

MARIAN MACHINEK MSF

## PRAWO ŚMIERCI

### Holenderska ustawa eutanatyczna i jej konsekwencje

1. Treść ustawy – 2. Konsekwencje ustawodawstwa holenderskiego – 3. Czy istnieje alternatywa?

Tytuł niniejszego artykułu można różnie rozumieć. Z jednej strony może on być potraktowany jako wyrażenie opisujące (a nie wartościujące) pewną rzeczywistość, mianowicie fakt wprowadzenia w Holandii ustawodawstwa dotyczącego śmierci. Można go też interpretować jako określenie logiki, jaką kierują się zwolennicy eutanazji, propagując „prawo do własnej śmierci”, rozumiane jako wyraz skrajnej autonomii. Jednak w tytule tym chodzi jeszcze o coś więcej, mianowicie o pewną paralelę do używanego często przez Ojca Świętego wyrażenia „cywilizacja śmierci” lub też „kultura śmierci”. Zespół zjawisk, opisany w tych wyrażeniach, dotyczył do tej pory dziedziny zachowań społecznych, propagandy medialnej i kultury masowej. Obecnie „kultura śmierci” wkracza coraz bardziej również w dziedzinę kodyfikacji prawnych. Przestaje ona być jedynie rodzajem wyznawanych poglądów, a staje się normą postępowania, ubraną w zasady prawa i korzystającą z jego autorytetu. W ten sposób holenderska ustawa eutanatyczna nie jest jedynie „prawem dotyczącym śmierci”, ale niejako „prawem śmiercionośnym”, które zachowaniom uderzającym w godność człowieka nadaje pozór legalności, a jednocześnie pozwala im zaistnieć w świadomości społecznej jako „normalne” i dozwolone. Artykuł niniejszy analizuje obowiązującą w Holandii ustawę dotyczącą legalizacji eutanazji oraz rozważa jej konsekwencje.

#### 1. Treść ustawy

Prawo holenderskie toleruje eutanazję już od 1993 r., gdy wprowadzono ustawowy obowiązek zgłaszania przypadków wykonanej eutanazji. Nowa ustawa, zaakceptowana w listopadzie 2000 r. przez Izbę Niższą i w kwietniu 2001 r. przez Izbę Wyższą holenderskiego parlamentu, nie wnosi zatem radykalnej jakościowej zmiany. Warto jednak przyjrzeć się jej z bliska, gdyż zawiera kilka istotnych nowych akcentów.

Analizując tekst tej ustawy można by dojść do paradoksalnego stwierdzenia, iż w Holandii nie istnieje zjawisko eutanazji. Ani bowiem w tytule ustawy, ani w całej jej treści nie pojawia się słowo „eutanzja”. Ustawa dotyczy „kontroli zakończenia życia na życzenie oraz pomocy w samobójstwie, jak też zmian kodeksu karnego oraz ustawy o zwłokach i pochówku”. Już we wstępie został jasno sformułowany cel ustawy. Jest nim mianowicie zapewnienie bezpieczeństwa prawnego lekarzowi, który, zachowując przewidziane ustawą normy postępowania, uśmierca pacjenta. Lekarz więc, a nie pacjent, jest kluczową osobą w tekście ustawy. Zasadniczą podstawą tej ustawy są zmiany dokonane w artykułach 293 i 294 holenderskiego kodeksu karnego, które omawiany tekst przytacza w rozdziale IV. Paragraf 1 art. 293 kodeksu karnego, który przewiduje karę do dwunastu lat pozbawienia wolności bądź też karę pieniężną piątej kategorii dla każdego, kto umyślnie uśmierca drugiego człowieka na jego wyraźną i przemyślaną prośbę, zostaje utrzymany w mocy. Jednak już w drugim paragrafie tego artykułu czytamy, iż czyn wymieniony w § 1 jest niekaralny, jeżeli dokonuje go lekarz, zachowuje tzw. „kryteria staranności” oraz zgłasza ten fakt wyznaczonemu do oględzin zwłok urzędnikowi gminy. Analogiczne ustalenia zawiera art. 294 § 2 kodeksu karnego, dotyczący współudziału w samobójstwie, czyli pomocy udzielanej komuś przy zakończeniu życia.

Wspomniane „kryteria staranności”, które gwarantują niekaralność eutanazji, zawiera rozdział II omawianej ustawy. Dotyczą one obowiązków lekarza. Ustawa formułuje sześć takich kryteriów: (1) lekarz musi dojść do przekonania, że pacjent, prosząc o skrócenie życia, działa bez żadnego przymusu oraz po głębokim namyśle; (2) lekarz musi dojść do przekonania, iż stan pacjenta jest beznadziejny, a jego cierpienie nie do zniesienia; (3) lekarz musi poinformować pacjenta o jego sytuacji oraz o wynikającej stąd prognozie; (4) wspólnie z pacjentem lekarz musi dojść do przekonania, iż w tej sytuacji nie istnieją żadne inne możliwe do zaakceptowania rozwiązania; (5) lekarz musi zasięgnąć rady co najmniej jednego niezależnego lekarza, który dokona oględzin pacjenta i sporządzi pisemnie swoją ocenę według punktów (1)–(3); (6) postępowanie związane z zakończeniem życia czy też z pomocą w samobójstwie musi być staranne z medycznego punktu widzenia.

Kolejne paragrafy tego rozdziału stanowią o postępowaniu wobec nieprzytomnych i małoletnich. I tak, jeżeli pacjent, który ukończył szesnasty rok życia, nie jest zdolny wyrazić swojej woli, jednak przed zaistnieniem tego stanu, kiedy mógł być uważany za zdolnego do rozsądnej oceny swojej sytuacji, złożył pisemne oświadczenie z prośbą o skrócenie życia, lekarz może tę prośbę spełnić (rozd. II, art. 2 § 2). Tak samo może postąpić lekarz w przypadku pacjenta małoletniego w wieku od szesnastu do osiemnastu lat, który może być uznany za zdolnego do rozumnej oceny swojej sytuacji i który wyraził prośbę o skrócenie życia lub o pomoc w samobójstwie. Rodzice lub prawni opiekunowie muszą być zaangażowani w proces podejmowania decyzji (rozd. II, art. 2 § 3). Podobne ustalenia obowiązują w przypadku prośby o śmierć pacjentów w wieku między dwunastym a szesnastym rokiem życia.

Rodzice lub prawni opiekunowie takiego małoletniego pacjenta muszą wyrazić zgodę na zakończenie jego życia lub pomoc w jego samobójstwie.

Rozdział III omawianej ustawy dotyczy sposobu działania regionalnych komisji kontrolnych, składających się co najmniej z jednego prawnika, jednego lekarza i „eksperta z dziedziny etyki i problemów sensu życia” (art. 3–19). Zadaniem tych komisji jest czuwanie nad zachowaniem wyżej omówionych kryteriów oraz rejestracja wszystkich przypadków zakończenia życia na życzenie. Podstawą pracy komisji jest raport, złożony przez lekarza, który musi być sporządzony w każdym przypadku dokonania eutanazji. Komisja ma obowiązek złożyć doniesienie do prokuratora w przypadku wykrycia jakichś nieprawidłowości w dokonywaniu uśmiercania na życzenie. Tyle skrótowe przedstawienie treści ustawy.

Pierwszym spostrzeżeniem, jakie się tutaj nasuwa, jest fakt, iż wymienione kryteria zapewniają szeroką dowolność postępowania. Kluczowym pojęciem jest tu „przekonanie lekarza”, które zależy od jego światopoglądu, doświadczenia i wielu innych bardzo subiektywnych czynników. Kryteria te nie precyzują, ile razy pacjent ma prosić o śmierć, ani jaki charakter ma mieć jego deklaracja. To, jak „przekonująca” jest prośba pacjenta o śmierć, będzie zależało od jej interpretacji przez lekarza. Teoretycznie wystarczyłaby jednorazowa prośba, o ile lekarz doszedłby do przekonania, iż jest ona poważna i przemyślana. Pojęcia takie, jak „beznadziejny stan”, „cierpienie nie do wytrzymania”, „brak innego, możliwego do zaakceptowania wyjścia” wymykają się całkowicie obiektywnej ocenie i są zależne zarówno od osobistej tolerancji pacjenta na ból i jego umiejętności nadania mu sensu, jak i od nastawienia lekarza do cierpienia i umierania. Lekarz, który uważa uśmiercenie pacjenta za niezgodne z lekarskim etosem, czyli za „wyjście nie do zaakceptowania”, nigdy nie dojdzie do przekonania, iż powinien spełnić prośbę pacjenta o śmierć.

W porównaniu z dotychczas obowiązującym ustawodawstwem holenderskim ustawa ta zawiera jeszcze jedną istotną zmianę. Podczas gdy na mocy ustawy z 1993 r. każdy przypadek śmierci na życzenie musiał być zgłoszony prokuratorowi, to obecnie raport o tym fakcie trafia do regionalnej komisji, a prokurator informowany jest jedynie wtedy, gdy komisja ta stwierdzi jakieś nieprawidłowości czy nadużycia. W ten sposób państwo ostatecznie wycofuje się z całej procedury, nadając jej rangę prywatnej sprawy, dokonującej się w ramach pewnego „stosunku usługowego” między lekarzem a pacjentem. Przez to odnosi się wrażenie, iż eutanazja zupełnie nie dotyczy i nie narusza jednego z podstawowych obowiązków państwa, jakim jest ochrona życia wszystkich obywateli.

## **2. Konsekwencje ustawodawstwa holenderskiego**

Gdy ktoś próbuje zwrócić uwagę na konsekwencje legalizacji eutanazji, musi się liczyć z zarzutem, iż uprawia nieuzasadnione czarnowidztwo, gdyż nie sposób określić rzeczywistych skutków regulacji prawnych przed ich faktycznym wystąpieniem,

a rzeczywistość może być zupełnie różna od prognoz. Zwolennicy tej ustawy wskazują również na to, iż dotyczy ona w jej obecnym kształcie zaledwie niewielkiego procentu wszystkich zgonów i dlatego ma znaczenie marginalne. Czy można zgodzić się z takim bagatelizowaniem znaczenia holenderskiej ustawy eutanatycznej? Trzeba przyjrzeć się jej wewnętrznej logice oraz założeniom, na których się opiera.

## 2.1. Ideologia „jakości życia”

W demokratycznych społeczeństwach podstawą uporządkowanego współżycia obywateli było dotychczas respektowanie godności każdego człowieka. Wartość ta wyznaczała jednocześnie granice działania politycznego, aby żadna istota ludzka nie padła ofiarą zmieniających się parlamentarnych większości<sup>1</sup>. Głębokie przekonanie o „świętości” i nienaruszalności życia każdego niewinnego człowieka wcale nie musiało opierać się *explicite* na światopoglądzie religijnym. Stanowiło ono pewien aksjomat również tam, gdzie państwo deklarowało się jako laickie. Oczywiście, można zadać uzasadnione pytanie, czy da się bez odniesienia do Boga i do transcendentnego wymiaru życia ludzkiego ostatecznie uzasadnić jego nienaruszalną godność. Jednak na takim właśnie założeniu zdają się opierać wszelkie dotychczas ogłoszone kodeksy praw człowieka.

Legalizacja eutanazji zakłada jednak zupełnie inną logikę, mianowicie logikę „jakości życia”. Jakość ta wiąże się z pewnym stopniem komfortu cielesnego, a przede wszystkim psychicznego, tzn. z zadawalającą kondycją fizyczną, ze zdrowiem, z brakiem bólu, ze sprawnością psychiczną, z możliwością autonomicznego kierowania własnym życiem. Każde zachwianie tego „standardu” życia wpływa ujemnie na jego jakość. Jakość ta może zostać tak dalece zredukowana, iż, posługując się językiem matematycznym, może osiągnąć nie tylko wartość zerową, ale nawet ujemną<sup>2</sup>. Ideologia „jakości” życia nie widzi w tej sytuacji racji za przedłużaniem takiego bezsensownego stanu i formułuje w różnym stopniu prawo do zakończenia życia, lub nawet, jak twierdzą jej skrajni przedstawiciele, obowiązek skrócenia takiego życia. Gdy życie ludzkie postrzegane jest jedynie pod kątem tak rozumianej „jakości”, nie ma w nim wówczas miejsca na cierpienie. Zostaje ono pozbawione jakiegokolwiek sensu i musi być traktowane jako absolutne zło. Tam, gdzie walka z nim zdana jest na porażkę, pozostaje jedynie wyeliminowanie go wraz z cierpiącym.

---

<sup>1</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Sterbehilfe und Menschenwürde. Begleitung zu einem „eigenen Tod”*, Regensburg 1991, s. 7.

<sup>2</sup> Ideologia „jakości życia” znalazła podatny grunt w kręgu myśli niemieckiej związanej z nazizmem. Takie dzieła, jak *Das Recht auf den eigenen Tod* A. Josta (1895 r.) czy też *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (1920 r.) w powiązaniu z ideologią czystości rasy nie pozostały bez wpływu na skonkretyzowanie działań eutanatycznych w rozporządzeniu A. Hitlera z 1 września 1939 r. W wyniku tego rozporządzenia w czasie trwania II wojny światowej w Niemczech straciło życie niemal 100 000 ludzi w wielkiej części upośledzonych i psychicznie chorych; por. U. BENZEMHÖFER, *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, München 1999, s. 84–85.

Chociaż, oczywiście, pojęcie jakości życia ma swój sens, również w kontekście umierania, jednak staje się ono nie do przyjęcia, gdy oznacza, iż wartość życia zależy od spełnienia pewnych zewnętrznych warunków. Jednym ze sztandarowych argumentów zwolenników eutanazji jest pragnienie zaoszczędzenia nadludzkich cierpień. Poczucie sensu lub bezsensu życia i cierpienia jest jednak czymś bardzo subiektywnym i stąd niemierzalnym. Dlatego też prawna kodyfikacja warunków, których spełnienie mogłoby upoważniać do określenia życia jako „pozbawionego jakości”, bezwartościowego i niegodnego kontynuowania, jest mało możliwa lub też będzie narażona na niebezpieczeństwo dowolnej interpretacji.

## 2.2. Niebezpieczeństwo rozszerzenia zakresu eutanazji

Nie można również zgodzić się z opinią twierdzącą, iż holenderska ustawa eutanatyczna dotyczy właściwie jedynie niewielkiej grupy pacjentów, a sama eutanazja pozostanie marginesowym fenomenem. Abstrahując od faktu, czy liczba ok. 4000 pacjentów uśmiercanych rocznie w Holandii w wyniku eutanazji<sup>3</sup> oznacza rzeczywiście jedynie „marginalny fenomen”, nie wolno nie doceniać negatywnej dynamiki, jaką posiada wyżej przedstawiona logika, na której ustawa ta się opiera. Jeżeli bowiem raz przyjmie się założenie, iż może istnieć życie bezwartościowe, niegodne kontynuowania, to jest rzeczą niemożliwą skuteczne ograniczenie do minimum zakresu jej obowiązywania. Na razie eutanazja jest możliwa jedynie na wyraźne życzenie pacjenta. Jeżeli jednak wolno legalnie uśmiercić pacjenta, który się tego domaga, to na jakiej podstawie należałoby odmówić skrócenia cierpień komuś, kto znajduje się w podobnie złym stanie zdrowia, ale z powodu utraty przytomności lub choroby psychicznej nie jest w stanie wyrazić własnej woli? Pozostając w kręgu logiki „jakości” życia, nie dokonanie eutanazji w takiej sytuacji graniczyłoby z okrucieństwem, gdyż oznaczałoby skazanie kogoś na dalsze cierpienie tylko dlatego, iż w porę nie zdołał poprosić o śmierć, lub też dlatego, że nigdy nie był w stanie takiej prośby sformułować.

Ponieważ, jak już wyżej zaznaczono, takie pojęcia, jak „jakość życia”, czy „nieznośne cierpienie”, są bardzo subiektywne, nie sposób znaleźć też wiarygodnego uzasadnienia dla odmowy raz zalegalizowanej eutanazji pacjentom, którzy są wprawdzie organicznie zdrowi, ale z powodu depresji lub innych czynników utracili sens życia i proszą o śmierć<sup>4</sup>. Dla wielu z nich życie utraciło na zawsze swoją dotychczasową „jakość”, a cierpienie stało się nie do wytrzymania. Praktyka sądów holenderskich jest dowodem na to, iż takie prognozy nie są wcale czarnowidztwem, ale stanowią realistyczną ocenę skutków legalizacji eutanazji. Istnieje cały szereg przykładów skrajnie liberalnego traktowania przeprowadzonej eutanazji na osobach

<sup>3</sup> Por. KNA: *Aktueller Dienst Ausland* z 29 listopada 2000 r.

<sup>4</sup> Zob. H.B. WUERMELING, *Wobec nowych wyzwania eutanazji*, ComP 1 (1997), s. 82.

organicznie zdrowych, proszących o śmierć ze względu na problemy psychiczne. Szeroko dyskutowanym przypadkiem było dokonane w 1986 r. przez lekarza uśmiercenie 86-letniego byłego polityka Edwarda BRONGERSMA, którego prośba o śmierć spowodowana była utratą sensu życia i przekonaniem o bezsensie dalszej egzystencji, mimo organicznego zdrowia. Lekarz, który dokonał eutanazji, został uniewinniony. W tym kierunku zdają się iść również wypowiedzi holenderskich polityków, którzy opowiadają się za eutanazją w przypadku np. postępującej choroby Alzheimera. Lęk pacjentów przed utratą samodzielności i postępującym rozpadem osobowości byłby traktowany jako „nieznośne psychiczne cierpienie”<sup>5</sup>

### 2.3. Zmiana koncepcji etosu lekarskiego

Etos medycyny opierał się do tej pory na niepisanym, ale niepodważalnym stosunku zaufania między pacjentem a lekarzem. Przed udaniem się do lekarza lub poddaniem się operacji pacjent zasięgał informacji co najwyżej odnośnie kwalifikacji zawodowych lekarza, ale mógł bazować na przekonaniu, że lekarz jest po to, aby leczyć i że jego jedynym zadaniem jest troska o zdrowie i życie pacjenta. Przypadki nadużycia tego zaufania, wyrażające się w spowodowaniu przez lekarza uszczerbku na zdrowiu lub też nieumyślnym spowodowaniu śmierci pacjenta, były piętnowane przez opinię publiczną i ścigane przez prawo. Praca lekarza opierała się zatem na jasno sformułowanym etosie zawodowym, którego dwoma wzajemnie dopełniającymi się zasadami były maksymy: *In dubio pro vita* („W razie wątpliwości na korzyść życia”) oraz: *Salus aegroti suprema lex* („Dobro pacjenta najwyższym prawem”). Do tej pory lekarz był postrzegany jako ktoś więcej, niż tylko specjalista w swojej dziedzinie. Był on kimś, komu nie tylko zależy na odpowiedniej jakości własnej pracy, ale który dzieli z pacjentem troskę o jego dobro i życie, jako ktoś, kto ma żywotny interes w odzyskaniu przez pacjenta zdrowia i ochronie jego życia.

Legalizacja eutanazji oznacza rezygnację z tak rozumianego etosu lekarskiego. Pierwsza z wymienionych wyżej zasad przestaje istnieć, druga natomiast zmienia swoją postać i brzmi teraz: *Non salus aegroti, sed voluntas aegroti suprema lex* („Nie dobro pacjenta, lecz wola pacjenta najwyższym prawem”). Lekarz przestaje być kimś dbającym wraz z pacjentem o jego zdrowie i życie, a staje się czymś w rodzaju instytucji usługowej, która, zależnie od życzenia pacjenta, albo go leczy, albo uśmierca. Czy jednak lekarza można traktować jedynie jako instytucję świadczącą usługi? Co w sytuacji, gdy pacjent będzie się domagał bezsensownych „usług”, które z medycznego punktu widzenia nie mają żadnego uzasadnienia (np. amputacji zdrowej części ciała)? Czy rzeczywiście jedynym wymaganym lekarzowi ma stać się to, aby zarówno w przypadku leczenia, jak i uśmiercania postępował „starannie”? Czytając omówione wyżej „kryteria staranności” można by się pokusić o cyniczną

<sup>5</sup> Por. G. STOCKINGER, *Letzte Hilfe*, „Der Spiegel” z 4 grudnia 2000 r., s. 249.

uwagę. Otóż sprawiają one wrażenie, jakby ustawodawca chciał powiedzieć: Jeżeli już decydujemy się na uśmiercanie ludzi, to róbmy to przynajmniej elegancko. Doświadczenia holenderskie ostatnich lat pokazały, iż w niektórych przypadkach eutanazji organizmy pacjentów wykazywały tak wielką wolę życia, iż proces uśmiercania trwał wiele godzin i nie miał nic wspólnego z deklarowaną „łagodną śmiercią”. Jak wykazuje dotychczasowa praktyka, długość zabiegu eutanazji może w zależności od organicznego stanu pacjenta trwać od dwudziestu minut do kilku godzin<sup>6</sup>.

Ustawa eutanatyczna oznacza zwiększenie nacisku na służbę zdrowia. Lekarz, który niejednokrotnie wielkim nakładem sił i środków ratuje życie ludzkie, zostaje zmuszony do swoistej zmiany kierunku działania: jego „sukcesem zawodowym” nie jest już zdrowy i żyjący pacjent, ale może nim być również perfekcyjne i „łagodne” uśmiercenie chorego. Zależnie od potrzeb lekarz może stać się albo „sługą zdrowia”, albo też „aniołem śmierci”<sup>7</sup>

Znakiem głębokiego kryzysu zaufania do personelu medycznego w Holandii jest działająca od 1993 r. inicjatywa, związana z tzw. *CredoCard*. Jest to mała plastikowa ulotka w formie karty kredytowej, która zawiera informację, iż jej posiadacz jest katolikiem, w razie niebezpieczeństwa śmierci prosi o kapłana i nigdy nie zgodzi się na aktywną eutanazję. Obawa przed eutanazją sprawia, iż są przypadki odmowy przez starsze osoby pójścia do szpitala lub poddania się narkozie<sup>8</sup>.

Zdaniem zwolenników eutanazji nowa ustawa holenderska zapewnia, iż lekarze spełniający prośbę o śmierć nie będą „kryminalizowani” Właśnie ta obawa jest, zdaniem obserwatorów, przyczyną faktu, iż znaczna część przypadków dokonanej eutanazji nie jest ujawniana, tworząc tzw. „szarą strefę”. Właśnie likwidacja nielegalnych przypadków eutanazji staje się czymś w rodzaju „namiastki etosu”, a wyeliminowanie takich przypadków — celem samym w sobie. Wiele komentarzy zdaje się sugerować, iż jeżeli dostosuje się ustawodawstwo do stanu faktycznego tak dalece, iż zniknie „szara strefa”, wtedy będzie można mówić o sukcesie nowej ustawy. W odróżnieniu od krajów, w których eutanazja jest zakazana, ale, jak twierdzą jej zwolennicy, po kryjomu praktykowana, Holandia miałaby stać się krajem odznacza-

---

<sup>6</sup> Holenderskie Królewskie Stowarzyszenie Farmaceutów sformułowało zalecenia precyzujące, co oznacza „medycznie odpowiedni środek” w przypadku eutanazji. Jest nim wielokrotna dawka barbituranów, czyli środków nasennych, stosowanych niegdyś przy narkozie, które w krajach zachodnich już dawno zostały wycofane z rynku ze względu na groźbę uzależnienia pacjentów. Podawane są one doustnie lub w postaci iniekcji wraz ze środkami, które zapobiegają ewentualnemu zwróceniu substancji przez pacjenta. Jeżeli okazuje się, iż organizm pacjenta jest na tyle silny, że śmierć nie następuje nawet po kilku godzinach, podaje się dodatkową iniekcję środka zawierającego kurarę, która, blokując mięśnie odpowiedzialne za oddychanie, powoduje śmierć w przeciągu krótkiego czasu; zob. „Süddeutsche Zeitung” z 12 kwietnia 2001 r.

<sup>7</sup> Zob. E. SCHOCKENHOFF, *Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriß*, Mainz 1993, s. 198.

<sup>8</sup> Por. K. SCHWEIGHÖFER, *Ausweis gegen die Todesspritze*, „Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt” z 8 stycznia 1993 r., s. 6.

jącym się wielką „transparencją” prawno-polityczną. Takie deklaracje bazują na redukcjonistycznej koncepcji prawa. Zakłada ona, iż prawo nie jest niczym innym, jak tylko kodyfikacją i uprawomocnieniem poglądów większości, bez żadnego odniesienia do zasad i norm etycznych. Abstrahując od tego, iż prawo zakłada etykę i bez niej traci swoją siłę wiążącą, zupełnie pomija się tutaj jego rolę wychowawczą i opiniotwórczą. Prawo nie tylko odzwierciedla poglądy społeczne, ale je współtworzy. To, co jest prawnie dozwolone, w mentalności wielu ludzi jest też etycznie dopuszczalne. Trudno nie dostrzec, iż ustawa eutanatyczna przyczyni się do osłabienia szacunku dla ludzkiego życia, szczególnie gdy jest ono chore, upośledzone, słabe i społecznie nieużyteczne.

#### 2.4. Nacisk społeczny na ludzi starych i chorych

Prawna legalizacja eutanazji bezspornie nadaje jej rangę procedury „normalnej”, choć społecznie kontrowersyjnej. Prośba o śmierć staje się czymś zrozumiałym i akceptowanym społecznie, a w niektórych wypadkach wręcz czymś, czego można od chorego oczekiwać. Oczywiście można tutaj wskazać na fakt, iż zgodnie z obowiązującą ustawą holenderską nikt nie zostanie uśmiercony wbrew własnej woli. Czy jednak w sytuacji terminalnej można rzeczywiście mówić o całkowicie suwerennie wyrażonej prośbie pacjenta o śmierć? Wraz ze zmianą opcji społecznej w kierunku akceptacji eutanazji, chory dostaje się pod wpływ zwielokrotnionego nacisku. Nawet prawo nie zapewnia mu już bezwarunkowej ochrony, pozostawiając go z jego osobistym dramatem samemu sobie. Ciężar odpowiedzialności za decyzję o eutanazji zostaje wyraźnie przesunięty na umierających i nieuleczalnie chorych. O ile dotychczas społeczeństwo i najbliższa rodzina miała niekwestionowany niczym obowiązek opieki nad umierającym i terminalnie chorym, o ile teraz to on sam będzie musiał znaleźć wystarczająco przekonujące argumenty, aby sobie i swoim najbliższym uzasadnić fakt dalszej egzystencji. Będzie to coraz trudniejsze wtedy, gdy kontynuowanie egzystencji stanie się ekonomicznie nieopłacalne, a na dodatek prawo otworzyło legalne drogi „wyjścia” (w dosłownym tego słowa znaczeniu). Praktyka eutanatyczna dostarczy też zapewne wystarczającą ilość modeli społecznie akceptowanego uśmiercania.

Propagowany w społeczeństwie ideał życia uwolnionego od cierpienia, życia bez bólu i choroby nie pozostaje bez wpływu na indywidualne postawy wobec cierpienia. Im bardziej człowiek skłonny jest uznać ten ideał za swój, tym mniejszy jest próg tolerancji na ból, mniejsza jest również gotowość do akceptacji cierpienia i poszukiwania jego sensu. U wielu chorych poczucie bezsensu życia i cierpienia musi być uznane jako konsekwencja uwewnętrznienia ocen i oczekiwań otoczenia<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> SCHOCKENHOFF, *Sterbehilfe und Menschenwürde*, s. 45.



Zastanawiać musi też wynik badań ankietowych na temat akceptacji eutanazji. Wprawdzie wysoki odsetek respondentów ankiet na temat dopuszczalności eutanazji opowiada się za jej legalizacją, jednak najwięcej jej zwolenników jest w grupie ludzi stosunkowo młodych<sup>10</sup>. Wśród ludzi w podeszłym wieku jedynie kilka procent ankietowanych opowiada się za legalizacją śmierci na życzenie. Próba wyjaśnienia tego faktu jedynie konserwatyżmem tej grupy respondentów lub też jej stosunkowo jeszcze ścisłym związkiem z religijnością chrześcijańską jest zbyt płytka. Wydaje się, iż mamy tutaj raczej do czynienia z odmiennym spojrzeniem na życie i jego sens u ludzi znajdujących się u jego kresu, którym problem śmierci i umierania jest o wiele bardziej bliższy egzystencjalnie, niż ludziom młodym, znajdujących się u szczytu witalnych możliwości.

W tym kontekście nasuwa się pewna refleksja, związana z postacią angielskiego humanisty, prawnika i męża stanu, Tomasza MORUSA (1477–1535). Dziełem, które przyniosło mu światową sławę była *Utopia* (1516), fantastyczna wizja państwa, które Morus umiejscawia w kraju „Nigdzie” (gr. *ou* – nie, *topos* – miejsce). Dzieło to jest miejscami na tyle wieloznaczne, iż nie sposób odgadnąć, gdzie mamy do czynienia z wizją idealnego państwa, a gdzie z socjalno-krytyczną satyrą. Dla omawianego tutaj tematu jest jednak interesujący fakt, iż w utopijnym państwie Morusa istnieje możliwość eutanazji. Wprawdzie autor skwapliwie zapewnia, iż umierający i nieuleczalnie chorzy są pielęgnowani z wielkim poświęceniem oraz, że nikt nie zostanie uśmiercony bez własnej woli, jeżeli jednak choroba okaże się nieuleczalna oraz połączona z bólem i cierpieniem, kapłani i urzędnicy państwowi mają obowiązek rozmowy z chorym. Powinni oni zachęcać go do rozważenia faktu, iż stał się niezdolny do normalnego działania, jest ciężarem dla innych i dla samego siebie, właściwie stał się już żywym trupem. Dlatego też powinien albo sam wyzwolić się z tej męki, albo też poprosić o to innych. Takie postępowanie określone jest jako godne uznania, a poza tym odpowiadające radzie kapłanów, którzy przecież są interpretatorami woli Bożej<sup>11</sup>. To, co Morus tutaj opisuje, jest formą nacisku na chorego, którego treścią jest niejako całościowa interpretacja jego sytuacji: zarówno rokowania medyczne i analiza jego sytuacji psychiczno-duchowej, jak też obowiązujące standardy zachowań społecznych. Trudno oczekiwać, iż chory byłby w stanie długo opierać się takiej sugestii. Omawiana w niniejszych artykule holenderska ustawa eutanatyczna nie dopuszcza oczywiście żadnego bezpośredniego nacisku na pacjenta. Jedno jest jednak pewne: zakłada ona pewną ideologiczną podstawę i całościową interpretację ludzkiej egzystencji, sugeruje pewne standardy i sposoby zachowań, stwarzając wrażenie, iż eutanazja jest „normalnym”, tzn. społecznie i prawnie zaakceptowanym sposobem reakcji w sytuacji terminalnego cierpienia. Przez

<sup>10</sup> U. EIBACH, *Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben*, Wuppertal 1998, s. 204.

<sup>11</sup> Zob. T. MORUS, *Utopia* (tł. niem. A. Hartmann), Basel 1981, s. 130–131.

to omawiana ustawa przyczynia się do wytworzenia mentalności proeutanatycznej, z którą musi poradzić sobie chory. Jest to wprawdzie pośredni, ale nie mniej skuteczny nacisk na chorego. W sytuacji, gdy jego otoczenie podziela tę mentalność będzie mu trudno myśleć inaczej.

### 2.5. Kwestie ekonomiczne

Pojawia się pytanie, czy legalizacja eutanazji i zadomowienie się w społeczeństwach mentalności eutanatycznej wpłynie na sposób rozdzielania już i tak w wielu krajach skąpych środków finansowych na służbę zdrowia. Istotnym czynnikiem, jaki może przyspieszyć rozwój mentalności eutanatycznej, jest starzenie się społeczeństw wielu państw europejskich. Coraz lepsza opieka medyczna powoduje znaczne wydłużenie się średniej życia. W powiązaniu z bardzo niskim procentem narodzin prowadzi to nieuchronnie do zachwiania piramidy demograficznej. W efekcie tych procesów coraz mniej ludzi w wieku produkcyjnym będzie musiało utrzymać ciągle rosnącą ilość ludzi starych, co musi z konieczności doprowadzić do napięć społecznych. W takim kontekście pytanie o jakość życia i sensowność opieki nad ciężko chorymi, niedołącznymi i umierającymi uzyska całkiem nową jakość. Logika eutanatyczna będzie stanowiła tutaj wielką pokusę, gdyż podsuwa ona tanie i efektywne rozwiązywanie tych kwestii.

W odróżnieniu od eutanazji rozwój opieki paliatywnej wymaga wielokrotnie więcej środków finansowych, związanych przede wszystkim z kosztami osobowymi. Jednym z kluczowych elementów opieki paliatywnej jest bowiem obecność przy chorym. Jest ona trudno przekładalna na mierzalne „usługi”, jakie świadczy się choremu<sup>12</sup>. Dlatego też musi zastanawiać fakt, iż właśnie w Holandii przeznaczają się stosunkowo niewiele środków na rozwój medycyny paliatywnej i hospicyjnej oraz na opiekę nad chorymi za pomocą tradycyjnych środków. U wielu chorych na raka stosowana terapia przeciwbólowa jest niewystarczająca.

### 3. Czy istnieje alternatywa?

Zarzut bezczynności i obojętności wobec nieznośnych cierpień ludzi nieuleczalnie chorych i umierających, jaki kieruje się w stronę przeciwników eutanazji, jest bardzo poważny. Czy jednak stanowcze „nie” wobec eutanazji oznacza rzeczywiście pozostawienie ekstremalnie cierpiących własnemu losowi w imię wierności pryncypiom? Okazuje się, że istnieje realna alternatywa dla eutanazji, która w sposób bardzo sugestywny i przekonujący jest realizowana w hospicjach i na dobrze prowadzonych oddziałach opieki paliatywnej<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Zob. SCHOCKENHOFF, *Sterbehilfe und Menschenwürde*, s. 111.

<sup>13</sup> Zob. A. BARTOSZEK, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*, Katowice 2000, s. 76n.

Logika opieki paliatywnej polega na „zmianie strategii” Tam, gdzie dotychczasowa terapia nie ma już żadnych szans powodzenia i pacjent zmierza w kierunku zakończenia życia, rezygnuje się z terapii „maksymalnej” (z leczenia przyczyn choroby) na korzyść terapii „minimalnej” (leczenie objawów choroby, opieka podstawowa). Ów „minimalizm” nie oznacza bynajmniej odstawienia chorego na boczny tor jako przypadku beznadziejnego, ale odnosi się do stosowanych środków medycznych. Podstawą „minimalnej” terapii jest uśmierzenie bólu, zapewnianie choremu pożywienia i napoju, oraz zaspokajanie podstawowych potrzeb higienicznych. Natomiast na poziomie kontaktu międzyludzkiego nie tylko nie ma tu mowy o minimalizmie, ale wręcz przeciwnie — obecność przy chorym staje się centralnym elementem opieki. W ramach opieki paliatywnej „towarzyszenie” jest słowem kluczowym.

Fakt, iż w ośrodkach tych prośba o śmierć pojawia się bardzo rzadko, daje wiele do myślenia. Jednym z kluczowych zagadnień w dyskusji o eutanazji jest interpretacja prośby pacjenta o śmierć. Zwolennicy eutanazji skłonni są widzieć w niej wyraz woli samostanowienia i samodecydowania pacjenta o własnym losie. Dlatego też spełnienie jej postrzegane jest jako wyraz szacunku dla jego woli. Tymczasem w rzeczywistości prośba ta nie oznacza odrzucenia życia jako takiego, ale odrzucenia życia w jego obecnym kształcie. Wyrażając prośbę o śmierć, chory komunikuje otoczeniu, że nie jest gotów kontynuować takiego życia. Prośba o śmierć jest wyrazem lęku przed odrzuceniem przez otoczenie, przed niedołęstwem i związaną z nim utratą znaczenia społecznego, przed bólem i utratą godności w warunkach szpitalnej anonimowości. Lęki te są rezultatem wcześniejszych doświadczeń lub też uwewnętrznioną agresją najbliższych. Kiedy dzięki fachowej i intensywnej opiece przywróci się choremu poczucie bezpieczeństwa i skutecznie uśmierzy jego ból, znika również prośba o śmierć.

Postulat poszanowania życia aż do „naturalnej śmierci” nie oznacza, iż należy unikać wszelkiej ingerencji w przebieg choroby terminalnej. Gdyby tak rozumieć „naturalną śmierć” okazałoby się, iż w dzisiejszych warunkach ona prawie nie istnieje. Umieranie, które dokonuje się bardzo często w warunkach szpitalnych, jest procesem, w który prawie zawsze ingeruje medycyna. Dlatego skuteczne uśmierzenie bólu należy do arsenału środków, które nie wchodzą w zakres działań eutanatycznych, a wręcz przeciwnie — pomagają zachować godność ostatniego etapu życia umierających. Gdy mimo usilnych starań nie da się opanować bólu, można podać środki wyłączające świadomość pacjenta. W normalnych jednak warunkach zachowanie świadomości jest jednym z ważnych elementów „godnego umierania”, w czasie którego pacjent ma czas na świadome uporządkowanie swoich spraw oraz — co jest bardzo istotne — na konfrontację z pytaniem o sens życia i umierania. Pytanie to ma kontekst religijny i może doprowadzić do pojednania z Bogiem.

W ostatnich latach ruch hospicyjny w wielu krajach świata zgromadził bogate doświadczenia, które w bardzo jaskrawy sposób odcinają się od mentalności eutanatycznej. W Niemczech hospicja opiekują się rocznie ok. 30 000 umierających. Jedną z ciekawych inicjatyw niemieckich jest projekt lekarskiej opieki domowej dla

umierających, opłacanej przez kasy chorych. W ramach tego projektu lekarze są do dyspozycji umierających, znajdujących się w swoim domu, przez całą dobę. Odwiedzają oni swoich pacjentów, a w razie potrzeby są osiągalni telefonicznie. Christian BERNDT, jeden z zaangażowanych w ten projekt berlińskich lekarzy, dzieli się swoimi spostrzeżeniami: „Moi pacjenci tęsknią za swoim obskurnym, jednopokojowym mieszkaniem z pożółkłymi tapetami, za na wpół ślepyim kotem, który nie robi nic innego, jak tylko łązi po pokoju jak cień. Oni tęsknią za swoimi ukochanymi książkami, z których już żadnej nie będą mogli przeczytać, bo w ostatnim stadium brak im wystarczającej koncentracji. Wystarczy, że one po prostu stoją na regale i są widoczne z łóżka”<sup>14</sup> Opieka domowa jest bardziej wymagająca, gdyż polega nie tylko na pomocy medycznej, ale również na towarzyszeniu umierającemu. Jednak zgromadzone doświadczenia pozwalają stwierdzić, iż istnieje alternatywa dla eutanazji, szanująca godność ludzką i nie uzurpująca sobie prawa do decydowania o życiu i śmierci człowieka i o jakości jego życia. Holenderska ustawa eutanatyczna słusznie bywa określona jako „przerwanie tamy” (niem. *Dammbbruch*). Nie jest przesadą uznanie tej ustawy za krok współczesnej cywilizacji ku przepaści.

## **Das Gesetz des Todes. Euthanasiegesetz in Holland und seine Konsequenzen**

### **Zusammenfassung**

Das Euthanasiegesetz, das seit diesem Jahr in Holland gilt, scheint einen Dammbbruch zu statuieren. Nach diesem Gesetz ist die Euthanasie dann straffrei, wenn sie von einem Arzt gemäß den sog. „Sorgfaltskriterien” durchgeführt wird. Die entscheidende Rolle wird hier der Überzeugung des Arztes und seiner Interpretation der vom Patienten geäußerten Todesbitte zugemessen. Die Rede von „übermäßigem Leiden” oder „hoffnungsloser Situation” schafft einen breiten Interpretationsspielraum und — in Konsequenz — auch die Möglichkeit des Mißbrauchs dieses Gesetzes. Wenn man nämlich einmal annimmt, dass es ein „lebensunwertes Leben” gibt, dann kann man, oder muss man sogar, diesen Begriff nicht nur auf die Situation der Sterbenden, sondern auf alle anderen Situationen ausdehnen, in denen den Patienten ihr eigenes Leben als „lebensunwert” erscheint. Das Euthanasiegesetz tangiert auch das ärztliche Ethos. Der Arzt ist nicht mehr dem Schutz des Lebens verpflichtet, sondern fungiert als eine Art Dienstleistender, der — je nach dem Wunsch des Patienten — heilt oder tötet. Das Euthanasiegesetz setzt auch die alten und kranken Menschen unter Druck. Im gewissen Sinne müssen sie jetzt den Beweis liefern, dass ihr Leben noch lebenswert und behandlungswürdig ist. Man muss befürchten, dass sich dieser Druck, sowie auch Versuche einer Ausdehnung dieses Gesetzes angesichts der explodierenden Kosten im Gesundheitswesen gravierend verstärken. Es ist nicht übertrieben, wenn man das Euthanasiegesetz in Holland als Schritt in den Abgrund wertet.

<sup>14</sup> „*Ich möchte lieber zu Hause sterben*”, „Die Welt” z 20.01.2001 r., s. 10.