

**MAŁGORZATA JANTOS**

**(Kraków)**

## CZY DECYDUJEMY O SWOJEJ ŚMIERCI?

„Jeśli nie wiesz, jak umierać, nie trap się. Wkrótce Natura dobrze cię tego nauczy. Zrobi to najrzetelniej; nie musisz się kłopotać”.

Montaigne

Odpowiedź zdaje się oczywista. Nie mamy wyboru. Każdy z nas umrze. Tak więc rozpatrywanie powyższej sprawy w kategoriach decyzji wydaje się być nielogiczne. Nie chodzi zapewne o to, czy akceptujemy lub nie akceptujemy śmierci. Ona po prostu wcześniej, czy później nastąpi. W pytaniu postawionym w tytule chodzi o inny sposób i czas podchodzenia do naszej śmierci.

Pytanie pojawiło się także w tekście Johna Hardwiga<sup>1</sup>, który napisał:

Nie wiem, jak to jest w przypadku innych osób, ale mnie te rozważania pomogły. Jestem teraz spokojniejszy, myśląc o konfrontacji ze śmiercią. Zakończenie życia, jeśli wymagałby tego ode mnie obowiązek, może mimo to być trudne. Według mnie jednak, o wiele straszniejsze byłoby umieranie w samotności albo okradanie moich bliskich z przyszłości po to, aby zyskać troszkę więcej czasu dla siebie. Mam nadzieję, że gdy przyjdzie czas, w którym będę miał obowiązek umrzeć, zdam sobie z tego sprawę, dodam odwagi moim bliskim, aby także uświadomili go sobie – i mężnie go wypełnię<sup>2</sup>.

Hardwig zastanawiał się w swoim tekście, czy istnieje wiele osób, które nie posiadają w sobie świadomości decydowania o obowiązku własnej śmierci. Analizując je, posłużył się przykładem Oatesa, uczestnika wy-

---

<sup>1</sup> J. Hardwig, *Czy mamy obowiązek umrzeć?* [w:] *Wokół śmierci i umierania*, ss. 281–295, Kraków 2006.

<sup>2</sup> Tamże, s. 301.

prawy kapitana Scota na Biegun Południowy. Oates był zbyt chory, aby móc kontynuować wyprawę. Wiedział, że może opóźnić poruszanie się współtowarzyszy. Miał tego świadomość i dlatego wyszedł w nocy w stronę śnieżycy, popełniając samobójstwo. Przykłady można mnożyć w nieskończoność. Wielu odkrywców, żołnierzy, traperów w czasie trudnych wypraw – mając świadomość uciążliwości swojej osoby i zagrożenia dla innych – decydują się na samobójstwo, aby nie stać się powodem śmierci pozostałych osób. Ludzie potrafiący poprzez wybór własnej śmierci ochronić inne życia są oceniani pozytywnie. Traktuje się ich, jak heroicznych bohaterów. W 1941 roku w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu ojciec Maksymilian Kolbe w wieku 47 lat podjął decyzję przejścia na siebie wyroku śmierci za współwięźnia, który miał rodzinę. Kolbe, chroniąc innego człowieka, podjął się obowiązku śmierci w imię jego ocalenia. Społeczność chrześcijańska bardzo wysoko oceniła gest przejścia cudzej śmierci i ojciec Maksymilian Kolbe został beatyfikowany, a następnie kanonizowany.

W 1984 roku amerykański polityk, pisarz i prawnik Richard Douglas „Dick” Lamm wypowiedział się w mediach na temat samobójstw wspomaganych przez lekarzy. Media zanotowały wypowiedziane przez niego zdanie, że ludzie mają nie tyle obowiązek żyć, ile obowiązek umrzeć. Lamm wyjaśniał, że jego zdaniem tak brzmieć winna ogólna deklaracja, będąca apelem do ludzi starszych, którzy świadomie rezygnując z możliwości korzystania ze wszelkich maszyn przedłużających życie ułatwią życie następnym pokoleń. Jego tragiczne prognozy odnoszące się do przyszłości zabezpieczeń funkcjonowania społeczeństwa w obszarze opieki zdrowotnej zdobyły mu pseudonim „Gloom Gubernator”.

Daniel Callahan, amerykański bioetyk w 2009 roku napisał, że rosnące koszty technologii medycznych spowodują zapaść finansową wszystkich krajów. Zaproponował w swojej książce *Setting Limits*, aby intensywne leczenie, miało miejsce do 85 roku życia pacjentów, a potem następowało wygaszanie terapii i leczenia i pozostawienie przede wszystkim opieki. Książka Callahana wywołała bardzo ostrą reakcję w USA. Pominięto w ferworze krytyki jej główne pytanie, a zarazem i przesłanie, że należy się zastanowić nad stosowaniem niezwykle kosztownych technologii medycznych u kresu ludzkiego życia. Nowoczesna medycyna jest szansą na przedłużenia ludzkiego życia, na stworzenie najwyższej jego jakości, jednak ta technologia będzie i jest dostępna w niewielu krajach na świecie. Coraz więcej społeczeństw stawia sobie pytanie, w jaki sposób powinno wyglądać finansowanie

służby medycznej, czy jest możliwość poradzenia sobie z pytaniem dotyczącym sprawiedliwego podziału oferty medycznej. Sprawiedliwego w odniesieniu do członków jednej społeczności – obywateli tego samego kraju, ale także sprawiedliwego w odniesieniu do mieszkańców wielu państw, czy kontynentów.

Prognozy demograficzne są dość precyzyjne: za 15 lat jedna trzecia ludzi na świecie przekroczy 65 lat, a wśród nich aż połowa będzie mieć więcej niż 75 lat. W Polsce to zjawisko wystąpi nieco później, za jakieś 20 lat. Dość nagle i gwałtownie zestarzeją się roczniki urodzone w latach 50., czyli *Baby Boom*, powojenny wyż demograficzny. To pokolenie już teraz wchodzi frontem w starość, co czwarta osoba w naszym kraju skończy 65 lat. Polskie społeczeństwo starzeje się podobnie jak reszta świata, a to stawia przed nim nowe wyzwania, nie tylko zdrowotne, ale i społeczne. Jeszcze nie tak dawno w grupie chorych po 65 roku życia dominowały choroby kardiologiczne, obecnie ich miejsce zajmują nowotworowe. Już teraz dotyczą one 65 proc. osób po 60. roku życia, a najwięcej zachorowań przypada na wiek między sześćdziesiątką a osiemdziesiątką. W ciągu najbliższych 10-15 lat nastąpi podwojenie liczby nowych chorych i to z jednego powodu: coraz więcej ludzi dożywa sędziwego wieku. Znaczna część społeczeństwa jest zdania, iż na leczenie ludzi starszych państwo powinno przeznaczać większe środki, ale kiedy w ankietach stawia się pytania szczegółowe: kto powinien mieć dostęp do leczenia, jeśli środki są ograniczone to osoby po sześćdziesiątce spadają na czwarte miejsce w kolejce, po dzieciach do 18. roku życia, głównych żywicielach rodziny i osobach chorujących na minimum dwie ciężkie choroby. Jako społeczeństwo uznajemy zatem konieczność leczenia ludzi starszych, ale nie w pierwszej kolejności. Znaczna większość, 80 proc. ludzi starszych, cierpi na jakąś chorobę przewlekłą, zaledwie 20 proc. starzeje się fizjologicznie, bez chorób. Po 75. roku życia pojawiają się „choroby ze starzenia”, z powodu uszkodzeń narządów i tkanek, począwszy od neuronów, powięzi mięśni. Żyjemy już wtedy na rezerwach, jeśli cokolwiek się wydarzy, ustrój nie będzie w stanie się zaadaptować, komórka już nie potrafi się podzielić, raczej umrze. A gdy zaczyna się dzielić, „ucieka” w komórkę nowotworową.

Pytań i trudnych zagadnień dotyczących sprawiedliwości w obliczu zmniejszających się rezerw finansowych świata, czy też jego malejących zasobów naturalnych, wobec starzejących się społeczeństw – będzie coraz więcej; zaś rozwiązań satysfakcjonujących wszystkich mieszkańców ziemi trudno się spodziewać.

Harry Brighouse napisał:

Żadna teoria sprawiedliwości nie zyska poparcia ze strony wszystkich istniejących koncepcji dobra: czy fundamentalista islamski, hollywoodzki liberał, baptysta z południa Stanów Zjednoczonych i trockista mogliby razem przyjąć jedną określoną teorię sprawiedliwości, nie porzucając przynajmniej jednego ze swych dotychczasowych poglądów?<sup>3</sup>

Pytań wynikających z tytułu niniejszej rozprawy jest wiele.

Na początku ważna jest odpowiedź na pytanie, czy człowiek ma obowiązki wobec innych związane z długością i jakością swojego życia. Nie chodzi o to, czy inni mają nam stwarzać komfort naszego życia, ale czy ja mam obowiązki wobec innych. Jesteśmy coraz bardziej niepewni wobec świata wartości etycznych, zarzucani przez oczekiwania i wskazówki wciąż ewoluujących systemów moralnych nie nadążamy za nowymi osiągnięciami medycyny, które z kolei stawiają nas wobec trudnych problemów bioetycznych. Dość wspomnieć etykę autentyczności Charlsa Taylora, etykę troski o siebie Michela Foucaulta, etykę Innego Emanuela Lévinasa, etykę pragnienia Jacquesa Lacana. Z jednej strony pojawiają się pytania powstające na bazie nowych wyzwań, z drugiej powstaje mnogość etyk, wśród których są lub nie ma odpowiedzi na powyższe pytania.

Odpowiedzialność moralna istnieje wtedy, kiedy człowiek odpowiada za swoje zachowanie. Jednakże, aby taki rodzaj odpowiedzialności zaistniał, sprawca jakiegokolwiek czynu musi spełniać wiele warunków. Musi być istotą świadomą, działającą w sposób wolny itp. Dojrzewanie osobowe (moralne) polega między innymi na dorastaniu do odpowiedzialnego działania. Wtedy, kiedy uświadamia sobie, że czegoś dokonał i chce wziąć za to odpowiedzialność, która staje się faktem psychologicznym.

Pytanie jest trudne i skomplikowane. Z jednej strony dotyczy schorowanej i późnej starości, z drugiej zaś ludzi chorych terminalnie. Starość jako obiekt zainteresowania socjologów, filozofów, lekarzy towarzyszyć będzie coraz większej ilości prac naukowych, wypowiedzi, koncepcji. Przychodzi jej czas, o czym w 1983 roku pisał Philippe Aries.

Teraz będzie wiele prac na temat starych ludzi [...] wkrótce powstanie cała biblioteka dzieł o starości<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> H. Brighouse, *Sprawiedliwość*, Warszawa 2007, s. 56.

<sup>4</sup> G. Minois, *Historia starości*, Warszawa 1995, s. 15.

Starzy ludzie w minionych epokach nie bywali obiektem ani specjalnej troski, ani podmiotami wyodrębnionymi, nigdy nie tworzyli jednorodnej kategorii, dającej się wydzielić spośród reszty społeczeństwa. Nie dzielono życia ludzkiego na etapy, tak, jak to czynimy teraz. Życie zaczynało się z chwilą rozpoczęcia pracy i kończyło śmiercią. Stary człowiek był tylko sędziwym, mało sprawnym fizycznie dorosłym.

Historię Europy od czasów starożytnych do obecnych charakteryzuje ciągła zmienność politycznej i społecznej roli starców. Zarówno w społeczeństwach pierwotnych, jak i w rozwiniętych stosunek do starości cechują te same sprzeczności.

W społeczeństwach wcześniejszych cywilizacji rola ludzi starszych wyglądała podobnie: Turko-Mongołowie szanowali wyłącznie starców cieszących się dobrym zdrowiem, natomiast niedołężnych pozostawiali samym sobie. Indianie Ojibwa znad jeziora Winnipeg porzucali lub przeznaczali na rytualną ofiarę najstarszych mieszkańców wsi, podobnie zachowywali się Indianie Siriono z puszczy boliwijskiej. Na Syberii w okresach głodu – ludzie starzy w porozumieniu ze społecznością wsi popełniali samobójstwa. Podobna praktyka miała miejsce na wyspie Hokkaido. Losy ludzi starych zależały od zasobności społeczeństw: im bogatsze było społeczeństwo – tym bezpieczniejsze było życie ludzi starych.

W przypadku prehistorycznego imperium Inków społeczeństwo nie odrzucało starców, ale dawało im zajęcia i utrzymanie. Wcześniej Indianie zabijali starców i dopiero po podboju dokonany w XII wieku przez Manco Capaca wprowadzono nowy ustrój, który zabezpieczał byt ludzi starszych.

W cywilizacjach, które nie znały pisma – ludzie wiekowi pełnili tradycyjnie rolę żywych archiwów. Starcy byli doradcami władców i tworzyli w każdym plemieniu nieformalną radę wspierającą swoją wiedzą rządzących. Stare kobiety stawały się *mamacuna*, czyli matronami; cieszyły się wielkim szacunkiem i miały za zadanie pouczać młode kobiety.

Herodot pisał, że nie zostawia się starców ich własnemu losowi, bo zgodnie z obyczajem córki są zobowiązane utrzymywać rodziców. Los starych ludzi nie mających dzieci był dość żalony. W starożytnej Grecji dość często spotyka się przypadki ludzi, którzy popełniali samobójstwo, broniąc się tym samym przed samotną starością.

Rozwój historii politycznej starożytnego Rzymu szedł w kierunku ograniczania władzy starych ludzi. Ich złotym okresem był czas republiki: wtedy to starcy skupiali w swoich rękach bogactwa

i władzę, rządzą zarówno w rodzinie, jak i w państwie. Jak pisał Seneka:

Słaby to człowiek i tchórz, kto śmierć zadaje sobie z powodu bólu, ale głupi, kto żyje tylko po to, by znosić ból<sup>5</sup>.

Europa nowożytna podchodzi do starości w różny sposób. Już na początku XVII stulecia pojawiają się kontrakty podpisywane przez starszych ludzi z ich dziećmi. Za czasów Karola V w wielu miastach zaczęto tworzyć miejskie służby pomocy społecznej; pierwsza z nich powstała w roku 1525 w Ypres. W 1600 roku założono przytułek dla starców w Haarlemie. Właściwie tylko Anglia stworzyła wtedy skuteczny system dobroczynności organizowanej przez państwo, którego podstawą była „Ustawa o ubogich” (*Poor Law*) z roku 1601.

Na początku XVIII stulecia wśród ludności Europy było 5–7% starych ludzi, pod koniec tego wieku – już do 10%. Wzrost liczby ludności i przedłużenie długości życia ludzkiego zmieniały oblicze świata. Jednak akceptacja starości nie przebiegała łatwo, ani szybko. W 1757 roku ksiądz Clement, kanonik z Saint-Louis-en-Louvre spisał *Rozmyślenia o starości*. I tam przygotowywał ludzi w podeszłym wieku do śmierci. Pisał o tym, że naturalną sytuacją w świecie jest przygotowywanie się do odejścia ze świata. W 1733 roku markiza de Lambert w *Traktacie o starości* umieściła między innymi następujące uwagi:

Trzeba bez oporu poddawać się naturze, a nie buntować się przeciwko niej. To najlepszy przewodnik, jakiego możemy mieć. Nie warto się buntować przeciw działaniu czasu. Jest od nas silniejszy<sup>6</sup>.

Pisała to kobieta, która zmarła w wieku osiemdziesięciu siedmiu lat. Pobożna i spokojna starość przygotowuje do śmierci – słowa marki-zy wkomponowują się w pytanie dotyczące zagadnienia obowiązku śmierci.

Wiek XIX charakteryzował się wyraźnym wzrostem liczby ludzi dożywających podeszłego wieku i spadkiem liczby urodzeń. Przybywanie ludzi starszych zmusiło medycynę, socjologię, demografię do powstawania coraz bardziej pogłębionych analiz. Inna sytuacja była w Stanach Zjednoczonych. Tam przyrost naturalny był znaczny. W 1871 roku ksiądz Raynal pisał o swoich obawach dotyczących samowystarczalności kraju pod względem wyżywienia ludności. Wcześniej w 1798

<sup>5</sup> Seneka, *Listy moralne do Lucjusza*, LVIII, Warszawa 1961, s. 55.

<sup>6</sup> J-P. Bois, *Historia starości*, Warszawa 1996, s. 136.

roku Thomas Robert Malthus ogłosił alarm dla Europy. Według jego koncepcji przyrost środków spożycia dokonuje się w postępie arytmetycznym, a przyrost ludności w geometrycznym. Należy więc, jak twierdził Malthus, stosować rozsądne środki zapobiegawcze, aby nie dopuścić do wzrostu śmiertelności spowodowanej niedożywieniem. Malthus namawiał ludzi do ograniczenia przyrostu naturalnego.

W 1896 roku Paul Robin założył we Francji Ligę Odrodzenia Ludzkości, w której kaznodziejski maltuzjanizm typu angielskiego nałożył się na jego wersję francuską. Robin i jego zwolennik Eugene Humbert zwracali uwagę na wzrost ludności, nie zauważali jednak faktu, że zwiększająca się liczba ludności to nie tylko ilość urodzin, ale także i to, że mieszkańcy się starzeją i tym samym zmniejsza się umieralność.

W historii ludzkości śmierć była postrzegana jako rzecz normalna dotycząca wszystkich. I zawsze było tak, od antyku do XX wieku, od najdawniejszych czasów starzy ludzie zawsze żałują czasów młodości, a młodzi obawiają się nadejścia starości. W każdej epoce starość zawsze rodziła paradoksalne reakcje, sprzeczne i przeciwstawne zachowania. Pogodzonej z losem markizie de Lambert przeciwstawić można zbuntowaną starość Swifta. Starzy ludzie zawsze istnieli, ale ich obecność nie zawsze była odczuwana w jednakowy sposób. Zmienna także była reakcja na śmierć, która w okresach wcześniejszych była obecna w życiu ludzi. Potem, równoległe z rozwojem medycyny i przedłużaniem życia, śmierć stawała się tematem skrywanym, usuwanym, nie stosownym, tabu, czy jak pisał Philippe Aries „śmiercią odwróconą”. Jesteśmy świadkami „otwartego protestu przeciw śmierci”<sup>7</sup>, „następuje odrzucenie śmierci”<sup>8</sup>.

Śmierć zostaje wyparta z codziennego życia ludzi, nie mówi się o niej, nie wymienia, ludzie już nie umierają, ale „odchodzą”, „opuszczają nas”.

Śmierć przestano uważać za konieczne zjawisko naturalne [...] Gdy nadchodzi śmierć, uważa się ją za przypadek, rezultat niemocy lub jakiejś niezręczności, coś o czym trzeba szybko zapomnieć. [...] Śmierć musi być zatem dyskretna: „na czubkach palców”<sup>9</sup>.

I równocześnie, w sposób jak najbardziej zrozumiwały zaczynają w XX wieku znikać wszelkie problemy z nią powiązane. Przestaje istnieć

<sup>7</sup> Ph. Aries, *Antropologia śmierci. Myśl francuska*, Warszawa 1993, s. 253.

<sup>8</sup> Tamże, s. 254.

<sup>9</sup> Tamże, s. 262–263.

żałoba, zarzucono zwyczaj składania kondolencji, ludzie uwalniają się od wszelkich jej form.

Żałoba jest *extension of modesty*, praktykowaniem skromności. Jest to niewątpliwie postawa najbardziej popierana przez zdrowy rozsądek, który dopuszcza pewne manifestowanie uczuć, zastrzegając jednak, że musi być ono skryte<sup>10</sup>.

Równoległe z intensywnie rozwijającą się technologią medyczną przedłużającą życie powstaje coraz więcej pytań i zagadnień, które wiążą się z procedurą umierania. Wśród nich wymienić można te, które wywołują najwięcej kontrowersji: czy wolno zrezygnować z podtrzymującej przy życiu terapii, która jest medycznie wskazana, lecz niechciana przez pacjenta; czy wolno zrezygnować z terapii podtrzymującej przy życiu przez jej czynne przerwanie; czy człowiek ma prawo podjąć decyzję zaprzestania procedur medycznych (w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wspomaganego oddychania), innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu z chwilą utraty przez niego zdolności do świadomego podejmowania decyzji (procedura znana jako „testament życia” (ang. *living will* lub *advance directive*).

Ludzie chcą decydować o sposobie i momencie własnego umierania i śmierci, ale okazuje się, że to prawo jest im odbierane. Nie jest więc tak, że człowiek odczuwający potrzebę zakończenia własnego życia, niekiedy określający tę potrzebę jako obowiązek śmierci (z wielu powodów, wśród których można by wymienić świadomość terminalności choroby, uciążliwość dla członków rodziny), może podjąć jakąkolwiek decyzję. I tutaj także powstaje wiele pytań: czy samobójstwo z pomocą lekarza jest moralnie uzasadnione, czy pomoc w samobójstwie jest moralnie usprawiedliwiona; czy medycznie wspomaganą pomoc w samobójstwie powinna zostać prawnie dozwolona. Jednoznacznie twierdzącej odpowiedzi na pytanie o wspieranie ludzi chcących popełnić samobójstwo w sytuacjach uzasadnionych, kiedy nie są w stanie sami tego zrobić – udziela między innymi R. Brand w artykule *The Morality and Rationality of Suicide*. Napisał tam:

Moralny obowiązek innych osób w stosunku do kogoś, kto rozważa samobójstwo, jest przypadkiem ogólnego obowiązku wyświadczania pomocy osobom znajdującym się w poważnej opresji, przynajmniej gdy można to uczynić nie ponosząc samemu zbyt wielkiego kosztu. [...] Jeśli dany człowiek postanowił, że zakończy swoje życie, gdy tylko będzie w stanie, i jeżeli jest jasne, że [...] potrzebuje on pomocy, mamy moralny obowiązek udzielić mu jej<sup>11</sup>.

<sup>10</sup> Tamże, s. 252.

<sup>11</sup> *Wokół śmierci i umierania*, Kraków 2009, s. 54.

W 1997 roku sześciu filozofów amerykańskich wystosowało list do Sądu Najwyższego USA z prośbą, aby podtrzymał decyzję sądów niższych instancji przyznającą prawo do pomocy w samobójstwie. Argumentacja apelu filozofów opierała się przede wszystkim na odrzuceniu przekonań religijnych i światopoglądowych, nie zezwalających na popełnianie samobójstw. Wszak, jak pisali, konstytucja USA nie opiera się na żadnych przekonaniach i nie zezwala na żadne zakazy z nich wynikające.

Krytycy argumentacji prawa do decydowania o sobie podważają ją na wiele sposobów. Między innymi mówi się o niebezpieczeństwie błędów medycznych, niebezpieczeństwie nadużyć, niepożądanych następstwach ubocznych. Słowem sprowadza się dyskusję do eutanazji.

Na polskim gruncie rzetelna dyskusja dotycząca niniejszego tematu ze względu na znaczne podporządkowanie świadomości społecznej zasadom religijnym – w chwili obecnej jest niemożliwa.

Chcę więc teraz zająć się innym zagadnieniem, które ma już w Polsce swój początek, a które wymieniłam wyżej. Testament życia (*living will* lub *advance directive*). Jest to oświadczenie woli śmierci w określonej z góry sytuacji. Sytuacji, kiedy człowiek pozbawiony jest możliwości i prawa do dysponowania własnym życiem. Testament życia oznacza zobowiązanie lekarzy do niepodejmowania pewnych działań, a nie do zaprzestania działań już podjętych.

Jest to deklaracja o mocy prawnej, oświadczająca wolę człowieka zaprzestania wobec niego w chwili wystąpienia trwałej utraty zdolności do świadomego podejmowania decyzji, procedur medycznych (w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wspomaganego oddychania), innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów, oraz karmienie i nawadnianie, o ile służyć one mają dobru pacjenta. Projekt takiego oświadczenia zaproponował po raz pierwszy w USA w roku 1967 prawnik Luis Kutner. Nazwano je testamentem życia (*living will*) lub testamentową dyspozycją życiem. Problem w tym, że Kutner należał do Euthanasia Society of America. Kontekst, w jakim zaproponowano po raz pierwszy spisanie testamentowej dyspozycji życiem, wiązał się więc wprost z prawem do wyboru momentu śmierci. Pod koniec lat 60. sytuacja ta uległa zmianie, chodziło raczej o to, by pacjenci mogli podejmować suwerenne decyzje co do rodzaju opieki medycznej, jakiej sobie życzą. Testamentowa dyspozycja życiem uznawana jest dzisiaj we wszystkich stanach USA, Australii, Kanadzie, Norwegii, Zelandii, a także w szeregu krajów europejskich (Szwajcarii, RFN, Zjednoczonym Królestwie).

Pomysł testamentu życia po raz pierwszy pojawił się w Polsce w debacie publicznej w 2008 roku. W Konstytucji RP przy ocenie dopuszczalności testamentu najważniejsze znaczenie mają dwa przepisy: art. 30 stanowiący, że przyrodzona i niezbywalna godność człowieka „jest nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych” oraz art. 38 zapewniający ze strony Rzeczypospolitej Polskiej „każdemu człowiekowi prawną ochronę życia”. Profesor prawa Seweryn Sołtys w „Rzeczpospolitej” 8 grudnia 2008 roku napisał:

Konstytucyjna obietnica prawnej ochrony życia ludzkiego ma swoje granice. Wynikają z konieczności obrony innych ważnych wartości, w tym takich na przykład, jak godność obywatela i jego państwa zagrożonego zbrojną napaścią. Czy zatem art. 38 konstytucji stoi na przeszkodzie wprowadzeniu testamentu życia? Byłby on taką przeszkodą, gdyby życie było wartością absolutną i gdyby nie było tak, że ludzie nie mają prawa (również moralnego) swoim życiem w żadnych okolicznościach dysponować. Rozumiem, że może to porównanie jest niezbyt trafne, ale przecież z wielkim szacunkiem odnosimy się do osób, które świadomie oddały swoje życie, by ratować już nie tylko życie cudze, ale też inne dobra o wysokim standardzie aksjologicznym (np. dobra kultury materialnej). Jeśli zatem można zrezygnować z własnego życia w takich okolicznościach, to dlaczego nie można tak uczynić, gdy w grę wchodzi, jako alternatywa, beznadziejne cierpienie, upokorzenie, roślinna vegetacja?”

W polskim prawie nie ma zakazu wyrażania zgody na przyszłość i jest ona traktowana jako klasyczne oświadczenie woli pacjenta. Brak tak wyrażonej zgody na czynność medyczną powinien być dla lekarza wiążący. Sprzeciw pacjenta powinien być bowiem uwzględniony, gdy:

[...] został uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny, ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły<sup>12</sup>.

Zatem pacjent powinien dostatecznie wyraźnie zaakcentować swoje zdanie lekarzowi, mimo braku koincydencji czasowej sprzeciwu i planowanej czynności medycznej. Wątro zastanowić się czy oświadczenie *pro futuro* powinno zostać przez lekarza uwzględnione, mimo zupełnej zmiany sytuacji, w której znalazł się pacjent, a zatem również zmiany okoliczności, przy których oświadczenie zostało złożone. Inną decyzję może bowiem podjąć zdrowy człowiek nie uświadamiający sobie przyszłego stanu zdrowia, a także inna osoba znajdująca się na pograniczu życia i śmierci. Instynkt przetrwania człowieka jest tak silny, że

<sup>12</sup> Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 roku, III CK 155/05, OSNC 2006, z. 7–8, s. 137.

może zaważyć na zmianie decyzji. Oczywistym jest, że zgoda lub jej brak może zostać odwołana na skutek zmiany okoliczności. Kłopotliwa sytuacja z punktu widzenia prawa zachodzi, gdy pacjent z powodu choroby nie jest już w stanie świadomie zmienić decyzji, jaką podjął, będąc w pełni sił. W takim wypadku należy uznać, że lekarz jest związany wcześniejszą decyzją pacjenta pod warunkiem, że została wyrażona świadomie, wyraźnie i dobrowolnie.

Zgodnie z art. 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej, lekarz ma obowiązek brać pod uwagę wcześniej wyrażoną wolę pacjenta. Wyrazem podjętych prac nad wprowadzeniem takiej konstrukcji na grunt prawa polskiego, jest projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw. Zgodnie z tym projektem, zamiast zgody, pacjent będzie mógł wyrazić trzy rodzaje sprzeciwów: sprzeciw na udzielenie świadczenia zdrowotnego po zasięgnięciu niezbędnych informacji; sprzeciw *pro futuro* zwykły, wyrażony na piśmie w okresie nie dłuższym, niż 6 miesięcy; sprzeciw *pro futuro* kwalifikowany, wyrażony w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia pacjenta, które jest wynikiem ciężkiej lub też nieuleczalnej choroby. Warto również zaznaczyć, iż powyższy projekt dopuszcza możliwość uwolnienia się od odpowiedzialności karnej i cywilnej przez lekarza, w przypadku dokonania przez niego czynności medycznej, pomimo wcześniej wyrażonego sprzeciwu zwykłego, gdy takie działanie zostaje podjęte w interesie pacjenta.

W beznadziejnych sytuacjach procesu chorobowego, obowiązkiem lekarza jest przede wszystkim łagodzenie bólu i innych objawów związanych z cierpieniem pacjenta (opieka paliatywna). Te powinności określa Europejska Konwencja Praw Człowieka oraz Kodeks Etyki Lekarskiej. Jednak presja społeczna i praktyka kliniczna każe lekarzom ratować życie pacjentów za wszelką cenę. Bardzo często, korzystając z nowoczesnej technologii medycznej, podejmuje się nieproporcjonalne środki lecznicze oraz diagnostyczne. W wielu przypadkach, nowoczesna medycyna wydłuża i pogłębia cierpienie u kresu życia, podczas gdy pod opieką paliatywną pacjenci mogliby umierać w komforcie. Należy rozróżnić zakończenie cierpienia z zakończeniem życia.

Poselski projekt zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta autorstwa Jarosława Gowina, wprowadzał do dokumentu kilka artykułów, które między innymi definiowały uporczywą terapię i testament życia oraz określały zasady złożenia testamentu życia. Zapis dotyczący życia miał być rozszerzeniem wyrażenia zgody do leczenia lub jej braku przez pacjenta. Kontrowersje społeczne wzbudziła jednak

forma wyrażenia dyspozycji na przyszłość. Niedostateczna ilość informacji dotycząca nowego projektu, dostarczona przez media, obudziła głosy sceptycznych krytyków, zaliczających testament życia do biernej eutanazji lub nazywających tenże pomysł „furtką do zachowań proeutanatycznych”. W efekcie strona poselska wycofała się z wprowadzenia projektu.

Testament życia, zarejestrowany w centralnym rejestrze krajowym, stanowiłby wytyczną w postępowaniu personelu medycznego. Nierepektowanie jego treści przez lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej pociągałoby konsekwencje prawne. Projekt ustawy zaznacza możliwość ukarania personelu medycznego drogą sądową na wniosek rodziny pacjenta lub pełnomocnika medycznego. Zdefiniowanie uporczywej terapii w prawodawstwie oraz zapis prawa pacjenta do niestosowania jej wobec niego ograniczyłyby jej stosowanie, chociażby ze względu na potencjalne sankcje prawne.

Obecnie, polski system zdrowia nie jest w stanie zagwarantować realizacji podpisanego za granicą testamentu życia, a złożenie go mają możliwość mieszkańcy między innymi Stanów Zjednoczonych, Niemiec, Kanady, Australii czy Węgier. Z uwagi na brak dyrektyw w polskim prawodawstwie, obywatele innych państw leczący się w Polsce nie są chronieni swoją deklaracją. Projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zakłada możliwość wykonania testamentu życia utworzonego w innym kraju. Kryterium jego wypełnienia jest jednak zgodność zakresu treści z treścią polskiej deklaracji.

Jeśli pacjent nowojorskiego szpitala ma na ręce fioletową gumową bransoletkę z napisem DNR (*Do Not Resuscitate* – Nie Reanimować), lekarze nie ratują mu życia za wszelką cenę. Czy podobną formę decydowania o własnym losie, czyli tak zwany testament życia, wprowadzi polski parlament? W krajach anglosaskich przed wielu laty zastosowano protokół DNR, punkt po punkcie, bardzo precyzyjnie określający, kiedy nie należy podejmować reanimacji. Tę procedurę warto byłoby skopiować na grunt polski. Należałoby zdefiniować, kiedy kończy się terapia, a zaczyna „uporczywość terapeutyczna”. Zauważmy przy tym, że terapia uporczywa to nie to samo, co terapia daremna. Przez terapię daremną rozumiemy poddawanie pacjenta zabiegom w sytuacji, kiedy nie ma już żadnych szans na wyleczenie, nawet tych uciążliwych i eksperymentalnych. Lekarz kontynuujący w takiej sytuacji leczenie postępuje wbrew arkanom sztuki medycznej.

Siostra Barbara Chyrowicz w „Tygodniku Powszechnym” w zeszłym roku napisała:

Testament życia, w którym pacjent zapisze: „Proszę mnie nie leczyć, kiedy absolutnie nie da się mnie już wyleczyć”, nie byłby potrzebny przy założeniu, że lekarze nie podejmują działań daremnych. Nikt nie będzie zresztą winił lekarza za to, że nie potrafi leczyć nieuleczalnych jeszcze chorób, może natomiast winić za bezsensowne poddawanie pacjenta zabiegom, które nie mogą już mu przywrócić zdrowia, budzą w nim tylko złudne nadzieje. Bardziej ludzkie jest wówczas uznanie ludzkiej śmiertelności<sup>13</sup>.

Dyskusja na temat pełnomocnictw medycznych, a szczególnie testamentu życia, rozpoczęła się, jak pisałam wyżej, w Stanach Zjednoczonych w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Szerzeniem wiedzy o *living will* zajęły się naukowe stowarzyszenia medyczne. Jednym z nich było Kalifornijskie Stowarzyszenie Medyczne, które zaproponowało pięć wersji testamentu życia, określających zakres potencjalnie prowadzonych w przyszłości procedur medycznych. Wybór istniał między życzeniem nieprowadzenia uporczywej terapii w stanie terminalnym, określeniem dopuszczalnych procedur medycznych oraz życzeniem przedłużania życia jak długo będzie to możliwe. Brak dyrektyw prawnych ograniczał jednak personel medyczny do kierowania się zapisaną wolą chorego. W 1990 r. Kongres USA przyjął ustawę federalną o samostanowieniu pacjentów, która określała również status testamentu życia. Aktualnie dokument może być sporządzony osobiście lub na urzędowym formularzu. Oryginał należy do pacjenta, zaś kopia powinna trafić do osobistego lekarza, który to w momencie przyjęcia pacjenta do szpitala, przekazuje dokument do pozostałych dokumentów medycznych. Poza tym, każdy pacjent przyjmowany do szpitala, ma obowiązek podpisania deklaracji, zgodnie z którą miałoby postąpić lekarze na wypadek utraty przez niego świadomości. Świadomość społeczna i debata publiczna o kresie życia sprawiły, że w 2007 roku 41% Amerykanów deklaroowało, iż sporządzili testamentu życia.

W Niemczech od 2009 roku funkcjonuje federalna regulacja prawna dotycząca ustanawiania i respektowania testamentu życia. Sytuacja przed wprowadzeniem nowej możliwości do prawodawstwa wyglądała jednak zupełnie inaczej niż w Polsce. Już w 2005 roku ok. 10% Niemców posługiwało się spisana deklaracją na przyszłość odnośnie zakresu leczenia na wypadek utraty świadomości. Sporządzano ją na wzór formularza funkcjonującego w Austrii, bądź własnymi słowami

<sup>13</sup> B. Chyrowicz, *Sluchaj mnie, kiedy odchodzę* [w:] „Tygodnik Powszechny”, nr 32, 2013.

określano zakres leczenia, który miałby dotyczyć potencjalnego chorego. Po wprowadzeniu regulacji, istnieje kilka możliwości wyrażenia swojej woli. Najbardziej preferowanym rozwiązaniem jest wypełnienie jednego z kilku ogólnodostępnych formularzy i potwierdzenie jego wiarygodności notarialnie. Taki dokument, lekarz rodzinny umieszcza w ogólnokrajowym rejestrze i w sytuacji wymagającej zasięgnięcia opinii pacjenta, który znajduje się w stanie, w którym nie może podjąć decyzji, zainteresowany lekarz szpitala lub innej jednostki opieki zdrowotnej ma możliwość sprawdzenia w systemie woli chorego. Inną możliwością wyrażenia swojej woli, jest sporządzenie w dowolnej formie podpisanego dokumentu informującego o zakresie leczenia. Napisana nawet odręcznie deklaracja, powinna być przekazana przez potencjalnego pacjenta do dokumentacji medycznej. Nie potwierdzona notarialnie i nie umieszczona w krajowym rejestrze informacja, nie jest jednak wiążąca dla lekarzy.

Jak więc widać, w naszej polskiej sytuacji wciąż nie jesteśmy gotowi podjąć tematów, które zostały przedyskutowane i doczekały się rozwiązań w wielu miejscach na świecie. Wciąż jesteśmy jak rodziny, w których członkowie nie są w stanie rozmawiać o śmierci. John Hardwig napisał:

Jeśli nagle utracę podmiotowość moralną, dostanę się w ręce systemu prawno-medycznego, który bez skrupułów zlekceważy moje przekonania etyczne i zrobi to, co będzie dla mnie najlepsze, bez względu na konsekwencje, jakie to będzie miało, oraz znaczenie dla moich bliskich. A nie jest to bynajmniej tym, czego bym sobie życzył<sup>14</sup>.

Zdaje się, że wciąż za bardzo obawiamy się śmierci.

Nasz strach przed śmiercią doprowadził do zmasowanych ataków na nią. Wciąż zabiegamy prawie o każdą przedłużającą życie metodę, którą moglibyśmy zastosować. Wciąż zbyt często czujemy się moralnie zdeterminowani do przedłużania życia – prawie każdej formy życia – o tyle, o ile to możliwe; tak jakby najlepszą śmiercią była ta, którą jak najdłużej można odwlekać.

Nawet nie pytamy o sens zawarty w śmierci – tak jesteśmy zajęci usiłowaniem, by ją odwlec<sup>15</sup>.

Kiedy zaś mamy przemyślane zagadnienia związane z własną śmiercią i chcemy uniknąć perturbacji związanych z naszym stanem, który mógłby być początkiem trwania poza świadomością, czekamy na decyzje urzędników, księży, polityków, którzy za nas zdecydują, co będzie dla nas najlepsze.

<sup>14</sup> J. Hardwig, *op. cit.*, s. 297.

<sup>15</sup> Tamże, s. 299.

DO WE DECIDE ABOUT OUR DEATH?

Summary

Along with intensively developing, life-prolonging medical technology, various issues arise related to the procedure of dying. May one give up life-sustaining therapy that is medically recommended but undesired by the patient? May one resign from making use of medical procedures (through something known as a *living will or advance directive*)? People do want to decide about the manner and the time of their own death but they are deprived of this right. Is a suicide committed with the help of a doctor morally justified? Should a medically supported suicide should be permitted by law?

The idea of a *living will* first appeared in Poland in public debate in 2008. In Polish law there is no prohibition against expressing consent for the future and it is treated as a classical declaration of the patient's will. According to Article 9 of the European Convention on Bioethics, the physician is obliged to take into consideration the patient's will expressed in advance. At present, the Polish health system is not capable of ensuring the implementation of a *living will* signed abroad. The Bill on the Amendment to the Act on Patient Rights and the Patient Rights Spokesman assume the possibility of implementing a *living will* created in another country.

If a patient in New York has a bracelet with the inscription DNR (Do Not Resuscitate), doctors will not attempt to save his life at any cost. Shall the Polish Parliament introduce a similar form of deciding about one's own life, namely so-called a *living will*?

*Małgorzata Jantos*