

Maciej Moskwa

Morderstwo czy miłosierdzie?

Marjorie Wantz była 58-letnią kobietą z Sodus w stanie Michigan. Cierpiała na przewlekły ból związany z urazem miednicy. Większość czasu spędzała w domu, nie spodziewając się już od nikogo pomocy i czując, że nikt nie rozumie jej nie dającego się znieść cierpienia. Ulgi nie przyniosły również liczne wizyty w znanych ośrodkach: klinice Mayo, szpitalu klinicznym w Cleveland oraz klinice Uniwersytetu Michigan.

Pewnego dnia kupiła książkę amerykańskiego dziennikarza Dereka Humphry'ego, zatytułowaną "Final Exit" ("Wyjście ostateczne"). Dowiedziała się z niej, że Humphry dopomógł w samobójstwie swej żonie, Jenny, gdy nowotwór piersi z przerzutami sprawił, że sama poprosiła go o podanie trucizny. Potem stał się orędownikiem eutanazji, założywszy w USA Stowarzyszenie "Cykuta".

Marjorie walczy z bólem i lekarzami

W książce Derek Humphry przedstawił liczne porady i sposoby dokonania eutanazji (m.in. jak zgromadzić odpowiednie leki) oraz trudności, które mogą z tym się wiązać. Marjorie doświadczyła tego na sobie: od żadnego lekarza nie udało się jej uzyskać odpowiedniej recepty. *Lekarz nie przepisze takich leków. Wiem, bo próbowałam* - żaliła się.

5 sierpnia 1991 roku została przyjęta do Sinai Hospital z powodu bólu pochwy. Według doktor Lindy Hotchkiss, tam właśnie po raz pierwszy powiedziała, że chciałaby popełnić samobójstwo, gdy jej bólu nie będzie można opanować lub skutecznie leczyć. *Poddana się wielu badaniom, ale nie zakończyła żadnej z proponowanych przez lekarzy kuracji nienarkotycznymi lekami przeciwbólowymi. Nie zgodziła się na hospitalizację w celu leczenia depresji, która nasilała jej dolegliwości bólowe* - mówiła o niej doktor Hotchkiss.

Pani Wantz zdała sobie wówczas sprawę, że jedyną osobą mogącą jej pomóc jest doktor Jack Kevorkian, o którym dowiedziała się z jednej z gazet. 16 sierpnia wystąpiła z nim w telewizyjnym talk show "Dayna Eubanks" w Detroit, broniącym idei samobójstwa przy współudziale lekarza. Początkowo jednak Kevorkian odmówił jej pomocy, sugerując, aby podjęła inne możliwe środki terapeutyczne.

Dwukrotnie w sierpniu tego samego roku sąd odrzucił wniosek o przymusowe leczenie psychiatryczne Marjorie Wantz. Część lekarzy stwierdziła, że cierpi ona na zaburzenie urojeniowe i nie dopuszcza myśli, iż jakiegokolwiek leki pomogą jej opanować ból. Inni lekarze nie zgodzili się z tą opinią. Jeden stwierdził, że cierpi ona na zaburzenie depresyjne, inny określił ją jako w pełni świadomą, myślącą logicznie, całkowicie zdolną do rozważenia wszelkich możliwych dróg postępowania. W rezultacie sąd odmówił skierowania Wantz na przymusowe leczenie psychiatryczne. Wkrótce Marjorie Wantz miała poznać panią Miller, towarzyszkę ostatniej podróży.

Pani Miller pisze "HELP !"

Sherry Miller od 12 lat cierpiała na stwardnienie rozsiane. Choroba pozbawiła ją władzy w rękach, nogach, powodowała niedowład mięśni szyi. Po raz pierwszy myśl o samobójstwie przyszła jej do głowy w 1983 roku, po tym jak rozwiodła się i została sama z dwojgiem kilkunastoletnich dzieci, a choroba czyniła szybkie postępy. Jej przyjaciółka Sharon Welsh stwierdziła: *Była smutna. Całe jej życie zmieniło się. Nawet gdy miała lepszy dzień, była nieszczęśliwa.* Możliwość samobójstwa czaiła się w jej umyśle przez ponad 10 lat. Życ w bólu, czy podjąć decyzję o śmierci? Obawiała się, że po nieudanej próbie samobójczej będzie jeszcze bardziej cierpieć. Nawet gdyby chciała odebrać sobie życie, nie była w stanie sama wziąć do ręki fiołki z tabletkami.

Miller kilka razy odwiedziła terapeutę, była jednak już całkowicie pewna, że chce umrzeć śmiercią samobójczą. Podobnie jak Marjorie Wantz przeczytała w gazecie o doktorze Jacku Kevorkianie. W pierwszym liście do niego napisała, trzymając pióro w ustach, wielkimi literami "HELP!". W ciągu półtora roku Miller i Kevorkian spotkali się kilkakrotnie. *Przed wszystkim chciał się upewnić, czy moja diagnoza jest pewna oraz jakie jest rokowanie. Zalecił konsultację u terapeuty i podjęcie ostatecznej decyzji. Był bardzo ostrożny i uprzejmy* – zeznawała przed sądem Sherry Miller. Występowała w styczniu 1991 roku jako świadek obrony w procesie przeciwko Kevorkianowi, który miał rozstrzygnąć, czy licencjonowanemu [w USA oprócz ukończenia studiów lekarz musi mieć przyznane prawo wykonywania zawodu, którego może być pozbawiony np. w przypadku wykroczeń wobec kodeksu etyki lekarskiej, podobnie jest w Polsce; nie wiem jak to inaczej powiedzieć] lekarzowi można zakazać udostępniania urządzenia ułatwiającego samobójstwo oraz asystowania w takich sytuacjach.

Miesiąc później sędzia Alice Gilbert odmówiła Kevorkianowi prawa oferowania pomocy w samobójstwach. Jego osobista opinia o nim była krańcowo inna niż pani Miller: określił Kevorkiana jako człowieka aroganckiego, napastliwego i szukającego rozgłosu swym dziwnym zachowaniem. Decyzja sędzi Gilbert pozostała jednak na papierze. Prokurator nie miał gotowej koncepcji, co zrobić, gdy Kevorkian złamie zakaz.

Anioł Miłosierdzia czy Sprzedawca Śmierci?

Za 70 dolarów Kevorkian wynajmuje 22 października 1991 roku domek letniskowy w Bald Mountain w stanie Michigan. Przyjeżdżają do niego Sherry Miller z dwiema przyjaciółkami, Sharon Welsh i Karen Nelson, Marjorie Wantz z mężem Williamem oraz Jack Kevorkian z siostrą. Pyta on obie chore kobiety, czy podtrzymują swoją decyzję, w odpowiedzi na co pani Wantz pisze list, w którym wyjaśnia powody swojej decyzji i dziękuje Kevorkianowi za pomoc. Umiera, uruchomiwszy maszynę "Mercitron" wprowadzającą do jej organizmu śmiertelne dawki leków. Miller umiera w objęciach przyjaciółki, wdychając tlenek węgla przez zaprojektowaną przez Kevorkiana maskę oddechową. O 7.07 Kevorkian informuje biuro szeryfa hrabstwa Oakland o podwójnym samobójstwie oraz o tym, że był jednym lekarzem obecnym przy tym zdarzeniu.

Początkowo wszyscy świadkowie uczestniczą w zмовie milczenia, ale prokuratorowi udaje się ustalić fakty. W miesiąc później Kevorkian zostaje aresztowany, traci prawo wykonywania zawodu w stanie Michigan. I tym razem prokurator Lawrence J. Bunting jest bezsilny: *Nie wiemy, dokąd Kevorkian uda się teraz... Co go zatrzyma? Jest nieprzewidywalny. Ale prawo jestw tym względzie jasne [chodziło o to, że nie można było go skazać].*

Przez jednych nazywany Aniołem Miłosierdzia, przez innych Sprzedawcą Śmierci, bezrobotny lekarz patolog doktor Jack Kevorkian skonstruował swoją śmiercionośną maszynę w 1989 roku. Od tego czasu asystował przy prawie 40 samobójstwach osób, które zwróciły się do niego o pomoc. Wielokrotnie był sądzony za zabójstwo, ale uniewinniano go lub postępowanie umarzano. Dzięki swojej działalności zyskał w USA przydomek "Doctor Death" ("Doktor Śmierć"). W 1999 roku ten najbardziej znany na świecie zwolennik eutanazji trafił z wyrokiem 10 lat do więzienia. Sąd skazał go za pomoc w samobójstwie Thomasowi Youkowi, choremu na nieuleczalną chorobę Lou Gehriga i zakwalifikował ten czyn jako

zabójstwo. Materiałem dowodowym był m. in. film video z całego zdarzenia, który Kevorkian udostępnił potem jednej ze stacji telewizyjnych. Wg prokuratora Johna Skrzynskiego film dowodził, że intencją Kevorkiana nie było ulżenie pacjentowi w cierpieniu, ale nagłośnienie własnych poglądów i prowokowanie opinii publicznej.

Nawet król Anglii Jerzy V...

Ale to nie Kevorkian i Humphry “wymyślili” eutanazję. W drugiej połowie XX wieku dyskusja nad etycznymi i prawnymi aspektami tego czynu przybrała na sile głównie z powodu gwałtownego postępu medycyny, w tym technik utrzymywania przy życiu terminalnie chorych. Spór o eutanazję był także fragmentem sporu ideologicznego między “obrońcami życia” a “zwolennikami wolnego wyboru” (*pro-life* kontra *pro-choice*), podobnie jak w przypadku aborcji.

Problem radykalnego skrócenia cierpień chorego jest pewnie równie stary jak medycyna. W starożytności nie uważano, że o życie ludzkie należy walczyć za wszelką cenę. Greccy filozofowie, stoicy i epikurejczycy, byli dość tolerancyjni wobec samobójstwa osoby chorej, której nie można ulżyć w cierpieniach. Z drugiej strony etyka oparta na przysiędze Hipokratesa jasno określała granice postępowania lekarskiego („Nikommu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny”).

W XVII wieku Thomas Moore, filozof i angielski mąż stanu, przedstawił wizję utopijnego społeczeństwa, które jest skłonne ułatwić odejście osobom, którym życie stało się “ciężarem nie do zniesienia” ze względu na torturujący i uporczywy ból. Dopiero jednak w XX wieku powstały projekty aktów prawnych dotyczących eutanazji i poddane zostały publicznej dyskusji.

Począwszy od lat trzydziestych w Wielkiej Brytanii powstał ruch na rzecz legalizacji tego typu praktyk, której jednak nie udało się zakończyć sukcesem. Pojawiły się także pogłoski na temat eutanazji króla Jerzego V. Miała ona nastąpić w wyniku wstrzyknięcia śmiertelnej mieszanki kokainy i morfiny przez nadwornego lekarza, lorda Dawsona. W Japonii, Niemczech, Szkocji zaczęły powstawać towarzystwa na rzecz dobrowolnej eutanazji, ukazują się poświęcone jej publikacje.

W Niemczech pierwszymi ideologami eutanazji byli profesorowie Karl Binding (prawnik) i Alfred Hoche (psychiatra). W popularnej publikacji wydanej w 1920 roku „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwertens Leben” („Zgoda na niszczenie bezwartościowego życia“) określali dobrowolną eutanazję jako dobrodziejstwo wobec osób, których życie straciło wartość dla nich samych lub dla społeczeństwa (także ze względów ekonomicznych). Zaliczali do nich m. in. osoby upośledzone umysłowo oraz „bezwrotnie stracone na skutek choroby”. Chociaż odrzucali eutanazję wbrew woli pacjenta, ich poglądy spotkały się z szeroką krytyką niemieckich środowisk lekarskich. Jednakże późniejsze dojście do władzy zwolenników ideologii nazistowskiej otworzyło drogę do masowych mordów dokonywanych pod pozorem eutanazji. W samym Hadamarze, jednym z 30 ośrodków, w których dokonywano „zabójstw z litości” na masową skalę, w latach 1941-45 uśmiercono 10 tysięcy niemieckich pacjentów psychiatrycznych.

Ponad 25 tysięcy śmierci rocznie

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych seria procesów sądowych w Holandii doprowadziła do powołania specjalnej komisji, na czele której stanął prokurator generalny J. Rummelink. Jej celem było zbadanie, jak często skracano życie pacjentów terminalnie chorych. Komisja potwierdziła to, co od dawna podejrzewano – ogromną skalę problemu. W Holandii rocznie notuje się 25 306 przypadków eutanazji, co stanowi prawie 20% wszystkich zgonów.

Wśród ofiar takiej śmierci 2300 osób wybrało aktywną dobrowolną eutanazję, 400 - skorzystało z pomocy w dokonaniu samobójstwa, 1000 umarło wskutek niedobrowolnej eutanazji (tj. po podaniu środków uśmiercających osobom chorym terminalnie, które nie były w stanie wyrazić swojej woli). Przerwano lub zaniechano leczenia podtrzymującego życie na prośbę 4756 chorych, w przypadku 8750 pacjentów przerwano lub zaniechano leczenie podtrzymujące życie bez ich zgody. 8100 zmarło wskutek przedawkowania morfiny dokonanego w świadomym zamiarze pozbawienia życia (z czego ponad połowa bez gody pacjenta). [to zdanie chyba było za długie]

Dyskusja nad Raportem Rummelinka doprowadziła do zawarcia porozumienia pomiędzy autorytetami prawnymi i lekarskimi. Postanowiono, że żaden lekarz nie będzie ścigany za pomoc w popełnieniu samobójstwa, jeśli spełnione zostaną pewne warunki: zgoda pacjenta

musi być wyrażona w sposób kompetentny i świadomy, cierpienie pacjenta musi być nie do zniesienia i żadne leczenie go nie zmniejszy, natomiast diagnoza i rokowanie na temat dalszego przebiegu choroby powinny być potwierdzone przez konsylium lekarzy.

Porozumienie to nie było jednak w sensie ścisłym aktem prawnym, a procedura oceny czynu lekarza dość zawiła, co sprawiło, że lekarze holenderscy niechętnie przyznawali się do swojej pomocy w popełnieniu samobójstwa lub do tego, że dokonali eutanazji. Ponadto nadal bardzo często stosowano eutanazję niedobrowolną, zaniedbywano warunek powołania konsylium oraz nie dopełniano innych wymaganych formalności.

Nie, bo się was boimy

Pierwszy akt prawny dotyczący dobrowolnej eutanazji uchwalił w latach dziewięćdziesiątych parlament Terytorium Północnego Australii, akt ten został jednak zaskarżony i nie wszedł w życie. W stanie Waszyngton i w Kalifornii w USA przeprowadzono w tym czasie referenda, w których odrzucono możliwość legalizacji eutanazji. Z kolei w stanie Oregon, na mocy referendum 8 listopada 1994 roku, wyborcy zaaprobowali ustawę zezwalającą na pomoc lekarza w samobójstwie. Lekarz ma prawo przepisać środki umożliwiające zakończenie życia, jeśli pacjent cierpi na chorobę nieuleczalną, która spowoduje jego śmierć w ciągu 6 miesięcy. Decyzja pacjenta musi być oparta na pełnej znajomości własnego stanu zdrowia i podtrzymana przez 17 dni. W przypadku wątpliwości co do stanu psychicznego, pacjent powinien zostać skierowany na badanie psychiatryczne. Jednak decyzją z 3 sierpnia 1995 roku Sąd Federalny w Eugene w Oregonie orzekł o niezgodności ustawy z Konstytucją Stanów Zjednoczonych, ze względu na sprzeczność z zasadą równouprawnienia obywateli. Sąd oparł się między innymi na ekspertyzie biegłego, polskiego lekarza kardiologa i znawcy problematyki etyki lekarskiej prof. Ryszarda Fenigsen, który pracując i wykładając medycynę w Holandii i Danii przez wiele lat uczestniczył w publicznych debatach na temat eutanazji.

W swojej książce „Eutanazja. Śmierć z wyboru?” profesor Fenigsen upatruje źródeł dyskusji na temat eutanazji w Holandii m.in. w kryzysie zaufania wobec medycyny i lekarzy. Jego zdaniem, pacjenci boją się być zdani na łaskę i niełaskę lekarzy, dlatego bronią swojego prawa do wyboru. Otwartość społeczeństwa holenderskiego uczyniła, wolność wyrażania poglądów stała się podłożem narastającej „moda” na eutanazję, która miała również zabarwienie anty-religijne. Zwolennicy eutanazji przekonywali społeczeństwo, że zasada

nietykalności życia ludzkiego, utożsamiana przez nich niesłusznie z zakazem religijnym, w państwie świeckim nie może stać się regułą prawa.

Fenigsen wskazuje również, do jakich wynaturzeń prowadzi propagowanie eutanazji przez “grupy wsparcia wolnej decyzji pacjenta”. Wiedzie to do sytuacji, w której wolny wybór staje się wyborem ograniczonych możliwości. Opisuje także kolejny przypadek samobójstwa, w które zamieszany był doktor Kevorkian. Judith Curren nie chorowała na śmiertelną chorobę, lecz cierpiała na depresję i przewlekłe bóle mięśni. W 1993 roku złożyła skargę na policję, że mąż ją bije i maltretuje. Ten właśnie mąż 3 lata później zawiózł ją do Kevorkiana i był wraz z nim obecny przy jej samobójstwie.

Przeciwnicy dobrowolnej eutanazji rzadko podważają prawo pacjenta do wolnego wyboru, często natomiast wątpią w jego wiedzę. Czy jest w pełni świadomy swojej decyzji? Czy ma obiektywny osąd swego zdrowia? Czy jego decyzja jest oparta o naprawdę pełne informacje, na przykład na temat stadium zaawansowania choroby? Medycyna uczy lekarzy pokory przede wszystkim dlatego, że obserwacje dotyczące większej liczby pacjentów, dające się ująć w pewne statystyczne uogólnienia, często przenosi się na indywidualny los chorego. Trafność diagnozy i rokowania przebiegu choroby, mimo coraz lepszych narzędzi poznawczych, pozostawiają wciąż wiele do życzenia. Z drugiej strony, na co wskazują przykłady Marjorie Wantz i Judith Curren, ból i depresja często są nierozłączne. Osoby terminalnie chore, na przykład z wykrytym nowotworem, też najczęściej przeżywają uczucie beznadziejności, rozpacz, głębokiego smutku - słowem, mają depresję. Czy oprócz leczenia podtrzymującego funkcje życiowe takie osoby powinny otrzymywać środki przeciwdepresyjne lub euforyzujące? W każdej innej sytuacji ktoś planujący samobójstwo byłby leczony nawet wbrew własnej woli. Dlaczego więc terminalnie chorych traktować inaczej?

Wiele nieporozumień wynika także z terminologii - czym bowiem różni się eutanazja czynna od biernej? Różnica między podaniem na życzenie pacjenta śmiertelnej dawki morfiny a niepodjęciem kolejnej reanimacji jest oczywista - ale tylko pozornie. Pierwszy czyn jest zwykle traktowany jako zabójstwo, w drugim przypadku po prostu “pozwala się” pacjentowi umrzeć. Kościół katolicki, potępiając wielokrotnie eutanazję, skłonny jest zaakceptować powstrzymanie się od działań medycznych w przypadkach beznadziejnych. Czy rzeczywiście jednak niepodłączenie kolejnej butli tlenu lub kroplówki można z całym przekonaniem ocenić jako niemające nic wspólnego z zabójstwem?

W Stanach Zjednoczonych społeczny opór wobec “propagandy eutanazji” pojawił się także ze strony osób niepełnosprawnych. Zdaniem wielu przeciwników, zgoda na legalizację dobrowolnej eutanazji może prowadzić do publicznego przyzwolenia na eutanazję niedobrowolną lub wręcz zabijanie osób upośledzonych.

Nie legalizować, ale i nie karać

Zwolennicy dobrowolnej eutanazji nie widzą takiego zagrożenia. Uważają, że z pragnienia zachowania swobody wyboru psychologicznie nie wynika chęć odebrania swobody samostanowienia innym. W Holandii po 5 latach Paul van der Maas i Gerrit van der Wal powtórzyli swoje badania na temat rozpowszechnienia zjawiska eutanazji, które w 1991 roku stały się podstawą Raportu Remmelinka. Okazało się, że wprowadzenie zasady niekarania lekarzy nie zmieniło częstości wykonywania eutanazji, ale lekarze nadal nie byli skłonni, aby ujawniać, czy stosują tego typu praktyki. Połowa osób - podobnie jak wcześniej - wyraziła przed śmiercią pragnienie zakończenia życia, prawie cała pozostała część nie była w stanie takiej zgody udzielić.

W kanadyjskiej Kolumbii Brytyjskiej, Japonii i Kambodży eutanazja jest prawnie dozwolona, w innych krajach praktyką staje się rozwiązanie holenderskie: nie legalizować, ale powstrzymać się przed karaniem, rozpatrując każdy indywidualny przypadek z pełną uwagą. Prawdopodobnie nigdy nie będzie możliwe takie wyliczenie wszystkich kryteriów i okoliczności, by ich spełnienie mogło uczynić eutanazję prawnie dopuszczalną.

A może bez względu na to, jakie regulacje wejdą w życie i jakie komisje do spraw eutanazji powstaną, zadanie śmierci na życzenie chorego, nawet gdy jego stan jest beznadziejny, zawsze powinno być traktowane jako zabójstwo? A jednak rodzą się wątpliwości - bo taki czyn byłby dokonany w dobrej wierze, z wielkiego współczucia wobec cierpienia innej osoby. Byłby to więc czyn heroiczny, bo podejmowany z pełną świadomością możliwych konsekwencji – odpowiedzialności karnej. Matthew Parris, publicysta "The Spectator", napisał: *W sytuacji konieczności gotów byłbym złamać prawo i zabić przyjaciela – i ponieść konsekwencje. Natomiast nie mogę znieść pomysłu zwracania się do państwa, by właściwy organ regulacyjny rozpatrzył sprawę i wydał orzeczenie, czy ktoś ma zabić lub zostać zabitym.*

Na taki heroizm medycyna nie jest przygotowana. Jaka jest więc jej rola? Zachowanie złotego środka między dobrem pacjenta a poszanowaniem jego prawa do autonomii. Lekarze muszą być przygotowani, że zawsze ktoś ich może spytać: czy zrobiono już wszystko, był ulżyć pacjentowi i dać mu nadzieję? Krótko mówiąc, muszą robić wszystko, aby pacjent nie domagał się eutanazji.

Maciej Moskwa

Klinika Psychiatryczna AM w Warszawie

Współautor projektu „Psychofizjologia zachowań samobójczych”, doktorant Uniwersytetu w Linköping, Szwecja.

dodatek

Raport Rimmelink opierał się na badaniach ankietowych dotyczących postaw wobec eutanazji i praktyki jej stosowania, które przeprowadzili Paul van der Maas i Gerrit van der Wal wśród holenderskich lekarzy w 1990 roku. W ciągu kolejnych lat dwukrotnie powtórzyli eksperyment: w 1995 i w 2001 roku. Zmiany regulacji prawnych w tym okresie nie przyniosły znaczącego zwiększenia liczby osób zgłaszających prośbę o eutanazję lub pomoc w samobójstwie. Analizy aktów zgonów wykazały, iż różne formy decyzji o przyspieszeniu śmierci pacjenta są częstsze: mają miejsce w 43 % wszystkich zgonów w porównaniu z 39 % w 1990 roku. Odsetek dokonanych eutanazji oraz samobójstw w obecności lekarza wzrósł zaś w okresie 11 lat z 1,9 do 2,8 %.

Wyniki wskazują na wzrost szacunku dla autonomii pacjenta. Lekarze holenderscy są bardziej restrykcyjni wobec możliwości skrócenia życia pacjenta (w uzasadnionych przypadkach), gdy nie jest on w stanie wyrazić swojej woli. W 1990 roku 27 % twierdziło, że zdarzył im się taki przypadek, natomiast 41 % twierdziło, że nigdy tego nie zrobi. W 2001 roku już tylko 13 % przyznawało się do takiego czynu, natomiast znacząca większość (71%) twierdziła, że nigdy tego nie zrobi.

Wzrosła również ilość lekarzy deklarujących się jako bardziej restrykcyjni niż kiedyś wobec praktyk skracania życia.