

Sprawozdanie z wyjazdu na Konferencję *Euthanasia 2016 – Professional Challenges*, zorganizowanej przez Duch Dying with Dignity Society w dn. 11-14 maja 2016 r. w Amsterdamie.

W konferencji uczestniczyli naukowcy, lekarze, prawnicy, urzędnicy państwowi, politycy, przedstawiciele samorządów lekarskich, farmaceutycznych. Obrady rozpoczynały się o godzinie 09.30 i trwały codziennie do 17.30. Poza porannymi godzinnymi sesjami, podczas których prezentowano najważniejsze stanowiska i wykłady, pozostałe sesje tematyczne odbywały się symultanicznie w czterech salach. Czterema wiodącymi tematami sesji były aspekty medyczne, prawne, naukowe oraz kampanijne (promocja tematyki).

Pierwszego dnia na pierwszej sesji przedstawiciel rządu Holandii przedstawiła dane dotyczące przepisów oraz praktyki eutanazyjnej w Holandii, drugi wykład przedstawiła z kolei przedstawicielka rządu Kanady, która poinformowała o stanie zaawansowania prac nad działaniami zmierzającymi do wprowadzenia przepisów legalizujących podobne działania w Kanadzie. Szczególnie interesujący był wykład pierwszy. Obecnie eutanazja wykonywana jest w Holandii zdecydowanie częściej w warunkach domowych niż u chorych hospitalizowanych. Zdecydowaną większość eutanazji (4730) przeprowadzają lekarze domowi. Spośród około 140.000 zgonów odnotowywanych rocznie w Holandii eutanazja stanowi obecnie około 4% wszystkich zgonów (5.600). Co zatem z chorymi hospitalizowanymi lub przebywającymi w domach opieki? Otóż w Holandii tylko 58% wszystkich zgonów następuje mimo rozpoczęcia leczenia przyczynowego. Pozostałe 48% zgonów to zgony, w których nie zdążono wdrożyć leczenia lub odstąpiono od leczenia, zastosowano eutanazję, zastosowano paliatywną sedację lub leczono pacjentów jedynie objawowo i jednocześnie kierując się zasadą łagodzenia dolegliwości nawet kosztem możliwości wystąpienia reguły podwójnego skutku, czyli przyspieszenia zgonu chorego. Warto podkreślić, że nie istnieje żadna obiektywna metoda pozwalająca na ustalenie ex post czy działanie było niezamierzone czy jedynie było deklarowane jako niezamierzone.

W kolejnej sesji poświęconej medycznemu aspektowi eutanazji Przewodniczący Królewskiego Holenderskiego Stowarzyszenia Lekarzy (odpowiednik polskiego samorządu lekarskiego) Rene Heman przedstawił wykład na temat historii, aktualnej praktyki eutanazji oraz wyzwań, jakie stoją przed lekarzami uczestniczącymi w tych procedurach. W Holandii, ale przede

wszystkim w Belgii, rozwija się pomysł łączenia opieki paliatywnej z czynną eutanazją jako procedurą kończącą proces „opieki” nad chorym. Kolejne wyzwania, jakie stoją przed lekarzami to eutanazja pacjentów psychiatrycznych, chorych z demencją. Przedstawiono także techniczne aspekty prowadzenia dokumentacji przed eutanazją, podkreślono potrzebę uzyskania opinii innego lekarza. Zapytałem wykładawcę, czy w holenderskich przepisach prawa uwzględniono możliwość zgłoszenia przez lekarza sprzeciwu sumienia w kwestii eutanazji. Okazuje się, że przepisy takiej możliwości w ogóle nie uwzględniają. A zatem w formalnie akceptującej pluralizm światopoglądowy Holandii podstawowe narzędzie prawne, jakie zapewnia wolność sumienia lekarzy w prawie eutanazyjnym nie występuje. Dr Heman powoływał się natomiast na praktykę – moim zdaniem praktyka nie oparta na przepisach prawa nie stanowi koniecznej prawnej gwarancji i może być zastąpiona inną. Samorząd holenderski przewiduje, że w dającej się przewidzieć przyszłości liczba eutanazji wzrośnie do 13 400/rocznie (czyli 1 eutanazja na 1 lekarza rodzinnego) podczas gdy szacunkowe dane określające „optymalną” liczbę eutanazji wynoszą prawie 40 000 eutanazji rocznie czyli prawie 30% wszystkich zgonów.

W trakcie kolejnych dni omawiano wiele szczegółowych kwestii – ja koncentrowałem się przede wszystkim na udziale w sesjach dotyczących tematyki medycznej i naukowej. Obecnie w Holandii działają zespoły eutanazyjne, czyli mobilne grupy, które dojeżdżają do pacjentów oczekujących eutanazji. Nowym wyzwaniem są tzw. kliniki końca życia (end-of-life clinics). Nie zastąpią one lekarzy domowych, którzy także w przyszłości będą przeprowadzać zdecydowaną większość zabiegów czynnej eutanazji. Niektóre sesje kończyły się dyskusjami okrągłego stołu, ponieważ w kolejnych dniach i podczas kolejnych sesji prezentowano doświadczenia oraz dane dotyczące eutanazji z innych krajów np.: w Belgii. Prezentowano także dane szwajcarskiej kliniki oferującej pomoc w popełnieniu samobójstwa a także doświadczenia z USA, ponieważ tam w niektórych stanach dozwolona jest pomoc w popełnieniu samobójstwa. Autorzy amerykańscy dzielili się także informacjami na temat możliwości popełniania przez obłożnie chorych samobójstwa w wyniku świadomej rezygnacji z przyjmowania płynów.

Podczas jednej z następnych sesji prof. B.D. Onwuteaka-Philipsen z Holandii przekonywała, w oparciu o zaprezentowane dane, że zagrożenie zjawiskiem tzw. równi pochyłej w przypadku eutanazji w Holandii nie występuje. Wyniki tej pracy w mojej opinii nie upoważniały do

takiego wnioskowania, ponieważ autorka popełniła szereg błędów metodologicznych. Nie była w stanie wykazać jak w ciągu ostatnich lat klasyfikowano procedury czynnej eutanazji oraz innych procedur mogących doprowadzić do śmierci pacjentów oraz nie potrafiła wybronić się od zarzutu zmiany klasyfikacji eutanazji – w Belgii zjawisko równi pochyłej występuje i niektórzy podkreślają, że różnica pomiędzy danymi holenderskimi a belgijskimi w dużym stopniu zależy od odmiennej klasyfikacji procedur. Zachęcam także do porównania przedstawionego stanowiska z treścią wykładu dr Hemana, a szczególnie szacunkowymi danymi dotyczącymi liczby przyszłych eutanazji.

W ramach przepisów eutanazyjnych w Holandii powołano także Regionalne Komisje Opiniujące, które oceniają post factum dopuszczalność dokonania czynnej eutanazji. Jak się wydaje głównym celem stworzenia tych instytucji była chęć zapewnienia społeczeństwa, że procedury eutanazyjne nie są w Holandii nadużywane. Mając duże doświadczenie w ocenie działania różnych rodzajów komisji etycznych po raz pierwszy spotkałem się z systemem komisji oceniających dopuszczalność danej aktywności już po jej wykonaniu i na podstawie opinii dostarczonej przez osoby bezpośrednio w nią zaangażowane. Z przedstawionej prezentacji wynikało, że komisje w rzeczywistości oceniały jedynie, czy procedury eutanazji zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i opierały się wyłącznie na danych dostarczonych przez lekarzy realizujących eutanazję a ich ewentualne krytyczne uwagi odnosiły się wyłącznie do kwestii naruszenia przepisów i procedur w niektórych wyjątkowych sytuacjach. Dość szokującą była wiadomość, że komisje opiniują tylko te przypadki, które sami eutanaziści zgłoszą i odniosłem wrażenie, że niezgłoszenie do komisji wykonanej eutanazji nie skutkuje żadnymi konsekwencjami dla lekarzy i personelu medycznego.

Drugiego dnia konferencji przedstawiono film pt. „The Right to Die”, mający na celu propagowanie eutanazji. Film jest klasycznym przykładem materiału promującego eutanazję, a przez to dość jednostronnego. Ciekawe, że w prezentacji uczestniczyło zaledwie kilka osób – być może dla wielu uczestników film ten był już wcześniej doskonale znany. Jestem zwolennikiem prezentowania różnorodnych punktów widzenia w tak skomplikowanych kwestiach jak sprawy poszanowania autonomii każdego człowieka w obliczu nieuleczalnych, powodujących cierpienie chorób. Warto takie dyskusje prowadzić a samorząd musi

przygotowywać się do merytorycznych dyskusji na takie właśnie tematy. Może zatem warto przedstawić ten film i przeprowadzić po jego prezentacji dyskusję na temat eutanazji.

Z dużym zainteresowaniem wysłuchałem także referatu Brytyjczyka, który już na wstępie zaznaczył, że jest agnostykiem, ale sprzeciwia się eutanazji. Kevin Youill jest autorem książki „Pomoc w samobójstwie: liberalny i humanistyczny sprzeciw przeciw jej legalizacji”. Jego krytyka eutanazji przedstawiona z kolei podczas wykładu była argumentowana w oparciu o filozofię Kierkegaarda. Autor ponadto nie kwestionuje prawa każdego człowieka do popełnienia samobójstwa, ale nie wyraża zgody na angażowanie w tę procedurę kogokolwiek innego, ponieważ legalizowanie pomocy innym ludzi przy samobójstwie zdejmuje moralne piętno z takiego działania. Nawet ciężko i obłożnie chory pacjent może zaprzestać jedzenia i picia (z innego amerykańskiego wykładu wynikało, że śmierć w wyniku odwodnienia następuje średnio po upływie kilku-kilkunastu dni).

Konferencję oceniam bardzo wysoko, przede wszystkim z uwagi na wiele niezwykle inspirujących, a czasami wręcz szokujących treści. Jedynym brakiem, jaki zauważyłem to niedostatek wykładów przedstawiających moralne wątpliwości dotyczące dopuszczalności eutanazji. W końcu procedura ta jest dozwolona jedynie w pojedynczych krajach i nadal bardzo wielu czołowych bioetyków o zróżnicowanych światopoglądach krytycznie odnosi się do w/w zagadnień.

Marek Czarkowski

Przewodniczący Ośrodka Bioetyki NRL