Jacek Stasiak

WYZWANIA EUTANAZJI

Wytyczne Federalnej Izby Lekarskiej RFN w sprawie eutanazji z roku 1979[1] wyraźnie zostały sformułowane zgodnie z "Wytycznymi Szwajcarskiej Akademii Nauk Medycznych w sprawie eutanazji" i w swej istocie nie różnią się od szwajcarskiego pierwowzoru. Zobowiązywały one lekarza do leczenia, niesienia pomocy i opieki nad chorym aż do śmierci - także w przypadku umierającego". Nie zobowiązywały go jednak do stosowania wszelkich możliwych środków terapeutycznych, służących przedłużeniu życia, jeśliby zaszły określone okoliczności (nieodwracalny przebieg dolegliwości podstawowej z negatywną prognozą i brak perspektyw na świadome i prowadzone we własnym środowisku życie z ukształtowaną własną osobowością). Wskazywały poza tym na wyraźny, otoczony sankcjami zakaz zamierzonego skracania życia.
Hipokrates i jego uczniowie odmawiali zajmowania się umierającymi i nieuleczalnie chorymi. Stwierdzali, że w takim przypadku nie mają nic do leczenia. Ostatecznie jednak unikano sytuacji, w których jedynym pozostającym środkiem była prośba o dar śmiertelnej trucizny. Umierających i nieuleczalnie chorych lekarze pozostawiali ich własnemu losowi, albo miłosiernej interwencji, przekraczającej możliwości medyczne.
Lekarska opieka nad umierającymi sięga korzeniami początków XIX wieku. Filantropijni lekarze chcieli przynieść ulgę także „najbiedniejszym z biednych" i pomóc im coraz częściej skutkującymi środkami medycyny naukowej. Narażali się przy tym nierzadko na sprzeciwy i wrogie nastawienie tradycyjnie myślących kolegów. Hufeland ostrzegał ich, że mimo najlepszych chęci mogą ulec pokusie, by zamiast zwalczać cierpienie, nie gładzić samych cierpiących. Gdyby lekarz pozwolił sobie na wydanie sądu o wartości lub braku wartości życia (był to rok 1824!) i przekroczył „jakże cienką linię granicy śmierci" stałby się „najniebezpieczniejszym człowiekiem w państwie".
Jednakże później zaczęto coraz bardziej podnosić żądanie, aby lekarz miał uśmiercać. Najpierw odwoływano się do współczucia wobec chorego, który ubolewał nad swoim życiem niegodnym życia. Później, że życie chorego stało się dla społeczeństwa bezwartościowe. Przykładem może być tu praca Bindinga i Hochego[2] , która po I wojnie światowej przyczyniła się w Niemczech do społecznej aprobaty eutanazji. Wspomniane na początku niemieckie i szwajcarskie wytyczne były pierwszymi próbami podjęcia wiążących postanowień. Równocześnie jednak następowały procesy, które zobowiązują do ożywionej dyskusji nad problemem eutanazji.

OSIĄGNIĘCIA MEDYCZNE

Intensywna terapia w sposób szczególny dysponuje skutecznymi metodami, które nie tylko umożliwiają poszkodowanym i chorym przeżycie, pomimo uszkodzenia poszczególnych organów lub całych układów, ale także dają duże szanse wyleczenia. Dla przykładu: osiągnięto możliwość sztucznego zastąpienia uszkodzonego układu oddychania i uniknięto w ten sposób natychmiastowego zgonu, uzyskując dzięki temu czas na próbę wyleczenia. Lecz ten sam środek zastępczy musi zacząć działać bardzo szybko, tak że nie ma nawet czasu na wcześniejsze dokonanie diagnozy i prognozy. Dopiero później może się okazać, że wprawdzie pobudzenie oddychania utrzymuje życie, ale już z góry można przesądzić, że nie ma jakichkolwiek szans na wyleczenie. Gdyby więc wiedziano o tym wcześniej, nie rozpoczynano

by nawet samego sztucznego oddychania. Lecz odłączenie aparatury respiracyjnej prowadziło w konsekwencji do trudności moralnych i prawnych.
Miarodajną próbą uniknięcia tego typu sytuacji był stworzony *ad hoc* komitet przy Harvard Medical School. Stwierdzono tam, że przerwanie stosowania środków podtrzymujących życie nie mogłoby oznaczać w efekcie zabójstwa, gdyby dotyczyło już zmarłego. Dlatego szukano możliwości orzeczenia śmierci także przy podłączonym sztucznym oddychaniu i znaleziono jej kryterium w śmierci mózgu. Było to bardzo dokładne określenie jednakże przemyślenia Komitetu Harvardzkiego miały u swoich podstaw bardzo niebezpieczny błąd logiczny, wynikający z tego, że osobę, której nie można już pomóc uznano za zmarłą. Jego członkowie zbliżyli się w ten sposób bardzo niebezpiecznie do poglądów Hochego, który cierpiących na nieuleczalne choroby psychiczne nazywał „pustą łupiną człowieka".
Problem przerwania stosowania środków intensywnej terapii tylko pozornie zdaje się być kwestią ściśle medyczną. Problemu tego nie można bowiem rozwiązać bez uwzględnienia wartości, których - ze zrozumiałych względów - się unika, przypominając o „życiu niewartym życia". Dlatego niezbędna jest lekarzowi umiejętność dokonywania jasnych refleksji i rozróżnień.

DEMOGRAFIA I EKONOMIA

Dzięki wydłużeniu życia człowieka - do czego w znacznym stopniu przyczyniły się sukcesy nowoczesnej medycyny - oraz radykalnej zmianie postaw wobec rozmnażania doszło do tego, że nasze społeczeństwa zaczęły się starzeć, a sytuacja ta obecnie pogłębi się jeszcze bardziej. Dlatego wzrosło też „zapotrzebowanie" na eutanazję. W skali mikrospołecznej ewentualnym obowiązkiem opieki nad rodzicami obciążona jest coraz mniejsza ilość dzieci. Młodzi z powodu niespodziewanie pojawiających się ciężarów, starzy zaś ze strachu przed ich opuszczeniem są bardziej skłonni do zaakceptowania przynajmniej zgody na uśmiercenie. W skali makrospołecznej starzenie się społeczeństwa prowadzi do zmniejszenia się możliwości udzielenia wystarczającej pomocy starszym, a zarazem do przeciążenia młodych; do problemów, z którymi mogłaby poradzić sobie, z ekonomicznego punktu widzenia, dopuszczalność śmierci na żądanie. To właśnie powoduje polityczny nacisk w kierunku uznania eutanazji.
W końcu dokonało się daleko posunięte przewartościowanie życia, które nie liczy się już ono samo w sobie, ale tylko w powiązaniu ze swoją jakością. Kiedy Francis Bacon sparafrazował zdanie z Szekspirowskiego *Hamleta: To be happy or not to be all, that is the question* („Być szczęśliwym albo nie być wcale, oto jest pytanie"), wyraził mniej więcej to, co dzisiejsi lekarze ujmują zdaniem: „Nie chodzi o to, aby do życia dodać rok, ale by do roku dodać życie", co daje do zrozumienia, że znaczenie jakości życia nie ustępuje już znaczeniu samego życia. Rachunek zdrowotno-ekonomiczny pracuje zatem na korzyść długości życia nastawionego na jakość tego życia (QUALY - QUality Adjusted Life Years) które będzie się wydłużało wraz z określonym nakładem ekonomicznym. W zasadzie może to później przybrać wartość negatywną kiedy jakość życia przekroczy pewną granicę. Logiczną konsekwencją tych przemyśleń jest śmierć, przy czym pozostaje na razie kwestią otwartą, czy zostanie ona tylko dopuszczona, czy też spowodowana bezpośrednim działaniem.
Przed dzisiejszą medycyną problem eutanazji pojawił się jako nowe wyzwanie, pozbawione wystarczająco przemyślanych i trwałych tradycji, w obliczu sztuki lekarskiej, działającej w niebezpiecznej bliskości śmierci, oraz w społeczeństwie, które wskutek starzenia się ma coraz większe wymagania, a także w obliczu nowej, zorientowanej bardziej na jakość, oceny życia. Wielu ludziom podoba się próba rozwiązania problemu, podana przez australijskiego filozofa i bioetyka Petera Singera, który proponuje zrezygnować z „tabu" świętości życia jako nie

obowiązującej już spuścizny judeochrześcijańskiej, jak również nie robić różnic między uśmiercaniem a dopuszczeniem śmierci, skoro to ostatnie bywa już dozwolone. Singer otwarcie wypowiada za nich to, co mogą odczuwać po cichu i co by myśleli i robili, gdyby mogli myśleć.
Dlatego ważne jest, aby w dyskusji na temat świętości życia i zakazu uśmiercania w klarowny sposób uwypuklić różnicę między uśmiercaniem a dopuszczeniem śmierci oraz przedstawić je jako rzeczy dające się rozróżnić. Zniesienie, bądź zamazanie tej różnicy, jest - jak to widać jasno w Holandii - bramą prowadzącą do rozprzestrzeniania się nowej fali eutanazji.

DOPUSZCZENIE ŚMIERCI?

W szerszym znaczeniu prawo do życia daje prawo do środków koniecznych do życia. Społeczną odpowiedzią tutaj jest nakaz solidarności, wzajemnej pomocy. Jednakże nakaz ten nie przyznaje żadnego bezwarunkowego i absolutnego prawa do pomocy, lecz tylko w granicach zasady pomocniczości oraz na miarę dostępnych środków. Prawo do środków do życia ogranicza się zatem do tego, co jest proporcjonalne i odpowiednie w danej sytuacji. Wynika z tego, że chociaż zabijanie jest zabronione, to dopuszczenie śmierci może uchodzić za zupełnie moralne i w żadnym wypadku nie powinno się go przyrównywać do uśmiercania, jeśli środki mające zapobiec śmierci byłyby nieproporcjonalne i nieodpowiednie. Jest to stara nauka teologii moralnej.
Dotychczas proporcjonalność uważana była przede wszystkim za jakość samego środka. To, z czym powinna wiązać się ta proporcjonalność, wydaje się oczywiste i dalece nieskomplikowane. Zależy to bowiem od stosunku środka użytego do przedłużenia życia do celu, który dzięki niemu może i powinien zostać osiągnięty. Proporcjonalność jest zawsze funkcją dwóch zmiennych, a zatem - w tym przypadku - funkcją środka i zamierzonego celu. Zachowanie życia za wszelką cenę jest nieproporcjonalne. Ale w opisie celu, do którego zmierzamy, dochodzą jeszcze nieodzowne elementy jakości życia. Są to, przynajmniej po części, oceny, których nie jest w stanie określić sama medycyna, a których lekarz wolałby unikać, lecz często ich uniknąć nie może.
Najłatwiej byłoby pozostawić tę ocenę samemu pacjentowi. Lecz często problem powstaje wówczas, gdy pacjent nie jest już w stanie nic powiedzieć. Dlatego wielu ludzi będących jeszcze w pełni sił i zdrowia woli przedstawić lekarzowi swój pogląd w odpowiedniej instrukcji (dyspozycji pacjenta, *Patientenverfügung, living will*). Najczęściej jednak sytuacja, która później faktycznie następuje, wraz z jej wymaganiami i szansami, jest trudna do przewidzenia. W takim zaś wypadku chory może w obecności lekarza przekazać innym swoje pełnomocnictwa, takie jak przewiduje to „chrześcijańska dyspozycja pacjenta"[3], która o ile sytuacja taka ma miejsce - umożliwia dopuszczenie śmierci. Dyspozycja ta ma za zadanie nie dopuścić do tego, abyśmy przez eutanazję, w obliczu nowej rzeczywistości medycznej i demograficznej, nie padli znów ofiarą pokus „kultury śmierci". Wskazuje ona na sztukę dopuszczenia śmierci, która rozwinęłaby dawną *ars moriendi*. Lekarz cały czas zobowiązany do niesienia pomocy umierającym i nieuleczalnie chorym, może dziś przyjąć jako fundamentalną zasadę to, że nie powinien za wszelką cenę i bez względu na wszystko przedłużać życia, ani też nie ma prawa przyczynić się do śmierci lub ją spowodować. Zadaniem lekarza powinno być umożliwienie godnego życia choremu aż do śmierci, o której nikt nie ma prawa decydować.
Oczywiście, przejście od leczenia podtrzymującego przy życiu do przyzwolenia na śmierć, z konieczną nawet wtedy jeszcze pomocą lekarską, będzie stawiać wielkie wymagania intelektualne i moralne, a sporów i nieporozumień i tak się nie da uniknąć. Powinno się uznać i wyjaśnić próby uregulowania rezygnacji z podtrzymującego życie leczenia ułomnych

noworodków (Niemieckie Stowarzyszenie Prawa Medycznego) i odłączania podtrzymującej życie aparatury od ludzi w „stanie chronicznej wegetacji" (Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych), próby, które w sensie niniejszych rozważań, usiłują ograniczyć te praktyki. Medycyna może po części rozwiać lęk człowieka przed śmiercią przez wiarygodną obietnicę i rzeczywiste towarzyszenie umierającemu. Osiągnąwszy to, mogłaby prawdziwie po ludzku przeciwstawić fałszywemu wyjściu, jakim jest uśmiercanie, tę pokonywaną część lęku przed śmiercią jako jedną z mobilizujących sił.

---

[1] Deutsches Arzteblatt 76, s. 960-967.

[2] Die Freigabe der Vernichtung lebensunerten Lebens, 1921

[3] W jednym z formularzy wydanych w Bawarii przez Kościół ewangelicko-augsburski czytelnik może zdecydować, że gdyby „wskutek nieprzytomności lub braku świadomości spowodowanych chorobą, wypadkiem lub innymi sytuacjami nie był w stanie wyrazić swojej woli", oczekuje opieki lekarskiej przy użyciu odpowiednich możliwości tak długo, jak tylko istnieją perspektywy na utrzymanie godnego życia. Natomiast nie jest wskazane stosowanie środków podtrzymujących życie, gdy jako pewnik stwierdzono, że:
- rozpoczął się już stan agonalny,
- nie ma perspektyw na przywrócenie przytomności,
- zaszły nieodwracalne uszkodzenia mózgu,
- doszło do trwałych uszkodzeń najważniejszych funkcji życiowych.