

---

# Opieka lekarska w chorobach otępiennych a pomoc w samobójstwie

Hans Lauter

*Nervenarzt* 2011, 82:50–56

Pomoc lekarza w samobójstwie jest w Niemczech jest ograniczona przez prawo i normy etyczne. W przypadku chorych na otępienie działania lekarza są szczególnie związane z oceną zdolności do wyrażenia woli dotyczącej decyzji o samobójstwie. Ponadto samobójcze życzenie pacjenta zdolnego do swobodnego wyrażenia woli opiera się na przewidywaniach dotyczących jego przyszłej egzystencji. Jednak kontakty lekarzy, pielęgniarek i pracowników opieki z osobami z otępieniem oraz własne doświadczenie chorych wskazuje na to, że dzięki odpowiedniej dostępności opieki paliatywnej choroba ta nie jest stanem cierpienia nie do zniesienia. Oczywiście istnieją sytuacje wyjątkowe, w których pomoc lekarska w realizacji zamiaru samobójczego wydaje się etycznie usprawiedliwiona i jest skrajnym przypadkiem opieki nad chorym. Stąd też pomoc w samobójstwie nie zawsze stoi w sprzeczności z etyką lekarską. Mimo to negatywne stanowisko niemieckiej izby lekarskiej wobec pomocy lekarskiej w samobójstwie chorych z otępieniem jest uzasadnione z uwagi na następstwa społeczne takiego postępowania. Niektóre odstępstwa od tych zasad, w przypadku indywidualnych decyzji i wyjątkowych sytuacji, mogą być usprawiedliwione, powinny jednak w przyszłości również podlegać kontroli prawnej. Bez wątpienia nie da się a priori ująć w przepisy prawne unormowań dotyczących wymaganej swobody działania lekarza w przypadku osób z otępieniem.

## Słowa kluczowe

otępienie, cierpienie nie do zniesienia, pomoc lekarska w samobójstwie, podstawy prawne, aspekty etyczne

## Trudne decyzje lekarskie dotyczące schyłku życia w chorobach otępiennych

Lekarze opiekujący się chorymi z otępieniem coraz częściej stawać będą w obliczu trudnych decyzji. I tak na przykład w razie późnych powikłań przewlekłej choroby lub podczas wystąpienia wtórnych zaburzeń somatycznych może pojawić się pytanie, czy dalsze podtrzymywanie życia jest właściwym postępowaniem terapeutycznym i czy istnieją dla niego wskazania lekarskie. Ponadto każdy chory ma prawo odrzucić propozycję zastosowania środków przedłużających życie lub zażądać wcześniejszej rezygnacji z ich stosowania, i to nie tylko na podstawie aktualnego oświadczenia woli, ale według (w Niemczech) zarządzenia dotyczącego praw pacjenta, które weszło w życie w ubiegłym roku,<sup>1</sup> także na podstawie pisemnego pełnomocnictwa dokonanego w stanie umożliwiającym podejmowanie świadomych decyzji lub, wedle niedawno ogłoszonego orzeczenia niemieckiego sądu BGH (Bundesgerichtshof)<sup>2</sup> na podstawie wiarygodnego udowodnionego ustnego oświadczenia woli, wyrażonego bezpośrednio przed rozpoznaniem choroby. Dlatego prawo do decydowania o samym sobie w przy-

padku chorych na otępienie należy respektować niezależnie od stadium choroby, w przypadku gdy zaniechanie stosowania środków podtrzymujących będzie się wiązało bezpośrednio z wystąpieniem zgonu. Jednocześnie w takich przypadkach dotyczących rezygnacji, zgodnie z wcześniejszym oświadczeniem pacjenta, z interwencji mających na celu podtrzymanie życia, często nie daje się stwierdzić z całą pewnością, czy dana osoba, dysponując aktualnymi informacjami o swoim stanie, podtrzymałaby swoją decyzję o rezygnacji z leczenia.

Trudny dylemat etyczny dotyczy lekarza przede wszystkim wtedy, gdy zostaje poproszony przez swojego pacjenta z otępieniem o pomoc w dokonaniu samobójstwa. Niedawno do poradni dla osób z otępieniem Uniwersyteckiej Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii w Monachium zgłosił się pacjent będący lekarzem, który po rozpoznaniu u niego początków choroby Alzheimera zdecydował się zakończyć życie i popełnić samobójstwo. Mimo długotrwałych i intensywnych oddziaływań psychoterapeutycznych nie udało się odwieść go od tej samodzielnie podjętej decyzji.<sup>3</sup> Pewnego dnia, po tym jak pożegnał się ze współpracownikami kliniki, popełnił samobójstwo

---

Adres do korespondencji: Prof. em. Dr. H. Lauter Beltweg 6, 80805 München, Niemcy; hanslauter@t-online.de

Konflikt interesów: brak

w domu w obecności własnych dzieci, które były pogodzone z jego nieodwracalnym życzeniem śmierci oraz zgodnie z jego życzeniem umożliwiły mu zrealizować ten zamiar. Postępowanie sądowe przeciwko członkom rodziny wszczęte w związku z tym zdarzeniem zostało zawieszono, ponieważ uwzględniając poważne życzenie śmierci zmarłego, nie można było sformułować żadnego zarzutu dotyczącego zaniechania zastosowania środków ratujących życie. Lekarze kliniki psychiatrycznej nie chcieli być prośzeni o pomoc w dokonaniu samobójstwa. Niemniej jednak nie daje się uniknąć pytania, jak mieliby się zachować, gdyby zostali o to poproszeni, oraz jak należy traktować osobę z otępieniem, jeżeli z powodu swojej choroby chce popełnić samobójstwo.

### Samobójstwo osób z otępieniem

Odsetek samobójstw wśród pacjentów z otępieniem jest znacznie wyższy, szczególnie w pierwszych 6 miesiącach po usłyszeniu rozpoznania, niż u rówieśników niedotkniętych tą chorobą.<sup>4</sup> Wobec ogólnej częstości występowania chorób otępiennych zamachy samobójcze zdarzają się jednak rzadko. Realizacja decyzji o samobójstwie podjętej jeszcze przed rozpoczęciem choroby lub w jej początkowym stadium wiąże się jednocześnie z tym, że z reguły czas między ustaleniem rozpoznania a utratą zdolności do podejmowania samodzielnych decyzji jest dość ograniczony, więc odpowiednia chwila, kiedy miałyby nastąpić realizacja pierwotnej decyzji o samobójstwie, po prostu przemija. Ponadto wiele osób pragnących popełnić samobójstwo może tego dokonać tylko z pomocą osób trzecich. W pierwszej kolejności pomocą taką służyć może lekarz, gdyż tylko on dysponuje odpowiednią wiedzą i lekami, dzięki czemu można uzyskać pożądany efekt w odpowiednich warunkach oraz uniknąć ryzyka niepowodzenia. W Niemczech dopuszczalność świadczenia pomocy lekarskiej w samobójstwie jest ograniczona regulacjami prawnymi i normami etycznymi.

W przyszłości częstość samobójstw wśród chorych na otępienie przypuszczalnie się zmieni. Wraz z poprawą wczesnej diagnostyki należy się liczyć z wydłużeniem czasu upływającego między otrzymaniem informacji o diagnozie a osiągnięciem stanu, w którym zdolność podejmowania decyzji staje się ograniczona. Taki zamiar samobójczy podjęty na początku choroby ma większą szansę powodzenia. Jednocześnie nieustanne zmiany kulturowe i hierarchii wartości przyczyniają się do coraz większej potrzeby większości ludzi, by swoje istnienie postrzegać już nie jako niezmiennie zależne od losu, ale by sprawować osobistą kontrolę nad własnym życiem i śmiercią.<sup>5</sup> Wyraża się to między innymi przyzwoleniem znacznej części społeczeństwa na to, by w przypadku osób w ciężkich, beznadziejnych stanach chorobowych, wyrażających życzenie popełnienia samobójstwa wolno było lekarzowi udzielić pomocy w jego dokonaniu. Także w wśród pracowników ochrony zdrowia zwiększa się popularność takiego poglądu. Na podstawie

wielu ankiet przeprowadzonych w środowisku lekarskim<sup>6,7</sup> wykazano, że więcej niż jedna trzecia zapytanych popiera regulację, która pozwalałaby lekarzowi udzielić pomocy w popełnieniu samobójstwa cierpiącemu na zaawansowaną nieuleczalną chorobę, jeśli sam o to poprosi. Jeżeli w przyszłości zostanie to prawnie usankcjonowane, to prawdopodobnie rozluźni to ograniczenia prawne i etyczne, które obecnie zabraniają lekarzowi pomóc w popełnieniu samobójstwa.

### Aktualny stan prawny dotyczący pomocy lekarskiej w samobójstwie

W Niemczech aktualny stan prawny dotyczący pomocy w samobójstwie pozornie wydaje się jednoznaczny. Ponieważ samobójstwo nie jest czynem karnym, współdziałanie innych także nie jest żadnym wykroczeniem. Zgodnie z obowiązującym prawem także lekarz ma prawo pomóc osobie pragnącej popełnić samobójstwo w przygotowaniu i przeprowadzeniu tego czynu, ponieważ jest on jednak zobowiązany do chronienia życia chorego, ma obowiązek przeciwdziałać śmierci pacjenta najpóźniej wtedy, gdy ten po dokonaniu zamachu samobójczego straci świadomość i w związku z tym zdolność panowania nad własnymi czynami. Takie ujęcie jest od dawna mocno krytykowane przez prawników, gdyż obowiązek lekarski obowiązywałby tylko w przypadkach, gdy samobójstwo byłoby podejmowane nie z własnej wolnej woli. Tym samym do czasu zmiany dotychczasowe orzecznictwo pozostaje nadal częścią obowiązującego prawa.<sup>8</sup>

Niezależnie od takich problemów prawnych, poważne wątpliwości etyczne dotyczą również zagadnienia pomocy lekarza w dokonaniu samobójstwa, ponieważ jego zadaniami są: zapobieganie chorobom i ich leczenie, ochrona przed przedwczesnym zgonem, uśmierzenie cierpienia związanego z chorobą i towarzyszenie podczas umierania. Ponadto właśnie niemieckie środowisko lekarskie obciążone jest tzw. hipoteką historyczną związaną z praktyką eutanazji w Trzeciej Rzeszy. W opinii niemieckiej izby lekarskiej dotyczącej problemu obecności lekarza w czasie śmierci pacjenta<sup>9</sup> stwierdzono kategorycznie, że współdziałanie lekarza w popełnieniu samobójstwa jest sprzeczne z etyką lekarską i mogłoby podlegać karze. Takie stanowisko było podkreślane w wielu wypowiedziach środowiska lekarskiego i niedawno również podczas mowy otwarcia prezesa izby lekarskiej profesora Hoppe w trakcie obchodów 113. Niemieckiego Dnia Lekarza.<sup>10</sup> Zatem w przypadku wykroczenia lekarz podejmuje ryzyko odpowiedzialności przed sądem oraz powinien się liczyć z odpowiednimi sankcjami.

### Pomoc lekarska w samobójstwie w innych krajach europejskich

Postawa niemieckiej izby lekarskiej dotycząca pomocy lekarskiej w samobójstwie różni się od praktyki stosowanej w wielu sąsiednich państwach europejskich. Wskazuje to na swoiste

i bardzo różnorodne rozwiązania, warunkowane systemem prawnym poszczególnych krajów i ich tradycją. Przywołane tu zostaną dwa przykłady.

Inaczej niż w Niemczech, ale podobnie jak w Austrii, w Holandii pomoc w popełnieniu samobójstwa jest karalna. W 2001 roku holenderski parlament zatwierdził zmiany w kodeksie karnym<sup>11</sup> kontynuując tym samym wieloletnią praktykę, iż nie podlega karze lekarz, który pomaga w popełnieniu samobójstwa lub powoduje śmierć w wyniku prośby pacjenta, gdy jego działanie spowodowane było swobodnym i przemyślanym żądaniem pacjenta. W zakresie decyzji dotyczących środka oraz odpowiedniego przeprowadzenia czynności pozycja lekarza domowego ma kluczowe znaczenie. Musi on jednak przestrzegać starannie różnych kryteriów, które podlegają kontroli niezależnych komisji regionalnych.<sup>12</sup> Od czasu orzeczenia w sprawie dr. Chabota<sup>13</sup> zakres wskazań został rozszerzony od sprowadzenia śmierci na żądanie i pomocy w dokonaniu samobójstwa także na stany związane z zaburzeniami funkcji psychicznych. Stąd też chorzy na otępienie mogą liczyć na pomoc lekarza w dokonaniu samobójstwa, jeżeli ich życzenie śmierci opiera się na dobrze przemyślanych przesłankach oraz jest od dawna wyrażane.<sup>14,15</sup> Dotychczas znane są liczne przypadki pomocy lekarskiej w samobójstwie osób będących we względnie wczesnym stadium otępienia i zdolnych do podjęcia swobodnej decyzji. Także osoby niemogące już podjąć swobodnej świadomej decyzji, znajdujące się w zaawansowanym stadium otępienia mogą skorzystać z takiej aktywnej pomocy lekarskiej, jeżeli tylko wcześniej w stanie zachowanej zdolności do podejmowania swobodnych decyzji podpiszą odpowiednie pełnomocnictwo, zgodnie z którym domagają się w razie wystąpienia otępienia lub po osiągnięciu określonego stadium choroby pomocy w dokonaniu samobójstwa lub śmierci na życzenie. Do tych życzeń lekarze przychylają się jednak w pojedynczych przypadkach.<sup>15,16</sup>

Całkiem inaczej wygląda to w Szwajcarii. Pomoc w samobójstwie jest tam prawnie dozwolona, jeżeli tylko nie wynika z pobudek związanych z osobistą korzyścią. Natomiast prowadzenie tego typu świadczeń podlega odpowiednim organizacjom zajmującym się „pomocą w umieraniu”, które co roku pomagają w dokonaniu samobójstwa około 400 osobom. Ustalanie wskazań oraz przepisywanie odpowiednich środków powodujących śmierć leży w gestii zatrudnionych przez te organizacje lekarzy. Przy czym odpowiednie wytyczne wydane przez Szwajcarską Akademię Nauk Medycznych,<sup>17</sup> utrzymują podobnie jak w opinii niemieckiej izby lekarskiej, że pomoc w dokonaniu samobójstwa nie jest częścią działalności lekarskiej. Odejście od tej zasady jest jednak respektowane jako osobista świadoma decyzja lekarza, gdy w wyjątkowej, indywidualnie rozstrzyganej sytuacji zdecyduje się udzielić pomocy w samobójstwie. Taka pozycja przede wszystkim wydaje się dwuznaczna. Należy to jednak rozumieć w ten sposób, że lekarz w takiej sytuacji nie tyle wychodzi ze swojej zawodowej roli i podąża za swoimi moralnymi przekonaniem, ile do-

konuje on wielokrotnej oceny i ostatecznie decyduje się, ze względu na szacunek dla woli chorego lub w przypadku braku alternatywnej możliwości ulżenia w cierpieniu, przypisać wyższą rangę obowiązku pomocy niż równie ważnemu celowi lekarskiemu, jak np. ochrona życia lub zapobieganie samobójstwu. Etyczna akceptacja takiej decyzji oznacza więc, że pomoc w dokonaniu samobójstwa może jednak w określonych i wyjątkowych sytuacjach należeć do legalnych działań lekarza. Szczególne wytyczne zawierają dokładne postanowienia dotyczące warunków, dzięki którym pomoc lekarza w dokonaniu samobójstwa z etycznego punktu widzenia wydaje się dopuszczalna i ogranicza takie wyjątki między innymi do chorzych, których zgon z uwagi na stan ogólny i stadium choroby nastąpi najprawdopodobniej w niedługim i dającym się przewidzieć czasie. W związku z tym w przypadku chorób otępiennych pomoc lekarza w dokonaniu samobójstwa jest całkowicie wykluczona. Ponieważ jednak pojęcie bliskości śmierci nie jest dokładnie określone, pozostaje kwestią otwartą, jak dalece taka regulacja jest przestrzegana przez organizacje pomagające w umieraniu. Zwłaszcza w przypadku organizacji Exit Deutsche Schweiz, która świadczy tego typu usługi również osobom, których przebieg choroby nie jest śmiertelny<sup>18</sup> i która udzieliła pomocy w dokonaniu samobójstwa również osobom chorym psychicznie.<sup>19,20</sup>

## Dyskusje w Niemczech

Regulacje w Holandii, Szwajcarii i niektórych sąsiednich państwach europejskich z pewnością przyczyniły się do wznowienia w Niemczech dyskusji na temat prawnych i etycznych aspektów pomocy lekarskiej w samobójstwie. Od kilku lat różne grupy społeczne czynią starania złagodzenia barier, które obecnie ograniczają dostępność pomocy lekarskiej w samobójstwie. Należy do nich propozycja niemieckiego zjazdu prawników (Deutscher Juristentag 2006) o uchyleniu orzeczenia dotyczącego gwarancji wypełniania zobowiązań lekarskich, gdy pacjent podejmuje świadomą decyzję o samobójstwie. Tego typu prawna klaryfikacja powinna usunąć przeszkody stojące na drodze komunikacji między pacjentem zdecydowanym popełnić samobójstwo a jego lekarzem prowadzącym. Tym samym chory byłby w stanie jawnie mówić o swoim zamiarze samobójczym. Nie musiałby się już więcej obawiać, że lekarz ze względu na swoje zobowiązania zostanie pociągnięty do odpowiedzialności, gdy nie zapobiegnie samobójczej śmierci pacjenta albo wręcz udzieli mu w tym pomocy.

Uchylenie orzeczenia o gwarancji wypełniania zobowiązań lekarskich w przypadku świadomego i przemyślanego działania chorego nie może jednak oznaczać, że pomoc w dokonaniu samobójstwa stanie się dostępna także dla osób, które mają dość życia, lub tych, które z powodu jakiejś psychicznej sytuacji konfliktowej zdecydują się na popełnienie samobójstwa. Muszą więc istnieć jeszcze inne warunki prawne, które tłumaczyłyby potrzebę otrzymania pomocy lekarskiej w samobój-

stwie i jednocześnie gwarantowały w odpowiednim zakresie możliwość wypełniania przez państwo obowiązku ochrony życia. Podczas niemieckiego zjazdu prawników nie tylko nie potępiono bezwzględnie asysty lekarza w samobójstwie, wskazywano raczej, że współdziałanie lekarza w samobójstwie pacjenta może być akceptowane jako „prawnie dopuszczalna i etycznie akceptowana forma towarzyszenia w umieraniu”, jeżeli chory doznaje „nieuleczalnego cierpienia, które jest nie do zniesienia i które można w wystarczającym stopniu uśmierzyć środkami medycznymi”. W chwili obecnej nie ma wspólnego stanowiska narodowej rady etyki (Nationaler Ethikrat) w sprawie dopuszczalności pomocy lekarskiej. Cześć członków tego gremium podziela jednak zdanie, że należy pozwolić lekarzom udzielać pomocy w dokonaniu samobójstwa „jeżeli tylko istnieje nieuleczalne cierpienie, które jest nie do zniesienia, a pacjent jest zdolny do podejmowania decyzji i jego życzenie śmierci, mimo udzielonego wsparcia i po odpowiednio długim namyśle, można uznać za ostateczne”.<sup>21</sup>

Powstaje pytanie, czy warunki zawarte w wymienionych propozycjach dotyczące swobodnego podejmowania decyzji o samobójstwie i dotyczące nierokującego stanu chorego oraz doświadczania przez niego cierpienia nie do zniesienia mogą być spełnione także w przypadku osób z otępieniem.

### Wolna wola w otępieniu

W kontekście podejmowania decyzji o samobójstwie przede wszystkim dokładniejszego wyjaśnienia wymaga termin wolna wola. W opinii niemieckiego zjazdu prawników przyjęto założenie, że wystarczająca jest już wyraźna, „poważna decyzja, wynikająca z okoliczności, a nie z przypuszczalnie przejściowego nastroju”. Takie porównywalnie niewielkie wymagania, powołując się na powody wyłączenia winy według § 20 i 21 kodeksu karnego (STGB), z pewnością nie są wystarczające, by w przypadku chorego z otępieniem orzec o zachowaniu autonomicznej zdolności do podejmowania decyzji, która łatwo może być upośledzona z powodu zaburzeń poznawczych lub objawów depresji wymagającej leczenia. Także we względnie rzadkich przypadkach, które wydają się odpowiadać pojęciu tzw. samobójstwa bilansowego, trudno jest oszacować, jak bardzo zamiar samobójczy i żądanie pomocy lekarskiej w dokonaniu samobójstwa wynika z dokładnego rozważenia i trwałej decyzji opartej na gruntownych przemyśleniach dotyczących choroby. W takiej ocenie, której wymaga się od lekarza, brakuje ogólnego wskaźnika mówiącego o tym, czego należy oczekiwać od osoby, która podjęła poważną decyzję o samobójstwie, jakie należy wtedy przyjąć kryteria oceny i w od jakiego momentu należałoby zaakceptować lub wolno byłoby wspierać taką decyzję.<sup>22</sup> Jeżeli tylko taka ocena w ogóle byłaby możliwa i wolna od niedopuszczalnych subiektywnych opinii, to obejmuje ona, szczególnie w przypadku chorych z otępieniem, szerokie badanie psychiatryczne z uwzględnieniem również sytuacji osobistej i kontekstu społecznego, które wpływają na decyzję chorego.

### Cierpienie nie do zniesienia?

Ponieważ w przypadku osoby z otępieniem udzielenie pomocy lekarskiej w samobójstwie zakłada zachowanie przez chorego zdolności do podejmowania decyzji, to w przypadku wyrażenia takiego życzenia pacjent powinien znajdować się jeszcze we względnie wczesnym stadium choroby. W tym okresie występować już mogą pewne zaburzenia funkcji poznawczych, które przez chorego odczuwane są jako poważne i wyjątkowo uciążliwe, jednak w żadnym razie nie mogą być one uważane za nie do zniesienia. Jeżeli pacjent mimo to stale wyraża żądanie zakończenia życia, prośba ta związana jest nie z aktualnym cierpieniem, które jest nie do zniesienia, ale z jego przewidywaniem przyszłego stanu, który jawi się mu jako beznadziejny i niewarty życia.<sup>23</sup> Takie oczekiwania są jednak obiektywnie nieuzasadnione. Doświadczenie lekarskie i pielęgniarskie dotyczące pacjentów z otępieniem w zaawansowanym stadium choroby pokazuje raczej, że taka sytuacja może wyzwolić różnorodne formy i umiejętności przystosowania, a w końcu bez względu na związane z nią ograniczenia i straty odbierana jest jako znośna i ludzka.<sup>24</sup> Tak samo jak w innych dramatycznie przebiegających chorobach neurodegeneracyjnych, w otępieniu prawie bez wyjątku wola życia ulega wzmocnieniu.<sup>25</sup> Także z bezpośrednich odpowiedzi pacjentów można się dowiedzieć, że sami chorzy na otępienie jakość swojego życia oceniają przeważnie jako bardzo dobrą lub zadowalającą.<sup>26,27</sup> Liczne zabiegi w ramach opieki paliatywnej mają na celu łagodzenie cierpienia związanego z otępieniem, należą do nich działania psychoterapeutyczne i farmakologiczne w przypadku depresji, pobudzenia lub zaburzeń zachowania, interwencje medyczne podtrzymujące życie, których zakres ustala się w porozumieniu z pacjentem, jak również troska o zachowanie znośnych warunków bytowych.<sup>28,29</sup>

Tym samym otępienie nie może być ogólnie zaliczane do stanów nieznośnego cierpienia, których nie udaje się wystarczająco złagodzić odpowiednimi metodami paliatywnymi i dla których świadczenie lekarskiej pomocy w popełnieniu samobójstwa byłoby usprawiedliwione. Dla niektórych chorych rozpoznanie otępienia oznacza jednak nieodwracalne przerwanie ciągłości biograficznego doświadczania własnej osoby i własnej integralności.<sup>23,30</sup> Akt przedwczesnego zakończenia życia może być wyrazem indywidualnego systemu wartości, do którego zalicza się również spowodowanie śmierci jako ostateczną formę ludzkiego samopotwierdzenia i ostatnią konsekwentną manifestację autonomii życiowej.<sup>31</sup> W danych okolicznościach taka świadomość pociąga za sobą potrzebę, by podczas planowania samobójstwa brać pod uwagę skorzystanie z pomocy lekarza. Naturalnie lekarz nie jest zobowiązany do uwzględnienia tego typu życzenia niezależnie od tego, czy jest ono rozsądne i jak bardzo jest ono zgodne z dobrze rozumianym interesem pacjenta. Jeżeli jednak mimo wszelkich starań i po wyczerpaniu alternatywnych form pomocy nie udaje się uniknąć samobójstwa pacjenta, w wyjątkowych

wypadkach może okazać się słuszne nieodmówienie takiej pomocy i niepozostawienie pacjenta samego w rozpaczliwej sytuacji, w której w szczególny sposób jest skazany na ludzkie współczucie i pomoc lekarską.

### Podstawy etyki lekarskiej

Nawet jeżeli z prawnego punktu widzenia i z zastrzeżeniem szczególnych okoliczności *de lege lata* lub przynajmniej *de lege ferenda* nic nie stoi na przeszkodzie, by lekarz udzielił pomocy w samobójstwie, wolno jest mu w zgodzie ze sztuką lekarską podejmować własne decyzje i odmówić wykonania czynności z pogranicza prawa. Duttge<sup>8</sup> z prawniczego punktu widzenia wskazuje na to, że system prawny i etyka lekarska są dwoma różnymi systemami normatywnymi, które się wzajemnie uzupełniają lub inspirują, a każdy z nich obowiązuje w określonym zakresie, dopóki któryś z nich nie ingeruje w obszar drugiego. Tak jak etyką lekarską trudno usprawiedliwiać czyny zabronione przez prawo, podobnie przepisami prawnymi ciężko ustanawiać to, co z punktu widzenia etyki lekarskiej wydaje się uzasadnione.

Właśnie z wymienionych powodów w przypadku chorób otępiennych istnieją podstawy do bezwzględnej krytyki świadczenia pomocy lekarskiej w samobójstwie. Takie czynności stanowią naruszenie standardów etycznych, mówiących o tym, że lekarzowi nie wolno celowo spowodować śmierci pacjenta ani brać udziału w żadnym tego typu wydarzeniu. Nawet jeśli ostateczne posunięcie dokonane zostaje przez osobę pragnącą umrzeć, to pomoc lekarza służy temu samemu celowi, a mianowicie spowodowaniu śmierci. Tym samym lekarz nie tylko przychylił się do opinii osoby pragnącej popełnić samobójstwo, że z otępieniem nie warto żyć, ale musi być gotowy na związane z tym konsekwencje, gdyż jest to sprzeczne z ideą ochrony życia, która jest bezwarunkowym obowiązkiem lekarza.

Do tych deontologicznych argumentów dochodzi również szereg rozważań dotyczących konsekwencji. Prawne przyzwolenie dla świadczenia pomocy lekarskiej w samobójstwie stałoby się równią pochyłą i prawdopodobnie spowodowałoby znaczne zmniejszenie dystansu między zamiarem a realizacją czynu samobójczego. Prawo do pomocy lekarza w celu przerwania życia może sprawić, że chory będzie odczuwał obowiązek moralny, by oszczędzić swoim bliskim i społeczeństwu obciążenia emocjonalnego i innych ciężarów związanych z długotrwałą opieką. Pacjent nie byłby już więcej pewny, czy lekarz, który udziela pomocy w samobójstwie, stosuje odpowiednio zaawansowane inne środki mające na celu uśmierzenie cierpienia pacjenta i z wymaganą troską stara się przedłużyć jego życie. Lekarz udzielający pomocy w samobójstwie może być łatwo wykorzystany do celów mających zmniejszyć koszty leczenia i opieki w interesie społeczeństwa. Jeżeli pomoc w dokonaniu samobójstwa zostanie włączona w zakres jego świadczeń, pojawi się niebezpieczeństwo, że obszar wskazań dla tego typu środka rozszerzy się

poza grupę pacjentów z otępieniem lub osób śmiertelnie chorych. W końcu trudno byłoby odmówić „śmierci na żądanie” osobie z otępieniem, która chce umrzeć, ale nie jest już w stanie samodzielnie popełnić samobójstwa. Wraz z akceptacją świadczeń pomocy lekarskiej w samobójstwie przypuszczalnie droga dla społecznego przyzwolenia dla czynnej eutanazji zostałaby otwarta.

### Za i przeciw regulacjom dotyczącym stanów wyjątkowych

Kategoryczna krytyka niemieckiej izby lekarskiej wobec pomocy lekarskiej w samobójstwie powołuje się na tradycję hipokratejską, która od wieków określa sposób rozumienia zawodu lekarza oraz fatalne doświadczenia czasów narodowego socjalizmu. Etyka lekarska nie jest jednak żadną niezmienną doktryną, która nie bierze pod uwagę realiów.<sup>8</sup> Co więcej, standardy etyczne rozwijały się zawsze pod wpływem doświadczeń praktyki medycznej, którym zagrażają skostnienie oraz utrata wiarygodności, jeżeli nie są stale poddawane weryfikacji.

Ma się rozumieć, że do zadań lekarzy należy pomoc ludziom w pokonywaniu trudności związanych z chorobą i sytuacjami kryzysowymi oraz przeciwdziałanie w najmocniej jak się da planom samobójczym. Nie da się jednak obstawać przy tym, że pomoc lekarska w samobójstwie w każdym przypadku jest nie do pogodzenia z obowiązkami lekarza. W szczególnych sytuacjach może nawet należeć do jego właściwych zadań. Także wśród chorych z otępieniem znajdują się pacjenci, których zamiar popełnienia samobójstwa jest uprzejmy i niezmienny, a w przypadku braku pomocy lekarskiej istnieje ryzyko wystąpienia ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Samobójstwo dokonane za pomocą nieodpowiednich środków zostawia często długotrwały ślad w psychice bliskich i innych osób, które bezpośrednio miały kontakt z takim wydarzeniem. Pomoc lekarska w spełnieniu zamiaru samobójczego może z tego powodu, przynajmniej w niektórych pojedynczych przypadkach być uzasadniona moralnie i stanowić przykład skrajnej opieki lekarskiej. Lekarz przejmuje przy tym współodpowiedzialność dotyczącą takiego wydarzenia. Ostateczna decyzja o realizacji zamiaru samobójczego pozostaje natomiast w rękach osoby pragnącej umrzeć. W niektórych przypadkach pacjentom wystarczy już tylko przepisanie odpowiednich leków lub informacja o dostępności pomocy lekarskiej, by odsunąć termin czynu lub całkowicie go zaniechać. Poza tym nie może być wątpliwości co do aktualnie wyrażonego życzenia śmierci przez chorego zdolnego do podejmowania decyzji. Nie zawsze tak się dzieje w przypadku pacjentów, którzy oświadczenie o zaniechaniu leczenia złożyli wcześniej lub w formie ustnej.

Mimo że w przypadku zaburzeń otępiennych próba samobójcza wydaje się moralnie usprawiedliwiona, powstaje naturalna potrzeba określenia możliwie jak najdokładniej obszaru

swobodnego działania lekarza. Jak jednak pokazują doświadczenia z Holandii i Szwajcarii określenie takich warunków dopuszczających niesie za sobą ryzyko nieuchronnego pojawienia się pewnych niejasności, które staną się celem nadużyć, poszerzenia albo przesunięcia zakresu wskazań. Każda próba kodyfikacji wyjątkowych złożonych warunków dopuszczających możliwość podjęcia indywidualnej decyzji o pomocy lekarskiej w samobójstwie w otępieniu mogłaby być powodem mylnego rozumienia, że tego typu środek jest jedną ze zwykłych czynności lekarskich. Mogłoby to stwarzać pozory, że chodzi tu o pewną propozycję, która może być wykorzystana, gdy będzie taka potrzeba.

Dla porównania, niechętna postawa związku lekarzy ma tę przewagę, że jest jednomyślna. Uwzględni ona wpływ etycznego przyzwolenia na świadczenie pomocy lekarskiej w samobójstwie w kontekście do prawa ochrony życia, zależności między lekarzem a pacjentem oraz solidarności społecznej wobec nieuleczalnie chorych i trwale niepełnosprawnych. Z tego powodu prawna krytyka świadczenia pomocy lekarskiej w samobójstwie jest uzasadniona również wtedy, gdy nie można jej uzasadnić zarzutem jednoznacznego wykroczenia wobec etyki lekarskiej. Prawdopodobnie w niedługim czasie unormowania niemieckiej izby lekarskiej dotyczące problemu towarzyszenia w umieraniu poddane zostaną nowelizacji związanej z pozostawieniem lekarzom w przypadkach zaistnienia trudnych skrajnych sytuacji większej swobody działania bez potrzeby przekraczania granic zasad zawodowych i etycznych. Obecne ujęcie tych norm również nie zdejmuje z lekarza odpowiedzialności. Lekarz, który zdecyduje się na taki czyn, musi oczywiście umieć go wystarczająco umotywić i usprawiedliwić zarówno przed sobą, jak i innymi. Dotyczy to w pewnych okolicznościach również zaakceptowania pojawienia się sankcji prawnych.

Podsumowując te rozważania, należy podkreślić, że nie udało się znaleźć jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące etycznej dopuszczalności pomocy lekarza w samobójstwie chorych na otępienie. W przypadku niektórych psychiatrów każde naruszenie obowiązku zapobiegania samobójstwu jest postrzegane jako sprzeniewierzenie się wartościom lekarskim. Inni uznają natomiast, że odstępstwo od tych zasad w pewnych okolicznościach może wynikać z bardzo bliskiej relacji między lekarzem a pacjentem. Zagadnienie samobójstwa konfrontuje nas zawsze z ambiwalencją związaną z pojęciem ludzkiej wolności.<sup>32</sup> Wobec takiej aporii i biorąc pod uwagę koncepcję eutanazji jest tym bardziej istotne, aby intensywnymi zabiegami paliatywnymi walczyć z lękiem przed otępieniem i związanym z nim zagrożeniem samobójstwem oraz przeciwdziałać negatywnym skojarzeniom, które w opinii publicznej wiążą się z tą chorobą.

© Springer Medizin Verlag 2010. This article Ärztliche Suizidassistenten bei Demenzerkrankungen? by H. Lauter is translated and reproduced with permission from Springer.

## Piśmiennictwo

1. Deutscher Bundestag (2009) Gesetzesbeschluss vom 19.06.2009. Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. BR-Drs. 593/09 [http://www.bundesrat.de/cdn\\_099/SharedDocs/Drucksachen/2009/0501-600/593-09/593-09.pdf](http://www.bundesrat.de/cdn_099/SharedDocs/Drucksachen/2009/0501-600/593-09/593-09.pdf)
2. Bundesgerichtshof (2010) Urteil des 2. Strafsenats vom 25.06.2010 – 2 StR 454/09
3. Hartmann J, Förstl H, Kurz A (2009) Suizid bei beginnender Demenz. Medizinische und ethische Fragen. *Z Med Ethik* 55:343–350
4. Erlangsen A, Zarit SH, Conwell Y (2008) Hospital diagnosed dementia and suicide: a longitudinal study using prospective, nationwide register data. *Am J Geriatr Psychiatry* 16:220–228
5. Gronemeyer R (2008) Sterben in Deutschland. Fischer Taschenbuch 18151
6. Der Spiegel (2008) Umfrage des Meinungsforschungsinstituts TNS Healthcare, 22.11.2008
7. Müller-Busch HC, Klaschik E, Woskanjan S (2004) Palliativmedizin – eine Alternative zur aktiven Euthanasie. Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zu verschiedenen Formen der Sterbehilfe. *Dtsch Arztebl* 16A:1077–1078
8. Duttge G (2009) Der assistierte Suizid aus rechtlicher Sicht. *Z Med Ethik* 55:257–270
9. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Arztebl* 101(19A):1298–1299. <http://www.bundesaeztekammer.de/30Richtlinien/EmpfPfdx/Sterbebegleitung2004/index.html>
10. Bundesärztekammer (2010) Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe zur Eröffnung des 113. Deutschen Ärztetages in Dresden am 11. Mai 2010. <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.2.6578.8228>
11. Niederländisches Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung (2002) Deutsche Übersetzung des Gesetzestextes. <http://www.dgpalliativmedizin.de>
12. Regional euthanasia review committees (2009) Annual report. <http://www.toetsingscommissies euthanasie.nl>
13. Fuchs T, Lauter H (1997) Der Fall Chabot – Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht. *Nervenarzt* 68:878–883
14. Berghmans RLP (1999) Ethics of end-of-life decisions in cases of dementia. Views of the Royal Dutch Medical Association with some critical comments. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 13:91–95
15. Hertogh CMPM, Boer ME de, Dröes RM, Eefsting JA (2006) Would we rather lose our life than lose our self? Lessons from the Dutch debate on euthanasia for patients with dementia. *Am J Bioeth* 7:48–56
16. Delden JJM van (2004) The unfeasibility of requests for euthanasia in advance directives. *J Med Ethics* 30:447–452
17. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004) Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. <http://www.samw.ch/de/Ethik/Lebensende.html>
18. Fischer S, Huber CA, Imhof L et al (2008) Suicide assisted by two right-to-die organisations. *J Med Ethics* 34:810–814
19. Frei A, Hoffmann-Richter U, Bullinger A, Finzen A (1997) Begleiteter Suizid nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. *Nervenarzt* 68:903–906
20. Strnad J, Grosjean S, Schüpbach B, Bahr M (1999) Suizide in der stationären Psychiatrie unter Beihilfe einer Sterbehilfevereinigung. *Nervenarzt* 70:645–649
21. Nationaler Ethikrat (2006) Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende
22. Vollmann J, Kühl KP, Tilmann A et al (2004) Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen. *Nervenarzt* 75:29–35
23. Berghmans RLP (2010) Dementia and end-of-life decisions: ethical issues – a perspective from the Netherlands. In: Helmchen H, Sartorius N (Hrsg) *Ethics in psychiatry – European contributions*. Springer, S 401–420
24. Ciompi L (2006) Altersgedanken zu Tod und Sterben. *Schweiz Arzteztz* 87, (51/52): 2219–2221
25. Förstl H (2008) Lebenswille statt Euthanasie. *Dtsch Arztebl* 105(23):395–396
26. Boer ME de, Hertogh CMPM, Dröes RM et al (2007) Suffering from dementia – the patient's perspective: a review of the literature. *Int Psychogeriatr* 19:1021–1039
27. Dröes RM (2007) Insight in coping with dementia: listening to the voice of those who suffer from it. *Aging Ment Health* 11:115–118
28. Kitwood T (1997) Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Hans Huber, Bern
29. Post SG (1995) The moral challenge of Alzheimer disease. Johns Hopkins Univ Press, Baltimore London
30. Hartogh G den (2000) Euthanasia. Reflections on the Dutch discussion. *Ann NY Acad Sci* 913:174–187
31. Müller-Busch HC (2001) Freiheit zum Tod und Grenzen ärztlicher Hilfe zum Sterben. *Berl Medizinethisch Schrift* 46, Humanitas
32. Bormuth M (2008) Ambivalenz der Freiheit. Suizidales Denken im 20. Jahrhundert. Wallstein

Zalecane piśmiennictwo na str. 22