

Eutanazja i samobójstwo

Autor tekstu: **Dawid Bunikowski**

1. Prawo do godnej śmierci – problemy terminologiczne.

Problematyka eutanazji jest nie mniej kontrowersyjna niż zjawisko aborcji. Zjawiska tanatologiczne zawsze budzą społeczne zainteresowanie i ogromne emocje, gdyż dotyczą spraw fundamentalnych dla każdego człowieka – kwestii życia i śmierci.

Eu-thanatos oznacza z greki „dobrą śmierć”, czyli zadanie śmierci osobie nieuleczalnie i ciężko chorej, motywowane skróceniem jej cierpień. [1] Błędnie eutanazję nazywa się eksterminacją. Błędne jest również porównanie eutanazji do działań nazistowskich mających na celu zniszczenie narodu żydowskiego w czasie II wojny światowej. [2] Eutanazję dzieli się na bierną i czynną. Eutanazja bierna jest zaniechaniem dalszego sztucznego podtrzymywania życia pacjenta w stanie agonalnym. Eutanazja czynna jest świadomym zachowaniem, mającym na celu bezpośrednio pozbawienie życia. [3]

Eutanazja nie dotyczy uśmiercenia kogoś znajdującego się w stanie depresyjnym z różnych powodów życiowych (argumentacja typu „bo nie chce mi się żyć”), żądającego dokonania względem jego osoby takiego aktu. Dotyczy tylko sytuacji beznadziejnych z medycznego punktu widzenia (ciężkie i nieuleczalne choroby, niedający się zlikwidować ból fizyczny).

Australijscy uczeni G. Williams i M. Darke słusznie podkreślają, że nie ma definicji eutanazji, która byłaby zaakceptowana na gruncie prawa lub etyki. W powszechnym użyciu dominuje, ich zdaniem, definicja, wedle której eutanazja jest „bezbolesnym zabójstwem pacjenta cierpiącego z powodu nieuleczalnej i sprawiającej wiele bólu choroby” (*the painless killing of a patient suffering from an incurable and painful disease*). [4]

Katechizm Kościoła Katolickiego zatwierdzony 25 czerwca 1992 r. przez Jana Pawła II w par. 2277 mówi o „eutanazji bezpośredniej”, podkreślając, że „niezależnie od motywów i środków, polega na położeniu kresu życia osób upośledzonych, chorych lub umierających”. Ujęcia Kościoła jest bardzo kategoryczne, gdyż nie bierze pod uwagę motywów działania i okoliczności sytuacji („niezależnie od motywów i środków”). Nauka Kościoła odróżnia jednak eutanazję w takim rozumieniu od *odmowy „uporczywej terapii”*. Katechizm stanowi: „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do oczekiwanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa uporczywej terapii. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta” (par. 2278). Na temat podtrzymywania życia za pomocą standardowych zabiegów Katechizm stanowi: „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykłe zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerwane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona” (par. 2279). [5]

Powyższe dystynkcje świadczą o sporych kłopotach z odróżnieniem stanów faktycznych objętych pojęciem eutanazji i stanów, których dotyczy pojęcie *odmowy „uporczywej terapii”*. Mogą występować w praktyce problemy z określeniem, czy mamy do czynienia w konkretnym przypadku z „bierną eutanazją” (według definicji Williamsa i Darke’a) czy z *odmową „uporczywej terapii”* (według ujęcia katolickiego). Najbardziej spektakularnym tego przykładem była dramatyczna śmierć Jana Pawła II, który skorzystał z prawa do *odmowy „uporczywej terapii”*.

Dokonując typizacji eutanazji [6], można wyróżnić eutanazję dobrowolną (na życzenie osoby zabijanej) i eutanazję niedobrowolną. W tym drugim przypadku osoba jest zdolna do wyrażenia zgody lub sprzeciwu, ale nie została zapytana o zgodę na własną śmierć albo w ogóle nie wyraża zgody na eutanazję. Z kolei eutanazja adobrowolna występuje wtedy, gdy człowiek nie jest zdolny zrozumieć wyboru pomiędzy życiem i śmiercią. Chodzi np. o nieuleczalnie chore lub znacznie niepełnosprawne niemowlęta. Mogą to też być osoby, którzy z powodu wypadków, chorób czy starszego wieku na stałe straciły zdolność do wyrażenia zgody lub sprzeciwu wobec eutanazji.

Wcześniej osoby takie nie prosiły o eutanazję. Z drugiej strony, nie odrzuciły możliwości dokonani eutanazji w takich okolicznościach. Nie pozostawiły żadnych instrukcji. Przypadek eutanazji niepełnosprawnych niemowląt posiada szczególny charakter. Rodzice i lekarze podejmują decyzję. Niemowlę nie ma zdolności do wypowiedzenia się co do „decyzji o życiu i śmierci”. [7]

2. Moralny aspekt eutanazji.

Moralna ocena eutanazji jest zrelatywizowana do określonych moralności jednostkowych i wielu systemów etycznych. Eutanazja może być kwalifikowana moralnie na gruncie moralności społeczeństwa lub minimum etycznego. W moralnej ocenie eutanazji wyróżnić można stanowiska liberalne i perfekcjonistyczne. Warto zwrócić uwagę, że sam akt eutanazji może być motywowany moralnie („zabójstwo z litości”).

Ocena Kościoła katolickiego jest jednoznaczna, stanowiąc konceptualizację perfekcjonistycznego stanowiska w odniesieniu do eutanazji. Katechizm jasno powiada w par. 2276 *in fine*, że eutanazja jest „moralnie niedopuszczalna”. Jakie jest uzasadnienie tego stanowiska? Kościół naucza, że „Osoby których sprawność życiowa jest ograniczona lub osłabiona, wymagają szczególnej uwagi. Chorzy lub upośledzeni powinni być wspierani, by mogli prowadzić, w takiej mierze, w jakiej to możliwe, normalne życie”. Uzasadnienie moralne potępienia eutanazji i jej zakazu ma głębszy, teologiczny wymiar, wyeksplikowany w par. 2277: „W ten sposób działanie lub zaniechanie działania, które samo w sobie lub w zamierzeniu powoduje śmierć, by zlikwidować ból, stanowi zabójstwo sprzeczne z godnością osoby ludzkiej z szacunkiem wobec Boga żywego, jej Stwórcy. Błąd w ocenie, w który można popaść w dobrej wierze, nie zmienia natury tego zbrodniczego czynu, który zawsze należy potępić i wykluczyć”. Bezwzględna ocena moralna eutanazji jest cechą charakterystyczną nauczania moralnego Kościoła. Należy zauważyć, że potępienie takie dotyczy zachowania, „które samo w sobie lub w zamierzeniu powoduje śmierć, by zlikwidować ból”; potępienie moralne ma miejsce „niezależnie od motywów i środków” (par. 2277). Regulacje dotyczące *odmowy „uporczywej terapii”* (par. 2278) stanowią pewien wyjątek w rygorystycznej postawie Kościoła wobec moralnej oceny aktów lekarskich podejmowanych w leczeniu pacjenta w stanie agonalnym. Generalnie, inkorporacja religijnych zasad i zakazów eutanazji do prawa stanowiłaby ingerencję prawa w sferę moralności.

Jan Paweł II w „Liście do osób w podeszłym wieku” z 1999 r. stwierdził, że „w niektórych społeczeństwach starość jest ceniona i poważana, w innych zaś cieszy się znacznie mniejszym szacunkiem, ponieważ panująca tam mentalność stawia na pierwszym miejscu doraźną przydatność i wydajność człowieka”. Papież uważa, że z „natarczywością” proponuje się eutanazję jako „rozwiązanie w trudnych sytuacjach”. Jego zdaniem, idea eutanazji przestaje budzić „zgorszenie”, które jest naturalne u osób wrażliwych na wartość życia. Jan Paweł II ze zrozumieniem odnosi się do sytuacji „poważnych chorób, powodujących nieznośne cierpienia”, ale jest stanowczy wobec „pokusy rezygnacji” cierpiącego i „źle rozumianego współczucia” rodziny i opiekunów. „Łagodna śmierć” nie jest „rozsądnym rozwiązaniem. Jan Paweł II kategorycznie przypomina: „(...) prawo moralne pozwala odrzucić „terapię uporczywą”, a za obowiązkowe uznaje jedynie takie leczenie, jakie wchodzi w zakres normalnej opieki medycznej, której najważniejszym celem — w przypadku chorób nieuleczalnych — jest łagodzenie cierpień. Czymś zupełnie innym jest natomiast eutanazja rozumiana jako bezpośrednie spowodowanie śmierci! Niezależnie od intencji i okoliczności pozostaje ona aktem z natury złym, poważnym naruszeniem prawa Bożego, obrazą godności człowieka”. W świetle nauczania Magisterium Nauczycielskiego Kościoła eutanazja jest zawsze moralnie niedopuszczalna, a „zależnie od okoliczności” – jak podkreśla encyklika *Evangelium Vitae* – zawiera „zło cechujące samobójstwo lub zabójstwo”. [8]

Evangelium vitae odróżnia rezygnację z tzw. uporczywej terapii od eutanazji rozumianej jako działanie lub zaniechanie w celu „usunięcia wszelkiego cierpienia”. W tym miejscu nawiązuje do Deklaracji o eutanazji *Iura et bona* Kongregacji Nauki Wiary. Encyklika wymienia następujące warunki rezygnacji z „pewnych zabiegów medycznych”, które mają charakter tzw. uporczywej terapii. Po pierwsze, zabiegi takie nie są już „adekwatne do realnej sytuacji chorego”. Oznacza to, iż zabiegi nie są współmierne do oczekiwanych rezultatów lub są zbyt uciążliwe dla chorego i rodziny. Po drugie, śmierć musi być bliska i nieuchronna. Występowanie tych warunków jednocześnie powoduje, że można zrezygnować z zabiegów, które przyczyniłyby się do „jedynie nietrwałego i bolesnego przedłużenia życia”. Ocena sytuacji zależy od fachowego osądu specjalisty-lekarza („obiektywna” ocena). Podkreśla się, że nie można przerywać nigdy „normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach”. Istnieją dwie moralne powinności: leczenia i poddania się leczeniu. Powinność jest określana w konkretnych przypadkach. Należy ocenić, czy stosowane środki są

„obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia”. Jan Paweł II podtrzymuje stanowisko, że „rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoważna z samobójstwem lub eutanazją”. Działanie takie jest w wyrazem akceptacji dla „ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”. [9]

W doktrynie kościelnej przyjmuje się tezę, że błędem jest pozostawienie osobie lub państwu pełnej autonomii w zakresie dysponowania „darem życia”. Życie stanowi „przyrodzone prawo każdej osoby”. Jest „uprzednie” wobec wszelkiego prawodawstwa czy konstytucji któregośkolwiek z państw. Uzurpacja państwa w tym przedmiocie stanowi „tragiczny pozór praworządności” (sformułowanie z cyt. encykliki). Katolicy teologowie moralni za taki „pozór” uważają liberalne ustawodawstwo eutanazyjne w Holandii („*the Dutch experiment*”). [10] Teologowie i moralści katolicy uważają, że cierpienie ma wymiar eschatologiczny („każde cierpienie ma sens”; zjednoczenie z cierpiącym Chrystusem). To stanowisko jest skrajnym przykładem ingerencji prawa w sferę moralności. W myśl tego stanowiska prawo powinno egzekwować perfekcjonistyczny wymóg etyki katolickiej. Dla świeckich filozofów i etyków takie stanowisko jest nie do zaakceptowania: cierpienia nie można przyjmować ponad pewną biologiczno-medyczną miarę, w agonii i sytuacji beznadziejnej, gdy dodatkowe okrutne cierpienia są bezsensowne.

W teologii traktuje się często eutanazję jako rodzaj samobójstwa. Wydaje się, że nie jest to właściwe. Ks. T. Ślipko uważa, że eutanazja jest „samobójstwem z rezygnacji”. Samobójstwo takie wynika z „życiowej klęski” samobójców, a „eutanazja samobójcza” jest związana ze „skróceniem doświadczanych cierpień pod wpływem uświadomienia sobie ich beznadziejnej nieuleczalności”. [11] Nie zgadza się z takim poglądem np. etyk S. Katsifias. Co prawda, twierdzi, można mówić o pewnym elemencie samobójczym w akcie eutanazji, ale za takim ujęciem przemawiają tylko racje psychologiczne, a nie racje logiczne. Według niego samobójstwo jest „samow wykonaniem nakazu woli pragnącej nieistnienia swego podmiotu”, zaś przy eutanazji „decyzja woli chorego oczekuje swej realizacji od otoczenia”. [12] Jest to generalnie słuszny pogląd. Zauważmy jednak, że nie zawsze człowiek może takie decyzje podejmować – jest tak tylko przy eutanazji dobrowolnej (zob. dalej w tekście analizę rozważań P. Singera na ten temat).

Istnieje ważny i konieczny element w akcie eutanazji. Osoba przyspieszająca śmierć osoby bezwzględnie nieuleczalnie chorej musi się kierować wyłącznie „racjami moralnie godziwymi”. [13] Może tu chodzić o takie racje, jak litość, współczucie, empatia. Zresztą, wielu zachodnich lekarzy dokonujących eutanazji w mniej lub bardziej oficjalnych warunkach jest przekonanych, że spełniają ważny moralny obowiązek pomocy innym w cierpieniu i potrzebie.

Inną natomiast kwestią jest tzw. wspomagane samobójstwo, tj. pomoc lekarza w popełnieniu samobójstwa i zakończeniu życia przez pacjenta w wyniku np. podania mu określonych środków. Lekarz fizycznie nie dokonuje zabójstwa, ale jest pomocnikiem przy samobójstwie, np. poprzez przedawkowanie przez pacjenta leków podanych lub przepisanych przez lekarza. W większości krajów zachodnich pomoc w popełnieniu samobójstwa (w Polsce także podżeganie) jest karalna, ale samo samobójstwo uległo z czasem procesowi depenalizacji. Ostatnimi krajami, w których zniesiono karalność samobójstwa były: Wielka Brytania w 1961 r., Kanada w 1972 r. i Irlandia Północna w — dopiero — 1993 r. [14]

Pozbawienie życia nie we wszystkich tradycjach i kulturach traktowano jako zło. Rzymianie i Grecy dopuszczali samobójstwo, a nawet dzieciobójstwo (Sparta). Starożytni filozofowie również pozostawiali człowiekowi i jego sumieniu wybór moralny i „decyzję o życiu i śmierci”. Judaizm i chrześcijaństwo przyczyniły się do powstania powszechnego przekonania, że odbieranie sobie życia jest naruszeniem praw boskich. W następnych wiekach wielcy filozofowie (David Hume, Jeremy Bentham, John Stuart Mill) zanegowali podstawy religijne moralności i sam bezwzględny zakaz eutanazji (a także dzieciobójstwa i samobójstwa). Z czasem wielu etyków i filozofów przychyliło się do tezy o moralnej dopuszczalności eutanazji: jesteś wolnym człowiekiem, a wspólnota nie może wymuszać perfekcjonistycznego obowiązku życia mimo wielkich cierpień. Do najważniejszych argumentów zaliczono: współczucie dla beznadziejnie chorego i cierpiącego pacjenta oraz – w sytuacji dobrowolnej eutanazji (na żądanie chorego) – szacunek dla autonomii proszącego o eutanazję. Niektóre formy eutanazji uzyskują współcześnie społeczną akceptację i poparcie. Współczesne porządki prawne nadal w zdecydowanej większości traktują eutanazję (zwłaszcza aktywną) jako przestępstwo. [15]

Generalnie, w tzw. normalnych warunkach ludzie bardzo cenią swoje życie, a kontynuowanie i trwanie tego życia leży w ich interesie. Takie przekonanie ulega radykalnej zmianie, gdy w grę wchodzi eutanazja. W takiej sytuacji w interesie chorego leży nie kontynuowanie życia, ale śmierć.

Zatem osoba zabijająca kogoś lub pozwalająca na śmierć nie szkodzi choremu, a działa nawet na jego korzyść. [16]

Można przedstawić usprawiedliwienie eutanazji dobrowolnej i adobrowolnej oraz nieusprawiedliwienie eutanazji niedobrowolnej. Osoby w wieloletniej śpiączce lub wielkim cierpieniu i niezdolności do życia nie mogą powiedzieć, że ich życie ma „wewnętrzną wartość”. Można dodać za filozofem: „ Ich podróż życiowa dobiegła końca. Są żywi biologicznie, ale nie biograficznie”. Biorąc pod uwagę minimum etyczne, stworzenie procedury regulującej eutanazję dobrowolną i rejestrację decyzji pacjenta ma podstawy moralne. Procedura taka powinna też dotyczyć osób, które nigdy nie będą w stanie wyrazić swej opinii i zdania (eutanazja adobrowolna). [17] Usprawiedliwiając eutanazję dobrowolną, trzeba zastanowić się, jaki jest poziom opieki medycznej wobec osób cierpiących i czy można kogoś zmusić do życia mimo potwornego bólu i nieuleczalnej choroby. Państwo nie może interweniować w czyjąś moralność ze względu na dobro jednostki. Eutanazji nie da się uzasadnić na paternalistycznym gruncie. Można uznać „wybór szybkiej śmierci” za racjonalny. Wybór moralny pacjenta jest wyrazem preferencji i autonomii osoby cierpiącej. Absolutnie trzeba sprzeciwić się prawnej legalizacji zabijania osób, które się na to nie zgadzają, mimo że są zdolne do wyrażenia zgody. Jeśli pacjent chce żyć dalej, to już sama jego wola wyrażona w jakikolwiek sposób jest podstawowym dowodem na to, że jego życie jest warte życia. [18]

Natomiast bardzo skomplikowany jest problem moralnej różnicy między zabiciem płodu w późnym stanie ciąży (ze względu na niepełnosprawność płodu) a zabiciem nowo narodzonego niepełnosprawnego dziecka. Istnieje zgoda społeczna w odniesieniu do pierwszego z tych przypadków. Problemów z eutanazją noworodków jest w praktyce lekarskiej bardzo wiele (słynna sprawa *Baby Doe* [19]) i nawet konserwatywni lekarze są zgodni, że występują przypadki leczenia niemowląt, w których nie należy podejmować się podtrzymywania życia. Podobnie w wielu sprawach (*In re B*, *Re C*, *Re Baby J*) sądy brytyjskie przychyliły się do poglądu, że jakość życia dziecka wpływa na decyzję, czy leczenie podtrzymujące życie powinno być kontynuowane. [20] Wydaje mi się, że człowiek narodzony (dziecko) jako podmiot prawa zasługuje na stosowną ochronę, równą osobom dorosłym, ale rodzice lub opiekunowie mają prawo odmówić leczenia dziecka, jeśli nie ma szans na przeżycie i zwiłokrotnia się tylko jego ból.

Różnica między zabijaniem a przyzwoleniem na śmierć lub między aktywną a bierną eutanazją wydaje się być – intuicyjnie – moralnie istotna. Zauważmy jednak, że na gruncie etyki konsekwencjonalistycznej [21] nie ma wewnętrznej moralnej różnicy między zabiciem a dopuszczeniem do śmierci. Przykładów z praktyki lekarskiej jest wiele. Wyobraźmy sobie za Singerem następującą sytuację. Kobieta w wieku 83 lat zostaje przyjęta do domu opieki. Wzrastająca utrata przez nią zmysłów spowodowała, że nie mogła już mieszkać sama, a nikt z rodziny nie chciał się nią opiekować. Stan kobiety pogorszył się w domu opieki. Dostała w końcu zapalenia płuc. Kierownictwo domu opieki wraz z lekarzem przyjęło luźną zasadę dla takich przypadków: w zaawansowanej starczej demencji leczy się tylko 3 pierwsze infekcje, a potem stosuje się zasadę „zapalenie płuc jest przyjacielem człowieka”, czekając na naturalny bieg rzeczy i śmierć pacjenta. Kierowniczka zastrzegła, że jeśli rodzina sobie tego życzy, to wszystkie infekcje będą aktywnie leczone. Rodzina jednak godzi się na powyższą praktyczną zasadę. Kolejna infekcja starszej pacjentki nie jest leczona. Pacjentka umiera w ciągu 6 miesięcy. Porównując niektóre sytuacje dopuszczenia do śmierci z aktywną eutanazją, można zauważyć hipokryzję społeczną i relatywizm. Nie wolno bowiem twierdzić, że lekarz dokonujący eutanazji poprzez dokonanie odpowiedniego zastrzyku jest zbrodniarzem zasługującym na karę wieloletniego pozbawienia wolności, a inny lekarz, który nie podaje antybiotyku i nie leczy pacjenta, jest dobrym praktykiem. Obaj lekarze dokonują wyboru moralnego i żadna z wybranych zasad moralnych nie jest niekontrowersyjna. [22] Na gruncie polskiego prawa karnego przy eutanazji biernej występuje zamiar wynikowy (zob. art. 9 k.k. – zamiar bezpośredni i wynikowy). Można ponieść odpowiedzialność za działanie i zaniechanie (kierunkowe zaniechanie). Z art. 192 k.k. (wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, np. podtrzymywanie przy życiu) może wynikać zaś obowiązek biernej eutanazji.

Odwołanie się do tzw. zwyczajnych (obligatoryjnych) i nadzwyczajnych środków leczenia również jest dość wątpliwe. Ankietowani australijscy pediatrzy i położnicy mają różne wyobrażenia co do tego, jakie środki są zwyczajne, a jakie nadzwyczajne. Według niektórych, nawet użycie najtańszych antybiotyków byłoby nadzwyczajnym środkiem. Kłopoty interpretacyjne mogą być spowodowane mętną argumentacją teologów i filozofów. Przykładem jest sprawa *Karen Ann Quinlan*. [23] Jakość życia pacjenta oraz – w przypadku ograniczonych środków i potrzeby efektywnego ich użycia do ocalenia kogoś innego – także koszty leczenia determinują, czy dana forma jest

w określonym przypadku zwyczajną, czy nadzwyczajną. Odwołanie się do wspomnianego rozróżnienia środków leczenia jest ukryciem konsekwencjonalistycznych poglądów pod „płaszczkiem etyki absolutnej” i zwykłym „kamouflażem” [24].

Moralni przeciwnicy eutanazji powołują się na argument, że zgoda na eutanazję aktywną (czynną) doprowadzi do praktyk totalitarnych przypominających czasy nazistowskie. Skoro wartościujemy życie ludzkie w ten sposób, że jedną formę bytu — urodzonego człowieka — uznaje się za lepszą, a drugą za gorszą, to jest to droga „po równi pochyłej” do ludobójstwa w przyszłości. Osoby nieużyteczne lub osoby, których utrzymanie jest kosztowne dla społeczeństwa, zostaną poddane masowej eksterminacji przez lekarską i polityczną praktykę starzejących się społeczeństw wygodnego, hedonistycznego i egoistycznego Zachodu. Ponadto istnieje możliwość, że eutanazja będzie wykorzystywana przez władzę chcącą usuwać swych przeciwników. Można odpowiedzieć na te zarzuty w następujący sposób. Otóż, w praktyce ludzie, rodzina i instytucje wartościują życie ludzkie. Teza, że „może być życie niewarte życia” jest kontrowersyjna. Lepiej postawić tezę „życie osoby cierpiącej fizycznie lub pozbawionej samoświadomości może nie być warte kontynuacji”. Przykładem wartościowania życia jest opisane powyżej zachowanie osób posiadających władzę względem biednej staruszki. W praktyce oceniono bowiem, że życie tej kobiety „nie jest warte życia”, skoro nie leczono jej aktywnie. Pozwolono jej umierać w cierpieniach przez 6 miesięcy, nie dostarczając stosownych antybiotyków. Z kolei totalitarna władza na pewno znajdzie sposoby usunięcia przeciwników bez względu na to, czy eutanazja będzie legalna, czy nie. Nie ma to dla władzy znaczenia. [25]

Prawdą jest, że często w literaturze dotyczącej eutanazji przywołuje się przykład nazistów zabijających niewinnych ludzi. [26] Inni traktują eutanazję w kategoriach społecznego darwinizmu. [27] Nie jest to dobra egzemplifikacja eutanazji. Działania nazistów nie były eutanazją, ale eksterminacją i ludobójstwem. Program nazistowski ukrywano w tajemnicy. Nie było prawa nakazującego zabijanie Żydów, Romów czy Polaków. Istniały tylko dyrektywy polityczne i rozkazy wojskowe, które — w sensie prawnym — były nielegalne w świetle prawa niemieckiego i międzynarodowego. Program nazistów dotyczył eutanazji niedobrowolnej i adobrowolnej. Nie chodziło o troskę o zabijanych i wolę pacjenta. Uzasadnieniem „moralnym” było pochodzenie rasowe, zdolność do pracy, orientacja seksualna i czystość narodu aryjskiego. Współczesne propozycje legalizacji eutanazji odnoszą się do szacunku dla ludzkiej autonomii, woli pacjenta i uniknięcia bezsensownego cierpienia. [28] Rozumiem, że argument „równi pochyłej” może być jednak dalej broniący ze względu na to, że zakaz prawny eutanazji służy „użytecznemu celowi”. Cel ów jest określony przez wyraźny zakaz eutanazji. Istnieje jasna granica: prawo zabrania zabijania niewinnych istot ludzkich. Oczywiście, istnieje problem, że być może, niektórzy, wiedząc, iż inni ludzie są w pewnych okolicznościach legalnie zabijani, mogą uznać zabijanie za moralnie dopuszczalne i przesuwając „granice coraz dalej”. [29] Powyższy „użyteczny cel” (edukacja społeczna) wsparty zakazem prawnym eutanazji dotyczy, według mnie, wychowawczej funkcji prawa i wchodzi w zakres ingerencji prawa w sferę moralności. *Per analogiam*, należałoby bowiem wprowadzić absolutny zakaz aborcji lub zabicia w obronie koniecznej, aby nikogo nie demoralizować. Prawo karne dopuszcza zabicie człowieka w obronie koniecznej i w stanie wyższej konieczności. Gdy agresorem jest osoba niepoczytalna, zabicie niepoczytalnego w obronie koniecznej jest legalnym zabiciem osoby niewinnej (niepoczytalnemu nie można przypisać winy w sensie prawnym).

Zwolennicy eutanazji nie proponują, aby prawo zmienić w tym kierunku, że każdy może przeprowadzić eutanazję. Wówczas, rzeczywiście, powstałoby realne zagrożenie. Trzeba jasno stwierdzić, że czyny eutanazyjne mogłyby być dokonywane tylko przez lekarza za zgodą innego lekarza. W takich warunkach nie jest prawdopodobne rozpowszechnienie się tendencji do zabijania, wymykającej się spod kontroli społeczeństwa. Lekarze już dziś poprzez samą możliwość powstrzymywania się od leczenia mają ogromną władzę nad życiem i śmiercią. Przecież również obecnie lekarz może nie podać antybiotyku osobom z mniejszości etnicznych lub ekstremistom politycznym. Zalegalizowanie eutanazji byłoby środkiem kontroli nad samymi lekarzami. Inni lekarze, władza i opinia publiczna uzyskaliby kontrolę, wiedzę i dostęp do tajemnic lekarskiego gabinetu. Jako dodatkowy argument przedstawić można przykłady społeczeństw legalizujących eutanazję w historii. Przyzwalający stosunek Greków czy tradycyjnych Eskimosów do zabijania pewnych kategorii istot ludzkich nie wpłynął na załamanie ogólnych restrykcji przeciw zabijaniu ludzi. Nie jest tak także we współczesnej Holandii. To prawda, że istnieje kryzys tradycyjnej etyki opartej na świętości życia. Odejdźcie od tej etyki niesie ze sobą pewne, raczej niewielkie, ryzyko „niechcianych konsekwencji”. Chodzi tu o nadużycia lekarskie lub negatywne, aspołeczne zmiany

świadomości niektórych ludzi. Z drugiej strony, występuje realna krzywda stosowania tradycyjnej etyki w praktyce, polegająca na niepotrzebnym przedłużaniu życia osobom cierpiącym i śmiertelnie chorym. Słabość tradycyjnej etyki opartej na kazuistycznych zakazach i nakazach jest widoczna w powszechnej akceptacji dla aborcji i biernej eutanazji. Aborcja i bierna eutanazja – czy to w formie legalnej, czy nielegalnej – zyskały społeczne poparcie na Zachodzie. [30] Wydaje się, że przyczyny kryzysu tradycyjnej etyki (absolutyzm wartości), zwłaszcza tej opartej na religii, są głębsze. Wynika z „przewartościowania wartości”, konsumpcjonizacji i hedonizacji społeczeństw, zmian stylu życia, nowych zwyczajów i mody.

Nie sposób pominąć argumentów znanego przeciwnika eutanazji – profesora medycyny Ryszarda Fenigsen. Posługuje się on pojęciem „mentalności tajgetejskiej” rozumianej jako światopogląd, wedle którego państwo i społeczeństwo powinny uwolnić się od słabych i bezużytecznych jednostek. Uznaje takie idee za poboczny, a nie główny, nurt naszej cywilizacji. Wedle Fenigsen, moralny rozwój ludzkości postępujący przez kilkadziesiąt wieków sprawił, że powstrzymano w różnych dziedzinach życia społecznego tendencję do wywyższania własnego życia kosztem innych i zahamowano lub ograniczono wszelką dyskryminację słabszych. [31] Fenigsen przestrzega przed „logiką eutanazji”: polega ona na tym, że praktyka eutanazji rozszerza się na kategorie pacjentów, którzy nie mają możliwości wyrażenia na nią zgody (upośledzone noworodki, chorzy psychicznie, pacjenci w śpiączce, upośledzeni umysłowo, zamroczeni). Ukrytą eutanazję, występującą bez zgody i wiedzy pacjentów, nazywa kryptanazją. Głównym argumentem przeciw eutanazji jest zniszczenie relacji między lekarzem a pacjentem. Posłużyła się nim np. komisja Izby Lordów, uniemożliwiając debatę nad projektem ustawy o eutanazji ze względu na konieczność niedopuszczenia do tego, „aby za białym fartuchem lekarza ukazał się oczom chorego cień mordercy”. [32]

Fenigsen w ramach ruchu na rzecz eutanazji wyróżnia dwa nurty: „nurt wolnościowy” i „nurt eksterminacji”. Jego atak nie skupia się na „nurcie wolnościowym”, nawiązującym do filozofii Johna Stuarta Milla i apoteozującym ideę wolności człowieka, autonomii moralnej, prawa wyboru śmierci oraz idee humanitaryzmu. Krytyka ze strony przeciwników legalizacji eutanazji dotyczy „nurtu eksterminacji”, którego wizją jest ludzkość zdrowa, szczęśliwa, wolna od cierpień i chorych, bezużytecznych jednostek. Nurt ów, reprezentowany przez skrajną myśl Jana van den Berga, dąży do niedobrowolnej eutanazji osób starych i chorych, osób z demencją starczą, nieprzytomnych po wypadkach oraz kalekich noworodków. O eutanazji winna decydować stosowna komisja, a nie rodzina lub pacjent. Rodziny nie powinny zwlekać z wnioskiem o eutanazję. W takim przypadku komisja podejmie decyzję, pomijając zdanie rodziny i pacjenta – zalecał kontrowersyjny profesor neurologii Jan van den Berg. Fenigsen traktuje ten nurt jako „niezatarte piętno eksterminacji”. [33] W aneksie do swej książki *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* [34] prorokuje, że nurt wolnościowy zrzeszający „szczerych i naiwnych”, chcących rozszerzyć wolności człowieka w imię zasady wolności wyborów moralnych, zostanie wykorzystany przez „bezwzględnych fanatyków” z nurtu eksterminacji, pragnących zniszczenia istot ludzkich słabych biologicznie w imię ideału silnego i zdrowego człowieka. Walka „zwolenników wolności” o rozszerzenie wolności i swobód skończy się paradoksalnie w tym „sojuszu”. Skutek działań będzie zupełnie odwrotny od oczekiwań liberałów. Człowiek będzie zmuszany do śmierci, a jego prawo do życia będzie ograniczane. [35] Uwagi i rozważania Fenigsen uważam za zbyt daleko idące, gdyż żądając absolutnego zakazu eutanazji, popiera ingerencję prawa w sferę moralności. Mimo to wydają się być niezwykle cenne dla liberałów, którzy muszą sobie zdać sprawę z tych zagrożeń oraz żądać jak najostrzejszych i jak najbardziej kontrolowanych procedur eutanazyjnych. [36] Paradoksalnie, krytyka Fenigsen może tylko wzmocnić ideę zaostrożonej i bezpiecznej procedury eutanazyjnej.

Reasumując, zakaz eutanazji stanowi ingerencję prawa w sferę moralności. Zakaz eutanazji nie jest niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa. Dopuszczalność eutanazji w skrajnych przypadkach medycznych nie narusza minimum etycznego i nie jest ingerencją prawa w sferę moralności. Nie chodzi w tym miejscu o eutanazję niedobrowolną, której zakaz jest oczywisty.

3. Prawne unormowania eutanazji na świecie.

Prawne regulacje dotyczące eutanazji ulegały istotnej zmianie w ciągu wieków. Pozostawały one zawsze w wyraźnym związku z samobójstwem jako zjawiskiem społecznym i jednostkowym. Regulacją prawną obejmowano bowiem pomocnictwo do samobójstwa. Obecnie mówimy o eutanazji jako szczególnego rodzaju zachowaniu lekarza względem pacjenta.

W starożytności dopuszczano moralnie i prawnie zarówno samobójstwa, jak i pomocnictwo do samobójstw. W niektórych państwach (Keos, Masslia, Ateny) zgodę wydawał Senat (w Atenach – w razie nieuleczalnej choroby). Średniowiecze determinowane ortodoksyjnym stanowiskiem Kościoła wprowadziło restrykcje w stosunku do dopuszczalności samobójstw i pomocnictwa do nich. Sankcje były bardzo dotkliwe (np. konfiskata majątku). We Francji ordonans z 1670 r. przewidywał, że niedoszły samobójca odpowiada jak morderca, a zatem grozi mu kara śmierci. W niektórych europejskich ustawodawstwach nie przewidywano konfiskaty majątku samobójcy (*Lex Romana Visigothorum*, *Constitutio Criminalis Carolina*, prawo staroangielskie). Karalność samobójstwa stopniowo znoszono (Prusy – w 1751 r., Francja – 1791 r., Austria – 1853 r., Włochy – 1889 r., Anglia – 1961 r.). Mimo to surowo traktowano zwłoki samobójców („ciche pogrzeby”) i majątki sprawców (Niemcy do poł. XIX w., Szwecja – do początków XX w.). W 1994 r. Sąd Najwyższy Indii doszedł do wniosku, że nie należy karać samobójców, gdyż są to osoby potrzebujące opieki psychiatrycznej. Wyjątkiem jest wciąż rygorystyczne ustawodawstwo Singapuru. Natomiast w tradycji etycznej i prawnej Japonii samobójstwo zwane *seppuku*, *harakiri*, było zawsze wyrazem uratowania honoru i jest akceptowane po dziś dzień. [37] Japoński naukowiec rozpatruje kwestię eutanazji w kontekście godności ludzkiej, podkreślając, że wyraźne żądanie pacjenta powinno być uznawane jako prawnie ważne, pod warunkiem, że pacjent jest zdolny wyrazić własną wolę.} Generalnie można powiedzieć, że w wielu porządkach prawnych po zniesieniu karalności samobójstwa wprowadzono samodzielną karalność za pomocnictwo do samobójstwa. Wcześniej stanowiło ono jedną z form zjawiskowych przestępstwa (współsprawstwo). Takie uregulowania już w XIX wieku wprowadzono w krajach niemieckich. [38] Domniemywać można, że samobójstwo i pomocnictwo do niego spotykało się ostrą reakcją społeczną ze względu na uderzenie w powszechnie podzielane wartości społeczne – świętość ludzkiego życia i obrazę boskiego majestatu (*crimen laese maiestatis Divinae*), jak również w wiarę w ład społeczny.

Ruch na rzecz legalizacji eutanazji rozwijał się od lat 30. XX w. W 1935 r. powstało *English Euthanasia Legalization Society*. Rok później w Izbie Lordów towarzystwo przedstawiło projekt ustawy o dopuszczalności eutanazji w stosunku do osoby dorosłej, cierpiącej na ciężką i nieuleczalną chorobę, zdrowej psychicznie, wyrażającej swoją wolę z pełną świadomością. Projektu ustawy odrzucono zdecydowanie. Powstałe w 1938 r. *American Euthanasia Society* przedstawiło propozycje zbliżone do angielskich. Do 22 stanów USA w latach 1969-1975 wpłynęło 35 projektów. Projekty dopuszczały eutanazję bierną (tylko w stanie Wisconsin – eutanazję czynną). W projektach regułą było umieszczanie deklaracji *right to death with dignity* („prawo do godnej śmierci”). W 1950 r. wybitne osobistości z Anglii i USA skierowały list do ONZ z żądaniem włączenia do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka prawa do dobrowolnej eutanazji osób cierpiących na nieuleczalną chorobę – *right of incurable sufferers to voluntary euthanasia*. W petycji wskazano, że człowiek ma prawo do życia, ale nie ma obowiązku życia, jeśli jest ono wyłącznie wydłużającym się cierpieniem. *Euthanasia Education Council*, powstałe w 1967 r., przedstawiło koncepcję *living will* („testament życiowy”), czyli ostatecznej woli pacjenta (oświadczenie o woli życia lub śmierci w razie np. wypadku, cierpienia związanych z nieuleczalną chorobą lub braku świadomości pacjenta). Początkowo odrzucane amerykańskie projekty jednak w gruncie rzeczy nie różniły się od tej koncepcji. Postulowano ponadto weryfikację poglądu na temat kryterium śmierci. W 1976 r. ponadto w Tokio odbyła się I Międzynarodowa Konferencja w sprawie eutanazji, na której uchwalono prawo człowieka do godnej śmierci – *right to die with dignity*. [39]

Wydaje się, że nie będzie fałszywą teza, iż w historii prawa da się zauważyć pewną tendencję w zakresie regulacji samobójstwa, pomocnictwa do niego oraz eutanazji, polegającą na przejściu od modelu penalizacji samobójstwa (i pomocnictwa) poprzez model depenalizacji samobójstwa (ewentualnie z penalizacją pomocnictwa), do modelu depenalizacji eutanazji (wraz z depenalizacją wspomaganego samobójstwa). Tezę tę potwierdza analiza współczesnego prawodawstwa odnoszącego się do eutanazji. Idea rozszerzającej się wolności człowieka jest widoczna w rozwoju prawa eutanazyjnego, zwłaszcza w orzecznictwie.

W Niemczech kodeks karny nie przewiduje karalności za pomocnictwo do samobójstwa. Istotną rolę odgrywa w tym względzie orzecznictwo. *Bundesgerichtshof* orzekł 31 lipca 1987 r. w słynnej „sprawie Hackethal”, że należy rozróżnić niezabronione pomocnictwo w popełnieniu samobójstwa od popełnienia zabójstwa na życzenie. Aktywna pomoc w samobójstwie jest niekarana (np. podanie komuś pistoletu; zapisanie przez lekarza śmiertelnej dawki leków). Zaniechanie udzielenia pomocy samobójcy (osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie utraty zdrowia lub życia) jest karalne (np. samobójca tracący po zażyciu leków przytomność musi być ratowany przez lekarza, który pełni funkcje gwaranta jego zdrowia; w przeciwnym razie, lekarz popełni zabójstwo przez zaniechanie).

[40] Takie stanowisko Federalnego Sądu Najwyższego ma też oparcie w wyroku z 1984 r. w sprawie doktora Wittiga. [41] Tę linię orzeczniczą potwierdza wyrok z 7 lutego 2001 r. Sąd nie zgodził się z tezą, że osoba dostarczająca i podająca bezpośrednio śmiertelny środek osobie nieuleczalnie chorej odpowiada za nieudzielenie pomocy w niebezpieczeństwie. W tej sprawie emerytowana lekarka cierpiąca na stwardnienie rozsiane i przykuta do łóżka wypełniła nawet „deklarację o dobrowolnej śmierci”. Formalnie oskarżonego teologa protestanckiego ze szwajcarskiego stowarzyszenia propagującego prawo do samostanowienia w zakresie zdrowia i życia ostatecznie skazano za wwiezienie do Niemiec zakazanego tam środka narkotycznego w niedopuszczalnej dawce (symbolicznie – na karę grzywny). [42] Niemiecki porządek prawny można uznać za liberalny w odniesieniu do asystowania osobie nieuleczalnie chorej w samobójczej śmierci.

We Francji pomocnictwo w samobójstwie nie jest karalne. Projekty postulujące wprowadzenia karalności pomocnictwa nie weszły nawet pod obrady parlamentu. Podobnie stało się propozycją senatora Dailly'ego (karalność podżegania i pomocnictwa przy samobójstwie). Sytuacja zmieniła się w związku z wydaniem podręcznika nauczającego bezbolesnego popełnienia samobójstwa. Uchwalono 31 grudnia 1987 r. ustawę penalizującą prowokację do samobójstwa i propagowanie samobójstwa. Samo jednak pomocnictwo przy samobójstwie pozostało bezkarne. Jediną możliwością pociągnięcia do odpowiedzialności jest skorzystanie z przepisów o nieudzieleniu pomocy osobie znajdującej się w niebezpieczeństwie (art. 223-13 do 223-15 kodeksu karnego). Sądy rzadko uznają, że osobą taką jest także osoba własnoręcznie dokonująca próby samobójczej. [43] Porządek prawny we Francji jest zbliżony pod względem stosunku do eutanazji i wspomaganego samobójstwa do niemieckiego modelu.

Art. 115 kodeksu karnego w Szwajcarii formalnie przewiduje karalność pomocnictwa do samobójstwa, gdy doszło do co najmniej próby samobójczej, a sprawca działał kierowany motywacją egoistyczną (*aus selbstsuechtigen Beweggründen*). [44] W innych przypadkach, gdy motywem wspomaganego samobójstwa są racje humanitarne, litość, współczucie, szacunek dla czyjejś woli i autonomii, nie ma mowy o popełnieniu przestępstwa, gdyż sprawca nie wypełnia znamion przestępstwa (brak „motywacji egoistycznej”). Stowarzyszenie *Exit*, o którym była mowa przy omawianiu wyroku Federalnego Sądu Najwyższego z 2001 r. w Niemczech, może zatem działać bez ograniczeń karnoprawnych. Stowarzyszenie otwarcie i w sposób powszechny pomaga w samobójstwie osobom nieuleczalnie chorym. Art. 128 kodeksu karnego przewiduje jednak karalność nieudzielenia pomocy osobie w niebezpieczeństwie (surowsza jest sankcja dla osoby obowiązanej do opieki, np. dla lekarza). Zdaniem doktryny szwajcarskiej racjonalne samobójstwo osób nieuleczalnie chorych wyklucza odpowiedzialność osoby aktywnie pomagającej w samobójstwie (np. lekarz) za nieudzielenie pomocy w niebezpieczeństwie. Odpowiedzialność jest wtedy, gdy są wątpliwości co do woli samobójcy, który może nie chce umrzeć, a jego czyn jest „wołaniem o pomoc”. Podobne jak w Szwajcarii są przepisy peruwiańskiego kodeksu karnego z 1924 r. Osoba pomagająca komuś w samobójstwie z przyczyn altruistycznych nie ponosi odpowiedzialności karnej. [45] Ustawodawstwa szwajcarskie i peruwiańskie uznać należy za liberalne i cechujące się w wysokim stopniu humanitaryzmem. Taka ocena nie zmienia faktu, że możliwe są określone nadużycia na gruncie tych prawodawstw.

Jak zauważa M. Nesterowicz, orzeczenie *In re Quinlan* (1976 r.) [46] było przełomowym w orzecznictwie amerykańskich sądów rozpatrujących kwestie związane z „prawem do godnej śmierci”. Sądy uzasadniały prawo do nieprzedłużania życia konstytucyjnym *right to privacy* (prawo do prywatności). Orzecznictwo amerykańskie miało wpływ na uchwalenie ustaw stanowych dopuszczających *living will*. [47]

Sprawa *Karen Ann Quinlan* miała dramatyczny i tragiczny charakter. W 1975 r. w skutek utraty przytomności z nieznanych przyczyn młoda 21-letnia dziewczyna została hospitalizowana. Nie stwierdzono przyczyn choroby. Wkrótce pacjentkę podłączono do aparatu tlenowego, czyli respiratora. Pacjentka podłączona została także do urządzenia kontrolującego akcję serca, sztucznie ją odżywiano, a leki podawano poprzez kroplówkę. Był to tzw. *persistent vegetative state* (*PVS*, stały stan wegetatywny). Rodzice pacjentki zażądali po wielu miesiącach takiego stanu rzeczy odłączenia córki od respiratora. Lekarze odmówili ze względów etycznych. Sąd I instancji również odmówił, kierując się opiniami biegłych przestrzegających, że odłączenie oznacza śmierć dla Karen Ann. W sprawie wypowiedział się w końcu Sąd Najwyższy New Jersey w 1976 r. Stanął na stanowisku, że zakończenie stosowania środków nadzwyczajnych (*extraordinary*) nie będzie zabójstwem. Sąd zastanawiał się, jaka byłaby wola pacjentki i jak rozumieć jej *right to privacy*. Ojciec Karen został uznany za opiekuna (*guardian*), który miał prawo podjąć decyzję o zaprzestaniu podtrzymywania przy życiu. Respirator ostatecznie odłączono, ale pacjentka nie zmarła. Stało się tak

mimo opinii biegłych, które wskazywały na inne skutki odłączenia od respiratora. Karen Ann zmarła w 1985 r., 10 lat od tragicznego wypadku i 9 lat od orzeczenia stanowego Sądu Najwyższego pozwalającego odłączyć respirator. Nie odzyskała nigdy przytomności. Podkreśla się, że był to pierwszy przypadek usankcjonowanej wyrokiem sądowym antydystanazji (zaprzestanie sztucznego podtrzymywania życia, pozwalające umrzeć śmiercią naturalną). [48]

Sądy amerykańskie respektowały potem wolę prawnych opiekunów lub rodziny nieświadomego pacjenta w wielu głośnych sprawach (np. *Superintendent of Belchertown State School v. Saikiewicz* z 1977 r. [49], *In re Storar* z 1981 r. [50], *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* z 1990 r. [51]). Uznały również z czasem wolę samego pacjenta, który nie był w stanie terminalnym (*Bartling v. Superior Court* z 1984 r. [52], *Bouvia v. Superior Court* z 1986 r. [53]).

Trzeba podkreślić, że ustawa kalifornijska z 30.09.1976 r. – *Natural Death Act* [54] jest pierwszym na świecie i w USA prawem zezwalającym na bierną eutanazję. Według ustawy każda osoba dorosła posiada prawo do kontrolowania decyzji o zabiegach lekarskich, które się do niej odnoszą. Chodzi także o *life-sustaining procedures* (stosowanie środków sztucznie podtrzymujących życie) w sytuacji, gdy śmierć jest bliska (*terminal condition*), a szczególne procedury odwołają się tylko w czasie jej moment. Medycyna i jej techniczne możliwości pozwalają na podtrzymywanie życia poza granice „naturalnego życia”. Ustawa respektuje ochronę autonomii jednostki (*autonomy*), jej godność (*dignity*) i prywatność (*privacy*) oraz wolność od bólu i cierpień. *Written directive* polega na złożeniu pisemnego oświadczenia woli przez dorosłą osobę, polecającego lekarzowi niestosowanie lub zakończenie stosowania środków podtrzymujących życie w sytuacji nieuniknionej śmierci. Realizacja tej dyspozycji nie jest samobójstwem. Nie ma wpływu na ważność i zmianę polisy ubezpieczeniowej na życie. Ustawa podkreśla wyraźnie, że nie może być interpretowana jako legalizowanie czynnej eutanazji. Nie może być interpretowana jako dopuszczenie działania lub jakiegokolwiek zachowania innego niż tylko i wyłącznie pozwolenie na naturalną śmierć na warunkach ustawowych. *Living will* jako deklaracja składającego oświadczenie musi być podpisana właśnie przez niego oraz dodatkowo przez dwóch świadków. Świadczeni nie mogą być krewnymi ani małżonkami. Nie mogą być również spadkobiercami lub zapisobiercami. Świadkiem nie może być ponadto lekarz leczący osobę składającą oświadczenie, pracownik lekarza ani pracownik zakładu leczniczego, gdzie składający deklarację jest pacjentem. Świadczeni wraz ze składającym deklarację stwierdzają, że jest on psychicznie zdrowy, działa z rozeznaniem i dobrowolnie. Deklaracja jest ważna przez 5 lat od daty sporządzenia. Odwołać można ją pisemnie lub ustnie w każdym czasie albo przez zniszczenie jej. [55] Warto zauważyć, że *directive* nie jest ważna w okresie ciąży (*is not valid during pregnancy*). Istotne jest również zastrzeżenie o możliwości zmiany decyzji.

Treść deklaracji jest dokładnie ustalona przez ustawę. Wyraża się życzenie, by można było umrzeć naturalnie, bez sztucznego przedłużania życia. Dotyczy to sytuacji, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna w wyniku nieuleczalnej choroby lub wypadku. Dwóch lekarzy musi jednocześnie uznać, że stosowanie środków podtrzymujących życie stanowi tylko sztuczne przedłużanie momentu zgonu i że śmierć nastąpi nieuchronnie, bez względu na stosowanie czy niestosowanie tych środków. *Directive* jako wyraz woli pacjenta wiąże jego lekarza i rodzinę. Odpowiedzialność cywilna nie spoczywa na lekarzu ani zakładzie leczniczym, działających zgodnie z deklaracją. Zauważyć warto, że lekarz niestosujący się do deklaracji nie ponosi żadnej odpowiedzialności (karnej i cywilnej), powinien tylko podjąć konieczne kroki w celu przeniesienia pacjenta do lekarza, który tę wolę pacjenta uszanuje i deklarację będzie realizował w praktyce. [56] Można sobie zadać pytanie, w jakim stopniu przepisy dotyczące *living will* stanowią interwencję prawa w sferę moralności? Wydaje się, że przepisy zakazujące albo nie respektujące *living will* i woli pacjenta stanowią interwencję prawa w sferę moralności.

Ustawa kalifornijska była wzorcową dla innych stanów amerykańskich (około połowa stanów), które uchwaliły podobne akty ustawowe w latach 70. XX w. Wywołały one sporą dyskusję w literaturze amerykańskiej. Mimo entuzjazmu wielu naukowców dla tych wolnościowych rozwiązań prawnych wskazuje się też na pewne wady koncepcji *living will*. [57]

W USA tylko w stanie Oregon możliwe jest legalne wspomaganie samobójstwo eutanatyczne (*Death with Dignity Act* z 1994 r. [58]). Polega ono na dość skomplikowanej procedurze przepisania śmiertelnego środka przez lekarza dla osoby dorosłej cierpiącej z powodu choroby (*suffering from terminal disease*), żądającej na piśmie zakończenia swego życia. Przewidziano konsultacje z innym lekarzem. W przypadku podejrzenia przez lekarza lub konsultanta zaburzeń psychicznych albo depresji u pacjenta, przepisanie *lethal drugs* jest możliwe dopiero po uzyskaniu właściwej opinii

specjalisty (*counselling*). Wprowadzono obowiązek prowadzenia dokumentacji sprawy i składania krótkiego raportu (*brief report*) do *Oregon Health Division*. Ograniczono podmiotowo dostępność świadczenia do rezydentów Oregonu. Porównując prawo Oregonu z ustawą holenderską i australijską, należy zauważyć dwie kwestie. Nie ma obowiązku wydania opinii przez dwóch lekarzy (jak w Holandii). Lekarz-konsultant nie musi być też specjalistą z zakresu psychologii i opieki paliatywnej (jak w *ROTTI*). Oregon penalizuje jednocześnie eutanazję czynną. W doktrynie oraz w mediach podnosi się, że możliwe są nadużycia przy stosowaniu ustawy (m. in. z powodu braku wymogu „ciężkiego cierpienia” u pacjenta, *suffering severely*). [59] Ustawa stanu Oregon jest zupełnie odmienną regulacją prawną niż ustawa kalifornijska i nie reguluje instytucji „testamentu życia” i pełnomocnika. Łączy je poszanowanie woli pacjenta co do decyzji o zakończeniu życia. Ustawa z Oregonu ogranicza również ingerencję prawa w sferę moralności.

W USA zabroniono pomocnictwa do samobójstwa i odróżniono wspomagane samobójstwo od legalnego prawa do odmowy leczenia w kontrowersyjnych sprawach *Washington v. Glucksberg* z 1997 r. [60], *Vacco v. Quill* z 1997 r. [61], *People of the State Michigan v. Kevorkian* [62] oraz w *Controlled Substance Act* z 1984 r. W Kanadzie w słynnej sprawie *Rodriguez v. Le procureur general du Kanada et la procureur general de la Colombie-Britannique* z 1993 r. [63] zakazano pomocnictwa do samobójstwa. Z kolei w Wielkiej Brytanii art. 2 *Suicide Act* z 1961 r. penalizuje pomoc w samobójstwie. [64] Podtrzymano tę penalizację w głośnych orzeczeniach: *R v. Adams* [65], *Judgements-Regina v. Secretary of State of the Home Department (Appellant) ex parte Razgar (FC) (Respondent)* [66], *Pretty v. the United Kingdom* z 2002 r. [67]. W USA władze w praktyce ograniczają dostęp do środków medycznych wykorzystywanych przy samobójstwie z udziałem lekarza w Oregonie. W 1998 r. w Oregonie zmarło wskutek wspomaganego samobójstwa 15 osób. [68] Wydaje się, że nie jest niemożliwa zmiana linii orzeczniczej w nieodległej przyszłości, gdyż toczy się w tych krajach ciągle żywa debata społeczna i prawnicza.

Największe problemy współcześnie wzbudza legalizacja czynnej, dobrowolnej eutanazji. Istnieją państwa traktujące taki rodzaj eutanazji jako przestępstwo zabójstwa (np. Francja, Wielka Brytania, Kanada, Szwecja, Izrael, Czechy). W wielu innych państwach kwalifikuje się ją jako uprzywilejowany typ przestępstwa zabójstwa (np. Niemcy, Polska, Austria, Dania, Włochy, Grecja, Szwajcaria). Orzecznictwo w Japonii jest dość liberalne dla sprawców tego rodzaju eutanazji (podstawowym warunkiem są nieznośne cierpienia, nieuleczalność i śmiertelność choroby). [69]

Pierwszym na świecie aktem ustawodawczym dopuszczającym eutanazję czynną dobrowolną [70] był australijski *Rights of the Terminally Ill Act* ('*ROTTI*' Act) z 1995 r. Uchwalono go niewielką większością głosów. Obowiązywał na Terytoriach Północnych i był stosowany tylko przez rok. Wszedł w życie w czerwcu 1996 r., ale Federalny Parlament uchylił go w marcu 1997 r. [71] Przewidywał następujące warunki dokonania eutanazji: pełną świadomość (*sound mind*) pacjentów, decyzję podjętą po odpowiednim rozważeniu sytuacji (*after due consideration*), terminalną fazę nieuleczalnej choroby, nieznośne i niedające się uśmierzyć bóle (*severe pain or suffering*), pełną informację od lekarza o chorobie i możliwych zabiegach leczniczych oraz opiece paliatywnej (*palliative care*), pisemne żądanie pacjenta (*certificate of request*), opinie aż trzech lekarzy, w tym konsultację z psychiatrą, rozważenie przez pacjenta implikacji jego decyzji dla rodziny, okres nie mniej niż 7 dni pomiędzy podjęciem decyzji przez pacjenta i poinformowaniem lekarza a podpisaniem pisemnego żądania, okres nie mniej niż 48 godzin między pisemnym żądaniem a wykonaniem żądania pacjenta, brak korzyści materialnych dla personelu w związku ze śmiercią. *Euthanasia Laws Act* ('*the Andrews Act*') z 1997 r. uchylił ów akt, odbierając prawo parlamentów autonomicznych do decydowania w sprawie eutanazji. [72]

W Australii eutanazja czynna dobrowolna jest przedmiotem publicznej debaty oraz sporów w doktrynie. Badacze australijscy zauważają, że ustawa z 1995 r. była mniej bezpieczna proceduralnie niż ustawa holenderska, ponieważ na Terytoriach Północnych nie było wymogu informowania przez lekarza o akcie eutanazji i składania przez niego raportu do specjalnego komitetu. Ograniczono zatem możliwość ścigania nadużyć w eutanazji i wspomaganym samobójstwie. [73]

Sytuacja w Holandii była bardziej złożona. W powszechnym odczuciu jest to kraj o najbardziej liberalnym prawie eutanazyjnym. Zanim jednak uchwalono w 2001 r. ustawę pozwalającą na eutanazję czynną dobrowolną, występowała powszechna praktyka nielegalnej eutanazji czynnej już od lat 70. XX w. Sądy holenderskie traktowały eutanazję czynną jako działanie w warunkach stanu wyższej konieczności. Praktyka organów wymiaru sprawiedliwości doprowadziła do faktycznej dekryminalizacji eutanazji czynnej. [74] Sąd Najwyższy nie wszystkie sprawy traktował tak liberalnie

(jak się uważa potocznie), żądając respektowania określonych warunków (nieuleczalność choroby, ogromne cierpienia fizyczne lub psychiczne, pisemna lub ustna wola). Doszło do „zмовy milczenia” praktyki lekarskiej z organami ścigania. [75] Wypracowano w latach 80. „warunki ostrożnej praktyki medycznej”. W 1984 r. *General Board of the Royal Dutch Medical Association* opublikowała warunki, które należy spełnić przy eutanazji. Orzecznictwo odnosiło się pozytywnie do tych wytycznych. [76] W 1990 r. zawarto porozumienie między Towarzystwem Medycznym a Ministrem Sprawiedliwości dotyczące procedury eutanazyjnej. Lekarz nie wydawał już deklaracji o naturalnej śmierci, ale miał obowiązek powiadomienia prokuratury o przypadku czynnej eutanazji, a prokuratura badała, czy spełniono powyższe „warunki”. Niestwierdzenie uchybień przez lekarza-eksperta wobec tych „warunków” skutkowało odstąpieniem od wszczęcia postępowania karnego wobec lekarza. [77] W latach 90. podstawy prawne miały już „testamenty życia” i instytucja pełnomocnika do spraw zdrowia. Mimo to na gruncie prawa karnego eutanazja czynna cały czas była przestępstwem zabójstwa. [78] Warto zauważyć, że występował w tej sytuacji klasyczny przykład dylutacji mocy obowiązującej prawa powszechnie obowiązującego. [79] Mówiąc prościej, mieliśmy do czynienia z martwym prawem (*dead letter*) i absolutną przewagą *law in action* nad *law in books*, ukazującą hipokryzję prawodawcy z jednej strony, a pragmatyzm władzy – z drugiej.

Trzeba podkreślić, że ustawa holenderska z 2001 r. nie używa terminu „eutanazja”, tylko mówi o „zakończeniu życia na żądanie pacjenta” lub „pomocy w samobójstwie”). Ustawa wprowadziła zmiany do kodeksu karnego. Uchyłono karalność i bezprawność karną eutanazji w określonych okolicznościach. Do wymogów „ostrożnej praktyki medycznej” zalicza się: świadomą i trwałą decyzję pacjenta, upewnienie się lekarza co do podstaw decyzji (wykluczenie depresji), nieuleczalność choroby i cierpienia „nie do zniesienia”, dokładną informację o stanie zdrowia dla pacjenta, dyskusję między lekarzem a pacjentem i wspólne dojście do wniosku o konieczności eutanazji, konsultację z innym lekarzem, pisemną opinię tego lekarza, szczegółową dokumentację lekarską powyższych czynności. Decyzję o swej woli i eutanazji pacjent może umieścić także w testamencie życia. Lekarz – i to bez ponoszenia żadnych sankcji – nie musi się zastosować do testamentu. Istnieją pewne ograniczenia prawne względem osób niepełnoletnich. Osoby mające 16 lat podejmują decyzję z udziałem rodziców lub opiekunów. Osoby powyżej 12 lat muszą mieć zgodę rodziców lub opiekunów. Obligatoryjne dodatkowe konsultacje są wymagane także w przypadkach: 1) osób z zaburzeniami psychicznymi, 2) wątpliwości lekarza co do decyzji pacjenta, jego świadomości i poczytalności. [80] Zauważmy, że w obu przypadkach decyzję podejmuje (lub uczestniczy w jej podjęciu) także małoletni pacjent, co może wydawać się dość kontrowersyjne. Zwłaszcza, dziwi brak udziału organu sądowego w procesie decyzyjnym, kontrolującego zgodność decyzji z ogólnymi warunkami przewidzianymi ustawą. Jak widać, mimo wszystko procedura eutanazyjna jest dość sformalizowana.

Warto dodać, że ustawa holenderska reguluje także kontrolę nad zasadnością eutanazji. Kontrola ma, rzecz jasna, charakter następczy. Lekarz dokonujący eutanazji jest zobowiązany przekazać całą dokumentację po akcie eutanazji do lokalnego lekarza-patologa. O spełnieniu wymogów ostrożnej praktyki lekarskiej decyduje specjalny komitet regionalny – organ złożony z prawników, etyków i lekarzy. Komisja, która stwierdzi, że złamano warunki ustawowe, przekazuje sprawę do prokuratury. Prokuratura wszczyna postępowanie w sprawie zabójstwa. Spełnienie wszystkich warunków ustawowych dotyczących działania lekarza jest objęte kontratypem. Czyn nie stanowi – ze względu na okoliczność wyłączającą jego bezprawność – przestępstwa zabójstwa. [81]

W 2002 r. uchwalono w Belgii ustawę o eutanazji opartą na regulacjach holenderskich. Modyfikacje polegają na wydłużeniu procedury eutanazyjnej (dłuższe odstępy czasu między kolejnymi rozmowami lekarza z pacjentem etc.). Testament życia (na wzór *living will*) jest ważny tylko 5 lat (jak w USA). Lekarz może odmówić dokonania eutanazji (podobnie jak w Holandii), ale musi wskazać pacjentowi innego lekarza, który jej dokona. [82] Podobne regulacje są w fazie projektów w innych krajach zachodnich (np. Hiszpania, Francja). [83]

Trzeba odnotować, iż przed wejściem w życie ustawy holenderskiej podnoszono, że tak naprawdę przypadki eutanazji w Holandii są poza skuteczną kontrolą, mimo proceduralnych zabezpieczeń stworzonych przez orzecznictwo i Holenderskie Towarzystwo Medyczne. [84] Wydaje się, że obecnie egzekwowanie przesłanek „ostrożnej praktyki medycznej” znajduje się na wyższym poziomie niż przed wejściem w życie ustawy (przed 2001 r.). Procedura eutanazji jest pod większą kontrolą państwa.

W prawie międzynarodowym nie występuje akceptacja dla eutanazji czynnej dobrowolnej.

Komitet Praw Człowieka ONZ zgłosił zastrzeżenia do ustawy holenderskiej (brak wymogu posiadania obywatelstwa holenderskiego, eutanazja nieletnich, brak kontroli innej niż następcza). Rada Europy w rezolucji nr 613 i rekomendacji nr 779 z 1976 r. opowiedziała się przeciw sztucznemu podtrzymywaniu życia oraz za prawem do godnej i spokojnej śmierci. W rekomendacji z 1998 r. potępiła eutanazję czynną, podkreślając prawo nieuleczalnie chorych do odpowiedniej opieki, wszelkich dostępnych środków i opieki paliatywnej na wysokim poziomie. Z kolei z Europejskiej Konwencji Bioetycznej (art. 9) wyinterpretowuje się zalecenie wprowadzenia instytucji testamentów życia (problem zgody pacjenta na każdą interwencję medyczną [85]). Nie powiodły się natomiast starania o zaliczenie prawa do godnej śmierci do praw człowieka w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. [86]

Kolejna wątpliwość powstaje przy eutanazji w związku z brakiem zgody pacjenta (albo jego rodziny, jeśli jest nieświadomy) na dalsze podtrzymywanie go przy życiu. Zgoda pacjenta na zabieg lub leczenie stanowi standard międzynarodowy [por. art. 5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej [87] oraz szerokie orzecznictwo angielskie [88], ale także bardzo ważne orzeczenie *R (Burke) v. General Medical Council (Official Solicitor and Others Intervening)* z 2005 r. [89]]. Pacjent musi być świadomy swoich czynów i poinformowany o stanie zdrowia oraz skutkach podejmowanej decyzji. Pacjent zdający sobie sprawę z krytycznego stanu zdrowia może nie chcieć dalszego cierpienia. Może nie zgadzać się również na radykalne pogorszenie jakości swego życia w związku z leczeniem. Może nie chcieć cierpieć, motywując to także brakiem przesłanek religijnych po jego stronie. Ponadto wykonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest przestępstwem (art. 192 par. 1 k.k.). Co powinien zrobić lekarz w przypadku braku zgody pacjenta na zabieg lub leczenie? Czy może pozwolić mu umrzeć? Czy cierpienie pacjenta i leczenie mimo bólu nie jest naruszeniem art. 1 Europejskiej Konwencji Prawa człowieka (wolność od tortur i poniżającego albo nieludzkiego traktowania)? Czy lekarz może działać w stanie wyższej konieczności (art. 26 k.k.) i respektować brak zgody pacjenta? Czy lekarz będący funkcjonariuszem publicznym (por. art. 115 par. 13 pkt 4 k.k.), nie respektując braku zgody pacjenta na leczenie, popełnia przestępstwo z art. 231 k.k. („Funkcjonariusz publiczny, który, przekraczając swe uprawnienia lub nie dopełniając obowiązków, działa na szkodę interesu publicznego lub prywatnego, podlega karze...“)? Odpowiedzi twierdzące stanowią asumpt do postulatów *de lege ferenda*.

Wydaje się oczywiste, że poważne wątpliwości mogą wystąpić w przypadku eutanazji i pacjenta w stanie terminalnym w polskim prawie. Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry nie porusza tego problemu, gdyż zakaz eutanazji wyrażono w art. 150 par. 1 k.k. („Kto zabija człowieka na jego żądanie pod wpływem współczucia dla niego...“). Kodeks Etyki Lekarskiej (mowa o nim szerzej w podrozdziale 5.7.) jest dużo bardziej szczegółowy w tym przedmiocie. Wzniosłe zasady etyczne są wyrażone w Preambule i „Zasadach ogólnych” (art. 1-4; np. art. 2 ust 2 wyraża zasadę *salus aegroti suprema lex esto* – dobro chorego najwyższym nakazem). Szczegółowe przepisy kodeksu konkretyzują te zasady. Wedle art. 30 kodeksu etyki lekarskiej, lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz jest zobowiązany do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i w miarę możliwości utrzymywać jakość kończącego się życia. Zaznaczmy, iż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (art. 32 ust. 1). W wypadku cierpienia umierającego uporczywa terapia nie wydaje się być realizacją wymagań etyki perfekcjonistycznej.

Art. 31 kodeksu etyki lekarskiej wyraźnie zakazuje stosowania eutanazji przez lekarza i pomagania choremu w popełnianiu samobójstwa. Powstaje pytanie: co zrobić w sytuacji, gdy lekarz uważa, zgodnie ze swym sumieniem i wiedzą, że dalsze cierpienia pacjenta nie mają sensu i w związku z tym nie chce dalej udzielać świadczeń zdrowotnych? Czy można zastosować art. 39 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, który dotyczy tzw. klauzuli sumienia? Lekarz bowiem ma prawo powstrzymać się od wykonywania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem. Zgodnie z art. 39, nie dotyczy to jednak sytuacji określonej we wspomnianym już art. 30 ustawy (obowiązek udzielania pomocy lekarskiej w niebezpieczeństwie utraty życia, rozstroju zdrowia, w sytuacji niecierpiącej zwłoki etc.). Ponadto lekarz, stosując klauzulę sumienia, musi wskazać możliwość wykonania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej. Z powyższych przepisów ustawowych i kodeksu etyki lekarskiej wynika, że lekarz nie może generalnie zaprzestać udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta w stanie terminalnym, powołując się na klauzulę sumienia. Mógłby to uczynić tylko w sytuacji, która nie może być podciągnięta pod art. 30 ustawy. Nie może również w żadnym wypadku dokonać eutanazji. Takie regulacje można traktować jako ingerencję prawa w sferę moralności i etyki zawodowej.

W orzecznictwie angielskim zdano sobie sprawę z faktu, iż nie można dłużej nie zauważać prawa pacjentów do deklaracji na temat leczenia lub jego przerwania. W sprawie *NHS v. Trust (adult patient: refusal of medical treatment)* z 2005 r. [90] pacjentka cierpiąca na zaburzenia osobowości zraniła sama siebie. Transfuzja krwi okazała się niezbędna. Pacjentka odmówiła poddania się zabiegowi. Sąd, nawiązując do doktryny paternalistycznej, nakazał przeprowadzenie zabiegu w celu ochrony życia (*preserve life*). Sędzia Charles wydał nakaz (*order*), uzasadniając go „najlepszym interesem pacjenta” (por. *R (Burke) v. General Medical Council (Official Solicitor and Others Intervening)*). Dodał, że w przypadku pacjenta nie posiadającego zdolności do podejmowania decyzji (*lack capacity*), istnieje problem jego „wewnętrznej deklaracji” (*interim declaration*) i jej legalności (*legality*). Sędzia Charles zauważył, że „nie można dłużej mówić, że deklaracja pacjenta jest nieznaną w prawie angielskim”. Pacjentka paranoicznie uważała, że „jej krew jest zła” i sprzeciwiała się wszelkim interwencjom medycznym (transfuzja). Konkluzja była taka, że jeśli pacjentka nie życzy sobie zabiegów medycznych w przyszłości albo jeśli znowu jej sytuacja będzie krytyczna, to o leczeniu lub jego przerwaniu powinien decydować specjalny pełnomocnik – opiekun (*guardian*) wyznaczony przez pacjentkę lub sąd. W innym orzeczeniu (*S’s case* [91], 1998 r.) sąd angielski podkreślił znaczenie autonomii osoby dorosłej zdolnej do podejmowania decyzji (*the importance of the autonomy of an adult of sound mind*).

Wydaje się, biorąc pod uwagę standardy międzynarodowe, że dopuszczalność eutanazji biernej w skrajnych przypadkach, dokonywana tylko w państwowych szpitalach i pozbawiona elementu komercyjnego (odpłatnego) [92], nie stanowi ingerencji prawa w sferę moralności. Natomiast całkowity zakaz eutanazji jest taką ingerencją (inkorporowanie zakazu perfekcjonistycznego moralnego do systemu prawa).

Dodać trzeba, że w Polsce wspomagane samobójstwo jest karane na mocy art. 151 kodeksu karnego. Stanowi on, że karze od 3 miesięcy do 5 lat podlega ten, kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie. [93] Lekarz lub ktoś bliski podający truciznę nieuleczalnie choremu, znoszącemu ogromne bóle w stanie terminalnym, odpowiada za pomocnictwo w samobójstwie. Z kolei art. 150 par. 1 k.k. mówi, iż takiej samej karze podlega osoba, która zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Jest to tzw. zabójstwo eutanatyczne, stanowiące uprzywilejowany typ przestępstwa zabójstwa. W przeciwieństwie do art. 151 (pomocnictwo w samobójstwie), art. 150 w par. 2 przewiduje możliwość zastosowania w wyjątkowych sytuacjach nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od wymierzenia kary. W stosunku do lekarza lub kogoś bliskiego odłączającego chorego od respiratora lub wstrzykującego choremu truciznę można zastosować nadzwyczajne złagodzenie wykonania kary lub nawet odstąpić od jej wykonania. Taka regulacja stanowi jakąś niekonsekwencję i brak spójności aksjologicznej na gruncie prawa karnego, skoro zabójstwo (co prawda, w typie uprzywilejowanym) jest traktowane łagodniej niż przestępstwo pomocy do samobójstwa (ze względu na brak w art. 151 k.k. analogicznego przepisu do przep. art. 150 par. 2 k.k.). Przepisy takie stanowią ingerencję prawa w sferę moralności. Jakie to względy kierowały ustawodawcą tworzącym tego rodzaju regulacje, które trudno uzasadnić logicznie i aksjologicznie? Ten, kto kogoś zabija z litości, może liczyć na złagodzenie kary lub w ogóle na jej niewymierzenie, ale osoba, która „tylko” pomaga w samobójstwie, na takie „dobrodziejstwo” liczyć już nie może, niezależnie od jej intencji (np. pomoc z litości). Na podstawie jakiej logiki jest możliwe istnienie i funkcjonowanie tak nieracjonalnych regulacji prawnych? Problem ten został zauważony w nauce i jest przedmiotem sporów doktrynalnych w Polsce. [94] Błędne regulacje wynikają chyba z braku głębszych analiz dotyczących konieczności ustosunkowania się przez kodeks karny do problemu zaprzestania podtrzymywania sztucznie życia i problemu eutanazji biernej, oraz specyficznych warunków i okoliczności pracy lekarskiej i medycznej.

4. Argumenty *pro* i *contra* . Wnioski: zabójstwo czy wolność i prawo pacjenta i rodziny?

Do podstawowych argumentów za legalizacją eutanazji zaliczyć można: prawo jednostki do decydowania o swoim życiu i śmierci, konstytucyjne prawo do prywatności, moralne prawo do zakończenia życia z godnością [95] (bez cierpień, niemożności panowania nad własnym ciałem i umysłem oraz bez przywiązania do aparatury medycznej), „utajnioną” praktykę lekarską (eutanazja bierna wprowadzona „tylnymi drzwiami”), jasne granice podtrzymywania życia. [96] Filozofowie w dyskursie uzasadniają *living will* prawem do życia, prawem do wolności i prawem do

szczęśliwej egzystencji. Ponadto wymienia się dwa ważne argumenty moralne za legalizacją eutanazji: autonomię jednostki i dobrowolność decyzji. [97]

Do argumentów przeciw legalizacji [98] zalicza się: argument z granic autonomii [99], argument ze skutków społecznych [100], argument z konsekwencji [101], argument ze świętości życia i jego wartościowania [102], argument z braku swobody decyzji chorego [103], argument z „równi pochyłej” [104], argument z upadku autorytetu zawodu lekarza i więzi z pacjentem [105], argument z poziomu opieki paliatywnej [106], argument ze starzejących się społeczeństw. [107]

Prawo do godnej śmierci jest problemem – zauważa M. Nesterowicz – z którym lekarze i prawnicy nie mogą się uporać od dawna, ale ustawy regulujące sprawę życia i śmierci stanowią udaną próbę rozwiązania problemu eutanazji. [108] Wybitny polski znawca kwestii eutanazji K. Poklewski-Koziół, recenzując pracę dominikanina, australijskiego biskupa A Fishera, przypomina o często pomijanym dramacie człowieka cierpiącego: „Fisher w swej doktrynalnej antyeutanatycznej generalizacji zdaje się świadomie nie dostrzegać istnienia ludzi umierających <w niewierze>: agnostyków, sceptyków, obojętnych na sprawy <życia wiecznego>. Wolno mu to oczywiście jako duchownemu, ale nie jako lekarzowi choćby najsilniej solidaryzującemu się z doktryną. Bo rozgrywać się tu może prawdziwy dramat. Ten, kto dysponuje ściśle materialnymi środkami pomocy, odmawia jej udzielenia z przyczyn ściśle abstrakcyjnych, subiektywnych człowiekowi bezsilnemu, który tych powodów nie uznaje, nie rozumie, odrzuca. Czuje natomiast w pełni realnie, materialnie, we własnym ciele, czym jest owa <świętość życia>. Jest to stan jasno pokazujący możliwość wyrządzenia krzywdy stosowaniem skrajnie pojmowanej pryncypialności w imię określonej idei czy zasady”. [109]

M. Płachta słusznie twierdzi, że postęp medycyny jest swoistym kłopotem dla etyków, prawników, lekarzy czy socjologów. [110] Ma rację, twierząc, że różnorodność modeli legislacyjnych i „częstkowych” regulacji czy rozwiązań prawnych w sprawie eutanazji prowadzi do wniosku, iż są one zdecydowanie zależne od czynników społecznych i religijnych danego kraju oraz lokalnej kultury i tradycji. [111]

Etyk S. Katarfias postuluje, aby śmierci – przez szacunek dla siebie i innych – nadać jak najbardziej humanistyczny wymiar. Dobra śmierć ma stanowić godny koniec ludzkiej egzystencji. Proponuje, aby zdjąć z eutanazji „odium” samobójstwa i zabójstwa oraz skupić się na „niekwestionowanym prawie człowieka do ludzkiego życia i obowiązku łagodzenia degradujących cierpień”. [112]

Eutanazję bierną, której istotą jest zaprzestanie podtrzymywania życia, często w praktyce trudno odróżnić od „uporczywej terapii”. Wydaje się, że dopuszczalność eutanazji (w tym eutanazji czynnej tylko w wyjątkowych okolicznościach) w imię rozszerzenia wolności można by w pewnym zakresie powiązać z odpowiednią polityką społeczną w stosunku do osób starszych i ich rodzin, polegającą na np. darmowej opiece zdrowotnej, dodatkach pieniężnych dla rodzin i opiekunów, opiece społecznej i pomocy opiekunek socjalnych etc. [113] Eutanazja jest często stosowana w praktyce, często skomplikowanej, w sposób nielegalny tam, gdzie jest zakazana. Podnosi się w dyskursie społecznym i prawnym, że zamiast hipokryzji społecznej i tajemnic szpitalnych oraz lekarskich lepiej byłoby ustalić jasne kryteria postępowania z najbardziej tragicznymi przypadkami cierpienia lub nieświadomości chorych – w połączeniu z szerszą polityką społeczną dotyczącą rodzin i osób starszych, która zanegowałaby poglądy o eksterminacji nieużytecznych „ludzi starych”.

Słusznie podnosi się w rezolucji nr 613 (1976) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie Praw Chorych i Umierających kwestię praw chorych i umierających. Pisz tam o „wspieraniu [chorych i umierających – przyp. D.B.] przez rodziny i przyjaciół”, podkreślając wyraźnie kwestię najważniejszą w stanie terminalnym chorego i umierającego człowieka – by „umrzeć spokojnie i godnie”, „w dogodnych warunkach”. [114] Państwo może wspierać rodziny opiekujące się chorymi, umierającymi i krewnymi poprzez prowadzenie odpowiedniej, prorodzinnej polityki społecznej.

Nie wolno mieszać porządków: teologicznego, moralnego, religijnego i prawnego. [115] Jeśli głęboko wierzący katolik lub protestant wierzy w sens cierpienia i jego zbawczej mocy, ma prawo (w sensie moralnym) i obowiązek (w sensie moralnym i religijnym) do cierpienia aż do ostatnich chwil swego życia. Nie można tego obowiązku perfekcjonistycznego narzucić osobie niebędącej katolikiem, ateistom lub niepodzielającym tej koncepcji cierpienia w danych okolicznościach lub w ogóle. Ma ona prawo moralne umrzeć. Prawo pozytywne i porządek prawny nie mogą wymusić na takiej osobie obowiązku uzasadnionego religią lub moralnością, którą ona odrzuca, akceptując jednak minimum etyczne. Warto zauważyć, że czasem również osoby wierzące domagają się skrócenia ich cierpień

przez skrócenie ich życia (eutanazja czynna).

[Tekst jest jednym z podrozdziałów rozprawy doktorskiej autora „Podstawowe kontrowersje dotyczące ingerencji prawa w sferę moralności”].

Przypisy:

[1] Zob. W. I. Smith, *Forced Exit. Euthanasia, Assisted Suicide, and the New Duty to Die*, New York 1997, s. xxv-xxvi.

[2] Zob. K. L. Vaux, *Debbie's Dying: Mercy Killing and the Good Death*, [w:] *Arguing Euthanasia. The Controversy over Mercy Killing, Assisted Suicide, and the "Right to Die"*, red. J. D. Moreno, New York 1995, s. 37.

[3] Por. P. Singer, *Etyka praktyczna*, Warszawa 2003, s. 204-208; R. Fenigsen, *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*, Poznań 2002, rozdz. I-III.

[4] G. Williams, M. Darke, *Euthanasia Laws and the Australian Constitution*, The University of New South Wales 1997, vol. 20, no. 3, s. 647-648.

[5] Katechizm Kościoła Katolickiego zatwierdzony 25 czerwca 1992 r. przez Jana Pawła II (*Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2002), s. 528.

[6] Williams i Darke wyróżniają także kilka kategorii eutanazji. Ze względu na kryterium „życzenia” pacjenta wymieniać można: *involuntary euthanasia*, *non-voluntary euthanasia* i *voluntary euthanasia*. *Involuntary euthanasia* („mimowolna eutanazja”) ma miejsce wtedy, gdy pacjent jest zabity wbrew swej woli (*when the patient is killed against his or her will*). *Non-voluntary euthanasia* („niedobrowolna eutanazja”) jest zabójstwem pacjenta bez jego zgody lub sprzeciwu (*killing the patient without his and her consent or opposition*). *Voluntary euthanasia* („dobrowolna eutanazja”) jest zabójstwem pacjenta na jego żądanie (*killing the patient at his or her request*). Ze względu na kryterium przyczyny śmierci wyróżnia się: *active euthanasia* i *passive euthanasia*. *Active euthanasia* („czynna eutanazja”) występuje wtedy, gdy precyzyjne działanie powoduje śmierć pacjenta (*when a positive action brings about the patient's death*). *Passive euthanasia* („bierna eutanazja”) dotyczy sytuacji, gdy pacjent umiera z powodu zaniedbania lub zaprzestania pomocy medycznej, podtrzymującej przy życiu (*when the patient dies because of the omission or removal of life-sustaining medical assistance*). Zob. G. Williams, M. Darke, op. cit.

[7] P. Singer, op. cit., s. 170 i n., zwłaszcza s. 174-175 i 184.

[8] *Voxdomini*. Por. enc. *Evangelium Vitae*, [w:] *Prawa rodziny – prawa w rodzinie w świetle standardów międzynarodowych. Wypisy z nauczania Ojca Świętego*, wybr. i oprac. T. Jasudowicz, Toruń 1999, s. 226-227.

[9] *Evangelium...*, op. cit. Do nauczania katolickiego – wydaje się – nawiązuje art. 32 kodeksu etyki lekarskiej, uchwalony przez Naczelną Radę Lekarską. Przepis ten stanowi, że „W stanie terminalnym lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii bądź stosowania środków nadzwyczajnych, jeżeli takie działania nie rokują powodzenia. W takiej sytuacji lekarz powinien w miarę możliwości zasięgnąć opinii innego lekarza”. Zob. K. Poklewski-Kozieł, *Postrzeganie eutanazji prawnicze – medyczne – etyczne*, Państwo i Prawo 1998, z. 12, s. 96.

[10] Zob. *Nadać sens cierpieniu*, wywiad z ks. Jarosławem Sobkowiakiem, *Prawo i Życie* 2001, nr 1, s. 31.

[11] T. Ślipko, *Życie i płeć człowieka*, Kraków 1978, s. 492-495. Autor, mówiąc o eutanazji, ma na myśli dwa jej rodzaje: samobójczą (zadaną samemu sobie) i zabójczą (zadaną komuś innemu). Samobójstwo zaś ma dwie formy: „z rezygnacji” i „z poświęcenia” (zob. op. cit., s. 399-400).

[12] S. Katafias, *Eutanazja*, [w:] *Wybrane pojęcia i problemy etyki*, pod red. R. Wiśniewskiego, Toruń 1984, s. 141 i 148.

[13] Ibidem, s. 165.

[14] T. Pietrzykowski, *Etyczne problemy prawa*, Kraków 2005, s. 201 i n.

[15] Kuhse, *Eutanazja*, [w:] *Przewodnik po etyce*, pod red. P. Singera, Warszawa 2002, s. 337-338.

[16] Ibidem, s. 341. Por. inaczej Z. Ziemiński, *O pojmowaniu sprawiedliwości*, Lublin 1992, s. 47. Autor zdaje sobie jednak sprawę z faktu, że lepiej formułować pełne patosu hasła o bezwarunkowym obowiązku ratowania życia w stanie ekstremalnym, niż być „ordynatorem prowincjonalnego szpitala”, który posiada określone środki techniczne, medyczne i finansowe i musi zdecydować o życiu albo śmierci danej osoby.

[17] P. Singer, op. cit., s. 185.

[18] Ibidem, s. 191-192.

[19] Singer opisuje dokładnie ten przypadek. W 1982 r. w Bloomington w stanie Indiana urodziło się dziecko, które potem zostało nazwane przez prawników „*Baby Doe*”. Dziecko posiadało zespół Downa i inne komplikacje, m. in. przewód pokarmowy nie był odpowiednio ukształtowany. Dziecko nie mogło otrzymywać pokarmu przez usta. Problem mógł być rozwiązany przez operację, ale rodzice po konsultacji z położnikiem nie wyrazili zgody na nią. Wiadomo było, że bez operacji śmierć *Baby Doe* jest pewna. Chirurdzy nalegali na operację. Ojciec *Baby Doe* później miał powiedzieć, że jako nauczyciel pracował z dziećmi z zespołem Downa i wspólnie z żoną podjął decyzję o odmowie zgody na operację, uzasadniając to najlepszym interesem chorego dziecka i całej rodziny (mieli jeszcze dwójkę dzieci ponadto). Władze szpitala w sytuacji niepewności co do odpowiedzialności prawnej skierowały sprawę na drogę sądową. Sąd okręgowy oraz Sąd Najwyższy w stanie Indiana uznały prawo rodziców do odmowy wyrażenia zgody na operację. Wkrótce *Baby Doe* zmarło. Zob. P. Singer, op. cit., s. 195; R. S. Edge, J. L. Krieger, *Legal and Ethical Perspectives in Health Care: In Integrated Approach*, London 1998, s. 174-175.

[20] Po sprawie *Baby Doe* republikanie z prezydentem Reaganem na czele doprowadzili do wprowadzenia restrykcyjnego prawa nakazującego leczenie wszystkich niemowląt. Po pewnym czasie, chirurg ogólny Reagana i gorący zwolennik tej idei, dr C. Everett Koop musiał jednak przyznać, że są przypadki, w których nie podjąłby się leczenia niemowląt, gdyż byłoby to niewłaściwe: 1) niemowlęta nie mają mózgu, 2) niemowlęta cierpią na znaczne krwawienie mózgu, uniemożliwiające na zawsze oddychanie bez respiratora i rozpoznanie drugiej osoby, 3) niemowlęta są pozbawione znacznych części przewodu pokarmowego i utrzymywane przy życiu dzięki kroplówkom. Ponad 75 % pediatrów amerykańskich uznało jednoznacznie ingerencję państwa w prawo rodziców do wyboru za niepotrzebną. Nie da się ukryć, że decyzje sądów mają wyraźny aspekt moralny. W sprawie *In re R*, analogicznej do sprawy *Baby Doe* w USA, brytyjski sąd nie uznał prawa rodziców do odmowy leczenia dziecka (noworodka z zespołem Downa i obstrukcją jelit), stwierdzając, że jego życie „nie byłoby aż tak okropne”. W innych sprawach, w których niepełnosprawność dziecka była znaczna (np. słabo ukształtowany mózg ze znaczną niepełnosprawnością fizyczną; wcześniak niemówiący, głuchy i niewidomy) sądy przychyliły się do prawa do odmowy leczenia. Zob. P. Singer, op. cit., s. 196.

[21] Konsekwencjonalizm oznacza pogląd, w myśl którego odkrywanie lub tworzenie norm moralnych następuje na podstawie kryteriów biorących pod uwagę tylko przewidywane skutki realizacji konkretnego wyboru. Dobro albo zło określonego zachowania lub działania zależą od jego skutków. Zabójstwo człowieka nie jest złe w każdych okolicznościach. W przypadku ogromnego i nieusuwalnego cierpienia osoby chorej odłączenie od aparatury podtrzymującej przy życiu nie jest traktowane jako zło, jako że skutkiem jest usunięcie niewyobrażalnego cierpienia. Podobne rozumowanie można przeprowadzić na gruncie etyki konsekwencjonalistycznej w przypadku obrony koniecznej: nie jest ona złem, gdyż skutkiem działania jest zachowanie własnego życia i Makarewiczowski tryumf „prawa nad bezprawiem”.

Konsekwencjonalizm odrzuca zatem moralne obiektywne wartości, zasady i prawa absolutne. W tym sensie jest powiązany z relatywizmem etycznym jako przeciwieństwem absolutyzmu etycznego.

[22] P. Singer, op. cit., s. 198-200.

[23] Słynny przypadek *Karen Ann Quinlan* dotyczył młodej kobiety ze stanu New Jersey. Była ona w śpiączce przez 10 lat. Ostatecznie zmarła. Wcześniej biskup oświadczył, że użycie respiratora byłoby nadzwyczajnym środkiem, gdyż nie było nadziei na wyjście ze śpiączki. Byłoby inaczej, gdyby lekarze uznali, że są szanse na wyjście ze śpiączki. Wówczas respirator byłby środkiem zwyczajnym.

[24] P. Singer, op. cit., s. 202.

[25] Ibidem, s. 204-205.

[26] Zob. R. S. Edge, J. L. Krieger, op. cit., s. 180-181; *Submission of the Select Committee of the House of Lords on Medical Ethics*, The Linacre Center for the Health Care Ethics, June 1993, [w:] *Euthanasia, Clinical Practice and the Law*, ed. by L. Gormally, London 1994, s. 164, zwłaszcza przypis 25 tamże.

[27] Por. *Euthanasia and Clinical Practice: Trends, Principles and Alternatives. A Working Party Report (1982)*, [w:] *Euthanasia...*, op. cit., ed. by L. Gormally, London 1994, s. 1-107, zwłaszcza s. 30. Jest to raport stworzony pod przewodnictwem wielbego Mahoneya. Członkami grupy roboczej byli m. in. Gormally i Finnis.

[28] Por. P. Singer, op. cit., s. 206.

[29] Por. ibidem.

[30] Ibidem, s. 204-208. Podobnie H. Kuhse, op. cit., s. 345. Kuhse, bliska współpracownica Singera, nie znajduje podstaw dla argumentu „powolnych kroków”, który Singer nazywa argumentem „równi pochyłej”. W wersji logicznej argument „powolnych kroków” nie jest przekonujący. Miłosierdzie i szacunek dla autonomii jako argumenty usprawiedliwiające eutanazję nie muszą logicznie usprawiedliwiać zabijania, które „nie jest ani miłosierdziem, ani nie wyraża szacunku dla autonomii”. W wersji empirycznej zaś argument „powolnych kroków” głosi, że zabijanie moralnie usprawiedliwione doprowadzi do zabijania moralnie nieusprawiedliwionego. Helga Kuhse nie widzi dowodów na poparcie tej tezy. Co prawda, naziści uznali, że są pewne rodzaje życia ludzkiego nic niewarte, ale zabijali ludzi w imię uprzedzenia rasowego i mistycznej wiary w aryjską czystość *Volk*. Nie czynili tego z litości, współczucia albo szacunku dla autonomii człowieka i jego woli. Kuhse przywołuje przykład liberalnej Holandii: „Jak dotąd nie ma dowodów na to, że akceptacja eutanazji pchnęła społeczeństwo holenderskie w dół równi pochyłej”. Zob. też N. Hentoff, *The Slippery Slope of Euthanasia*, [w:] *Arguing Euthanasia...*, op. cit., s. 110-112, gdzie poddano analizie debatę przed referendum w Kalifornii z początku l. 90 XX w. na temat legalizacji eutanazji. Hentoff uważał, że taka legalizacja oznaczałaby *slippery slope* („śliskie zbocze”, „równia pochyła”), gdyż:(...) *when the states legalize the deliberately ending of certain lives (...) it will eventually broaden the categories of those who can be put to death with impunity* (s. 110). Hentoff zatem jest bardziej pesymistyczny i obawia się w związku z ewentualną legalizacją eutanazji powolnego rozszerzania grup osób, które można będzie zabić bezkarnie. Por. też G. Dworkin, *Public Policy and Physician-Assisted Suicide*, [w:] G. Dworkin, R. G. Frey, S. Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge 1998, s. 64-80; R. G. Frey, *The Fear of a Slippery Slope*, [w:] G. Dworkin, R. G. Frey, S. Bok, op. cit., s. 43-63.

[31] R. Fenigsen, op. cit., zwłaszcza s. 34-36 i 38-40.

[32] Ibidem, s. 41-50 i 107. Por. G. Dworkin, *The Nature of Medicine*, [w:] G. Dworkin, R. G. Frey, S. Bok, op. cit., s. 6-16. Gerald Dworkin powołuje się na podstawową wątpliwość podnoszoną przez lekarzy: etyka lekarska zakazuje jakiegokolwiek intencjonalnego aktu pozbawienia życia pacjenta.

[33] R. Fenigsen, op. cit., s. 51-53. Pewne stowarzyszenie holenderskie („Azyl”), przerażone wizją przymusowej eutanazji, w l. 80 XX w. stworzyło nawet wzór

dokumentu dla pacjentów, którego istotą jest oświadczenie, że nie życzymy sobie dokonania na nas eutanazji. Były to tzw. przepustki do życia, które należało nosić przy sobie. Ibidem, s. 42.

[34] Leszek Kołakowski miał powiedzieć o tej książce, że to „najlepsza rzecz, jaką na ten temat kiedykolwiek czytał”.

[35] R. Fenigsen, op. cit., s. 136.

[36] Moralny aspekt ma wielkie i niebywałe znaczenie w praktyce lekarskiej i medycznej w odniesieniu do problemu eutanazji. Wielu lekarzy musi podejmować konkretne decyzje, które w warunkach braku legalizacji są otoczone aurą tabu społecznego i zawodowego (niepotrzebnie i szkodliwie – jak twierdzi Singer). Każdy lekarz posiada przecież określony system wartości, zakodowany w swej psychice, określoną moralność oraz wierzy w określone wartości społeczne i jednostkowe. Eutanazja bierna, eutanazja dobrowolna albo adobrowolna lub nawet eutanazja czynna czy eutanazja niedobrowolna są „chlebem powszednim” lekarskiego zawodu i praktyki medycznej. I jest nawet tak mimo tego, że problem eutanazji często ginie gdzieś w górnolotnych, abstrakcyjnych i filozoficzno-teologicznych rozważaniach, zamiast być analizowany na przykładzie dramatu konkretnego człowieka – pacjenta posiadającego pewną wolę i wolność, podejmującego decyzję o swym bycie i granicach cierpienia, które chce znosić oraz formach bytu, które mógłby w hipotetycznie normalnej sytuacji wyboru moralnego zaakceptować.

[37] Na temat dyskursu społecznego o eutanazji i wspomaganym samobójstwie w Japonii zob. Suehisa Toshihiko, *Human Dignity in the Legal and Bioethical Discourse*, referat (maszynopis, s. 2) wygłoszony na: *23rd IVR World Congress Law and Legal Cultures in the 21st Century: Diversity and Unity. Kraków 2007*.

[38] Zob. M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 352-353.

[39] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 199-201. Nastąpił bowiem znaczny postęp medycyny. *American Neurological Association* wprowadził w 1973 r. rozróżnienie między śmiercią osoby a śmiercią ciała. Śmierć mózgu oznacza śmierć człowieka (mimo że inne organy, np. serce, mogą funkcjonować). Większość stanów USA uznała za prawne kryterium śmierci ludzkiej właśnie chwilę śmierci mózgu (*brain death*). Droga do większych zmian w orzecznictwie i prawie amerykańskim stała otworem i była tylko kwestią czasu, o czym będzie mowa dalej.

[40] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 354-355. W „sprawie Hackethal” sytuacja wyglądała następująco: pani E. cierpiała na złośliwego guza na twarzy. Nie pomogło kilkanaście operacji. Nie wiedziała sensu życia. Stan zdrowia pogarszał się. Chora uzyskała przyrzeczenie od swego stałego konsultanta profesora Hackethala, że pomoże jej w eutanazji. Nowotwór powodował, że nie mogła jeść, pić, ledwo przęłykała. Cierpiała ogromne bóle. Profesor, umieszczając pacjentkę na oddziale, pouczył ją, jak działają poszczególne leki. Pani E. wybrała chlorek potasu. Profesor Hackethal dostarczył ten środek. Na taśmie video nagrał rozmowę, w której pacjentka wyraziła pragnienie własnej śmierci. Pacjentka zmarła po zażyciu śmiertelnej dawki chlorku potasu w obecności profesora i jego współpracowników. Prokuratura oskarżyła profesora i jego współpracowników o popełnienie zabójstwa na życzenie. Sąd stwierdził, że ich czyn stanowi tylko niekaralne pomocnictwo w popełnieniu przestępstwa.

[41] Ibidem, s. 355-356. Dr Wittig jako wieloletni lekarz 76-letniej wdowy był wielokrotnie przez nią proszony o pomoc w popełnieniu śmierci (miało to miejsce po śmierci jej męża). Jej dolegliwościami były zwapnienie naczyń sercowych oraz zapalenie stawów biodrowych i kolanowych. Doktor znał jej oświadczenie na piśmie z 1980 r., że w razie ciężkiego stanu zdrowia nie chce być poddana intensywnej terapii. Rok później doktor Wittig pewnego dnia w trakcie wizyty znalazł swą pacjentkę nieprzytomną w jej domu, po przedawkowaniu morfiny i środków nasennych. W rękę miała oświadczenie, że „nie chce dalej żyć”. Nie udzielił jej żadnej pomocy. Na drugi

dzień stwierdził zgon. W wyjaśnieniach tłumaczył, że pacjentki nie można było uratować. W najlepszym przypadku miałyby trwałe uszkodzenie mózgu. Ekspertyzy nie mogły tego dowieść. Lekarz i sąsiadka zostali oskarżeni o zabójstwo na żądanie przez zaniechanie. Sąd I instancji uniewinnił ich. Sąd Apelacyjny utrzymał wyrok, ale stwierdził, że lekarz powinien był udzielić pomocy, w zgodzie z dyrektywami Izby Lekarskiej, gdyż prawo do samostanowienia – konstytucyjny element świadczeń medycznych - przysługuje tylko osobom świadomie podejmującym decyzje. Przeważało jednak przekonanie lekarza, że pomoc nie przyniosłaby rezultatu. Sąd Federalny uznał, że w tym przypadku nie istniał obowiązek ratowania życia. Samobójstwo było dobrze przygotowane. Jest nieprawdopodobne, by po utracie przytomności pacjentka chciała zmienić swą decyzję. Poza tym zgodnie z wiedzą lekarza, po utracie przytomności nie było szans na uratowanie jej życia. Osoby obecne przy jej akcie samobójczym nie wiązała – pod względem prawnym - jej decyzja i wola o skończeniu ze swym życiem. Wola pacjentki nie znosiła prawnego obowiązku ratowania życia. Sąd Najwyższy zatem nie uznał „testamentu” życia pacjentki, mimo że uniewinnił lekarza w tej konkretnej sprawie. Nie stworzono jednak precedensu. Orzeczenie *Wittig* podtrzymało bowiem uznane zasady postępowania lekarza. Po próbie samobójstwa pacjenta, lekarz, nawet w przypadku pomocy do samobójstwa, jest zobowiązany do ratowania życia pacjenta. Lekarz jest odpowiedzialny za pacjenta i musi działać. Jest to idea tzw. *Garantenstellung*. Niewykonanie obowiązku czyni lekarza przestępcą (*Weltseltaeterschaft*). Obowiązek ratowania życia jest ważniejszy niż obowiązek ulżenia w cierpieniu. Zob. H. Weyers, *Report on the international symposium on Physician-assisted suicide held in Giessen, Germany*, Newsletter *Regulation of Socially Problematic Medical Behavior*, January 2005, nr 9., s. 8, za: [Rechtssociologie Nw9](#). Zob. też Ł. Kmin, *Przedłużanie życia czy umierania*, Prawo i Życie 2000, nr 6, s. 26 -31 i cyt. tam literatura niemiecka.

[42] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 357-358.

[43] Ibidem, s. 358-359.

[44] Zob. także F. Clerc, *Cours elementaire sur le Code penal suisse. Partie speciale. Tome I. Art. 111-186*, Lausanne 1943, s. 27-31.

[45] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 360.

[46] 355 A.2d 647 (1976).

[47] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 202. Zwróćmy uwagę na podobne orzeczenia sądów, o których będzie jeszcze mowa. W 1986 r. sprawie *Bouvia v. Superior Court*, 225 Cal. Rptr 297 (1986), Sąd Apelacyjny Kalifornii stwierdził, że w pełni świadomy pacjent ma prawo absolutne żądać wykonania jego decyzji o śmierci. Warunkiem jest podjęcie decyzji świadomie i oparcie jej na koniecznych informacjach od lekarza. W takim przypadku pacjent może żądać odłączenia aparatury medycznej. W sprawie *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health* z 1990 r., 497 U. S. 261 (1990), Sąd Najwyższy USA podkreślił konstytucyjne prawo jednostki do wolności. Prawo do wolności obejmuje decydowanie o sprawach medycznych i zdrowotnych. Było to jedno z najważniejszych orzeczeń dotyczących eutanazji w ostatnich latach w USA. Zob. bardzo szczegółowo o orzeczeniach na temat eutanazji w USA: R. S Edge., J. L. Krieger, *Legal and Ethical Perspectives in Health Care: In Integrated Approach*, London 1998, s. 155-183. Por. też: [Dickinson](#) oraz [Cruzan](#)

[48] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 201-202; R. S Edge, J. L. Krieger, op. cit., s. 161-162. Parędziesiąt lat później postąpiono podobnie w przypadku słynnej i medialnie nagłośnionej sprawy Terri Schiavo. Sąd Najwyższy Florydy zgodził się ostatecznie w marcu 2005 r. po burzliwym toku całego postępowania (pierwszy pozytywny wyrok zapadł już w 1998 r.), w które zaangażowali się także politycy i władze (władze stanowe zakazały odłączenia Schiavo od aparatury, co jednak zakwestionował sąd; Kongres USA uchwalił *Palm Sunday Compromise* – wykorzystując nieobecność 97 senatorów! - przenoszący jurysdykcję w

sprawie Schiavo z sądów stanowych do sądów federalnych; działania władz okazały się nieskuteczne, jako że sądy nie postępowały zgodnie z oczekiwaniami władz wykonawczych), na odłączenie jej organizmu od aparatury medycznej, co ortodoksyjni obrońcy życia uznali za zagłodzenie na śmierć. Sąd uzasadniał decyzję przebywaniem pacjentki w *persistent vegetative state* (stały stan wegetatywny, *PVS*). Schiavo zmarła 13 dni po odłączeniu od aparatury. Sprawa miała dramatyczny przebieg, m.in. ze względów rodzinnych i osobistych (mąż pacjentki, która kilkanaście lat przebywała w szpitalu w tym samym stanie, wniósł sprawę do sądu, czemu sprzeciwiali się rodzice Terri, twierdzący, że córka nigdy nie chciałaby umrzeć w taki sposób, a jej mąż i formalny opiekun, *guardian*, jest zainteresowany tylko spadkiem po córce). Rodzice nazwali odłączenie córki od aparatury „zbrodnią sądową” (*judicial murder*). Zob. też następujące dokumenty sądowe: [Petition for Federal Relief by Terri's Parents](#), with "Jury Trial Demand", March 21, 2004 (wniesione przed wejściem w życie federalnej ustawy "Palm Sunday Compromise"), [Act for the relief of the parents of Theresa Marie Schiavo](#), podpisany 21 marca 2005 r., [Statement of Interest by United States in Schiavo case](#), March 21, 2005, [Schiavo, Opinion by 11th Cir. Denying Terri's Parents petition for TRO \(case No. 2005-11556\)](#), March 23, 2005, <http://www.ca11.uscourts.gov/opinions/ops/200511556.pdf>; [Opinion by 11th Cir. Denying 2nd & 3rd Amended petitions for TRO with additional counts \(case No. 2005-11628\)](#), March 23, 2005, [Denial of Stay by U.S. Supreme Court for Appeals case: 2005-11556 \(US Supreme Court Application: 04A825\)](#), March 24, 2005, [Opinion by Tampa Federal court denying TRO after appeals court denied "All Writs" petition ruling that lower court could address this](#), March 25, 2005, [Opinion by 11th Cir. En Banc Rehearing denial \(case No. 2005-11626\)](#), March 25, 2005, <http://www.ca11.uscourts.gov/opinions/ops/200511628reh2.pdf>; [Denial of Stay by U.S. Supreme Court for Appeals case: 2005-11628 \(US Supreme Court Application: 04A844\)](#), March 30, 2005, <http://www.supremecourtus.gov/docket/04a844.htm>. Filozofowie prawa, z którymi utrzymywałem w swoim czasie korespondencję na temat tej sprawy (m. in. Robert Alexy, John Gardner, Aleksander Peczenik), nie byli tak ortodoksyjni w ocenie tego przypadku, jak tzw. obrońcy życia. Godna uwagi jest opinia jednego z lokalnych sędziów, który orzekał w sprawie Schiavo. Ów sędzia uznał, iż nie może orzekać na podstawie emocji, które udzieliły się innym, w tym urzędnikom i sędziom, ale należy opierać się tylko na prawie: [...] *but we are the nation of law, acting under the law.*

[49] 370 N.E.2d 417 (1977).

[50] 438 N.Y.S.2d 266 (1981).

[51] 497 U.S. 261 (1990). Wyrok *Supreme Court* USA zapadł w stosunku 5:4, uchylając wyrok najwyższego sądu stanowego uchylającego orzeczenie sądu niższej instancji o zgodzie na odłączenie od urządzeń podtrzymujących życie. Wskazuje to na dramatyzm sytuacji (był to *PVS*) i niejednoznaczność w ocenie sędziów. Sąd Najwyższy USA uznał jednak, że stany mogą ustanawiać opiekunów (*guardian*), którzy podejmują decyzje o dalszym leczeniu zamiast nieświadomego pacjenta (*incompetent patient*), zastrzegając, że należy wziąć pod uwagę wyrażone w przeszłości lub dorozumiane życzenia nieświadomego pacjenta (*incompetent's wishes*). Ustanowiono tym samym „standard pewnego dowodu” (*a standard of clear and convincing evidence*), którego istotą było przeprowadzenie dowodu, np. z przesłuchań świadków, na temat tego, jaka była lub byłaby wola pacjenta co do dalszego leczenia. W ten sposób prawo pozwoliło w końcu umrzeć nieświadomej, niespełna 30-letniej, pacjentce Nancy Cruzan, czego chciała jej rodzina, mimo że lekarze uważali, że mogli ją podtrzymywać w stanie *PVS* przez 30 lat.

[52] 209 Cal. Rptr 221 (1984).

[53] 225 Cal. Rptr 297 (1986). Elizabeth Bouvia była przez lata symbolem medialnym „*the right-to-die movement*”. W jej sprawie nie potwierdzono prawa do śmierci (*right to die*), ale uznano prawo do wyrażenia niezgody na leczenie przez

pacjenta w stanie nieterminalnym (*the right to informed non-consent in a nonterminal patient*), bez względu na motywacje i ich moralną czy prawną ocenę. Sąd kalifornijski nie traktował tego jako „wyboru śmierci” (*a choice of suicide*), zdając sobie sprawę z cierpienia pacjentki podtrzymywanej przy życiu przy pomocy techniki i leków.

[54] Tekst: [Natural Death Act](#).

[55] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 202-203; R. S Edge., J. L. Krieger, op. cit., s. 166-167.

[56] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 202-203, s. 203-204.

[57] Ibidem, s. 204-207. Por. R. Citowicz, *Spory wokół „testamentu życia”*, Państwo i Prawo 2007, nr 1, s. 32-44, zwłaszcza s. 35-37 i 44. M. Nesterowicz wskazuje na następujące, podnoszone w doktrynie amerykańskiej, uwagi: sformułowania często są zbyt ogólne, w ustawie kalifornijskiej brakuje definicji *imminent death* (zbliżająca się śmierć); tylko dwóch lekarzy decyduje o stwierdzeniu u pacjenta stanu *terminal condition* (nieunikniona śmierć), a przecież – kontynuuje się ten wątek – diagnozy lekarskie bywają błędne, nawet tak bardzo, jak w sprawie *Quinlan*. Powiada się też, że ustawa bardziej chroni lekarzy, którzy mogą się wszak pomylić co do stanu zdrowia pacjenta, natomiast nie chroni w dostatecznym stopniu samego pacjenta. *Living will* nie dotyczy małoletnich, których rodzice nie są uprawnieni do podejmowania decyzji o ich życiu i śmierci oraz noworodków z poważnymi wadami genetycznymi, w tym mózgu - utrzymywanych przy życiu dzięki specjalistycznej aparaturze medycznej. Ustawa determinuje zachowanie lekarza, by zgodził się na śmierć pacjenta w sytuacji niepewnej pod względem stanu jego zdrowia. Podkreśla się, że regulacje są zbyt abstrakcyjne, a żadne dwie sytuacje kliniczne nie są takie same, by dały się ująć w formę prawną. [Ten akurat argument jest sprzeczny sam w sobie: po to prawo jest abstrakcyjne, by swą regulacją objąć najróżniejsze możliwe przypadki określonego rodzaju i zapewnić elastyczność stosowania prawa przez uprawnione podmioty]. Gorący przeciwnicy ustawy kalifornijskiej podnoszą, że ustawa stanowi krok do eutanazji biernej, a następnie eutanazji czynnej. Uważają, że regulacje mówiące o możliwości niestosowania nadzwyczajnych środków do podtrzymania życia są wystarczające. Terminy: *terminal condition*, *terminal illness*, *terminal situation*, oraz *extra-ordinary means to preserve life*, *extraordinary or heroic medical treatment* są bardzo nieprecyzyjne i sprawiają kłopoty interpretacyjne w praktyce. Pojęcie „nieuniknionej śmierci” i „nadzwyczajnych środków” są, ich zdaniem, niemożliwe do zastosowania. A co zrobić z pacjentem, który nie zostawił *living will*? Co ma zrobić w takiej sytuacji lekarz? Czy ma być adwokatem śmierci, a nie adwokatem życia? Praktyka lekarska w Kalifornii przez pierwsze parę lat po wejściu w życie ustawy nie zmieniła się, gdyż lekarze nie byli gotowi na zmianę swych przyzwyczajzeń. Wady *living will* potwierdziły się też w tym, że lekarze mieli problem ze stosowaniem podstawowych pojęć ustawy w praktyce, np. *terminal condition*. W USA rodzi się też ponadto corocznie kilkadziesiąt tysięcy dzieci upośledzonych, będących w stanie wegetacji. Lekarze stosują wobec nich bierną eutanazję, polegającą na niestosowaniu środków podtrzymujących życie, co bywa przez niektórych uczonych krytykowane. Zob. też W. I. Smith, op. cit., s. 251-257; N. M. Gorsuch, *The Future of Assisted Suicide and Euthanasia*, Princeton-Oxford 2006, s. 38-43, 76-85 i 181-218; K. L. Vaux, op. cit., s. 37-41. Koncepcja *living will* została zmodyfikowana w innych ustawach stanowych. W przypadku osoby małoletniej lub psychicznie chorej deklarację sporządza określona prawem osoba (np. w Arkansas - rodzice, małżonek, pełnoletnie dzieci, najbliższy krewny, prawny opiekun). Dla podjęcia decyzji o życiu lub śmierci w ciężkim stanie zdrowia pacjenta, często niepewnym lub trudnym do określenia jako *terminal condition*, można ustanowić pełnomocnika pacjenta. Pełnomocnik (np. w projekcie z Michigan - krewny, przyjaciel, prawnik, osoba wskazana przez pacjenta) po zasięgnięciu opinii lekarzy i wzięciu pod uwagę innych okoliczności, może podjąć decyzję o zakończeniu leczenia (podobne regulacje zawiera

uchwała Prezydenckiej Komisji ds. Problemów Etycznych w Medycynie i Badaniach Biomedycznych z 1983 r., rekomendująca instytucję pełnomocnika ustanowionego przez potencjalnego pacjenta i podejmującego decyzje w kwestii ewentualnego leczenia pacjenta w przyszłości; zob. *President's Commission for the Study of Ethical Problems in medicine and Biomedicine and Behavioral Research: Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment: Ethical, Medical and Legal Issues in Treatment Decisions*, Washington 1983, s. 5). Mimo upływu lat od powstania *Natural Death Act* i podobnych aktów innych stanów kontrowersje moralne, prawne, medyczne i społeczne nie ustały w USA. Społeczeństwo współczuje osobom cierpiącym i nieuleczalnie chorym, z akceptacją przyjmując podejmowanie decyzji o życiu i śmierci przez osoby zainteresowane (*living will*), a nie przez państwo, ale jednak nie odważa się na legalizację eutanazji i dekryminalizację pomocy do samobójstwa. Wskazuje to na kontrowersyjność tych propozycji (które w referendum zostają odrzucone jako zbyt daleko idące). O pomijaniu problematyki *living will* i „testamentów życia” w polskim prawie zob. K. Koziół-Poklewski, *Eutanazja i wspomaganie samobójstwo na początku XXI wieku (Artykuł recenzyjny)*, Państwo i Prawo 2004, nr 12, s. 93, przypis 2. Por. M. Płachta, „Prawo do umierania”? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania, Państwo i Prawo 1997, nr 3, s. 56-57.

[58] Akt został przegłosowany jako inicjatywa obywatelska w referendum, tylko minimalną większością głosów (51 % do 49 %) w 1994 r. W 1997 r. w referendum odrzucono propozycję uchylecia ustawy, zdecydowaną większością głosów (60 % do 40 %). Zob. J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*, Cambridge 2002, s. 167.

[59] Ibidem, s. 167-172 i 179-180. *Oregon Health Division* przedstawia roczne raporty z wykonania ustawy. W 2000 r. było 39 przypadków przepisania śmiertelnych środków, w 1999 r. – 33, a w 1998 r. – 24. 27 pacjentów popełniło samobójstwo w 2000 r. (26 osób otrzymało środki w 2000 r., a jedna w 1999 r.). Większość lekarzy zajmowało się praktyką rodzinną lub było internistami.

[60] 521 U.S. 702 (1997).

[61] 521 U.S. 793 (1997).

[62] 527 N. W. 2d 714 (1994). Sprawa słynnego lekarza dra Kevorkiana pomagającego osobom chorym w samobójstwach w USA.

[63] [1993] 3 S. C. R. 519. Por. J. Keown, op. cit., s. 32.

[64] Por. *Report of the Select Committee on Medical Ethics, vol. I, House of Lords*, London 1994. Raport rekomenduje, aby nie dokonywać zmian w prawie i nie zezwalać na eutanazję (pkt 278). Z drugiej strony, podkreśla prawo świadomego pacjenta do odmowy leczenia (*the right of the competent patient to refuse consent to any medical treatment*, pkt 279). Dopuszcza jednak uchylene tej decyzji pacjenta przez sąd w wyjątkowych sytuacjach (pkt 280, sąd musi podać *full reasons*). Rekomenduje podniesienie poziomu opieki paliatywnej w szpitalach i hospicjach (pkt 281) oraz zwiększenie jej dostępności (pkt 288). Raport odrzuca ideę stworzenia nowego typu przestępstwa – zabójstwa z litości (*mercy killing*, pkt 293). Nie rekomenduje również żadnych zmian w prawie dotyczącym wspomaganego samobójstwa (pkt 295). Kwestionuje dalszy rozwój systemu ustanawiania pełnomocnika podejmującego decyzje za pacjenta (*proxy decision-making*, pkt 298). Raport na pewno opowiada się za ingerencją prawa w sferę moralności.

[65] [1] [1957] Crim. L. R. 773. W tej sprawie orzekł słynny Lord Devlin. Devlin stwierdził, że lekarz nie posiada „specjalnej ochrony”, ale *he is entitled to do all that is proper and necessary to relieve pain even if the measures he takes may incidentally shorten life*.

[66] [2004] UKHL 27, *Opinions of the Lords of Appeal for Judgment in the case R v. Secretary of State of the Home Department*. Lordowie w swej opinii sprzeciwili się decyzji o wydaleniu przez władze angielskie irackiego imigranta posiadającego azyl w Niemczech (nie chciał wracać do Niemiec, na co wpływ miała jego choroba

psychiczna). Przebywał w Anglii nielegalnie, a Konwencja Dublińska stanowiła słuszną podstawę działania władz angielskich. Stan psychiczny azylanta wskazywał jednak na to, że może dokonać w Niemczech legalnie assisted suicide. Lordowie oparli się na konstrukcji *respect for the right to private life*, podkreślając wybór miejsca zamieszkania dokonany przez azylanta.

[67] Application 2002, No. 2346/02.

[68] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 364-381; M. Płachta, op. cit. Na temat ustawy o samobójstwie w stanie Oregon pisał również Fenigsen. W 1994 r. stanowy Sąd Najwyższy zawiesił jej wejście w życie, a rok później uznał ją za sprzeczną z Konstytucją USA (oba uzasadnienia autorstwa sędziego Michaela Hogana, zbliżone do omówionych już argumentów Fenigsena). Fenigsen zauważył słuszenie i prorocznie, że „nie jest to decydujące zwycięstwo”. Sprawą zajął się bowiem Sąd Najwyższy USA i ustawa ostatecznie obowiązuje w stanie Oregon. Zob. R. Fenigsen, op. cit., s. 148. Zob. też C. S. Cambell, *When Medicine Lost its Moral Conscience: Oregon Measure 16*, [w:] *Arguing Euthanasia...*, op. cit., s. 140-167, zwłaszcza s. 164-167; N. M. Gorsuch, op. cit., s. 115-125 i 219-226.

[69] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 194-195.

[70] Akt dopuszczał także wspomagane samobójstwo (*physician-assisted suicide*, PAS).

[71] J. Keown, op. cit., s. 153 i 162. Zob. krytycznie o tej ustawie: J. Finnis, *Euthanasia, Morality, and the Law*, *Loyola Law Review* (of Los Angeles), June 1998, vol. 31, no. 4., s. 1144, przyp. 75. Finnis przytacza urzędowe raporty dotyczące reakcji Aborygenów na nową ustawę, ich obawy i sprzeciw wobec niej.

[72] J. Keown, op. cit., s. 154-156 i 166. Zob. G. Williams, M. Darke, op. cit., s. 647 i n.; T. Pietrzykowski, op. cit., s. 206.

[73] Zob. np. J. Keown, op. cit., s. 161. Por. M. A. Somerville, *Euthanasia by Confusion*, *The University of New South Wales* 1997, vol. 20, no. 3, s. 550 i n.

[74] M. Szeroczyńska, op. cit., s. 201 i n.; M. Zielińska-Fazan, *Dobra śmierć – miłosierdzie czy przestępstwo*, *Prawo i Życie* 2001, nr 1, s. 28-29.

[75] Por. G. van der Wal, R. J. M. Dillmann, *Euthanasia in the Netherlands*, [w:] *Euthanasia in the Netherlands*, 4th Edition, December 1995, Utrecht 1995, s. 9-10. Przed 1985 r. lekarze nie informowali o aktach eutanazji, ale wydawali certyfikaty o naturalnej śmierci.

[76] Ibidem, s. 9. Były to następujące warunki: dobrowolne i wyraźne żądanie pacjenta, pełna informacja od lekarza, nie dające się znieść cierpienie i stan nie dający żadnych nadziei na wyzdrowienie, brak innych zaakceptowanych alternatyw, konsultacja z innym lekarzem. Por. *Submission of the Select Committee of the House of Lords on Medical Ethics*, *The Linacre Center for the Health Care Ethics*, June 1993, [w:] *Euthanasia...*, op. cit., ed. by L. Gormally, London 1994, s. 160.

[77] M. Zielińska-Fazan, op. cit.; G. van der Wal, R. J. M. Dillmann, op. cit., s. 9.

[78] T. Pietrzykowski, op. cit., s. 208; G. van der Wal, R. J. M. Dillmann, op. cit.

[79] Zob. koncepcję K. Pałeckiego, *O zjawisku dylutacji mocy obowiązującej prawa*, [w:] *Prawo i ład społeczny. Księga jubileuszowa dedykowana Profesor Annie Turskiej*, Warszawa 2000, s. 30-37.

[80] Zob. K. Poklewski-Kozieł, *Holenderska ustawa o eutanazji na tle kontrowersji wokół jej przedmiotu*, *Państwo i Prawo* 2002, z. 1, s. 32-44; T. Pietrzykowski, op. cit., s. 208-209.

[81] K. Poklewski-Kozieł, *Holenderska ustawa...*, op. cit.

[82] Zob. szeroko na ten temat: tenże, *Belgijska ustawa o eutanazji i projekt takiej ustawy w parlamencie Francji*, *Prokuratura i Prawo* 2002, nr 7-8, s. 102-109.

[83] T. Pietrzykowski, op. cit., s. 211.

[84] M. Zielińska-Fazań, op. cit. Por. G. van der Wal, R. J. M. Dillmann, op. cit., s. 8-11. Autorzy holenderscy przytaczają badania van der Maasa, z których wynika, że w

ponad 1000 przypadków medycznych decyzji o skróceniu życia rocznie (tj. 0,8% wszystkich przypadków śmierci), poprzez aplikację odpowiedniego środka, aż w 59 % spraw nie było wyraźnego wyrażenia żądania (*explicit request*) eutanazji przez pacjenta, a uwzględniano tylko ogólne życzenia pacjenta (*patient's wish*).

[85] Por. art. 192 k.k. (konieczna zgoda pacjenta na zabieg leczniczy).

[86] T. Pietrzykowski, op. cit., s. 211-212. Zob. też M. Nesterowicz, op. cit., s. 199-200. Podkreślić trzeba, że Trybunał w Strasburgu w sprawie Diane Pretty orzekł trafnie, że prawo do życia zawarte w art. 2 Konwencji Europejskiej jest najważniejszym uprawnieniem przyznanym przez ten akt. Bez tego prawa inne przepisy nie mają sensu. Trybunał orzekł, że nie nastąpiło naruszenie (*violation*) art. 2, 3, 8 i 14 EKPCz. Stwierdzono, że: *In its case-law in this area the Court had placed consistent emphasis on the obligation of the State to protect life. In these circumstances it was not persuaded that "the right to life" guaranteed in Article 2 could be interpreted as involving a negative aspect. Article 2 could not, without a distortion of language, be interpreted as conferring the diametrically opposite right, namely a right to die; nor could it create a right to self-determination in the sense of conferring on an individual the entitlement to choose death rather than life* [podkreśl. – D.B.]. Jak podaje trafnie M. Szeroczyńska, art. 2 nie odnosi się do prawa wyboru wykonywania lub niewykonywania określonego w nim uprawnienia ani do oceny jakości życia, zatem Trybunał uznał, że nie da się wyinterpretować z prawa do życia i art. 2 – prawa do śmierci ani prawa do samostanowienia w podjęciu decyzji o życiu i śmierci. Zob. M. Szeroczyńska, op. cit., s. 279-280. Wydaje się, że kwestię relacji między prawem do życia z art. 2 Konwencji a prawem do godnej śmierci należy dokładnie i na nowo rozważyć w kontekście dokonujących się zmian w prawie (liberalizacja prawa w przypadkach kontrowersyjnych moralnie) i świadomości społecznej na Zachodzie. Zob. też N. M. Gorsuch, op. cit., s. 45-46.

[87] Art. 5 konwencji z Oviedo brzmi: *An intervention in the health field may only be carried out after the person has given free and informed consent to it*.

[88] Zob. np. ostatnie orzeczenia angielskie dotyczące problematyki zgody pacjenta na *medical treatment*: *NHS v. Trust*, [2005] 1 All ER 387; *R (on the application of B) v. Ashworth Hospital Authority*, [2005] 2 All ER 289; *R (on the application of Munjaz) v. Mersey Care NHS Trust*, [2006] 4 All ER 736; *R (on the application of H) v. Secretary of State for Health*, [2005] 4 All ER 1311; *Ward v. Metropolitan Police Commissioner and another*, [2005] 3 All ER 1013; *Re Wyatt*, [2005] 4 All ER 1325; *R (Burke) v. General Medical Council (Official and Others Intervening)*, [2005] 2 FLR 1223; *Re L*, [2005] 1 FLR 491; *Re T*, [1997] 1 FLR 502; *Re C*, [1997] 2 FLR 180; *Re LC*, [1997] 2 FLR 258; *Re B*, [1991] 2 FLR 426; *Re SG*, [1991] 2 FLR 329; *Re J (A Minor)*, [1991] 1 FLR 366; *Re E (A Minor)*, [1991] 2 FLR 585; *Re Fe*, [1989] 2 FLR 376 oraz *Practice Note. Official Solicitor: Sterilization*, [1989] 2 FLR 447; *HE v. A Hospital NHS Trust*, [2003] 2 FLR 408; *R (N) v. Doctor M*, [2003] 1 FLR 667; *Re S (Adult Patient)*, [2003] 1 FLR 292.

[89] *R (Burke) v. General Medical Council (Official Solicitor and Others Intervening)*, [2005] 2 FLR 1223. W orzeczeniu tym odniesiono się do pojęcia „najlepszego interesu” pacjenta. Dotyczy ono głównie osoby scharakteryzowanej jako *incompetent* (nieświadoma; niezdolna do podejmowania decyzji). Żądania pacjenta (*patient's wishes*) nie muszą być zgodne z „najlepszym interesem” pacjenta. Pojęcie *the best interests* jest zawsze rozpatrywane na gruncie konkretnego przypadku medycznego. Metody leczenia pacjenta, który jest *incompetent*, pacjentowi mogą wydawać się „dziwne” albo niewłaściwe. Lekarz jednak postępuje wobec takiej osoby zgodnie z jej „najlepszym interesem”, ponieważ jak w orzeczeniu mówi Lord Phillip of Worth Matravers, w common law „pozytywnym obowiązkiem lekarza jest opiekować się pacjentem” (*a positive duty at common law to care for the patient*), a fundamentalnym aspektem tego prawa (*a fundamental aspect of this positive duty*) jest utrzymanie pacjenta przy życiu (*keep the patient alive*). Dlatego też nawet biorąc

pod uwagę zasadę autonomii i *self-determination* (decydowanie o sobie), pacjent (np. chory na sklerozę) nie ma uprawnień, aby żądać od lekarza stosowania konkretnych czynności medycznych, *particular medical treatment* (np. podłączyć go do aparatury lub odłączyć go od niej). Doktor kieruje (*administer*) leczeniem i rozważa, jakie metody leczenia służą potrzebom klinicznym pacjenta (*patient's clinical needs*). Z drugiej strony, Lord Phillip na końcu zastrzegł, że dobra praktyka medyczna (*good practice*) powinna uznać deklaracje pacjentów na temat ich leczenia, jeśli „legalność proponowanego zabiegu budzi wątpliwości” (*the legality of proposed treatment is in doubt*). Zdaje się, że otwiera to drogę do legalizacji biernej eutanazji w Anglii w przyszłości (w drodze ustawy lub precedensu).

[90] *NHS v. Trust (adult patient: refusal of medical treatment)*, [2005] 1 All ER 387.

[91] *St George's Healthcare NHS Trust v S*, [1998] 2 FCR 685. Sąd dodał na końcu orzeczenia przezornie zdanie, z którego wynika, że wola pacjenta, w tym odmowa leczenia, nie jest prawem absolutnym (*Where delay may itself cause serious damage to the patient's health or put her life at risk then formulaic compliance with the guidelines would be inappropriate*). *Guidelines* (wskazówki lekarskie, prawne) stanowią, jak następuje. Jeśli pacjent jest świadomy (*competent*) i nie zgadza się na leczenie, trzeba mu przedstawić prognozę i próbować przekonać, a jeśli podtrzymuje odmowę, należy wziąć od niego pisemną deklarację lub odnotować to w protokole (gdy nie może podpisać). W przypadku pacjenta *incompetent*, władze postępują zgodnie z najlepszym interesem pacjenta (*the patient's best interests*), chyba że zostawił dyrektywę, kiedy był do tego jeszcze zdolny (722).

[92] Wyklucza to legalną działalność różnego typu stowarzyszeń typu „Dignitas”, które za opłatą pomagają w samobójstwie albo dokonują eutanazji.

[93] N. M. Gorsuch, op. cit., s. 46. Gorsuch podkreśla, że w kilku ostatnich latach np. w Anglii, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii, ale także na Węgrzech, odrzucono projekty zniesienia zakazu pomocy przy samobójstwie.

[94] Zob. szerzej M. Szeroczyńska, op. cit., s. 384 i n.

[95] Wydaje się, że można mówić na razie o moralnym prawie do zakończenia życia z godnością. Nie jest to jeszcze prawo legalne. W niektórych krajach (np. Holandia) w pewnych okolicznościach medycznych może być źródłem prawa do zakończenia życia z godnością również akt ustawowy. Teza, iż jest to również prawo legalne w Polsce, wymagałaby wsparcia ze strony orzecznictwa sądu konstytucyjnego. Tymczasem penalizacja eutanazji nie jest uznana za sprzeczną z konstytucją. Zwrócić można w tym miejscu uwagę na treść art. 30 Konstytucji R.P., wedle którego przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nie naruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

[96] Por. M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 204 i 207.

[97] T. Pietrzykowski, op. cit., s. 218 i 229-233.

[98] Ibidem, s. 219 i n. Zob. też M. Zielińska-Fazan, op. cit., s. 31. Por. K. Amarasekara, M. Bagaric, *Moving from Voluntary Euthanasia to Non-Voluntary Euthanasia: Equality and Compassion*, *Ratio Juris* 2004, vol. 17, no. 3. s. 420, gdzie australijscy badacze twierdzą, że ani sądy, ani lekarze nie powinni mieć prawa decydować o czyjejs śmierci, gdyż przekształciłby się ten stan w przyzwolenie na dokonywanie eutanazji czynnej bez zgody pacjenta i stosowanie Darwinowskiej koncepcji przetrwania tylko silniejszych osobników.

[99] Wolności i prawa mają zawsze jakieś ograniczenia.

[100] Chodzi o osłabienie szacunku dla ludzkiego życia w społeczeństwie.

[101] Skoro już zakłada się prymat wolności nad innymi wartościami, dlaczego nie można stosować eutanazji czynnej w każdym przypadku, np. w depresji, niechęci do życia etc.?

- [102] Powstaje pytanie: czy są życia lepsze i gorsze?
- [103] Chory ulega presji; cierpiąc, nie jest świadomy skutków decyzji.
- [104] Chodzi o podważenie jakiegokolwiek ochrony życia ludzkiego i upadek społeczeństwa.
- [105] Lekarz staje się „adwokatem śmierci”, a zaufanie pacjentów do niego maleje.
- [106] Tam, gdzie jest wysoki poziom troski o pacjentów, nie myślą oni o eutanazji – w Holandii była opieka paliatywna na niskim poziomie, więc jako „substytut” opieki paliatywnej wprowadzono legalizację eutanazji czynnej.
- [107] Społeczeństwa Zachodu starzeją się, a z osobami starszymi i chorymi trzeba „coś zrobić”.
- [108] M. Nesterowicz, *Prawo cywilne USA*, op. cit., s. 207.
- [109] K. Poklewski-Kozieł, *Postrzeganie...*, op. cit., s. 94. Zob. też tenże, *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*, Państwo i Prawo 1997, z. 1.
- [110] M. Płachta, op. cit., s. 53.
- [111] Ibidem, s. 64.
- [112] S. Katafias, op. cit.
- [113] Z takimi opiniami spotkałem się m. in. w rozmowach z naukowcami holenderskimi.
- [114] *Prawa rodziny – prawa w rodzinie w świetle standardów międzynarodowych. Zbiór dokumentów*, op. cit., s. 353.
- [115] Por. na temat „mieszania” argumentów religijnych i prawnych: R. Dworkin, *Life's Dominion. An Argument About Abortion And Euthanasia*, London 1993, s. 110.

Dawid Bunikowski

Ur. 1980 r. Doktorant w zakresie nauk prawnych (Katedra Teorii Prawa i Państwa, UMK Toruń). Wyróżniony szeregiem nagród i stypendiów (Prezesa Rady Ministrów; Wydziału Prawa; władz lokalnych i edukacyjnych). Podinspektor w Zespole Radców Prawnych w Starostwie Powiatowym w Starogardzie Gdańskim (2005 r.), a także pracownik Biura Powiatowego Rzecznika Konsumentów (tamże). Członek zarządu Fundacji „Pomagamy Zdrowiu” w Starogardzie Gdańskim – Sekretarz Fundacji (2005). Zainteresowania: prawo, filozofia, sztuka, literatura, kultura, poezja, sport, football, ekonomia, psychologia. Zaangażowany w działalność i aktywność kulturalną (poetyka, dramat, dziennikarstwo), bierze czynny udział w akcjach organizacji pozarządowych i budowaniu lokalnego i obywatelskiego społeczeństwa.

[Pokaż inne teksty autora](#)

(Publikacja: 09-02-2009)

[Oryginał.](http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,6344) (<http://www.racjonalista.pl/kk.php/s,6344>)

Contents Copyright © 2000-2009 Mariusz Agnosiewicz

Programming Copyright © 2001-2009 Michał Przech

Autorem portalu Racjonalista.pl jest Michał Przech, zwany niżej Autorem.

Właścicielami portalu są Mariusz Agnosiewicz oraz Autor.

Żadna część niniejszych opracowań nie może być wykorzystywana w celach komercyjnych, bez uprzedniej pisemnej zgody Właściciela, który zastrzega sobie niniejszym wszelkie prawa, przewidziane

w przepisach szczególnych, oraz zgodnie z prawem cywilnym i handlowym, w szczególności z tytułu praw autorskich, wynalazczych, znaków towarowych do tego portalu i jakiegokolwiek jego części.

Wszystkie strony tego portalu, wliczając w to strukturę katalogów, skrypty oraz inne programy komputerowe, zostały wytworzone i są administrowane przez Autora.

Stanowią one wyłączną własność Właściciela. Właściciel zastrzega sobie prawo do okresowych modyfikacji zawartości tego portalu oraz opisu niniejszych Praw Autorskich bez uprzedniego powiadomienia. Jeżeli nie akceptujesz tej polityki możesz nie odwiedzać tego portalu i nie korzystać z jego zasobów.

Informacje zawarte na tym portalu przeznaczone są do użytku prywatnego osób odwiedzających te strony. Można je pobierać, drukować i przeglądać jedynie w celach informacyjnych, bez czerpania z tego tytułu korzyści finansowych lub pobierania wynagrodzenia w dowolnej formie. Modyfikacja zawartości stron oraz skryptów jest zabroniona. Niniejszym udziela się zgody na swobodne kopiowanie dokumentów portalu Racjonalista.pl tak w formie elektronicznej, jak i drukowanej, w celach innych niż handlowe, z zachowaniem tej informacji.

Plik PDF, który czytasz, może być rozpowszechniany jedynie w formie oryginalnej, w jakiej występuje na portalu. **Plik ten nie może być traktowany jako oficjalna lub oryginalna wersja tekstu, jaki zawiera.**

Treść tego zapisu stosuje się do wersji zarówno polsko jak i angielskojęzycznych portalu pod domenami Racjonalista.pl, TheRationalist.eu.org oraz Neutrum.eu.org.

Wszelkie pytania prosimy kierować do redakcja@racjonalista.pl