

BOGNA WACH*

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

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

Argument z autonomii

Zwolennicy legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa powołują się na argument wolnościowy o charakterze moralnym z autonomii jednostki. Założeniem tego argumentu jest wolność decydowania o własnym życiu. Autonomia jednostki jest ochroną niezależności od przymusu ze strony innych osób oraz umożliwia prowadzenie życia zgodnego z dokonanymi wyborami.

* 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.

Argument ten ma szczególne znaczenie w medycynie. Ochrona autonomii jednostki poprzez wprowadzenie zasady zgody pacjenta na interwencję medyczną stała się podstawowym standardem w prawie krajowym oraz w Konwencji o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z Oviedo, z 4 kwietnia 1997 roku (Europejska Konwencja Bioetyczna). Pacjent znajduje się w szczególnej sytuacji, gdyż choroba czyni go podatnym na zranienia, może on bardzo łatwo ulec depersonalizacji w procesie leczenia, dlatego niezbędna jest ochrona przed paternalizmem medycznym. Zasada poszanowania autonomii stanowi obecnie podstawę w stosunkach pacjenta z lekarzem.

Zgoda pacjenta jest szczególnie ważna w odniesieniu do niektórych kategorii interwencji medycznych, takich jak eksperymenty medyczne, przeszczepy narządów, interwencje związane z końcowym etapem choroby terminalnej czy podtrzymywaniem życia (Safjan, 1998, s. 37). Opiera się ona na koncepcji *informed consent*: pacjent wyraża zgodę na procedurę medyczną po uzyskaniu wyczerpującej i zrozumiałej dla niego informacji i może w każdej chwili przerwać leczenie, nawet gdy jest to dla niego niekorzystne (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 33).

W sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa zasada autonomii przybiera formę prawa do decyzji o przyspieszeniu śmierci w przypadku nieuleczalnej i terminalnej choroby. Pacjent ma więc prawo do eutanazji czy wspomaganego samobójstwa i nie jest to prośba o litość czy miłosierdzie. Jest on bowiem jedyną osobą, która może zdecydować, czy chce umrzeć oraz jaki stan jest dla niego nie do zniesienia (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 34; Malczewski, 2012, s. 142).

Część pacjentów nawet w bardzo ciężkiej i wyniszczającej chorobie zachowuje świadomość i zdolność do podejmowania decyzji, zdając sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia oraz sytuacji, w której się znalazła. Niektóre z tych osób proszą o przerwanie niechcianej terapii lub wprost o przyspieszenie śmierci. Dla zwolenników zalegalizowania eutanazji i wspomaganego samobójstwa najważniejsza jest dobrze przemyślana i dobrowolna decyzja pacjenta, ponieważ największe znaczenie ma w tym wypadku prawo do autonomicznie podjętej decyzji. Poza tym pojawia się pytanie: dlaczego, skoro można przerwać leczenie, nawet w sytuacji, gdy skutkuje to wcześniejszą śmiercią, nie zalegalizować także eutanazji czy wspomaganego samobójstwa?

Medycznie wspomaganie umieranie zarówno w postaci wspomaganego samobójstwa, jak i eutanazji mogłoby być potraktowane jako stosowana z zachowaniem szczególnej ostrożności procedura medyczna. Dobrze przemyślana zgoda pacjenta zdolnego do zrozumienia konsekwencji byłaby kluczem do jej przeprowadzenia oraz zabezpieczeniem przed ewentualnymi nadużyciami (de Haan, 2002, s. 171).

Na poparcie tego argumentu przywołuje się sprawy pacjentów walczących o prawo do śmierci, pokazując paradoks, jakim jest możliwość rezygnacji z terapii, która w wielu przypadkach właściwie nie różni się od eutanazji (Attaran, 2015, s. 2081). Tak wyglądała np. sprawa Kanadyjki Nancy B. z 1992 roku, kobiety całkowicie sparaliżowanej i zależnej od respiratora, która nie chciała dłużej wieść pasywnej egzystencji. Jako osoba w pełni świadoma zażądała odłączenia respiratora, powołując się na prawo do rezygnacji z leczenia. Sąd przychylił się do jej wniosku, podkreślając jednak, że rezygnacja z respiratora oznacza w tym wypadku śmierć z przyczyn naturalnych (co było dość kontrowersyjne, biorąc pod uwagę fakt, że choroba nie była terminalna i pacjentka mogła żyć jeszcze wiele lat). W wyroku podkreślono konflikt dwóch wartości – między poszanowaniem zasady autonomii i prawa do podjęcia decyzji o rezygnacji z leczenia a zasadą ochrony życia, leżącą w interesie państwa (Morgan, Veitch, 2004, s. 115–117, 119–120).

Symbolem „odejścia na własnych prawach” stał się włoski muzyk Fabio Antonioni, występujący pod pseudonimem DJ Fabo. Na skutek wypadku samochodowego został on sparaliżowany oraz stracił wzrok. Antonioni apelował do władz swojego kraju o uchwalenie ustawy legalizującej eutanazję, aby każda osoba mogła wybrać sposób, w jaki umrze. Ostatecznie, korzystając z pomocy wielu osób, dotarł do Szwajcarii, gdzie zmarł 27 lutego 2017 roku w siedzibie stowarzyszenia Dygnitas po zażyciu śmiertelnej dawki barbituranów (pam/hlk, 2017).

Kanadyjski Sąd Najwyższy, we wspomnianej już sprawie Carter v. Canada, w 2015 roku zmienił linię orzeczniczą, uznając ochronę autonomii osób chorych za najważniejszą zasadę. Sprawa ta przyczyniła się do legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa w Kanadzie, a dotyczyła Glorii Taylor, cierpiącej na chorobę LouGeriga (ALS). Chora zdawała sobie sprawę z ponurej perspektywy konieczności popełnienia samobójstwa, gdy jeszcze będzie do niego zdolna, a jedynym wyjściem, by tego uniknąć, byłaby kosztowna podróż do Szwajcarii, na którą nie było ją stać. Kolejnymi

skarżącymi byli Lee Carter i Hollis Johnson, którzy pomogli ciężko chorej Kay Carter (matce Lee Carter) w podróży Szwajcarii, aby tam mogła zakończyć życie, korzystając z usług towarzyszenia Dygnitas. Skarżący podnieśli zarzut o niekonstytucyjności zakazu pomocy w samobójstwie. Według nich każdy powinien móc umrzeć w wybranym przez siebie czasie w otoczeniu rodziny i przyjaciół, nie zaś decydować się na ryzykowną podróż do Szwajcarii (Carter v. Canada, § 17–18). Jednocześnie powołano się na sprzeczność zakazu wspomaganego samobójstwa i eutanazji z dopuszczalnością rezygnacji z terapii. Ryzyko nadużyć w jednym i drugim przypadku jest takie samo (Schaffer, 2013, s. 526).

Gloria Taylor i Lee Carter (w imieniu nieżyjącej matki) podniosły zarzut niekonstytucyjności zakazu pomocy w samobójstwie w kodeksie karnym jako sprzecznym z sekcją 7 Kanadyjskiej Karty Praw i Wolności, która gwarantuje prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osoby.

W lutym 2015 roku Sąd Najwyższy w składzie dziewięciu sędziów orzekł, że zakaz wspomaganego śmierci jest niezgodny z zapisami sekcji 7 Karty. Prawo do życia nie oznacza niekonstytucyjności wspomaganego śmierci. Sąd przyjął założenie, że w prawie do życia zawarta jest ocena jego jakości, prawo do umierania z godnością w wybranym przez siebie czasie, (Carter v. Canada, § 54, 59). Nie można ograniczać dostępu do wspomaganego śmierci dla osób z niską jakością życia, które zachowały zdolność do podejmowania decyzji, w przeciwnym wypadku mogą pojawić się także wątpliwości odnośnie do legalności przerwania lub rezygnacji z terapii (Chan, Somervill, 2011, s. 157–159; Carter v. Canada, § 65). Zakaz eutanazji i wspomaganego samobójstwa jest sprzeczny z prawem decydowania o własnym ciele oraz kształtowania życia w wybrany przez siebie sposób (Chochinov, 2016, s. 253), zatem prawo do życia obejmuje także prawo do śmierci (Carter v. Canada, § 63).

Przyjęto, że w tej sytuacji przeważa interes wolnościowy jednostki nad zasadą ochrony życia. Ingerencja państwa w prawa jednostki powinna być racjonalna, proporcjonalna i uzasadniona (interes społeczny powinien rzeczywiście przeważać nad prawami jednostki i nie może być osiągnięty za pomocą innych środków) (Schaffer 2013, s. 525). Wybór: żyć czy umrzeć zgodnie z własnymi przekonaniem uznano za fundamentalny dla pacjenta (to on decyduje o swojej śmierci, nie lekarz) (Chan, Somerville, 2016, s. 148; Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 34). Poszanowanie dla autonomii jest jedną z podstaw istnienia demokratycznego

społeczeństwa. W sprawie tej wskazano na paradoks w postaci kumulacji cierpienia przy przedłużaniu życia. Jeśli jedyną akceptowalną dla pacjenta możliwością jest medycznie wspomagane przyspieszenie śmierci, należy uznać je za dopuszczalne.

Sąd uznał, że poziom ryzyka ewentualnych błędów i nadużyć jest akceptowalny (mogą one wystąpić także w przypadku rezygnacji czy niepodejmowania leczenia), podkreślił też wagę zaufania do lekarzy, którzy będą wykonywać procedury wspomaganej śmierci oraz konieczność przejrzystości regulacji prawnych, skonstruowanych tak, aby stanowiły zabezpieczenie przed ewentualnymi nadużyciami. Podstawą w przypadku wspomaganej śmierci jest zgoda pacjenta na procedurę. Pacjent musi być kompetentny i dobrze poinformowany, a zgoda musi być dobrowolna (tj. wolna od nacisków i wpływów innych osób). Warunkami kwalifikującymi do procedury są nieuleczalna lub poważna choroba oraz cierpienie nie do zniesienia (Whorton, 2015, s. 18; Carter v. Canada, § 105, 108, 114, 120, 127). Przestrzeganie wymogów procedury i jej monitorowanie powinny stanowić dodatkową ochronę przed nadużyciami (Schaffer, 2013, s. 530). Na skutek decyzji sądu 17 czerwca 2016 roku parlament kanadyjski przyjął ustawę legalizującą eutanazję i wspomagane samobójstwo (ustawa kanadyjska, tzw. Bill C-14).

W preambule ustawy podkreślono autonomię poważnie i nieuleczalnie chorych osób, które odczuwają cierpienie nie do zniesienia związane z chorobą i chcą zakończyć swoje życie. Pomoc w umieraniu jest odpowiedzią na szczególną sytuację ciężko chorych osób. Ustawodawca podkreślił jednocześnie jednakową wartość każdego człowieka, której nie można różnicować na podstawie negatywnego postrzegania jakości życia osób, które są stare, chore czy niepełnosprawne. Bardzo ważna jest ochrona osób, które są szczególnie wrażliwe i mogą ulec namowiem do samobójstwa w chwili słabości. Dlatego o procedurę medycznie wspomaganej śmierci mogą ubiegać się tylko osoby dorosłe i kompetentne, których śmierć na skutek choroby jest racjonalnie przewidywana. Pacjent może w każdej chwili cofnąć podjętą przez siebie decyzję. Nie ma też możliwości wyrażania zgody przez chorego w formie złożonego wcześniej oświadczenia woli. Jest to podstawowy mechanizm ochrony przed nadużyciami, który stanowi wyważenie między autonomią pacjenta, który chce skorzystać z procedury medycznie wspomaganej śmierci, a prawami osób, które z racji swojej sytuacji zdrowotnej

są bezbronni i mogą być narażone na nadużycia (ustawa kanadyjska, sekcje 241.1–241.2; Landry, Foreman, Kekewich, 2015, s. 193).

Zasada autonomii postrzegana jest przez jej zwolenników jako wyraz szacunku dla pacjenta i jego wyborów oraz chroni przed paternalizmem i technicyzacją medycyny. Zadaniem lekarza jest nie tylko ratowanie życia, ale także ochrona pacjenta przed cierpieniem, szczególnie wtedy, gdy medycyna jest bezradna. Przedłużanie życia nie musi być paradygmatem, może bowiem przyczyniać się do potęgowania cierpienia, zwłaszcza gdy nie pozostawia się ciężko chorym osobom wyboru między kontynuacją życia w cierpieniu a wcześniejszą śmiercią (Shaffer, 2013, s. 527, 529; Karsho, Fisman, Wright, Macdonald, 2016, s. 192). W zgodzie z tą zasadą pacjent ma możliwość wyboru między opieką paliatywną a eutanazją i wspomaganym samobójstwem (Attaran 2015, s. 2081), a lekarz nie narusza interesu publicznego, pomagając w umieraniu, gdyż zgoda pacjenta chroni go przed oskarżeniem (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock 2011, s. 52).

Przeciwnicy tego argumentu przywołują stwierdzenie, że zgoda pacjenta nie zawsze musi być racjonalna, a do żądań pacjentów proszących o śmierć należy podchodzić bardzo ostrożnie. Częstym stanem towarzyszącym długotrwałej i nieuleczalnej bądź terminalnej chorobie jest depresja. Pacjent może wówczas ulec naciskom i manipulacji i nie ma gwarancji, że dobrze skonstruowane ograniczenia przewidziane przez prawo będą respektowane. Rodzina na przykład może dojść do wniosku, że łatwiej będzie zastosować procedurę wspomaganą śmierci niż długotrwanie opiekować się chorym i namówić go do tego. Zatem kluczowe zagadnienie w legalizacji medycznie wspomaganą śmierci w postaci świadomej zgody pacjenta jest problematyczne.

Innym kontrargumentem jest udział w procedurze osób trzecich, takich jak wykonujący ją lekarz i pielęgniarka, dostarczający leki farmaceuta czy rodzina chorego. Ponieważ mówimy o wyjątku od zasady zabijania, pewna grupa osób otrzymuje ochronę i nie podlega odpowiedzialności karnej. Nikt nie może dać gwarancji, że nie będą zdarzały się przypadki pozbawienia życia pod przykrywką eutanazji i wspomaganego samobójstwa, będące w istocie zabójstwami. W tych stanach USA, które zdecydowały się na legalizację wspomaganego samobójstwa (pacjent, kierując się wskazówkami lekarza, sam zażywa leki, w rzeczywisty sposób kontrolując czas i sposób swojej śmierci) podkreśla się różnicę między takim sposobem zakończenia życia

a czynnym uczestnictwem osób trzech w umieraniu. Dlatego wspomagane samobójstwo jest dopuszczalne, natomiast eutanazja zakazana. Powstaje także pytanie, jakie są aktualnie powinności medycyny, gdyż nie można jednocześnie ratować życia i go odbierać. Tradycyjną rolą lekarza było i powinno być ratowanie życia i ochrona pacjentów (Worthen, 2015, s. 23).

Kolejnym zarzutem jest wątpliwość, dlaczego to właśnie zasada autonomii miałyby w sporze o legalizację medycznie wspomaganą śmierć ograniczyć lub zastąpić zasadę ochrony życia. Czy autonomia w postaci prawa wyboru czasu i sposobu własnej śmierci jest zatem absolutna, czy też w pewnych sytuacjach powinna podlegać ograniczeniom? Przeciwnicy legalizacji wspomaganą medycznie śmierć argumentują, że mamy do czynienia z niebezpiecznym precedensem. Eutanazja i wspomagane samobójstwo po ich legalizacji przestaną być postrzegane jako zabójstwo, a staną się częścią opieki paliatywnej. Będzie to zatem zmiana paradygmatu (Worthen, 2015, s. 21). Nie ma powodu, aby dopuszczać wyjątki od zasady ochrony życia na rzecz autonomii. W interesie państwa i społeczeństwa leży ochrona życia szczególnie wrażliwych grup osób. Należy chronić członków społeczeństwa przed destrukcją. Prawo do życia jest kluczowe, bez niego realizacja innych praw, w tym także prawa do samostanowienia, jakim jest autonomia, traci na znaczeniu (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 413, 418).

W rzeczywistości trudno jest rozstrzygnąć konflikt dwóch konkurujących ze sobą wartości nienaruszalności życia i autonomii jako prawa do kształtowania swojego życia, także przez wybór jego zakończenia w wybranym czasie. Każda próba kompromisu kończy się niepowodzeniem.

Argument z jakości życia

Argument z jakości życia jest argumentem o charakterze moralnym i próbą znalezienia innego punktu odniesienia niż tradycyjny argument z nienaruszalności życia. Zakłada on, że w pewnych warunkach życie z powodu jego niskiej jakości nie jest warte kontynuacji. W przypadku nieuleczalnej choroby, kalectwa, upośledzenia umysłowego czy stanów trwale wegetatywnych życie przestaje być postrzegane jako dobro. Faktyczny stan egzystencji, który charakteryzuje się niską jakością, staje się podstawą do zakwestionowania bezwarunkowej ochrony życia (Paterson, 2008, s. 20).

Szacowanie jakości życia pacjenta nabrało znaczenia wraz z rozwojem nowoczesnych technologii medycznych, które służą podtrzymywaniu życia. Dzięki tym technologiom wielu pacjentów przeżywa, ale nie funkcjonuje samodzielnie, pozostając w zależności od aparatury medycznej oraz opieki innych osób. Paradoksalnie uratowanie i podtrzymywanie życia może przyczynić się do intensyfikacji cierpień wielu pacjentów.

Ze względu na przyjęcie wąskiej definicji eutanazji, w niniejszym artykule uwzględniono ten argument tylko w stosunku do osób kompetentnych, tj. mogących decydować o sobie, i cierpiących na terminalną lub nieuleczalną chorobę. Takich, które mogłyby zostać poddane procedurze eutanazji lub wspomaganego samobójstwa w państwach, w których jest to dozwolone.

Argument z jakości życia polega na dokonaniu szacunku, czy dalsza egzystencja jest korzystna dla chorego (Singer, 1997, s. 78). Gdy dalsze życie dla danego chorego zostaje uznane za pozbawione wartości, skrócenie życia w formie eutanazji lub wspomaganego samobójstwa może być formą wyzwolenia od cierpień spowodowanych chorobą. Paradoksalnie śmierć może okazać się bardziej humanitarna niż przedłużanie uciążliwej i pozbawionej sensu egzystencji wbrew woli chorego w myśl realizacji zasady nienaruszalności życia (Finnis 2009, s. 184).

Ocena jakości życia powinna należeć do osoby chorej. Jeśli pacjent ma zachowaną zdolność do podejmowania decyzji, może ocenić swoje życie jako pozbawione wartości, a w konsekwencji prosić o eutanazję czy pomoc w samobójstwie, czyli mieć prawo do przerwania egzystencji, którą postrzega jako wegetację. Taki właśnie argument podnoszą osoby ubiegające się o prawo do śmierci. Przykładem jest przypadek cierpiącego na dystrofię mięśni obywatela Włoch, Piergiorgio Welbego. Był on sparaliżowany, a od 1997 roku zależny od respiratora oraz sztucznego nawadniania i odżywiania. Mając świadomość postępującej nieuleczalnej i prowadzącej do śmierci choroby, napisał w dzienniku: „Kilka lat temu pacjenci cierpiący na dystrofię mięśni umierali z powodu poważnej niewydolności oddechowej, dziś dzięki przenośnym respiratorom, tracheotomii, odżywianiu przez nos oraz ostatniej generacji antybiotyków umierają z powodu odleżyn. Czy to jest postęp naukowy?” (Moratti, 2008, s. 401).

Welby poprosił o zakończenie leczenia poprzez odłączenie respiratora i zastosowanie sedacji. Sąd w Rzymie, do którego się zwrócił, uznał pozew za niedopuszczalny z powodu braku przepisów ustawowych regulujących rezygnację z terapii. W dniu 20 grudnia 2006 roku prośbę pacjenta spełnił

dr Ricci. Lekarz został oskarżony o dokonanie eutanazji, która we Włoszech jest przestępstwem. Ostatecznie sąd rozpatrujący sprawę, odmiennie od sądu do, którego zwrócił się Piergiorgio Welby, uznał działanie lekarza za umożliwienie pacjentowi rezygnacji z niechcianego leczenia, do czego pacjent ma prawo, nawet jeśli terapia ratuje mu życie (Moratti, 2008, s. 396–398, 401).

Podobnie swoją prośbę o skrócenie życia uzasadniały Sue Rodriguez oraz Gloria Taylor i Lee Carter w imieniu matki, argumentując, że ich życie przynosi więcej cierpienia niż pożytku, a zatem posłużyły się oceną jakości życia (Schaffer, 2013, s. 528).

Sądy coraz częściej biorą pod uwagę argument jakości życia osób ubiegających się o przyspieszenie śmierci, jak stało się to w przypadku wspomnianej sprawy Diane Pretty, w której sąd stwierdził, że w erze postępu medycznego coraz większego znaczenia nabiera jakość życia pacjenta, nie uznał jednak tego argumentu za wystarczający, aby skarżąca uniknęła pełnego cierpienia końca życia (Pretty v. United Kingdom, § 65, 67). Dla wielu osób staje się ważne, aby nie zmuszano ich do dożywania podeszłego wieku lub życia w zaawansowanych stanach chorobowych wbrew ich woli.

Podstawowym zarzutem do argumentu z jakości życia jest brak określenia, czym jest jakość życia. Mierniki, które opracowano, by ją określić, miały służyć poprawie egzystencji pacjenta, nie zaś temu, by usprawiedliwić przyspieszenie śmierci.

Z kolei ocena jakości życia, której dokonuje sam pacjent, może być subiektywna. Wielu chorych cierpi na depresję. Przeciwnicy legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa twierdzą, że należy położyć nacisk na kompleksową opiekę, terapię przeciwbólową oraz towarzyszenie w umieraniu.

Posługiwanie się oceną jakości życia przez pacjentów oraz lekarzy zawsze obarczone będzie dozą subiektywizmu. Do tej pory nie opracowano zadowalających kryteriów, które mogłyby usprawiedliwiać decyzję o przyspieszeniu śmierci. Wydaje się zatem, że sama ocena jakości życia nie może stanowić podstawy do legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa, tym bardziej że łatwo można zastosować podobne kryteria do osób, które nie mogą same decydować o sobie, np. pacjenci w stanie wegetatywnym, osoby upośledzone umysłowo czy ciężko chore noworodki i niemowlęta. Łatwo będzie oceniać takie osoby jako ciężar dla społeczeństwa.

Problem cierpienia jest jedną z najważniejszych racji podnoszonych przy legalizacji medycznie wspomaganego śmierci. W przytoczonych

sprawach sądowych wszystkie osoby mówiły o wieloletnich cierpieniach zarówno fizycznych, jak i psychicznych, spowodowanych chorobą. Nie może to być jednak jedyna przesłanka do przeprowadzenia eutanazji czy wspomaganego samobójstwa. W państwach, w których pomoc w umieraniu stała się dozwolona, kluczowa pozostaje zgoda pacjenta. Należy jednak zaznaczyć, że w Holandii prosić o eutanazję mogą już osoby w wieku lat 12, natomiast w Belgii nie ma dolnej granicy wieku przeprowadzania takiej procedury (najmłodsza osoba poddana eutanazji miała 9 lat) (*Huitième rapport...*, s. 13–14), ale nawet w przypadku tych bardzo liberalnych rozwiązań prawnych niezbędna do przeprowadzenia procedury jest prośba osoby małoletniej oraz zgoda jej rodziców.

Argument z jakości życia służy w istocie wzmocnieniu argumentu z autonomii. Połączenie tych dwóch argumentów może z kolei służyć uzasadnieniu decyzji pacjentów nieuleczalnie lub terminalnie chorych, którzy mogą decydować o sobie i nie chcą przedłużać niechcianej egzystencji.

Podsumowanie

Spór o legalizację medycznie wspomaganą śmierć skupia się wokół dwóch argumentów o charakterze moralnym świętości życia, które powinno podlegać ochronie jako wartość podstawowa, oraz autonomii pacjenta, który powinien mieć wolność wyboru czasu i sposobu swojej śmierci.

W państwach, które zdecydowały się na legalizację eutanazji lub wspomaganego samobójstwa przeważał argument z autonomii pacjenta, wzmocniony przez jednoczesne zastosowanie szacowania jakości życia. Sam argument z jakości życia jest zbyt słaby, aby mógł być stosowany jako jedyne uzasadnienie dla dokonania eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Z kolei w krajach, w których medycznie wspomaganą śmierć jest zakazana jako przestępstwo, przewagę uzyskiwała zasada nienaruszalności życia, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony życia osób najsłabszych, tj. chorych i niepełnosprawnych. Dla wzmocnienia tego stanowiska przywoływany jest pozamoralny argument równi pochyłej, który pokazuje brak efektywności zabezpieczeń przed nadużyciami w przypadku dopuszczenia eutanazji i wspomaganego samobójstwa w ściśle określonych warunkach.

W prowadzeniu sporu bardzo ważne jest uwzględnienie złożoności argumentów. Sam spór o dopuszczalność eutanazji oraz wspomaganego

samobójstwa wydaje się nierozstrzygnięty, niemniej to, jaka argumentacja zostanie użyta i które argumenty zostaną uznane za dominujące, będzie wpływało na zmiany legislacyjne.

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, s. 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%2C%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%222698325%22%5D%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 II

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 favour 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.