, konsultacji drugiego niezależnego lekarza, terminalne dawki leków w większości podawane były przez pielęgniarki) (Cohen-Almagor, 2015, s. 625). W badaniach odnotowywano także przypadki skracania życia pacjentów bez ich zgody, co dotyczy szczególnie wrażliwych grup ludzi: pacjentów po 80. roku życia, znajdujących się w śpiączce czy cierpiących na demencję (we Flandrii jest to 32% wykonywanych eutanazji) (Cohen-Almagor, 2013, s. 516; 2015, s. 626; 2016, s. 85; Worthen i in., 2015, s. 20). Poparcie lekarzy dla eutanazji wzrosło z 78% w 2002 roku do 90% w 2009 roku, natomiast poparcie społeczne to 85–93% w 2009 roku. W takiej sytuacji bardzo trudno jest trzymać się obowiązującej litery prawa i kontrolować nadużycia (Cohen-Almagor, 2015, s. 627; 2016, s. 84–85).

Z kolei według oficjalnych statystyk publikowanych co dwa lata przez Federalny Komitet ds. Kontroli i Ewaluacji (Comission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie) największą grupą są pacjenci chorzy na nowotwory (67,7% w latach 2014–2015, 64,1% w latach 2016–2017), drugą grupą – pacjenci cierpiący na choroby współistniejące wieku starczego (9,7% w latach 2014–2015, 16,4% w latach 2016–2017), trzecią – na choroby neurologiczne (6,9% w latach 2014–2015 i tyle samo w latach 2016–2017).

Najczęściej o eutanazję proszą osoby w wieku 60–90 lat, przy czym najbardziej liczna jest grupa pacjentów, którzy przekroczyli 80. rok życia (w latach 2014–2015 było to 27,6%, a w latach 2016–2017 28,5% wszystkich przypadków eutanazji). Przypadki osób nieletnich są rzadkie. W ostatnim raporcie odnotowano trzy przypadki osób nieletnich (w wieku 9, 11 i 17 lat) (*Huitième rapport...*, s. 11–12). W latach 2014–2017 odnotowano

201 przypadków eutanazji z powodu chorób psychicznych, takich jak depresja, choroba dwubiegunowa, choroba Alzheimera, demencja (*Septième rapport...*, s. 6, 8, 36, 37; *Huitième rapport...*, s. 3, 46).

Według Federalnego Komitetu ds. Kontroli i Ewaluacji, zajmującego się kontrolą procedury eutanazji, pomimo że kryteria ustawowe, według których przeprowadza się procedurę wspomaganą śmierci są transparentne, nie ma możliwości zweryfikowania, jaka liczba przypadków eutanazji nie jest zgłaszana, czyli wykonywana z pominięciem wymogów stawianych przez prawo (por. *Septième rapport...*, s. 16). Nie można zatem wykluczyć tzw. szarej strefy, której istnienie zdają się potwierdzać niezależne badania przeprowadzone we flandryjskiej części Belgii.

Podczas rozpatrywania w 2015 roku przez kanadyjski Sąd Najwyższy sprawy *Carter v. Canada* powołano w charakterze eksperta belgijskiego bioetyka profesora Etienne Montero. W swojej opinii stwierdził on, że w Belgii dochodzi do naruszeń zabezpieczeń ustawowych i eutanazji poddawane są osoby np. psychicznie chore, cierpiące na demencję czy też nieletni, którzy nie spełniają warunków określonych w ustawie. Wysunął on tezę o występowaniu zjawiska równi pochyłej. Kanadyjski Sąd Najwyższy odrzucił jednak tę tezę, uznając, że statystyki oparte na raportach zbieranych przez komisję ewaluacyjną oraz samoocenie lekarzy są niewystarczające i zbyt ubogie, zatem ryzyko wystąpienia nadużyć jest do zaakceptowania (*Chan, Somerville, 2011, s. 168–170; Carter v. Canada, § 108, 110–112*). Skład orzekający przyjął więc zupełnie inną linię orzeczniczą niż w rozpatrywanej 23 lata wcześniej sprawie *Sue Rodriguez*. Na skutek decyzji sądu w dniu 17 czerwca 2016 roku parlament kanadyjski przyjął ustawę legalizującą eutanazję i wspomaganą samobójstwo (ustawa kanadyjska, tzw. *Bill C–14*).

Pomimo że dane statystyczne pochodzące z Holandii oraz Belgii uznawane są za niewystarczające do wykazania występowania mechanizmu równi pochyłej, nie należy ich lekceważyć. Liczba przypadków medycznie wspomaganym śmierci w Holandii według oficjalnych danych systematycznie rośnie z 1,3% wszystkich śmierci w roku 2003 aż do 4,4% w roku 2017 i w większości dotyczy osób po 70. roku życia (54% w latach 2011–2016). Nie odnotowano w tym czasie wykonania procedury u osób nieletnich (tj. 12–17 lat) (raporty Regional Euthanasia Review Committees). Z kolei w Belgii liczba ta również wzrosła z 0,2% wszystkich śmierci w 2003 roku do 1,9% w 2017 roku (raporty Regional Euthanasia Review Committees;

Dierickx, Deliens, Cohen, Chambaere, 2016, s. 408–409). Wobec powyższego potrzebna jest dalsza obserwacja i analiza danych statystycznych.

Argument równi pochyłej, mimo kontrowersji, jakie wzbudza, jest istotny na gruncie etyki i prawa (Rizzo, Whitman, 2003, s. 592). Zwolennicy tego argumentu twierdzą, że posługiwanie się nim nie świadczy o ignorancji. Nawet jeśli w sposób empiryczny nie można pokazać tego, co się wydarzy, nie oznacza to jeszcze, że przewidywane konsekwencje nie będą miały miejsca. Argument ten, stosowany szczególnie w kwestiach związanych z końcem życia, może stanowić ochronę przed dehumanizacją i moralną mizериą (Colwell, 1995, s. 58–59).

Argument równi pochyłej należy stosować w rozsądny sposób, razem z innymi argumentami przytaczanymi przez każdą ze stron sporu. Nie powinien on być bezkrytycznie przyjmowany ani też zupełnie odrzucany (Volokh, 2003, s. 1035). Ważne jest, aby służył on ocenie i pokazaniu problemów, które mogą wystąpić w związku ze zmianami dotyczącymi końca życia i umierania.

Bibliografia

- Alichniewicz, A. (2013). Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie. W: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka* (s. 282–295). Warszawa: Wolters Kluwers.
- Attaran, A. (2015). Unanimity on Death with Dignity—Legalizing Physician Assisted Dying in Canada. *The New England Journal of Medicine*, 22 (372), 2080–2082.
- Battin, M. (2003). Suicide. W: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S.G. Post (s. 2475–2482). New York: Macmillan.
- Bosshard, G. (2008). Switzerland. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 463–482). Portland: Hart Publishing.
- Chan, B., Somerville, M. (2011). Converting the „Right to life” to the Right to Physician Assisted Suicide: An Analysis of Carter v. Canada (Attorney General) Supreme Court of Canada. *Medical Law Review*, 2 (22), 143–175.
- Chochinov, H.M. (2016). Physician-Assisted Death in Canada. *Journal of the American Medical Association*, 3 (315), 253–254.
- Chyrowicz, B. (2009). Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych. *Diametros*, 19, 1–25.
- Chyrowicz, B. (2015). *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków: Znak.

- Cohen-Almagor, R. (2013). First Do Not Harm: Pressing Concerns Regarding Euthanasia in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515–521.
- Cohen-Almagor, R. (2015). First Do Not Harm: Intentionally Shortening Lives of Patients Without Their Explicit Request in Belgium. *Journal of Medical Ethics*, 8 (41), 625–629.
- Cohen-Almagor, R. (2016). First Do Not Harm: Euthanasia of Patients in Dementia in Belgium. *Journal of Medicine and Philosophy*, 41, 74–89.
- Colwell, G. (1995). Slippery Slope, Moral Slides and Human Nature. *Informal Logic*, 3 (17), 43–66.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2016). Euthanasia in Belgium. Trends in Reported Cases Between 2003–2013. *Canadian Medical Association Journal*, 188, 407–414.
- Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S. (1998). *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finnis, J. (2009). Filozoficzny argument przeciwko eutanazji. W: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz (s. 183–198). Kraków: Universitas.
- Gert, B., Culver, M.Ch., Clouser, D.K. (2009). *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Góralski, P. (2007). *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*. Kraków: Egis.
- de Haan, J. (2002). The Ethics of Euthanasia: Advocates Perspectives. *Bioethics*, 2 (16), 154–172.
- Karsho, H., Fisman, J.R., Wright, D.W., Macdonald, M. (2016). Suffering and Medicalization End of Life: The Case of Physician-Assisted Dying. *Social Science & Medicine*, 170, 188–197.
- KNMG (2011). *The Role of the Physician in the Voluntary Termination of Life*. Pobrano z: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/publications-in-english.htm> (30.05.2018).
- Kuhse, H. (2000). Eutanazja. W: *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer (s. 337–346). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Malczewski, J. (2012). *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Mendelson, D., Bagaric, M. (2013). Assisted Suicide through the Prim of Right of Life. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 406–418.

- Moratti, S. (2008). Italy. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 395–424). Portland: Hart Publishing.
- Morgan, P., Veith, K. (2004). Being Ms B: B, Autonomy and the Nature of Legal Regulation. *The Sydney Law Review*, 1 (26), 107–130.
- Landry, T.J., Foreman, T., Kekewich, M. (2015). Ethical Considerations in the Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Death in Canada. *Health Policy*, 119, 1490–1498.
- Legemate, J., Bolt, I. (2013). The Dutch Euthanasia Act: Recent Legal Development. *European Journal of Health Law*, 20, 451–470.
- pam/hlk (2017). „Umarł na wygnaniu, bo nasz kraj nie słuchał jego apelu”. *Włoski DJ popełnił samobójstwo wspomagane*. PolsatNews.pl. Pobrano z: <http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2017-02-27/umarl-na-wygnaniu-bo-nasz-kraj-nie-sluchal-jego-apelu-wloski-dj-popelnil-samobojstwo-wspomagane> (28.07.2018).
- Paterson, C. (2008). *Assisted Suicide and Euthanasia. A Natural Law Ethics Approach*. Hampshire: Ashgate.
- Pietrzykowski, T. (2005). *Etyczne problemy prawa*. Katowice: Naukowa Oficyna Wydawnicza.
- Rizzo, M.J., Whitman, D.G. (2003). The Camel’s Nose is in the Tent: Rules, Theories, and Slippery Slopes. *UCLA Law Review*, 51 (539), 539–592.
- Safjan, M. (1998). *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Schaffer, A. (2013). Physician Assisted Suicide: The Great Canadian Euthanasia Debate. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5–6 (36), 522–531.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa: PIW.
- Stelmach, J., Brożek, B., Soniewicka, M., Załuski, W. (2010). *Paradoksy bioetyki prawniczej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Stroobants, P.J. (2014). La Belgique légalise l’euthanasie pour les mineurs. *Le Monde*, 13 lutego.
- Schüklenk, U., van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., Weinstock, D. (2011). End of Life Decisions Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End of Life Decision Making. *Bioethics*, 25, 1–73.
- Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków: Universitas.

- Urofsky, M.I. (2000). *Lethal Judgments. Assisted Suicide & American Law*. Kansas: University Press of Kansas.
- Volokh, E. (2003). The Mechanisms of the Slippery Slope. *Harvard Law Review*, 4 (116), 1028–1143.
- Warnock, M., Macdonald, E. (2008). *Easeful Death. Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press.
- Worthen, L. i in. (2015). Informed Consent: Do We Understand the Risk Associated with Legalizing Physician Assisted Suicide and Euthanasia. *Focus*, 1, 18–23.

Akty prawne

Ustawa belgijska:

The Belgian Act of Euthanasia of May, 28th 2002 (2003). *European Journal of Health Law*, 10, 329–335.

Ustawa holenderska:

Ustawa o kontroli zakończenia życia na żądanie i pomocy w samobójstwie z 2001 r. *W: Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz (2005) (s. 178–188). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Ustawa kanadyjska:

Act to Amend the Criminal Code and to Make Related Amendments to Other Acts (Medical Assistance in Dying) (2016). Pobrano z: http://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF (28.05.2018).

Ustawa luksemburska:

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Pobrano z: <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2009-46-fr-pdf.pdf> (28.07.2018).

Orzecznictwo sądowe

- Carter v. Canada. Supreme Court of Canada, 21.02.2015. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (28.07.2018).
- Glucksberg v. Washington. US Supreme Court, 27.06.1997. Pobrano z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/case.html> (28.07.2018).
- Haas v. Switzerland. European Court of Human Rights, 20.01.2011. Application no. 31322/07. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22:%5B%2231322/07%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D> (28.07.2018).

Pretty v. United Kingdom. European Court of Human Rights, 29.04.2002. Application no. 2346/02. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22dmdocnumber%22:%5B%22698325%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D> (28.07.2018).

Rodriguez v. British Columbia. Supreme Court of Canada, 30.09.1993. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do> (28.07.2018).

Raporty

Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016–2017. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf (28.02.2018).

Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016). Pobrano z: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html> (28.07.2018).

Regional Euthanasia Review Committees. Annual Reports. Pobrano z: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/annual-reports> (28.07.2018).

Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014–2015. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf (28.02.2018).

Inne

Medical Assistance in Dying. Government in Canada. Pobrano z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> (28.07.2018).

State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide. ProCon. Pobrano z: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132> (28.07.2018).

ARGUMENTS IN THE DISPUTE OVER LEGALIZING EUTHANASIA AND PHYSICIAN ASSISTED SUICIDE – PART I

Summary

The aim of this article is to present the arguments used in the debate on the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide.

Opponents of the legalization of the above procedures use the sanctity of life moral argument and the slippery slope non-moral argument.

The assumption of the sanctity of life's argument is the immorality of all forms of killing, the terminal illness and related suffering are not circumstances justifying the interruption [termination] of life. The protection of life is the foundation of the functioning of society.

The slippery slope is based on the following premise: if an exception is made to the principle of the inviolability of life in the form of, for example, euthanasia or physician-assisted suicide for terminally ill persons who are of full age and make a free request based on a pressure-free will, this will lead to the killing of the sick, the old or the handicapped without their consent or even against their will. It concerns the changes in social awareness that can lead to the questioning of the value of human life. It is also possible that abuses that are difficult to control may occur.

Followers of the precipitation of death formulate two moral arguments: the argument of the autonomy of the individual and the argument of the quality of life.

The argument of the autonomy of the individual is presented as an expression of respect for man and the choices he makes. Everyone has the right to decide when his or her own life ceases to be of value to him or her, especially in the case of illness and suffering, and thus to choose the so-called dignified death without suffering or dependence on others. The proponents of this argument state that the principle of autonomy can be just as important or even more important than the sanctity of life principle, and at the same time it is also a response to the medical paternalism. Just this argument has been used in the countries that have legalized the physician-assisted suicide and euthanasia, (Benelux, Canada and in the following states in the USA: Oregon, Washington, Montana, Vermont, California, the District of Columbia and Colorado).

Another argument in favor of the admissibility of euthanasia and physician-assisted suicide is the quality of life moral argument which assumes that in certain circumstances life and its continuation are not good for the person. The quality-of-life argument is based on an assessment of whether life is of value to the patient, or whether it remains only a burden or is limited to biological duration, as in the case of persons in a persistent vegetative state, for example.