

**CZAS ŻYCIA**

**WYKŁADY**

**I CZAS UMIERANIA**

**WARTO**

# **CZAS ŻYCIA I CZAS UMIERANIA**

**WdrtO**

Warszawa 2018

# CZAS ŻYCIA I CZAS UMIERANIA

Materiał pomocniczy (*pomoc orientacyjna\**) Rady Wspólnoty Kościołów Ewangelickich w Europie, służący zorientowaniu się w temacie troski o umierających oraz decyzji przyśpieszających śmierć.

\*Jest to bezpośrednie tłumaczenie w języku polskim, które zostało zaimplementowane z języka niemieckiego: *Orienteunghilfe* i angielskiego: *Aid to Orientation*.

Tłumaczenie na podstawie: *A Time to Live, and a Time to Die. An Aid to Orientation of the CPCE Council on Death-hastening Decisions and Caring for the Dying*, Vienna brw.  
Tłumaczenie skonsultowano z: *Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit. Eine Orientierungshilfe des Rates der GEKE zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende*, Wien 2011.

Publikacja przygotowana na zlecenie Komisji ds. teologiczno-pastoralnych  
Synodu Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego w RP.

Tłumaczenie  
*Ewa Sojka*

Zespół redakcyjny  
*Bożena Giemza*  
*Joanna Rączkowiak*  
*dr Jerzy Sojka*

Skład i projekt okładki  
*Karolina Kluska*

© Warto, Warszawa 2018

ISBN 978-83-63562-05-2

Wydawnictwo Warto  
siedziba: ul. Misyjna 8, 43–445 Dziegiełków  
biuro: ul. Willowa 1, 00–790 Warszawa  
[warto@cme.org.pl](mailto:warto@cme.org.pl), [www.warto.cme.org.pl](http://www.warto.cme.org.pl)

Drukarnia „Augustana”  
[www.augustana.com.pl](http://www.augustana.com.pl)

Zapraszamy do księgarni internetowej  
[www.warto.com.pl](http://www.warto.com.pl)

# Spis treści

Wprowadzenie do wydania polskiego.....	9
Wstęp.....	11
Streszczenie.....	13
Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie.....	15
Opieka paliatywna, leczenie i sedacja.....	17
Eutanazja i wspomagane samobójstwo.....	17
1. Wstęp: Kościoły ewangelickie na temat eutanazji i innych decyzji związanych z końcem życia.....	21
2. Ramy problemu I: Śmierć i umieranie we współczesnych kontekstach: społecznym, klinicznym i prawnym.....	25
2.1. Wymiar społeczno-ekonomiczny.....	25
2.2. Kontekst kliniczny.....	28
2.3. Aspekty prawne i polityczne.....	30
2.4. Eutanazja w kontekście historycznym niemieckiego reżimu narodowosocjalistycznego.....	35
3. Ramy problemu II: Ekumeniczne.....	37
4. Ramy problemu III: Teologiczne i etyczne.....	39
4.1. Życie ludzkie – stworzone na obraz Boży.....	39
4.2. Odpowiedzialność moralna: Odpowiadanie na stworzenie i odkupienie – dzieła Bożej miłości.....	42

4.3. Życie ludzkie – uprawnione do ochrony.....	44
4.4. Troska i współczucie dla chorych i umierających.....	45
4.5. Poszanowanie pacjenta .....	48
5. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie.....	51
5.1. Kontekst kliniczny.....	51
5.2. Dyskusja etyczna: Wskazania dla przerwania/niepodjęcia leczenia.....	53
Jakość życia i niepodjęcie leczenia przedłużającego życie.....	54
Rozróżnienie między opieką a leczeniem.....	57
Ryzyko nadmiernego leczenia.....	59
5.3. Dyskusja etyczna: Wola pacjenta.....	61
Wola wyrażona przez pacjenta.....	61
Dyspozycje pacjenta.....	62
Pacjenci „nie w pełni władz umysłowych”/ /ubezważnieni.....	63
Członkowie rodziny.....	64
Opiekun prawny.....	64
5.4. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie – podsumowanie.....	66
6. Opieka paliatywna, leczenie i sedacja.....	69
7. Eutanazja.....	73
7.1. Określenie pytania.....	73
7.2. Dyskusja etyczna.....	74
Autonomia a eutanazja.....	75
Korzyść (dobro) pacjenta a eutanazja.....	78
Eutanazja i niepodjęcie leczenia – istotna różnica.....	82
Eutanazja – skutki społeczne.....	84
Eutanazja – legalizacja.....	85
7.3. Eutanazja – wnioski.....	87

8. Wspomagane samobójstwo.....	89
8.1. Określenie pytania.....	89
8.2. Wspomagane samobójstwo a eutanazja.....	90
8.3. Moralne prawo do wspomaganeego samobójstwa.....	92
8.4. Prawo do wspomaganeego samobójstwa w świetle przepisów.....	96
8.5. Wspomagane samobójstwo – wnioski.....	97
9. Wnioski.....	101
Bibliografia.....	103
Grupa Robocza WKEE ds. Kwestii Etycznych.....	107





## Wprowadzenie do wydania polskiego

Troska o życie człowieka, które dobiega do swego końca, jest jednym z przejawów misji Kościoła. Duszpasterskie towarzyszenie cierpiącemu oraz jego rodzinie jest wyrazem wierności temu posłannictwu, a pojawiające się wówczas wyzwania bioetyczne są jednymi z najbardziej palących zagadnień, przed jakimi współcześnie stoimy. W nurcie szukania na nie odpowiedzi zrodził się tekst „Czas życia i czas umierania”, który pozwalamy sobie przedstawić polskim czytelnikom. Powstał on jako głos Wspólnoty Kościołów Ewangelickich w Europie, której Kościół Ewangelicko-Augsburski jest członkiem od jej powstania w 1973 roku.

Koniec życia człowieka stawia wiele pytań bioetycznych. Są to kwestie dialogu z pacjentem odnośnie do kontynuowania lub zaniechania jego leczenia, podejmowania decyzji w tym zakresie w sytuacji, gdy sam pacjent nie jest w stanie decydować za siebie, znaczenia i form opieki paliatywnej, a także szeroka płaszczyzna dyskusji o eutanazji.

Dokument „Czas życia i czas umierania” chcemy udostępnić wszystkim zainteresowanym. Kierujemy go zarówno do rodzin osób u końca życia, personelu medycznego, duszpasterzy, jak i osób zaangażowanych w opiekę hospicyjną. Mamy nadzieję, że te ewangelickie w swej perspektywie odpowiedzi na pytania etyczne spotykające nas pod koniec życia,

powstałe w międzynarodowym dialogu europejskich Kościołów i tradycji ewangelickich, będą zachętą do dialogu w naszym własnym kontekście kulturowo-społecznym, a stojąca za nimi teologiczna, medyczna, a przede wszystkim duszpasterska refleksja stanie się pomocą w trudnej służbie bliźniemu u kresu jego życia.

*Ks. dr Adam Malina*  
*Prezes Synodu Kościoła-Ewangelicko Augsburskiego w RP*

*Ks. bp dr hab. Marcin Hintz, prof. ChAT*  
*Przewodniczący Komisji ds. teologiczno-pastoralnych*  
*Synodu Kościoła Ewangelicko-Augsburskiego*

## Wstęp

Wiele Kościołów ewangelickich w ostatnich latach zajęło się pytaniami etycznymi, jakie pojawiły się wraz z powstaniem nowych możliwości medycyny w zakresie przedłużania życia. Szczególną uwagę poświęca się kwestiom decydowania o sobie w kontekście końca życia. W stanowiskach opublikowanych przez Kościoły można zauważyć odmiennie rozłożone akcenty, a nawet różnice. Wzajemnie wykluczające się stanowiska ewangelickie w tej kwestii nie byłyby zadowalającym wkładem w debatę społeczną.

W 2008 roku Wspólnota Kościołów Ewangelickich w Europie zajęła się więc tą kwestią. Grupa specjalistów pod przewodnictwem Grupy Roboczej WKEE ds. Kwestii Etycznych przyjrzała się poszczególnym stanowiskom w kontekście ekumenicznym. Zostało to udokumentowane w publikacji Stefanie Schardien (red.), *Mit dem Leben am Ende*. W wyniku tych działań powstał materiał [*pomoc orientacyjna*], który został przedyskutowany i przepracowany w lutym 2011 roku podczas konsultacji Kościołów członkowskich z udziałem przywódców kościelnych, teologów i ekspertów z zakresu medycyny, prawa oraz opieki duszpasterskiej w szpitalach. Po debatach na różnych etapach rozwoju tego tekstu Rada WKEE przedstawia

te oto rezultaty jako ewangelicki wkład w dyskusję na temat godnego radzenia sobie z końcem życia.

Z czasem możliwości medycyny będą coraz większe, zmienia się też prawodawstwo w poszczególnych krajach europejskich. Ten materiał z pewnością nie rozstrzyga jednoznacznie pytań, jakie jeszcze się pojawiają. Debata będzie kontynuowana zarówno na poziomie europejskim, jak i narodowym.

Osiągnięte dotychczas rezultaty mogą być początkiem wspólnej drogi Kościołów ewangelickich na poziomie europejskim. Materiał pomocniczy ma zachęcić Kościoły do dalszej pracy nad tymi problemami w ich własnych kontekstach.

Rada WKEE dziękuje wszystkim, którzy przyczynili się do powstania tego tekstu, wyrażając szczególną wdzięczność za pracę redakcyjną prof. Ulli Schmidt z Oslo.

*Ks. Thomas Wipf, doktor honoris causa, przewodniczący Rady*  
*Bp dr Michael Bünker, Sekretarz Generalny*

## Streszczenie

Kościół ewangelicki w Europie uznają wyzwania i pytania, jakie towarzyszą procesom poważnej choroby, umierania i śmierci we współczesnych społeczeństwach europejskich. Mamy do czynienia nie tylko z rosnącą liczbą ludzi, którzy swoje ostatnie dni spędzają w instytucjach opieki zdrowotnej, ich śmierć jest też coraz częściej rezultatem decyzji wynikających z opieki medycznej. Stanowi to olbrzymie wyzwanie dla naszego rozumienia śmierci i stosunku do ludzi, których życie zbliża się do końca. Konfrontując się z tymi złożonymi pytaniami i dylematami, Kościół ewangelicki w Europie poszukują konstruktywnych relacji pomiędzy fundamentalnymi elementami i źródłami swojej wiary oraz kontekstem i warunkami kwestii związanych z końcem życia.

Do istotnych w tym kontekście fundamentalnych elementów ewangelickich ujęć wiary chrześcijańskiej należy rozumienie życia ludzkiego i jego statusu. Z podstawowego określenia człowieka jako stworzonego na obraz Boży wynika fundamentalna odpowiedzialność ludzi wobec Boga, wynikająca z otrzymanego z Jego ręki życia. Ta odpowiedzialność wobec Boga za otrzymane życie realizuje się z jednej strony w wolności od bycia całkowicie określonym przez otaczające człowieka warunki tego

świata czy wrodzone właściwości, a z drugiej strony w wolności do służby bliźniemu w miłości.

Kolejną zasadniczą cechą życia ludzkiego zawartą w idei obrazu Bożego jest fundamentalna godność życia. Ewangelickie ujęcia wiary chrześcijańskiej postrzegają godność ludzką jako ostatecznie ugruntowaną w relacji człowieka do Boga. To ten zasadniczo relacyjny charakter życia ludzkiego, ostatecznie ustanowiony przez pełne miłości Boskie dzieło stworzenia i usprawiedliwienia człowieka, nadaje mu absolutną i nieograniczoną godność. Godność ludzka jest więc związana z wieloma sposobami, na które codziennie i w zależności od uwarunkowań będących poza naszą kontrolą otrzymujemy życie. Nie ma natomiast związku z jakimikolwiek wrodzonymi kompetencjami czy właściwościami.

Podstawowa godność życia ludzkiego nie opiera się na jego funkcjonalności, użyteczności czy niezależności. Nie ogranicza jej brak produktywności ani nie zmniejsza poczucie braku radości z życia. Sytuacja ciężkiej choroby lub niepełnosprawności i bycia – być może od samego urodzenia – całkowicie zależnym od opieki i wsparcia innych ani nie przeczy zasadniczej godności życia i jej nie umniejsza, ani też nie stanowi jego nieautentycznej czy niegodnej formy.

Za tym uznaniem nieograniczonej i absolutnej godności życia ludzkiego, opierającej się na relacji powstałej w wyniku pełnego miłości działania Bożego w stworzeniu i usprawiedliwieniu, idzie kilka przekonań na temat odpowiedzialności za życie ludzkie. Po pierwsze wynika z tego, że życiu ludzkiemu przysługuje ochrona przed szkodą, naruszeniem czy zniszczeniem, jak zostało ustanowione w piątym przykazaniu – „nie zabijaj”. Wynika z tego także zasadnicza odpowiedzialność troski o innych ludzi, jak to jest widoczne na przykładzie życia Jezusa. Należy do niej także uważność i współczująca gotowość wobec innych ludzi, jak i konkretne działania pomocowe i wspierające, zwłaszcza wobec najbardziej narażonych na

krzywdy: ubogich, owdowiałych, pozbawionych praw i należących do grup słabych społecznie, w skrócie tych, którzy zbyt łatwo są pozostawiani na marginesie społeczeństwa i wspólnoty ludzkiej.

W tym kontekście w szczególny sposób przypomina się nam o trwałym i istotnym elemencie moralności chrześcijańskiej – by dbać o poważnie chorych i umierających, nawet gdy nie ma już nadziei na poprawę czy wyleczenie. Odpowiedzialność za troskę o nich, o życie naznaczone bólem, cierpieniem i bezsilnością, nie zależy od szansy przywrócenia do zdrowszego czy lepiej funkcjonującego stanu, ale z podstawowej godności życia ludzkiego, opartej na stwórczej i usprawiedliwiającej relacji Boga z człowiekiem. Istotne wymiary tego rozumienia troski dostrzegamy w idei i praktyce opieki paliatywnej jako coraz bardziej naturalnej części narodowej służby zdrowia. Pragniemy podkreślać i wspierać wszelkie inicjatywy, które priorytetowo traktują dobre ośrodki opieki paliatywnej i działają na ich rzecz.

Te podstawowe zobowiązania i troski, wynikające z naszego rozumienia podstaw wiary chrześcijańskiej, mogą zostać włączone do dialogu z wyzwaniem, z którymi konfrontujemy się, gdy musimy podjąć decyzje w obliczu końca życia.

## **Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie**

Przerwanie lub niepodjęcie leczenia podtrzymującego życie pod pewnymi warunkami jest nie tylko dozwolone, ale nawet może być wymagane jako element właściwej troski i współczucia dla poważnie, nieodwracalnie i śmiertelnie chorego pacjenta. Jest tak wówczas, gdy kontynuowanie leczenia nie jest dobre dla pacjenta pod względem leczniczym, paliatywnym ani w zakresie podtrzymywania życia, które ma jakoś w chrześcijańskim sensie jako zdolne do przyjmowania, odczuwania i odpowiadania

w jakiś sposób na daną miłość. Spójna chrześcijańska tradycja podkreśla obowiązek opieki nad poważnie chorymi i umierającymi, nawet gdy nie ma już nadziei na wyzdrowienie ani poprawę, a tym samym daje silne przesłanki na rzecz utrzymywania środków opieki, które mogą złagodzić ból, dyskomfort i cierpienie w ostatnich godzinach życia. Z drugiej strony medyczne, kliniczne i pielęgnacyjne środki opieki, czy to przedłużające życie, czy nie, są istotnym obowiązkiem moralnym, który w bardzo mocny sposób nas wiąże i którego nie możemy tak łatwo odłożyć na bok z powodu innych obaw. Z jeszcze innej strony nie są to absolutne wymagania, stawiane ponad inne obawy o implikacje, jakie podejmowane decyzje i działania będą miały dla pacjenta i jego sytuacji. Oznacza to konkretnie, że Kościoły ewangeliczne, choć uznają złożoność moralnego dylematu i oceny oraz poważne obawy moralne z tym związane, nie są na przykład gotowe odrzucić jako zawsze i absolutnie złego zaprzestania odżywiania pacjentów w stanie wegetatywnym.

Moralne obawy i oceny nie dotyczą tylko decyzji, ale także procesu, w wyniku którego decyzje te są podejmowane. Świadome i wyraźne życzenie pacjenta, by zaprzestać dalszego leczenia, powinno być uszanowane, a gdy pacjent niebędący „w pełni władz umysłowych” wcześniej sporządził dyspozycję co do leczenia, ma to znaczną wagę, zwłaszcza jeżeli nie ma powodów, by sądzić, że nie reprezentuje już ona woli pacjenta. W przypadkach gdy nie ma dyspozycji pacjenta, a on sam jest nieodwracalnie ubezwłasnowolniony, procesy komunikacyjne i konsultacyjne w celu podjęcia decyzji stają się szczególnie istotne. Powinny one być inkluzywne, obejmować wystarczająco duże spektrum zawodów, personel medyczny i duszpasterzy. Można oczekiwać, że bliscy członkowie rodziny, krewni i przyjaciele, którzy znają pacjenta, będą mieli na sercu jego dobro. Należy dokładnie skonsultować się z nimi i dać im wystarczająco dużo czasu i przestrzeni do pogodzenia się z decyzją,



jak i z perspektywą utraty kochanej osoby. Nie powinni oni jednak być obciążeni ostateczną decyzją.

## **Opieka paliatywna, leczenie i sedacja**

Kościół ewangelicki wyrażają radość z powodu dużych postępów w zakresie medycyny i opieki paliatywnej, kształcenia medycznego, badań i praktyki klinicznej. Ten rozwój nie tylko w znacznym stopniu polepszył możliwości efektywnego leczenia i łagodzenia fizycznego bólu i dyskomfortu, ale też poszerzył postrzeganie choroby i zbliżającej się śmierci o perspektywę opieki pod koniec życia, w tym aspekty psychospołeczne i duchowe. Nie tylko poprawiło to jakość życia pacjentów w ostatnich stadiach życia, ale także okazało się prowadzić do przedłużenia, a nie skrócenia życia. Na tym ostatnim zaś koncentrowało się wiele wcześniejszych dyskusji nad łagodzeniem bólu. Obejmuje to rzadką procedurę sedacji paliatywnej, redukcję stopnia świadomości pacjenta przy pomocy środków medycznych w celu uniknięcia odczuwania i doświadczania trudnego w leczeniu w inny sposób bólu i cierpienia.

Pomimo świadomości, że medycyna i opieka paliatywna nie rozwiążą wszystkich problemów, jakie pojawiają się w kontekście medycznym związanym z końcem życia, Kościół uważają, że opieka paliatywna i znaczne postępy w tej dziedzinie ukazują absolutną godność, jaka w nieograniczony sposób przynależy do poważnie chorego i umierającego życia.

## **Eutanazja i wspomagane samobójstwo**

Kościół ewangelicki wyrażają głęboką troskę o pacjentów i ich krewnych przechodzących przez wyczerpujący proces poważnej i śmiertelnej choroby oraz oczekujących na śmierć. Mają też świadomość, że nie tylko nasze

społeczeństwa mogą nie być odpowiednio wyposażone, by wspomagać ich w takich sytuacjach, ale jako wspólnoty wiary mogą też nie oferować towarzyszenia, wsparcia, pocieszenia i nadziei, co jest powołaniem wiary chrześcijańskiej. Skonfrontowani z tą rzeczywistością mamy powód, by mieć świadomość tych braków w relacji z pacjentami i ich rodzinami, zanim przedwcześnie wyda się osąd moralny. Podstawowym powołaniem dla społeczeństw, wspólnot i Kościołów jest zadbanie, by odpowiednia opieka, komfort i łagodzenie bólu i cierpienia były dostępne i zapewnione oraz by promować wspólnoty i wartości pozwalające poważnie chorym i całkowicie zależnym osobom postrzegać swoje życie jako posiadające nienaruszalną i nieograniczoną godność.

Kościół ewangelickie uważają z różnych powodów za głęboko problematyczne etycznie reagowanie na tę sytuację poprzez eutanazję. Taka reakcja klóci się z większością głęboko zakorzenionych przekonań moralnych, właściwych nie tylko dla tradycji chrześcijańskiej, ale stanowiących szerszą wspólną spuściznę moralną, a mianowicie z ideą nieodbierania niewinnego życia i obowiązkiem jego ochrony, zwłaszcza gdy jest narażone na krzywdę i kruche. Argumenty przytaczane najczęściej jako kontra dla tego przekonania moralnego, mianowicie autonomia i korzyści/dobra pacjenta, nie mają wystarczającej wagi jako etyczne uzasadnienie dla eutanazji. Trudno jest pogodzić to z jednym z najistotniejszych i najtrwalszych przekonań i zobowiązań tradycji chrześcijańskiej, mianowicie że fundamentalna i niezbywalna godność życia ludzkiego nie polega na jego zdolności do decydowania i dysponowania o sobie samym, ale na stwórczej i usprawiedliwiającej miłości, którą człowiek otrzymuje od Boga w Chrystusie.

Nie można postrzegać tego wyłącznie jako kwestię indywidualnego sumienia, którą państwo powinno zalegalizować. Legalizacja zakładałaby swego rodzaju normalizację i akceptację eutanazji, zmieniając ją w zwykły

i ustalony element praktyki medycznej i klinicznej. Można by pozostawić lukę w przepisach odpowiadającą na fakt, że mogą mieć miejsce tragedie moralne, sytuacje, w których nie ma sposobu na uniknięcie wyraźnego zakłócenia zasadniczego i istotnego dobra moralnego. Takie rozwiązanie zastosowano w niektórych krajach – nie ścigając za eutanazję w niektórych rzadkich i ekstremalnych wypadkach, ale nie legalizując jej.

Kościół członkowski WKEE jako swoje zadanie postrzegają nawoływanie do solidarności z umierającymi i krytykowanie tendencji do indywidualizacji cierpienia i braku ludzkiej solidarności, które leżą u podstaw obecnej dyskusji na temat eutanazji. Największym problemem społecznym nie jest nadmierne wsparcie medycyny, ale samotność umierającego.

Kościół członkowski WKEE wspierają ochronę praw człowieka osób umierających i śmiertelnie chorych. Dotyczy to zarówno prawa do życia do samego końca, jak i prawa do decydowania o przerwaniu leczenia. Opieka i podejmowanie własnej decyzji w sprawie rzerwania leczenia nie stanowią przeciwieństw. Kościół członkowski WKEE krytykuje także tendencje do rozmywania obowiązku troski o umierających i śmiertelnie chorych przez abstrakcyjne odwoływanie się do zasady autonomii, bez dostrzegania wyjątkowych potrzeb tych osób, które wymagają specjalnej pomocy i ochrony. Nie tylko z perspektywy teologicznej, ale także filozoficznej bardzo problematyczne jest związanie godności ludzkiej z abstrakcyjną zasadą autonomii. Myli ona indywidualizm z całkowitą niezależnością, a z drugiej strony narcystycznie postrzega jako obrażę każdą formę zależności, potrzeby pomocy i polegania na innych. Takie rozumienie autonomii prowadzi do traktowania cierpienia i słabości jako niegodnych człowieka i do uznawania jedynie abstrakcyjnego umierania na własne życzenie jako współmiernego do godności ludzkiej. Przeciwno temu w świetle Ewangelii należy twierdzić, że godność ludzka opiera się

na fakcie, że Bóg jest potężny w słabych i że ludzie jako tacy są naznaczeni zdolnością do cierpienia, tak jak zdolnością do kochania.

Choć Kościoły członkowskie WKEE nie mogą uznać eutanazji czy samobójstwa lub wspomaganego samobójstwa za etycznie usprawiedliwione, zdają sobie sprawę, że postulat prawnej dekryminalizacji aktywnej eutanazji jest publicznie szeroko rozpowszechniony.

Kościoły członkowskie WKEE opowiadają się za kształtowaniem warunków społecznych, ale też medycyny oraz opieki w szpitalach i w domach opieki w duchu poszanowania godności ludzkiej, zarówno żyjących, jak i umierających. Wspierają hospicja i inne koncepcje opieki paliatywnej, w tym jej wymiar duszpasterski. Wiele Kościołów członkowskich postrzega więc swoje zadanie jako opisywanie, tworzenie i kształtowanie chrześcijańskich form wsparcia w umieraniu, w tym rytuałów kościelnych, jako części życia, oraz dalsze rozwijanie ich tak, by chroniły mężczyzn i kobiety przed brakiem głosu na ostatnim etapie życia oraz zapewniały pomoc i orientację w radzeniu sobie z jego skończonością.

Dbanie o ludzi i oferowanie duchowego pocieszenia jest zasadniczą częścią „bycia Kościołem”. Należy to do jasnego zadania Kościołów w społeczeństwie obywatelskim. Powołane są one do wyrażania protestu, gdy obalane są bariery prawne chroniące życie. Są również powołane do publicznego świadczenia na rzecz przeznaczania odpowiednich środków w szpitalach i hospicjach dla zapewnienia osobom walczącym ze śmiercią najlepszej możliwej opieki. Ich zadaniem jest zabieganie o stworzenie w społeczeństwie środowiska, w którym wszyscy jego członkowie, także ci bliscy śmierci, będą mogli wieść spełnione życie.

## 1. WSTĘP

# Kościoły ewangelickie na temat eutanazji i innych decyzji związanych z końcem życia

Umieranie jest częścią życia, ale w ostatnich dekadach jego okoliczności znacznie się zmieniły. Nie stanowi już reguły to, że ludzie kończą swoje życie we wspólnocie rodziny, przyjaciół i sąsiadów. Dziś wielu ludzi umiera w wyspecjalizowanych domach opieki i szpitalach. Takie instytucje zapewniają opiekę medyczną nieznaną we wcześniejszych wiekach. Wraz ze zmianą ram społecznych i stałego postępu medycyny pojawiają się nowe pytania. Ludzie zastanawiają się, czy intensywne korzystanie ze wszystkich możliwości medycyny faktycznie oznacza poprawę jakości ich życia, czy tylko przedłużenie bolesnego i długiego procesu umierania. Wyzwaniem dla personelu medycznego i członków rodziny osoby umierającej jest podejmowanie trudnych decyzji związanych z dalszym leczeniem. Przynagła to także polityków i społeczeństwa do decydowania o kwestiach dotyczących jakości opieki, np. czy wszystko, co jest możliwe z punktu widzenia medycyny, powinno być w przyszłości finansowane przez wspólnotę.

W ostatnich latach wiele Kościołów ewangelickich opublikowało oświadczenia na temat decyzji związanych z końcem życia. Proponują

one przygotowane przez siebie przemyślenia i refleksje różnych sytuacji trudnych i tych stanowiących wyzwanie, z którymi obecnie muszą zmierzyć się wszyscy stający w obliczu decyzji i wyborów związanych z końcem życia. Chociaż Kościoły opierają się na wielu wspólnych wartościach i przekonaniach, na wiele konkretnych pytań udzieliły różnych odpowiedzi, wynikały one także z właściwych im kontekstów społecznych i prawnych. Równocześnie wszystkie Kościoły podkreślały swoją odpowiedzialność za jak najlepszą opiekę dla umierających i za wsparcie dla wszystkich tych, którzy zmagają się z wyzwaniami śmierci.

W procesie konsultacji Wspólnota Kościołów Ewangelickich w Europie przez swoją Grupę Roboczą ds. Kwestii Etycznych oceniła te oświadczenia i przedyskutowała wynikające z nich kwestie. W niniejszym dokumencie prezentuje ona wspólny głos Kościołów ewangelickich w Europie. Po pierwsze stara się zwrócić uwagę na cenną i obszerną pracę włożoną w refleksję nad tymi złożonymi problemami w wielu Kościołach członkowskich. Po drugie próbuje rozważyć i zebrać przynajmniej kilka z najważniejszych aspektów obecnych w tej dyskusji, a także uzupełnić i rozszerzyć je tam, gdzie jest to uważane za przydatne. Po trzecie zaś, mając ambicje i nadzieję, że zaoferuje źródło do dalszej refleksji, zaprasza Kościoły członkowskie, jak i inne, do dalszego prowadzenia dialogu nad tymi problemami. Wierzymy, że w związku z tym Kościoły mają dwojakie zadanie i mandat: publiczny i duszpasterski lub wspólnotowy. Muszą zaangażować się i uczestniczyć w trwających debatach publicznych nad legislacją i polityką, ale muszą również zapewnić towarzyszenie swoim członkom, którzy konfrontowani są z tymi trudnymi pytaniami: tym, którzy stoją w obliczu śmierci, członkom ich rodzin i przyjaciółom osób zbliżających się do kresu życia, pracownikom opieki zdrowotnej, politykom i prawodawcom oraz parafianom, którzy zmagają się z faktem swojej przyszłej śmierci. Robiąc to, Kościoły nie tylko mają do dyspozycji bogate

źródła refleksji moralnej, które czerpią z chrześcijańskiego sposobu życia i myślenia, ale też doświadczenie w zapewnianiu opieki duszpasterskiej i duchowego prowadzenia tym, którzy znajdują się w trudnym okresie. Prowadzenie to jest ukształtowane także przez język liturgiczny i rytualny, który obejmuje całe ludzkie doświadczenie radości, cierpienia i niepokoju. Nie można też zapominać, że Kościoły żyją w świetle obietnicy, która uzdalnia je do mówienia o nadziei wykraczającej poza doczesne życie.

W tym tekście chcemy przyjrzeć się niektórym zasobom ewangelicznej tradycji wiary i życia chrześcijańskiego, pomocnym w refleksji nad niektórymi kwestiami i dylematami, z jakimi mierzymy się pod koniec życia w kontekście medycznym i klinicznym. Należą do nich: przerwanie i niepodjęcie leczenia podtrzymującego życie, leczenie przeciwbólowe i opieka paliatywna, eutanazja i wspomagane samobójstwo. Związane z tym bardziej konkretne kwestie opieki neonatalnej i samobójstwa jako takie nie będą tu omawiane.





## 2. RAMY PROBLEMU I

### **Śmierć i umieranie we współczesnych kontekstach: społecznym, klinicznym i prawnym**

Eutanazja i inne kwestie związane z końcem życia, mówiąc bardziej ogólnie, to, jak postrzegamy śmierć i odnosimy się do niej, częściowo pojawiają się w ramach szerszego kontekstu i tła, składając się nie tylko z wymiarów medycznego i klinicznego, ale także społeczno-ekonomicznego, kulturowego i prawnego.

#### **2.1. Wymiar społeczno-ekonomiczny**

Kwestie eutanazji i innych dylematów związanych z końcem życia są częściowo ukształtowane przez ich konteksty i tło społeczno-kulturowe. Wśród ich trwałych i istotnych cech mamy do czynienia z faktem, że w znacznym stopniu procesy umierania i śmierci zachodzą dziś w instytucjonalnym i technologicznym środowisku szpitali, domów opieki oraz innych instytucji i jednostek. Do początku XIX w. umieranie i śmierć miały miejsce głównie w najbliższym kontekście domu, rodziny, sąsiedztwa i wspólnoty. Zmieniły to jednak różne czynniki. Czynniki społeczno-

-gospodarcze zmieniły rodzinę i bliską wspólnotę jako otoczenie umierania i śmierci. Do czynników zmieniających warunki, w których najbliższa rodzina stanowiła kontekst miejsca i stanowiła wsparcie podczas procesu umierania i śmierci, należy nie tylko fakt, że zatrudnienie znajdowane jest w większości poza miejscem zamieszkania i najbliższą wspólnotą, ale także postulat elastyczności siły roboczej, zwiększona mobilność, zmieniające się wzorce życia rodzinnego i komunikacji pomiędzy pokoleniami. Urbanizacja nie tylko zwiększa mobilność i zmienia wzór stabilnego miejsca zamieszkania na całe życie, ale także ma wpływ na małe, blisko ze sobą związane i stabilne wspólnoty jako miejsca troski i dbania o siebie nawzajem. W skrócie, zmieniające się struktury społeczne w społeczeństwach industrialnych i postindustrialnych przyczyniły się do przeniesienia procesów umierania i śmierci z najbliższego otoczenia rodzinnego do otoczenia instytucji opieki zdrowotnej.

Nie ma powodu, by ubolewać nad tym rozwojem. Instytucje opieki zdrowotnej dysponują kompetencjami medycznymi, wyposażeniem technicznym oraz skutecznymi środkami opieki paliatywnej, a także, a może przede wszystkim, personelem medycznym doświadczonym w opiece nad osobami śmiertelnie chorymi, wykwalifikowanym w sposób spełniający standardy etyki zawodowej. Instytucje te zapewniają także osobom poważnie i śmiertelnie chorym większą pewność odpowiedniej opieki, na przykład w sytuacjach, gdy rodzina i najbliżsi nie chcą lub nie są w stanie odpowiednio zadbać o chorych członków rodziny, lub też osoba nie posiada bliskich krewnych. Równocześnie ten rodzaj pocieszenia, wsparcia i towarzyszenia, jaki mogą zapewnić umierającemu pacjentowi członkowie rodziny i bliscy, powinien być, i zazwyczaj jest, uważany za istotną pomoc, a nie element zakłócający profesjonalną opiekę zdrowotną. W korzystnych okolicznościach może pozwolić to pacjentowi, który tego pragnie, umrzeć w domu, w swoim własnym otoczeniu, w towarzystwie bliskich.

Zmiany demograficzne, takie jak rosnąca średnia długość życia i coraz większy procent ludzi starszych w społeczeństwie, sprawiają, że w wielu krajach europejskich umieranie w szpitalach i innych instytucjach stanowi wielkie obciążenie. Ponadto więcej zasobów przeznaczają się na opiekę medyczną w ostatnich tygodniach życia niż na leczenie, a koszty bieżące jednostek prowadzących opiekę paliatywną są wyższe niż innych szpitali. W niektórych krajach ta sytuacja prowadzi do narastającej presji politycznej, by obciąć lub ograniczyć koszty leczenia i opieki paliatywnej u kresu życia. Domy opieki i jednostki opieki paliatywnej mierzą się z cięciami budżetowymi, wymaganiami wobec efektywnego zarządzania i racjonalizacji, a w rezultacie z redukcją swojej działalności. Czasami towarzyszą temu sugestie ze strony polityków, z których wynika, że umierający pacjenci mogą znaleźć równie dobre, jeśli nie lepsze, towarzyszenie i wsparcie w domu, w znanym im otoczeniu. Wbrew temu należy pamiętać, że choć rodzina i bliscy w wielu wypadkach stanowią bezcenną pociechę i wsparcie, wiele z więzi i struktur społecznych, które kiedyś wspierały rodzinę jako najbliższy kontekst opieki u kresu życia, dawno już uległy erozji. Rodzina i bliska wspólnota nie mogą skompensować braku środków zainwestowanych w opiekę paliatywną oraz instytucje medyczne i opiekuńcze przeznaczone do tego, by oferować odpowiednią opiekę dla osób śmiertelnie chorych.

Oprócz tych uwarunkowań bardziej materialnych, społeczno-ekonomicznych, czasami sugeruje się, że odgrywają tutaj rolę całościowe kulturowe wzory i wartości. Odzwierciedla je zmiana podejścia wśród mieszkańców Europy do eutanazji i pytań związanych z kresem życia, idące w kierunku coraz większego przyzwolenia na eutanazję. Patrząc na koncepcje, które zdaniem filozofa Charlesa Taylora charakteryzują dominujące wzorce wartości we współczesnych (zachodnich) społeczeństwach, można powiedzieć, że relacjami i decyzjami co do końca życia zdają się

w coraz większym stopniu rządzić ekspresyjność i autentyczność. Wyrażanie prawdziwego ja, zachowywanie się autentycznie, zgodnie ze swoimi upodobaniami i zobowiązaniami ma pierwszeństwo przed postępowaniem zgodnie z zewnętrznym, narzuconym obiektywnie porządkiem moralnym. Dla niektórych może się to łączyć z unikaniem sytuacji związanych z utratą samokontroli czy byciem całkowicie bezradnym, zależnym od innych i pozbawionym perspektywy korzystania z tych rzeczy, które sprawiały, że warto było żyć, a życie było godne. Dla innych może się to wiązać z poszukiwaniem sensu życia, także w sytuacji zależności i bólu u jego kresu. Każdy z tych przypadków ukazuje związek kwestii eutanazji z wzorami wartości. Mają one wpływ na to, jak eutanazja, wspomagane samobójstwo czy inne kwestie związane z kresem życia są interpretowane i opisywane. Ocena tych dylematów moralnych nie jest po prostu kwestią wydawania osądów moralnych i opinii, ale także ofertą pomocy w ich zrozumieniu, które pozwolą na interpretację utraty kontroli i produktywności i które ujmą całkowitą zależność jako godne życie ludzkie.

## **2.2. Kontekst kliniczny**

Oczywiście nie tylko czynniki społeczno-ekonomiczne doprowadziły do przesunięcia umierania i śmierci z intymnych ram domu i rodziny do instytucjonalnych i profesjonalnych ram szpitali i domów opieki. Przyczynił się do tego także postęp medycyny. W wyniku rozwoju medycyny i opieki zdrowotnej stało się możliwe o wiele dłuższe utrzymywanie przy życiu pacjentów z chorobami i obrażeniami, które w przeszłości zakończyłyby ich życie o wiele wcześniej. Medycyna i wiedza medyczna zaczęły odgrywać znacznie większą rolę we wspieraniu pacjenta u kresu życia. Ten rozwój zmusza nas do ponownego przemyślenia i rozważenia nie tylko naszego stosunku do śmierci jako stałej właściwości życia ludzkiego, ale też tego,

jak odnosimy się do ludzi znajdujących się u kresu życia. Zakłada on także, że śmierć następuje w wielu wypadkach jako rezultat bezpośrednich medycznych i klinicznych decyzji co do leczenia i odpowiedniej opieki zdrowotnej. Na przykład czy przerwać lub nie podjąć leczenia, lub czy zintensyfikować leczenie przeciwbólowe. Wbrew tradycyjnemu powiedzeniu, zgodnie z którym możemy tylko wiedzieć, że umrzemy, ale nie kiedy i jak, pytanie *kiedy* jest dziś – przy pewnych ograniczeniach – coraz bardziej kwestią decyzji i wywierania wpływu.

Mierzy się z tym oczywiście personel medyczny, pacjenci, ich rodziny i doradcy, którzy w konkretnej praktyce klinicznej stają wobec licznych dylematów, jak podejmować odpowiedzialne decyzje. Na przykład kiedy i pod jakimi warunkami powstrzymać się od dalszego leczenia. Te pytania znajdują się w coraz większym stopniu w szerszych ramach dotyczących tego, jak odpowiednio dbać o pacjentów bliskich śmierci, a nie tylko jak przedłużyć ich życie. W coraz większym stopniu zakłada się, że odpowiednie dbanie o osobę umierającą może nie tylko dotyczyć starań na rzecz jak najdłuższego podtrzymywania życia, ale także decyzji, kiedy niepodjęcie leczenia jest uzasadnione. Coraz większa liczba badań i wzrost kompetencji związanych z praktyką i priorytetami w zakresie opieki nad osobami umierającymi podkreśla także interdyscyplinarny charakter tej ostatniej. Właściwa opieka nakierowana jest nie tylko na wysiłki medyczne i lecznicze, ale musi odnosić się do szerszego spektrum fizycznych potrzeb pacjenta, takich jak obchodzenie się z bólem, jak również do potrzeb psychologicznych, społecznych i związanych z relacjami, oraz duchowymi problemami i potrzebami. Mówiąc w skrócie, istnieje coraz większa świadomość tego, że sytuacje końca życia, mające w coraz większym stopniu miejsce w środowiskach medycznym i klinicznym, wymagają nie tylko wysiłków leczniczych, ale także działań o charakterze opiekuńczym. Tak więc w pewnych okolicznościach starania, by wyleczyć,

powinny zostać porzucone na rzecz opieki, a opieka ta musi obejmować wiele wymiarów ludzkiego życia, nie tylko jego naturę fizyczną.

### **2.3. Aspekty prawne i polityczne**

Z uwagi na kontekst instytucji opieki zdrowotnej, w którym mają miejsce, umieranie i śmierć stają się w coraz większym stopniu tematem legislacji i ładu politycznego. Tym niemniej to, jak praktyki kliniczne są regulowane i na jakim poziomie, różni się znacznie w krajach europejskich.

W 2002 roku Holandia uchwaliła „Ustawę o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie w samobójstwie”. Zgodnie z tym prawem ściganie lekarza, który dokonał aktu eutanazji lub wspomaganego samobójstwa może zostać zawieszona, pod warunkiem, że powołana do tego celu zewnętrzna komisja ewaluacyjna ustali, że akt ten spełnił pewne warunki, w tym ten, że cierpienie pacjenta jest nieznośne i nieuniknione oraz że istnieje stała i dobrowolna zgoda na eutanazję. Jeżeli te warunki nie zostaną spełnione, eutanazja, jak również wspomaganie samobójstwa są przestępstwem. Kary za nie zostały nawet zwiększone.

Belgijska Ustawa o Eutanazji uchwalona w maju 2002 roku stwierdza, że lekarz, który dokonuje eutanazji, nie popełnia przestępstwa, jeśli spełnione są pewne warunki – mniej surowe niż w Holandii<sup>1</sup>. Mniej więcej podobne prawo zostało uchwalone w Luksemburgu w marcu 2009 roku. Także w nim stwierdzono, że lekarze dokonujący eutanazji lub

---

1 Pacjent musi posiadać kompetencje prawne i być świadomym w momencie wyrażenia prośby, być pełnoletni oraz wcześniej musiał wielokrotnie przekazać komuś swoją dobrowolną, dobrze przemyślaną decyzję, która nie jest wynikiem zewnętrznych nacisków. Musi znajdować się w stanie trwałego i nieznośnego fizycznego lub psychicznego cierpienia, niemożliwego do złagodzenia, będącego wynikiem poważnego i nieuleczalnego uszkodzenia zdrowia, spowodowanego przez chorobę lub wypadek. Lekarz powinien skonsultować się z drugim lekarzem. W celu dokonywania ewaluacji, czy zgłoszone przez lekarzy przypadki spełniają te warunki nieścigania, powołana została Federalna Komisja Oceny i Nadzoru Eutanazji.

wspomagane samobójstwa nie powinni być ścigani, jeśli spełnione zostały pewne warunki (podobne do tych, o których wspomina prawo belgijskie).

W Szwajcarii zabijanie na życzenie jest zabronione, ale wspomaganie kogoś w popełnieniu samobójstwa jest przestępstwem, tylko jeśli wynika z samolubnych pobudek. Przyjmuje się założenie, że jeżeli można ustalić, że motywacją dla tej pomocy są dobre intencje spowodowania śmierci, o którą ktoś prosi w celu ulżenia w cierpieniu, a nie własne korzyści, nie jest ona przestępstwem i nie powinna być ścigana. Zgodnie z tym przepisem organizacje takie jak EXIT i DIGNITAS w legalny sposób zapewniają pomoc w popełnieniu samobójstwa w Szwajcarii. Szwajcarska Akademia Nauk Medycznych nadal zasadniczo odrzuca zaangażowanie lekarzy w samobójstwo poważnie chorych ludzi, ale przyznaje, że istnieją indywidualne przypadki, w których brak zaangażowania lekarza prowadzi do wewnętrznego konfliktu, i w tej sytuacji lekarze mogą podjąć inną decyzję.

W Niemczech samobójstwo popełnione za pomocą kogoś innego także nie jest przestępstwem, ale istnieją określone warunki mające na celu wykluczenie manipulacji ze strony osób trzecich i niezaniechania obowiązku ratowania osób w nagłych przypadkach.

W innych krajach europejskich eutanazja i wspomaganie samobójstwo są zabronione (jak np. w Wielkiej Brytanii, Norwegii) lub legislacja milczy o niej bądź nie wprost zabrania jej przez inne przepisy prawne. W niektórych krajach ma miejsce istotna debata publiczna i polityczna, do pewnego stopnia związana z przypadkami szeroko opisywanymi w mediach. W Wielkiej Brytanii przypadek Diane Pretty wywołał szeroką debatę, sięgającą aż do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, a całkiem niedawno przypadek Debbie Purdy został przytoczony jako powód dla wprowadzenia zmian w sytuacji prawnej Wielkiej Brytanii, dających możliwość dokonywania wspomaganego samobójstwa. Inni postrzegają

jednak niedawną sprawę Debbie Purdy jako okazję do odwrócenia tej sytuacji. Wcześniej w tym roku Izba Lordów (najwyższy sąd w Wielkiej Brytanii) rozstrzygnęła, że to, iż prokurator krajowy nie potrafił przedstawić Debbie Purdy (chorej na postępujące stwardnienie rozsiane) i jej mężowi kryteriów, według których mąż byłby ścigany za pomoc w jej samobójstwie, a więc nie był w stanie stwierdzić, czy faktycznie będzie on ścigany, oznacza pogwałcenie praw człowieka. Izba Lordów uchwaliła, że kryteria ścigania za pomoc komuś w samobójstwie muszą zostać jasno określone. We Francji kilka lat temu wiele uwagi poświęcono przypadkowi Vincenta Humberta, co ostatecznie doprowadziło do uchwalenia prawa dotyczącego przerwania lub niepodejmowania leczenia podtrzymującego życie. We Włoszech Eluana Englaro, pacjentka, która przez lata znajdowała się w trwałym stanie wegetatywnym, została przeniesiona do innej instytucji opieki medycznej, która, w przeciwieństwie do tej, w której przebywała na początku, na prośbę ojca zaprzestała sztucznego karmienia, co po kilku dniach doprowadziło do jej śmierci. Ta sytuacja wywołała gorącą debatę nad tym, czy taki sposób przerwania podtrzymującej życie opieki może kiedykolwiek zostać zaakceptowany.

W innych krajach widzimy mniejszą presję polityczną w kierunku legalizacji eutanazji (np. Niemcy, Dania, Norwegia), ale cały czas mogą mieć tam miejsce istotna debata i prace legislacyjne dotyczące innych decyzji związanych z końcem życia, takich jak prawo regulujące status dyspozycji wyrażonych wcześniej przez pacjenta czy rozwoju wytycznych dla leczenia przedłużającego życie pacjentów poważnie chorych i umierających (Niemcy, Austria, Norwegia).

Tym niemniej w innych regionach Europy sytuacja jest całkowicie odmienna, zarówno pod względem prawnym, jak i mentalnym. W Rumunii, na przykład, nie istnieje prawo dotyczące eutanazji i wspomagane samobójstwa, ani też nie ma tam wielu dyskusji na te tematy,



głównie z powodów kulturowych i religijnych. Nie ma w tym momencie żadnych inicjatyw legislacyjnych ani też debaty inicjowanej przez rady czy stowarzyszenia medyczne. Oczywiście nie znaczy to, że opieka nad umierającymi i pytania, jakie wynikają z tego obszaru, nie stanowią problemu. W kontekście hospicjów ludzie napotykają na problem wspomaganej śmierci i konfrontują się z nim w prowizoryczny sposób na konkretnym i regionalnym poziomie. Impulsy płynące z tego kontekstu nadal jednak nie wywołują wielkiego zainteresowania, prawdopodobnie dlatego, że w powszechnym rozumieniu umieranie ma miejsce w domu, w otoczeniu rodziny. Wydaje się, że kultura i religia odgrywają tam dużą rolę, ponieważ śmierć jest przeważnie postrzegana w perspektywie społecznej i jako zjawisko społeczne, a nie indywidualne i instytucjonalne. Umieranie jest sprawą rodzinną, a dopiero w drugiej kolejności sprawą dla społeczeństwa i dla Kościoła. W tym sensie sytuacja rumuńska jest całkiem inna od dyskursu zachodnioeuropejskiego.

W Republice Czeskiej prawo nie wspomina o eutanazji. Należy przyznać, że projekt ustawy z 2004 roku zawierał poświęcony jej krótki paragraf, mający uznać ją za przestępstwo, ale ostateczna wersja prawa (Nr 40/2009) nie zawiera tego elementu, co oznacza, że eutanazja jest prawnie uważana za zabójstwo. Nad propozycją legalizacji eutanazji dyskutowano krótko w parlamencie czeskim w 2008 roku. Była to inicjatywa niewielkiej grupy posłów, ale nie została nawet dopuszczona do dyskusji plenarnej w parlamencie. Badania opinii publicznej pokazują, że większość mieszkańców (55–60 procent) skłania się ku tolerowaniu eutanazji, podczas gdy 25–30-procentowa mniejszość jest jej zdecydowanie przeciwna. Eutanazja nie stanowi wielkiego problemu dla większości, a jedynie dla pojawiających się od czasu do czasu inicjatyw grup zaangażowanych za lub przeciw niej.

Podsumowując, stajemy wobec bardzo zróżnicowanej sytuacji w całej Europie. W niektórych jej częściach, jak również na poziomie instytucji

europijskich, dylematy dotyczące decyzji związanych z końcem życia w praktyce medycznej i klinicznej wywołują znaczną debatę polityczną i prawną. W innych, zwłaszcza w Europie środkowej i wschodniej, istnieje niewiele zapisów prawnych, debata publiczna nie jest intensywna, nie ma też zbyt wielu nacisków na to, by prawnie uregulować te kwestie, w znacznym stopniu uważane za sprawy rodziny i wspólnoty, a nie jednostek i instytucji publicznych.

Ta kwestia jest także przedmiotem rozważań na poziomie ogólnoeuropejskim. W 1999 roku Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy uchwaliło Rekomendację odnoszącą się do ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających<sup>2</sup>. W centrum tego dokumentu znajduje się pytanie o to, jak dalece sięga prawo do samostanowienia, które ma zastosowanie także na ostatnim etapie życia i na ile jest ono ograniczone przez prawo do życia, którego częścią jest zakaz jakiegokolwiek celowego zabijania (Art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka). Inicjatywa wewnątrz Rady Europy starała się odrzucić tę rekomendację z 1999 roku i zastąpić ją dokumentem, który oprócz tego, że podkreślał potrzebę poprawy medycyny paliatywnej, opowiadał się także za prawem do eutanazji i wspomaganego medycznie samobójstwa<sup>3</sup>. Jednakże w 2003 roku Komitet Rady Europy ds. Prawnych i Praw Człowieka zdecydowanie odrzucił tę propozycję autorstwa Komitetu ds. Społeczeństwa, Zdrowia i Rodziny i jego przewodniczącego Dicka Martyego oraz potwierdził rekomendację Rady Europy z 1999 roku<sup>4</sup>.

---

2 Council of Europe, *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Strasbourg, 25.6.1999*, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en> (dostęp: 23.03.2018).

3 Council of Europe, *Euthanasia. Document 9898 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe Strasbourg, 10.9.2003*, <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=10255&lang=EN> (dostęp: 23.03.2018).

4 Council of Europe, *Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights.*

## 2.4. Eutanazja w kontekście historycznym niemieckiego reżimu narodowosocjalistycznego

Narodowosocjalistyczny reżim w Niemczech wprowadził tak zwane „programy eutanazji”, zgodnie z którymi osoby chore psychicznie i niepełnosprawne miały być systematycznie zabijane. W obecnej debacie na temat eutanazji przypomina się o tych programach po to, by przestrzec przed eutanazją jako zagrożeniem dla wyjątkowej i równej godności życia wszystkich ludzi. Ważne jest, by nie zapomnieć dawnych złych czynów instytucji medycznych i prawnych; przywoływanie ich może nawet sprawić, że zasadnicze i niezbywalne wartości i troski, jakie muszą towarzyszyć instytucjom i praktykom w dzisiejszym społeczeństwie, staną się jeszcze bardziej wyraźne. Tym niemniej programów eutanazji z narodowosocjalistycznych Niemiec nie należy mylić z tym, co mamy na myśli, dyskutując o eutanazji dziś. Wówczas było to zorganizowane na poziomie państwowym systematyczne zabijanie ludzi bez lub wbrew ich woli, w oparciu o wydaną przez władze ocenę, że czyjeś życie nie jest warte, by nadal trwać, lub jest szkodliwe dla puli genetycznej społeczeństwa. Dzisiejsza dyskusja dotyczy na ogół zgodnego z prawem zakończenia czyjegoś życia na dobrowolną i wyraźną prośbę tej osoby, w oparciu o jej własną ocenę życia jako nieznośnego ze względu na chorobę i ból.



### 3. RAMY PROBLEMU II

#### **Ekumeniczne**

Dyskusja ewangelicka na temat eutanazji musi także brać pod uwagę, że członkowie Konferencji Kościołów Europejskich (KKE) i Rada Konferencji Episkopatów Europy (CCEE) także zobowiązały się do wspólnej pracy nad pytaniami etycznymi, w tym nad decyzjami dotyczącymi końca życia. Kościoły chrześcijańskie mierzą się z zadaniem znalezienia wąskiej ścieżki pomiędzy wspólnymi chrześcijańskimi odpowiedziami kształtującymi społeczeństwo oraz wyznaniowym nacechowaniem swojej pozycji etycznej w dyskusji nad końcem życia. Kościoły (np. Kościół Ewangelicki w Niemczech, rzymskokatolicka Konferencja Episkopatu Niemiec oraz Ekumeniczna Rada Kościołów w Austrii) demonstrują jedność ekumeniczną, nie kryjąc swojego odmiennego charakteru.

Stanowiska prezentowane przez Kościół katolicki na temat radzenia sobie z końcem życia wyróżniają się cnotą jednolitości ich argumentacji. W centrum zawsze stoi rozumienie eutanazji jako zabijania, które jest absolutnie zakazane jako akt przeciwny naturze i prawu Bożemu. Formę bierną i niebezpośrednią eutanazji odróżnia się od tego przez tłumaczenie ich jako wyjątków. Tak więc pomimo fundamentalnej zgody z postulatami

Kościół ewangelicki oficjalnie różni się od Kościoła katolickiego w swoim tonie: zakłada się optymistyczną wizję człowieka. Zgodnie z nią wierzący mogą zorientować się co do woli Bożej przez swój rozum, a w konsekwencji nie mogą chcieć eutanazji. Co więcej, z perspektywy rzymskokatolickiej przeżywaniu cierpienia można przypisać potencjalne znaczenie, ponieważ jest ono związane w szczególny sposób z cierpieniem Chrystusa. Z perspektywy ekumenicznej stanowisko katolickie bardzo wyraźnie zbliża się do pozycji prawosławnej i Kościołów wolnych z ich jednoznacznym i ostatecznym osądem. Dopiero w ostatnim czasie zarówno Kościoły prawosławne, jak i Kościoły wolne wzięły udział w dyskusjach na temat eutanazji w bardziej intensywny sposób. W przeszłości bardziej wyraźne rozdzielanie życia wiary i kwestii społecznych prowadziło je do dużej powściągliwości w wypowiedziach publicznych.

W przeciwieństwie do nich Kościoły ewangelickie mogą i powinny wnieść specjalny głos do dyskusji ekumenicznej. Choć pluralizm sądów etycznych ani nie jest obcy wierze ewangelickiej, ani jej nie zagraża, słusznym wydaje się wskazanie na podstawowe wyróżniki, które skryształizowały się w wielu oświadczeniach ewangelickich, deklaracjach i indywidualnych stanowiskach zajmujących się konfliktami u kresu życia.

## 4. RAMY PROBLEMU III

### Teologiczne i etyczne

Niniejszy dokument potwierdza jako swoje podstawowe teologiczne i etyczne ramy to, do czego zgodzono się wcześniej w Kościołach członkowskich WKEE i co wyrażono w takich dokumentach, jak *Protestant Texts on Ethical Decision-Making/Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung* [Ewangelickie teksty wobec budowania osądu etycznego]<sup>5</sup> i *Law and Gospel/Gesetz und Evangelium* [Zakon i Ewangelia]<sup>6</sup>.

#### 4.1. Życie ludzkie – stworzone na obraz Boży

Dla chrześcijanina, ewangelika, fundamentalnym poglądem na życie ludzkie jest idea, że ludzie są zasadniczo określani przez swoją relację

---

5 The Community of Protestant Churches in Europe, *Protestant Texts on Ethical Decision-Making*, „Leuenberg Documents” t. 3: 1997 = Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung*, „Leuenberger Texte”, t. 3: 1997.

6 The Community of Protestant Churches in Europe, *Law and Gospel. A study, also with references to decision-making in ethical questions*, „Leuenberg Documents” t. 10: 2007 = Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, *Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf die Entscheidungsfindung in ethischen Fragen*, „Leuenberger Texte” 10: 2007.

z Bogiem. Bycie stworzonymi, usprawiedliwionymi i odnowionymi przez Boże dzieła miłości jest tym, co ostatecznie określa, co znaczy być człowiekiem. W konsekwencji ostateczny status człowieka jest naznaczony nieodłączną i absolutną godnością oraz ugruntowany w czymś więcej niż samym ludzkim życiu, mianowicie w relacji do zewnętrznej rzeczywistości. Jest to także ujęte w podstawowym opisie ludzkości jako stworzonej na obraz Boży, z nowym życiem zjednoczonym ze zmartwychwstałym Chrystusem jako ostatecznym celem. To zaś wszystko ugruntowane jest w Bożych czynach miłości wobec ludzkości i stworzenia.

Powyższe w pierwszym rzędzie zakłada, że życie zostało dane od Boga, a nie nabyte przez akt ludzkiej mocy i kontroli. Czasami dla oddania tego wymiaru używa się wyrażenia „życie jako dar”. Metafora ta oddaje to, że życie jest dane, bez rozważania zasługi czy wkładu człowieka, by było przyjmowane z wdzięcznością. Jednak w odróżnieniu od innych skojarzeń wywołanych przez tę koncepcję życie nie staje się własnością swojego ludzkiego posiadacza, którą może on dowolnie dysponować – staje się ono odpowiedzialnością ludzi, której mają strzec z szacunkiem, miłością i troską. Tym niemniej dużym błędem byłoby interpretowanie statusu życia ludzkiego jako obrazu Bożego w kategoriach zadania moralnego. Przeciwnie, istotne dla tradycji ewangelickiej jest to, że bycie obrazem Bożym jest ugruntowane w Bożym stworzeniu, a przez to jest wyłącznie darem Bożym. Nauka o usprawiedliwieniu przez wiarę leży również u podstaw tego, że status człowieka jako usprawiedliwionego w relacji z Bogiem jest statusem, jaki Bóg daje z miłości, ugruntowanym w śmierci i zmartwychwstaniu Chrystusa. Nie jest to coś, co wynika z ludzkiej odpowiedzialności lub ludzkich osiągnięć moralnych. Dotyczy to także pytań moralnych zadanych w tym tekście. To nie przez skuteczny bądź nieudany dyskurs i praktykę moralną chrześcijanie tworzą lub utrzymują swój status obrazu Bożego czy ludzi usprawiedliwionych



przed Bogiem, ale wyłącznie przez otrzymanie darów Bożej miłości: życia i przebaczenia.

Bycie stworzonym na Boży obraz zaświadcza o wyjątkowym statusie i godności życia ludzkiego, co zostało odzwierciedlone w takich tekstach biblijnych, jak Psalm 8. Ta godność nie wynika z wartości, którą możemy w niej znaleźć lub z niej wyprowadzić. Przekracza warunkową i zależną wartość wynikającą z ludzkiej mocy i upodobań.

Nauczanie Reformacji jest znane z tego, że wyraża, jak stworzone przez Boga życie ludzkie przejawia się na i przez wiele konkretnych sposobów utrzymywania i wspierania go. Natura jest podstawowym miejscem pochodzenia życia i stałym źródłem odnowy. Bliskie relacje z innymi ludźmi są zasadniczym składnikiem ciągłego rozwijania się i przetrwania życia. Bycie osadzonym w kulturze i społeczeństwie wyposażonym w język, wzory współdziałania i instytucje zapewnia konieczne środki nie tylko dla żyjących we wspólnocie z innymi, ale także dla autorefleksji i wyrażania siebie. Świadczy to o podstawowej zależności życia ludzkiego. Bycie zależnym od czynników poza kontrolą i zarządzaniem podmiotu ludzkiego jest nieuniknionym i zasadniczym wymiarem jego życia. Nie istnieje żaden konflikt czy sprzeczność pomiędzy godnością życia ludzkiego a jego fundamentalną zależnością. Co więcej, istnieje nieodłączny i intymny związek pomiędzy tymi dwoma, w tym sensie, że podstawowa godność życia jest w nieunikniony sposób powiązana z jego zależnością przez to, że nie jest ono produktem nabytym samodzielnie, własnymi siłami przez człowieka.

Stanowi to także bazę podstawowego, relacyjnego charakteru życia ludzkiego. To, że życie ludzkie jest przeżywane i rozwija się przez relacje, nie jest tylko warunkowym faktem na temat naszego życia. Jest właściwe samej strukturze życia ludzkiego, ugruntowanej w relacji z Bogiem. Ta fundamentalna relacja jest odzwierciedlona w sieci relacji konkretnej jed-

nostki. Najprawdopodobniej w sposób najbardziej podstawowy w relacji z rodzicami biologicznymi, ale potem w wielu różnych relacjach z rodziną, krewnymi, przyjaciółmi i współpracownikami, z ludźmi w lokalnej wspólnocie itd. Te liczne relacje, których konkretny kształt będzie ogromnie różnił się w zależności od osoby, są zasadnicze dla życia, jakie otrzymaliśmy. Są one źródłami radości i wdzięczności, ale też utraty i frustracji. Konieczne jest przypomnienie sobie i zbadanie tej fundamentalnej roli relacyjności dla życia ludzkiego także podczas omawiania kwestii związanych z końcem życia.

## **4.2. Odpowiedzialność moralna: Odpowiadanie na stworzenie i odkupienie – dzieła Bożej miłości**

Moralna odpowiedzialność człowieka jest zakorzeniona w Bożych dziełach miłości wobec świata i życia ludzkiego – w stworzeniu i odkupieniu. Najbardziej fundamentalną relacją człowieka z Bogiem jest przyjmowanie Bożych darów w stworzeniu i usprawiedliwieniu, a nie moralna odpowiedzialność. Wynika ona jednak z otrzymania tych darów i jest odpowiedzialnością wobec Boga. Podstawową relacją definiującą ludzi jest ich relacja z Bogiem, a nie ze świeckimi władzami czy instytucjami. To przed Bogiem ludzie odpowiadają, a ta odpowiedzialność jest prawidłowo realizowana i wypełniana przez podejmowanie odpowiedzialności za sprawy świata – na przykład w instytucjach, zawodach i władzach danego społeczeństwa. Stwórcze i odkupieńcze działanie Boga w świecie jako punkt wyjścia dla odpowiedzialności moralnej zakłada, że wartość i dobro ostatecznie pochodzą z Bożej miłości, a nie z ludzkiej mocy czy woli. Wartość nie wypływa z ludzkiej czynności wartościowania. Nauka o usprawiedliwieniu przez wiarę przypomina wierzącym, że osiągnięcie ostatecznego dobra i celu życia ludzkiego oraz stworzenie pełnej

miłości relacji z Bogiem, transcendentną podstawą naszego życia, nie zależy od etycznych i moralnych sukcesów i porażek. Boży dar przebaczenia zdejmuje z życia ludzkiego ciężar konieczności odkupienia się przez moralne dzieła i uczynki oraz wyzwala je: od ciężaru służenia swoim własnym ostatecznym celom oraz do służenia ziemskiemu dobru bliźniego w miłującej odpowiedzialności. To, że człowiek jest zasadniczo wolny, nie jest więc równoznaczne z samostanowieniem, ale jest nieodłącznie związane z odpowiedzialnością za swoje życie oraz za życie w relacji z innymi. Dlatego też ewangelickie rozumienie leży u podstaw nierozzerwalnej więzi tworzącej triadę odpowiedzialności, wolności i miłości.

Zastanawiając się nad tym, jak ta odpowiedzialność jest realizowana, tradycja ewangelicka sięga do różnych źródeł refleksji moralnej i różnych źródeł poznania moralnego. Choć czasami formułowane są one jako alternatywy, w „Ewangelickich tekstach wobec budowania osądu etycznego” opisywane są jako wzajemnie się uzupełniające. Z jednej strony tradycja ewangelicka uznaje praktyczny ludzki rozum i jego sposoby wyrażania się we wspólnych wartościach moralnych i przekonaniach, podobnie jak we wspólnych praktykach moralnej komunikacji i refleksji, jako istotne źródło prawdziwego moralnego poznania i jako podstawę dla współpracy łączącej konteksty wiary, kultury i tradycji. Teologicznie jest to często łączone z ideą dwojakiego panowania Bożego. Zgodnie z nią Bóg panuje także przez prawo (Zakon), przy pomocy różnych ludzkich sposobów działania społecznego, politycznego i kulturowego, które wspierają zdolną do życia wspólnotę ludzką. Z drugiej strony tradycja ewangelicka wzywa nas do tego, by postrzegać rzeczywistość i egzystencję ludzką w świetle bijącym od zbawczego dzieła Chrystusa i od zwiastowanej w Ewangelii obietnicy. Przez to odrzucony zostaje pogląd, zgodnie z którym autonomia lub cnota stworzonego przez działalność ludzką lub wysiłki moralne porządku

światowego miałyby być ostateczne. Teologicznie są one ugruntowane w panowaniu Chrystusa i pokonaniu przez Niego władzy zła, jak jest to zwiastowane w Ewangeliach<sup>7</sup>.

Fakt, że ludzie są w związku z tym odpowiedzialni w relacji z Bogiem i dlatego muszą być uznani za wolnych, zakłada wzmocnienie ich zdolności i wysiłków do tego, by jak najlepiej realizowali tę odpowiedzialność – dla własnego życia i w relacji z życiem innych. W odniesieniu do decyzji etycznych i moralnych człowiek zasadniczo odpowiada przed Bogiem oraz musi zdać sprawę ze swoich decyzji w osobistej odpowiedzialności przed Bogiem<sup>8</sup>.

W tych podstawowych ramach pewne elementy chrześcijańskiej tradycji i narracji są szczególnie istotne i mają znaczenie dla rozumienia i interpretowania rzeczywistości końca życia oraz dla refleksji nad konkretnymi pytaniami i dylematami, z którymi mierzymy się w tym obszarze.

### **4.3. Życie ludzkie – uprawnione do ochrony**

Z szacunku dla godności każdego człowieka i z faktu, że ludzie są stworzeni na obraz Boży, wynika podstawowy obowiązek ochrony życia ludzkiego. Należy chronić je przed zniszczeniem, ograniczeniem i naruszeniem na wszystkich jego etapach, od poczęcia do śmierci. Skrzywdzenie człowieka poważnie koliduje z wyjątkową godnością, która cechuje jego życie. Obowiązek ochrony przed zniszczeniem i krzywdą dotyczy nie tylko fizycznego życia ludzkiego, ale także ludzi jako osób tworzących swoją biografię. Obowiązek ochrony życia ludzkiego dotyczy więc ochrony i szacunku wobec

---

7 *Protestant Texts on Ethical Decision-Making*, „Leuvenberg Documents” t. 3: 1997, s. 25–37 = *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung*, „Leuvenberger Texte”, t. 3: 1997, s. 11–24.

8 *Law and Gospel. A study, also with references to decision-making in ethical questions*, „Leuvenberg Documents” t. 10: 2007, s. 285 = *Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf die Entscheidungsfindung in ethischen Fragen*, „Leuvenberger Texte” 10: 2007, s. 150n.

tych aspektów życia i bycia osobą – na przykład autonomii i samostanowienia – które pozwalają nam tworzyć historię biograficzną i realizować naszą odpowiedzialność wobec innych i wobec Boga.

Obowiązek troski o ludzi w ich potrzebach i słabościach istotny jest w szczególności w granicznych okresach życia. Bardzo wyraźnie mówi o tym tradycyjne wyrażenie *in dubio pro vita* – w razie wątpliwości na korzyść życia. Ta zasada jest zgodna z wiarą i praktyką chrześcijańską oraz wynika z Bożego przykazania „nie zabijaj”. Podstawowy obowiązek ochrony życia ludzkiego nie zawiera jednak w sobie obowiązku życia za wszelką cenę ani nie legitymizuje zmuszania pacjenta do przyjęcia leczenia lub pozbawienia go prawa do opierania się dalszemu leczeniu. Uznanie życia za dar zakłada także uznanie i zaakceptowanie jego skończoności i nie powinno prowadzić do prób przewyciężenia jego ograniczonego i skończonego charakteru.

#### **4.4. Troska i współczucie dla chorych i umierających**

Obowiązek opieki i cnota współczucia wobec innych ludzi, w szczególności wobec potrzebujących, były zasadnicze dla życia chrześcijańskiego i są kluczowymi składnikami moralności chrześcijańskiej od samego początku. Listy Pawła zawierają kilka fragmentów poświęconych temu, jakie powinno być życie chrześcijańskie i jak musi ono w pierwszej kolejności uwzględniać takie ideały, jak troska i współczucie. Także w życiu Jezusa Chrystusa chrześcijanie znajdują wzór życia, które zwraca się konkretnie z troską i współczuciem do potrzebujących, biednych, chorych i owdowiałych, opuszczonych na marginesach społeczeństwa i wspólnoty ludzkiej. Jego troska zwraca się bezpośrednio ku różnym wymiarom życia ludzi w potrzebie: wymiarowi fizycznemu przez karmienie głodnych i leczenie chorych, wymiarowi relacji przez zapraszanie wykluczonych

i marginalizowanych do społeczności i wspólnoty, oraz wymiarowi duchowemu przez oferowanie pocieszenia osobom zrozpaczonym.

Obraz życia chrześcijańskiego wzorowany na Jezusie Chrystusie i opisany przez Pawła leży u podstaw obowiązku troszczenia się o osoby poważnie chore i umierające. Jest to istotna część moralności chrześcijańskiej i w przeciwieństwie do otaczających je starożytnych tradycji hellenistycznych chrześcijaństwo zobowiązało się dbać o chorych nawet wówczas, gdy znalezienie lekarstwa czy ulżenie cierpieniom nie jest już możliwe. Inspirację stanowi tu postawienie wysoko każdego człowieka jako umiłowanego przez Boga, a zgodnie z wzorem pozostawionym przez Jezusa Jego naśladowcom – troska o chorych i bezbronnych i pomoc im.

Zgodnie z tym poglądem obszernie badania oraz programy kształcenia w dziedzinie opieki u kresu życia podkreślały przez lata jej interdyscyplinarny charakter i potrzebę odniesienia się do wszystkich dotkniętych tą sytuacją wymiarów życia ludzkiego.

Troska o umierających obejmuje troskę o fizyczne i cielesne potrzeby pacjenta, także gdy wyleczenie nie jest już możliwe i nie ma perspektywy na to, by dalsze zabiegi medyczne poprawiły jego sytuację. Chodzi tu o skuteczne kontrolowanie bólu, tak by chory był na tyle, na ile to możliwe wolny od cierpienia i dyskomfortu, łagodzenie innych symptomów fizycznych, które powodują dyskomfort, takich jak poważne mdłości, duszności, swędzenie, odleżyny itp. Równie istotne jest w tym kontekście zajęcie się innymi wymiarami życia pacjenta, które mogłyby wywoływać niepokój podczas poważnej choroby i u kresu życia: psychologicznym cierpieniem (takim jak niepokój, strach, depresja, utrata poczucia sensu i znaczenia, problemy z utrzymywaniem relacji i więzów z rodziną, krewnymi i przyjaciółmi, jak również znalezienie sobie miejsca w społeczeństwie) oraz potrzebami duchowymi dotyczącymi ostatecznego zaufania i nadziei w życiu. Kościoły angażują się we wszystkie te wymiary troski

i współczucia. Często prowadzą diakonijne instytucje opieki zdrowotnej i paliatywnej, tworzą programy odwiedzania osób poważnie chorych i starszych mieszkających we własnych domach oraz zapewniają posługę duszpasterską tym, którzy znajdują się w szpitalach i domach opieki. Czyniąc to, nie tylko pomagają osobom poważnie chorym i umierającym w ich potrzebach fizycznych i medycznych, ale też oferują duszpasterskie i duchowe prowadzenie i pocieszenie. Przez swoje bogate liturgiczne i rytualne praktyki i język Kościoły i duchowni są w stanie zaoferować chorym towarzyszenie, które odnosi się do innych potrzeb niż fizyczne i medyczne. Dzięki modlitwom wspólnoty chrześcijańskiej, czytaniu Biblii i pieśniom kościelnym chorzy i umierający mogą wyrazić swoje doświadczenia i emocje związane z bólem, rozpaczą i poczuciem braku sensu, ale też pewność i wiarę, a w konsekwencji znaleźć pocieszenie i duchowe umocnienie. Niektórzy mogą także zyskać siłę, czując się włączeni do nadziei przekraczającej śmierć, ugruntowanej w obietnicy, która niesie Kościół i wszystkich jego wierzących.

Multidyscyplinarne i holistyczne podejście do opieki paliatywnej, która nie odnosi się tylko do pacjentów chorych śmiertelnie, jest wyraźnie zawarte w definicji WHO: „Opieka paliatywna to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin, stających wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczeniu bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych”<sup>9</sup>. Dalej definicja ta konkretyzuje różne aspekty opieki paliatywnej, w tym:

---

9 World Health Organisation, *Palliative care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (dostęp: 09.10.2008; tłum. polskie za: U. Kurczewska, M. Jasińska, D. Orszulak-Michalak, *Opieka paliatywna w Polsce - wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej*, „Farmacja Polska”, t. 66: 2010, nr 2, s. 93).

- łagodzenie bólu i innych niepokojących symptomów,
- afirmację życia i traktowanie umierania jako normalnego procesu,
- nieprzyspieszanie ani nieopóźnianie śmierci,
- integrowanie psychologicznych i duchowych aspektów opieki nad pacjentem,
- wspieranie pacjentów w jak najaktywniejszym życiu aż do śmierci,
- oferowanie wsparcia rodzinom w radzeniu sobie podczas choroby pacjenta oraz w okresie żałoby,
- stosowanie podejścia zespołowego, tak by odnieść się do potrzeb pacjentów i ich rodzin,
- podnoszenie jakości życia.

Opieka paliatywna oraz właściwe dbanie o umierających wymaga więc wielu umiejętności, kompetencji i specjalności.

Te podstawowe treści mówiące o odpowiedzialności moralnej, wyjątkowym statusie i godności ludzkiego życia oraz obowiązkach i ideałach troski i współczucia wobec potrzebujących dostarczają ram interpretacyjnych, przy pomocy których można dyskutować nad bardziej konkretnymi kwestiami związanymi z końcem życia. Nadal jednak ostateczne i absolutne rozwiązania nie wynikają bezpośrednio z tych ram interpretacyjnych. Odpowiedzi na konkretne kwestie są lepiej rozwijane w procesie dialogu, gdzie konkretna rzeczywistość podnoszona jest we wspólnej rozmowie w tych ramach interpretacyjnych.

#### **4.5. Poszanowanie pacjenta**

Główną troską i centralnym punktem musi być poszanowanie dla osoby przechodzącej poważną chorobę, mierzącej się nie tylko ze stresem wynikającym z poważnego bólu fizycznego, ale też muszącej stawić czoła



obciążeniom psychicznym, jak również egzystencjalnemu i duchowemu bólowi i cierpieniu. Tradycja ewangelicka uczy nas nie zajmować się naszą własną doskonałością moralną, sukcesami i porażkami, ale kierować – w miłości nakazanej przez Pana – nasze wysiłki i zasoby na służbę bliźniemu. Dlatego też abstrakcyjne refleksje i deliberacje nad zasadami moralnymi, ideałami i normami związanymi z kwestiami dotyczącymi końca życia nigdy nie mogą być celem samym w sobie, ale są istotne tylko na tyle, na ile pozwalają lepiej zrozumieć i krytycznie zbadać, co to znaczy w konkretnej sytuacji służyć bliźniemu w odpowiedzialnej miłości. Stałe ramy i centralny punkt naszych refleksji musi zawsze stanowić poszanowanie bliźniego i służba mu. To powołanie do pełnego miłości poszanowania bliźniego zakłada poświęcanie mu uwagi, uznanie wyjątkowości jego biografii, relacji i samorozumienia. Poszanowanie bliźniego wymaga, by nie redukować go tylko do jego choroby, do pozostałej przewidywanej długości życia, do kondycji fizycznej czy funkcjonowania ani też do statusu rodzinnego czy społecznego. Podstawową ideą spuścizny reformacyjnej jest to, że jednostki ludzkiej nie można zredukować do stanu, w jakim się znajduje, czy to poważnej choroby, niepokoju, konfliktowych relacji, czy też poczucia samotności i opuszczenia.

Poszanowanie innych wymaga więc zawsze zwracania uwagi na wyjątkowy charakter tego konkretnego życia. Ludzie godzą się – lub nie godzą – ze swoim fizycznym cierpieniem i nadchodzącą śmiercią na różne sposoby. Angażują bliską rodzinę i krewnych lub powstrzymują się od tego, albo też muszą przejść przez okresy poważnej choroby bez towarzystwa najbliższych. Na różne sposoby podchodzą do podatności na zranienia, zazwyczaj towarzyszącej poważnej chorobie i zbliżającym się ostatnim etapom życia. Poszanowanie dla innych, jakie nakazuje miłość bliźniego, musi unikać generalizowania i standaryzowania wyobrażeń na temat osobistych biografii i tego, jak to jest przechodzić przez poważne

i śmiertelne choroby lub zmagać się z fizycznym, psychicznym i duchowym cierpieniem. Poszanowanie to musi polegać na zauważaniu konkretnego człowieka – na to, jak życie danej osoby jest włączone w relacje lub ich utratę i jaki mają one na nią wpływ, oraz jak ten wymiar życia wpływa na możliwość pogodzenia się ze swoją chorobą i śmiercią. Zakłada to także traktowanie poważnie i wyrażanie wielu czasami sprzecznych ze sobą emocji, które pojawiają się w takim stanie, takich jak rozpacz, niepokój, utrata, nadzieja, smutek, gniew i żałoba. Co więcej, poszanowanie innych zakłada pozostawanie przy tej potrzebującej tego osobie i towarzyszenie jej, a nie porzucenie, także gdy podejmuje ona decyzje lub wybiera drogę w życiu niekoniecznie akceptowaną lub pochwalaną przez Kościół. Powołanie Kościołów i chrześcijan do troski i współczucia nie jest warunkowane moralną akceptowalnością wyborów lub charakteru danej osoby. Jest to szczególnie istotne, gdy Kościoły działają w kontekstach, gdzie istnieje zdecydowane wsparcie praktyk i prawodawstwa, które nie zgadza się z tym, co Kościoły na ogół uważają za idealne i godne pochwały praktyki. W takich sytuacjach Kościoły, zbory i wierzący stają wobec wyzwania, które każe im ważyć racje pomiędzy ich powołaniem do wierności swojemu rozumieniu dobrego życia ludzkiego a powołaniem do troski i współczucia wobec konkretnego człowieka, którym kieruje inna wizja dobrego życia ludzkiego. W takich okolicznościach Kościoły nie powinny orędować i głosić swojej wizji odpowiedzialnego, moralnego życia kosztem porzucenia osoby cierpiącej i zrozpaczonej.

## **5. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie**

### **5.1. Kontekst kliniczny**

W jakich sytuacjach słuszne jest przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie? Z tym pytaniem często mierzą się poważnie chorzy lub ranni pacjenci, członkowie ich rodzin i personel medyczny. W szpitalach i domach opieki pojawia się ono w związku z pacjentami śmiertelnie chorymi, na przykład cierpiącymi na raka czy poważne choroby neurologiczne, oraz w związku z pacjentami starszymi, których stan zdrowia znacznie się pogorszył. Pojawia się ono także w związku z pacjentami, którzy na przykład w wyniku poważnego uszkodzenia mózgu spowodowanego chorobą lub urazem znajdują się w stałym i nieodwracalnym stanie poważnie ograniczonej funkcjonalności (na przykład pacjenci w trwałej śpiączce lub w stanie wegetatywnym), którzy jednak dzięki leczeniu nadal mogą żyć miesiące czy nawet lata.

Leczenie przedłużające życie można zdefiniować jako „jakikolwiek leczenie i środki odsuwające w czasie śmierć pacjenta. Przykładami mogą być resuscytacja krążeniowo-oddechowa, inne formy wspomagania oddychania, sztuczne podawanie pokarmów i płynów (dożylnie lub przez sondę

PEG [przeżyłowa endoskopowa gastrostomia]), dializa, antybiotyki, chemioterapia”<sup>10</sup>. Oznacza ono leczenie, które podtrzymuje życie, ale nie ma już żadnej funkcji leczniczej. Przerwanie lub niepodjęcie tak rozumianego leczenia przedłużającego życie jest zasadniczo akceptowanym i koniecznym elementem klinicznej praktyki medycznej, ale jest też obciążone trudnymi decyzjami i osądami w odniesieniu do konkretnych pacjentów. Kościoły i etyka chrześcijańska akceptuje także szeroko to, że obowiązek ochrony i poszanowania życia ludzkiego nie pociąga za sobą obowiązku tego, by zawsze robić wszystko, co się da, by przedłużyć życie, jeśli tylko jest to medycznie możliwe. Nadal jednak to ogólne dopuszczenie wstrzymania się od leczenia przedłużającego życie pozostawia nierozwiązanymi kwestie odnoszące się do okoliczności i warunków, pod jakimi leczenie to powinno być kontynuowane lub zaprzestane.

Zazwyczaj pytania te pojawiają się w sytuacjach, gdy istnieją wątpliwości co do tego, czy kontynuowanie leczenia przedłużającego życie w jakikolwiek sposób przynosi pacjentowi korzyści lub czy jest bezcelowe i obciążające. Próba rozróżnienia pomiędzy różnymi wskaźnikami przemawiającymi za przerwaniem leczenia z powodu potencjalnego braku pożytku i obciążenia dla pacjenta mogłaby wyglądać następująco:

- Pacjenci, których leczenie przedłuża trudny i bolesny proces umierania, np. odsuwając śmierć o kilka godzin, dni lub tygodni, powodując przy tym ból i dyskomfort, które nie mogą zostać zmniejszone. Brak dla

---

<sup>10</sup> Definicja zaczerpnięta jest z projektu narodowych wytycznych dla decyzji dotyczących leczenia przedłużającego życie poważnie chorych i umierających pacjentów, wydanego ostatnio przez Norweski Dyrektoriat ds. Zdrowia (Helsedirektoratet, *Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorligsyke og døende*. 2008). To, jak leczenie przedłużające życie zostanie zdefiniowane, jest oczywiście kwestią dyskusyjną. Jak zostanie ukazane poniżej, niektóre (zwłaszcza katolickie) stanowiska wyłącza odżywianie i nawadnianie z leczenia medycznego, definiując je jako opiekę, której w żadnym wypadku nie można odmówić.

nich także perspektyw, by mogli prowadzić życie, z którego by odnosili korzyści.

- Pacjenci, których leczenie przedłuża życie w wielkim bólu, np. których leczenie może prowadzić do przetrwania, ale z perspektywą życia, w którym fizyczne i/lub psychiczne konsekwencje będą dla nich poważnie szkodliwe.
- Pacjenci w stanie wegetatywnym [ang.: *persistent vegetative state* – PVS, niem.: *Wachkoma*], tj. z obszernymi i nieodwracalnymi uszkodzeniami mózgu. Choć istotne funkcje (oddech, krążenie, przyswajanie odżywiania) działają, pacjenci są całkowicie zależni od opieki i nie mają świadomości siebie ani zdolności do interakcji z innymi. Mogą czasami mieć otwarte oczy oraz zachować reakcje refleksywne i reakcje na ból (tu widoczna jest różnica od śmierci mózgu, gdzie wszystkie funkcje mózgu i krążenie w mózgu ustały).
- Pacjenci w śpiączce, tj. tacy, którzy nie reagują na żadne formy stymulacji, z zamkniętymi oczami, bez świadomości siebie i otoczenia. Pacjenci w śpiączce rzadko pozostają w tym stanie dłużej niż 2–4 tygodnie. W innych przypadkach prognoza jest nieodwracalna i bez perspektyw poprawy<sup>11</sup>.

## 5.2. Dyskusja etyczna: Wskazania dla przerwania lub niepodjęcia leczenia

Główne obawy co do powstrzymania się od stosowania leczenia podtrzymującego życie są dwojakie: pierwszy ich rodzaj związany jest z oceną sytuacji lub typu wskaźników pozwalających kontynuować leczenie lub

---

11 Te rozróżnienia są zaczerpnięte z projektu narodowych wytycznych dla decyzji dotyczących leczenia przedłużającego życie poważnie chorych i umierających pacjentów Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia (Helsedirektoratet, *Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorligsykeog døende*. 2008).

przerwanie go, drugi z podejmowaniem decyzji – w szczególności tego, jak uwzględnić wolę pacjenta. Pierwszy rodzaj wywołuje pytania związane z jakością życia i z potencjalnym rozróżnieniem pomiędzy opieką a leczeniem.

### **Jakość życia i niepodjęcie leczenia przedłużającego życie**

Jedną z fundamentalnych kwestii w etyce medycznej, ciesząca się szerokim poparciem, to myśl, że poważnie obciążające, bolesne i sprawiające cierpienie leczenie jest uzasadnione tylko wówczas, gdy jego ciężar jest przewyższony przez dobro lub zyski, które przynosi pacjentowi. Leczenia, które jest przesadnie obciążające i bolesne, a nie przynosi proporcjonalnie większego dobra pacjentowi, nie można bronić. Ta zasada ma zastosowanie także do leczenia przedłużającego życie u kresu życia. Trudno jest uzasadnić leczenie, które powoduje jedynie dalszy ból i cierpienie pacjenta, a nie przynosi mu nic dobrego czy to leczniczo, czy paliatywnie<sup>12</sup>. Zakłada to ocenę, jak leczenie wpływa na jakość życia pacjenta, poprawiając ją lub pogarszając, w przypadku gdy problematyczne jest leczenie, którego skutkiem byłaby jakość życia gorsza niż w przypadku rezygnacji z niego.

---

12 Np. rekomendacja odnośnie opieki paliatywnej przygotowana przez Europejski Komitet ds. Zdrowia przyjęta przez Komitet Ministrów Rady Europy stwierdza, że opieka paliatywna nie powinna ani przyspieszać, ani opóźniać śmierci, oraz postuluje: „technologie dostępne w nowoczesnej praktyce medycznej nie mają zastosowania w przedłużaniu życia w sposób nienaturalny”, oraz „Lekarz nie ma obowiązku kontynuowania leczenia, które nie przynosi pożytku choremu i jest dla niego szczególnie uciążliwe” (Rada Europy, *Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów*, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fleticket=Wvv2EtGXRzY%3D&tabid=1709> [dostęp: 23.03.2018], s. 18, nr 50). Rekomendacja ta nie wgłębia się jednak w to, co może stanowić o „przedłużaniu życia w sposób nienaturalny”, ani kiedy leczenie „nie przynosi pożytku choremu i jest dla niego szczególnie uciążliwe”. Decyzje te są pozostawione do wyjaśnienia w bardziej szczegółowych wytycznych, lub do rozstrzygnięcia klinicznego lub medyczno-etycznego.

W chrześcijańskiej etyce i oświadczeniach Kościołów obecna była pewna niechęć wobec używania odniesień do jakości życia, oparta na podejrzeniu, że zakładają one twierdzenie, że życie ludzkie znajdujące się poniżej pewnego poziomu jakości nie jest warte życia. W takim zakresie, jaki obejmuje to twierdzenie, argumenty odnoszące się do jakości życia są faktycznie problematyczne, ale w tym momencie jakość życia nie jest używana do oceny, czy życie ludzkie jest warte, by trwać czy nie, ale czy pewne leczenie jest warte kontynuowania<sup>13</sup>. Nie jest to ocena, która mówi, że dane życie ludzkie jest warte życia, ale argumentacja, że w danych okolicznościach sytuacja człowieka nie poprawiła się, a *de facto* pogorszyła w wyniku przeprowadzonego leczenia w porównaniu do rezygnacji z niego, oraz że w związku z tym leczenie to jest nieuzasadnione<sup>14</sup>.

Te rozważania wskazują, że leczenie przedłużające życie, które po prostu odsuwa w czasie śmierć o kilka dni lub tygodni, sprawiając przy tym, że pozostały okres jest boleśniejszy i trudniejszy, niż byłby w innym wypadku, powinno zostać przerwane lub wstrzymane. Nie tylko może ono zaszkodzić pacjentowi przez nasilenie bólu, cierpienia i dyskomfortu, związanych z intensywnym leczeniem. Może też, przez odwrócenie uwagi i pozostałej energii pacjenta w kierunku przyjmowania leczenia, zniweczyć możliwość przygotowania się na śmierć, zakończenia narracji swojego życia, pojednania się z otoczeniem oraz poradzenia sobie ze strachem, zaufaniem i nadziejami w obliczu śmierci. Takie leczenie wyraźnie nie niesie ze sobą nic, jak tylko przedłużenie nieuniknionego, trudnego i ostatecznie niemożliwego do zatrzymania procesu umierania,

---

13 J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*. Cambridge 2002, s. 44.

14 To rozróżnienie pomiędzy używaniem jakości życia w odniesieniu do oceny, czy leczenie jest warte kontynuowania, czy nie i oceny, czy życie ludzkie jest warte tego, by trwać, czy nie, jest także powodem, dla którego ów argument w odniesieniu do jakości życia nie jest uważany za istotny w kontekście eutanazji, gdzie *de facto* staje się on kwestią oceny wartości dalszego trwania życia ludzkiego.

dodając do niego bólu, ciężaru i cierpienia. Pamiętając o powyższym opisie składników opieki paliatywnej u kresu życia, intensywne leczenie, które tylko przedłuża proces umierania wypełniony bólem i cierpieniem, a nie daje żadnej ulgi, pocieszenia ani złagodzenia bólu, tak naprawdę stoi w sprzeczności z właściwą opieką nad umierającym.

W odniesieniu do innych wymienionych powyżej wskaźników ocena tego, jak kontynuowanie lub przerwanie leczenia przedłużającego życie wpływa na jego jakość, jest bardziej skomplikowana. Niektórzy wątpią, czy leczenie, które przedłuża życie w warunkach, jakie zostały tu opisane, może przynieść jakiegokolwiek korzyści. Czy warto stosować leczenie, które nie polega na niczym innym, poza przedłużeniem życia pozbawionego podstawowych funkcji?

Z jednej strony, jak zauważono powyżej, utrzymywanie biologicznego życia i maksymalizowanie jego długości nie jest samo w sobie absolutnym dobrem, zawsze przewyższającym wszystkie inne obawy. Z drugiej strony, gdy bycie człowiekiem rozumiane jest jako otrzymanie życia z kochającej ręki Bożej i bycie powołanym do odpowiedzi Bogu i otaczającemu światu, równie jasne jest, że jakość życia nie jest po prostu sumą netto przyjemności przewyższającą ból czy zaspokojonych upodobań ponad niezaspokojonymi. Jakość życia musi być postrzegana w relacji do podstawowej cechy życia ludzkiego – zależności oraz jego podstawowej zdolności do reagowania na tę zależność i dobro, jakie jest ze względu na nią zyskiwane. W tej perspektywie pojęcie jakości życia bardzo dobrze pasuje do życia, które nie posiada takich cech, jak kontrola, celowość, racjonalna czy podmiotowa aktywność, czy stała świadomość bycia sobą, na przykład z powodu poważnego uszkodzenia mózgu, niepełnosprawności czy demencji. Wszystkie te formy życia, choć może brakować im zdolności do podejmowania czynności w tradycyjnym sensie, poza tym mogą być w stanie przynajmniej w pewnym stopniu świadomie reagować na przedmioty



w otoczeniu i na impulsy sensoryczne, takie jak dotyk, dźwięki, światło itp. Zaś życie, które nie rozwinęło jeszcze lub czasowo utraciło zdolność do tego rodzaju świadomości i reagowania, może je (od-)zyskać. Leczenie podtrzymujące takie życie może więc przynieść zyski pacjentowi w tym znaczeniu, że jego jakość życia będzie lepsza z leczeniem niż bez niego. Istnieją inne niż biografia wyrażająca się przez asertywność, kontrolę, intencjonalność i racjonalność formy realizowania odpowiedzialnego życia jako życia w odpowiedzi na to, co zostało otrzymane z Bożej ręki i od otaczającego nas świata.

Tym niemniej jest to życie odmienne od życia ludzkiego istniejącego wyłącznie jako jednostka biologiczna, gdzie możliwość świadomości została całkowicie i nieodwracalnie utracona, czego typowym przypadkiem jest większość pacjentów w stanie wegetatywnym (który jak wykazano wyżej, różni się od śpiączki). Nawet w tych okolicznościach życie ludzkie jest przedmiotem Bożej miłości oraz może nadal być przedmiotem miłości najbliższych, takich jak rodzina i przyjaciele, otoczone wspólnotą ludzką. Jednak to, czego wydaje się brakować, to zasadniczy warunek wstępny dla reagowania na tę miłość przez receptywne i sensoryczne zdolności w formie świadomości, nie tylko czasowo, ale stale i nieodwołalnie. W tej sytuacji mniej jasne jest to, w jaki sposób leczenie przedłużające życie przynosi korzyść pacjentowi.

## **Rozróżnienie między opieką a leczeniem**

Niektóre podejścia, których głównym przykładem jest przemówienie papieskie Jana Pawła II z 2004 roku<sup>15</sup>, opierają się na twierdzeniu, że należy

---

15 John Paul II, *Address of John Paul II to the participants in The International Congress on "Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas"*, 20 March 2004, [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html) (dostęp: 23.03.2018) [przypr. red.].

rozróżnić między leczeniem a opieką, między postępowaniem terapeutycznym a naturalnymi sposobami zachowywania życia, między wyjątkowymi a zwykłymi środkami interwencji. Postępowanie terapeutyczne lub wyjątkowe środki interwencji mogą być przerwane lub wstrzymane, gdy przestają nieść pożytek i stają się obciążające dla pacjenta. Naturalne środki opieki jednakże odpowiadają na najbardziej fundamentalne potrzeby wszystkich ludzi, są czymś, od czego wszyscy jesteśmy zależni oraz czego żaden człowiek nie powinien w związku z tym pod żadnym warunkiem zostać pozbawionym.

Słuszność tego rozróżnienia zależy częściowo od tego, jak zdefiniuje się opiekę/zwyczajne środki w odróżnieniu od postępowania terapeutycznego/środków wyjątkowych. Podczas gdy ogólnie przyjmuje się, że „wyjątkowe” leczenie przedłużające życie, obejmuje takie procedury, jak użycie antybiotyków, wspomaganie oddychania i dializę, „zwykłe środki” zazwyczaj obejmują podstawową opiekę, taką jak higiena, pielęgnacja odleżyn, nawadnianie, łagodzenie dyskomfortu fizycznego i psychologicznego. W wielu przypadkach zapobiegają one eskalacji cierpienia pacjenta i temu, by stało się ono nie do wytrzymania, dlatego są nie tylko moralnie, ale też często prawnie uzasadnione i wymagane.

Najbardziej sporne było pytanie o to, jak należy skategoryzować sztuczne odżywianie. Podczas gdy regulacje w wielu krajach i kontekstach klinicznych wymieniają je jako leczenie przedłużające życie, które można zatrzymać, gdy nie jest już uzasadnione, wspomniane wyżej oświadczenie papieskie potwierdza rzymskokatolickie nauczanie, mówiąc, że odżywianie jest także zwykłym środkiem podstawowej opieki, którego nie należy wstrzymywać tak długo, jak pacjent jest w stanie trawić pokarm.

Istotnych jest tu kilka uwag. Po pierwsze ważne jest, by pamiętać o tym, że nauczanie chrześcijańskie nieprzerwanie zaleca troskę o życie, gdy wyleczenie i poprawa stanu pacjenta nie jest możliwa. Wszel-

kiemu życiu ludzkemu, także osobom śmiertelnie chorym, należy się podstawowa opieka; nie dlatego, że może ona być istotna dla poprawy i wyleczenia, ale ponieważ oddaje ona status, godność i konieczność szacunku, jakie otaczają każdego człowieka dzięki temu, że jest on umiłowanym Bożym stworzeniem. Nierezygnowanie z podstawowej opieki nad człowiekiem jest więc w zdecydowany sposób zakładane w etyce chrześcijańskiej, a to wnosi także do dyskusji kwestie związane z tym, jak traktować pacjentów, w przypadku których nie ma nadziei na wyzdrowienie po ciężkiej chorobie lub urazie. Założenia na korzyść braku rezygnacji z podstawowej opieki, w tym z odżywiania, nie można oddzielać od związku pomiędzy opieką a podstawowym dobrobytem pacjenta. To dlatego, że te formy opieki zazwyczaj sprzyjają względnemu komfortowi i dobremu samopoczuciu pacjenta przechodzącego poważną i śmiertelną chorobę, również gdy nie ma nadziei na wyzdrowienie lub poprawę. Takie zobowiązanie do opieki ma ciężar moralny. Choć istnieje silne założenie na korzyść utrzymywania opieki, w tym odżywiania, nie powinno ono być absolutyzowane i oddzielane od obaw co do tego, jakie skutki kontynuowanie opieki faktycznie będzie miało dla pacjenta oraz czy przypadkiem po prostu nie nasila ono i nie przedłuża jego cierpienia i bólu, nie przynosząc mu żadnych korzyści.

### **Ryzyko nadmiernego leczenia**

Pytanie o to, kiedy powstrzymać się od leczenia przedłużającego życie, pociąga za sobą ważne pytania moralne i ryzyko wyrządzenia krzywdy pacjentom. Istnieje jednak także ryzyko „nadmiernego leczenia”. Nadmierne leczenie wiąże się ze znacznym ryzykiem wyrządzenia moralnej krzywdy pacjentom i być może jest większym problemem w środowiskach klinicznych niż nieuzasadnione niepodjęcie leczenia. Ma ono miejsce

wtedy, gdy niewłaściwie ukierunkowana chęć zrobienia jak najwięcej dla pacjenta prowadzi lekarzy do skupienia się wyłącznie na wprowadzaniu i wypróbowywaniu coraz to nowszych metod i sposobów leczenia, nawet gdy pacjent zbliża się do stadium terminalnego, a prawdopodobieństwo jakiegokolwiek efektu leczniczego lub paliatywnego jest niemal zerowe. Niezależnie od tego, czy wynika to z profesjonalnej gorliwości, czy z autentycznego ale źle ukierunkowanego współczucia dla pacjentów, tego rodzaju leczenie może im poważnie zaszkodzić.

Nie tylko może ono zadać silny ból i cierpienie przez wprowadzenie operacji wymagających bolesnej rehabilitacji i być może pozostawiających pacjenta podłączonego do urządzeń medycznych na dłuższy okres czasu, ale też tego rodzaju terapie medyczne mogą mieć znaczne i niezwykle bolesne skutki uboczne. Przez odwrócenie pozostałych środków skupienia i koncentracji pacjenta na przechodzenie i przyjmowanie leczenia (być może absorbującego ze względu na nowe nadzieje i oczekiwania), może ono przeszkodzić w jego radzeniu sobie ze śmiercią, refleksji nad historią swojego życia, relacjami, miejscem w świecie, nadzieją i wiarą. Krótko mówiąc, może powstrzymać pacjenta przed pogodzeniem się ze śmiercią. Ten rodzaj nadmiernego leczenia może także zaszkodzić rodzinie i krewnym, którzy pozbawieni są możliwości rozstania się w „ciszy i spokoju” z kochaną osobą, która zamiast tego zagłębia jest w leczeniu i technologii medycznej.

Nie należy też przeoczyć skutków nadmiernego leczenia dla zaufania ze strony pacjentów jak i ogółu społeczeństwa, mogących mieć obawy, że jeżeli zachorują śmiertelnie, będą mogli liczyć na opiekę należną ludziom, a nie będą tylko uprzedmiotowieni jako przypadki medyczne, które mogą zareagować na próby leczenia.

Dlatego należy podkreślić, że nie tylko dozwolone jest, by nie robić wszystkiego, co z punktu widzenia medycyny możliwe dla pacjenta, którego

życie zbliża się ku końcowi. Może także być konieczne, by nie kontynuować leczenia, gdy chodzi o chorobę fizjologiczną, a zamiast tego skierować zasoby, wiedzę i energię na zadbanie o pacjenta jako osobę posiadającą obok fizjologicznego, także wymiary emocjonalny, psychiczny i duchowy.

### **5.3. Dyskusja etyczna: Wola pacjenta**

Etyka medyczna bardzo mocno opowiada się za nieleczeniem nikogo wbrew jego woli. Założenie to można poprzeć z pozycji tradycji chrześcijańskiej, ewangelickiej. Odpowiednio do tego wola pacjenta jest oczywiście zasadnicza przy ocenie, czy leczenie przedłużające życie powinno być przerwane, czy też nie. W związku z tym rodzi się pytanie, jak najlepiej uwzględnić wolę pacjenta, gdy nie można poznać jej bezpośrednio.

#### **Wola wyrażona przez pacjenta**

W niektórych przypadkach wolę pacjenta można uzyskać bezpośrednio. Pacjenci są przytomni, dobrze poinformowani i świadomi swojej sytuacji, i mogą wyraźnie określić swoją wolę co do interwencji terapeutycznej, która mogłaby przedłużyć ich życie. Etyka medyczna ogólnie uważa autonomię, a zasadę świadomej zgody w szczególności za fundamentalną. Pod warunkiem, że pacjenci są „w pełni władz umysłowych”, nie cierpią na choroby psychiczne ani nie mają złudzeń co do swojej sytuacji, uważa się za poważne wykroczenie poddawanie ich leczeniu, na które nie wyrazili zgody, a za jeszcze poważniejsze poddawanie ich leczeniu, któremu wyraźnie się sprzeciwili i które odrzucili. Autonomia w znaczeniu wolności do odrzucenia niechcianej interwencji w swoje życie i ciało jest także bardzo istotna z perspektywy ewangelickiej, ponieważ chroni integralność osobistą i wspiera odpowiedzialność.

Ten podstawowy standard świadomej zgody jako warunek konieczny dla wprowadzenia leczenia obowiązuje także wtedy, gdy jest ono kluczowe, przedłużające życie. Dobrze poinformowani i kompetentni pacjenci mają prawo do tego, by respektowano ich decyzje, gdy opierają się dalszemu leczeniu, nawet jeśli oznacza to, że ich życie będzie krótsze.

Często jednak w sytuacji leczenia przedłużającego życie nie można uzyskać woli pacjenta bezpośrednio. Jak można poradzić sobie w takiej sytuacji?

### **Dyspozycje pacjenta**

Jednym z instrumentów są tak zwane *dyspozycje pacjenta* [*advance directive/ Patientenverfügung*]. Osoba „w pełni władz umysłowych” podpisuje deklarację określającą jej wolę w odniesieniu do leczenia przedłużającego życie, jeżeli w konsekwencji nieuleczalnej choroby lub urazów nie będzie już doświadczać świadomie swojego życia lub dalsze życie będzie naznaczone poważnym bólem, trwałymi upośledzeniem i bezradnością<sup>16</sup>.

Budzi to pytanie, czy dyspozycje bądź życzenia wyrażone z góry powinny być wiążące dla decyzji podejmowanych przez personel medyczny. Pytanie obraca się wokół kwestii, czy osoba może faktycznie dokonać naprawdę świadomych i autonomicznych wyborów co do potencjalnego, przyszłego stanu poważnej choroby bądź obrażeń. Czy ktoś może przewidzieć z góry, jak będzie doświadczać życia w takim stanie i czy może wiedzieć, jakie będą wówczas jego centralne wartości i życzenia? Wielu zgadza się, że dyspozycje pacjenta powinny mieć duże znaczenie w obliczu leczenia przedłużającego życie. Sprzeciw wobec postrzegania ich jako absolutnie wiążących dotyczy jednak tego, że nie dopuszczają one zmian w tym, w co wierzy dana osoba, jej wartości i ogólnej oceny

---

16 Sformułowania zaczerpnięte z wersji norweskiej.

życia. Jednym ze sposobów wzięcia tego pod uwagę jest wymaganie, by nie istniały żadne racjonalne przesłanki do tego, by sądzić, że dyspozycje nie wyrażają już woli pacjenta<sup>17</sup>. Innym sposobem mogłoby być wymaganie, by dyspozycje były poparte „odnowieniami”, na przykład by były raz do roku potwierdzane.

Wydaje się, że istnieją dwa dość różne podejścia, które można przyjąć w odniesieniu do dyspozycji pacjenta i do pytania o to, na ile są one wiążącymi wyrazami osoby, która już nie jest w stanie tego zrobić. Jedno to spojrzenie na nie w kategoriach kontraktowych czy prawnych, ustalające zestaw praw i obowiązków ze strony pacjenta i lekarza oraz uwalniające lekarzy od oskarżeń o wykroczenie, jeżeli zastosują się do dyspozycji. Drugie to spojrzenie na nie jako na jeden z kilku czynników w ustalaniu woli pacjenta. Dyspozycje pacjenta byłyby wówczas zasadnicze i tym ważniejsze, im bardziej niedawno były potwierdzone, ale nie byłyby jedynym czynnikiem przy ustalaniu woli pacjenta.

### **Pacjenci „nie w pełni władz umysłowych”/ubezwłasnowolnieni**

W niektórych sytuacjach pacjenci nie są w stanie sformułować i/lub wyrazić swoich życzeń, ale wcześniej nie wydali dyspozycji. Jak można wówczas podjąć odpowiedzialną decyzję o leczeniu przedłużającym życie? Jedynym rozwiązaniem wydaje się spróbowanie dojścia do życzeń pacjenta na tyle, na ile to możliwe niebezpośrednio, w połączeniu z medyczną oceną jego najlepszego interesu.

---

17 Zalecane przez oświadczenie Światowego Towarzystwa Medycznego (*WMA Statement on Advance Directives (“Living Wills”) Adopted by the 54th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, September 2003 and reaffirmed by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013*, [https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/\[23.03.2018\]](https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/[23.03.2018])).

## **Członkowie rodziny**

W takich przypadkach, w próbach zaangażowania życzenia pacjenta najczęściej bierze udział jakiegoś rodzaju pośrednik, który dba o jego interesy. Często jest to bliski członek rodziny, na przykład małżonek lub partner, dorosłe dziecko, rodzic lub rodzeństwo. Znając dobrze pacjenta przez długi czas, mogli rozmawiać o takiej sytuacji i o tym, czego mógłby chcieć. Mogą też znać bardziej ogólne poglądy i wartości pacjenta i na ich podstawie wywnioskować jego wolę. Co więcej, zazwyczaj można oczekiwać, że dobro członka rodziny będzie leżało im na sercu.

Dlatego też postrzeganie opinii członków rodziny jako istotnej dla decyzji o leczeniu może być uzasadnione. Tym niemniej należy zwrócić uwagę na kilka związanych z tym kwestii. Po pierwsze nie może być powodów, by podejrzewać, że członek rodziny/pośrednik nie wie faktycznie wiele o pacjencie i/lub jego dobro nie leży mu na sercu. Po drugie komunikacja pomiędzy lekarzami/personelem medycznym a członkami rodziny powinna być obszerna i dokładna, tak by zapewnić, że rodzina jest zaangażowana w proces podejmowania decyzji. Po trzecie ostateczną decyzję powinien podjąć lekarz. Członkowie rodziny nie powinni być obciążeni ostateczną decyzją o zakończeniu leczenia kochanej osoby. Dodatkowo: odpowiedzialny personel medyczny powinien postępować ze szczególną ostrożnością w przypadkach niezgody pomiędzy członkami rodziny co do kontynuowania leczenia.

## **Opiekun prawny**

W niektórych przypadkach pośrednikiem może być opiekun prawny (np. prawnik), który posiada prawne pełnomocnictwo i zobowiązanie do dbania o interesy pacjenta. Osoba ta może być wyznaczona przez samego



pacjenta, zanim nastąpi stan ubezwłasnowolnienia (podobnie do dyspozycji) lub po ubezwłasnowolnieniu. Może to nastąpić z kilku powodów: na przykład jeżeli nie ma bliskich członków rodziny; jeżeli pacjent nie chce, by członkowie rodziny wypowiedzieli się w jego imieniu w sytuacji ubezwłasnowolnienia; jeżeli warunki rodziny sprawiają, że jej członkowie wydają się niezdolni do tego, by zadbać o interes pacjenta, bądź też z jakiegoś powodu nie są w stanie się tego podjąć; lub jeśli pacjent czy jego rodzina pragną rozróżnić pomiędzy formalną rolę opiekuna prawnego a byciem kochającą i troszczącą się rodziną. Także jeżeli nie ma powodów, by sądzić, że członkowie rodziny nie znają życzeń pacjenta i jego dobra lub nie dbają o nie, może być właściwym, by opiekun prawny był obecny, by doradzić członkom rodziny.

Właśnie dlatego, że ostateczna decyzja należy do lekarza, ważne jest, by przed jej podjęciem odpowiedzialny za pacjenta lekarz porozumiał się i skonsultował tak szeroko i wyczerpująco, jak to możliwe, by ustalić najlepiej, jak potrafi, jaka decyzja odpowiada życzeniom pacjenta i służy najlepiej jego dobru<sup>18</sup>.

Dobre procesy komunikacji i namysłu, sprzyjające odpowiedzialnej i dobrej trosce o pacjenta będącego „nie w pełni władz umysłowych”, dotyczące decyzji potencjalnie kończących życie, powinny być: a) transparentne: dla członków rodziny i krewnych, dla personelu medycznego i odpowiedzialnych lekarzy oraz dla ogółu społeczeństwa/ludzi, którzy w przyszłości sami mogą być pacjentami, tak by było wiadomo, z kim będą i z kim powinny być konsultowane te decyzje i czyje sugestie będą realizowane; b) inkluzywne: oznacza to, że wszystkie zawody/grupy/oddziały i personel zaangażowany w leczenie pacjenta będą w nie włączeni (różne grupy, takie jak lekarze, pielęgniarki i duszpasterze, mogą

---

18 Można także spytać, czy ostateczna decyzja nie powinna zostać powierzona niezależnej komisji etycznej, a nie odpowiedzialnemu za pacjenta lekarzowi.

mieć różną wiedzę i informacje na temat wartości, wierzeń i zamiarów pacjenta) oraz że członkowie rodziny będą zaangażowani w istotny sposób, otrzymując wystarczające informacje i że zostaną zaproszeni do procesu podejmowania decyzji; c) mieć wystarczająco dużo czasu: na tyle, na ile to możliwe, należy unikać nadmiernego przyspieszania procesu podejmowania decyzji ze względu na zasoby czy konieczność. Zawsze należy być szczególnie wrażliwym i troskliwym wobec członków rodziny, którzy starają się pogodzić ze zbliżającą się śmiercią poważnie chorej lub rannej kochanej osoby, a także wobec wpływu i perspektywy, jakie niesie ze sobą ta sytuacja zarówno dla ich życia, jak i życia pacjenta. Zanim zakończy się leczenie przedłużające życie, należy poświęcić wystarczająco dużo czasu na namysł, doradztwo i wsparcie – także w kontekście zboru – członków rodziny, wysłuchując ich zmartwień i obaw oraz pomagając im pogodzić się z sytuacją i możliwą utratą kochanych osób. Specjalne wyzwania pojawiają się, gdy pacjentem jest dziecko. W takich sytuacjach szczególnie ważne staje się, by dać członkom rodziny, którymi mogą być rodzice, wystarczająco dużo czasu i przestrzeni na rozmowę, by pogodzili się z traumatyczną sytuacją nie tylko utraty dziecka: muszą też być w stanie dostrzec, jak ta utrata jest powiązana z decyzją o przerwaniu leczenia oraz muszą mieć możliwość zaangażowania się w nią.

#### **5.4. Przerwanie lub niepodjęcie leczenia przedłużającego życie – podsumowanie**

Przerwanie lub niepodjęcie leczenia podtrzymującego życie pod pewnymi warunkami jest nie tylko dozwolone, ale nawet może być wymagane jako element właściwej troski i współczucia dla poważnie, nieodwracalnie i śmiertelnie chorego pacjenta. Jest tak wówczas, gdy kontynuowanie

leczenia nie jest dobre dla pacjenta pod względem leczniczym, paliatywnym ani w zakresie podtrzymywania życia, które ma jakość w chrześcijańskim sensie jako zdolne do przyjmowania, odczuwania i odpowiadania w jakiś sposób na daną miłość. Spójna chrześcijańska tradycja podkreśla obowiązek opieki nad poważnie chorymi i umierającymi, nawet gdy nie ma już nadziei na wyzdrowienie ani poprawę, a tym samym daje silne przesłanki na rzecz utrzymywania środków opieki, które mogą złagodzić ból, dyskomfort i cierpienie w ostatnich godzinach życia. Z drugiej strony medyczne, kliniczne i pielęgnacyjne środki opieki, czy to przedłużające życie, czy nie, są istotnym obowiązkiem moralnym, który w bardzo mocny sposób nas wiąże i którego nie możemy tak łatwo odłożyć na bok z powodu innych obaw. Z jeszcze innej strony nie są to absolutne wymagania, stawiane ponad inne obawy o implikacje, jakie podejmowane decyzje i działania będą miały dla pacjenta i jego sytuacji. Oznacza to konkretnie, że Kościoły ewangeliczne, choć uznają złożoność moralnego dylematu i oceny, oraz poważne obawy moralne z tym związane, nie są, na przykład, gotowe odrzucić jako zawsze i absolutnie złego przerwania odżywiania pacjentów w stanie wegetatywnym.

Moralne obawy i oceny nie dotyczą tylko decyzji, ale także procesu, w wyniku którego decyzje te są podejmowane. Świadome i wyraźne życzenie pacjenta, by zaprzestać dalszego leczenia, powinno być uszanowane, a gdy pacjent niebędący „w pełni władz umysłowych” wcześniej sporządził dyspozycję co do leczenia, ma to znaczną wagę, zwłaszcza jeżeli nie ma powodów, by sądzić, że nie reprezentuje już ona woli pacjenta. W przypadkach gdy nie ma dyspozycji pacjenta, a on sam jest nieodwracalnie ubezwłasnowolniony, procesy komunikacyjne i konsultacyjne w celu podjęcia decyzji stają się szczególnie istotne. Powinny one być inkluzywne, obejmować wystarczająco duże spektrum zawodów, personel medyczny i duszpasterzy. Można oczekiwać, że bliscy człon-

kowie rodziny, krewni i przyjaciele, którzy znają pacjenta, będą mieli na sercu jego dobro. Należy dokładnie skonsultować się z nimi i dać im wystarczająco dużo czasu i przestrzeni do pogodzenia się z decyzją, jak i z perspektywą utraty kochanej osoby. Nie powinni oni jednak być obciążeni ostateczną decyzją.

## 6. Opieka paliatywna, leczenie i sedacja

Argumentem często stosowanym przez zwolenników legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa jest to, że istnieją przypadki, w których pacjenci nie widzą żadnej innej możliwości poradzenia sobie ze swoją sytuacją, jak tylko pozwolenie im na skorzystanie z pomocy w zakończeniu życia. Ci, którzy się z tym nie zgadzają, często odnoszą się do domniemanych korzyści z opieki paliatywnej jako alternatywy. Jednak opieka paliatywna może budzić inne wątpliwości, dlatego należy przyjrzeć się jej bliżej.

Medycynę paliatywną, jak wspomniano powyżej, Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jako podejście mające na celu poprawę życia pacjentów i ich rodzin mierzących się z problemami związanymi z zagrażającą życiu chorobą przez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, w tym leczenie bólu, jak i problemów fizycznych, psychospołecznych i duchowych<sup>19</sup>. Odnosi się ona do znacznie szerszego spektrum niż tylko łagodzenie symptomów typowych dla ostatniego etapu życia. Stara się towarzyszyć pacjentowi w ostatniej fazie jego życia, poszukując sposobów poprawy jego jakości.

---

19 Por. powyżej, rozdział 4.4.

Medycyna i opieka paliatywna znacząco rozwinęły się w ostatnich latach. Coraz większa jest koncentracja na interdyscyplinarności, zaangażowaniu i wkładzie różnych zawodów, a oprócz wymiarów fizycznych, także wymiary psychospołeczny i duchowy zostały włączone do rozumienia poważnych chorób. Wiedza, rozumienie i praktyka poprawiły się w wyniku obszernych programów badań, a sam przedmiot jest stopniowo włączany do programów kształcenia lekarzy. Kościoły powinny opowiadać się za tym, by temu polu przyznawano priorytet w opiece zdrowotnej, jak i w kształceniu i badaniach medycznych.

Choć te z radością przyjmowane kierunki rozwoju zmieniły kontekst pytań związanych z końcem życia ogólnie, a eutanazji i wspomaganego samobójstwa w szczególności, jak omówimy bardziej szczegółowo poniżej, nie jest tak, że wszystkie trudności i dylematy etyczne znikają.

W wyniku poprawy i rozwoju medycyny paliatywnej jedno pytanie stało się jednak w znacznym stopniu przestarzałe. Jest to tradycyjne pytanie, znane z wielu podręczników etyki medycznej, o zintensyfikowanie leczenia łagodzącego ból, które może jako efekt uboczny przyspieszyć śmierć. Choć szeroko akceptowane, pytanie o to, jak rozróżnić pomiędzy tego rodzaju leczeniem a eutanazją, oraz dlaczego to pierwsze mogłoby w tak łatwy sposób zostać zaakceptowane, podczas gdy to drugie nie, wywoływało przez lata wiele dyskusji etycznych.

Jednak dziś to pytanie nie jest już tak zajmujące. Rozwój medycyny paliatywnej i lepsze leczenie bólu jako symptomu zakłada, że prawdopodobieństwo tego, że efektywne zwalczanie bólu przyczyni się do skrócenia życia, jest znikome. Jest wręcz odwrotnie, ma ono efekt wydłużający życie, równocześnie poprawiając jego jakość.

Uwolniony od silnego bólu i cierpienia pacjent może na przykład zrelaksować się i lepiej spać, jest mniej narażony na wyczerpanie psychiczne i fizyczne oraz doświadcza podniesienia jakości życia, co w sumie

raczej wydłużyć niż skrócić życie. Jest to bardzo mocny argument za zwiększeniem, nie za sceptycyzmem wobec skuteczności leczenia zwalczającego ból.

Pomimo znacznych postępów medycyny i opieki paliatywnej istnieją ekstremalne przypadki, w których umierający pacjenci cierpią niewyobrażalny ból, mają duszności, nudności, drgawki i skurcze, które nie reagują na żadne leczenie. Wywołało to pytanie, czy sedacja paliatywna w celu ograniczenia świadomości pacjenta byłaby akceptowalna. Sedację paliatywną można wstępnie zdefiniować jako wprowadzenie i utrzymanie sedacji (medycznej) dla złagodzenia bólu i innych rodzajów cierpienia u pacjenta bliskiego śmierci, z intencją wyłącznie złagodzenia nieustępującego bólu. To, jak głęboka będzie sedacja, jak i czas jej trwania, zależałoby od stanu pacjenta, ale zamiarem byłoby leczenie paliatywne, a nie zakończenie życia.

Zabieg ten mógłby zostać przeprowadzony pod warunkiem, że pacjentowi pozostało według prognoz tylko kilka dni życia, choć takie prognozy są trudne i muszą być dokonywane w oparciu o najlepszą wiedzę i doświadczenie lekarza oraz po konsultacji z kolegium lekarskim. Należy wykonać wszystkie istotne badania diagnostyczne, aby rozróżnić pomiędzy skutkami ubocznymi leczenia a symptomami choroby, oraz wypróbować wszystkie możliwe sposoby leczenia. Należy też skonsultować się ze wszystkimi osobami posiadającymi odpowiednie kompetencje, jak specjaliści w zakresie leczenia paliatywnego. Powinna też zostać przeprowadzona ocena psychiatryczna, aby odpowiednio zająć się symptomami z tego obszaru, o których wiadomo, że występują w ostatniej fazie życia i reagują na inne formy leczenia.

Po uzyskaniu świadomej zgody pacjenta, czy to bezpośrednio, czy przez pośrednika, co oczywiście samo w sobie stanowi w takich sytuacjach wyzwanie, celowa sedacja pacjenta, aby oszczędzić mu

świadomego odczuwania i doświadczania niewyobrażalnie i ogromnie bolesnych symptomów, nie może być uznana za niemożliwą do zaakceptowania.

Warto zauważyć, że raporty wskazują po pierwsze, że istnieje niewiele dowodów na to, że praktyka ta skraca życie. Jako skuteczne leczenie paliatywne wydaje się raczej je przedłużać. Po drugie zabieg wydaje się rzadki i wykonywany tylko w wyjątkowych przypadkach, zwłaszcza że opieka paliatywna staje się coraz bardziej kompetentna, a zwalczanie bólu i łagodzenie symptomów poprawia się.



## 7. Eutanazja

### 7.1. Określenie pytania

Powyższa dyskusja sugeruje, że dbanie o umierających wymaga czasem przerwania lub niepodjęcia leczenia podtrzymującego życie. Oczywiście jednak pilne i nierozwiązane pytanie brzmi, czy eutanazja i wspomagane samobójstwo mogą także być częścią tego repertuaru środków dbania o poważnie chorego i umierającego pacjenta. Najpierw poruszony zostanie problem eutanazji. Związaną z nim, ale inną kwestią wspomaganego samobójstwa zajmiemy się w kolejnym rozdziale.

Choć definicji eutanazji nie można oddzielić od teoretycznej i normatywnej dyskusji na ten temat, poniższy opis pokrywa większość typowych i paradygmatycznych przypadków, dlatego jest przydatny dla dalszej dyskusji: „lekarz na dobrowolną i kompetentną prośbę pacjenta podaje mu lek z intencją zabicia”<sup>20</sup>.

---

20 Definicja opracowana przez Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (zob.: L. J. Materstvedt i in., *Euthanasia and physician-assisted suicide. A view from the EAPC Ethics Task Force*, „Palliative medicine” 17: 2003, s. 97–101; tekst dostępny na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=eoUoZKuuBeY%3d&tabid=684> [dostęp: 23.03.2018]; tłumaczenie polskie za: A. Alichniewicz, *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, w: *Bioetyka*, red. W. Chańska, J. Różyńska, Warszawa 2013, s. 285).

Podczas omawiania eutanazji należy rozróżnić dwa wymiary tego problemu. Jeden odnosi się do niej jako do problemu etycznego i zajmuje się takimi pytaniami, jak interpretacja zjawiska w bardziej obszernych ramach (na przykład takich jak przedstawiono powyżej) i normatywne uzasadnienie tej praktyki, badając, czy można dać normatywnie przekonujące powody dla poparcia lub odrzucenia eutanazji. Drugi wymiar zajmuje się nią jako kwestią prawną, pytając, jak należy zająć się eutanazją w prawodawstwie i porządku publicznym. Ważne jest, by zauważyć, jak te dwa wymiary, choć oczywiście nie oddzielne, nie są identyczne. Legislacja nie określa, które twierdzenia etyczne są normatywnie ważne i uzasadnione ani też to, co etycznie normatywne, nie może być bezpośrednio przełożone na legislację i regulacje polityczne.

## 7.2. Dyskusja etyczna

Z pozoru wydaje się, że istnieją silne przesłanki ku temu, by nie akceptować eutanazji z chrześcijańskiego, ewangelickiego punktu widzenia: jawi się ona jako bezpośrednie zakończenie życia innej osoby, do tego takie, które nie należy do żadnego z wyjątków od zakazu zabijania, które etyka chrześcijańska zazwyczaj akceptowała (samoobrona lub obrona osób trzecich). Wydaje się też, że podważa ona fundamentalny status życia ludzkiego jako nienaruszalnego, odrzucając obowiązek nieszkodzenia i nieniszczenia go. To, że eutanazja wydaje się stać w sprzeczności z tymi fundamentalnymi normami moralnymi, zdaje się dostarczać silnych przesłanek przeciwko zaakceptowaniu jej. Czy mimo to można by znaleźć etyczne powody, które ją uzasadniają?

Osoby opowiadające się za eutanazją zazwyczaj przedstawiają kombinację dwóch rodzajów powodów: po pierwsze autonomię, a po drugie korzyść (lub dobro pacjenta). Obydwa są głęboko zakorzenionymi i szeroko

akceptowanymi troskami moralnymi i w rozsądny sposób są przyjmowane jako ważne ideały etyczne. Czy rzeczywiście dostarczają one dobrze uzasadnionego i przekonującego argumentu, który przewyższa wspomniane założenia przeciwko eutanazji?

### **Autonomia a eutanazja**

Pojęcie autonomii odgrywa znaczącą rolę i często wysuwane jest na pierwszy plan w etyce medycznej. Jest to jednakże skomplikowana koncepcja o wielu różnych znaczeniach, które nie zawsze łatwo od siebie odróżnić. W ramach świeckiej, filozoficznej etyki medycznej dominują dwa dość odmiennie znaczenia autonomii. Obydwa są istotne dla dyskusji o eutanazji, ale często prowadzą do różnych wniosków. Koncepcja Kantowska rozumie autonomię jako samostanowienie i jako zdolność do postępowania zgodnie z racjonalnym prawem uniwersalnych pryncypiów, a nie według przypadkowych impulsów czy zewnętrznego nacisku. Co więcej, jest to zdolność do takiego postępowania autonomicznego, które określa własny cel i dlatego poleca, by człowiek zawsze był traktowany jako cel sam w sobie, a nigdy jako środek do celu. Inne ujęcie autonomii rozumie ją jako zdolność do postępowania zgodnie z własnymi, wewnętrznymi priorytetami, interesami i planami. Tak rozumiana autonomia pozwala człowiekowi wyrazić swój wewnętrzny potencjał i postępować odpowiednio do indywidualnych pragnień i wartości. Autonomia, jak przedstawia się w świeckiej etyce medycznej, z pewnością nie jest bez znaczenia dla etyki ewangelickiej, ale jest jeszcze jedno, ważniejsze pojęcie – mianowicie wolność. To pojęcie odnosi się do człowieka jako zasadniczo określonego przez relację z Bogiem, a nie przez światowe, zewnętrzne władze. Ponieważ usprawiedliwienie z wiary wyzwala człowieka od pragnienia, by zrealizować ostateczne znaczenie swojego życia przez moralne starania

i działania, jest on także wolny do tego, by służyć bliźniemu w odpowiedzialnej miłości i trosce. Ewangelickie pojęcie wolności bazuje dlatego w pierwszej kolejności na poprzedzającym je i elementarnym wymiarze daru, otrzymywania i zaufania. Po drugie wolność, choć dana przez Boga, nigdy nie może być urzeczywistniona ani zmanifestowana w moralnych osiągnięciach, ani też oddzielona od odpowiedzialności.

Powinno się najpierw mieć świadomość, że akceptacja zabijania na żądanie nie jest jednoznacznym wnioskiem nawet ze świeckich czy filozoficznych koncepcji autonomii. Wielu komentatorów zaprzeczyłoby, że Kantowska wersja autonomii jako samostanowienia i zdolności do postępowania zgodnie z racjonalnym, uniwersalnym prawem usprawiedliwia uśmiercanie na życzenie. Praktyka ta byłaby z ich perspektywy w sprzeczności z podstawowym obowiązkiem moralnym, by nigdy nie traktować człowieka, czy to siebie czy kogoś innego, jako tylko środka, ale zawsze tylko jako cel sam w sobie. Podważyłaby bowiem podstawowy warunek autonomii, mianowicie istnienie osoby ludzkiej. Inni jednakże mogą chcieć wyjść od zestawu podstawowych praw, które powinny być bezwzględnie respektowane przez innych, oraz zawrzeć w tym zestawie także prawo do tego, by po wyrażeniu na to zgody inna osoba mogła otrzymać pomoc w umieraniu. Nadal jednak pozostawia to otwartym paradoksalne pytanie, jak może istnieć niepowodujące sprzeczności prawo do wyeliminowania siebie jako posiadacza praw.

Idea autonomii jako samostanowienia i możliwości dążenia do realizacji swoich aspiracji, zainteresowań i preferencji jest bardziej jednorodnie używana dla poparcia usprawiedliwienia eutanazji jako moralnie akceptowalnej praktyki. Przyjmując takie rozumienie autonomii, czy jest to jednak sam w sobie przekonujący argument? Budzi on przynajmniej kilka wątpliwości. Po pierwsze ponownie pojawia się pytanie o zasięg autonomii. Czy sięga ona na tyle daleko, by zdecydować o własnym unicestwieniu?

Zgodnie z niektórymi interpretacjami autonomii nie można używać jej do podjęcia decyzji, które w przyszłości ograniczą lub zniszczą autonomię w znaczeniu zdolności danej osoby do decydowania o sobie. Co więcej, niektórzy wątpią w możliwość uzyskania z jakąkolwiek pewnością zgody i wyraźnego życzenia poważnie i być może śmiertelnie chorego pacjenta. Badania pokazały, że wola życia poważnie chorych i umierających pacjentów ulega znacznym wahaniom<sup>21</sup>; ponadto w fazie tej mogą wystąpić pewne warunki (zmęczenie, niepokój, depresja) ograniczające autonomię w znaczeniu zdolności do podejmowania świadomej i przemyślanej, celowej decyzji, niezależnej od wpływów zewnętrznych<sup>22</sup>. Niektórzy mogą wyrazić sprzeciw wobec tego, twierdząc, że niespójne jest akceptowanie, że autonomii pacjenta przypisuje się tak dużą wagę przy decyzjach dotyczących wstrzymania się od leczenia<sup>23</sup>, ale patrzy się na nią podejrzliwie, gdy mowa jest o eutanazji. Jedną z możliwych odpowiedzi jest to, że autonomiczna decyzja, by *oprzec się* interwencji i naruszeniu, na przykład w formie niechcianego zabiegu medycznego, ma większą wagę niż autonomiczny postulat, by przyjąć pewne formy usług, wsparcia, pomocy itp., jako wspomaganie przy umieraniu. Badania wykazały także, jak prośby o eutanazję w znaczeniu celowego skrócenia życia w znacznym stopniu są reakcją na opiekę i leczenie paliatywne w tym sensie, że liczba bezpośrednich próśb o eutanazję spada znacznie, podczas gdy prośby o nieprzyjmowanie leczenia podtrzymującego życie utrzymują się na tym samym poziomie<sup>24</sup>. Należy jednak zauważyć, że niektóre prośby

---

21 H.M. Chochinov i in., *Will to live in the terminally ill*, „Lancet” nr 354 (9181) z 4.09.1999, s. 816–819.

22 S. Johansen i in., *Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit*, „Palliative Medicine” t.: 19: 2005, z. 6, s. 454–460.

23 Por. powyżej, rozdział 5.

24 C. Neudert i in., *Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis*, „Journal of the neurological sciences” t. 191: 2001, nr 1–2, s. 103–109.

trwają nadal, nawet po otrzymaniu tego, co jest uważane za adekwatną opiekę paliatywną. Wskazuje to, że choć lepsza, skuteczna i adekwatna medycyna paliatywna może w znacznym stopniu mieć wpływ na prośby o eutanazję, nie wyeliminuje ich w całości.

Oprócz tej wewnętrznej krytyki podejście protestanckie może w pierwszej kolejności poddać w wątpliwość powyższe filozoficzne koncepcje autonomii w oparciu o zupełnie inną koncepcję wolności, która poprzedza etyczną koncepcję autonomii. Jak omówiono powyżej, tradycja protestancka rozumie wolność jako ugruntowaną w ludzkiej relacji z Bogiem w stworzeniu i usprawiedliwieniu, przy czym człowiek otrzymuje życie z Bożej ręki. Dlatego wolność jest nieodłącznie kojarzona z (choć nie są to jej warunki) odpowiedzialnością i powołaniem do odpowiedzi Bogu za życie otrzymane z Jego ręki. Ta koncepcja wolności nie jest oczywiście równoznaczna z samostanowieniem czy decydowaniem o swoim życiu, które jest własnością człowieka, ale łączy się z odpowiadaniem Bogu na życie, które otrzymaliśmy. Stawia ona pod znakiem zapytania użycie autonomii do uzasadnienia eutanazji, twierdząc, że wolność nie oznacza absolutnego decydowania o sobie czy posiadania siebie, ale jest nierozdzielnie złączona z odpowiedzialnością za swoje życie przed sobą, innymi, stworzonym światem, a ostatecznie przed Bogiem.

### **Korzyść (dobro) pacjenta a eutanazja**

Ci, którzy przyjmują, że mogą istnieć sytuacje, gdy eutanazja może być dozwolona, twierdzą często, że w sytuacjach gdy pacjent bardzo cierpi i nie ma nadziei na poprawę lub złagodzenie bólu, w jego najlepiej pojętym interesie może być zakończenie życia. Pod warunkiem, że takie jest wyraźne życzenie pacjenta, nie należy odmawiać eutanazji.

O tym, czy pacjent może skorzystać z eutanazji, nie można decydować

bez rozważenia dostępnych alternatyw. Badania powodów podawanych przez pacjentów proszących o eutanazję wskazują, że ból fizyczny rzadko jest jednym z nich. Najczęściej ból fizyczny łączy się z przyczynami związanymi z cierpieniem psychicznym, takim jak utrata sensu i znaczenia, poczucie bycia ciężarem lub doświadczenie pozbawionego godności stanu.

Odpowiada to badaniom sugerującym, że pacjenci wolą tak zwane indywidualne skale jakości życia, to znaczy skale jakości życia określone przez ich indywidualne preferencje, aspiracje i wartości<sup>25</sup>. Doświadczenie poważnie ograniczonej jakości życia u pacjentów, potencjalnie prowadzące do próśb o eutanazję, mogą wynikać z kombinacji czynników obejmujących nie tylko fizyczne wymiary choroby i łączące się z nimi symptomy bólu, ale także inne wymiary, takie jak społeczny i egzystencjalny. Medycyna i opieka paliatywna będąca w stanie lepiej zająć się szerokim spektrum wymiarów indywidualnie postrzeganej przez pacjentów jakości życia będzie więc także lepiej wyposażona do tego, by reagować na prośby o eutanazję i zmniejszać ich liczbę.

Stosownych reakcji na pytanie o eutanazję należy więc poszukiwać wzdłuż linii odpowiadających zależności od kontekstu i samoobjaśniającego się charakteru powodów takich próśb. Samoobjaśnienie – to, jak postrzega i rozumie się życie jako mające szczególne znaczenie (lub niemające szczególnego znaczenia) i jako sformułowane wokół pewnych narracji – jest więc zapośredniczone przez środki dostępne w otaczającej kulturze i społeczeństwie: na przykład obrazy, symbole, metafory i systemy wartości, przez które kształtujemy nasze wizje życia ludzkiego i rozumiemy interakcje społeczne. Postrzegając swoje życie jako pozbawione godności i bezwartościowe w stanie poważnej i śmiertelnej choroby, bycia całkowicie zależnym od pomocy i opieki innych, niezdolnym do

---

25 C. Neudert i in., *Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis*, „Journal of the neurological sciences” t. 191: 2001, nr 1-2, s. 103-109.

okazywania i kontrolowania podstawowych cech i funkcji ludzkich, jest interpretacją także zapośredniczoną przez środki udostępnione przez otoczenie pacjenta. Odpowiedź na prośbę o eutanazję w tej sytuacji, która po prostu bierze pod uwagę samoobjaśnienie pacjenta jako doświadczającego pozbawionego godności końca życia, nie sięga wystarczająco daleko. Konieczne jest zbadanie możliwości znalezienia i stworzenia środków pozwalających na odmienny pogląd na siebie na ostatecznym etapie życia. Wspomniane już znacznie większe możliwości medycyny i opieki paliatywnej prowadzą nas daleko na tej drodze, dlatego też bardzo istotne jest, by Kościoły opowiadały się za dalszym zwiększaniem wysiłków w tym obszarze. Równocześnie należy powiedzieć, że opieka paliatywna nie rozwiąże wszystkich dylematów i problemów na tym polu. Mogą istnieć pacjenci cierpiący na niemożliwy do powstrzymania ból, a w szczególności możliwe jest, że napotkamy pacjentów, którzy cały czas będą postrzegać swoje życie i stan śmiertelnej choroby jako nie do zniesienia, nie mogąc znaleźć w nim ulgi ani wartości. Różni pacjenci mogą oceniać sytuacje – z medycznego i fizjologicznego punktu widzenia uważane za względnie podobne – bardzo różnie w kategoriach indywidualnej jakości życia.

W tym kontekście należy wspomnieć o konkretnych obawach. Oświadczenia na temat decyzji o końcu życia wydane przez Kościoły ewangeliczne od czasu do czasu stwierdzają, że choroba, ból i cierpienie są nieuniknioną częścią życia ludzkiego, takiego, jakim je znamy. Choć prawidłowe, twierdzenie to jest czasami używane jako argument na różne sposoby, dające podstawy do obaw. Rzadko badają one potencjalne znaczenie rozróżnienia pomiędzy cierpieniem, którego można uniknąć, lub przynajmniej ograniczyć, a cierpieniem odpornym na ludzkie działania i łagodzenie. To, że samo zjawisko cierpienia, w tym choroby i fizycznego bólu, zawsze będzie obecne na tym świecie, nie zmniejsza zobowiązania do zrobienia wszystkiego, co możliwe, by złagodzić i uleczyć fizyczny ból, w przypadku



którego faktycznie można coś zrobić. Choć niektóre ciężko chore osoby, które doświadczają poważnego bólu i cierpienia, mogą być w stanie odkryć znaczenie nawet w tych warunkach, nie ma podstaw dla gloryfikowania czy nawet afirmowania choroby i bólu jako integralnych dla ludzkiego życia. Dla wielu pacjentów i ich krewnych poważna choroba i zbliżająca się śmierć wydają się dogłębnie bolesne i pozbawione sensu. Kościoły nie powinny lekceważyć tych doświadczeń czy uciekać przed wyzwaniem, jakie one stanowią przez zbyt szybkie stwierdzenie, że choroba, cierpienie i ból są nieodłączną częścią życia i mogą mieć sens.

Chrześcijański, ewangelicki pogląd na życie ludzkie podkreśla, że zależność od opieki innych – personelu medycznego, rodziny czy przyjaciół – nie jest nieautentyczną czy pozbawioną godności formą życia ludzkiego. Zależność lepiej opisywać jako nieodzowną cechę życia ludzkiego, blisko związaną z faktem, że ludzie nie nabywają życia samodzielnie, ale otrzymują je ze źródeł zewnętrznych względem siebie. Dlatego doświadczenie zależności jest nie tylko kompatybilne z manifestacją godności w życiu ludzkim, ale może ono też przypomnieć nam o jednym z fundamentalnych warunków życia ludzkiego, pod jakimi wszyscy żyjemy, którym jest zasadnicza i nieunikniona racjonalność. Istotnym zadaniem Kościołów jest sprawić, by te zasoby interpretacji były dostępne poważnie chorym i umierającym, dopuszczając i wspierając samorozumienie życia jako manifestacji godności ludzkiej. Leży to u podstaw znaczenia rozwijania i przyznawania priorytetu politycznego opiece paliatywnej we wszystkich jej formach, czy to w hospicjach, jednostkach opieki paliatywnej, zespołach domów opieki, czy opiece dziennej.

Starając się zmniejszyć nie tylko fizyczny ból, ale też cierpienie psychologiczne, wyzwania społeczne i dla relacji, jak również problemy duchowe związane z brakiem znaczenia i nadziei, dobra opieka paliatywna przyczynia się znacznie do możliwości doświadczenia przez pacjenta

końca życia jako manifestacji godności, nie braku wartości. W tym miejscu Kościoły w Europie pragną przypomnieć „Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej”, Rekomendację Rady Europy dla państw członkowskich w sprawie organizacji opieki paliatywnej (Rada Europy 2003)<sup>26</sup>. Badania przeprowadzone w związku z tym raportem dokumentują szerokie zainteresowanie i wysiłki podejmowane w Europie na rzecz zakładania usług opieki paliatywnej, ale też że „są znaczne różnice w zakresie, w jakim opieka paliatywna jest dostępna dla osób jej potrzebujących”<sup>27</sup>. Pośród rekomendacji wartych powtórzenia jest ta, która wzywa rządy państw członkowskich, by „Podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji prawnych w zakresie opieki paliatywnej”<sup>28</sup>.

### **Eutanazja i niepodjęcie leczenia – istotna różnica**

Argumentem używanym często przez osoby, które uważają, że eutanazja może być moralnie akceptowalna, jest to, że z punktu widzenia moralności nie ma istotnej różnicy pomiędzy przerwaniem leczenia a eutanazją oraz że w związku z tym niekonsekwencją jest akceptowanie tego pierwszego, a odrzucanie drugiego. Argument ten wydaje się opierać na założeniu, że skoro wynik – śmierć pacjenta – jest taki sam w obydwu sytuacjach, są one podobne pod względem swoich moralnie istotnych cech.

Jednakże rezultaty nie są jedynymi istotnymi z punktu widzenia moral-

---

26 Rada Europy, Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=Wvv2EtGXRzY%3D&tabid=1709> (dostęp: 23.03.2018).

27 Tamże, s. 12, pkt. 14.

28 Tamże, s. 4.

ności cechami takich sytuacji. Innym aspektem, często przywoływanym w celu uzasadnienia różnicy pomiędzy eutanazją a przerwaniem lub niepodjęciem leczenia, jest *intencja*. Podczas gdy intencją niepodjęcia leczenia jest uniknięcie przedłużonego procesu umierania, powodującego olbrzymi ból pacjenta bez jakichkolwiek pozytywnych efektów lub poprawy jego sytuacji, intencją eutanazji jest zakończenie życia pacjenta. Ale wykorzystanie intencji dla uzasadnienia tego rozróżnienia co do jakości moralnej napotyka na pewne problemy. Po pierwsze poniekąd problematyczne jest zastosowanie praktyczne. Nasze intencje są płynne i elastyczne, nie stałe i stabilne, są w znacznym stopniu otwarte na konstruowanie zgodnie z naszymi pragnieniami i potrzebami oraz do pewnego stopnia także niejasne dla nas samych. To, czy moją intencją w danym momencie naprawdę jest niepodjęcie leczenia uważanego za bezowocne przedłużanie umierania pacjenta, czy jest nią zakończenie jego cierpienia, niekoniecznie można dokładnie określić. Co więcej, na tyle, na ile można, intencja rzadko jest uważana za decydujące kryterium dla stwierdzenia, czy dana czynność jest akceptowalna. Działanie, któremu w innych okolicznościach należałoby się sprzeciwić, rzadko jest uważane za usprawiedliwione i akceptowalne tylko na podstawie argumentu, że intencje były dobre.

Kolejnym i bardziej przekonującym argumentem oraz konsekwentnym sposobem uzasadnienia różnicy między zabijaniem na życzenie a rezygnacją z leczenia jest rozróżnienie pomiędzy „działaniem” a „przerwaniem”. Z punktu widzenia moralności istotne jest rozróżnienie, czy dana sytuacja – na przykład śmierć osoby – powstała w wyniku czyjogoś zaniedbania, czy popełnienia danego czynu. Istnieje, zgodnie z tą argumentacją, istotna różnica między zrobieniem czegoś a tylko pozwoleniem, by coś się stało. Tu rozróżnienie nie jest związane z różnicą w subiektywnym stanie umysłu postępującego w dany sposób, ale jest oparte na jego obiektywnym zaangażowaniu przez działanie i interwencję. „Robienie” i „dopuszczenie”

nie jest tym samym, jeżeli chodzi o ocenę moralną, nawet jeśli rezultat jest taki sam w obydwu sytuacjach. Chodzi o to, że jesteśmy odpowiedzialni nie tylko za rezultaty, jakie powstały, ale także za zaangażowanie w to, jak do nich doszło przez nasze czynności lub postępowanie. Dla oceny moralnej nie jest obojętne, czy coś dzieje się w wyniku tego, że nie interweniowałem, czy dlatego, że coś zrobiłem. Oczywiście mogą mieć miejsce sytuacje, które można zinterpretować w taki sposób, że sam brak interwencji nie sprawia, że osoba ponosi mniejszą winę, niż gdyby zadziałała bezpośrednio. Bierny obserwator nie ucieknie przed winą za to, że pozwolił, by dziecko umarło, gdy nie interweniuje, kiedy niemowlę osuwa się do wanny z wodą. Ale takie przykłady nie przypominają rozróżnienia pomiędzy niepodjęciem leczenia przedłużającego życie a eutanazją. Co więcej, nie wymazują faktu, że nasze działania, praktyki i postępowanie, a nie tylko ich rezultaty, mają znaczenie z punktu widzenia moralności. Niektóre Kościoły ewangeliczne używały tego rozróżnienia pomiędzy „oczekiwaniem” na śmierć a „przyspieszaniem” jej jako narzędzia dla objaśnienia różnicy, którą dostrzegają pomiędzy niepodjęciem dalszego, bezowocnego leczenia a eutanazją. To rozróżnienie ujmuje istotny wymiar odpowiadający idei moralnej subiektywności i sprawczości.

### **Eutanazja – skutki społeczne**

Oprócz tych obiekcji wobec argumentów mówiących o autonomii i korzyści/dobru pacjenta na poparcie eutanazji, nierzadkie jest odnoszenie się do obaw o potencjalnie szkodliwe skutki społeczne jej legalizacji. Niektórzy obawiają się równi pochyłej, kiedy eutanazja stanie się szeroko przyjętym rozwiązaniem w sytuacjach, gdy koniec życia następuje w wyniku poważnej choroby. Niezależnie od tego, czy zaakceptuje się „równię pochyłą” jako właściwą formę argumentacji etycznej, dokumentacja narodowego

prawodawstwa z najdłuższym doświadczeniem w dopuszczaniu eutanazji – Holandii – wskazuje stały wzrost od 2006 roku. W 2006 roku odnotowano 1900 takich przypadków, w 2010 ok. 3100. Przed 2006 rokiem jednakże miał miejsce spadek na kilka lat, więc ten obraz nie przedstawia stałego i ciągłego wzrostu. Należy też pamiętać, że nadal jest to rzadka przyczyna śmierci, występująca prawie wyłącznie w terminalnej fazie nowotworu, u pacjentów, którym nie daje się więcej niż kilka tygodni życia. Wydaje się, że lekarze odbierają eutanazję jako nadzwyczajny i obciążający aspekt ich praktyki, a nie jako coś, co traktują lekko lub do czego się przyzwyczaili. Skutki społeczne można by zmierzyć przy pomocy różnych wskaźników. Jednym z nich mogłoby być oczywiście występowanie eutanazji w liczbie przypadków na rok. W takim wypadku wydaje się, że powodem do obaw, jaki pojawia się przy spojrzeniu na Holandię, jest trudność ograniczenia tej liczby. Z drugiej strony można by zmierzyć skutki społeczne w kategoriach zdolności do zapewnienia zgodności z regulacjami prawnymi i ogólnie rzetelności praktyk. W takim przypadku sytuacja holenderska nie jest prawdopodobnie aż tak zła. Wydaje się, że zazwyczaj spełniane są warunki wymagane, by przypadki eutanazji nie były ścigane, oraz że komisje powołane do badania zgodności z nimi w konkretnych przypadkach są faktycznie w stanie zapobiegać nadużyciom i eskalacji eutanazji z innych powodów i na inne sposoby niż określone prawnie.

### **Eutanazja – legalizacja**

Poprzednia część objaśniła, że Kościoły ewangelickie uważają eutanazję za głęboko problematyczną pod względem etycznym z różnych powodów. Klóci się ona z niektórymi z najgłębiej zakorzenionych przekonań moralnych, nie tylko właściwych dla tradycji chrześcijańskiej, ale dla szerszej spuścizny etycznej, mianowicie z ideałem nieodbierania niewinnego ży-

cia i obowiązkiem jego ochrony, zwłaszcza gdy jest wrażliwe i delikatne. Zazwyczaj podnoszone argumenty, by odrzucić to podstawowe przekonanie moralne, mianowicie autonomia i korzyści/dobro pacjenta, nie mają wystarczającej wagi jako etyczne usprawiedliwienie eutanazji. Jednakże samo w sobie i z siebie nie rozwiązuje to pytania o legislację i o to, czy eutanazja mogłaby zostać zalegalizowana mimo tego, że nie można obronić jej na gruncie etyki chrześcijańskiej. Istnieją oczywiście praktyki i ideały potępiane przez etykę chrześcijańską, a jednak dozwolone prawnie.

Kwestia legalizacji eutanazji jest związana ze złożoną kwestią relacji pomiędzy etyką a prawem. W odróżnieniu od kwestii możliwości zaakceptowania jej etycznie, chodzi o to, czy eutanazja może być traktowana jako sytuacja, w której porządek społeczny i polityczny oraz regulacje prawne mają uzasadnione kompetencje do podejmowania decyzji, czy też prawo do decydowania przysługuje tu indywidualnemu sumieniu. W odniesieniu do kwestii eutanazji i jej możliwej legalizacji należy wziąć pod uwagę następujące kwestie. Przede wszystkim legalizacja eutanazji oznacza jej normalizację jako środka zakończenia życia poważnie lub nieuleczalnie chorej osoby z przyzwoleniem państwa i społeczeństwa. Niezależnie od twierdzeń zwolenników legalizacji, że będą istniały surowe wymogi i warunki prawne oraz że będzie ona zarezerwowana tylko dla wyjątkowych i rzadkich przypadków, cały czas zakłada to wprowadzenie eutanazji jako elementu standardowej praktyki legislacyjnej i sądowniczej. Jest to rozwiązanie wyraźnie różne od stosowanego w pewnych sytuacjach przez niektóre kraje i bardziej dalekosiężne. W rzadkich przypadkach, gdy lekarze (lub ktoś inny) otwarcie przyznali się do wykonania eutanazji lub wiadomo, że to zrobili, odstąpiono od ścigania z uzasadnieniem, że choć według prawa popełnione zostało przestępstwo, było jasne, że zostało to dokonane na prośbę śmiertelnie chorego pacjenta w celu uwolnienia go od uporczywego bólu i dyskomfortu w ostatnich godzinach życia, oraz

osiągając ten cel. Ta możliwość, by nie ścigać prawnie w niektórych ekstremalnych i bardzo rzadkich przypadkach, mogłaby być postrzegana jako wynik podwójnych obaw: 1) że mogą zaistnieć sytuacje, gdy ściganie będzie nieadekwatną reakcją i 2) żeby fundamentalna zasada mówiąca, iż sankcjonowane państwowo zakończenie życia poważnie chorego pacjenta nie powinno być normalizowane i włączone do prawodawstwa, została utrzymana. Taka możliwość może być traktowana jako sposób uznania, że istnieją tragedie moralne, to jest sytuacje, w których złamanie jednej, dwóch lub większej liczby głęboko zakorzenionych i podstawowych przekonań moralnych jest nieuniknione, oraz gdy niezależnie od tego, co się zrobi, podstawowe dobro moralne zawsze będzie zakłócone. Uznanie możliwości tragedii moralnej całkowicie różni się od powiedzenia, że tym samym jedno z jej rozwiązań jest etycznie zupełnie akceptowalne. Tragedia polega dokładnie na tym, że nie ma możliwości uniknięcia odpowiedzialności moralnej.

### **7.3. Eutanazja – wnioski**

Kościół ewangelicki wyrażają głęboką troskę o pacjentów i ich krewnych przechodzących przez wyczerpujący proces poważnej i śmiertelnej choroby oraz oczekujących na śmierć. Mają też świadomość, że nie tylko nasze społeczeństwa mogą nie być odpowiednio wyposażone, by wspomagać ich w takich sytuacjach, ale jako wspólnoty wiary mogą też nie oferować towarzyszenia, wsparcia, pocieszenia i nadziei, co jest powołaniem wiary chrześcijańskiej. Skonfrontowani z tą rzeczywistością mamy powód, by mieć świadomość tych braków w relacji z pacjentami i ich rodzinami, zanim przedwcześnie wyda się osąd moralny. Podstawowym powołaniem dla społeczeństw, wspólnot i Kościołów jest zadbanie, by odpowiednia opieka, komfort i łagodzenie bólu i cierpienia były dostępne i zapewnione

oraz by promować wspólnoty i wartości pozwalające poważnie chorym i całkowicie zależnym osobom postrzegać swoje życie jako posiadające nienaruszalną i nieograniczoną godność.

Kościół ewangelicki uważają z różnych powodów za głęboko problematyczne etycznie reagowanie na tę sytuację poprzez eutanazję. Taka reakcja kłóci się z większością głęboko zakorzenionych przekonań moralnych, właściwych nie tylko dla tradycji chrześcijańskiej, ale stanowiących szerszą wspólną spuściznę moralną, a mianowicie z ideą nieodbierania niewinnego życia i obowiązkiem jego ochrony, zwłaszcza gdy jest narażone na krzywdę i kruche. Argumenty przytaczane najczęściej jako kontra dla tego przekonania moralnego, mianowicie autonomia i korzyści/dobra pacjenta, nie mają wystarczającej wagi jako etyczne uzasadnienie dla eutanazji. Trudno jest pogodzić to z jednym z najistotniejszych i najtrwalszych przekonań i zobowiązań tradycji chrześcijańskiej, mianowicie że fundamentalna i niezbywalna godność życia ludzkiego nie polega na jego zdolności do decydowania i dysponowania o sobie samym, ale na stwórczej i usprawiedliwiającej miłości, którą człowiek otrzymuje od Boga w Chrystusie.

Nie można postrzegać tego wyłącznie jako kwestię indywidualnego sumienia, którą państwo powinno zalegalizować. Legalizacja zakładałaby swego rodzaju normalizację i akceptację eutanazji, zmieniając ją w zwykły i ustalony element praktyki medycznej i klinicznej. Można by pozostawić lukę w przepisach odpowiadającą na fakt, że mogą mieć miejsce tragedie moralne, sytuacje, w których nie ma sposobu na uniknięcie wyraźnego zakłócenia zasadniczego i istotnego dobra moralnego. Takie rozwiązanie zastosowano w niektórych krajach – nie ścigając za eutanazję w niektórych rzadkich i ekstremalnych wypadkach, ale nie legalizując jej.



## 8. Wspomagane samobójstwo

### 8.1. Określenie pytania

Wraz z ograniczeniami terapii, sedacją paliatywną i zabijaniem na żądanie (eutanazją) wspomagane samobójstwo należy do kategorii decyzji związanych z końcem życia. Inaczej niż w przypadku eutanazji, w tym wypadku śmierć nie jest powodowana bezpośrednio przez osobę trzecią, ale przez osobę, która chce umrzeć. Konieczne do tego środki są jednak dostarczane przez osobę trzecią. Typowym przypadkiem jest lekarz dający pacjentowi śmiertelny lek, aby pacjent sam go zażył.

Jak ukazano powyżej, regulacje prawne dotyczące wspomagane samobójstwa są bardzo różne w poszczególnych krajach europejskich.

Niektóre zakazują zarówno eutanazji, jak i wspomagane samobójstwa, podczas gdy inne, jak znane z tego Niemcy i Szwajcaria, uważają eutanazję za przestępstwo, ale wspomagane samobójstwa nie, pod pewnymi warunkami<sup>29</sup>.

Powyżej obszernie stwierdzono, że nie znajdujemy żadnych przekonujących podstaw ani rozważań, na podstawie których można by odsunąć na bok poważne przekonania moralne przeciwko zakończeniu czyjogo życia

---

29 Por. wyżej rozdział 2.3.

poprzez eutanazję. Pytanie brzmi zatem, czy wspomagane samobójstwo jest podobne do eutanazji i powinno zostać odrzucone z tych samych przyczyn. Jeżeli nie jest ono równoważne z eutanazją, czy oznacza to, że można je w niektórych sytuacjach zaakceptować? Jak również jeśli nie jest tym samym co eutanazja, co to oznacza dla jego oceny? W tym miejscu pojawiają się pytania o moralne i/lub legalne prawo do samobójstwa, a być może także pytanie o prawo do pomocy w popełnieniu samobójstwa osobom, które nie są w stanie dokonać tego samodzielnie.

## **8.2. Wspomagane samobójstwo a eutanazja**

Ci, którzy uważają, że wspomagane samobójstwo może być usprawiedliwione, zazwyczaj stawiają warunki podobne do stosowanych w odniesieniu do eutanazji oraz wymagają, by było ono zarezerwowane tylko dla pewnych sytuacji i tylko pod pewnymi warunkami. Główne z nich wymagają, by osoba, której to dotyczy, była poważnie chora, bez nadziei na poprawę czy skuteczne leczenie. Czynność wspomaganego samobójstwa, tak jak eutanazja, rozważana jest wówczas, gdy główną troską jest ochrona poważnie chorego pacjenta przed dalszym bólem, agonią i cierpieniem. Jest to próba pełnej współczucia reakcji na cierpienie, niepokój oraz psychiczne i mentalne dolegliwości pacjenta. (Dlatego też nie przyglądamy się wspomaganemu samobójstwu w innych sytuacjach, jak tylko poważna i śmiertelna choroba, takich jak rozpacz egzystencjalna i poczucie braku nadziei lub choroba psychiczna, np. poważna depresja). Tak jak w przypadku eutanazji, niezależnie od tego, czy uważa się, że jest to niewłaściwa reakcja, należy pamiętać o tym, jak te działania łączą się z troską, współczuciem i empatią wobec poważnie chorej i cierpiącej osoby. W konsekwencji eutanazja i wspomagane samobójstwo są na równi śmiercią przyspieszoną przez najtragiczniejsze okoliczności i nierozzerwalnie z nimi związaną. Ten

nieunikniony kontekst tragedii ludzkiego cierpienia i niepokoju w jasny sposób zmusza nas do powstrzymania się od pospiesznego potępienia, a w szczególności wzywa do większej wstrzeźliwości w osądzaniu tych, którzy nie widzą innego wyjścia ze swej agonii i dolegliwości niż poszukiwanie śmierci. Odrzucenie wspomaganego samobójstwa może równie dobrze zakładać i nieść ze sobą obciążenie moralne.

Kolejną cechą charakteryzującą zarówno eutanazję, jak i wspomagane samobójstwo jest to, że prośba o pomoc musi być dobrowolna i stała. Nie powinno być nacisków ze strony żony lub męża, rodziny, przyjaciół, personelu medycznego, a wszystkie inne możliwości leczenia jak i opieki powinny zostać wykorzystane i nie przynosić owoców ani żadnych znaczących skutków. Tak jak w przypadku eutanazji, budzi to pytanie, jak można ustalić, że warunki te zostały rzeczywiście spełnione. Na przykład jak można ustalić z wystarczającą pewnością, że członkowie rodziny – pomimo swoich najlepszych intencji – nie zachowują się w sposób, który wywołuje u pacjenta poczucie bycia naciskany i kontrolowany lub prowadzony w pewnym kierunku odnośnie do końca jego życia?

Jednakże pod innymi względami wspomagane samobójstwo wydaje się różnić od eutanazji. W jego przypadku czynność, która powoduje koniec czyjegoś życia, jest wykonywana przez samą osobę, podczas gdy w przypadku eutanazji – przez kogoś innego. To prawdopodobnie ta różnica sprawiła, że niektóre systemy prawne (np. w Szwajcarii czy w stanach Oregon i Waszyngton w USA) pozwalają na wspomagane samobójstwo, jednak nie dopuszczają eutanazji. Różnica polegająca na tym, że osoba postronna tylko dostarcza potrzebnych środków, by dana osoba mogła zakończyć swoje życie i że ta osoba będzie musiała samodzielnie z tych środków skorzystać, doprowadziło do tego, iż niektórzy twierdzą, że wspomagane samobójstwo jest naprawdę niezależną czynnością, podczas gdy nie zawsze można to stwierdzić w przypadku

wyboru eutanazji. Twierdzi się, że takie podejście przemawia na korzyść zaakceptowania wspomaganego samobójstwa równocześnie bez konieczności akceptacji eutanazji. Choć w teorii rozróżnienie pomiędzy dostarczeniem koniecznych środków do zakończenia życia danej osoby a jego zakończeniem poprzez bezpośredni i celowy akt wydaje się jasne, to w prawdziwym życiu granice mogą być bardziej rozmyte. Wypisanie recepty na śmiertelny lek, odebranie leku w aptece, być może położenie go na szafce nocnej, zdjęcie pokrywki z pudełka i podanie tabletek pacjentowi oraz włożenie tabletek do ust pacjenta, by aktywnie połknął je zamiast wypluć – wszystko to są formy dostarczenia koniecznych środków, po których musi nastąpić jakieś działanie pacjenta, by zakończyć swoje życie. Wydają się one jednak całkiem innymi formami aktywnego zaangażowania w koniec życia pacjenta, przy czym niektóre z nich są całkiem bliskie eutanazji.

### **8.3. Moralne prawo do wspomaganego samobójstwa**

Dlatego niektóre obiekcje wobec usprawiedliwienia eutanazji na podstawie autonomii i korzyści/dobra pacjenta stosują się także do wspomaganego samobójstwa. Po pierwsze autonomiczna decyzja o przyjęciu pewnej formy wsparcia lub usługi (a tylko odmowa interwencji) może być przysłonięta i zakryta przez sytuację agonii, bólu i niepokoju pacjenta także w przypadkach wspomaganego samobójstwa. Choć nie jest niemożliwa, dobrze przemyślana autonomiczna decyzja niezwydziona czy niewykrzywiona przez warunki sytuacji, która ją wywołuje, jest w rzeczywistości trudna do uzyskania w praktyce. Ci, którzy bronią wspomaganego samobójstwa, z pewnością twierdzą, że musi ono, jak i może być, ograniczone do tych przypadków, w których życzenie otrzymania wspomaganego wynika z dobrze przemyślanej decyzji, w podjęciu której nie przeszkadzały choroba

psychiczna ani diagnoza. W Szwajcarii uważa się, że jest to zapewnione przez praktykę, w której wspomagająca osoba zazwyczaj wyczerpująco objaśnia pacjentowi konsekwencje wypicia barbituranu. Ale pojawia się także krytyka obecnej praktyki, w tym opieki i jakości psychologicznej porady i wsparcia dla osób chcących popełnić samobójstwo, ze strony organizacji takich jak EXIT i DIGNITAS.

Po drugie autonomia i autonomiczne decyzje dotyczące wspomagane-  
nego samobójstwa, jak i decyzje co do eutanazji, mogą ulegać wpływom i być kształtowane przez konteksty wartości, poglądy na godne i warte kontynuowania życie, wzorce społeczne i kulturowe na temat tego, jak poważnie chore i umierające życie może zachować lub nie zachować godności i wartości. Wiadomo o prośbach wsparcia przy zakończeniu życia pojawiających się w wyniku oceny przez pacjenta pewnych czynników, które uważa on za istotne dla doświadczenia jakości życia. Tylko w pewnym stopniu dotyczyły one sfery fizycznej. Inne wymiary, jak wymiar relacji, psychologiczny, egzystencjalny czy duchowy, prawdopodobnie także będą miały duże znaczenie. Ale takie czynniki są podatne na inne formy reakcji i wsparcia niż tylko wsparcie w zakończeniu życia. Po trzecie, jak stwierdzono obszernie w odniesieniu do eutanazji<sup>30</sup>, chrześcijańska wizja wolności różni się od autonomii postrzeganej jako samookreślenie i niezależne, wolne planowanie oraz kierowanie swoim życiem. Jej podstawą jest przyjęcie życia jako stworzonego na obraz Boży i usprawiedliwionego przez wiarę, a na tej podstawie bycie powołanym do odpowiedzialnej troski o łaskawy dar Boży. Dlatego, choć wspomagane samobójstwo może z pozoru wydawać się działaniem bardziej autentycznie i bezdyskusyjnie autonomicznym, chrześcijańska idea wolności nie może służyć jako usprawiedliwienie wspomagane-  
nego samobójstwa w większym stopniu niż eutanazji.

---

30 Por. powyżej.

Dalsza refleksja czasami proponowana przez tych, którzy bronią dostępu do wspomaganego samobójstwa, mówi, że jest ono mniej obciążające dla lekarzy niż eutanazja. W przypadkach wspomaganego samobójstwa osoba dostarczająca koniecznych środków (takich jak śmiertelny lek, który pacjent ma przyjąć) może odejść, zrobiwszy to (co nie znaczy, że koniecznie by tak zrobiła), podczas gdy sam akt zakończenia życia dokonywany jest wyłącznie przez pacjenta. Uwalnia to lekarza od wielkiego ciężaru bycia tym, kto wykonuje czynność bezpośrednio kończącą życie pacjenta. Może tak być, ale zamiast być argumentem na rzecz wspomaganego samobójstwa, ilustruje to stopień opuszczenia osoby chorej, cierpiącej, zrozpaczonej i nie dostrzegającej innego wyjścia, jak tylko zakończenie swojego życia. Współczucie i troska wymagają dokładnie tego, by osoba nie była opuszczona i pozostawiona sama sobie ze strasznym wyborem zakończenia lub niezakończenia swojego życia w sytuacji, gdy skuteczne środki, by to zrobić, stoją na szafce nocnej. Choć wspomagane samobójstwo może z pewnością zostać dokonane na różne sposoby i może angażować obecność kochanych osób dla pocieszenia i towarzyszenia, argument mówiący, że wspomagane samobójstwo jest w bardziej autentyczny sposób autonomicznym działaniem, wydaje się zakładać, że jest ono dokonywane w samotności i całkowicie samodzielnie – bez przeszkód ze strony innych, ale też bez ich towarzyszenia. To zaś nigdy nie może być tym, na co pozwala, a tym bardziej czego wymaga chrześcijańska wizja współczucia i troski o chorych i umierających.

Rozstrzygnięcie, czy powinno istnieć prawo moralne do wspomaganego samobójstwa, nie może być odłączone od etycznej oceny samobójstwa jako takiego. Wiadomo, że samobójstwo jest w większości przypadków tragicznym wynikiem warunków lub chorób psychicznych, takich jak ostra depresja, i jako takie nie jest w pierwszym rzędzie przedmiotem osądu etycznego bądź moralnego. Ludzie, którzy próbują zakończyć swoje życie

lub którym się to udaje, nie powinni spotykać się z oceną moralną, a co dopiero potępieniem i obwinianiem, ale raczej z troską, współczuciem i pocieszeniem lub z żałobą i żalem, że nie otrzymali przed śmiercią odpowiedniej pomocy. Jest to, możemy powiedzieć za Bonhoefferem, sytuacja graniczna, która nie pozwala na ocenę i osąd innych.

Istnieje szeroka zgoda co do tego, że Biblia i zasadnicze elementy chrześcijańskiej tradycji moralnej, takie jak idea niezbywalnej godności każdego człowieka jako obrazu Boga, nie dają podstaw ani prawa do samobójstwa. Zwłaszcza że samobójstwo i warunki, jakie do niego prowadzą, nie są moralnie neutralnym obszarem w znaczeniu tego, że postronni obserwatorzy mają wolność do pomocy komuś próbującemu popełnić samobójstwo. Jak podkreślono w innym miejscu tego tekstu, chrześcijańska wizja wolności oznacza odpowiedzialność za otrzymane życie, a nie suwerenne dysponowanie nim, samookreślenie czy posiadanie go na własność. Jeśli ktoś w rozpacz lub depresji rozważa samobójstwo, odpowiedzialnością osób postronnych jest niepotwierdzanie i niepochwalenie tej decyzji, ale raczej ochrona życia i zaoferowanie pomocy i troski cierpiącemu.

Ma to zastosowanie także do oceny pomocy przy samobójstwie. Nawet jeśli sami pomagający nie powodują śmierci, aktywnie wspierają zamiar osoby, która chce popełnić samobójstwo, zakończyć swoje życie, co stoi w zasadniczej sprzeczności z chrześcijańskim podejściem, zgodnie z którym życie należy zachowywać i utrzymywać. Naszym zadaniem jest zachęcać innych do życia, wspierać ich i w razie potrzeby powstrzymać od samobójstwa. Nikt jednak nie ma prawa do potępienia kogoś, kto ze względu na nieodwracalne pogorszenie stanu zdrowia i związane z tym udękę i cierpienie nie jest w stanie postrzegać swojej sytuacji w życiu jako mającej znaczenie i nie ma już sił ani woli do dalszego życia.

Równocześnie Kościoły powinny unikać interpretowania tych trudnych i tragicznych sytuacji jako wyboru pomiędzy byciem współnikiem

w samobójstwie oraz porzuceniem pacjenta, który – po długiej konsultacji i ocenie swojej sytuacji – jest zdeterminowany co do swojego wyboru, by zakończyć życie. Stanowi to szczególne wyzwanie w kontekstach, gdzie wspomaganie samobójstwa zostało zalegalizowane i cieszy się znacznym poparciem w społeczeństwie. W takich kontekstach Kościoły nie mogą po prostu zrzucić z siebie odpowiedzialności przez potępienie tej praktyki. Muszą także znaleźć sposoby na to, by być wiernymi swojemu powołaniu w okolicznościach, w jakich znaczna większość ludności popiera dostęp do wspomaganego samobójstwa lub eutanazji.

Pacjenci, którzy w ramach dobrze przemyślanego i stałego świadomego wyboru przygotowują swoje samobójstwo, prawdopodobnie doświadczają ogromnego bólu, cierpienia, niepokoju, udręki i samotności, zdecydowanie nie powinni zostać opuszczeni przez swoją chrześcijańską wspólnotę. Prawdziwym wyrazem chrześcijańskiego powołania jest okazywanie troski i współczucia tym, którzy cierpią, przez to że diakoni, księża i wolontariusze z naszych zborów są przy nich, poważnie chorym i zrozpaczonym osobom towarzyszą i służą pocieszającym Słowem Bożym, duszpasterstwem i modlitwami, nawet gdy osoby te weszły na drogę, której Kościoły mogą nie postrzegać jako etycznie idealnej i dobrej. Trwania przy tej osobie nie należy odrzucać z etycznego punktu widzenia jako pomoc w czymś samobójstwie, ale raczej postrzegać jako dowód chrześcijańskiego współczucia dla brata lub siostry, który lub która jest w głębokiej agonii i cierpieniu i nie widzi innego wyjścia.

#### **8.4. Prawo do wspomaganego samobójstwa w świetle przepisów**

Ani etycznie, ani prawniczo nie można wywnioskować żadnego pozytywnego prawa do samobójstwa i wspomaganego samobójstwa z ich



dekryminalizacji lub z możliwej dekryminalizacji wspomaganego samobójstwa. Dlatego akty prawne, według których wspomaganie samobójstwa jest przestępstwem, nie stoją w sprzeczności z Europejską Konwencją Praw Człowieka.

Werdykt Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Diane Pretty z wiosny 2002 roku jest tu istotny. Diane Pretty chciała, by Europejski Trybunał Praw Człowieka zapewnił, że jej mąż nie będzie ścigany, jeżeli pomoże jej w samobójstwie, co w Wielkiej Brytanii zasadniczo jest przestępstwem. Powódka w wyniku choroby (stwardnienie zanikowe boczne) nie była już w stanie popełnić samobójstwa i twierdziła, że jest dyskryminowana względem tych, którzy nadal mogli się zabić. Jednak Europejski Trybunał Praw Człowieka stwierdził, że prawo do życia<sup>31</sup> i prawo do ochrony sfery prywatnej<sup>32</sup> nie obejmują prawa do samobójstwa lub zabójstwa na życzenie. Z drugiej strony należało stwierdzić, że pewna korzyść jest niedostępna dla pacjentów, którzy nie są już w stanie się zabić.

To jednak ukazało jasno, że z możliwej dekryminalizacji wspomaganego samobójstwa nie można wyciągnąć wniosków o istnieniu pozytywnego prawa do samobójstwa, a tym samym do wspomaganego samobójstwa<sup>33</sup>.

## 8.5. Wspomagane samobójstwo – wnioski

Tak jak w przypadku eutanazji, kwestia wspomaganego samobójstwa zazwyczaj pojawia się w tragicznych sytuacjach, gdy pacjenci przechodzą przez straszne cierpienie i ból, nie tylko fizyczne, ale też psychiczne,

---

31 Artykuł 2. Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (zob.: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POL.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf) (dostęp: 24.03.2018), s. 6).

32 Artykuł 2. Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (zob.: [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POL.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf) (dostęp: 24.03.2018), s. 10n).

33 Por. wyżej rozdział 2.3. dla dalszej analizy sytuacji prawnej w odniesieniu do eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

egzystencjalne i duchowe. Ten tragiczny kontekst, który może zakładać, że chodzi o obawy moralne, których nigdy nie można w pełni uwzględnić, nigdy nie powinien być ignorowany.

Wspomagane samobójstwo nie jest równoważne z eutanazją. Osoba pomagająca w samobójstwie jest zaangażowana w śmierć pacjenta w inny sposób, nie celowo i bezpośrednio kończąc czyjeś życie, ale dostarczając potrzebnych środków pacjentowi, by zakończył on swoje życie. W praktyce jednak granica pomiędzy tymi dwoma może nie być tak ostra. Dlatego też wierzymy, że niektóre z obiekcji omówionych powyżej wobec eutanazji odnoszą się także do wspomaganego samobójstwa. Problemy związane z zastosowaniem autonomii i autonomicznego podejmowania decyzji jako rzekomego powodu na poparcie eutanazji są takie same w przypadku wspomaganego samobójstwa. Co więcej, choć formalnie jest to działanie autonomiczne w czystym sensie wykonania przez samego pacjenta, poważnym problemem i wyzwaniem, jakie zazwyczaj towarzyszy tak wspomaganemu samobójstwu, jak i eutanazji, jest opuszczenie pacjenta wtedy, gdy potrzebuje on pocieszenia, towarzyszenia i troski. W tym momencie istotne jest, że niezależnie od jakiegokolwiek oceny etycznej tego pytania, Kościołom i zborom w kontekstach, w których wspomaganie samobójstwo zostało zalegalizowane i jest regularnie dokonywane, nie wolno opuszczać, ale muszą nadal towarzyszyć, zachęcać i wspierać pacjenta, także jeżeli jego zdecydowanym wyborem jest dokonanie wspomaganego samobójstwa. Służąca obecność pracowników i wolontariuszy wraz z duszpasterstwem, Słowem Bożym i modlitwami nie powinny być odrzucane jako współudział w samobójstwie, ale jeszcze bardziej wspierane jako realizowanie powołania Kościoła i chrześcijan.

Dostrzeżenie, jak wspomaganie samobójstwo obejmuje nie tylko komponent wspomaganie śmierci innej osoby, ale też samobójstwa, wymaga zastanowienia się nad samą kwestią samobójstwa. Uznając, że zazwyczaj

jest ono rezultatem ogromnego cierpienia psychicznego i ostrej depresji, ocena moralna naprawdę nie jest tym, co jest w pierwszej kolejności potrzebne. Gdy jesteśmy konfrontowani z kwestią wspomaganego samobójstwa, ważne jest, by zauważyć, jak idea wolności i odpowiedzialności w etyce chrześcijańskiej i tradycji protestanckiej nie obejmuje suwerennego panowania nad swoim życiem w sposób akceptujący wybór, by je zakończyć. Nie istnieje także żadne prawo do popełnienia samobójstwa ani wymaganie, by inni powstrzymali się od przerywania próby samobójczej, nie mówiąc o czymkolwiek, co pozwalałoby komuś dostarczyć potrzebnych do takiego kroku środków.

Dlatego choć istnieją oczywiste różnice między wspomaganym samobójstwem a eutanazją, różnice te nie są z rodzaju takich, które sprawiają, że obiekcje odnoszące się do eutanazji znikają w przypadku wspomaganego samobójstwa. Przeciwnie, dostrzegamy, że wiele argumentów przeciw eutanazji przedstawionych powyżej zazwyczaj stosuje się w równym stopniu do wspomaganego samobójstwa. Cierpiący i umierający pacjent w obliczu końca życia z całym fizycznym, psychicznym, egzystencjalnym i duchowym bólem nie powinien być pozostawiony sam sobie, ale mieć możliwość towarzyszenia i pocieszenia ze strony wspólnoty chrześcijańskiej, do której należy.



## 9. Wnioski

Kwestie życia i śmierci, którymi zajmował się ten dokument, dotyczą najgłębszych spraw ludzkiego istnienia. Pacjenci zmagający się z akceptacją swojej trudnej sytuacji są w pełni świadomi tego, że nie ma łatwej odpowiedzi. Krewni, którzy widzą, jak drogie im osoby cierpią, są rozdarci pomiędzy pragnieniem zakończenia ich cierpienia przez śmierć a nadzieją na dalsze życie z nimi. Lekarze podejmujący ostateczne decyzje o życiu lub śmierci odczuwają ciężar tej odpowiedzialności.

Wrażliwość moralna potrzebna w tych sytuacjach konfrontuje nas z trudnymi wyborami. Nie mogą one zostać podjęte przez odwołanie do danego katalogu wartości moralnych ze z góry ustaloną hierarchią zastosowania takich wartości. Wybory te muszą spotkać się z przyjęciem pełnym empatii, jak zostało to ukazane w życiu Jezusa. Kościoły protestanckie w Europie mają świadomość wielu wymiarów moralnych kwestii i osądu odnośnie do życia i śmierci. Takiej świadomości nie należy mylić z podejściem relatywistycznym czy czysto sytuacyjnym. Jak ukazał niniejszy dokument, ludzkie decyzje o życiu i śmierci, dogłębnie przemyślane w oparciu o tradycję biblijną i rozum ludzki, odzwierciedlają jasne upoważnienie do świętowania i obrony daru życia od Stwórcy. Obejmuje to dążenie do istnienia w godności i spełnieniu dla każdego i trwanie przy

tych, którzy przechodzą przez trudne doświadczenia cierpienia. Decyzje moralne podważające szacunek dla życia są nie do pogodzenia z wiarą chrześcijańską.

Podczas podejmowania decyzji o konkretnym sposobie, w jaki można realizować takie docenienie życia, które musi uwzględniać konkretne okoliczności każdego przypadku, istnieje niekwestionowane zadanie dla wiary chrześcijańskiej, by zaangażować się w praktykę troski o każdego człowieka. Wykraczając poza decyzje o życiu i śmierci, chrześcijanie robią wszystko, by złagodzić ludzkie cierpienie i trwać przy tych, którzy zmagają się z bólem i rozpaczą na ostatnim etapie życia. Lekarze i pielęgniarki próbują wszystkiego, by złagodzić ból przez opiekę paliatywną. Krewni i przyjaciele poświęcą swój czas, by być przy pacjencie. Duchowni rozumieją potrzebę towarzyszenia śmiertelnie chorym jako centralny wymiar swojej posługi.

Troska o ludzi i oferowanie duchowego pocieszenia stanowią zasadniczą część „bycia Kościołem”. Należy do tego jasne zadanie Kościołów w społeczeństwie obywatelskim. Są one powołane do zgłaszania protestu, gdy obalane są bariery chroniące życie oraz powołane do tego, by publicznie opowiadać się za tym, by środki finansowe w szpitalach i hospicjach były przeznaczane na to, by zmagający się ze śmiercią otrzymali jak najlepszą opiekę. Ich zadaniem jest zabieganie o stworzenie w społeczeństwie środowiska wspierającego spełnione życie dla wszystkich jego członków, także tych zbliżających się do śmierci.

## Bibliografia

- Chochinov H.M. i in., *Will to live in the terminally ill*, „Lancet” nr 354 (9181) z 4.09.1999, s. 816–819.
- The Community of Protestant Churches in Europe, *Law and Gospel. A study, also with references to decision-making in ethical questions*, „Leuenberg Documents” t. 10: 2007 = Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, *Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf die Entscheidungsfindung in ethischen Fragen*, „Leuenberger Texte” 10: 2007.
- The Community of Protestant Churches in Europe, *Protestant Texts on Ethical Decision-Making*, „Leuenberg Documents” t. 3: 1997 = Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa, *Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung*, „Leuenberger Texte”, t. 3: 1997.
- Council of Europe, *Euthanasia. Document 9898 of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe* Strasbourg, 10.9.2003, <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=10255&lang=EN> (dostęp: 23.03.2018).
- Council of Europe, *Euthanasia. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights. Document 9923 of the Parliamentary Assembly of*

- the Council of Europe*, Strasbourg, 23.9.2003, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=10282&lang=EN> (dostęp: 23.03.2018).
- Council of Europe, *Palliative care: a model for innovative health and social policies. Resolution 1649 (2009) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe*. Strasbourg, 28.1.2009, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17707&lang=en> (dostęp: 23.03.2018).
- Council of Europe, *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. Recommendation 1418 (1999) of the Parliamentary Assembly of the Council of Europe*, Strasbourg, 25.6.1999, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722&lang=en> (dostęp: 23.03.2018).
- Europejska Konwencja Praw Człowieka*, [https://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_POL.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf) (dostęp: 24.03.2018).
- Glover J., *Causing Death and Saving Lives*, London 1977.
- Helsedirektoratet [Norweskiego Dyrektoriatu ds. Zdrowia], *Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorligsykeog døende*, 2008.
- Johansen S. i in., *Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced-cancer patients at a palliative medicine unit*, „Palliative Medicine” t. 19: 2005, z. 6, s. 454–460.
- John Paul II, *Address of John Paul II to the participants in The International Congress on “Life-Sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas”*, 20 March 2004, [http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc.html](http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc.html) (dostęp: 23.03.2018).
- Keown J., *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation*, Cambridge 2002.



- Materstvedt L.J. i in., *Euthanasia and physician-assisted suicide. A view from the EAPC Ethics Task Force*, „Palliative medicine” 17: 2003, s. 97–101; tekst dostępny na: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=eoUoZKuuBeY%3d&tabid=684> (dostęp: 23.03.2018).
- Neudert C. i in., *Patients' assessment of quality of life instruments: a randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis*, „Journal of the neurological sciences” t. 191: 2001, nr 1–2, s. 103–109.
- Onwuteaka-Philipsen, B.D. i in., *Evaluation of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act: Summary*, 2007.
- Rada Europy, *Wytuczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów*, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=Wvv2EtGXRzY%3D&tabid=1709> (dostęp: 23.03.2018).
- World Health Organisation, *Palliative care*, <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> (dostęp: 09.10.2008).
- World Medical Association, *WMA Statement on Advance Directives (“Living Wills”) Adopted by the 54th WMA General Assembly, Helsinki, Finland, September 2003 and reaffirmed by the 194th WMA Council Session, Bali, Indonesia, April 2013*, <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/> (dostęp: 23.03.2018).

### **Literatura wykorzystana przy przygotowaniu tłumaczenia polskiego**

- Alichniewicz A., *Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie*, w: *Bioetyka*, red. W. Chańska, J. Różyńska, Warszawa 2013, s. 282–294.

Kurczewska U., Jasińska M., Orszulak-Michalak D., *Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej*, „Farmacja Polska”, t. 66: 2010, nr 2, s. 93–100.

# **Grupa Robocza WKEE ds. Kwestii Etycznych**

## **Członkowie**

Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Bamberg

Ms Laura Casorio, Rzym

Prof. Dr. Sándor Fazakas, Debrecen

Univ. Prof. Dr. Ulrich H.J. Körtner, Wiedeń

Prof. Sergio Rostagno, Pinerolo

Prof. Dr. theol. Ulla Schmidt, Oslo

Prof. Dr. Jurjen Wiersma, Bruksela

## **Koordinacja**

Rev. Dr. Dieter Heidtmann, Bruksela

## **Uczestniczący eksperci**

Prof. Dr. Theo A. Boer, Utrecht

Dr. Frank Mathwig, Berno

Prof. Dr. Stefanie Schardien, Hildesheim