

Analiza & Egzystencja

czasopismo filozoficzne

POCZĄTEK I KONIEC ŻYCIA

Tom pod redakcją

Anny Alichniewicz i Moniki Michałowskiej

AiE&V

42

2018

Uniwersytet Szczeciński

Rada Naukowa – Arianna Betti (Vrije Universiteit Amsterdam, Netherlands), Piotr Bołtuć (University of Illinois, Springfield, USA), Arkadiusz Chrudzimski (Uniwersytet Szczeciński), Józef Dębowski (Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn), Adam Drozdek (Duquesne University, USA), Piotr Gutowski (Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin), Stanisław Judycki (Uniwersytet Gdański), Andrzej Klawiter (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań), Dariusz Łukasiewicz (Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz), Josef Moural (Usti nad Labem, Czech Republic), Zbysław Muszyński (Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin), Robert Piłat (Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa), Roger Pouivet (Université de Lorraine, France), Alexander Pruss (Baylor University, USA), Andrzej Przyłębski (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań), Włodek Rabinowicz (Lund University, Sweden), John Skorupski (University of St Andrews, UK), Marek Szulakiewicz (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń), Jerzy Szymura (Uniwersytet Jagielloński, Kraków), Monika Walczak (Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin), Urszula Zegleń (Uniwersytet im. Mikołaja Kopernika, Toruń)

Lista recenzentów dostępna jest na stronie: wnus.edu.pl

Redaktor naczelna – Renata Ziemińska (Uniwersytet Szczeciński)

Komitet redakcyjny – Mirosław Rutkowski (Uniwersytet Szczeciński),
Adriana Schetz (Uniwersytet Szczeciński), Tadeusz Szubka (Uniwersytet Szczeciński)

Sekretarz redakcji – Katarzyna Szymańska

Redakcja tomu – Anna Alichniewicz (Uniwersytet Medyczny w Łodzi),
Monika Michałowska (Uniwersytet Medyczny w Łodzi)

Adres Redakcji – Instytut Filozofii Uniwersytetu Szczecińskiego
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 71, e-mail: egzystencja@whus.pl

Wersja papierowa jest wersją podstawową

Elektroniczna wersja czasopisma jest dostępna na stronie: wnus.edu.pl

Czasopismo jest indeksowane w bazie CEJSH (The Central European Journal of Social Sciences and Humanities), DOAJ (Directory of Open Access Journals), CEEOL (The Central and Eastern European Online Library), ERIH PLUS (European Reference Index for the Humanities), SCOPUS oraz BazHum

Redaktor językowy – Joanna Sygit

Korektor – Ewelina Piotrowska

Skład komputerowy – Iwona Mazurkiewicz-Jamrozik

Projekt okładki – Michał Starczewski

© Copyright by Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2018

ISSN 1734-9923

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIwersytetu SZCZECIŃSKIEGO

Wydanie I. Ark. wyd. 8,0. Ark. druk. 9,0. Format A5. Nakład 67 egz.

SPIS TREŚCI

Alan J. Kearns, Bert Gordijn, <i>Withholding and Withdrawing Life-Saving Treatment: Ordinary/Extraordinary Means, Autonomy & Futility</i>	5
Piotr Grzegorz Nowak, <i>Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia. O nadrzędności neurologicznego kryterium śmierci nad krążeniowym – kwestie regulacyjne</i>	35
Piotr Grzegorz Nowak, <i>Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia. O nadrzędności neurologicznego kryterium śmierci nad krążeniowym – kwestie filozoficzne</i>	55
Monika Michałowska, Joanna Turek, <i>Strategie argumentacyjne w debacie dotyczącej etycznych aspektów dopuszczalności donacji mitochondrialnej</i>	73
Bogna Wach, <i>Argumenty w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa – część I</i>	95
Bogna Wach, <i>Argumenty w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa – część II</i>	115
Anna Alichniewicz, <i>Śmierć mózgowa: kontrowersje i uzgodnienia</i>	131

CONTENTS

Alan J. Kearns, Bert Gordijn, <i>Zawieszenie i zaprzestanie leczenia ratującego życie. Zwykłe i nadzwyczajne środki, autonomia i bezskuteczność</i>	5
Piotr Grzegorz Nowak, <i>Donation after Circulatory Determination of Death. About the Precedence of Neurological Criterion of Death over Circulatory Criterion – Regulatory Issues</i>	35
Piotr Grzegorz Nowak, <i>Donation after Circulatory Determination of Death. About the Precedence of Neurological Criterion of Death over Circulatory Criterion – Philosophical Issues</i>	55
Monika Michałowska, Joanna Turek, <i>Argumentation Strategies in the Debate on Mitochondrial Donation</i>	73
Bogna Wach, <i>Arguments in the Dispute over Legalizing Euthanasia and Physician Assisted Suicide – Part I</i>	95
Bogna Wach, <i>Arguments in the Dispute over Legalizing Euthanasia and Physician Assisted Suicide – Part II</i>	115
Anna Alichniewicz, <i>Brain Death: Controversies and Agreements</i>	131

ALAN J. KEARNS*, BERT GORDIJN**

WITHHOLDING AND WITHDRAWING LIFE-SAVING
TREATMENT: ORDINARY/EXTRAORDINARY MEANS,
AUTONOMY & FUTILITY***

Keywords: balancing, extraordinary means, futility, lexical ranking, ordinary means, patient autonomy, *prima facie*, withholding and withdrawing treatment

Słowa kluczowe: równoważenie, środki nadzwyczajne, daremność, porządkowanie leksykalne, środki zwyczajne, autonomia pacjenta, *prima facie*, zaniechanie i zaprzestanie stosowania środków medycznych

* Alan J. Kearns – Dr, an Assistant Professor of Ethics at Dublin City University (DCU) in Ireland. He is also an affiliated scholar at the Institute of Ethics at DCU.

Address for correspondence: School of Theology, Philosophy, and Music, Faculty of Humanities & Social Sciences, DCU All Hallows Campus, Drumcondra, Dublin 9, Ireland. E-mail: alan.kearns@dcu.ie.

** Bert Gordijn – Professor, Director of the Institute of Ethics at Dublin City University in Ireland.

Address for correspondence: Institute of Ethics, School of Theology, Philosophy, and Music, Faculty of Humanities & Social Sciences, DCU All Hallows Campus, Drumcondra, Dublin 9, Ireland. E-mail: bert.gordijn@dcu.ie.

*** Funding EU ERASMUS+ Programme – Agreement No. 2015-1-MT01-KA203-003728: Harmonisation and Dissemination of Best Practice – Educating and alleviating the concerns of Health Care Professionals on the proper practice of end of life care (ENDCARE).

Introduction

The issue of the limits of medical interventions has intensified with technology and science constantly pushing the boundaries of the delivery of medical care in general and the preservation and prolongation of life in particular. The application of breakthroughs in medical science and technology in health care often generates new moral issues and turbulent experiences for families and health care providers especially in situations where patients are left in less than ideal quality of life states. There can be a genuine conflict on the part of the physicians as to whether to withhold or withdraw medical interventions. For patients it can be difficult to decide whether to accept certain treatments especially if such decisions may lead to the conclusion of their lives. All the decisions may spark strong reactions from those who are centrally involved in providing care and medical treatments as well as for family members. Ethically speaking, it is generally accepted that there are limits to using medical interventions. The question, however, is by what principles¹ are these limits to be set.

In ethical discussions about withholding and withdrawing life-saving treatments, three main principles can be identified: 1) the principle of ordinary and extraordinary means, 2) the principle of respect for patient autonomy and 3) the principle of futility. These principles can be employed to provide normative direction on where the obligation might lie when deciding to use or forego treatment, especially in the context of emerging new technologies, medical science and biological knowledge. However, each principle sets forth different obligations. For example, with the principle of ordinary and extraordinary means there is an obligation to use treatments that are deemed to be “ordinary”, whereas there is a moral option to use treatments that are deemed to be “extraordinary”. With the principle of respect for patient autonomy, there is the obligation to uphold the patient’s right to self-determination and the patient’s right to refuse treatments, even if they are “ordinary”. Finally, with the principle of futility there is an obligation not to offer treatments that are deemed to be ineffective regardless of whether they are “ordinary” or “extraordinary” or whether a competent and informed

¹ For the purpose of this paper, we accept that a principle can be understood to be “[...] a fundamental standard of conduct from which many other moral standards and judgments draw support for their defense and standing” (Beauchamp, 2003, p. 17).

patient autonomously demands it. Hence conflicts can arise, and the question of which principle should take precedence becomes pressing.

This paper firstly examines the specific aspects of these three principles. Secondly, it outlines the possible conflicts emerging from the interface between the principles. Thirdly, after outlining well-established approaches to deciding between ethical principles, Veatch's mixed strategy of balancing and lexical ordering is applied to the principles of ordinary and extraordinary means, respect for patient autonomy and futility. Although finding a resolution between conflicting principles is never easy, the position of this paper is that this mixed strategy of balancing and lexical ranking provides a useful approach to navigate and advance discussions regarding the ethical obligations regarding withholding and withdrawing life-saving treatments.

The Principle of Ordinary and Extraordinary Means

The principle of ordinary and extraordinary means has greatly influenced the Catholic theological tradition in terms of how it reflects on the issue of preserving and prolonging life and is well established (Panicola, 2001, p. 16; Bedford, 2011, p. 107). The principle has provided normative direction about obligations regarding withholding and withdrawing treatments for a quinqucentenary (Clark, 2006, p. 43; also see Zientek, 2006, p. 67). The prime function of the principle is to enable people to discern when it is morally obligatory to start or to continue a medical treatment and when it is morally justifiable to refuse or discontinue a treatment even if this would lead to death.² The principle of ordinary and extraordinary means has also influenced how health care practitioners *do* ethics in end of life situations and has been used by judges in court rulings (Buchanan, 1978, p. 387; Lynn

² The location of the historical genesis of this principle lies mainly with 16th Century Catholic theologians, Francisco De Vitoria (1486–1546), Domingo Soto (1494–1560), Domingo Bañez (1528–1604) and Juan Cardinal De Lugo (1583–1660), whose contributions helped to shape our present-day understanding (Clark, 2006, pp. 50–51). These moral theologians from the School of Salamanca are generally accredited with originally using the terms 'ordinary' and 'extraordinary' in discussions on the preserving life (Calipari, 2004, p. 391). Bañez, in particular, coined the terminology of ordinary and extraordinary means (Gillon, 1986a, p. 259).

and Childress, 1983, p. 19). It is recognized that the principle is employed in non-religious discussions and policies as well (Kelly, Magill and Have, 2013, p. 126). The principle of ordinary and extraordinary means primarily aims to guide patients on the moral obligation to undergo treatments. At the same time, it is a principle that is also there to guide physicians and other health care professionals on their obligation to provide treatments (see Cronin, 1989, p. 127).

There has been an impressive amount of scholarship on the principle of ordinary and extraordinary means (e.g. Cronin, 1989, pp. 1–145; Kelly, 1950, pp. 203–220; Kelly, 1951, pp. 550–556; Kelly, 1958; McCartney, 1980, pp. 215–224; Sullivan, 2007, pp. 386–397; Wildes, 1996, pp. 500–512). At the heart of the principle is the idea that if the potential burdens of a proposed treatment were disproportionate in terms of the overall possible benefits to the patient, it could be deemed extraordinary as a means. In that case there would be no moral obligation to start the treatment, although the patient would still be ethically allowed to undergo it. On the other hand, if the expected burdens – that would be brought about by a programme of treatment – were proportionate in terms of the anticipated benefits to the patient, then that treatment would be deemed to be ordinary as a means. Hence there would be an ethical obligation to engage with it.

Kelly and Cronin's well-established definitions of ordinary and extraordinary means are standard reference points in discussions about this principle. Kelly explains ordinary means to be "[...] all medicines, treatments, and operations, which offer a reasonable hope of benefit for the patient and which can be obtained and used without excessive expense, pain, or other inconvenience", and extraordinary means refer to "[...] all medicines, treatments, and operations, which cannot be obtained or used without excessive expense, pain, or other inconvenience, or which, if used, would not offer a reasonable hope of benefit" (Kelly, 1958, p. 129). According to Cronin (1989), ordinary means are those [...] "commonly used in given circumstances, which this individual in his present physical, psychological, and economic condition can reasonably employ with definite hope of proportionate benefit" (p. 143). Furthermore, extraordinary are "[...] those means not commonly used in given circumstances, or those means in common use which this individual in his present physical, psychological, and economic condition cannot reasonably employ, or, if he can, will not give him definite hope of proportionate benefit" (Cronin, 1989, p. 143).

The Catholic Church's Congregation for the Doctrine of the Faith's *Declaration on Euthanasia*, within the context of extraordinary means, instructs that a rejection of treatment "[...] should be considered as an acceptance of the human condition, or a wish to avoid the application of a medical procedure disproportionate to the results that can be expected, or a desire not to impose excessive expense on the family or the community" (SCDF, 1980, sec. IV). In the encyclical *Evangelium Vitae*, Pope John Paul II (1995) explains that treatments that are considered to be "aggressive" are "[...] medical procedures which no longer correspond to the real situation of the patient, either because they are by now disproportionate to any expected results or because they impose an excessive burden on the patient and his family" (sec. 65). In the United States, the *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* maintains that everyone has a moral obligation to employ means that are ordinary for the preservation of their health, once there is a reasonable hope of benefit that is not overly risky or burdensome or expensive for themselves, their family or their community (USCCB, 2009, sec. 32).

The principle of ordinary and extraordinary means is theologically inspired. It assumes that life is a divine and sacred gift and that persons have a moral obligation to look after it and to uphold it as best as they can (Bedford, 2011, p. 107; Sullivan, 2007, p. 387). The person is therefore obliged to take care of his or her life and not to deliberately end it. The taking of innocent human life is not considered to be morally licit (see Biggar, 2004, p. 18; Fischer, 2012, p. 5). For this reason, there is a moral obligation to use ordinary means of life-saving treatments in the Catholic tradition.

Once it is established that the means of treatment is deemed to be ordinary, then there is *no* moral option *but* to use it. Rejecting an ordinary means of treatment would in effect mean foregoing the obligation to take care of life. Should this rejection of ordinary means lead to death, this would be tantamount to deliberately ending life, which is ethically unacceptable in the context of the Catholic theological view. However, the obligation to preserve life is not absolute (Calipari, 2004, p. 394). The person is obliged to use means of preserving his or her life that are morally possible or physically possible (Sullivan, 2007, p. 387). The justification of being excused from the moral duty to preserve life lies in the person's lack of ability to fulfil this duty because of a physical or moral reason (e.g. because of a situation of fear or other hardship) (Sullivan, 2007, p. 387). When the person refuses

a treatment that is not beneficial, he or she is not rejecting the gift of life, they are rejecting the treatment (Meilaender, 2005, p. 69; also see Ashley, O'Rourke, 2002, p. 189).

At the bedrock of this principle lies the distinction in moral theology between positive and negative obligations. While there is a negative obligation not to intentional end innocent human life, there is a positive obligation to look after life. A negative obligation is always binding in every situation, whereas a positive obligation may always be binding but it may not be fulfillable in every situation (see Bretzke, 2013, p. 114). Sullivan (2007, p. 387) explains it in this way: that there is a general unremitting obligation to preserve life, yet the person may be discharged from this obligation in specific situations. In sum, there is no moral obligation to use extraordinary means (albeit the person can still choose it), whereas there is a moral obligation to use ordinary means.

The Principle of Respect for Patient Autonomy

Respect for patient autonomy is a key moral principle in bioethics and medical ethics (see Chandler, 2011, p. 905; Gillion, 1986b, p. 48; Stammers, 2015, p. 155; Brody, 1985, p. 380; Molyneux, 2009, p. 245). The word “autonomy” comes from the Greek *autos* and *nomos*, which, when combined, can be translated as “self-rule” (May, 1994, p. 139; Quante, 2011, p. 597; Beauchamp, Childress, 2013, p. 101; Pellegrino, 1990, p. 362). As put by Schwartz (1999), “autonomy is the authority to make decisions in accord with one’s own values, unrestrained by the values of others who do not suffer the consequences of the decision” (pp. 518–519). An autonomous act is one that is carried out with intention and understanding and is free from unduly influences that have a dominant hold over the person (Beauchamp, Childress, 2013, p. 104; also see Dooley, McCarthy, 2005, p. 3). A person can be said to be autonomous in terms of 1) deciding to carry out (or not) an act, 2) being able to decide what they want to think about, 3) being able to decide what actions to take regarding moral concerns and being able to decide on what moral beliefs to hold (Downie, Telfer, 1971, pp. 293–295).

The principle of autonomy, in essence, means that the patient’s right to self-determination should be respected (Brody, 1985, p. 380). The principle of autonomy enables the person to set forth their independence as a moral

agent (Callahan, 1984, p. 40). The principle places a normative limitation on medicine (Fagan, 2004, p. 16; Nessa, Malterud, 1998, p. 397). According to Beauchamp and Childress (2013), “to respect autonomous agents is to acknowledge their right to hold views, to make choices, and to take actions based on their values and beliefs” (p. 106). As an ethical principle, autonomy can be viewed from two perspectives of obligation – as a positive and as a negative (Beauchamp, Childress, 2013, p. 107). As a positive, the principle obliges health care practitioners to cultivate the making of autonomous decisions by patients, whereas as a negative the principle demands that the person’s actions are not to be subjected to unduly external controls from other people (Beauchamp, Childress, 2013, p. 107).

To respect the autonomy of the patient indicates that if a competent and well-informed person has decided to carry out a particular act of their own volition, this should not be impeded even if an alternative action would be more beneficial for them (Baines, 2008, p. 141). However, a common restriction that is placed on autonomy is the harm that is caused to the autonomy of another person (see Agich, 1990, p. 12; Beauchamp, 2003, p. 25; Baines, 2008, p. 141; Gillon, 1986b, p. 48; Komrad, 1983, p. 38; Pellegrino, 1990, p. 364) or if it impinges on the rights of another person (Coy, 1989, p. 827). In addition, it is pointed out that there is a distinction between respecting the moral agency of the person that is articulated in an autonomous decision and agreeing with the decision taken (Brody, 1985, pp. 380–381). In other words, we can respect a person as an autonomous moral agent without necessarily agreeing with their decisions.

From the perspective of autonomy, persons are entitled to rule or govern themselves and to refuse or give permission for a proposed medical treatment through informed consent (Newham, Hawley, 2007, p. 79). The principle of respect for patient autonomy is the bedrock on which the requirement to attain informed consent is founded (Escalante, Martin, Elting, Rubenstein, 1997, p. 275). The ascent of respect for patient autonomy and informed consent in modern health care started in clinical research after World War II with the Nuremberg Code in 1947. This document was developed in the course of the Nuremberg Trials against the backdrop of the horrific Nazi experiments performed in the concentration camps during the war. The development of a focus on autonomy together with process of attaining informed consent in medical *research* did not occur in isolation. Quite the contrary. It increasingly influenced moral thinking about the provision of medical *treatment* as well,

thereby replacing a strong tradition of paternalism that had persisted since the time of Hippocrates. For example, in the Oviedo Convention (1997), the first and only legally binding international instrument focused on human rights and biomedicine, it is clearly stated that – as a general rule – consent that is voluntarily granted and informed is a necessary requirement for any medical intervention (article 5). Similarly, UNESCO’s *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights* (2005) states that autonomy is to be respected (article 5) and that “[...] preventive, diagnostic and therapeutic medical intervention is only to be carried out with the prior, free and informed consent of the person concerned, based on adequate information” (article 6). According to these documents then informed consent is a necessary condition for any ethical medical intervention on an autonomous patient. Whether the patient has considered whether the proposed intervention is in line with any other criteria is not important. It is up to the patient to weigh the expected benefits and harms and determine whether the overall balance is *acceptable* or not. The principle of patient autonomy and these norms around informed consent in medical interventions have now been incorporated in many national legal frameworks (see Greaney, O’Mathúna, 2017, p. 83).

The Principle of Futility

Of the three principles used to decide on withholding and withdrawing treatment, futility is probably one of the oldest. The idea of futility is anticipated in the works of Hippocrates (Schneiderman, 2011, p. 124; Halliday, 1997, p. 148; Jecker, 1995, p. 288; Kasman, 2004, p. 1053; Truog, Brett, Frader, 1992, p. 1560). Although futility has had an integral relationship to medicine for a very long time, the advent of the modern concept took place in the latter part of the 1980s (Aghabarary, Nayeri, 2016, pp. 3–4; Brown, 2014, p. 39; Gómez, Meana, 2017, p. 261; Heft, Siegler, Lantos, 2000, p. 293; Schneiderman, 2011, p. 124). As a concept, futility developed as a rejoinder to the advancement of patient autonomy (Aghabarary, Nayeri, 2016, p. 4; Fontugne, 2014, p. 533; Smith II, 1995, pp. 20–21). It is one thing for an autonomous patient to have a right to refuse treatment but it is quite another to demand treatment, especially if the treating physicians consider such treatment to be ineffective (see Fontugne, 2014, p. 533; Moratti, 2009, p. 369). Just as a patient could claim a right to refuse a treatment using the

principle of respect for patient autonomy, so too could a physician claim a right to refuse or withdraw a treatment using the concept of futility (see Fontugne, 2014, p. 533; Heft, Siegler, Lantos, 2000, p. 293). Any patient demands to be treated could thus be limited by the medical judgment of the treating physician if the treatment was indeed considered to be futile. Just as the principle of autonomy has been articulated and enforced in policies in health care settings and court rulings, so too has the concept of futility (Bernat, 2005, p. 199; Gampel, 2006, p. 92; Jecker, Schneiderman, 1993, p. 156; Bailey, 2003, p. 77; Truog, Brett, Frader, 1992, p. 1560).

The principle of futility is explained by Bernat (2005) as “[...] a physician’s prognostic pronouncement that as a consequence of irretrievable illness or injury, further therapy will not improve the patient’s condition and, therefore, should not be attempted” (p. 198). The principle of futility “[...] refers to a medical determination that a therapy is worthless to the patient and, therefore, ought not to be prescribed” (Post, 1995, p. 23). According to Schneiderman (2011), futility is “[...] the unacceptable likelihood of achieving an effect that the *patient* has the capacity to appreciate as a *benefit*” (p. 125). A great deal has been written about futility. Aghabarary and Nayeri (2016) provide a comprehensive outline of various definitions and examples of futility from the literature (pp. 4–6). From this, it is clear that there is no universally agreed upon definition of the concept of futility.

The principle of futility does not only attempt to put a limit on an unfettered view of the autonomy of the patient, from the perspective of the physician and the treating team; it also attempts to guarantee certain quality standards for professional medical treatments. If a physician, in his or her professional judgment, considers the treatment to be futile, then he or she is not morally obliged to offer it, even if the autonomous patient demands it (see Gillion, 1997, p. 339; Bailey, 2004, p. 80; Bernat, 2005, p. 198). In addition, however, they should not offer futile treatment (Kelly, Magill, Have, 2013, p. 223; see Bernat, 2005, p. 199). The principle of futility can arguably be best regarded as a principle of professional ethics that bans dubious treatments.³ Not only does it protect patients, it also demarcates an area of professional

³ There is a debate about whether futility is purely a medical decision. Kelly, Magill and Have (2013), for example, make the point that: “once a treatment has been categorized as medically futile, physicians must withhold it or withdraw it, regardless of the wishes of the patient or surrogate. This is a medical decision, not an ethical one, and depends on the proper application of medical expertise” (p. 222).

autonomy of medical experts whereby they cannot be forced by anyone to apply treatments that are hard to distinguish from charlatan interventions and/or torture. The principle of futility therefore protects the professional autonomy of the treating physician.

Conflicts between Principles

Following on from the above accounts of the three principles that can be used in deciding to withhold or withdraw life-saving treatments, it is clear that each principle sets forth different obligations for patients and physicians. Each of the three principles can therefore pose challenges to the other two. For instance, if a patient autonomously wants to reject, start, stop or continue a treatment, should it matter whether it is deemed to be ordinary or extraordinary? If the treating physician deems a treatment to be futile, should it matter whether the treatment is deemed to be ordinary or whether the patient autonomously wants to start or continue it? It is clear that it would be naive to think that clashes between these three principles can always be avoided.

There are various situations in which the application of the principles can lead to conflict. First, conflicts can arise from different interpretations of one and the same principle. When assessing the impact of a programme of chemotherapy to treat a type of cancer, for example, a patient may consider it to be an extraordinary means of treatment for him or her. However, the treating physician (and others such as family members) may consider it to be an ordinary means of treatment. This does not imply that the patient's autonomy is to be simply curtailed. Even as far back as Pope Pius XII's explanation of the principle of ordinary means in 1957 to anaesthetists, it is recognised that "the doctor, in fact, has no separate or independent right where the patient is concerned. In general, he can take action only if the patient explicitly or implicitly, directly or indirectly, gives him permission" (cited in O'Rourke, Boyle, 1999, p. 280). Nonetheless, there is a problem for a physician if he or she believes that there is a moral obligation to provide a treatment and not to do so would lead to the patient's death. It may be slightly easier if it is the other way around: If the patient considered a programme of chemotherapy to be an ordinary means of treatment but the treating physician considered it to be an extraordinary means of treatment,

then the patient's decision could be seen to be heroic as they can still morally choose what others consider to be an extraordinary means of treatment.

Second, conflicts can occur from clashes between different principles. For example, there are potentially fundamental points of difference between the principle of autonomy and the principle of ordinary and extraordinary means. If the patient is autonomous – unless otherwise proven – it is up to him/her to give voluntary informed consent about authorising a programme of treatment. Therefore, if a competent patient has an autonomous right to refuse a treatment, should it matter whether the patient has weighed the prospective benefits and harms of a particular treatment in accordance with the principle of ordinary and extraordinary means? It would be up to the patient to decide whether the treatment at hand is acceptable based on the available relevant information. So the patient may still autonomously reject what is deemed to be ordinary despite the moral obligation to use it that is inherent to this principle. Once the patient understands the risks involved in not accepting the treatment and freely chooses to refuse it, there is no moral issue with this, from the perspective of autonomy at least. The patient's right to refuse treatment that is based on the principle of respect for patient autonomy does not mean the right to refuse only extraordinary means of treatment.

Likewise, with the principles of ordinary/extraordinary means and futility, it is not unlikely that the scenario could emerge in which a physician may have to struggle between deeming a treatment to be either extraordinary or futile. Brown (2014) makes the point that when a treatment is deemed to be “futile”, it has no benefit to it, whereas if the treatment is deemed to be “extraordinary”, this suggests that there might still be an element of benefit to it (p. 41). In this sense, it can be said that futility goes beyond deeming a treatment to be extraordinary (Brown, 2014, p. 41). If a treatment is deemed to be futile, then what should be done when the treatment is seen as ordinary by the patient? A treatment of chemotherapy that is assessed to be futile from a medical viewpoint could still be seen as ordinary from the perspective of the patient. The patient may believe that they have a moral obligation to use this treatment whereas for the physician he or she may be obliged not to offer it, according to his or her professional ethics. By offering a futile treatment, s/he would be allowing the patient to fulfil what they deem to be a moral obligation (or a moral choice) but, at the same time, they would be breaking a professional ethic requirement not to offer a treatment that is

not medically indicated as it is not effective therapeutically and therefore not (or no longer) appropriate.

What we are witnessing then are two reverse developments. On the part of patients, the assessments about acceptability of medical treatments have become more individualized with the ascent of the principle of autonomy. They have become less exclusively focused on the principle of ordinary and extraordinary means. On the other hand, medical assessments about acceptability of medical treatments have become less individual and more based on empirical research and discussions of effectiveness and futility of particular interventions in professional medical organizations.

Approaches to Dealing with Conflicts between Principles

If and when conflicts occur, it is important to discuss the differences and have an exchange of viewpoints and modes of reasoning between patients and physicians. Therefore an approach to adjudicating between these three principles if and when they conflict with each other would be pivotal. In this section, we outline three well-established approaches to dealing with conflicts between ethical principles. For the purpose of this examination, none of the three principles are rejected but are part of the ethical deliberation.

Hierarchical or Lexical Ranking of Principles

One approach is to have a hierarchical/lexical ranking of principles (see Paulo, 2016, p. 156; Childress, 2007, p. 28). With a hierarchical ranking, ethical principles are ordered in a kind of lexical ranking of a), b), c), etc. To take one example, Beauchamp and Childress' (2013) four principles of bioethics – beneficence, non-maleficence, autonomy and justice – could be ranked as follows a) autonomy, b) non-maleficence, c) beneficence and d) justice. In other words, the principle of autonomy would always come first, whereas considerations of non-maleficence would come second and so on in situations of conflict between principles. It would seem that some kind of rigid hierarchical ordering would provide an ideal solution to dealing with conflicts between principles as we would simply claim which principle takes priority. In the context of withholding or withdrawing treatments, the principle of respect for patient autonomy could be ranked first above the

other principles of ordinary/extraordinary means and futility. Nowadays, court rulings generally side with the principle of autonomy when adjudicating refusals of treatment decisions (Kelly, Magill, Have, 2013, pp. 141–142; also see Schneiderman, Jecker, Jonsen, 1990, p. 949).

The hierarchal ranking of the principles of ordinary/extraordinary means, respect for patient autonomy and futility is, however, problematic. It appears to go against common sense morality which indicates that in different situations different principles should apply and dominate. For example, autonomy may trump the principle of ordinary/extraordinary means when an informed and competent patient refuses treatment. However, futility trumps the principles of ordinary/extraordinary means and autonomy when there is an evidence-based medical verdict of futility. So although having a hierarchy or ranking of principles seems theoretically attractive, in practice it would not work.

Balancing of Prima Facie Principles

Paulo (2016) observes that hierarchical ranking cannot be applied to the four principles of bioethics (i.e. beneficence, non-maleficence, autonomy and justice) as they are *prima facie* (p. 156; also see Beauchamp, Childress 2013, pp. 17–24). Another approach to dealing with conflict between principles would be balancing. Balancing of principles is understood as “[...] a process of adjudicating conflicts among principles in the context of a particular case” (Beever, Brightman, 2016, p. 282). In this context, the technical term *prima facie* is used to contend that a principle has an obligatory force unless it clashes with some other one (Gillon, 1994, p. 184). W. D. Ross introduces the term *prima facie* when outlining the scenario between keeping a promise to meet a friend and preventing some harm from occurring.⁴ If I should do the latter at the expense of upholding a promise it is “[...] because I think it is the duty which is in the circumstances more of a duty” (Ross, 2002, p. 18). Keeping a promise would have been an actual duty in another set of circumstances. As Atwell explains (1978), “[...] to say that there is a *prima facie* duty to do act-token X is to say that there is an actual duty to do X provided there is no overriding *prima facie* duty to do X” (pp. 241–242).

⁴ W.D. Ross’ thesis regarding *prima facie* duties has distinguished him in the history of moral philosophy (Atwell, 1978, p. 240).

A *prima facie* duty is a conditional duty (Ross, 2002, p. 19), compared to a duty which is actual or absolute (Ross, 2002, p. 28). Ross (2002) makes the point that when we break a promise to fulfil the duty to prevent a harm, we continue to observe that keeping a promise is a *prima facie* duty and we will experience a certain level of regret about this (p. 28). With their four principles of bioethics, Beauchamp and Childress (2013) accept the Rossian difference that is made between obligations that are *prima facie* and actual (p. 15). They present beneficence, non-maleficence, autonomy and justice as *prima facie* principles that need to be balanced when they conflict (pp. 17–24; also see Dawson, Garrard, 2006, pp. 200–201; Gillon, 1994, p. 184).

A distinction is made between intuitive and deliberative balancing (Demarco, Ford, 2006, p. 491). The former refers to a balancing of principles without providing justified reasons for it, whereas the latter refers to a balancing of principles with justified reasons given (Demarco and Ford, 2006, p. 491). For Ross (2002), judgements about which *prima facie* duty is an actual duty “[...] are not logical conclusions from self-evident premises [...] judgement as to rightness of a particular act is just like the judgment as to the beauty of a particular natural object or work of art” (p. 31). Discernment of an actual duty rests on intuition (also see Thiroux, 2004, p. 65; Lillie, 1966, p. 129; Gibson, 2014, p. 84). For some, this presents a problem with attempting to decide how to balance between *prima facie* principles as that it depends too much on intuition (see Beauchamp, Childress, 2013, p. 22; Childress, 2007, p. 29; Heinrichs, 2010, p. 74; Veatch, 2012, p. 168). Veatch (1995) is critical of a solely balancing approach to dealing with conflicts between ethical principles stating that “[...] a balancing theory is nothing more than an elaborate rationale for letting preconceived prejudices rise to the surface” (p. 209).⁵ In addition, Veatch (2012) makes the point that a solely balancing approach would have to admit of the possibility that in some situations some principles may have more moral weight than others which could lead to moral conclusions that go against the moral beliefs that are important to us (p. 168). He gives the example of slavery. We may hold the moral belief that slavery is wrong because it goes against the principle of respect for the autonomy of the person. However, it is not inconceivable

⁵ Against such objections, Beauchamp and Childress (2013) put forward six conditions as a way of providing a rational justification for taking one principle in favour of another (pp. 22–23).

that when autonomy is weighed against beneficence, it could be argued that in some situations more good may be maximised by allowing slavery and therefore it could be deemed to be acceptable (Veatch, 2012, p. 168).

Mixed Strategy of Balancing and Lexical Ranking

Veatch (1995) offers a “mixed strategy” of balancing and lexical ranking⁶ of principles (p. 119). With this approach, Veatch (1995) classifies principles into two categories: consequence-maximizing and non-consequentialist (p. 200). The aforementioned bioethical principles of beneficence and nonmaleficence fall into the category of consequence-maximizing, as they are concerned with the maximization of good and minimisation of what is harmful. The principles of autonomy and justice fall into the category of non-consequentialist as they are not concerned with maximization of good and minimisation of what is harmful (Veatch, 1995, p. 200).

The mixed strategy of balancing and lexical ranking is as follows (Veatch, 1995, pp. 211–213): In the first instance, we should balance the principles which are consequence-maximizing. After that, the principles that are non-consequentialist should also be balanced. Then, the accumulated outcome of the non-consequentialist should be lexically ranked above the consequence-maximizing principles. The non-consequentialist principles take a ranking of priority above the consequence-maximizing principles. The consequence-maximizing principles are obligations that are deemed imperfect, whereas non-consequentialist principles are obligations that are deemed perfect. Should a conflict emerge between perfect obligations in a non-consequentialist set of principles, they need to be balanced.

Although this mixed strategy is not without its critics (see Mallia, 2013, pp. 19–20; Heinrichs, 2010, p. 75), our position is that it can still provide a useful approach for advancing discussion about conflicts between the principles of ordinary/extraordinary means, respect for patient autonomy

⁶ This lexical ranking is inspired by the work of Rawls (Veatch, 1995, p. 210; Paulo, 2016, p. 164). It is termed “lexical” because it is comparable to the type of grouping as found in a lexicon (Veatch, 1995, p. 210). As Veatch (2012) puts it “[...] one principle before any of the next just as in a dictionary all words starting with *a* come before any words starting with *b*” (p. 168). As will be shown, the non-consequentialist principles are ranked above the consequence-maximizing principles (Veatch, 1995, p. 210).

and futility in the context of the ethical obligations regarding withholding and withdrawing treatments.

Application of the Mixed Strategy to the Three Principles

To apply and adapt Veatch's mixed strategy of balancing and lexical ranking to the three principles, we need to first categorise the principles into consequence-maximizing and non-consequentialist.

The principle of ordinary and extraordinary means could be interpreted as both consequence-maximizing and non-consequentialist. Firstly, the principle of ordinary and extraordinary means could be interpreted as consequence-maximizing.⁷ The principle could be seen to be *consequence-focused* as it is concerned with the possible beneficial effect that a treatment could have for a particular patient, i.e. whether a treatment could have a positive impact proportionately to the present condition of the patient. Cronin (1989), referring to the 16th Century School of Salamanca original thinkers on this issue, makes the point that the means offered need to provide "[...] some *hope of beneficial result*" (p. 85). The Catholic Church's *Declaration on Euthanasia* contends that decisions about ordinary and extraordinary means would need to consider the proposed treatment, any complications, financial implications and measure such aspects with the anticipated outcomes (see SCDF 1980 sec. IV). The principle can be understood to be implicitly *maximising* as well. Referring back to Kelly's (1958) definition of ordinary means, implicit in the principle is that if there is a choice between two treatments, the patient would go for the one that offers the most in terms of a reasonable hope of benefit, one with the least impact in terms of financial cost or pain, for example. According to Clark (2006), the principle has hinged "[...] on the prudential judgment of the patient or surrogate on whether the means used offered a proportionate hope of benefit without imposing excessive burdens to the overall quality of the patient's life" (p. 44). In terms of weighing benefits and harms proportionate to the

⁷ This would be an understanding of consequence-maximising not in the strict sense of consequentialism. In line with traditional Catholic theological ethics, examining consequences would be part of the triple-font theory of act, intention and circumstances: "The circumstances, including the consequences, are secondary elements of a moral act" (Catechism of the Catholic Church, 2003, sec. 1754).

state of the patient, the patient would most likely go for the treatment that is most beneficial or least harmful or burdensome. It would seem that the principle would direct the patient to choose the treatment that, in terms of its effects, is more aligned to what is “ordinary” than what is “extraordinary”. Therefore, the principle could be interpreted as consequence-maximizing.

Secondly, the principle of ordinary and extraordinary can also be interpreted as non-consequentialist. The theological foundation of this principle – which leads to the negative obligation not to intentionally end innocent human life and to the positive obligation to preserve life as best as we can in terms of our physical and moral resources – makes it non-consequentialist as it can be seen to be a ban on patients refusing treatments that are deemed to be ordinary.

The principle of respect for patient autonomy is non-consequentialist as it is not concerned with the maximisation of a good but upholding the self-determination and self-rule of the patient. Autonomy protects and enables the patient to be an independent moral agent (see Callahan, 1984, p. 40, 41). What is at stake here is not the maximisation of their benefit but upholding their agency to set forth their wishes and to live according to their own values even if their choices would not bring complete overall benefit to them (see Baines, 2008, p. 141).

The principle of futility could also be interpreted as both consequence-maximizing and non-consequentialist. Firstly, the principle of futility could be seen to be *consequence-focused* as it is concerned with the possible effect a treatment would have on a particular patient, i.e. whether it would be effective or futile. Following Kasman (2004), a treatment is futile when it does not perform a profitable function to achieve a specific outcome for the patient concerned (p. 1053). At the same time, the principle of futility can be understood to be implicitly *maximising*: If there is a choice between two treatments – all things being equal – the physician would most likely go for the most effective or the least futile treatment. Futility, has been regarded as having a quantitative and qualitative dimension (Schneiderman, Jecker, Jonsen, 1990, p. 951). Quantitative futility pertains to the empirical probability that a proposed treatment will have little or no effect of attaining its preferred outcome. This is normally articulated in terms of the statistical success and non-success rates. Qualitative futility is focused on the benefit or value of providing a treatment to the patient even if it could successfully attain some outcome. This can be articulated in terms of whether it has

value for the patient's quality of life (Gampel, 2006, pp. 94–95; Kasman, 2004, p. 1054; Miles, 1992, p. 311; Shelton, 1998, p. 385; Schneiderman, 2011, pp. 124–126; Schneiderman, Jecker, Jonsen, 1990, pp. 951–953).⁸ Whether it be from a quantitative or a qualitative perspective, the physician would – *ceteris paribus* – go for the treatment that would produce the greatest benefits (or the least futile). Futility has also been understood as a medium through which to employ the principle of doing what is in the patient's best interest (Bailey, 2003, pp. 77–78). Therefore, the principle of futility could be interpreted as consequence-maximizing.

Secondly, the principle of futility can also be interpreted as non-consequentialist for the following reason. Supposing a patient has a viral infection and demands antibiotics as a treatment. The physician knows that antibiotics do not work against viral infections: it would be a futile medical intervention. The professional ban on offering futile treatments holds up even if the overall consequences of proving antibiotics would be better than refusing to do so, e.g. prescribing the antibiotics might benefit the patient psychologically in the sense that he or she may feel that they are “being treated”. The principle of futility would still hold that futile treatments should not be offered from a professional point of view. Once a treatment is deemed to be futile, there is a duty not to offer it as a rule of professional ethics.

By using the division between consequence-maximizing and non-consequentialist, it can be claimed that there are in fact five principles: a) the principle of ordinary and extraordinary means as *consequence-maximizing*; b) the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist*; c) the principle of autonomy as *non-consequentialist*; d) the principle of futility as *consequence-maximizing* and e) the principle of futility as *non-consequentialist*.

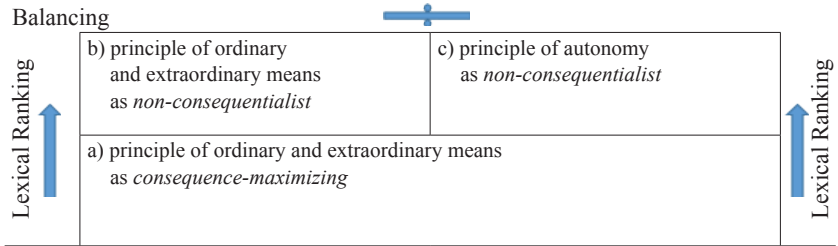
Following Veatch's (1995) mixed strategy the following would then need to be done (pp. 211–213): From the perspective of the patient, there is one consequence-maximizing principle, i.e. the principle of ordinary and extraordinary means as *consequence-maximizing*. Secondly, there are two non-consequentialist principles: the principle of ordinary and extraordinary

⁸ Quantitative futility is generally acknowledged to be incipiently found in the work of Hippocrates, whereas qualitative futility is generally acknowledged to be incipiently found in the work of Plato (Schneiderman, 2011, p. 124; Schneiderman, Jecker, Jonsen, 1990, p. 951).

means as *non-consequentialist* and the principle of autonomy as *non-consequentialist*. Both principles would need to be balanced. Thirdly, the principles that are non-consequentialist would need to be ranked above the consequence-maximizing. The principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist* and the principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* would therefore be ranked above the principle of ordinary and extraordinary means as *consequence-maximizing*. Both the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist* and the principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* can be deemed to be perfect obligations, which are co-equal. Should the two principles come into conflict with one another, they would need to be balanced. Though principles that are consequence-maximizing can never trump non-consequentialist principles on their own, Veatch (1995) contends that consequence-maximizing principles could be used as a “tie breaker” for a deadlock between two perfect duties arising from non-consequentialist principles (p. 213; Veatch, 2012, p. 170). As put by Paulo (2016), “A non-consequentialist can [...] never be overridden by a consequentialist principle alone; but the latter can serve as an intensifier to a non-consequentialist principle so that their combined force overrides the principle” (p. 164).

From the perspective of the physician, there are two consequence-maximizing principles, i.e. the principle of ordinary and extraordinary means as *consequence-maximizing* and the principle of futility as *consequence-maximizing*. Both need to be balanced. There are also three non-consequentialist principles, i.e. principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist*, principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* and the principle of futility as *non-consequentialist*. The three principles would need to be balanced as well. The principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist*, the principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* and the principle of futility as *non-consequentialist* would be ranked above the principle of ordinary and extraordinary means as *consequence-maximizing* and the principle of futility as *consequence-maximizing*. The three principles of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist*, respect for patient autonomy as *non-consequentialist* and futility as *non-consequentialist* can be deemed to be perfect obligations. Should the three principles come into conflict with one another, they would need to be balanced.

Patient's Perspective



Physician's Perspective

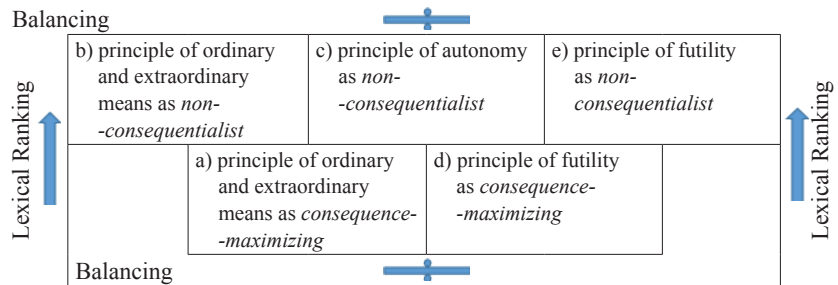


Figure 1. Patient's and physician's perspectives

Source: author's elaboration.

From the perspective of the physician, considering that futility is a principle of professional ethics, it would seem that his or her perfect obligation not to supply futile treatments could be balanced against the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist* and respect for patient autonomy as *non-consequentialist*. What we see nowadays is that the principle of futility as *non-consequentialist* does usually act as a kind of threshold principle for the others. If the treating physician declares a treatment to be futile, it would be unprofessional to offer it to the patient. So as a matter of fact, there is no treatment being offered to and to be ethically assessed by the patient. Hence the principle of futility as *non-consequentialist* tends to trump the two other non-consequentialist principles from the viewpoint of the physician. Interestingly, in the tradition of ordinary and extraordinary means there appears to be the recognition that if the physician deems a treatment to be futile, then it would be morally impossible

for him or her to provide it (see Cronin, 1989, p. 128). In addition, if there is no treatment offered, then there is no possibility of a patient autonomously accepting or rejecting it. The patient's right to self-determination does not come into question because the physician cannot offer something that is ineffective.

If the treating physician does not declare the proposed treatment to be futile, then the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist* and the principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* would need to be balanced. In cases where the principle of respect for patient autonomy as *non-consequentialist* conflicts with the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist*, e.g. when an informed and competent patient refuses an ordinary treatment, the first usually trumps the latter. Many countries have legislative frameworks at play stipulating informed consent as a necessary requirement to start medical treatments. In sum, once the principle of futility is not invoked to refuse offering a treatment, then the balance between the principle of ordinary and extraordinary means as *non-consequentialist* and respect for patient autonomy as *non-consequentialist* should be made by the patient. On the other hand, if an autonomous patient were to demand an extraordinary treatment, the physician would only be required to offer the treatment, if it were not futile. Thus autonomous patients generally have stronger entitlements to refuse treatments than to demand them.

What is fundamental to autonomy is that it “[...] holds that actions or rules tend to be right insofar as they respect the autonomous decisions of others” (Veatch, 1995, p. 202). Yet, the problem with the principle of autonomy is that it does not provide any normative guidance on how to ethically assess whether to withdraw or withhold treatment. There is no inherent moral obligation or normative direction built into autonomy for decisions regarding withholding and withdrawing treatments. As pointed out by Ten Have (2016), one of the issues about a solely autonomy-based approach is that, “as long as decisions are freely made by autonomous individuals, the substance of their decisions cannot be morally assessed” (p. 39). However, an autonomous person could choose to use elements of the principle of ordinary and extraordinary means to give him or her moral guidance on withholding and withdrawing treatment such as whether there is a reasonable hope of proportionate benefit and whether the treatment is overly burdensome. This principle does appear helpful to autonomy.

It must be remembered that Veatch's mixed approach of balancing and lexical ranking is situated in the context of a contractual model of the physician-patient partnership (Veatch, 1972; Mallia, 2013, p. 18). This contractual model should not be viewed from a purely legalistic perspective but rather should be more aligned to the religious symbolism of covenant of partnership (Veatch, 1972, p. 7). As Veatch (1972) maintains, "with the contractual relationship there is a sharing in which the physician recognizes that the patient must maintain freedom of control over his own life and destiny when significant choices are to be made" (p. 7). In addition, this contract should not be made, or should be concluded, if the physician cannot follow it from a moral perspective (Veatch, 1972, p. 7). Therefore, this will demand transparency about the "moral premises" grounding the medical deliberations, prior to and during them (Veatch, 1972, p. 7). Where possible, knowing something of what ethical principles are important for the patient and the physician in decisions about withholding or withdrawing treatment may provide a transparent moral premise from which to navigate should conflicts arise.

Conclusion

Given the developments in medical practice due to the advances in new technologies and biosciences, the three principles – ordinary and extraordinary means/autonomy/futility – that can be used to decide on withholding and withdrawing life-saving treatments will remain a point of debate for some time in ethical and medical discussions. The emergence of each principle is historically conditioned, and their theoretical underpinnings are distinct with possibly diverging moral conclusions when applied to clinical situations. Having a framework to decide between principles should they conflict is pivotal. Although finding a resolution between conflicting principles is never easy, the position of this paper is that the mixed strategy of balancing and lexical ranking provides a useful framework to navigate and advance discussions regarding the ethical obligations regarding withholding and withdrawing life-saving treatments.

References

- Aghabary, M., Nayeri, N.D. (2016). Medical Futility and its Challenges: A Review Study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 9 (11), 1–13.
- Agich, G.J. (1990). Reassessing Autonomy in Long-Term Care. *The Hastings Center Report*, 6 (20), 12–17.
- Ashley, B.M., O'Rourke, K.D. (2002). *Ethics of Health Care: An Introductory Textbook*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Atwell, J. (1978). Ross and Prima Facie Duties. *Ethics*, 3 (88), 240–249.
- Baines, P. (2008). Medical Ethics for Children: Applying the Four Principles to Paediatrics. *Journal of Medical Ethics*, 3 (34), 141–145.
- Bailey, S. (2004). The Concept of Futility in Health Care Decision Making. *Nursing Ethics*, 1 (11), 77–83.
- Beauchamp, T.L. (2003). Ethical Theory and Bioethics. In: *Contemporary Issues in Bioethics*, eds. T.L. Beauchamp, L. Walters (pp. 1–27). New York: Wadsworth.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bedford, E.L. (2011). Of Food and Water and the Obligation to Provide: John Paul II and Christian Anthropology. *Christian Bioethics*, 2 (17), 105–122.
- Beever, J., Brightman, A.O. (2016). Reflexive Principlism as an Effective Approach for Developing Ethical Reasoning in Engineering. *Science and Engineering Ethics*, 1 (22), 275–291.
- Bernat, J.L. (2005). Medical Futility: Definition, Determination, and Disputes in Critical Care. *Neurocritical Care*, 2 (2), 198–205.
- Biggar, N. (2004). *Aiming to Kill: The Ethics of Suicide and Euthanasia*. London: Darton, Longman & Todd.
- Bretzke, J.T. (2013). *Handbook of Roman Catholic Moral Terms*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Brody, H. (1985). Autonomy Revisited: Progress in Medical Ethics: Discussion Paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 5 (78), 380–387.
- Brown, G.T. (2014). Clarifying the Concept of Medical Futility. *National Catholic Bioethics Quarterly*, 1 (14), 39–46.
- Buchanan, A. (1978). Medical Paternalism. *Philosophy & Public Affairs*, 4 (7), 370–390.

- Calipari, M. (2004). The Principle of Proportionality in Therapy: Foundations and Applications Criteria. *NeuroRehabilitation*, 4 (19), 391–397.
- Callahan, D. (1984). Autonomy: A Moral Good, Not a Moral Obsession. *The Hastings Center Report*, 5 (14), 40–42.
- Catechism of the Catholic Church* (2003). Retrieved from: http://www.vatican.va/archive/ccc_css/archive/catechism/p3s1c1a4.htm.
- Chandler, J.A. (2011). ‘Obligatory Technologies’ and the Autonomy of Patients in Biomedical Ethics. *Griffith Law Review*, 4 (20), 905–930.
- Childress, J. F. (2007). Methods in Bioethics. In: *The Oxford Handbook of Bioethics*, ed. B. Steinbock (pp. 15–45). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, P. (2006). Tube Feedings and Persistent Vegetative State Patients: Ordinary or Extraordinary Means? *Christian Bioethics*, 1 (12), 43–64.
- Coy, J. (1989). Autonomy-Based Informed Consent: Ethical Implications for Patient Non-compliance. *Journal of Physical Therapy Science*, 10 (69), 826–833.
- Cronin, D.A. (1989). The Moral Law in Regard to the Ordinary and Extraordinary Means of Conserving Life. In: *Conserving Human Life*, ed. R.E. Smith (pp. 1–145). Braintree, Mass.: Pope John Center.
- Dawson, A., Garrard, E. (2006). In Defence of Moral Imperialism: Four Equal and Universal Prima Facie Principles. *Journal of Medical Ethics*, 4 (32), 200–204.
- Demarco, J.P., Ford, P.J. (2006). Balancing in Ethical Deliberation: Superior to Specification and Casuistry, *Journal of Medicine and Philosophy*, 5 (31), 483–497.
- Dooley, D., McCarthy, J. (2005). *Nursing Ethics: Irish Cases and Concerns*. Dublin: Gill & Macmillan.
- Downie, R.S., Telfer, E. (1971). Autonomy. *Philosophy*, 46 (178), 293–301.
- Escalante, C.P., Martin, C.G., Elting, L.S., Rubenstein, E. B. (1997). Medical Futility and Appropriate Medical Care in Patients whose Death is Thought to be Imminent. *Support Care Cancer*, 4 (5), 274–280.
- Fagan, A. (2004). Challenging the Bioethical Application of the Autonomy Principle within Multicultural Societies. *Journal of Applied Philosophy*, 1 (21), 15–31.
- Fischer, A. (2012). *Catholic Bioethics for a New Millennium*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Fontugne, E.A. (2014). To Treat or Not to Treat: End-Of-Life Care, Patient Autonomy, and the Responsible Practice of Medicine. *Journal of Legal Medicine*, 4 (35), 529–538.
- Gampel, E. (2006). Does Professional Autonomy Protect Medical Futility Judgments? *Bioethics*, 2 (20), 92–104.
- Gibson, K. (2014). *An Introduction to Ethics*. Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Gillon, R. (1986a). Ordinary and Extraordinary Means. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 292 (6515), 259–261.
- Gillon, R. (1986b). Where Respect for Autonomy is not the Answer. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)*, 292 (6512), 48–49.
- Gillon, R. (1994). Medical Ethics: Four Principles Plus Attention to Scope. *British Medical Journal*, 309 (6948), 184–188.
- Gillon, R. (1997). “Futility”: Too Ambiguous and Pejorative a Term? *Journal of Medical Ethics*, 6 (23), 339–340.
- Gómez, F.J.I., Meana, P.R. (2017). Is Medical Futility an Ethical or Clinical Concept? *National Catholic Bioethics Quarterly*, 2 (17), 261–273.
- Greaney, A.M., O’Mathúna, D.P. (2017). Patient Autonomy in Nursing and Healthcare Contexts. In: *Key Concepts and Issues in Nursing Ethics*, ed. P.A. Scott (pp. 83–99). Cham: Springer.
- Halliday, R. (1997). Medical Futility and the Social Context. *Journal of Medical Ethics*, 3 (23), 148–153.
- Heft, P.R., Siegler, M., Lantos, J. (2000). The Rise and Fall of the Futility Movement. *The New England Journal of Medicine*, 4 (343), 293–296.
- Heinrichs, B. (2010). Single-Principle versus Multi-Principles Approaches in Bioethics. *Journal of Applied Philosophy*, 1 (27), 72–83.
- Jecker, N.S. (1995). Medical Futility and Care of Dying Patients. *Western Journal of Medicine*, 3 (163), 281–291.
- Jecker, N.S., Schneiderman, L.J. (1993). Medical Futility: The Duty Not to Treat. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2 (2), 151–159.
- Kasman, D.L. (2004). When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 10 (19), 1053–1056.
- Kelly, G. (1950). The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life. *Theological Studies*, 2 (11), 203–220.

- Kelly, G. (1951). The Duty to Preserve Life. *Theological Studies*, 4 (12), 550–556.
- Kelly, G. (1958). *Medico-Moral Problems*. St. Louis: The Catholic Health Association of the United States and Canada.
- Kelly, D.F., Magill, G., ten Have, H., (2013). *Contemporary Catholic Health Care Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Komrad, M.S. (1983). A Defence of Medical Paternalism: Maximising Patients' Autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 9 (1), 38–44.
- Lillie, W. (1966). *An Introduction to Ethics*. London: Methuen & Co.
- Lynn, J., Childress, J.F. (1983). Must Patients Always Be Given Food and Water? *The Hastings Center Report*, 5 (13), 17–21.
- McCartney, J.J. (1980). The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology before the Karen Quinlan Case. *The Linacre Quarterly*, 3 (47), 215–224.
- Mallia, P. (2013). *The Nature of the Doctor–Patient Relationship: Health Care Principles through Phenomenology of Relationships with Patients*. Dordrecht–Heidelberg–New York–London: Springer.
- May, T. (1994). The Concept of Autonomy. *American Philosophical Quarterly*, 2 (31), 133–144.
- Meilaender, G. (2005). *Bioethics: A Primer for Christians*. Grand Rapids, MI: William B. Eerdmans.
- Miles, S.H. (1992). Medical Futility. *Law, Medicine & Health Care*, 4 (20), 310–315.
- Molyneux, D. (2009). Should Healthcare Professionals Respect Autonomy Just Because It Promotes Welfare? *Journal of Medical Ethics*, 4 (35), 245–250.
- Moratti, S. (2009). The Development of “Medical Futility”: Towards a Procedural Approach Based on the Role of the Medical Profession. *Journal of Medical Ethics*, 36, 369–37.
- Nessa, J., Malterud, K. (1998). Tell Me What’s Wrong with Me: A Discourse Analysis Approach to the Concept of Patient Autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 6 (24), 394–400.
- Newham, R.A., Hawley, G. (2007). The Relationship of Ethics to Philosophy. In: *Ethics in Clinical Practice: An Interprofessional Approach*, ed. G. Hawley (pp. 76–100). Harlow: Pearson.

- Nuremberg Code (1949). In: *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law*. Vol 2 (pp. 181–182). Retrieved from: https://www.loc.gov/rr/frd/Military_Law/pdf/NT_war-criminals_Vol-II.pdf.
- Oviedo Convention (1997). Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Oviedo, 4.IV. Retrieved from: <https://rm.coe.int/168007cf98>.
- Panicola, M. (2001). Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight. *The Hastings Center Report*, 6 (31), 14–25.
- Paulo, N. (2016). *The Confluence of Philosophy and Law in Applied Ethics*. London: Palgrave MacMillan.
- Pellegrino, E.D. (1990). The Relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 4 (24), 361–371.
- Pellegrino, E.D. (2000). Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility. In: *Life and Learning X Proceedings of the Tenth University Faculty for Life Conference*, ed. J.W. Koterski (pp. 85–110). Washington, DC: Georgetown University.
- Pellegrino, E.D., Thomasma, D.C. (1987). The Conflict between Autonomy and Beneficence in Medical Ethics: Proposal for a Resolution. *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 1 (3), 23–46.
- Pope John Paul II (1995). *Evangelium Vitae*. Retrieved from: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.
- Pope Pius XII (1999). The Prolongation of Life. In: *Medical Ethics: Sources of Catholic Teachings*, eds. K.D. O'Rourke, P. Boyle (pp. 280–281). Washington, DC: Georgetown University Press.
- Post, S.G. (1995). Baby K: Medical Futility and the Free Exercise of Religion. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 1 (23), 20–26.
- Quante, M. (2011). In Defence of Personal Autonomy. *Journal of Medical Ethics*, 10 (37), 597–600.
- Ross, W.D. (2002). *The Right and the Good*. Oxford: Oxford University Press.
- SCDF (1980). Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith. *Declaration on Euthanasia*. Retrieved from: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html.

- Schneiderman, L.J. (2011). Defining Medical Futility and Improving Medical Care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 2 (8), 123–131.
- Schneiderman, L.J., Jecker, N.S., Jonsen, A.R. (1990). Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications. *Annals of Internal Medicine*, 12 (112), 949–954.
- Schwartz, R.L. (1999). Autonomy, Futility, and the Limits of Medicine. In: *Bioethics: An Anthology*, eds. H. Kuhse, P. Singer (pp. 518–52). Oxford: Blackwell.
- Shelton, W. (1998). A Broader Look at Medical Futility. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 4 (19), 383–400.
- Smith II, G.P. (1995). Futility and the Principle of Medical Futility: Safeguarding Autonomy and the Prohibition against Cruel and Unusual Punishment. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 1 (12), 1–39.
- Stammers, T. (2015). The Evolution of Autonomy. *The New Bioethics*, 2 (21), 155–163.
- Sullivan, S. M. (2007). The Development and Nature of the Ordinary/Extraordinary Means Distinction in the Roman Catholic Tradition. *Bioethics*, 7 (21), 386–397.
- Ten Have, H. (2016). *Global Bioethics: An Introduction*. New York: Routledge.
- Thiroux, J.P. (2004). *Ethics: Theory and Practice*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Truog, R.D., Brett, A.S., Frader, J. (1992). The Problem with Futility. *The New England Journal of Medicine*, 23 (326), 1560–1564.
- UNESCO (2005). Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Retrieved from: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights/>.
- USCCB (2009). United States Conference of Catholic Bishops. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services*. Retrieved from: <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifth-edition-2009.pdf>.
- Veatch, R.M. (1972). Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *The Hastings Center Report*, 2 (3), 5–7.
- Veatch, R.M. (1995). Resolving Conflicts among Principles: Ranking, Balancing, and Specifying. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 3 (5), 199–218.
- Veatch, R.M. (2012). *The Basics of Bioethics*. Upper Saddle River, N.J: Pearson.

- Wildes, K.W. (1996). Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life. *Theological Studies*, 3 (57), 500–512.
- Zientek, D.M. (2006). The Impact of Roman Catholic Moral Theology on End-of-Life Care Under the Texas Advance Directives Act. *Christian Bioethics*, 1 (11), 65–82.

ZAWIESZENIE I ZAPRZESTANIE LECZENIA RATUJĄCEGO ŻYCIE. ZWYKŁE I NADZWYCZAJNE ŚRODKI, AUTONOMIA I BEZSKUTECZNOŚĆ

Streszczenie

W artykule zarysowano trzy zasady określające refleksję etyczną nad zaniechaniem i zaprzestaniem stosowania środków medycznych podtrzymujących życie: 1) zasadę zwyczajnych i nadzwyczajnych środków medycznych, 2) zasadę poszanowania autonomii pacjenta i 3) zasadę daremności. Gdy należy podjąć decyzję o stosowaniu albo zaniechaniu/zaprzestaniu stosowania środków medycznych, zasady te zapewniają perspektywę normatywną, służącą stwierdzeniu, jakie postępowanie jest obowiązkowe. Każda z zasad ustanawia jednak inny obowiązek, co prowadzi do konfliktu, i nagłym czyni pytanie, której z nich należy przyznać pierwszeństwo. Po naszkicowaniu powszechnie uznanych sposobów rozstrzygnięcia konfliktu zasad etycznych, zastosowano do zasad zwyczajnych i nadzwyczajnych środków medycznych, poszanowania autonomii pacjenta i daremności zaproponowaną przez Veatcha mieszaną strategię równoważenia i porządkowania leksykalnego. Przedstawiono opinię, że aczkolwiek rozwiązanie konfliktu zasad nigdy nie jest łatwe, to jednak przyjęcie mieszanej strategii równoważenia i porządkowania leksykalnego pozwala posunąć naprzód dyskusję nad obowiązkami etycznymi odnoszącymi się do zaniechania i zaprzestania stosowania środków medycznych podtrzymujących życie.

PIOTR GRZEGORZ NOWAK*

POBIERANIE NARZĄDÓW PO ZATRZYMANIU KRAŻENIA. O NADRZĘDNOŚCI NEUROLOGICZNEGO KRYTERIUM ŚMIERCI NAD KRAŻENIOWYM – KWESTIE REGULACYJNE**

Słowa kluczowe: bioetyka, etyka medyczna, prawo medyczne, transplantacja narządów, pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia, śmierć mózgu, reguła martwego dawcy

Keywords: bioethics, medical ethics, medical law, organ transplantation, donation after circulatory determination of death, brain death, dead donor rule

* Piotr Grzegorz Nowak – adiunkt w Zakładzie Badań nad Etyką Zawodową Instytutu Filozofii UJ, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, autor książki *Etyka, śmierć i transplantacje*, wydanej w 2018 r. nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego. Przedmiotem jego zainteresowań badawczych są problemy etyczne związane z przeszczepianiem i alokacją narządów oraz inne zagadnienia z zakresu etyki stosowanej.

Address for correspondence: Jagiellonian University, Department of Professional Ethics, Institute of Philosophy, Grodzka 52, 31-044 Kraków. E-mail: piotr.grzegorz.nowak@uj.edu.pl.

** Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Chciałbym serdecznie podziękować anonimowemu recenzentowi czasopisma *Analiza i Egzystencja*, którego krytyczne uwagi miały znaczący wpływ na ostateczny kształt tego artykułu i pozwoliły poprawić jakość argumentacji w nim zawartej.

Naczelna w transplantologii zasada etyczna – reguła martwego dawcy – zabrania pobierać niezbędne do życia narządy przed naturalną śmiercią dawcy (Miller, Truog, 2012, s. 113–114; Robertson, 1999; Truog, Robinson, 2003, s. 2391; Veatch, Ross, 2015, s. 39). Nic więc dziwnego, że większość narządów pobieranych do przeszczepu pochodzi od zmarłych (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 38–44). W przypadku znacznej części dawców pobranie organów następuje po stwierdzeniu tzw. śmierci mózgu¹. Jednakże w ostatnich latach coraz więcej transplantacji dokonywanych jest po stwierdzeniu śmierci za pomocą testów krążeniowych. Przykładem może być Wielka Brytania, gdzie jeszcze w 2006 roku tego rodzaju transplantacje stanowiły zaledwie 19% ogółu przeszczepień od zmarłych (Matesanz, Miranda, 2007, s. 26), a w 2016 roku już niemal połowę (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 40). Także w krajach takich jak Hiszpania, Francja czy Polska w ostatnich latach wzrósł lub pojawił się (jak w Polsce) udział tego rodzaju dawstwa². Motywem napędzającym rozpowszechnianie się przeszczepień po zatrzymaniu krążenia jest potrzeba ograniczenia niedoboru narządów, który wciąż stanowi dotkliwy problem w systemach opieki zdrowotnej wielu krajów (Ozark, DeVita, 2001, s. 168). Z wyliczeń Macieja Kosieradzkiego (2014) wynika, że gdyby przez cały 2011 rok funkcjonował w Polsce program pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia (faktycznie został on wprowadzony w 2015 roku), w samej Warszawie można by uzyskać nawet 226 nerek. Jest to imponująca liczba, wzięwszy pod uwagę, że w 2011 roku w całej Polsce

¹ „Śmierć mózgu” jest, jak pisze Bogusław Wójcik (2013, s. 307), „(...) sformułowaniem technicznym odnoszącym się do obiektywnego faktu biologicznego, którego zaistnienie stwierdza się przy użyciu określonych testów diagnostycznych”. Z tego względu znacznie lepiej tego rodzaju uszkodzenie mózgu byłoby nazywać „całkowitą niewydolnością mózgu”, jak zaproponowała President’s Council on Bioethics (2008, s. 12). To nowe określenie nie przesądza z góry, czy człowiek w stanie śmierci mózgu jest żywy, czy martwy i nie implikuje tego, że istnieją dwa rodzaje śmierci (śmierć mózgu i śmierć zwykła – zob. Bernat, 2002, s. 325), pozostawiając te kwestie do rozstrzygnięcia na gruncie filozoficznej koncepcji śmierci. Ze względu na rozpowszechnienie terminu „śmierć mózgu” zdecydowałem się jednak pozostać przy tradycyjnym nazewnictwie.

² W 2016 roku w Hiszpanii przeszczepy po zatrzymaniu krążenia stanowiły 26% transplantacji od zmarłych, we Francji 5%, a w Polsce 1%, natomiast dziesięć lat wcześniej tego rodzaju transplantacje stanowiły jedynie 5% ogółu przeszczepień od zmarłych w Hiszpanii, we Francji odbył się tylko jeden tego rodzaju zabieg, a w Polsce przeszczepy po zatrzymaniu krążenia nie były jeszcze prawnie dozwolone (Domínguez-Gil, Matesanz, 2017, s. 38, 40; Matesanz, Miranda, 2007, s. 24–26).

przeszczepiono jedynie 1039 nerek pochodzących od zmarłych dawców (Antoszkiewicz, Czewiński, 2012, s. 26).

Można wyróżnić dwa główne rodzaje dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia – dawstwo po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia oraz dawstwo po zatrzymaniu krążenia w warunkach niekontrolowanych (Veath, Ross, 2015, s. 68–69; Ozark, DeVita, 2001, s. 168–169). Do pierwszego typu zaliczają się wszystkie te sytuacje, kiedy do pobrania dochodzi po planowanym wycofaniu terapii podtrzymującej życie (np. po odłączeniu respiratora, gdy zapadnie decyzja, że w interesie pacjenta nie leży już jego użycie), natomiast pod drugą kategorię podpadają te przypadki, kiedy do zatrzymania krążenia dochodzi w niedających się przewidzieć okolicznościach, np. w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy resuscytacja zastosowana przez zespół ratowniczy lub lekarzy okaże się nieskuteczna. Poza tym ogólnym podziałem wyróżnić można także kilka bardziej szczegółowych rozróżnień. Poniżej podaję jedną ze zaktualizowanych wersji klasyfikacji dawców po zatrzymaniu krążenia, ustalonej na konferencji w Maastricht w 1995 roku:

Tabela 1. Zmodyfikowana klasyfikacja z Maastricht

Kategoria I	dawca zmarły: – IA poza szpitalem, – IB w szpitalu	nagle i niespodziewane zatrzymanie akcji serca bez podjęcia prób reanimacji przez zespół ratowniczy	niekontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria II	zatrzymanie akcji serca w obecności świadków: – IIA poza szpitalem, – IIB w szpitalu	nagle i niespodziewane zatrzymanie akcji serca, po którym zespół ratowniczy przeprowadził nieskuteczną resuscytację	niekontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria III	wycofanie terapii podtrzymującej życie	planowane wycofanie terapii podtrzymującej życie, zatrzymanie krążenia jest spodziewane	kontrolowane zatrzymanie krążenia
Kategoria IV	zatrzymanie akcji serca po stwierdzeniu śmierci mózgu	nagle zatrzymanie krążenia po diagnozie śmierci mózgu, podczas organizacji dawstwa narządów, lecz przed powstaniem planów związanych z pobraniem narządów	niekontrolowane zatrzymanie krążenia

Źródło: opracowanie własne na podstawie Thuong i in. (2016), s. 753.

Dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia wiąże się z wieloma problemami etycznymi i prawnymi, a celem tego dwuczęściowego artykułu jest przedstawienie propozycji rozwiązania części z nich. Do pierwszej grupy poruszanych tutaj zagadnień zaliczają się kwestie o charakterze prawno-regulacyjnym. Na początek skonfrontuję przedstawioną powyżej zmodyfikowaną klasyfikację z Maastricht z przepisami prawa i zastanowię się, jakiego typu dawstwo narządów po zatrzymaniu krążenia jest dopuszczalne w Polsce. W dalszej kolejności przedstawię prawne kryteria śmierci i rozważę, czy procedura pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia daje się z tej perspektywy pogodzić z regułą martwego dawcy. Innymi słowy, będzie mnie interesowało to, czy w momencie pobrania narządów dawca może być w świetle prawa uznany za zmarłego. Na tym zakończy się pierwsza z dwóch głównych części tego artykułu, natomiast jego druga część koncentrować się będzie wokół zagadnień o bardziej uniwersalnym wymiarze. Przedmiotem analiz staną się trzy główne koncepcje śmierci zakorzenione we współczesnej bioetyce. Zakończy się ona udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy pobranie narządów po zatrzymaniu krążenia następuje po śmierci dawcy, czy też jeszcze za jego życia.

Ten krótki wstęp zakończę kilkoma uwagami o charakterze terminologicznym. W literaturze dotyczącej zagadnienia śmierci rozróżnia się trzy kwestie: definicję śmierci, która ma przede wszystkim filozoficzną prowincję; kryteria śmierci, których ustalenie jest zagadnieniem filozoficzno-medycznym oraz testy kliniczne służące stwierdzeniu, czy kryteria zostały spełnione. Zaprojektowanie tych testów jest zadaniem typowo medycznym (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; DeGrazia, 2017). W tym dwuczęściowym artykule przedmiotem analiz staną się trzy definicje śmierci, nazywane przeze mnie także „koncepcjami” (zob. cz. 3) oraz dwa kryteria śmierci: kryterium neurologiczne (śmierć mózgu) oraz kryterium krążeniowe. Szczególnie interesować mnie będzie, jaki stosunek zachodzi między koncepcjami śmierci a jej kryteriami i testami służącymi potwierdzeniu, że kryteria zostały spełnione. Będę argumentował, że z perspektywy poszczególnych koncepcji filozoficznych, a także z perspektywy prawa, śmierć mózgu jest nadrzędnym w stosunku do krążeniowego kryterium śmierci. Będę także twierdził, że osoby, których śmierć jest stwierdzana na podstawie obowiązujących w Polsce testów krążeniowych, mogą być niekiedy żywe w momencie pobrania narządów. Wniosek ten jest ważny, o ile słuszna jest któraś z trzech rozpatrywanych w artykule koncepcji śmierci.

1. Rodzaje dawstwa po zatrzymaniu krążenia prawnie dopuszczalne w Polsce

W Polsce pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia stało się prawnie dopuszczalne wraz z wprowadzeniem w 2009 roku zapisu w Ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (nazywanej dalej przeze mnie ustawą transplantacyjną), wedle którego:

1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.
2. Lekarz stwierdzający zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia nie może brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której stwierdził zgon wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, kryteria i sposób stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia³.

(Ustawa, 2009, art. 9a)

Wspomniane w punkcie trzecim obwieszczenie ukazało się rok po nowelizacji ustawy transplantacyjnej, określając, kiedy dopuszczalne jest stwierdzenie śmierci na podstawie kryterium krążeniowego. Dla ustalenia typów dawstwa dopuszczalnych w Polsce kluczowe są punkty 1, 2 i 3 zawarte w części drugiej tego przepisu:

Nieodwracalne zatrzymanie krążenia można rozpoznać po spełnieniu następujących warunków:

- 1) w czasie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, prowadzonej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, obserwowano asystolię lub rozkojarzenie elektromechaniczne przez okres co najmniej 20 ostatnich minut, a w przypadku dzieci do lat dwóch przez okres co najmniej 45 ostatnich

³ Obecnie przepisy dotyczące stwierdzania śmierci zostały przeniesione do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. 1997 nr 28, poz. 152), jednakże w dniu, w którym piszę te słowa, nie wprowadzono jeszcze nowych przepisów wykonawczych dotyczących stwierdzania śmierci, w związku z czym obowiązują wciąż przepisy wydane na podstawie cytowanego artykułu z ustawy.

minut; ponadto w tym okresie nie stwierdzono palpacyjnie spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych;

2) asystolia lub rozkojarzenie elektromechaniczne oraz brak spontanicznej fali tętna na tętnicach szyjnych lub udowych utrzymywały się nieprzerwanie przez okres obserwacji trwającej co najmniej 5 minut po zakończeniu nieskutecznej resuscytacji krążeniowo-oddechowej przeprowadzonej w sposób określony w pkt 1;

3) jeżeli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem, można:

a) rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2, albo

b) rozpocząć uciskanie klatki piersiowej i wentylację zastępczą celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po zakończeniu uciskania klatki piersiowej i wentylacji zastępczej rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2⁴.

(Obwieszczenie, 2010, pkt II)

Odnosząc polskie regulacje do klasyfikacji przedstawionej w tabeli 1, łatwo dojść do wniosku, że w Polsce dopuszczalne jest pobieranie narządów od dawców podpadających pod kategorię II oraz IV. Kategoria II nie budzi wątpliwości, wzięwszy pod uwagę, że przytoczone powyżej fragmenty obwieszczenia (punkty 1 i 2) jasno określają, kiedy można stwierdzić śmierć po nieudanej resuscytacji. Kategoria IV także jest niekontrowersyjna. W końcu zakłada się, że w tych przypadkach śmierć została już poprawnie stwierdzona na podstawie testów neurologicznych. Dopuszczalne jest także pobieranie organów od pacjentów, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia w trakcie procedury stwierdzania śmierci mózgu. Zgodnie z obwieszczeniem w takich przypadkach, jeżeli do zatrzymania krążenia doszło „[...] przed wykonaniem koniecznych badań instrumentalnych i klinicznych, należy rozpocząć resuscytację krążeniowo-oddechową i w przypadku przywrócenia krążenia rozpocząć [ponownie – dop. P.G.N.] procedurę rozpoznawania śmierci mózgu [...]”, natomiast jeżeli krążenia nie uda się przywrócić, należy zacząć odliczanie 5-minutowego okresu obserwacji zatrzymania krążenia, o którym mowa w punkcie drugim obwieszczenia. Jeśli natomiast do zatrzymania krążenia doszło w trakcie stwierdzania śmierci mózgu, ale po wykonaniu badania instrumentalnego (takiego jak np. angiografia naczyń

⁴ W dalszym ciągu artykułu ten akt wykonawczy będę nazywał po prostu „obwieszczeniem”.

mózgowych lub EEG), to można od razu rozpocząć odliczanie 5-minutowego okresu obserwacji zatrzymania krążenia bez przeprowadzania resuscytacji. Ma wtedy zastosowanie punkt 3 obwieszczenia, który, jak się niebawem przekonamy, ma zresztą znacznie szersze zastosowanie. Na razie ograniczymy się do spostrzeżenia, że, odnosząc się do tego punktu, można uzasadnić dopuszczalność pobierania organów od dawców kategorii IA i IB. Zdaniem Małgorzaty Zelman i Grzegorza Michalaka (2013, s. 55) także tego rodzaju dawstwo miałyby być prawnie dopuszczalne w Polsce

W naszym kraju największe kontrowersje wzbudza kategoria III. Na stronie programu „ECMO dla Wielkopolski” można przeczytać, że pobieranie narządów, gdy do zatrzymania krążenia dochodzi w wyniku rezygnacji z terapii podtrzymującej życie, jest w Polsce niedopuszczalne. Identyczną opinię formują Zelman i Michalak (2013, s. 55), pisząc, że „*zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem nie wolno pobierać narządów od potencjalnych dawców kategorii III*” [podkr. P.G.N.] i odsyłając czytelnika w przypisie do ustawy transplantacyjnej.

Moim podstawowym celem w tej sekcji tekstu jest wykazanie, że także pobieranie narządów po rezygnacji z terapii daremnej jest w świetle polskiego prawa dopuszczalne. Po pierwsze trzeba więc zauważyć, że ani w ustawie transplantacyjnej, ani w obwieszczeniu, ani w żadnym innym akcie prawnym, wbrew temu, co piszą Zelman i Michalak, nie ma przepisów zabraniających pobierania narządów po wycofaniu leczenia podtrzymującego życie. Tymczasem Kodeks Etyki Lekarskiej reguluje, kiedy lekarz ma prawo zaprzestać takiego leczenia: „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Zapisy te brzmią dość enigmatycznie, jednakże w 2014 roku Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, poczyniło wysiłki, aby je w pewnych aspektach sprecyzować i zaostriżyć. W świetle wytycznych Towarzystwa „*prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego*” [podkr. P.G.N.] (Kübler i in., 2014, s. 230–231). Jednocześnie cytowane zalecenia definiują korzyść jako osiągnięcie przez

pacjenta takiego stanu zdrowia, który umożliwia mu opuszczenie oddziału intensywnej terapii (Kübler i in., 2014, s. 230)⁵.

Częstkowa konkluzja, jaką można wyciągnąć na tym etapie analizy prawnej jest taka, że regulacje polskich towarzystw lekarskich co najmniej dopuszczają niekiedy rezygnację z terapii podtrzymującej życie, takiej jak np. wentylacja mechaniczna (respirator) czy resuscytacja krążeniowo-oddechowa (Kübler i in., 2014, s. 229). Odnieśmy teraz ten cząstkowy wniosek do przywoływanego już punktu trzeciego obwieszczenia, w świetle którego:

3) jeżeli zatrzymanie krążenia nastąpiło w sytuacji, w której lekarz leczący stwierdził, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie zakończy się przeżyciem, można:

- a) rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2, albo
- b) rozpocząć uciskanie klatki piersiowej i wentylację zastępczą celem przygotowania organizacyjnego do cewnikowania naczyń i perfuzji narządów, a po zakończeniu uciskania klatki piersiowej i wentylacji zastępczej rozpocząć liczenie okresu, o którym mowa w pkt 2.

Z połączenia cząstkowej konkluzji oraz przytoczonego właśnie fragmentu zdaje się wynikać dopuszczalność pobierania narządów po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia. Aby to uwyraźnić, rozważmy następujący przypadek:

45-letniego mężczyznę nagle zaczyna boleć głowa, po czym traci przytomność. Przeprowadzona na oddziale ratunkowym tomografia wykazuje m.in. ciężki krwotok śródmózgowy i wklonowanie mózgu. Pacjent jest w głębokiej śpiączce. Zostaje przeprowadzona operacja, której celem jest uratowanie jego życia. Piątego dnia po przeprowadzeniu zabiegu mężczyzna wciąż pozostaje w głębokiej śpiączce, jednakże nie spełnia kryteriów, które dopuszczałyby stwierdzenie śmierci mózgu⁶.

Tego rodzaju przypadek, jeśli rokowania są niepomyślne i pacjent nie ma szans przeżycia, jest typowy dla pobrań narządów dokonywanych po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia m.in. w Stanach Zjednoczonych czy

⁵ W sprawie krytyki takiego rozumienia korzyści zob. Galewicz (2016) oraz Nowak (2016a).

⁶ Przykład ten stanowi skróconą wersję przypadku przytaczanego przez Millera i Truoga (2012, s. 99). Przywołuję go także w mojej książce, która ukaże się niebawem (Nowak, 2018).

Wielkiej Brytanii. W podobnych sytuacjach rodzina oraz lekarze pacjenta, działając w porozumieniu, dochodzą do wniosku, że dalsze leczenie ratujące życie nie może przynieść choremu żadnej korzyści, przedłużając jedynie umieranie i wystawiając pacjenta na niepotrzebne ryzyko doznania szkód, takich jak fizyczny ból lub psychologiczne cierpienie (Lynn, Childress, 2009; Szewczyk, 2016). Zasada dobroczynienia oraz nieszkodzenia, a także poszanowanie autonomii pacjenta (Beauchamp, Childres, 1997, s. 131–339), wymagają więc zakończenia próżnych wysiłków nakierowanych na podtrzymanie życia oraz zwiększenia starań o zapewnienie pacjentowi komfortu w czasie umierania, przede wszystkim poprzez zapewnienie odpowiedniej sedacji i analgezji, a także bliskości rodziny.

Niekiedy jednak na rezygnacji z terapii daremnej się nie kończy. Okazuje się bowiem, że umierający zadeklarował w przeszłości, że chce oddać po swojej śmierci narządy do przeszczepu albo też, mimo że nie złożył jednoznacznej deklaracji, to w sposób pośredni można wnioskować, że życzyłby sobie oddania narządów do przeszczepu, o czym informuje rodzinna lub inny przedstawiciel prawny w rozmowie z koordynatorem transplantacyjnym. Chory jest więc odłączany od respiratora i po chwili dochodzi u niego do zatrzymania krążenia w wyniku niewydolności oddechowej. Następnie ma miejsce okres obserwacji zatrzymania krążenia, którego trwanie może być różne w zależności od danego centrum medycznego – często jest to 5 minut. Jeśli w tym czasie nie nastąpi wznowienie akcji serca, stwierdzana jest śmierć, a lekarze przewożą zmarłego na salę operacyjną, gdzie pobierają narządy, takie jak wątrobę czy nerki (Miller, Truog, 2012, s. 99; Nowak, 2018).

W tym kontekście pojawia się pytanie, czy w podobnych okolicznościach pobranie narządów byłoby dopuszczalne z perspektywy polskiego prawa? Wziąwszy pod uwagę Kodeks Etyki Lekarskiej oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jest jasne, że odłączenie pacjenta od respiratora byłoby w Polsce przynajmniej dozwolone. Z kolei punkt trzeci obwieszczenia pozwala stwierdzić śmierć bez przeprowadzania resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jeśli zgodnie z wiedzą medyczną „nie zakończyłyby się ona przeżyciem”. Pytanie, które należy zadać, dotyczy więc tego, kiedy właściwie resuscytacja pacjenta, którego celowo odłączono od respiratora na podstawie etycznie zasadnej decyzji, nie może się zakończyć przeżyciem. Są dwie możliwości. Po pierwsze, wzięwszy pod uwagę fakt, że motywem dla rezygnacji z terapii były m.in. przewidywania lekarzy,

że użycie respiratora i tak nie uratuje życia pacjenta, a jedynie przedłuży proces umierania, oczywiście wydaje się, że zastosowanie resuscytacji nie zakończy się przeżyciem pacjenta w dłuższej perspektywie czasu. Wobec tego lekarze w przypadkach podobnych do opisanego powyżej mają prawo postąpić w Polsce dokładnie tak, jak zachowaliby się, gdyby tragiczna sytuacja miała miejsce w Stanach Zjednoczonych lub Wielkiej Brytanii – po zatrzymaniu krążenia można rozpocząć odliczanie 5 minut i jeśli akcja serca nie powróci, można przystąpić do pobrania narządów.

Dopuszczalna jest jednak także druga, zawężająca, interpretacja tego, w jakich warunkach resuscytacja krążeniowo-oddechowa nie może się zakończyć przeżyciem. Rozumowanie przebiega w ten sposób: po zatrzymaniu krążenia w wyniku rezygnacji z terapii daremnej technicznie możliwe jest przeprowadzenie resuscytacji i przywrócenie krążenia, które może następnie zostać podtrzymane jeszcze przez pewien czas, pod warunkiem ponownego podłączenia umierającego do respiratora. Takie działanie byłoby oczywiście etycznie niedopuszczalne, jednakże sam fakt, że istnieje taka możliwość, wyklucza stwierdzenie śmierci pacjenta zaraz po zatrzymaniu krążenia i odczekaniu 5 minut.

Jednakże nawet taka, jak sądzę dość kuriozalna i mało wiarygodna, interpretacja nie wyklucza zupełnie prawnej możliwości pobierania narządów po kontrolowanym zatrzymaniu krążenia w Polsce, aczkolwiek całe przedsięwzięcie musiałoby wyglądać inaczej niż w Stanach Zjednoczonych czy Wielkiej Brytanii. Możemy sobie wyobrazić, że najpierw zapadałaby decyzja o rezygnacji z terapii daremnej, następnie miałyby miejsce odłączenie respiratora i, po chwili, zatrzymanie krążenia, w dalszej kolejności zespół stwierdzający śmierć byłby zobowiązany odczekać pewien czas do momentu, aż będzie wiadomo, że zastosowanie resuscytacji i przywrócenie krążenia nie zakończy się przeżyciem, bowiem u pacjenta doszło już do śmierci mózgu. Nie wiadomo dokładnie, jaki miałby to być okres, ale zapewne powyżej 10 minut (Veatch, Ross, 2015, s. 67; Posner i in., 2007, s. 212)⁷. Gdy nastąpiłaby ta chwila, prawo wymagałoby od lekarzy odczekania jeszcze 5 minut przed podjęciem czynności związanych z pobraniem organów. Można więc spekulować, że nawet wzięwszy pod uwagę tak pokrętne rozumienie 3 punktu obwieszczenia, w kontekście rezygnacji

⁷ Z przeglądu literatury przeprowadzonego przez Dalle Ave i Bernata wynika, że śmierć mózgu może następować nawet po godzinie od zatrzymania krążenia (2017, s. 2).

z terapii daremnej, pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia mogłoby się rozpocząć w czasie, który daje realne możliwości przeprowadzenia transplantacji (Reich i in., 2009, s. 2009).

Ostateczna konkluzja tej części tekstu jest więc taka, że w Polsce już obecnie jest prawnie dopuszczalne pobieranie narządów po rezygnacji z terapii daremnej. Ogólnie biorąc, w świetle przepisów istnieje możliwość pobierania narządów od dawców wszystkich kategorii wymienionych w tabeli nr 1. W praktyce pobiera się jednak wyłącznie nerki od dawców kategorii IIA i IV (Becler, 2017).

2. Regulacje prawne dotyczące śmierci a pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia

Kluczowe dla tego artykułu pytanie dotyczy jednak nie tego, jakie kategorie dawstwa są dopuszczalne w Polsce, lecz tego, czy pobranie organów po zatrzymaniu krążenia jest przeprowadzane przy poszanowaniu reguły martwego dawcy. W tej sekcji przyjrzymy się temu zagadnieniu z perspektywy prawnoregulacyjnej.

Zgodnie z ustawą transplantacyjną (Ustawa, 2009) przed pobraniem narządów śmierć można stwierdzić albo gdy dojdzie do śmierci mózgu, albo w przypadku nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Czy jednak stosowany w Polsce program faktycznie spełnia warunki nakładane przez prawo? Ze strony internetowej „ECMO dla Wielkopolski” oraz z materiałów szkoleniowych Poltransplantu (*Podstawy...*) wynika, że standardową procedurą stosowaną po upływie 5 minut obserwacji zatrzymania krążenia jest u nas podłączenie dawcy do aparatury ECMO, czyli sztucznego płucoserca, które pozwala przywrócić krążenie utlenowanej krwi w organizmie. Jeśli jednak śmierć może być stwierdzana na podstawie kryteriów krążeniowych tylko wtedy, gdy zatrzymanie krążenia jest nieodwracalne (a przecież tytuł obwieszczenia wprost o tym mówi), to użycie ECMO z definicji wyklucza możliwość stwierdzenia śmierci (Veatch, Ross, 2015, s. 83). Istotą działania tego urządzenia jest wszakże właśnie pozaustrojowe przywrócenie krążenia. Z podobnych względów wykluczone powinno być uciskanie klatki piersiowej po stwierdzeniu zgonu.

Być może jest tak, że u podłoża stwierdzenia śmierci na podstawie kryterium krążeniowego leży jednak co innego niż rozpoznanie

nieodwracalnego zatrzymania przepływu krwi. Na ten trop naprowadza nas częstokroć stosowana w przypadku użycia ECMO w procedurze pobrania narządów praktyka odcinania dopływu krwi do mózgu, która ma zapobiec przywróceniu jego niektórych funkcji (Miller, Truog, 2012, s. 110; Veatch, Ross, 2015, s. 83). Aby dotrzeć do sedna, zwróćmy uwagę, że we wprowadzeniu do obwieszczenia stwierdza się, że „zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu”. Natomiast we właściwej części tego dokumentu, poza omówionymi już punktami dotyczącymi czasu przeprowadzania resuscytacji oraz okresu obserwacji zatrzymania krążenia, pojawiają się wytyczne, które zalecają lekarzom stwierdzającym śmierć „w oparciu o kryterium krążeniowe” badać czynność pnia mózgu, jeśli istnieje taka możliwość. Jak jest rola tych zapisów? Być może zwracają one uwagę na to, że krążeniowe i neurologiczne kryteria śmierci w gruncie rzeczy służą wykrywaniu dokładnie tego samego stanu, czyli śmierci człowieka, która ma ostatecznie charakter neurologiczny⁸.

⁸ Tezę tę potwierdzają opinie prawników i lekarzy zajmujących się prawnymi aspektami definiowania śmierci w Polsce. W tym kontekście warto przytoczyć fragment artykułu Małgorzaty Chudzińskiej i Anny Grzanki-Tykwińskiej (2017, s. 66). Według tych autorek „[...] *definicja śmierci* pojawiła się w art. 9 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2017 r. poz. 1000, t.j.), który podobnie jak w większości krajów Europy stanowił, iż »pobranie materiału do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)« [...] Na skutek nowelizacji w 2009 r. do wspomnianej ustawy dodany został przepis art. 9a ust. 1, który wprowadził możliwość pobrania komórek, tkanek lub narządów po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. *Uzasadniono to faktem*, iż »zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu. Jednocześnie komórki stanowiące strukturę narządów bardziej odpornych na niedotlenienie wynikające z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję, co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia«” (podkr. P.G.N.), zob. także Haberko, Uhrynowska-Tyszkiewicz (2014, s. 97–98 oraz 102). Jak widać, zdaniem przywołanych autorek stosowanie krążeniowego kryterium *uzasadnia to*, że zatrzymanie krążenia prowadzi do śmierci mózgu. Podobne zdanie w tej kwestii miał też wybitny polski transplantolog Wojciech Rowiński (Rowiński, 2011, s. 36–37), który w ten sposób pisał o relacji pomiędzy kryteriami śmierci: „*Człowiek umiera, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia całego mózgu*, a zwłaszcza tej jego części (pnia mózgu), która odpowiada za wszystkie, życiowo ważne, czynności organizmu (oddychanie, termoregulacja, podstawowe czynności metaboliczne, praca układu krążenia) [...]. Rozpoznanie zgonu opierać się może na kryteriach neurologicznych lub

kardiologicznych. Po zatrzymaniu czynności serca i nieskutecznej reanimacji odstepuje się od niej, rozpoznając zgon, w momencie stwierdzenia, że źrenice są szerokie i sztywne” (podkr. P.G.N.). Z powyższego fragmentu wynika, że według Rowińskiego śmierć ma „charakter” neurologiczny i może być stwierdzana „bezpośrednio” za pomocą kryterium „mózgowego” lub pośrednio za pomocą kryterium krążeniowego, lecz nawet w tym drugim przypadku dla stwierdzenia śmierci kluczowe znaczenie ma badanie czynności mózgu poprzez sprawdzanie odruchu źrenicznego.

Inne zdanie w tej sprawie zaprezentowali Paweł Łuków oraz Anna Alichniewicz w ciekawej dyskusji nad pierwotną wersją tego artykułu na konferencji „Problemy definicyjne i strategie argumentacyjne w filozoficznych i bioetycznych debatach nad początkiem i końcem życia”, która odbyła się 16 i 17 marca 2018 r. w Łodzi. Moi dyskutanci stanęli na stanowisku, że fragment obwieszczenia, w którym wspomina się, że „zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu”, odnosi się do zdysocjowanego charakteru śmierci, a nie do jej neurologicznej natury, jak twierdziłem. Według Kazimierza Szewczyka (2009, s. 136) zdysocjowanie „oznacza, że śmierć jest procesem rozciągniętym w czasie, a nie jednorazowym aktem. W jego trakcie na trwałe – nieodwracalnie – zanikają poszczególne funkcje, powodując postępującą dezintegrację czynnościową organizmu jako funkcjonalnej całości. Rozciągnięcie w czasie śmierci wymaga opracowania i przyjęcia kryteriów wskazujących na funkcje zasadnicze (krytyczne) dla życia. Ich utrata oznacza śmierć człowieka, mimo że pewne mniej istotne dla życia procesy nadal zachodzą w martwym już organizmie. Na przykład po zdiagnozowaniu śmierci mózgu u pacjenta podłączonego do respiratora nadal bije serce, krąży krew i zachowane są funkcje termoregulacyjne utrzymujące temperaturę ciała bliską normie”. W polskim prawie medycznym odwołanie do zdysocjowanego charakteru śmierci znaleźć można w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, w którym czytamy, że „śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejne, trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych, wcześniej obumarłych. Zdysocjowany charakter zjawiska ujawnia się w sposób szczególny w sytuacjach, w których śmierć objęła już mózg, podczas gdy krążenie krwi jest jeszcze zachowane”. Przytoczone fragmenty mogą nasuwać taką interpretację przepisów, która zakłada całkowitą równorzędność krążeniowych i neurologicznych kryteriów śmierci na gruncie polskiego prawa. Według tej interpretacji śmierć można stwierdzić, *gdy nastąpi trwałe i nieodwracalne ustanie czynności mózgu, mimo że nie miało miejsce zatrzymanie krążenia, a także wtedy, gdy ma miejsce zatrzymanie krążenia, mimo że nie nastąpiła jeszcze śmierć mózgu* (podkr. P.G.N.). Moje zdanie na ten temat jest jednak odmienne. Sądzę, że taką interpretację przepisów trudno pogodzić z obecnymi w prawie zaleceniami dotyczącymi badania czynności pnia mózgu w trakcie stwierdzania śmierci na podstawie kryteriów krążeniowych, a także ze stosowaną również w Polsce praktyką

Śmierć człowieka jest jedna. Niefortunne pojawienie się terminów, takich jak „śmierć sercowa” czy „śmierć mózgową” wiąże się, jak sądzę, z niezwykle wpływowym amerykańskim Uniform Determination of Death Act, zaproponowanym w 1981 roku przez President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (President’s Commission, 1981, s. 66). Zgodnie z tym modelowym ustawodawstwem amerykańskim „nie żyje taka osoba, która doznała albo (1) nieodwracalnego zatrzymania krążenia i oddychania, lub (2) nieodwracalnego ustania wszystkich funkcji całego mózgu włącznie z pniem mózgu” (President’s Commission, 1981, s. 73, tłum. P.G.N.). Sposób sformułowania tego przepisu stwarza mylne wrażenie, że człowiek może umrzeć na dwa sposoby: „sercowo” lub „mózgowo”. Jednakże raport, w którym to prawo zostało zaproponowane, jednoznacznie podkreśla nadrzędną rolę mózgu w stwierdzaniu śmierci człowieka, zwracając uwagę, że zatrzymanie krążenia może być ważne jako kryterium śmierci tylko wtedy, jeśli prowadzi do ustania wszystkich funkcji całego mózgu (President’s Commission, 1981, s. 33–34). Centralna rola mózgu miałaby zgodnie z argumentacją President’s Commission wypływać z niemalże powszechnie akceptowanego

odcinania przepływu krwi w kierunku mózgu, gdy w procesie pobierania narządów stosowana jest aparatura ECMO. Przede wszystkim jednak, pozostawiając nieco na boku kwestie prawne, trzeba zwrócić uwagę, że samo krążenie nie jest krytyczne dla życia w tym samym sensie, co czynność mózgu. Przekonamy się o tym w drugiej części tego artykułu, gdzie pokażę, że mimo spełnienia przyjętego w prawie krążeniowego kryterium śmierci, możliwy jest powrót do świadomego życia. Świadczy to o tym, że krążeniowe kryterium, jeśli zostanie „oderwane” od neurologicznego, nie spełnia warunku nieodwracalności i selektywności, który jest kluczowy dla dobrego kryterium śmierci (Szewczyk, 2009, s. 136–137).

Kończąc tę dygresję na temat przepisów prawnych, wspomnę jeszcze o jednej kwestii, która wydaje się istotna. Sądzę, że wielką wadą polskiego prawa dotyczącego śmierci jest to, że wspomina się w nim, iż śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Prowadzi to do zatarcia różnicy między umieraniem, śmiercią i rozpadem ciała. Z tych trzech zjawisk to pierwsze i ostatnie są procesami, natomiast drugie jest zdarzeniem lub też „w przybliżeniu zdarzeniem”, które rozgranicza wspomniane procesy (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; Nair-Collins, 2018, s. 33; Ziemiński, 1999, s. 62–67). Szczególnie dziwaczne jest utożsamianie śmierci z umieraniem, zakrawa to bowiem na analityczną sprzeczność. Umieranie, jak wiadomo z samego znaczenia tego słowa, ma miejsce zaraz przed końcem życia (w jego ostatniej fazie), natomiast śmierć oznacza koniec życia. Jeśli więc śmierć utożsami się z umieraniem, to wygląda na to, że koniec życia może mieć miejsce przed końcem życia.

filozoficznego rozumienia śmierci, które określam mianem Koncepcji Somatycznej Dezintegracji Organizmu⁹ (Nowak, 2016b, s. 201–202). Między innymi ten pogląd na śmierć stanie się przedmiotem już typowo filozoficznych, a nie prawnych, analiz w kolejnej części artykułu.

3. Podsumowanie analiz regulacyjnych

Celem prezentowanego tekstu było przeprowadzenie analizy prawno-regulacyjnej dotyczącej po pierwsze tego, jakie rodzaje dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia są dopuszczalne w świetle obowiązujących w naszym kraju przepisów oraz tego, czy osoby, od których pobiera się narządy w ramach polskiego programu mogą być w świetle obowiązującego prawa uznane za zmarłe. W toku rozważań skonfrontowałem treść obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia z jedną ze zmodyfikowanych wersji klasyfikacji z Maastricht, gdzie wyodrębniono poszczególne typy dawstwa narządów po zatrzymaniu krążenia (zob. tab. 1). Analizując przepisy, doszedłem do wniosku, że w Polsce prawnie dopuszczalne są wszystkie typy dawstwa wymienione w zmodyfikowanej wersji klasyfikacji z Maastricht, włącznie z pobieraniem organów po rezygnacji z terapii daremnej. Z kolei w wyniku rozważań dotyczących prawnego statusu dawcy w momencie pobrania organów uznałem, że użycie aparatury ECMO, której istotą jest pozaustrojowe przywrócenie krążenia, wyklucza możliwość stwierdzenia śmierci na podstawie kryterium, które domaga się, jak sama nazwa wskazuje, nieodwracalnego zatrzymania krążenia jako warunku koniecznego do stwierdzenia śmierci.

Bibliografia

Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J. (2012). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2011 r. W: *Poltransplant. Biuletyn Informacyjny*, red. J. Czerwiński, P. Malanowski (s. 20–33). Warszawa: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

⁹ Autorskie nazwy koncepcji dotyczących śmierci zapisuję w tekście jak nazwy własne.

- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1996). *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Becler, R. (2017). *Dawstwo narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia: praktyka międzynarodowa i polska. Zagadnienia etyczne*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/d/dzialy.php?l=pl&p=30&i=388&m=18&n=2&z=0&k=74>.
- Bernat, J.L. (2002). The Biophilosophical Basis of Whole-Brain Death. *Social Philosophy and Policy*, 2 (19), 324–342.
- Bernat, J.L., Culver, C.M., Gert, G. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 3 (94), 389–394.
- Chudzińska M., Grzanka-Tykwińska, A. (2017). Dylematy prawne śmierci mózgowej. W: *Etyczne, medyczne i prawne dylematy wokół śmierci mózgu*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski (s. 63–75). Bydgoszcz: Komisja Bioetyczna BIL, Collegium Medicum UMK.
- Dalle Ave, A.L., Bernat, J.L. (2017). Donation after Brain Circulation Determination of Death. *BMC Medical Ethics*, 15 (18), 1–6.
- DeGrazia, D. (2017). The Definition of Death. W: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, red. E.N. Zalta. Pobrano z: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/death-definition>.
- Domínguez-Gil, B., Matesanz, R. (red.) (2017). *Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation 2016*. Strasburg: European Directorate for the Quality of Medicines, HealthCare of the Council of Europe (EDQM).
- ECMO dla Wielkopolski. *Pozaustrojowe wspomaganie funkcji narządów*. Pobrano z: <http://ecmo.pl/terapiel/perfuzja-narz%C4%85d%C3%B3w-n-ecmo>.
- Galewicz, W. (2016). *Terapia daremna a procedura rozstrzygania konfliktów*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=57>.
- Haberko, J., Uhrynowska-Tyszkiewicz, I. (2014). *Ustawa o pobieraniu przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Komentarz*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrano z: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.
- Kosieradzki, M. (2014). *Możliwości wykorzystania narządów pobranych od dawców po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia*. Pobrano z: http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/Szkolenia_DCD/8.pdf.

- Kübler, A., Siewiera, J., Durek, G., Kusza, K., Piechota, M., Szkulmowski, Z. (2014). Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapija*, 4 (64), 229–234.
- Lynn, J., Childress, J.F. (2009). Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę. W: *Antologia bioetyki*. T. 1: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz (s. 139–153). Kraków: Universitas.
- Matesanz, R., Miranda, B. (red.) (2007). *Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation – 2007*. Madrid: Aula Médica Ediciones.
- Miller, F.G., Truog, R.D. (2012). *Death, Dying, and Organ Transplantation*. Oxford: Oxford University Press.
- Nair-Collins, M. (2018). A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. *Diametros*, 55, 27–43.
- Nowak, P.G. (2016a). Rezygnacja z terapii podtrzymującej życie. *Filozofia w Praktyce*, 2 (17), 1–3.
- Nowak, P.G. (2016b). Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 2 (98), 199–211.
- Nowak, P.G. (2018). *Etyka, śmierć i transplantacje*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego (w druku).
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu. MP nr 46, poz. 547.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. MP nr 59, poz. 784.
- Ozark, S., DeVita, M.A. (2001). Ethical Issues in Non-Heartbeating Cadaver Donors. W: *The Ethics of Organ Transplantation*, red. W. Shelton, J. Balint (s. 167–194). Bingley: Emerald.
- Podstawy dawstwa narządów od zmarłych wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Poltransplant*. Pobrano z: http://www.poltransplant.org.pl/szkolenia_dcd.html.
- Posner, J.B., Saper, C.B., Schiff, N.D., Plum, F. (2007). *Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma*. New York: Oxford University Press.

- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). *Defining Death. A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- President's Council on Bioethics (2008). *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Reich, D.J., Mulligan, D.C., Abt, P.L., Pruett, T.L., Abecassis, M.M.I., D'Alessandro, A., Pomfret, E.A., Freeman, R.B., Markmann, J.F., Hanto, D.W., Matas, A.J., Roberts, J.P., Merion, R.M., Klintmalm, G.B.G., ASTS Standards on Organ Transplantation Committee (2009). ASTS Recommended Practice Guidelines for Controlled Donation after Cardiac Death Organ Procurement and Transplantation. *American Journal of Transplantation*, 9 (9), 2004–2011.
- Robertson, J.A. (1999). Delimiting the Donor: The Dead Donor Rule. *The Hastings Center Report*, 6 (29), 6–14.
- Rowiński, W. (2011). Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czy i w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokajania potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu? W: *Transplantacja: spór o dar*, red. B. Chyrowicz (s. 29–44). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II.
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. T. 2: Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk, K. (2016). *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- Truog, R.D., Robinson, W.M (2003). Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation. *Critical Care Medicine*, 9 (31), 2391–2396.
- Thuong, M., Ruiz, A., Evrard, P., Kuiper, M., Boffa, C., Akhtar, M.Z., Neuberger, J., Ploeg, R. (2016). New Classification of Donation after Circulatory Death Donors Definitions and Terminology. *Transplant International*, 7 (29), 749–759.
- Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny. Dz.U. nr 141, poz. 1149.
- Veatch, R.M., Ross, L.F (2015). *Transplantation Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.

- Wójcik, B. (2013). Definicje i kryteria śmierci. W: *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska (s. 295–307). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Zelman, M., Michalak G. (2013). Pobranie narządów po zatrzymaniu krążenia – rozmowa koordynatora transplantacyjnego z rodziną. *Anestezjologia Intensywna Terapia*, 1 (45), 54–57.
- Ziemiński, I. (1999). *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

**DONATION AFTER CIRCULATORY DETERMINATION OF DEATH.
ABOUT THE PRECEDENCE OF NEUROLOGICAL CRITERION OF DEATH
OVER CIRCULATORY CRITERION – REGULATORY ISSUES**

Summary

This two-part article concerns with bioethical issues associated with organ donation after circulatory determination of death (DCDD). Part 1 is devoted to legal and regulatory matters. Here I prove that in Poland organ retrieval from donors of all categories, specified in the modified Maastricht classification, is permissible. Particularly I argue that in our country there already is a legal basis for development of program of organ retrieval from donors in whom circulatory arrest have occurred after foregoing of life sustaining treatment. I also examine whether from the point of view of the law such donors might be considered dead when organ retrieval takes place.

PIOTR GRZEGORZ NOWAK*

POBIERANIE NARZĄDÓW PO ZATRZYMANIU KRĄŻENIA. O NADRZĘDNOŚCI NEUROLOGICZNEGO KRYTERIUM ŚMIERCI NAD KRĄŻENIOWYM – KWESTIE FILOZOFICZNE**

Słowa kluczowe: bioetyka, etyka medyczna, transplantacja narządów, pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia, śmierć mózgu, reguła martwego dawcy, status moralny

Keywords: bioethics, medical ethics, organ transplantation, donation after circulatory determination of death, brain death, dead donor rule, moral status

* Piotr Grzegorz Nowak – adiunkt w Zakładzie Badań nad Etyką Zawodową Instytutu Filozofii UJ, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego, autor książki *Etyka, śmierć i transplantacje*, wydanej w 2018 r. nakładem Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego. Przedmiotem jego zainteresowań badawczych są problemy etyczne związane z przeszczepianiem i alokacją narządów oraz inne zagadnienia z zakresu etyki stosowanej.

Address for correspondence: Jagiellonian University, Department of Professional Ethics, Institute of Philosophy, Grodzka 52, 31-044 Kraków. E-mail: piotr.grzegorz.nowak@uj.edu.pl.

** Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki. Chciałbym serdecznie podziękować anonimowemu recenzentowi czasopisma *Analiza i Egzystencja*, którego krytyczne uwagi miały znaczący wpływ na ostateczny kształt tego artykułu i pozwoliły poprawić jakość argumentacji w nim zawartej.

Prezentowany tekst jest drugą częścią artykułu poświęconego analizom problemów etycznych związanych z pobieraniem narządów po zatrzymaniu krążenia. Skupię się w nim na kwestiach związanych z relacją pomiędzy obecnymi we współczesnej bioetyce koncepcjami śmierci a praktyką pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia. Tego rodzaju analizy są potrzebne, aby udzielić odpowiedzi na pytanie, czy pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy, która zabrania pobierać niezbędne do życia narządy przed naturalną śmiercią dawców.

1. Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia a filozoficzne koncepcje śmierci

Niekontrowersyjnym punktem, który jest uznawany przez zwolenników różnorodnych koncepcji śmierci, jest rozróżnienie śmierci całości człowieka od śmierci człowieka jako całości (Lizza, 2018a). Cały człowiek umiera wtedy, gdy rozkładowi ulegnie ostatnia żywa komórka w jego ciele, co następuje dopiero pewien czas po pogrzebie, natomiast wcześniej ma miejsce destrukcja złożonej całości, jaką jest człowiek, czyli właśnie śmierć człowieka jako całości (President's Commission, 1981 s. 58; President's Council on Bioethics, 2008 s. 59). To właśnie ten drugi rodzaj śmierci miałby być istotny z perspektywy reguły, która zabrania pobierać narządy przed naturalną śmiercią dawcy.

W świetle Koncepcji Somatycznej Dezintegracji¹ człowiek jako całość umiera wtedy, gdy narządy oraz układy, z których składa się jego organizm, nieodwracalnie przestają ze sobą współpracować w sposób zintegrowany, a faktycznie ma do tego dochodzić wtedy i tylko wtedy, gdy następuje śmierć mózgu (President's Commission, 1981 s. 32–34; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389–390). Autorzy raportu *Defining Death* utrzymują, że ich koncepcja śmierci nie stanowi żadnego rewizjonizmu względem poglądów na śmierć obecnych w tradycji, religii oraz praktyce lekarskiej, lecz pozwala jedynie we właściwy sposób dostrzec rolę, jaką neurologiczne i krążeniowe kryteria faktycznie spełniają i spełniały od zawsze (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 392; President's Commission, 1981, s. 41) – te pierwsze pozwalają śmierć dostrzec bezpośrednio, te drugie – pośrednio. Zgodnie z Koncepcją Somatycznej

¹ Autorskie nazwy koncepcji dotyczących śmierci zapisuję w tekście jak nazwy własne.

Dezintegracji niegdyś powszechnie uznawane za istotne „tradycyjne »znaki życia« w postaci bicia serca i oddychania były jedynie pośrednimi znakami niemającymi same przez się żadnego znaczenia” – piszą autorzy raportu i dodają w kolejnym zdaniu, że „z tej perspektywy serce i płuca są ważne raczej z tego względu, że nieodwracalne przerwanie ich działania wskazuje na to, że mózg już przestał funkcjonować, a nie dlatego że stanowią one podstawę dla kontynuowania życia” (President’s Commission, 1981, s. 34; zob. także Bernat, 2013, s. 28). Mózg na gruncie tego stanowiska jest więc wyłącznym „integratorem” organizmu (President’s Commission, 1981, s. 34; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 391), a człowiek, u którego narząd ten obumarł, nie jest już zintegrowaną całością, lecz stanowi „jedynie zespół sztucznie podtrzymywanych podsystemów” (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 391). Z perspektywy Koncepcji Somatycznej Dezintegracji zatrzymanie krążenia może być wiarygodnym testem służącym stwierdzeniu śmierci tylko wtedy, jeśli trwa odpowiednio długo, aby można było mieć pewność, że doszło do śmierci mózgu (Miller, Truog, 2012, s. 100–102)².

Za sprawą odkryć dokonanych przez amerykańskiego neurologa Alana Shewmona (1998, 2001) na przełomie lat dziewięćdziesiątych i nowego tysiąclecia, podważono tezę, że śmierć mózgu zawsze wiąże się z dezintegracją organizmu, a człowiek w takim stanie jest jedynie zbiorem sztucznie podtrzymywanych podsystemów, które nieuchronnie ulegną w krótkim czasie całkowitemu rozpadowi. Shewmon (2001, s. 467–468; zob. także Truog, Robinson, 2003, s. 2392) zwrócił uwagę, że pacjenci w stanie śmierci mózgu mogą m.in. zachowywać stan homeostazy; zwalczać infekcje; zachowywać szcążkowe funkcje podwzgórza, które umożliwiają dojrzewanie płciowe (w przypadku dzieci); ich ciało może proporcjonalnie wzrastać (w przypadku dzieci), a rany mogą się goić; natomiast kobiety w ciąży są w stanie wydawać na świat potomstwo. Ponadto zauważył on, że nie jest prawdą, jakoby niemożliwe było dłuższe podtrzymywanie funkcji życiowych u pacjentów w takim stanie (tak twierdzili wcześniej np. Bernat, Culver i Gert, 1981, s. 390). Shewmon (1998) dokonał przeglądu literatury medycznej, wskazując, że opisano 175 przypadków pacjentów w stanie śmierci mózgu, którzy

² Bernat, Culver i Gert (1981, s. 392–393) analizują m.in. przykład osoby, która ginie przez powieszenie, zwracając uwagę, że moment śmierci ma miejsce nie wtedy, gdy dochodzi do zatrzymania krążenia, lecz wtedy, gdy brak przepływu krwi jest na tyle długi, że dochodzi do śmierci mózgu.

„przetrwali” co najmniej tydzień, 80 przypadków „przetrwania” powyżej 2 tygodni, 44 przypadki „przetrwania” powyżej 4 tygodni, 20 przypadków „przetrwania” powyżej dwóch miesięcy oraz 7 przypadków „przetrwania” przez co najmniej pół roku. Ponadto osobiście zbadał i opisał pacjenta, którego funkcje życiowe były ostatecznie podtrzymywane z powodzeniem przez przeszło 20 lat. Poprawność przeprowadzenia testów neurologicznych stwierdzających śmierć potwierdzono w tym przypadku po dokonaniu autopsji (Repertinger i in., 2006). W tym miejscu warto podkreślić, że argumenty Shewmona wykazały, że podstawowym problemem Koncepcji Somatycznej Dezintegracji nie jest brak dostatecznie wiarygodnych testów klinicznych i instrumentalnych pozwalających wykrywać śmierć mózgu, lecz to, że śmierć mózgu, nawet jeśli jest poprawnie stwierdzona, nie nadaje się w świetle tej koncepcji na kryterium śmierci (Singer, 2018).

Krytyka Shewmona zaowocowała dwojakiego rodzaju zmianami. Część bioetyków pozostała przy Koncepcji Somatycznej Dezintegracji, natomiast inni zajęli się poszukiwaniem nowych ram pojęciowych i argumentów, które pozwalałyby uzasadnić pogląd, że śmierć mózgu jednak jest śmiercią człowieka. Obydwie strategie znalazły odzwierciedlenie w raporcie *Controversies in Determination of Death*, wydanym w 2008 roku przez President's Council on Bioethics. Pierwsze stanowisko zawarte w raporcie dyskwalifikuje śmierć mózgu jako kryterium śmierci i uznaje, że zgon może być stwierdzany wyłącznie wtedy, gdy jest powszechna zgoda co do tego, że danego człowieka można pogrzebać (President's Council on Bioethics, 2008, s. 53)³. Z kolei drugie stanowisko formułuje nowy pogląd na naturę końca życia, który nazywam Koncepcją Utraty Zdolności do Samozachowania (Nowak, 2016, s. 202–203). W świetle tego dość wysublimowanego stanowiska każdy organizm umiera wtedy, gdy nieodwracalnie traci niezbędną do życia zdolność do samozachowania⁴. Realizacja tej zdolności polega na

³ Inne kryterium śmierci na gruncie Koncepcji Somatycznej Dezintegracji proponował np. Michael Nair-Collins (2018, s. 32), utożsamiając je z utratą możliwości przywrócenia stanu homeostazy w organizmie.

⁴ Autorzy raportu używają dokładnie terminu *work of self-preservation* (President's Council on Bioethics, 2008, s. 60), co mogłoby sugerować, że mają na myśli czynność, a nie zdolność. Z treści dokumentu jasno wynika jednak, że śmierć ma być stanem, w którym nieodwracalnie tracona jest możliwość wykonywania pewnej czynności, czyli chodzi *de facto* o utratę zdolności do samozachowania, a nie czynności samozachowania (zob. President's Council on Bioethics, 2008, s. 64).

angażowaniu się w wymianę ze światem zewnętrznym, która jest z kolei możliwa, jeśli przejawiane są trzy podstawowe możliwości:

1. Otwartość na świat rozumiana jako wrażliwość na bodźce i sygnały z otaczającego środowiska.
2. Zdolność do działania w świecie, aby selektywnie pozyskiwać to, co odpowiada potrzebom.
3. Odczuwanie na podstawowym poziomie potrzeby, która skłania organizm do działania w taki sposób, jaki jest konieczny, aby pozyskać to, co jest potrzebne i co jego otwartość przedstawia jako dostępne.

(President's Council on Bioethics, 2008, s. 61)

President's Council on Bioethics dowodzi, konkretyzacją tych trzech podstawowych możliwości u człowieka jest zdolność do samoczynnego oddychania oraz zdolność do bycia świadomym. Dla stwierdzenia śmierci kluczowa jest więc diagnoza nieodwracalnej śpiączki połączonej z nieodwracalnym bezdechem. Zwolennicy tego stanowiska argumentują, że obecność świadomości świadczy o tym, że człowiek jest „otwarty na świat” i odbiera oraz odczuwa bodźce i sygnały płynące ze środowiska (spełniona jest więc podstawowa możliwość nr 1 – President's Commission on Bioethics, 2008, s. 61, 64). Tymczasem samoczynny oddech jest dowodem na to, że na najbardziej podstawowym poziomie człowiek „odczuwa” potrzebę, która stanowi napęd popychający go do pozyskiwania z otoczenia niezbędnego do życia powietrza. Jeśli więc ludzki organizm przejawia zdolność do samoczynnego oddychania to znaczy, że spełniona jest podstawowa możliwość nr 3, a zarazem spełnione są też podstawowe możliwości nr 2 i 1 (President's Council on Bioethics, 2008, s. 62).

Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania pozwala uznawać stan śmierci mózgu za śmierć człowieka, ponieważ tego rodzaju uszkodzenie bezsprzecznie łączy się z nieodwracalną utratą świadomości oraz samoczynnego oddechu (President's Council on Bioethics, 2008, s. 21–47). Jeśli więc moment śmierci to chwila, w której człowiek traci nieodwracalnie świadomość oraz zdolność do samoczynnego oddychania, to zauważyć trzeba, że również z tej perspektywy krążeniowe kryterium śmierci zachowuje ważność jedynie o tyle, o ile pozwala wnioskować o stanie mózgu. To właśnie w mózgu znajdują się ośrodki odpowiedzialne za te kluczowe funkcje ludzkiego organizmu.

Koncepcja Utraty Zdolności do Samozachowania także stała się przedmiotem krytyki. W moim artykule *Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci* (Nowak, 2016, s. 204) zwracam uwagę, że organizm, który nieodwracalnie traci zdolność do samozachowania, nazwalibyśmy raczej nieuchronnie umierającym, a nie martwym. Aby to sobie dokładnie uświadomić, możemy wyobrazić sobie, że cierpiąca na hemofilię osoba, która przebywa na bezludnej wyspie bez dostępu do zdobyczy współczesnej cywilizacji, rozcięła sobie jedną z głównych tętnic. Załóżmy, że przy użyciu dostępnych w tych okolicznościach narzędzi człowiek ten nie ma możliwości zatamowania krwawienia, a więc nieodwracalnie utracił zdolność do zapewniania sobie tego, co potrzebne do dalszego przeżycia – utracił zdolność do samozachowania. Nie powiedzieliśmy jednak, że taka osoba już nie żyje. Mój przykład pokazuje również, że jest wiele innych niż samoczynne oddychanie funkcji organizmu, które są konieczne dla jego dalszego przetrwania, a President’s Council on Bioethics z niewyjaśnionych przyczyn właśnie samoczynny oddech stawia na piedestale (zob. także Thomas, 2012, s. 106)⁵.

Trzecie stanowisko w kwestii definicji śmierci to Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci, którą przedstawiłem w przywołanym już artykule *Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci* (Nowak, 2016, s. 206–209). Wiąże ona koniec życia z nieodwracalną utratą statusu moralnego pacjenta. Człowiek umiera, gdy nieodwracalnie traci własności sprawiające, że ma on jakieś swoje dobro, o które należy się troszczyć⁶. Śmierć w tym znaczeniu następuje wraz z łączną i nieodwracalną utratą cech, które różne koncepcje filozoficzne uznają za wyznaczniki statusu moralnego, czyli: zdolności do odczuwania, zdolności do posiadania pragnień, racjonalności, samoświadomości, świadomości, zdolności do komunikowania się oraz zdolności do wchodzenia w relacje społeczne⁷. Taka koncepcja śmierci przyjmuje możliwie szeroki wachlarz cech (przy czym obecność dowolnej z nich może być wystarczająca

⁵ W sprawie innych zarzutów względem Koncepcji Utraty Zdolności do Samozachowania zob. Brugger (2013), Lizza (2009), Miller, Truog (2009), Nair-Collins (2018, s. 35–39) oraz Shewmon (2009).

⁶ W sprawie koncepcji statusu moralnego zob. Galewicz (2013, s. 15–172).

⁷ Podobne do mojego stanowisko w kwestii definiowania śmierci prezentują m.in. McMahan (2002, s. 423–455), Lizza (2006) i Veatch (2015).

do uznania, że mamy do czynienia z istotą o pewnym statusie moralnym), aby nie wikłać się zanadto w spór dotyczący wyznaczników statusu moralnego⁸.

Założenia Umiarkowanie Liberalnej Koncepcji Śmierci w teorii pozwalają stwierdzać śmierć nie tylko w przypadku śmierci mózgu, lecz także w przypadku uszkodzeń wyższych struktur mózgowych odpowiedzialnych za wymienione cechy. Jednakże wyniki badań przeprowadzanych na pacjentach, u których postawiono diagnozę trwałego stanu wegetatywnego (czyli całkowitej i nieodwracalnej nieświadomości i niewrażliwości na ból, pomimo zachowania wegetatywnych funkcji organizmu, takich jak samoczynny oddech – zob. Posner i in., 2007, s. 357), każą zachować ostrożność w doborze testów neurologicznych stosowanych do stwierdzania śmierci i ograniczyć się raczej do tych stosowanych obecnie do stwierdzania śmierci mózgu (Espejo, Owen, 2013; Monti i in., 2010; Owen i in., 2006; Żuradzki, 2011).

Ostatecznie podstawowym kryterium śmierci na gruncie Umiarkowanie Liberalnej Koncepcji Śmierci jest więc w dalszym ciągu śmierć mózgu, a nie śmierć wyższego mózgu. W kontekście interesującego mnie tematu najważniejsze jest jednak, że to wiedza o stanie układu nerwowego, a nie o stanie serca i układu krążenia, jest na gruncie tej koncepcji kluczowa dla trafnego i wiarygodnego stwierdzania śmierci. Stwierdzanie zgonu oparte na kryteriach krążeniowych wchodzi w grę jedynie wtedy, gdy wiemy, jaki czas zatrzymania krążenia prowadzi do śmierci mózgu.

Oczywiście także liberalne koncepcje śmierci są narażone na zarzuty. Sądzę jednak, że najlepiej są w stanie sobie z nimi poradzić. Główny zarzut, jaki pod ich adresem pada, jest taki, że życie i śmierć to terminy biologiczne,

⁸ Z listy cech uznawanych w różnych koncepcjach filozoficznych za wyznaczniki statusu moralnego usunięte zostały jedynie własności, takie jak przynależność gatunkowa, bycie przedmiotem zachowującym tożsamość w czasie i przestrzeni oraz bycie istotą biologicznie ożywioną. Pierwsza z tych cech to kryterium stronicze i prowadzące do szowinizmu gatunkowego (Warren, 2010, s. 208), natomiast dwie pozostałe, choć być może są wystarczające do tego, aby uznać, że dana rzecz może mieć jakieś swoje dobro, to jednak nie jest to już dobro pacjenta i nie ma ono wartości neutralnej (lub też jego wartość neutralna jest bardzo znikomą). Pacjent nie jest tożsamy z ciałem pozbawionym jakichkolwiek zdolności mentalnych. Jeśli natomiast uznamy, że pozbawione zdolności do odczuwania organizmy mają jakieś własne dobro, to powinniśmy też zauważyć, że wartość neutralna tego dobra jest na tyle niewielka, że możemy je unicestwiać z zupełnym blahym powodów. Więcej na ten temat w: Galewicz (2013, s. 22–51, 125–127); Nowak (2018).

a nie etyczne (Marquis, 2018; Nair-Collins, 2018; President's Commission, 1981, s. 39–40; President's Council on Bioethics, 2008, s. 50–52; Singer, 1997, s. 29–31; Ziemiński, 1999, s. 129). W związku z tym koncepcja śmierci powinna być sformułowana na gruncie nauk biomedycznych lub na gruncie filozofii takich nauk. Jednakże wbrew temu argumentowi życie i śmierć nie są wyłącznie, a nawet nie są głównie terminami biologicznymi (Lizza, 2006, s. 4–6; 2011, s. 756; 2018a; 2018b; Nowak, 2016; Veatch 2015; Veatch, Ross, 2015, s. 45–49). Terminy te występują także w znaczeniu potocznym, które wiąże się z silnym ładunkiem etycznym. Naukowy opis faktów jest moralnie obojętny. Tymczasem widzimy wyraźnie, że rodzina, lekarze oraz społeczeństwo przypisują wielkie znaczenie ustaleniu tego, czy ktoś żyje, czy nie. Jest tak dlatego, że powszechnie uważa się, iż tylko żywemu człowiekowi można pomóc lub zaszkodzić. Jednakże słowo „życie” pojawia się w tym kontekście w znaczeniu etycznym, a nie biologicznym, bo przecież biologiczne życie może nie mieć nic wspólnego z doznawaniem dobra i zła. Z tego względu, dla znalezienia odpowiedniej definicji śmierci, kluczowe znaczenie mają analizy znaczenia, w jakim terminy „śmierć” i „życie” pojawiają się w języku potocznym (Lizza 2018a, s. 11; Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389; Gert 2006,). Możemy zauważyć to na przykładzie odciętego ramienia, poddanego perfuzji oraz innym zabiegom podtrzymującym (Lizza, 2018, s. 13; Veatch, 2015, s. 19). Takie ramię jest bez wątpienia biologicznie żywe, tzn. stanowi system zdolny utrzymywać homeostazę i opierać się entropii (Nair-Collins, 2018), a także przejawiać wiele innych spośród tych funkcji, które w swoich analizach wskazał Shewmon jako obecne u pacjentów w stanie śmierci mózgu. Mimo to nie uważamy, aby podtrzymywane ramię było żywym pacjentem, do którego należało, i który ma swoje dobro będące dla nas źródłem zobowiązań. Nie uważamy także, że lekarze powinni otaczać tego rodzaju ramię taką opieką, jaką otaczają żywych (w sensie etycznym) ludzi. Lekarz na oddziale intensywnej terapii jest terapeutą, a jego zadaniem jest działanie na rzecz dobra pacjenta zgodnie z wiedzą medyczną (zob. np. art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Nie występuje tu w roli naukowca, który mógłby być czysto naukowo zainteresowany tym, czy ma wciąż do czynienia z biologicznym życiem, czy też już nie.

Zauważmy też, że radykalnie liberalne koncepcje śmierci, które wiążą koniec życia z utratą statusu osoby, w większym stopniu narażone są na zarzut, wedle którego śmierć powinna być tym samym dla człowieka

i zwierząt, niż Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci. Jeśli zwierzęta nie są w ogóle osobami, to nie mogą umierać poprzez utratę statusu osoby. Radykalnie liberalna koncepcja śmierci jest więc teorią, która ma zastosowanie do ludzi, a nie do zwierząt. Bez wątplenia jednak zarówno człowiek, jak i znaczna część zwierząt to istoty czujące. Tymczasem Umiarkowanie Liberalna Koncepcja Śmierci wiąże śmierć z nieodwracalną utratą m.in. zdolności do odczuwania, a w związku z tym stosuje się na równi do ludzi, jak i do wszelkich istot, które posiadają taką zdolność. Oczywiście oryginalny zarzut można poszerzyć, argumentując, że to samo pojęcie „śmierci” powinno się stosować nie tylko do zwierząt odczuwających ból, ale w ogóle do wszystkich istot żywych, także do roślin. Zapewne biologiczne rozumienie tego terminu rzeczywiście musi spełniać taki warunek. Jak dalekie takie biologiczne rozumienie „śmierci” jest od codziennego użycia tego słowa, możemy sobie jasno uświadomić, zauważając, że sztucznie brzmią wypowiedzi, takie jak „trawa umarła”, „kwiat umarł” czy „grzyb umarł”. O roślinach i grzybach mówimy raczej, że usychają, więdną, gniją lub butwieją, a już zupełnie niezrozumiałe byłoby wyrażenie „ta trawa od nas odeszła”, w przeciwieństwie do wyrażenia „Kowalski od nas odszedł” (Lizza, 2018a, s. 9, przypis 29). Niekiedy możemy wprawdzie bez narażania się na nienaturalność powiedzieć o drzewie, że umarło lub obumarło zamiast stwierdzać, że uschło. Sądzę jednak, że gdy używamy języka w ten sposób, czynimy pewne nadużycie, traktując roślinę tak, jakby była członkiem ludzkiej wspólnoty, i „awansując ją” w hierarchii moralnej. Podobnie jest zresztą w przypadku zwierząt, o których mówimy raczej, że zdychają, a nie, że umierają lub od nas odchodzą (Lizza, 2018a, s. 9, przypis 29). Jeśli mimo to ktoś mówi o swoim psie, że umarł lub odszedł, to dlatego, że niejako go awansuje, podobnie jak wtedy, gdy w innych okolicznościach o człowieku mówi się, że zdechł i wyraża się tym samym pogardę, degradując go do poziomu zwierzęcia.

Zdaniem Johna Lizzy (2018a, s. 9, przypis 29) tego rodzaju różnice w użyciu języka, występujące nie tylko w języku polskim (aczkolwiek w nim szczególnie wyraźne⁹), wynikają z naszych głęboko zakorzenionych przekonaniań dotyczących istotnych różnic między człowiekiem a zwierzętami, a także

⁹ Do przykładów z języka polskiego poza Johnem Lizzą odwołują się także Elisabeth Shewmon i Alan Shewmon (2004).

ze społecznego i kulturowego kontekstu, w którym żyjemy i umieramy. Kontekst ten ma, według Lizzy, istotne znaczenie przy definiowaniu śmierci.

2. Pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia a reguła martwego dawcy

Nie jest jasne, czy polskie prawo medyczne opiera się na którejkolwiek koncepcji śmierci spośród omawianych w tym artykule i czy w ogóle opiera się na jakiegokolwiek koncepcji śmierci (Kubiak, 2010, s. 481). Można mieć wrażenie, że ustawodawca po prostu formułuje kryteria, nie dostarczając uzasadnień, do których przyzwyczyli nas instytucje amerykańskie (President's Commision, 1981; President's Council on Bioethics, 2008). Jednakże pewną „poszlakę” prowadzącą od kryterium śmierci do uzasadniającej je koncepcji stanowi fakt, że w Polsce przyjęto kryterium śmierci całego mózgu (a nie kryterium śmierci pnia mózgu), które tradycyjnie jest uzasadnianie albo przez Koncepcję Somatycznej Dezintegracji, albo przez Koncepcję Utraty Zdolności do Samozachowania. Natomiast w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, przy okazji omawiania zdysocjowanego charakteru śmierci, wspomina się, że śmierć powoduje „dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej”, co wyraźnie przywodzi na myśl Koncepcję Somatycznej Dezintegracji.

Niezależnie od tego, czy powiązanie między polskim prawem a Koncepcją Somatycznej Dezintegracji daje się przekonująco uzasadnić, zdziwienie wzbudza fakt, że prawo zarówno polskie, jak i amerykańskie wymaga stwierdzenia „nieodwracalnego zatrzymania krążenia” jako kryterium śmierci. Jest to dziwne z tego względu, że wszystkie trzy omawiane w artykule koncepcje śmierci traktują kryterium krążeniowe jako wtórne w stosunku do neurologicznego. Należałby więc raczej oczekiwać, że przepisy będą wymagały stwierdzenia zatrzymania krążenia, które trwa tak długo, aby można było mieć pewność, że nastąpiła śmierć mózgu, albo zostaną wsparte przez jakąś koncepcję śmierci, która będzie pozwalała traktować kryterium krążeniowe jako zupełnie niezależne od neurologicznego. To drugie rozwiązanie jest jednakże wątpliwe, co zauważają także polscy prawnicy (Kubiak, 2010, s. 480).

Znaczna część publikacji skupia się jednak na tym, jak rozumieć wyrażenie „nieodwracalne zatrzymanie krążenia”. Don Marquis twierdzi na przykład, że znaczy ono tyle, co to, że krążenia nie da się przywrócić za pomocą żadnej interwencji (Marquis, 2010, s. 26–27; 2018, s. 24; zob. także Brock, 1999, s. 298). Inni natomiast utrzymują, że „nieodwracalne zatrzymanie krążenia” w gruncie rzeczy ma znaczyć tyle, co „trwałe zatrzymanie krążenia” lub twierdzą, że wyrażenie to ma sens etyczny (Veatch, Ross, 2015, s. 43–45; President’s Council on Bioethics, 2008, s. 84). „Nieodwracalność” ma zgodnie z tym drugim stanowiskiem taki sens, że przepływ krwi nie może powrócić samoistnie i faktycznie nie zostanie przywrócony za pomocą żadnej interwencji, ponieważ byłoby to nieetyczne (np. dlatego, że zapadła słuszna decyzja o odłączeniu pacjenta od respiratora i wydano dyspozycję „nie podejmować resuscytacji”).

Właściwe pytanie, które należy zadać, jeśli chcemy się dowiedzieć, czy pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy, powinno brzmieć: czy po pięciu minutach zatrzymania krążenia dochodzi do śmierci mózgu? Niestety w literaturze medycznej zaskakująco niewiele miejsca poświęcono temu zagadnieniu (Veatch, Ross, 2015, s. 67). Z klasycznego podręcznika do diagnozy śpiączki i stuporu można się dowiedzieć, że „w warunkach klinicznych całkowite niedokrwienne niedotlenienie kory mózgowej trwające powyżej czterech minut zaczyna zabijać komórki mózgowe z neuronami kory mózgowej i mózdzku w pierwszej kolejności”, natomiast „ciężkie rozproszone niedokrwiennie i niedotlenienie mózgu trwające dziesięć minut lub więcej zaczyna niszczyć mózg” (Posner i in., 2007, s. 2012). Wynika stąd, że zatrzymanie krążenia może spowodować śmierć mózgu, jeśli trwa więcej niż dziesięć minut, a co za tym idzie, pobieranie organów po pięciu minutach braku przepływu krwi narusza regułę martwego dawcy¹⁰. Aby uwyraźnić ten wniosek, rozważmy następujący przykład:

- W jednym ze szpitali, w którym funkcjonuje program pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia, uwagę dyżurnej pielęgniarki zwracają chrapliwe odgłosy wydawane przez pacjentkę o imieniu Nadzieja. Pielęgniarka próbuje ją obudzić, myśląc, że śni się jej

¹⁰ Warto zwrócić uwagę, że podobne spostrzeżenie na gruncie polskiej bioetyki poczynił Kazimierz Szewczyk (2009, s. 146) już w roku 2009, czyli dokładnie wtedy, gdy wprowadzono zmianę dopuszczającą pobieranie narządów po zatrzymaniu krążenia w Ustawie transplantacyjnej.

jakiś koszmar. Jednakże Nadzieja wkrótce przestaje oddychać i dochodzi do zatrzymania pracy serca. Pielęgniarka wie, że pacjentka ze względu na postępującą śmiertelną chorobę wydała dyspozycję, w której jasno stwierdziła, że nie życzy sobie przeprowadzania resuscytacji, a także, że pragnie *po śmierci* oddać narządy do przeszczepu. Zaalarmowani lekarze po pięciu minutach zatrzymania przepływu krwi stwierdzają śmierć i powiadamiają o tym rodzinę, informując jednocześnie o woli pośmiertnego przekazania narządów. Adam – mąż Nadziei – nie zgadza się z jej dyspozycją zakazującą przeprowadzania resuscytacji i kategorycznie żąda podjęcia próby przywrócenia krążenia. Lekarze pod wpływem presji zgadzają się i skutecznie przywracają czynność serca u pacjentki, która pozostaje w śpiączce, a po kilku tygodniach następuje „poprawa” i zostaje u niej zdiagnozowany stan wegetatywny.

Przytoczony przykład pokazuje jasno, że Nadzieja żyła, gdy lekarze stwierdzili śmierć i planowali pobranie narządów. Rekonwalescencja pacjentki wskazuje, że po pięciu minutach zatrzymania krążenia nie doszło u niej do śmierci mózgu. Ta bowiem wyklucza możliwość odzyskania zdolności do samoczynnego oddychania. Trudno także twierdzić, że miało u niej miejsce nieodwracalne zatrzymanie krążenia, skoro jej serce obecnie bije. Gdyby od Nadziei pobrano narządy do przeszczepu, bez wątpienia naruszono by regułę martwego dawcy. Wniosek ten można jeszcze wzmocnić, jeśli wyobraźmy sobie pewien możliwy dalszy ciąg historii:

- Mąż pacjentki, dowiedziawszy się o technikach neuroobrazowania i wykorzystaniu ich w weryfikacji diagnozy stanu wegetatywnego (Espejo, Owen, 2013; Monti i in., 2010; Owen i in., 2006), napisał do Adriana Owena prośbę o zbadanie Nadziei za pomocą rezonansu magnetycznego. W wyniku przeprowadzonych testów okazało się, że żona zachowuje świadomość i wrażliwość na ból, a także potrafi odpowiadać „tak” lub „nie” na zadawane jej pytania, choć nie jest w stanie porozumiewać się z otoczeniem inaczej niż za pomocą aktywności swojego mózgu wykrywanej w rezonansie magnetycznym.

Dalszy ciąg historii Nadziei świadczy o tym, że po pięciu minutach zatrzymania krążenia możliwy jest powrót do świadomego życia, a więc jest to czas niewystarczający do tego, aby pacjent nieodwracalnie utracił cechy wyznaczające jego status moralny.

Zakończenie

Głównym celem tego artykułu było przeanalizowanie zależności między krążeniowym i neurologicznym kryterium śmierci oraz odpowiedź na pytanie, czy praktyka pobierania narządów po zatrzymaniu krążenia nie narusza reguły martwego dawcy. Każda z trzech przedstawionych koncepcji śmierci traktuje zatrzymanie krążenia jako ważne kryterium o tyle, o ile prowadzi ono do śmierci mózgu¹¹. Tymczasem wiadomo, że pięć minut braku przepływu krwi może nie wystarczać, aby mózg osiągnął taki stan, co więcej, po tym czasie możliwe jest przywrócenie pacjenta do świadomego życia. Jasno stąd wynika, że pobieranie organów po zatrzymaniu krążenia w tej formie, w jakiej procedura ta jest obecnie stosowana, może naruszać regułę martwego dawcy. Inna ważna wątpliwość, na którą nie znajdują państwo odpowiedzi w tym artykule, dotyczy tego, czy od żywych pacjentów rzeczywiście nie można nigdy pobierać organów, czy też może raczej trzeba zastąpić regułę martwego dawcy zasadą nieszkodzenia i szacunku dla autonomii, dopuszczając w wyjątkowych sytuacjach pobieranie narządów od umierających osób, jeśli taka jest ich wola (Wilkinson, Savulescu, 2012; Truog, Miller, 2012; Nowak, 2018).

Bibliografia

- Bernat, J.L. (2013). On Noncongruence between the Concept and Determination of Death. *The Hastings Center Report*, 6 (43), 25–33.
- Bernat, J.L., Culver, C.M., Gert, G. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 3 (94), 389–394.

¹¹ Anonimowy recenzent czasopisma *Analiza i Egzystencja* zwrócił uwagę, że „w polskim prawie kryterium krążeniowe i kryterium neurologiczne są traktowane jako równorzędne – stosowanie ich jest zależne od okoliczności, w których dochodzi do stwierdzenia zgonu. Mają więc niejako kontekstowy charakter”. Podobne zdanie na ten temat ma także Paweł Łuków (2015, s. 26, przypis 10). W pełni zgadzam się z opinią, że kryteria śmierci mają kontekstowy charakter, mimo że jednocześnie bronię tezy o nadrzędności kryterium neurologicznego nad krążeniowym. Podobnie jak recenzent nie uważam, żeby należało we wszystkich sytuacjach rozpoznawać śmierć za pomocą testów neurologicznych. Twierdzę jedynie, że kryterium krążeniowe powinno mieć inną postać niż obecnie – „nieodwracalne zatrzymanie krążenia” powinno być zastąpione przez „zatrzymanie krążenia, którego czas trwania jest wystarczający do tego, aby nastąpiła śmierć mózgu”.

- Brock, D.W. (1999). The Role of the Public in Public Policy on the Definition of Death. W: *The Definition of Death. Contemporary Controversies*, red. S.J. Youngner, R.M. Arnold, R. Schapiro (s. 293–307). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Brugger, E.Ch. (2013). D. Alan Shewmon and the PCBE's White Paper on Brain Death: Are Brain-Dead Patients Dead? *Journal of Medicine and Philosophy*, 2 (38), 205–218.
- Espejo, F., Owen, A.M. (2013). Detecting Awareness after Severe Brain Injury. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 801–809.
- Galewicz, W. (2013). *Status ludzkiego zarodka a etyka badań biomedycznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gert, B. (2006). Matters of „Life” and „Death”. Letters. *Hastings Center Report*, 3 (63), 4–6.
- Kodeks Etyki Lekarskiej. Pobrano z: http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.
- Kubiak, R. (2010). *Prawo medyczne*. Warszawa: C.H. Beck.
- Lizza, J.P. (2006). *Persons, Humanity and the Definition of Death*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Lizza, J.P. (2009). Commentary on „The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4 (19), 393–395.
- Lizza, J.P. (2011). Where's Waldo? The 'Decapitation Gambit' and the Definition of Death. *Journal of Medical Ethics*, 12 (37), 743–746.
- Lizza, J.P (2018a). Defining Death: Beyond Biology. *Diametros*, 55, 1–19.
- Lizza, J.P. (2018b). In Defense of Brain Death: Replies to Don Marquis, Michael Nair-Collins, Doyen Nguyen, and Laura Specker Sullivan. *Diametros*, 55, 68–90.
- Łuków, P. (2015). W poszukiwaniu zrozumienia śmierci. W: *Zrozumieć śmierć człowieka*, red. P. Łuków (s. 13–30). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych.
- Marquis, D. (2010). Are DCD Donors Dead? *Hastings Center Report*, 3 (40), 24–31.
- Marquis, D. (2018). Death is a Biological Phenomenon. *Diametros*, 55, 20–26.
- McMahan, J. (2002). *The Ethics of Killing*. New York: Oxford University Press.
- Miller, F.G, Truog, R.D. (2009). The Incoherence of Determining Death by Neurological Criteria: A Commentary on Controversies in the Determination of Death,

- A White Paper by the President's Council on Bioethics. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 4 (19), 397–399.
- Miller, F.G., Truog, R.D. (2012). *Death, Dying, and Organ Transplantation*. Oxford: Oxford University Press.
- Monti, M.M., Vanhauzenhuysse, A., Coleman, M.R., Boly, M., Pickard, J.D., Tshibanda, L., Owen, A.M., Laureys, S. (2010). Willful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness. *New England Journal of Medicine*, 362, 578–589.
- Nair-Collins, M. (2018). A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. *Diametros*, 55, 27–43.
- Nowak, P.G. (2016). Umiarkowanie liberalna koncepcja śmierci jako uzasadnienie dla neurologicznych kryteriów śmierci. *Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria*, 2 (98), 199–211.
- Nowak, P.G. (2018). *Etyka, śmierć i transplantacje*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego (w druku).
- Owen, A.M., Coleman, M.R., Davis, M.H., Boly, M., Laureys, S., Pickard, J.D. (2006). Detecting Awareness in the Vegetative State. *Science*, 313 (5792), 1402.
- Posner, J.B., Saper, C.B., Schiff, N.D., Plum, F. (2007). *Plum and Posner's Diagnosis of Stupor and Coma*. New York: Oxford University Press.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). *Defining Death. A Report on the Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- President's Council on Bioethics (2008). *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Repertinger, S., Fitzgibbons, W.P., Omojola, M.F., Brumback, R.A. (2006). Long Survival Following Bacterial Meningitis-Associated Brain Destruction. *Journal Child Neurology*, 7 (21), 591–595.
- Shewmon, D.A. (1998). Chronic „Brain Death”: Meta-Analysis and Conceptual Consequences. *Neurology*, 6 (51), 1538–1545.
- Shewmon, D.A. (2001). The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating „Brain Death” with Death. *Journal of Medicine and Philosophy*, 5 (26), 457–478.

- Shewmon, D.A. (2009). Brain Death: Can It Be Resuscitated? *Hastings Center Report*, 2 (39), 18–24.
- Shewmon, D.A., Shewmon, E.S. (2004). The Semiotics of Death and Its Medical Implications. W: *Brain Death and Disorders of Consciousness*, red. C. Machado, D.A. Shewmon (s. 89–114). New York: Springer.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Singer, P. (2018). The Challenge of Brain Death for the Sanctity of Life Ethic. *Ethics & Bioethics (in Central Europe)* (w druku).
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka. T. 2: Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Szewczyk, K. (2016). *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*. Pobrano z: <http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- Thomas, A.G. (2012). Continuing the Definition of Death Debate: The Report of The President's Council on Bioethics on Controversies in The Determination of Death. *Bioethics*, 2 (26), 101–107.
- Truog, R.D., Robinson, W.M. (2003). Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation. *Critical Care Medicine*, 9 (31), 2391–2396.
- Veatch, R.M. (2015). Killing by Organ Procurement: Brain-Based Death and Legal Fictions. *Journal of Medicine and Philosophy*, 3 (40), 289–311.
- Veatch, R.M., Ross, L.F. (2015). *Transplantation Ethics*. Washington, DC: Georgetown University Press.
- Warren M.A. (2010). O moralnym i prawnym statusie aborcji. W: *Antologia bioetyki. T. 2: Początki ludzkiego życia*, red. W. Galewicz (s. 197–214). Kraków: Universitas.
- Wilkinson, D., Savulescu, J. (2012). Should We Allow Organ Donation Euthanasia? Alternatives for Maximizing the Number and Quality of Organs for Transplantation. *Bioethics*, 1 (20), 32–48.
- Ziemiński, I. (1999). *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Żuradzki, T. (2011). Rola świadomości w decyzjach dotyczących zaprzestania podtrzymywania funkcji życiowych. *Rocznik Kognitywistyczny*, 5, 191–198.

DONATION AFTER CIRCULATORY DETERMINATION OF DEATH.
ABOUT THE PRECEDENCE OF NEUROLOGICAL CRITERION OF DEATH
OVER CIRCULATORY CRITERION – PHILOSOPHICAL ISSUES

Summary

This two-part article concerns with bioethical issues associated with organ donation after circulatory determination of death (DCDD). Part 2 is devoted to philosophical problems. I analyze three concepts of death, that identify the end of life with a) somatic disintegration of the organism, b) irreversible cessation of vital work of self-preservation and c) irreversible loss of patient's moral status. By referring to these positions I argue that circulatory criterion of death is reliable only if cessation of circulation lasts long enough for brain death to occur. Taking this into account, it might be supposed that the 5 minutes period of observation of cessation of circulation is not enough for patient's death to take place.

MONIKA MICHAŁOWSKA*, JOANNA TUREK**

STRATEGIE ARGUMENTACYJNE W DEBACIE DOTYCZĄCEJ ETYCZNYCH ASPEKTÓW DOPUSZCZALNOŚCI DONACJI MITOCHONDRIALNEJ***

Słowa kluczowe: donacja mitochondrialna, problem definicyjne, niespójności argumentacyjne

Keywords: mitochondrial donation, definitional problems, argumentation inconsistencies

* Monika Michałowska – dr hab., adiunkt w Zakładzie Bioetyki Katedry Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. W polu jej badawczych zainteresowań leżą zagadnienia bioetyki, szczególnie z obszaru reprodukcji wspomagananej, głównie kwestie ART, analizowane z perspektywy feministycznej, etyczne aspekty dawstwa organów, udoskonalania gatunku ludzkiego i inżynierii genetycznej oraz problematyka seksualności, umierania i starzenia się.

Address for correspondence: Medical University of Lodz, Department of Bioethics, Lindleya 6, 90-130 Łódź. E-mail: monika.michalowska@umed.lodz.pl.

** Joanna Turek – dr, starszy wykładowca w Zakładzie Bioetyki Katedry Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Address for correspondence: Medical University of Lodz, Department of Bioethics, Lindleya 6, 90-130 Łódź. E-mail: joanna.turek@umed.lodz.pl.

*** Badania naukowe w ramach projektu badawczego nr 2015/19/B/HS1/00996 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

Donacja mitochondrialna (*mitochondrial donation* – MD) została zalegalizowana w Wielkiej Brytanii w 2015 roku (HFEA, 2015), a w marcu 2017 roku Newcastle University i Newcastle Fertility Centre (Newcastle upon Tyne NHS Foundation Trust) uzyskały zgodę Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA) – brytyjskiej agencji regulującej etyczne i prawne aspekty medycyny reprodukcyjnej – na prowadzenie badań klinicznych w tym zakresie (HFEA, 2017). W okresie najbliższych pięciu lat procedurą zostanie objętych maksymalnie 25 kobiet rocznie. Obecnie Zjednoczone Królestwo jest jedynym krajem na świecie zapewniającym legalny dostęp do tej metody.

Donacja mitochondrialna inicjuje intensywne spory dotyczące etycznych aspektów jej stosowania. W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele argumentów wykorzystywanych do uzasadnienia jej etycznej niedopuszczalności, co w konsekwencji miałyby doprowadzić do wprowadzenia prawnego zakazu tej procedury. Wydaje się jednak, że część z tych argumentów wynika z nadużyć terminologicznych, braku precyzji w posługiwaniu się terminologią medyczną czy też uproszczeń w argumentacji.

Część z formułowej argumentacji, mimo że przedstawiana w postaci osobnych argumentów, wydaje się również sprowadzać do argumentu wyrażającego lęk przed tym, co nowe, znanego w literaturze bioetycznej jako *status quo bias*, stanowiącego moralny nakaz zachowania obecnego stanu rzeczy w obawie przed nieznanym.

W niniejszym artykule, broniąc etycznej dopuszczalności donacji mitochondrialnej, przedstawiono przegląd debaty, wskazując na najważniejsze wykorzystywane argumenty oraz kontrargumenty: 1) argument z ostrożności, który nakazuje powstrzymanie się od interwencji, jeżeli nie są poznane jej wszystkie konsekwencje; łączy się on bezpośrednio z nakazem stosowania alternatywnych bezpiecznych terapii; 2) argument z utraty tożsamości; 3) argument z naruszenia struktury społecznej (rodziny) oraz 4) argument z manipulacji charakterystyką przyszłych osób. Aby nasze analizy były bardziej czytelne, konieczne jest przedstawienie mechanizmu powstania choroby mitochondrialnej i jej specyfiki oraz opisanie samej procedury, co wymaga odwołania się do terminologii medycznej.

Choroby mitochondrialne i donacja mitochondrialna – perspektywa medyczna

Technika wspomaganiej reprodukcji z wykorzystaniem MD została opracowana w celu zapobieżenia przeniesienia na potomstwo choroby mitochondrialnej dziedzicznej wraz z matczynym mitochondrialnym materiałem genetycznym. Przyczynę powstawania chorób mitochondrialnych stanowią mutacje w genomie mitochondrialnym (mtDNA), a także w genomie jądrowym (nDNA) – w tych jego obszarach, które kodują białka specyficzne dla mitochondriów. Dotychczas opisano co najmniej 59 chorób związanych z dysfunkcją mitochondriów. Są to choroby bardzo rzadkie, występujące raz na 5000 przypadków (DiMauro, 2007, s. 5–7). MD dotyczy chorób, które są skutkiem mutacji tylko w obszarze genomu mitochondrialnego. Genom ten nie podlega rekombinacji, jest dziedziczony wyłącznie po matce (Bandelt, Kong, Parson, Salas, 2005, s. 957–960).

Mitochondria to półautonomiczne organelle, posiadające własny materiał genetyczny (własne mtDNA, mtRNA i rybosomy). Ich główną funkcją jest dostarczanie energii użytecznej biologicznie pod postacią wysokoenergetycznych wiązań ATP (adenozynotrifosforanu) i ciepła. Oprócz procesu oddychania komórkowego biorą one też udział w syntezie aminokwasów, kwasów tłuszczowych i w programowanej śmierci komórki. Ich liczba w komórkach jest różna i zależy od zapotrzebowania komórki na energię. Najwięcej mitochondriów znajduje się w komórkach organów o wysokim zapotrzebowaniu na energię, takich jak mózg, układ nerwowy, mięśnie szkieletowe, mięsień sercowy, wątroba, nerki, gruczoły wydzielania wewnętrzne. Szacuje się, że częstość mutacji genomu mitochondrialnego (mtDNA) jest ponad dziesięciokrotnie większa (występuje od 10 do 20 razy częściej w zależności od populacji i środowiska) niż mutacji genomu jądrowego (nDNA). Najbardziej wrażliwe na mutacje mitochondrialnego DNA są organy wykazujące dużą aktywność metaboliczną, czyli te zużywające najwięcej energii (Wallace, 1994, s. 8739–8746; Brągoszewski, Ostrowski, 2009, s. 138–148).

Mutacje mtDNA powodują zaburzenia w przebiegu procesów energetycznych w komórce, co jest przyczyną licznych anomalii. Objawy chorób mitochondrialnych są bardzo zróżnicowane i obejmują postępujące zmiany w mózgu, mięśniach, gruczołach wydzielania wewnętrzne, narządach

zmysłu, których efektem są choroby, takie jak zespół MELAS, zespół Lebera LHON, padaczka MERRF, zespół NARP/MILS, cukrzyca mitochondrialna (Wojewoda, Zabłocki, Szczepanowska, 2011, s. 224). Choroby mitochondrialne bywają nazywane „bombą zegarową” lub „wyrokiem śmierci” (Dimond, 2013, s. 5), ponieważ nie wiadomo, czy i kiedy się pojawią, oraz dlatego, że obecnie nie istnieją skuteczne sposoby ich leczenia i jak dotąd nie opracowano terapii, która powstrzymałaby wystąpienie takiej choroby i jej rozwój. Charakterystyczną cechą mitochondriopatii spowodowanych mutacjami w genomie mitochondrialnym (mtDNA) jest występowanie, nasilanie się, a także pojawianie się nowych objawów wraz z wiekiem, co może być spowodowane postępującym stopniem uszkodzeń mitochondriów (mtDNA) (Wallace, 2005, s. 379–383). Stosuje się wówczas zwykle leczenie objawowe. Również mitochondrialna terapia genowa, polegająca na komplementacji zmutowanych sekwencji mtDNA oraz produktów jego ekspresji, daje pewną możliwość zmniejszenia nasilenia objawów chorobowych (Wojewoda, Zabłocki, Szczepanowska, 2011, s. 222–229).

Większość patogennych mutacji genu mitochondrialnego (mtDNA) występuje w stanie heteroplazmii, czyli w określonym stosunku nieprawidłowych cząsteczek mtDNA do prawidłowych mtDNA, w przeciwnym razie choroby te byłyby letalne (Wong, 2007, s. 45–52). Można mówić o wartości progowej tego stosunku, po przekroczeniu której mutacja ujawnia się fenotypowo. Aby wystąpiły objawy chorobowe, ilość zmutowanych cząsteczek mtDNA musi przekroczyć pewien krytyczny poziom, specyficzny dla danej tkanki i mutacji (Kotulska, Kucharz, 2004, s. 43–48; Wojewoda, Zabłocki, Szczepanowska, 2011, s. 222–229). Jedynym sposobem na redukcję ryzyka przeniesienia choroby mitochondrialnej na potomstwo była do tej pory diagnostyka preimplantacyjna (PGD), jednak nie gwarantowała ona powodzenia. Liczba zmutowanych mitochondriów w embrionach jest bowiem słabym wskaźnikiem rozwoju choroby. Ta sama mutacja może wywoływać różne zespoły objawów, a fenotyp chorobowy jest zależny od ilości zmutowanych cząsteczek mtDNA w poszczególnych tkankach (Kotulska, Kucharz, 2004, s. 43–48). W podziale komórkowym genom mitochondrialny (mtDNA) podlega losowej segregacji, nie można więc przewidzieć, jaka liczba uszkodzonych cząsteczek mtDNA znajdzie się w poszczególnych tkankach. Na podstawie poziomu heteroplazmii u matki nie da się wywnioskować poziomu heteroplazmii u dziecka. W konsekwencji nie wiadomo, czy ono w ogóle zachoruje, a jeśli tak, to jakie będą kliniczne objawy i nasilenie choroby

(Piotrowska, Jankauskaitė, Bartnik, 2016, s. 112). PGD może co najwyżej zredukować ryzyko przekazania dziecku zmutowanego mitochondrialnego materiału genetycznego, ale nie może go wyeliminować (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 24, 26). Natomiast dawstwo mitochondrialne pozwala zapobiec dziedziczeniu chorób zależnych od mutacji w genomie mitochondrialnym nie tylko u dziecka, ale także u jego przyszłego potomstwa.

Technika wspomaganej prokreacji z wykorzystaniem MD (*mitochondrial replacement techniques* – MRT) polega na zastąpieniu zmutowanych patogennych mitochondriów zdrowymi; z perspektywy czysto technicznej można powiedzieć, że przenoszone jest albo wrzeczono kariokinetyczne (*chromosome spindle*), albo przedjądrze (*pronucleus*). Jak dotąd opracowano dwie metody MD.

Pierwsza, określana jako MST (*maternal spindle transfer*), polega na usunięciu wrzeczona kariokinetycznego (jądrowy materiał genetyczny w komórce rozrodczej) z oocytu zawierającego wadliwe mitochondria i wszczępieniu go do pozbawionego wcześniej jądrowego materiału genetycznego oocytu niespokrewnionej dawczyni. Tak zrekonstruowana komórka jajowa jest zapładniana nasieniem ojca i implantowana (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 34). Jest to metoda oparta na modyfikacji komórki i w tym sensie wykazuje podobieństwo do terapii genowej (Wrigley, Wilkinson, Appleby, 2015, s. 638; Kabza, 2017, s. 130).

Druga, nazywana PNT (*pro-nuclear transfer*) polega na stworzeniu dwóch embrionów. Jeden pochodzi z gamet matki i ojca (zawierający uszkodzony mitochondrialny materiał genetyczny z oocytu matki), drugi embrion utworzony jest z gamet dawczyni i ojca (posiadający zdrowe mitochondria). Pronukleus z pierwszego embriona trafia do drugiego (uprzednio pozbawionego pronukleusa), po czym następuje implantacja (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 32). Z etycznego punktu widzenia metoda ta jest zbliżona do selektywnej reprodukcji przy użyciu PGD (Wrigley, Wilkinson, Appleby, 2015, s. 638; Kabza, 2017, s. 130).

Przy zastosowaniu metody wspomaganej reprodukcji z wykorzystaniem MD dziecko otrzymuje materiał genetyczny pochodzący od trzech osób, przy czym istotne jest, że mitochondrialny materiał genetyczny stanowi mniej niż 0,1% całego materiału genetycznego, a zatem w przypadku MD tylko tysięczna część materiału genetycznego pochodzi od dawczyni. Kod genetyczny mitochondriów (mtDNA) nie wpływa na żadną cechę fenotypową, osobowość czy temperament. Kluczową rolę w kształtowaniu

wyglądu czy charakteru, oprócz czynników środowiskowych, pełni genom jądrowy nDNA.

Od czasu zalegalizowania MD w Wielkiej Brytanii w 2015 roku jej zastosowanie wywołuje intensywne debaty etyczne, w których zwraca się uwagę na potencjalne zagrożenia, jakie może ona ze sobą nieść. Przyjrzyjmy się teraz głównym argumentom i kontrargumentom wykorzystywanym w tej debacie.

Argument z ostrożności

Ponieważ nieznane są skutki uboczne stosowania MD ani jej wpływ na procesy takie, jak długość życia, proces rozwoju czy starzenia się, w literaturze przedmiotu pojawia się argument, że może ona stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia przyszłego dziecka, jak również przyszłych pokoleń. Dotychczas niezbadany pozostaje bowiem proces interakcji mtDNA dawczyni z jądrowym materiałem genetycznym (nDNA) rodziców, a wiadomo, że wiele genów (ok. 1500) zawartych w jądrze komórkowym reguluje funkcję mitochondriów (np. w nDNA zakodowane są enzymy związane z replikacją mtDNA, geny regulujące białka strukturalne czy regulacyjne, obecne w mitochondriach). Argumentuje się też, że podczas przeniesienia pronukleusa może dojść do przeniesienia pojedynczych wadliwych mitochondriów, a także, w przypadku niedopasowania haplotypu mtDNA dawczyni z haplotypem mtDNA matki, do powstania mieszaniny różnych mitochondrialnych genotypów (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 65–70).

Ponadto oponenti podkreślają, że obecnie medycyna nie dysponuje jeszcze wiedzą dotyczącą wszystkich funkcji mitochondriów (Thorburn, Dahl, Singh, 2001, s. 126), z tego też względu nieznany jest wpływ MD na przyszłe pokolenia. Obowiązek moralny troski o przyszłe pokolenia nakazuje zatem powstrzymanie się od działań, których skutków nie jesteśmy w stanie przewidzieć, oraz prowadzenie dalszych badań przygotowujących MD. Argument z ostrożności nakazuje przedstawienie dowodów na brak niebezpiecznych skutków ubocznych donacji oraz udowodnienie, że nie spowoduje ona żadnych zagrożeń nie tylko dla jednostek, ale również dla gatunku ludzkiego.

Można by kontrargumentować, że zupełne zaprzestanie MD oznacza *de facto* brak jakichkolwiek badań klinicznych w tym obszarze, a zatem

również zaprzestanie prac nad udowodnieniem jej potencjalnych skutków, zagrożeń czy też korzyści. Warto podkreślić, że HFEA w przedstawianych z badań raportach podkreśla, że pomimo ograniczonych dowodów MD nie jest niebezpieczna. Jednak ostateczna jej aprobata w praktyce klinicznej przez HFEA zależy od wyników badań klinicznych (HFEA, 2014, s. 4). Jak każda metoda eksperymentalna, również MD może nieść ze sobą także negatywne skutki, ale sam argument z ostrożności wydaje się niewystarczający, aby zupełnie zakazać jej stosowania. Raczej, podobnie jak w innych terapiach eksperymentalnych, należy, jak zauważa John Appleby, poprzeć ją odpowiednimi badaniami przedklinicznymi, jak również wprowadzić rozbudowany system zabezpieczeń oraz monitoring klinik ją przeprowadzających (Appleby, 2015, s. 511–513). Wskazuje się ponadto na stosowanie donacji jedynie po wykorzystaniu wszystkich innych możliwości terapeutycznych, rozważeniu alternatywnych opcji przez pary, takich jak adopcja, donacja embrionów, PGD, a także rozpatrywanie każdego z przypadków indywidualnie (*case by case*), jak również być może ujawnienie informacji osobie poczętej z wykorzystaniem MD w chwili osiągnięcia przez nią pełnoletniości (Appleby, 2015, s. 507, 512; Briscoe, 2013, s. 10).

Wydaje się, że argument mówiący o obowiązku troski o dobro przyszłych pokoleń jest w istocie innym wariantem znanego w literaturze bioetycznej argumentu *status quo bias*, wyrażającego lęk przed nieznanym (Bostrom, Toby, 2006, s. 657–658; Żuradzki, 2014, s. 207–208). W historii medycyny podobne zarzuty wysuwano już wobec transplantologii, jak również wobec procedury zapłodnienia pozaustrojowego (Towers, 1982, s. 100–101; te Veide, Habbema, Van Kooij, 1995, s. 91–93), które rzekomo miało mieć destrukcyjny wpływ na psychikę i zdrowie dzieci powołanych do życia metodą *in vitro*. Nawiasem mówiąc, wersję tego argumentu znaleźć też można w debacie dotyczącej doskonalenia gatunku ludzkiego. Przeciwnicy doskonalenia argumentują, że jest ono etycznie nie do uzasadnienia i powinno być zakazane, ponieważ może przynieść negatywne skutki dla gatunku ludzkiego i, jak dowodzą, zagraża naturze ludzkiej (Kass, James, 1998, s. 17–19; Daniels, 2000, s. 309–322; Fukuyama, 2008).

Argument z ostrożności wykorzystywany jest również w debacie w sposób negatywny. Skoro wcześniejsze zdiagnozowanie wysokiego poziomu heteroplazmii u matki nie przesądza o wystąpieniu choroby u potomstwa, ani też o stopniu nasilenia choroby, jeśli ona wystąpi, to, jak twierdzą przeciwnicy MD, nie da się jej etycznie uzasadnić troską o zdrowie przyszłego

potomstwa oraz nakazem nieprzysparzania cierpienia, bowiem nie da się przewidzieć, czy takie cierpienie w ogóle nastąpi. Warto nadmienić, że wedle brytyjskich regulacji MD może zostać zastosowana w przypadku, w którym istnieje szczególne i znaczące ryzyko (*particular and significant risk*), że embrión będzie dziedziczył nieprawidłowy mitochondrialny materiał genetyczny i że narodzone dziecko będzie cierpiało na poważną chorobę mitochondrialną (*serious mitochondrial disease*) (HFEA, 2015). Tym samym, jak podkreślają oponenti MD, biorąc pod uwagę tę właśnie specyfikę chorób mitochondrialnych, nie mamy pewności, że dziecko będzie cierpiało na poważną chorobę mitochondrialną, ani też, że ryzyko wystąpienia tej choroby u potomstwa jest szczególne i znaczące (Kabza, 2017, s. 134–135).

To właśnie jednak specyfika powstania mitochondrialnej choroby genetycznej sprawia, że na te pytania nie da się odpowiedzieć *a priori*, nie da się również w żaden, przybliżony nawet, sposób oszacować wielkości ryzyka jej wystąpienia. Jest to sytuacja podobna do tzw. rosyjskiej ruletki, co powoduje, że w każdej sytuacji, w której mamy do czynienia z prawdopodobieństwem wystąpienia choroby mitochondrialnej, ryzyko jest „szczególne i znaczące”. Należy zatem postawić pytanie, czy w sytuacji niepewności, kiedy istnieje realne ryzyko skazania przyszłej osoby na cierpienie, któremu możemy zapobiec, da się uzasadnić odstąpienie od takiego działania i przyjęcie postawy wyczekującej oraz pełnej nadziei, że taka choroba się nie ujawni? Nakaz nieprzysparzania cierpienia jest w naszym przekonaniu jedną z fundamentalnych zasad etycznych i jeśli istnieje jakiegokolwiek realne ryzyko wystąpienia choroby mitochondrialnej, może ono uzasadniać donację, szczególnie że ryzyko wystąpienia potencjalnych negatywnych skutków nie zostało w żaden sposób udowodnione.

Argument z istnienia bezpiecznych alternatywnych terapii

Przeciwnicy MD argumentują, że istnieją inne alternatywne metody zapobieżenia cierpienia przyszłemu potomstwu bez konieczności stosowania MD. Warto zatem rozważyć, czy oferują one porównywalnie skuteczne rozwiązanie i przynoszą podobne korzyści przyszłym rodzicom. Oponenti MD uważają, że pragnienie rodziców posiadania potomstwa genetycznie z nimi spokrewnionego jest w istocie życzeniem, nie zaś potrzebą (Baylis, 2013, s. 533; Taylor, 2015). Przekonują więc, że pary, których potomstwo

może być zagrożone wystąpieniem choroby mitochondrialnej, mogą skorzystać z adopcji, jak również z innych technik reprodukcji wspomagananej, które są już obecnie zbadane, takich jak adopcja embrionów, donacja oocytów, PGD, diagnostyka prenatalna oraz ewentualna terminacja ciąży w sytuacji, gdyby testy genetyczne wyszły pozytywnie (Smeets i in., 2015, s. 31–34). Rozważmy zatem, czy któraś z nich rzeczywiście przynosi identyczne korzyści jak donacja mitochondrialna.

Przedstawianie adopcji, w tym adopcji embrionów, czy donacji oocytów, jako analogicznej metody reprodukcji, jest w naszym przekonaniu propozycją nie tylko z medycznej perspektywy nieprawdziwą, choćby z tego powodu, że nie zapewnia genetycznego pokrewieństwa między rodzicami a potomstwem, ale stanowi również pogwałcenie prawa do reprodukcji oraz Artykułu 8 Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Artykuł ten mówi o prawie do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, w czym zawiera się również prawo do posiadania zdrowego potomstwa. Artykuł ten chroni także prawo do posiadania własnego potomstwa genetycznie spokrewnionego z rodzicami. Co prawda można argumentować, że w przypadku wykazania wysokiego ryzyka wystąpienia powikłań u przyszłego dziecka w wyniku zastosowania MD zakaz stosowania tej techniki nie naruszałby prawa do reprodukcji, jednakże takie ryzyko nie zostało wykazane, a dopuszczenie MD do dalszych badań klinicznych spełnia wymóg zasady równowagi. Tak więc dopóki nie wykazano ryzyka wystąpienia powikłań w wyniku zastosowania donacji mitochondrialnej, a także biorąc pod uwagę „szczególne i znaczące” ryzyko wystąpienia choroby mitochondrialnej u przyszłego dziecka, można zasadnie twierdzić, że brak dostępu do MD narusza prawo do posiadania zdrowego potomstwa.

Genetyczna diagnostyka preimplantacyjna, polegająca na genetycznych testach mających na celu wykrycie, czy dany embrion zawiera uszkodzone mtDNA, i w sytuacji wyników negatywnych jego implantację, również nie jest procedurą przynoszącą analogiczne korzyści, co donacja mitochondrialna. PGD wydaje się techniką z medycznego punktu widzenia zupełnie nieprzydatną w przypadku diagnostyki pod kątem mutacji mitochondrialnej, ponieważ oocyty kobiety obciążonej mutacją w 100% przypadków będą również nią obciążone. Ponadto potomstwo płci żeńskiej pomimo diagnostyki PGD wciąż jest zagrożone przeniesieniem choroby mitochondrialnej na swoje potomstwo, co wynika z obecności w ich komórkach somatycznych

pewnej liczby (poniżej wartości progowej) cząstek mtDNA zawierających chorobotwórczą mutację (Bredenoord i in., 2008, s. 2392–2401).

Również diagnostyka prenatalna, połączona z ewentualną aborcją, jest argumentacyjnym nadużyciem. Nie tylko nie przynosi podobnych korzyści, co donacja mitochondrialna (Piotrowska, Jankauskaitė, Bartnik, 2016, s. 112), ale może narażać kobietę na fizyczne i psychiczne cierpienie spowodowane koniecznością terminacji ciąży.

Argument „dziecko trojga rodziców”

Według Nuffield Council on Bioethics rodzice biologiczni to dawcy nuklearnego DNA. Status dawczyni mitochondriów (mtDNA) jest analogiczny do dawcy szpiku czy nerki, nie jest nawet taki, jak dawcy komórki jajowej czy spermy (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 90). Dlatego też ustawodawstwo brytyjskie ograniczyło dzieciom poczętym z wykorzystaniem MD prawo do informacji o ich biologicznym pochodzeniu, traktując dawstwo gamet dla potrzeb MD na zasadach zbliżonych do dawstwa organów (Nuffield Council of Bioethics, 2012, s. 70–79).

Argumenty przedstawione przez Nuffield Council of Bioethics (2012, s. 89–90) odwołują się do procesów biologicznych i można je sformułować następująco.

1. Argument jakościowy (*from personal characteristics*) mówi, że to jądrowy materiał genetyczny (nDNA) decyduje o genetycznej tożsamości dziecka, mitochondrialny (mtDNA) odpowiada jedynie za dostarczanie komórce energii.
2. Argument ilościowy wskazuje, że mitochondria zawierają mniej niż 0,1% materiału genetycznego człowieka, mtDNA koduje jedynie 37 genów, podczas gdy nDNA 20 000.
3. Argument z braku unikalnego genetycznego powiązania (*unique genetic connection*) mówi, że genom mitochondrialny ma małe rozmiary, kombinacji określonych sekwencji jest o wiele mniej, może się więc zdarzyć, że nawet osoby niespokrewnione będą miały identyczną sekwencję mtDNA (wśród osób pochodzenia europejskiego występuje tylko osiem mitochondrialnych haplotypów (Bragoszewski, Ostrowski, 2009, s. 138–148).

Autorzy, którzy są przeciwni używaniu terminologii, takiej jak „dziecko trzech rodziców” podkreślają fakt, że 99,9% DNA dziecka pochodzi od rodziców genetycznych. Co więcej, to właśnie jądrowe DNA koduje zarówno cechy fizyczne, jak i cechy istotne dla kształtowania się charakteru. Przyjmując tę biologiczną perspektywę, HFEA w uzasadnieniu decyzji o podjęciu badań naukowych nad transferem jądra podkreśliła, że mtDNA nie ma żadnego wpływu na tożsamość człowieka (HFEA, 2013). Wpływ donacji mitochondrialnej na tożsamość nowo powstałej osoby był jednym z kluczowych argumentów w dyskusji dotyczącej stosowania tej metody. Należałoby zatem rozważyć, czy argumenty biologiczne są wystarczające do osiągnięcia takiej konkluzji, a także, w jakim sensie zastosowanie donacji mitochondrialnej może mieć wpływ na tożsamość dziecka.

Argument z utraty tożsamości jednostkowej

Według autorów odwołujących się do tego argumentu, dziecko powstałe z materiału genetycznego trojga osób jest kimś innym niż to, które powstałoby z materiału genetycznego matki i ojca, a zatem w wyniku stosowania MD nowo powstała osoba traci swoją tożsamość jednostkową, a zyskuje zupełnie inną.

Tożsamość jednostkowa kształtowana jest przez rozmaite czynniki, m.in. potrzeby, pragnienia, wyznaczenie celów, wybór sposobów ich realizowania, a także przez wspomnienia czy analizę uprzednich doświadczeń przy podejmowaniu nowych decyzji. Wszystkie te aspekty bycia sobą, które można nazwać samorozumieniem czy samopojmowaniem, powstają w wyniku indywidualnych doświadczeń. Każdy z nich zostanie zmodyfikowany poprzez zmianę mtDNA, to znaczy zmiana mtDNA zapewne spowoduje, że poprzez uniknięcie choroby czy predyspozycji do niej nowa osoba będzie podejmować inne decyzje, niż gdyby była dotknięta chorobą. Osoba zdrowa, niedotknięta poważną nieuleczalną chorobą, ograniczającą jej wolność i możliwości, podejmuje w życiu inne wybory, ma inne możliwości, priorytety, a często wyznaje inne zasady etyczne. Osoba urodzona w wyniku MRT może też mieć inne rozumienie samej siebie przez samą świadomość zaistnienia z wykorzystaniem materiału genetycznego dawczyni. Podobnie jednak będzie w przypadku donacji oocytów czy spermy, odsunięcia w czasie posiadania potomstwa, czy też innych decyzji i okoliczności wpływających

na powstanie innej osoby niż ta, która powstałaby w danym miejscu, momencie i z danego materiału genetycznego. Nawet jeśli więc zgodzimy się, że skuteczne zastosowanie MD wpłynie na tożsamość nowo powstałej osoby, w sensie samopojmowania, czy można zasadnie twierdzić, że to właśnie rola trzeciej osoby, jej materiału genetycznego, będzie miała istotny udział w określaniu tejże tożsamości, a w konsekwencji na tej podstawie uznać metodę MD za etycznie niedopuszczalną?

W analogiczny sposób można by argumentować w przypadku dzieci adoptowanych, uznając je za dzieci „czworga rodziców”, którzy genetycznie oraz poprzez wychowanie determinują jego tożsamość, oraz zakazywać adopcji, wskazując na problemy z poczuciem tożsamości takiego dziecka. Nikt jednak nie przedstawia takiej argumentacji na rzecz zakazu adopcji.

Warto w tym momencie przytoczyć koncepcję Dereka Parfita, który rozróżnia dwa typy tożsamości – jakościową oraz numeryczną (Parfit, 2012, s. 244). Tożsamość jakościowa oznacza, że dwie osoby (lub dwa przedmioty) są dokładnie takie same: przedmiot X jest tożsamy z Y, jeżeli wszystkie własności X są własnościami Y, i na odwrót. Tożsamość numeryczna zaś mówi o tym, że dwie osoby (lub dwa przedmioty) o różnych jakościach są w tym samym czasie jedną i tą samą osobą (jednym i tym samym przedmiotem): X i Y są tożsame wtedy i tylko wtedy, gdy są tym samym.

Zmiany jakościowe nie implikują zmiany tożsamości numerycznej. Gdyby tak było, każda interwencja medyczna nakierowana na poprawę zdrowia zmieniałaby tożsamość jakościową, np. osoba, która dzięki operacji odzyska zdolność poruszania się, będzie w sensie jakościowym inną osobą niż ta sprzed operacji. Z etycznego punktu widzenia istotne jest to, czy zmiana jakościowa w jakimś aspekcie szkodzi jednostce, czy ma niekorzystny wpływ na jej zdrowie, sytuację, możliwości etc.

Odwołując się do przykładu Parfita (Parfit, 2012, s. 411–415), można wskazać na takie działania, w wyniku których powstaje odrębna (inna numerycznie) osoba, a które nie są etycznie naganne. Odłożenie posiadania potomstwa do czasu, kiedy para będzie gotowa na przyjście na świat ich dziecka, jak się wydaje, nie jest uznawane za etycznie niedopuszczalne, choć oczywiste jest, że dziecko, które urodzi się później, powstanie z innych gamet, będzie wychowywało się w innym środowisku i chodziło do innej szkoły niż to, które zaistniałoby wcześniej. A zatem jakościowo i numerycznie będzie inną osobą. Także interwencje medyczne, np. przyjmowanie kwasu foliowego przez kobietę przed zajściem w ciążę po to, aby zminimalizować

ryzyko rozszczepu kręgosłupa u przyszłego dziecka można uznać za istotnie zmieniające warunki poczęcia, w wyniku czego dochodzi do powstania odrębnej numerycznie (i też różnej jakościowo) osoby.

W debacie dotyczącej MD i jej możliwego negatywnego wpływu na tożsamość osoby daje się zauważyć pewnego rodzaju uproszczenie w rozumieniu tożsamości jednostkowej (zarówno jakościowej, jak i numerycznej), która zrównywana jest z tożsamością genetyczną. Wraz z rozwojem wiedzy naukowej dotyczącej genetyki, a co za tym idzie, szeroką ofertą diagnostyki genetycznej, narasta w społeczeństwie nieuzasadnione przekonanie o decydującym wpływie genów na charakter i osobowość człowieka. Zakodowana informacja genetyczna nie jest jedynym czynnikiem kształtującym tożsamość, albowiem ta jest wynikiem interakcji wielu różnych nie mniej istotnych czynników. Monozygotyczne bliźnięta nie są tą samą osobą ani numerycznie, ani jakościowo, choć są genetycznie identyczne. Zastosowanie MD przerywa ciągłość rozwoju biologicznego i skutkuje powstaniem numerycznie odrębnej zygoty od tej, która powstałaby, gdyby donacji nie zastosowano, bowiem będzie to zygota z innym mtDNA. Nawet jeżeli, co może się zdarzyć, dawczyni będzie miała taką samą sekwencję mtDNA co matka, przyszła osoba otrzyma mitochondria zdrowe, co w znaczący sposób wpłynie na jej przyszłe życie. Osoba, która zaistnieje w wyniku zastosowania transferu mitochondriów, nie zachoruje na nieuleczalną, prowadzącą do przedwczesnej śmierci chorobę, a zatem można przypuszczać, że będzie dokonywała innych wyborów, a to z kolei spowoduje, że będzie miała inne doświadczenia życiowe i – prawdopodobnie – także inny charakter. Już same jakościowe zmiany będą więc na tyle istotne, że będzie to inna osoba niż ta, która urodziłaby się obciążona chorobą. Nie utraci jednak żadnej tożsamości, bowiem jej nie miała, dopóki nie zaistniała. Absurdem zatem wydaje się twierdzić, że donacja mitochondrialna prowadzi do utraty tożsamości jednostkowej. Zastosowanie MD powoduje jedynie, że powstaje inna osoba od tej, która powstałaby bez jej zastosowania. Trudno jednak uznać powstanie innej osoby za moralnie niedopuszczalne.

Myśląc o sobie czy też o własnej przyszłości, zwykle ujmujemy siebie jako trwający w czasie podmiot fizyczny, a więc pojmujemy własną tożsamość, swoje „ja” w kategoriach tożsamości numerycznej. Bez względu na skalę zmian, jakie zajądą w naszym życiu i naszej psychice, numerycznie będziemy tymi samymi osobami (Parfit, 2012, s. 241). Należy zatem

rozważyć, w jakim stopniu istotne dla tożsamości osoby jest kryterium ciągłości fizycznej.

Definiując osobę jako „myślącą i inteligentną, obdarzoną rozumem i zdolnością refleksji, istotę, która może ujmować siebie myślą jako samą siebie” (Locke, 1955, s. 471), Locke odróżniał bycie tą samą osobą, której tożsamość polega na ciągłości jej świadomości, od bycia tym samym organizmem, którego tożsamość opiera się na ciągłości życia biologicznego. Przeciwnicy tego stanowiska wskazują na jego wewnętrzną sprzeczność lub błędne koło w rozumowaniu. Zarzut ten został sformułowany przez Josepha Butlera: tożsamość osobowa nie może być definiowana przez świadomość, ponieważ to świadomość zakłada już określoną tożsamość (bycie pewnym podmiotem). Zdaniem Butlera osoba w ciągu swego życia nie zachowuje tej samej świadomości, lecz świadomość bycia tą samą osobą (Butler, 1975, s. 99–105). Wracając do przykładów Parfita, załóżmy, że będzie możliwa podróż na Marsa, która odbywała by się w taki sposób, że skaner na Ziemi odtwarzałby na Marsie nasze organiczne kopie wraz ze wszystkimi stanami naszych umysłów: informacjami, wyobrażeniami, reprezentacjami, doświadczeniami, pragnieniami, zamiarami. Niewiele osób uznałoby, że pierwowzór i replika są tymi samymi osobami, zwłaszcza kiedy wyobrazimy sobie ich niezależną dalszą egzystencję (Parfit, 2012, s. 241–244).

Parfit dowodzi, że ani psychiczna, ani fizyczna ciągłość nie jest istotna dla tożsamości osoby. W szczególnych wypadkach, na pytanie o tożsamość między osobą w czasie t_1 a osobą w czasie t_2 , odpowiedź nie jest możliwa, ponieważ ciągłość psychiczna i/lub cielesna między obiema osobami jest jedynie częściowa (przykład wyżej), lub dlatego, że odpowiedź na to pytanie będzie kwestią naszej arbitralnej decyzji (przykład przeszczepu obu półkul mózgu osoby x do dwóch różnych ciał: lewej półkuli do ciała osoby y i prawej do ciała osoby z) (Parfit, 2012, s. 299–305). Tym, co ma fundamentalne znaczenie wedle Parfita, nie jest tożsamość, lecz ukonstytuowana przez ogniwa psychicznej ciągłości relacja silnego powiązania psychicznego (R) między osobą pierwotną w czasie t_1 a jej kontynuatorem, czyli osobą w czasie t_2 (Parfit, 2012, s. 305).

Podsumowując, można uznać, że tożsamość genetyczna, czyli pochodzenie z konkretnej pary komórek nie jest najważniejszą z cech dystyngtywnych osoby. Ponadto dokonany przez rodziców wybór poczęcia zdrowego dziecka nie jest dla nikogo niczym złym, ponieważ aby coś było złe, musi być złe dla jakiejś osoby. Decyzja rodziców o poczęciu zdrowego dziecka

nie krzywdzi nikogo. Wydaje się absurdem twierdzić, że np. nastolatka, która powstrzymuje się od prokreacji kogokolwiek krzywdzi, lub też że jej działanie w jakikolwiek sposób krzywdzi osoby, które zostały urodzone przez nastoletnie matki. Tego typu decyzji, w wyniku których rodzą się inni ludzie niż ci, którzy urodziliby się, gdyby ich nie podejmowano, można wskazać nieskończenie wiele, a donacja mitochondrialna jest jedną z nich.

Argument z naruszenia linii germinalnej

Regulacje międzynarodowe dopuszczają stosowanie technik inżynierii genetycznej w celach terapeutycznych, zakazują natomiast ich stosowania w celu modyfikowania gamet lub wczesnych zarodków i manipulowania charakterystyką przyszłych dzieci, zakazują też wywoływania zmian, które podlegałyby dziedziczeniu. Stosowanie MD jest ingerencją w linię zarodkową, gdyż mitochondria dawczyni będą przekazywane w linii żeńskiej. Artykuł 13 Europejskiej Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie dopuszcza interwencje mające na celu dokonanie zmian w genomie ludzkim wyłącznie w celach profilaktycznych, terapeutycznych lub diagnostycznych, o ile celem nie jest wywołanie dziedzicznych zmian genetycznych. W sprawozdaniu Komitetu Kierowniczego ds. Bioetyki (CDBI) stwierdza się również, że modyfikacje genetyczne plemników lub komórek jajowych przeznaczonych do zapłodnienia nie są dopuszczalne. Także art. 24 Powszechnej Deklaracji o Genomie Ludzkim i Prawach Człowieka mówi o sprzeczności z godnością człowieka wszelkich ingerencji w linię zarodkową: „Każdy ma prawo do poszanowania własnej godności i praw niezależnie od cech genetycznych, nie można sprowadzać człowieka do jego cech genetycznych, należy szanować niepowtarzalność każdego człowieka”.

Niektórzy bioetycy przywiązują dużą wagę do problemu, czy w wyniku interwencji terapeutycznej mamy do czynienia z modyfikacją genomu mitochondrialnego czy jądrowego, determinującego cechy fenotypowe. Wartością, jaką chronią przepisy prawa międzynarodowego, jest niezmanipulowana charakterystyka przyszłych dzieci (Kabza, 2017, s. 144). Posługiwanie się sformułowaniami, takimi jak dzieci GMO, GM, błędnie sugeruje, że w przypadku MD mamy do czynienia z udoskonalaniem. Modyfikacja mitochondrialna ma charakter wyłącznie terapeutyczny, zapobiega chorobie i w żaden sposób nie prowadzi do doskonalenia jednostki czy gatunku

ludzkiego. Przeciwnicy modyfikacji genetycznej najczęściej przywołują trzy zasadnicze argumenty:

- z pychy, który mówi, że rodzice decydować będą o cechach swoich dzieci, jak każdego innego produktu konsumenckiego, który nabywają (Sandel, 2007, s. 69–75; Glover, 2006, s. 76–81),
- z nierówności, zgodnie z którym status majątkowy będzie decydował o możliwościach rozwoju i rozkwitu przyszłego potomstwa; ludzie bogaci będą w stanie zapewnić dzieciom wbudowane genetycznie zalety, dające im przewagę nad pozostałymi osobami (Glover, 2006, s. 76–81),
- z autonomii i prawa do otwartej przyszłości, które mówią, że obowiązkiem rodziców jest zagwarantowanie dziecku jak najlepszych perspektyw na przyszłość oraz respektowanie faktu, że ich dziecko będzie w przyszłości autonomiczną, samodecydującą jednostką (Feinberg, 1980).

Wydaje się jednak, że żaden z przywołanych argumentów nie jest trafny w odniesieniu do donacji mitochondrialnej. Pragnienie posiadania zdrowego potomstwa trudno bowiem utożsamić z pychą, co zresztą stało się już przedmiotem dyskusji w debacie dotyczącej *in vitro* czy PGD (te Velde, Habbema, Van Kooij, 1955, s. 91–93). Realizacja prawa do zdrowia nie ma nic wspólnego z manipulacją przyszłą charakterystyką dziecka. Odwołując się do dobrze znanej argumentacji, choćby Johna Harrisa czy Petera Singera (Harris, 2007, s. 27, 108–122; Singer, 2010, s. 282–283), można przekonywać, że już obecnie mamy do czynienia z sytuacją, kiedy status majątkowy rodziców przyczynia się do zapewnienia potomstwu większych możliwości rozwoju poprzez np. zajęcia dodatkowe, finansowanie lepszej edukacji czy nauki języków. A zatem MD nie spowoduje pojawienia się nierówności społecznych dających niektórym „lepszy start”, a jedynie przesunie w czasie (przed implantacją) możliwość jego zapoczątkowania lub też zmieni jego charakter z zewnętrznego (procesy edukacji) na wewnętrzny (genetyczny). Warto również zauważyć, że zmiana genetyczna dająca potomstwu większe możliwości rozwoju jest jedynie potencjalna, jest to bowiem zaledwie możliwość, którą należy dopiero zrealizować i rozwijać.

Można zadać pytanie, czy i w jakim stopniu oraz w jakich sytuacjach troska o najlepszą jakość życia dziecka wchodzi w konflikt z troską o jego przyszłą autonomię? Rozwiązanie konfliktu między autonomią rodziców w zakresie wyboru tego, co uznają za najlepsze dla dziecka, a autonomią

przyszłego dziecka zostało nazwane przez Joela Feinberga „prawem dziecka do otwartej przyszłości” (Feinberg, 1980, 124–153). Feinberg wskazał cztery grupy praw dziecka: 1) prawa wspólne dla rodziców i dzieci (np. prawo do życia); 2) prawa, które posiadają dzieci z racji swojej niesamodzielności (*dependency rights*), do których należą np. prawa do schronienia, obrony czy pożywienia; 3) prawa, które mogą być przez dzieci realizowane w przyszłości albo przynajmniej w wieku dorastania, takie jak prawo do wyboru określonej religii; 4) w końcu prawa zarezerwowane dla dziecka jako przyszłego dorosłego (*rights-in-trust*). Te ostatnie mogą być przez rodziców łamane przez zawężanie dziecku możliwości, które mogłoby realizować w swoim przyszłym życiu. Prawa z tej kategorii są tymi, jakie przyznajemy każdej dorosłej osobie w korzystaniu ze swojej wolności i które muszą być chronione już wcześniej. Feinberg nazywa je „prawami do otwartej przyszłości”.

Prawo do otwartej przyszłości ma gwarantować dziecku wolność od rodzicielskich decyzji, które w sposób nieodwracalny ograniczyłyby jego przyszłe prawo do wyboru swojej przyszłości. Jest ono pochodną chronionej w społeczeństwach liberalnych wartości autonomii w realizacji własnych wyborów życiowych i własnej koncepcji dobra. Argumentowanie, że w przypadku donacji mitochondrialnej dochodzi do ograniczenia dziecku „prawa do otwartej przyszłości” wydaje się jednak nietrafne. Nie mamy tu do czynienia z konfliktem w realizacji obydwu wartości: dążenia do dobra przyszłego dziecka, jakim jest zdrowie, i dążenia do jego przyszłej autonomii. Wręcz przeciwnie, zdrowie, jako dobro pierwotne podstawowe (Rawls, 1994, s. 89, 348), poszerza autonomię i zakres możliwych do realizacji planów życiowych. Jeżeli sprawiedliwość wymaga wyrównywania szans czy też zwiększania szans tych, którzy mają ich najmniej – priorytet sprawiedliwości wobec efektywności i dobrobytu (Rawls, 1994, s. 103–106) – to istotne znaczenie dla realizacji sprawiedliwości ma prawo do zdrowia rozumiane jako uprawnienie pozytywne każdego członka społeczeństwa do korzystania z najwyższego osiągalnego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego (Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, 1966, art. 12).

Ingerencja w linię zarodkową budzi kontrowersje po pierwsze dlatego, że mogłaby wiązać się z naruszeniem prawa do autonomii. Ten argument, jak pokazałyśmy, w odniesieniu do MD jest nietrafny. Po drugie, ponieważ nie da się z góry przewidzieć wszystkich możliwych jej konsekwencji. W decyzji o akceptacji każdej nowej, niesprawdzonej jeszcze terapii zawsze pojawia

się problem oszacowania wielkości danego ryzyka. Naukowcy argumentują, że zanim metoda MD została zaakceptowana, była długo poddawana wnikliwej dyskusji oraz analizowana zgodnie z wszelkimi procedurami. Ryzyku, z jakim wiąże się MD, podobnie jak każda nowa metoda terapeutyczna, należałoby przeciwstawić ryzyko, na jakie dzisiaj narażonych jest wiele osób: choroby mitochondrialnej niszczącej narządy i powracającej w kolejnych pokoleniach.

*

W artykule przedstawiliśmy główne argumenty używane przez przeciwników MD w dyskusji dotyczącej stosowania tej metody. Pogrupowałyśmy je w cztery główne kategorie i wykazałyśmy ich nieadekwatność, nietrafność, nieprawdziwość, jak również częste posługiwanie się w debacie dotyczącej donacji mitochondrialnej stereotypami i fałszywymi przesłankami. Dokonana analiza prowadzi do wniosku, że obecnie wskazane w dyskusji powody są niewystarczające, aby uznać MD za etycznie niedopuszczalną oraz na tej podstawie wprowadzić prawny zakaz jej stosowania. Argument z ostrożności używany był w przeszłości w odniesieniu do wielu procedur medycznych. Nie musi on jednak wiązać się z zakazem stosowania nowych procedur medycznych, lecz nakazuje raczej oszacowanie wielkości ryzyka, jak również nadzór nad wykonywaniem tych procedur i monitorowanie ich konsekwencji. Argument z istnienia alternatywnych terapii jest fałszywy, alternatywne metody nie dają bowiem gwarancji urodzenia zdrowego dziecka lub nie dają możliwości posiadania dziecka własnego genetycznie. Niewątpliwie adopcja, często proponowana jako alternatywna metoda, byłaby czynem moralnie chwalebny, ale nikomu takiego działania nakazać nie można. Argument z naruszenia struktury społecznej oparty jest na stereotypach dotyczących tej struktury, przede wszystkim czynników kształtujących relację rodzice–dziecko. Argument z utraty tożsamości jest nietrafny, nie odnosi się bowiem do osoby, która mogłaby tę tożsamość utracić. Wykazałyśmy też, że argumenty używane w odniesieniu do naruszenia linii terminalnej wobec MD jako metody terapeutycznej nie mają zastosowania. Używanie wymienionych argumentów wynika z lęku przed nieznanym i wielokrotnie ma podłoże emocjonalne.

Bibliografia

- Appleby, J.B. (2015). The Ethical Challenges of the Clinical Introduction of Mitochondrial Replacement Techniques. *Medicine Health Care and Philosophy*, 18, 501–514.
- Bandelt, H.J., Kong, Q.P., Parson, W., Salas, A. (2005). More Evidence for Non-Maternal Inheritance of Mitochondrial DNA? *Journal of Medical Genetics*, 42, 957–960.
- Bartnik, E. (2009). Ludzki genom mitochondrialny. *Komos. Problemy nauk biologicznych*, 3–4, 555–558. Pobrano z: <http://kosmos.icm.edu.pl/PDF/2009/555.pdf>.
- Baylis, F. (2013). The Ethics of Creating Children with Three Genetic Parents. *Reproductive BioMedicine Online*, 26, 531–534.
- Bostrom, N., Toby, O. (2006). The Reversal Test: Eliminating Status Quo Bias in Applied Ethics. *Ethics*, 116, 656–679.
- Braęoszewski, P., Ostrowski, J. (2009). Medycyna mitochondrialna. *Postępy Nauk Medycznych*, 2, 138–148. Pobrano z: <http://www.czytelniamedyczna.pl/3090,medycyna-mitochondrialna.html>.
- Bredenoord, A.L., Dondorp, W., Pennings, G., de Die-Smulders, C.E.M., de Wert, G. (2008). PGD to Reduce Reproductive Risk: The Case of Mitochondrial DNA Disorders. *Human Reproduction*, 11 (23), 2392–2401.
- Briscoe, R. (2013). Ethical Considerations, Safety Precautions and Parenthood in Legalizing Mitochondrial Donation. *The New Bioethics*, 19, 2–17.
- Butler, J. (1975). Of Personal Identity. W: *Personal Identity*, red. J. Perry (99–105). Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press.
- Daniels, N. (2000). Normal Functioning and the Treatment Enhancement Distinction. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9, 309–322.
- DiMauro, S. (2007). Mitochondrial DNA Medicine. *Bioscience Reports*, 27, 5–9.
- Dimond, R. (2013). Patient and Family Trajectories of Mitochondrial Disease: Diversity, Uncertainty, and Genetic Risk. *Life Sciences, Society and Policy*, 9, 2. Pobrano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4513040/>.
- Feinberg, J. (1980). The Child's Right to an Open Future. W: *Whose Child?: Children's Rights, Parental Authority, and State Power*, red. W. Aiken, H. La Follette (s. 124–153). Totowa, NJ: Littlefield Adams.

- Fukuyama, F. (2008). *Koniec człowieka: konsekwencje rewolucji biotechnologicznej*. Tłum. B. Pietrzyk. Kraków: Znak.
- Glover, J. (2006). *Choosing Children. The Ethical Dilemmas of Genetic Manipulation*. Oxford: Clarendon Press.
- Harris, J. (2007). *Enhancing Evolution: The Ethical Case for Making Better People*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- HFEA (2013). *Mitochondria Replacement Consultation: Advice to Government*. Pobrano z: https://www.hfea.gov.uk/media/2618/mitochondria_replacement_consultation_-_advice_for_government.pdf.
- HFEA (2014). *Third Scientific Review of the Safety and Efficacy of Method to Avoid Mitochondrial Disease through Assisted Conception: 2014 Update*. Pobrano z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Third-scientific-review-of-the-safety-and-efficacy-Genetics-Johnston/25c79556c1157976342165617acd91420310550d>.
- HFEA (2015). The Human Fertilisation and Embryology (Mitochondrial Donation) Regulation 2015, No. 572. Pobrano z: <http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/572/contents/made>.
- HFEA (2017). *HFEA Statement on Mitochondrial Donation*. Pobrano z: <https://www.hfea.gov.uk/about-us/news-and-press-releases/2017-news-and-press-releases/hfea-statement-on-mitochondrial-donation/>.
- Kabza, E. (2017). Donacja mitochondrialna. *Prawo i Medycyna*, 19, 123–147.
- Kass, L.R., James, Q.W. (1998). *The Ethics of Human Cloning*. Washington, DC: AEI Press.
- Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Pobrano z: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf.
- Kotulska, A., Kucharz, E.J. (2004). Miopatie mitochondrialne. *Terapia*, 5 (152), 43–48.
- Locke, J. (1955). *Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego*. Tłum. B.J. Gawecki. Warszawa: PWN.
- Nuffield Council of Bioethics (2012). *Novel Techniques for the Prevention of Mitochondrial DNA Disorders: An Ethical Revue*. London.
- Parfit, D. (2012). *Racje i osoby*. Tłum. W.M. Hensel, M. Warchała. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Piotrowska, A., Jankauskaitė, E., Bartnik, E. (2016). Choroby mitochondrialne. *Postępy Biochemii*, 2 (62), 111–115. Pobrano z: http://www.postepybiochemii.pl/pdf/2_2016/111-115.pdf.
- Rawls, J. (1994). *Teoria sprawiedliwości*. Tłum. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk. Warszawa: PWN.
- Sandel, M. (2007). *The Case against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*. Cambridge: Harvard University Press.
- Singer, P. (2010). Parental Choice and Human Improvement. W: *Human Enhancement*, red. J. Savulescu, N. Bostrom. Oxford: Oxford University Press.
- Smeets, H.J.M., Sallevelt, S.C., Dreesen, J.C., de Die-Smulders, C.E., de Coo, I.F. (2015). Preventing the Transmission of Mitochondrial DNA Disorders Using Prenatal or Preimplantation Genetics Diagnosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 29–36.
- Taylor, P. (2015). *Three Parent Babies: Unethical, Unnecessary, Unsafe*. BioNews. Pobrane z https://www.bionews.org.uk/page_94923.
- te Velde, E.R., Habbema, J.D., Van Kooij, R.J. (1955). Application of In-Vitro Fertilization in (almost) Fertile Couples Should, and Can, Be Avoided. *International Journal of Andrology*, 2 (18, Suppl.), 91–93.
- Thorburn, D.R., Dahl, H.H., Singh, K.K. (2001). The Pros and Cons of Mitochondrial Manipulation in the Human Germ Line. *Mitochondrion*, 1, 123–127.
- Towers, B. (1982). Medical Involvement in Procreation: How Far? *Journal of Medical Ethics*, 2 (8), 100–101.
- Wallace, D.C. (1994). Mitochondrial DNA Sequence Variation in Human Evolution and Disease. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 91, 8739–8746.
- Wallace, D.C. (2005). A Mitochondrial Paradigm of Metabolic and degenerative Diseases, Aging, and Cancer: A Dawn for Evolutionary Medicine. *The Annual Review of Genetics*, 39, 359–407.
- Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych (1966). Pobrano z: <https://amnesty.org.pl/wp-content/uploads/2016/04/Miedzynarodowy-Pakt-Praw-gosp-spol-kult.pdf>.
- Wojewoda, M., Zabłocki, K., Szczepanowska, J. (2011). Choroby spowodowane mutacjami w obrębie mitochondrialnego DNA. *Postępy biochemii*, 2 (57), 222–229. Pobrano z: http://www.postepybiochemii.pl/pdf/2_2011/222-230.pdf.

- Wong, L.J. (2007). Diagnostic Challenges of Mitochondrial DNA Disorders. *Mitochondrion*, 7, 45–52.
- Wrigley, A., Wilkinson, S., Appleby, J.B. (2015). Mitochondrial Replecement: Ethics and Identity. *Bioethics*, 9 (29), 631–638.
- Żuradzki, T. (2014). Nowa liberalna eugenika: Krytyczny przegląd argumentów przeciwko biomedycznemu poprawianiu ludzkiej kondycji fizycznej lub umysłowej. *Diametros*, 42, 204–226.

ARGUMENTATION STRATEGIES IN THE DEBATE ON MITOCHONDRIAL DONATION

Summary

Bioethical aspects of mitochondrial donation have recently become one of the most debated issues. The growing interest in the philosophical and bioethical problems it generates has become even more visible since mitochondrial donation was legally allowed in Great Britain in 2015. In this paper we will take a closer look at the arguments employed in the debate, such as 1) argument *from uncertainty* closely connected with an obligation to use safe and already known alternative medical procedures; 2) the threat of losing personal identity; 3) the fear of creating a child of three parents; 4) detrimental outcome of manipulation in the human germ line. We will analyze the arguments showing that they are in fact the result of the lack of precision in employing medical terminology, the simplification of argumentation or the manifestation of ‘status quo bias’.

BOGNA WACH*

ARGUMENTY W SPORZE O LEGALIZACJĘ EUTANAZJI I WSPOMAGANEGO SAMOBÓJSTWA – CZĘŚĆ I

Słowa kluczowe: eutanazja, wspomagane samobójstwo, legalizacja, argumenty, świętość i ochrona życia, argument równi pochyłej, autonomia, jakość życia
Keywords: euthanasia, physician assisted suicide, legalization, arguments, sanctity and protection of life, slippery slope argument, autonomy, quality of life

Wstęp

Problem legalizacji medycznie wspomaganego śmierci nie jest nowy. Jest on przedmiotem ożywionej debaty społecznej. Kolejne państwa decydują o zalegalizowaniu eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Obecnie są nimi: Holandia (od 2001 r. – ustawa holenderska), Belgia (od 2003 r., zalegalizowano tylko eutanazję – ustawa belgijska), Luksemburg (od 2009 r. – ustawa

* Bogna Wach – absolwentka studiów prawniczych i filozoficznych, doktor nauk prawnych, obecnie adiunkt na Wydziale Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Zainteresowania naukowe: filozofia i teoria prawa, etyka stosowana, bioetyka, prawo międzynarodowe, ochrona praw człowieka.

Address for correspondence: The Jacob of Paradies University, Department of Administration and National Security, Teatralna 25, 66-400 Gorzów Wielkopolski. E-mail: bognowach@wp.pl.

luksemburska) oraz Kanada (od 2016 roku – ustawa kanadyjska). W 2017 roku wspomaganą śmierć zalegalizowano w australijskim stanie Wiktorja. W USA wspomaganie samobójstwo jest dopuszczalne w stanach: Oregon (od 1994 r.), Waszyngton (od 2008 r.), Vermont (od 2013 r.), Kalifornia (od 2015 r.), Kolorado (od 2016 r.), Dystrykt Kolumbia (od 2017 r.), natomiast w Montanie orzeczenie tamtejszego Sądu Najwyższego z 2009 roku otworzyło drogę do zalegalizowania pomocy w samobójstwie¹. Niemniej, na skutek oporu ze strony władz federalnych, pierwsze uregulowanie w stanie Oregon z 1994 roku weszło w życie dopiero trzy lata później. Przeciwnicy ustawy oregonskiej wnosili o uznanie jej za sprzeczną z konstytucjami stanową i federalną. Ostatecznie jednak w kolejnych stanach przyjęto podobne rozwiązania, a w innych prowadzi się ożywioną dyskusję na ten temat (Pietrzykowski, 2005, s. 204). Z całą pewnością legalizacja wspomaganego samobójstwa, dominująca w Stanach Zjednoczonych, pomogła przełamać tabu związane z tym trudnym tematem.

Przyjaznym państwem dla osób chorych chcących zakończyć swoje życie jest Szwajcaria. W szwajcarskim prawie karnym pomoc w samobójstwie nie jest karalna, o ile nie jest dokonywana z egoistycznych pobudek, np. chęci uzyskania korzyści majątkowych. Ponieważ środowiska medyczne kategorycznie sprzeciwiły się dokonywaniu pomocy w samobójstwie w szpitalach, a władze szwajcarskie są przeciwnikiem „turystyki samobójczej”, taką pomocą zajmują się prywatne stowarzyszenia, jak np. Dygnitas czy Exit (cała procedura odbywa się w prywatnych mieszkaniach, chorzy najczęściej dostają do wypicia lub połknięcia śmiertelną dawkę środków farmakologicznych) (Bosshard, 2008, s. 263–282).

Problem wspomaganego samobójstwa przestał dotyczyć tylko osób śmiertelnie chorych, ponieważ wraz z rozwojem nauk medycznych można utrzymywać przy życiu osoby po ciężkich wypadkach, przewlekłe chore, znajdujące się w stanie wegetatywnym oraz bardzo małe dzieci dotknięte nieuleczalnymi wadami. Medykalizacja śmierci spowodowała społeczne poparcie dla eutanazji jako alternatywy dla długiego i bolesnego umierania lub wieloletnich cierpień towarzyszących wielu chorobom (Alichniewicz, 2013, s. 282). Postęp medycyny wyodrządza najbardziej fundamentalne i trudne problemy

¹ Zestawienie na temat wspomaganego samobójstwa w Stanach Zjednoczonych wraz z linkami do tekstów aktów prawnych oraz stanowych departamentów zdrowia znajdują się na stronie organizacji pozarządowej ProCon (*State-by-state...*).

moralne dotyczące śmierci i umierania. Powstają zasadnicze pytania: czy życie należy ratować i podtrzymywać w każdych warunkach, kiedy można zrezygnować z leczenia lub nie rozpoczynać procedur medycznych, czy pacjent może prosić personel medyczny o pomoc w przerwaniu własnego życia? Mówimy tutaj o akceptacji i legalizacji wyjątku od jednej z podstawowych zasad obowiązujących w społeczeństwie, tj. zakazu zabijania (Kuhse, 2000, s. 337–346; Gert, Culver, Danner, Clouser, 2009, s. 457), dlatego tak ważne jest uwzględnienie i rozważenie w debacie nad tym problemem argumentów, którymi posługują się zwolennicy i przeciwnicy legalizacji medycznie wspomaganego śmierci.

Formułowanie i ważenie argumentów w tej debacie nie ma tylko charakteru teoretycznego, lecz stanowi podstawę do przyjęcia konkretnego rozwiązania prawnego. Omówione argumenty wykorzystywane są w uzasadnieniach orzeczeń sądowych oraz w pracach legislacyjnych w państwach, które zdecydowały się na legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Kluczowe jest zdefiniowanie przedmiotu medycznie wspomaganego śmierci, tj. eutanazji, i wspomaganego samobójstwa. Pozwoli to na zarysowanie różnicy między przyspieszeniem śmierci a innymi procedurami medycznymi, jak opieka paliatywna czy zaprzestanie lub niepodjęcie leczenia podtrzymującego życie. Z uwagi na medyczny kontekst zagadnienia należy przyjąć wąską definicję eutanazji, którą proponuje Anna Alichniewicz. Według tej definicji eutanazją jest czyn dokonywany przez lekarza kierującego się intencją spowodowania śmierci nieuleczalnie chorego człowieka w celu oszczędzenia mu cierpień. Czyn ten dokonywany jest na żądanie chorego, zdolnego do świadomego wyrażania woli lub motywowany współczuciem dla pacjenta niezdolnego do podejmowania decyzji (Alichniewicz, 2013, s. 285). W wypadku wspomaganego samobójstwa lekarz udziela pacjentowi pomocy poprzez dostarczenie środków do odebrania sobie życia, np. recepty na środki farmakologiczne lub konsultacji odnośnie do metod skutecznego zakończenia życia. Lekarz nie bierze udziału w akcie finalnym. Czas i sposób umierania wybiera sam pacjent (Battin, 2003, s. 2481)². Pozwala to na odróżnienie eutanazji i wspomaganego

² Należy dodać, że w Kanadzie pielęgniarka może wstrzyknąć lek lub dostarczyć receptę na środki farmakologiczne na takich samych prawach jak lekarz (ustawa kanadyjska, sekcja 241.1).

samobójstwa od zabójstwa z litości, którego na prośbę pacjenta dokonuje najczęściej osoba bliska.

Powyższe rozumienie wspomaganej śmierci w sensie wąskim zostało przyjęte w państwach, które zdecydowały się na zalegalizowanie eutanazji i wspomaganego samobójstwa oraz przez organizacje medyczne. Należy zaznaczyć, że w żadnym z tych państw osoba ubiegająca się o wykonanie procedury wspomaganej śmierci nie musi być chora terminalnie. I tak w Holandii, Belgii, Luksemburgu warunkiem jest występowanie cierpienia spowodowanego przez chorobę (lub ciężkie obrażenia, jak w uregulowaniu belgijskim); musi mieć ono trwały charakter i być dla pacjenta nie do zniesienia, a stan chorego nie rokuję poprawy lub jawi się jako beznadziejny. Odczuwane cierpienie może mieć charakter zarówno fizyczny, jak i psychiczny (zob. ustawa holenderska, art. 2; ustawa belgijska, art. 2; ustawa luksemburska, art. 2), dlatego możliwe jest skrócenie życia w przypadku choroby psychicznej. W Kanadzie śmierć pacjenta na skutek choroby musi być racjonalnie przewidywana (Preambuła ustawy kanadyjskiej). Jedynie w Stanach Zjednoczonych pacjent, który ubiega się o letalną dawkę środków farmakologicznych, musi cierpieć na chorobę terminalną, a śmierć powinna być spodziewana w ciągu sześciu miesięcy (tak jest zapisane np. w dokumencie o umieraniu z godnością stanu Oregon – Death with Dignity Act, § 2.01).

Argumenty używane w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa

Prowadząc rozważania o argumentach, należy je przede wszystkim podzielić na te, którymi posługują się przeciwnicy i zwolennicy legalizacji eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa. W argumentacji przeciwko legalizacji obydwu tych procedur przywoływany jest argument moralny ze świętości życia w wersji religijnej i laickiej oraz argument pragmatyczny z równi pochyłej w wersji logicznej oraz psychologicznej (probabilistycznej). Natomiast zwolennicy legalizacji powołują się na argument z autonomii pacjenta oraz jakości życia. Należy dodać, że są to najważniejsze argumenty przytaczane w dyskusji nad legalizacją wspomaganej śmierci i to właśnie one stanowią podstawę uzasadnienia wyroków sądów krajowych, jak i międzynarodowych, orzekających w tego typu sprawach, oraz rozwiązań ustawowych w poszczególnych państwach. Jest to o tyle istotna kwestia, że

może skutkować zmianą paradygmatu – z ochrony życia przez państwo, które to życie jest podstawowym prawem człowieka, chronionym przez przepisy krajowe i międzynarodowe, na rzecz autonomii jednostki w postaci prawa wyboru czasu i sposobu własnej śmierci.

Argument ze świętości życia

Argument ze świętości życia ma charakter moralny i pierwotny, w wersji religijnej zakłada niemoralność zabijania. W religiach objawionych (judajzmie, chrześcijaństwie i islamie) dawcą życia jest Bóg, człowiek nie może nim w dowolny sposób rozporządzać, dlatego szczególnie akcentowany jest zakaz odbierania życia, w tym samobójstwa. Eutanazja i wspomagane samobójstwo nie są niczym innym jak formami zabójstwa. Nawet w przypadku cierpienia związanego z nieuleczalną lub przewlekłą chorobą nie można prosić o przyspieszenie śmierci. Nie wolno również udzielać pomocy w postaci eutanazji i wspomaganego samobójstwa nawet wtedy, gdy odbywa się to na prośbę osoby chorej i pod wpływem współczucia dla niej.

Argument ten jest podnoszony szczególnie w państwach, w których religia silnie wpływa na życie społeczne, dlatego nie można go pominąć. Pomimo częstego powoływania się na ten argument (np. w ostatnich głośnych sprawach brytyjskich dotyczących nieuleczanie chorych dzieci, Charliego Garda i Alfiego Evansa), należy pamiętać, że dotyczy on tylko wyznawców danej religii. W pluralistycznym społeczeństwie może być on odczytany jako próba narzucenia określonego wyznania i dyskryminacja osób o innych poglądach. Prawo jako regulator zachowań społecznych powinno być neutralne, tak aby chronić wolności i prawa wszystkich obywateli. Nie powinno być wykorzystywane jako instrument narzucania przekonań typowo religijnych (Malczewski, 2012, s. 121).

Przeciwnicy stosowania tego argumentu formułują zarzut o braku szacunku dla ludzi chorych. Narzucając ochronę życia w postaci zakazu eutanazji i wspomaganego samobójstwa, nie daje się im możliwości przetrwania trudnego do zniesienia cierpienia i odejścia na wybranych przez siebie warunkach, często są oni skazani na umieranie w męczarniach.

Zwolennicy tego argumentu podkreślają, że zasada ochrony życia ma charakter uniwersalny i dotyczy wszystkich członków społeczeństwa; nawet jeśli nie identyfikują się oni z żadnym wyznaniem, pozostają jednak

spadkobiercami danej tradycji religijnej i kultury, które są źródłem wartości, w szczególności życia jako wartości podstawowej.

Chorych nie zmusza się do heroizmu, do którego nie są zdolni. Cierpienie nie jest też celem samym w sobie. Możliwe jest zastosowanie wszelkich środków medycznych celem eliminacji bólu z letalną analgezą oraz paliatywną sedacją, o ile intencją ich stosowania nie jest przyspieszenie śmierci pacjenta. Nikt też nie może być zmuszany do korzystania z terapii, która jest uciążliwa, nieproporcjonalna czy daremna.

Podnosząc ten argument, zwraca się też szczególną uwagę na odpowiednią jakość opieki nad umierającymi, w szczególności ruch hospicyjny angażujący personel medyczny, bliskich pacjenta oraz wolontariuszy w proces umierania z godnością. Hospicjum wskazywane jest jako alternatywa do eutanazji i wspomaganego samobójstwa.

Powoływanie się na argument ze świętości życia w wersji religijnej nie oznacza fanatyzmu. Według Barbary Chyrowicz normę „nie zabijaj”, którą znajdujemy zarówno w Dekalogu, jak i w prawie powszechnym, można racjonalnie uzasadnić (Chyrowicz, 2015, s. 211, 246). Pomimo rosnącej sekularyzacji społeczeństwa nie można pomijać argumentu religijnego w tak delikatnej kwestii, jaką jest legalizacja medycznie wspomaganego śmierci.

Argument o niemoralności zabijania występuje także w wersji laickiej. Założenie o ochronie życia ma charakter uniwersalny, każdy człowiek ma prawo do ochrony swojego życia. Przy takim założeniu zasadę tę można włączyć do systemu prawa stanowionego bez narażania się na zarzut, że będzie odzwierciedleniem poglądów tylko jednej grupy społecznej (np. wyznaniowej). Zakaz zabijania stanowi fundament funkcjonowania społeczeństwa. Zasada nienaruszalności życia jest gwarancją ochrony szczególnie wrażliwych jednostek, jak osoby chore terminalnie i nieuleczalnie, dotknięte kalectwem czy niepełnosprawne umysłowo. Jeżeli zasada ta zostanie zakwestionowana, możemy mieć do czynienia z relatywizacją wartości ludzkiego życia. Taką argumentację przyjął Europejski Trybunał Praw Człowieka, orzekając w sprawie Dianne Pretty. W uzasadnieniu wyroku stwierdził, że pomimo iż sytuacja skarżącej, która na skutek terminalnej choroby neurologicznej była sparaliżowana oraz zmagająca się z trudnym do opanowania bólem, była bardzo dramatyczna, uznał jednak, że bardzo ważne jest w tym wypadku, aby nie stwarzać wyjątków od zasady ochrony osób uznanych za bezbronne. Takie wyjątki mogłyby osłabić ochronę życia i nieść za sobą ryzyko nadużyć (Pretty v. United Kingdom).

Taki sam argument padł w sprawie Haas przeciw Szwajcarii. Skarżący, cierpiący na chorobę dwubiegunową, chciał popełnić samobójstwo, by dłużej nie cierpieć. Kolejni psychiatrzy odmawiali mu wypisania recepty na śmiertelną dawkę leków. Europejski Trybunał Praw Człowieka, przed którym sprawa znalazła swój finał, stwierdził, że zadaniem państwa jest ochrona szczególnie wrażliwych jednostek przed zbyt pochopnymi decyzjami oraz możliwymi nadużyciami ze strony innych osób, dlatego limitowanie środków służących do popełnienia samobójstwa poprzez dostępność ich jedynie na receptę jest usprawiedliwionym ograniczeniem. Natomiast prawo do prywatności nie nakłada na państwo obowiązku pozytywnego działania, w tym wypadku dostarczenia substancji do popełnienia samobójstwa (Haas v. Switzerland)³.

Podobne argumenty padły w Sądzie Najwyższym Stanów Zjednoczonych w sprawie *Washington v. Glucksberg* w 1997 roku. Sąd Najwyższy stwierdził, że prawo do wspomaganego samobójstwa nie wynika z postanowień konstytucji. Interesem, o który państwo powinno zabiegać, jest ochrona życia, rozumiana jako: zachowanie życia, zapobieganie samobójstwom, zwłaszcza osób nieuleczalnie chorych i cierpiących, ochrona słabszych przed naciskami, by skorzystali z opcji samobójstwa, czy też ochrona jednostek niemogących swobodnie wyrazić swojej woli oraz zachowanie tradycyjnej roli lekarza jako tego, który ratuje i przedłuża życie. Sąd Najwyższy wskazał na interes państwa w zachowaniu życia obywateli niezależnie od jego jakości (Urofsky, 2000, s. 140; Szeroczyńska, 2004, s. 369).

W 1993 roku przed kanadyjskim Sądem Najwyższym toczyła się sprawa *Sue Rodriguez*, całkowicie sparaliżowanej na skutek choroby *LouGeriga* (ALS), zmuszonej do korzystania z respiratora i przyjmowania pokarmów przez sondę. Skarżąca domagała się zalegalizowania pomocy w samobójstwie, wskazując na niezgodność tego zakazu z konstytucją. Powołała się na autonomię rozumianą jako możliwość zakończenia życia w wybranym przez siebie czasie oraz podniosła zarzut dyskryminacji osób, które nie są w stanie samodzielnie popełnić samobójstwa. Sąd wyraził opinię, że zakaz wspomaganego śmierci ogranicza autonomię i zmusza do znoszenia cierpień

³ Obowiązek państwa względem obywatela może mieć charakter pozytywny w postaci działania, np. zorganizowania wyborów, aby obywatele mogli skorzystać z prawa wyborczego, lub negatywny, polegający na nieingerencji, np. w życie rodzinne jednostki czy wolność sumienia i wyznania.

związanych z chorobą. Odrzucił jednak argumenty pani Rodriguez, powołując się na ochronę życia jako wartości podstawowej. Podkreślił też, że zakaz wspomaganego samobójstwa i eutanazji służy ochronie osób szczególnie wrażliwych przed ewentualnymi naciskami (np. ze strony zmęczonej długą opieką nad chorym rodziny czy też ze firm ubezpieczeniowych finansujących bardzo drogie leczenie). Prawo do śmierci mogłoby być zmienione w obowiązek umierania (odebrania sobie życia) pod presją. Sytuacja osób takich, jak pani Rodriguez, jest odmienna niż tych, które same mogą się zabić, tym samym sąd nie zgodził się z zarzutem dyskryminacji. W interesie państwa leży ochrona życia obywateli. Wyrok został przyjęty stosunkiem głosów 5 do 4 (Chan, Somerville, 2016, s. 143, 150–151; Carter v. Canada, § 63–68). Wolność wyboru nie jest wobec powyższego bezwarunkowa, cierpienie, ból, zależność od innych nie są wystarczające, aby można było żądać przerwania życia.

Zasada ochrony życia stanowi punkt wyjścia w poszukiwaniach rozwiązań w opiece nad szczególnie wrażliwymi członkami społeczności, bowiem łatwo można doprowadzić do nadużyć wobec tych, którzy sami nie mogą się bronić.

Prawo do życia ma charakter podstawowy i warunkuje posiadanie przez jednostkę innych praw. Jeśli państwo chce dopuszczać wyjątki od jego ochrony, w sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa musi mieć bardzo dobre uzasadnienie (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 413).

Argument równi pochyłej

Argument równi pochyłej jest argumentem pierwotnym o charakterze pozamoralnym oraz pragmatycznym (Stelmach, Brożek, Soniewicka, Załuski, 2010, s. 196; Góralski, 2007, s. 380). Jest to jeden z ważniejszych argumentów używanych współcześnie w rozważaniach nad problemami bioetycznymi, takimi jak aborcja, eutanazja czy eksperymenty genetyczne (Chyrowicz, 2009, s. 14; Rizzo, Whitman, 2003, s. 541). Argument ten występuje pod postacią logiczną (pojęciową) oraz empiryczną (Alichniewicz, 2013, s. 290). Mówi on, że jeżeli do zastanego stanu zostaną wprowadzone akceptowalne lub neutralne zmiany, to uruchamia to mechanizm mogący doprowadzić do nieplanowanych oraz niepożądanych konsekwencji.

Jeśli eutanazja i wspomagane samobójstwo uzyskają przyzwolenie społeczne, warunki ochrony życia w tymże społeczeństwie ulegną osłabieniu (Paterson, 2008, s. 173). Jeżeli dopuści się legalizację wyżej wymienionych zjawisk, jako wyjątku od zasady ochrony życia, to zasada ta ulegnie relatywizacji, a na koniec erozji (Warnock, Macdonald, 2008, s. 79). Skutkiem tego będzie przesunięcie z szacunku wobec życia do braku respektu wobec niego (Colwell, 1995, s. 44). I tak, jeśli uczyniony zostanie wyjątek od zasady nienaruszalności życia w postaci eutanazji lub wspomaganego samobójstwa osób terminalnie chorych, które są pełnoletnie i wyrażają wolną od nacisków prośbę, w konsekwencji doprowadzi to do zabijania osób chorych, starych czy kalekich bez ich zgody lub wbrew ich woli (Dworkin, Frey, Bok, 1998, s. 113) (np. osób z demencją, chorych psychicznie czy upośledzonych intelektualnie).

Przeciwnicy tego argumentu wskazują, że w procesie legislacyjnym można wyznaczyć efektywne ograniczenia w postaci warunków wykonywania eutanazji i wspomaganego samobójstwa tak jak w państwach, w których procedury te są legalne (np. wieku pacjenta). Dobrze określone granice będą ochroną przed nadużyciami.

Innym zarzutem wobec powyższego rozumowania jest zakwestionowanie związku przyczynowo-skutkowego między pierwszym krokiem na równi pochyłej a niechcianymi skutkami. Wykazanie takiego związku nie jest oczywiste, sam zaś argument jest formą spekulacji. Sama tylko możliwość wystąpienia niechcianych skutków nie musi być przekonująca i przekreślać możliwość legislacji przyspieszania śmierci u osób chorych (Malczewski, 2012, s. 201–202). Legalizacja omawianych procedur nie musi oznaczać erozji wartości, natomiast może się zmienić postrzeganie śmierci i umierania, co z kolei może okazać się konieczne zwłaszcza w przypadku tak szybkiego rozwoju medycyny (Malczewski 2012, s. 208).

Kolejnym zarzutem jest paternalistyczny (antydemokratyczny) charakter tego argumentu. Sprzeciwianie się zmianom w prawie dlatego, że mogą one powodować zamiany postaw społecznych, jest w istocie ignorowaniem zdania większości obywateli (Stelmach, Brożek, Soniewicka, Załuski, 2012, s. 79). Przyjęcie argumentu równi pochyłej może prowadzić do kwestionowania wszelkich prób zmiany rzeczywistości. Ryzyko jest naturalnym elementem towarzyszącym postępowi, dlatego należy dobrze szacować potencjalne zyski i straty, a empiryczne dowody powinny być w tym wypadku ważniejsze niż roztrząsanie spekulacji.

Ponadto sprzeciwianie się zmianom w postaci legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa w ściśle określonych warunkach jest odebraniem wolności wyboru osobom, które pragną skrócenia życia. Przyczynia się to do rozwoju szarej strefy w postaci usług takich osób, jak dr Jack Kevorkian, czy turystyki eutanatycznej do Szwajcarii, gdzie można skorzystać z pomocy w samobójstwie oferowanej przez działające tam stowarzyszenia. To właśnie unormowanie medycznie wspomaganego śmierci pozwoli sprawować efektywną kontrolę nad praktyką eutanazji i wspomaganego samobójstwa, która w wielu krajach prowadzona jest w sposób nieoficjalny. Dlatego tak ważne jest wyznaczenie granicy między praktykami dozwolonymi i niedozwolonymi. Przewidywane koszty moralne oraz ryzyko związane z legalizacją tych procedur są do zaakceptowania i wliczone w system medyczny (Schaffer, 2013, s. 528; Attaran, 2015, s. 2081).

W odpowiedzi na powyższe zarzuty jego zwolennicy podnoszą, że argument ten nie jest tylko chwytem erystycznym, który zaciemnia istotę sporu, ukazując domniemane straszne skutki. Ważne jest pokazanie ryzyka w postaci wystąpienia niechcianych konsekwencji, które to ryzyko powinno być oszacowane przez ustawodawcę przy wprowadzaniu zmian do obowiązującego prawa. Rozpoznanie zagrożenia wystąpienia równi pochyłej może być pomocne w takim skonstruowaniu norm prawnych, które pozwolą uniknąć niechcianych skutków (Volkh, 2003, s. 1037). Podejmowane decyzje w postaci dopuszczania medycznie wspomaganego śmierci na zasadzie wyjątku od zasady niezabijania mają wpływ na społeczeństwo, ustawodawcę czy sądy i mogą w ostateczności przynieść zmianę paradygmatu w medycynie, czyli zasady niewyrządzania szkody oraz ochrony życia. Eutanazja i wspomaganego samobójstwo mogą zostać potraktowane jak każda inna forma terapii i stać się powszechną praktyką, nie zaś wyjątkową procedurą stosowaną w ściśle określonych przypadkach (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 418). Tolerując kolejne ustępstwa, można nie zauważyć zmiany moralnej wrażliwości, wtedy pewne zjawiska nie będą już postrzegane jako szokujące. W Holandii lata liberalnej praktyki względem medycznie wspomaganego śmierci spowodowały, że niektóre działania nie są już traktowane jako niedozwolone. Początkowe warunki dopuszczalności eutanazji i wspomaganego samobójstwa dotyczyły osób pełnoletnich (po zasięgnięciu zdania rodziców uwzględniono prośbę 16-letniego pacjenta, natomiast za ich zgodą przeprowadzenie procedury stało się to możliwe u 12-letniego dziecka), których stan nie rokował poprawy i którzy odczuwali cierpienia

nie do zniesienia, na ich przemyślaną i wolną od nacisków prośbę (ustawa holenderska, art. 2).

Według oficjalnych statystyk prowadzonych przez Regionalne Komisje ds. Eutanazji (RTE – Regionale Toetsingscommissies Euthanasie / Regional Euthanasia Review Committees) największą grupą pacjentów poddawanych procedurze wspomaganego śmierci są chorzy na nowotwory (2013 r. – 74,3%, 2014 r. – 73,27%, 2015 r. – 72,5%, 2016 r. – 68%, 2017 r. – 64,32%), drugą grupą – chorzy cierpiący na choroby neurologiczne (2013 r. – 6,08%, 2014 r. – 6%, 2015 r. – 5,64%, 2016 r. – 6,75%, 2017 r. – 5,68%), trzecią – choroby układu krążenia (2015 r. – 4,2%, 2016 r. – 5,17%) oraz choroby współistniejące z wiekiem starczego (2013 r. – 5,19%, 2014 r. – 4,84%, 2017 r. – 4,45%). Należy także zwrócić uwagę na ilość przypadków eutanazji dokonywanej u osób z demencją (2013 r. – 2%, 2014 r. – 1,53%, 2015 r. – 1,97%, 2016 r. – 2,31%, 2017 r. – 2,57%). Obecnie eutanazji poddawane są także osoby z problemami psychiatrycznymi (najczęściej cierpiące na depresję). W latach 2011–2017 odnotowano w Holandii 306 takich przypadków (coroczne raporty Regional Euthanasia Review Committees). Początkowo traktowano lekarską pomoc w umieraniu u pacjentów psychiatrycznych jako wyjątek od reguły. Obecnie taka pomoc jest uważana za umożliwienie godnego odejścia. Według niektórych opinii praktyka ta pomaga uniknąć samobójstwa.

W 2011 roku padła propozycja zgłoszona przez ruch obywatelski Own Free Will wprowadzenia dostępu do środków farmakologicznych mogących przyspieszyć śmierć (np. barbituranów) dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Projekt ten został jednak odrzucony przez parlament holenderski (Legemate, Bolt, 2013, s. 467–468). Królewskie Towarzystwo Medyczne (KNMG – Koninklijke Nederlandsche Maatschappij Tot Bevordering der Geneeskunst / Dutch Royal Medical Association) wyraziło wątpliwości co do prawidłowości stosowania kryteriów wymaganych przez prawo w przypadku osób starszych, gdyż około 60% ogólnej liczby raportowanych procedur wspomaganego śmierci dotyczy osób powyżej 70. roku życia. Ponadto na podstawie badań prowadzonych w latach 1990–2010 ocenia się, że 23% przypadków wspomaganego śmierci nie jest zgłaszanych do Regionalnych Komisji ds. Eutanazji pomimo obowiązku ustawowego, a zatem istnieje możliwość nadużyć (KNMG 2011, s. 13; Worthen i in., 2015, s. 20).

W przypadku ustawy belgijskiej, która zawierała podobne warunki dopuszczalności eutanazji, jak rozwiązanie holenderskie, w 2014 roku przyjęto zmianę, która nie określa dolnej granicy wieku pacjenta poddawanego

procedurze eutanazji, co czyni to uregulowanie bardzo liberalnym (Strobants, 2014). Na podstawie częściowych badań przeprowadzonych we Flandrii w latach 2003–2011 stwierdzono, że procedura była przeprowadzana także przez pielęgniarki, pomimo że uprawniony do tego jest tylko lekarz. Nie zawsze przestrzegano się wymogu konsultacji z innym specjalistą, a nawet jeśli tak, w 78% przypadków nie brano pod uwagę jego odmiennej opinii. Ocenia się, że prawie połowa przypadków (47,3%) nie była zgłaszana do komisji ewaluacyjnej z powodu braku wiedzy o tym, że przeprowadzana procedura jest eutanazją, część lekarzy unikała też formalności jako zbędnych, a jeszcze inni uważali eutanazję za sprawę tylko między lekarzem a pacjentem (Cohen-Almagor, 2013, s. 515–517; 2015, s. 625). Niezgłoszone przypadki eutanazji przeprowadzane są z mniejszą ostrożnością niż te, które są raportowane (np. brakowało pisemnej prośby pacjenta, konsultacji drugiego niezależnego lekarza, terminalne dawki leków w większości podawane były przez pielęgniarki) (Cohen-Almagor, 2015, s. 625). W badaniach odnotowywano także przypadki skracania życia pacjentów bez ich zgody, co dotyczy szczególnie wrażliwych grup ludzi: pacjentów po 80. roku życia, znajdujących się w śpiączce czy cierpiących na demencję (we Flandrii jest to 32% wykonywanych eutanazji) (Cohen-Almagor, 2013, s. 516; 2015, s. 626; 2016, s. 85; Worthen i in., 2015, s. 20). Poparcie lekarzy dla eutanazji wzrosło z 78% w 2002 roku do 90% w 2009 roku, natomiast poparcie społeczne to 85–93% w 2009 roku. W takiej sytuacji bardzo trudno jest trzymać się obowiązującej litery prawa i kontrolować nadużycia (Cohen-Almagor, 2015, s. 627; 2016, s. 84–85).

Z kolei według oficjalnych statystyk publikowanych co dwa lata przez Federalny Komitet ds. Kontroli i Ewaluacji (Comissionfédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie) największą grupą są pacjenci chorzy na nowotwory (67,7% w latach 2014–2015, 64,1% w latach 2016–2017), drugą grupą – pacjenci cierpiący na choroby współistniejące wieku starczego (9,7% w latach 2014–2015, 16,4% w latach 2016–2017), trzecią – na choroby neurologiczne (6,9% w latach 2014–2015 i tyle samo w latach 2016–2017).

Najczęściej o eutanazję proszą osoby w wieku 60–90 lat, przy czym najbardziej liczna jest grupa pacjentów, którzy przekroczyli 80. rok życia (w latach 2014–2015 było to 27,6%, a w latach 2016–2017 28,5% wszystkich przypadków eutanazji). Przypadki osób nieletnich są rzadkie. W ostatnim raporcie odnotowano trzy przypadki osób nieletnich (w wieku 9, 11 i 17 lat) (*Huitième rapport...*, s. 11–12). W latach 2014–2017 odnotowano

201 przypadków eutanazji z powodu chorób psychicznych, takich jak depresja, choroba dwubiegunowa, choroba Alzheimera, demencja (*Septième rapport...*, s. 6, 8, 36, 37; *Huitième rapport...*, s. 3, 46).

Według Federalnego Komitetu ds. Kontroli i Ewaluacji, zajmującego się kontrolą procedury eutanazji, pomimo że kryteria ustawowe, według których przeprowadza się procedurę wspomaganą śmierci są transparentne, nie ma możliwości zweryfikowania, jaka liczba przypadków eutanazji nie jest zgłaszana, czyli wykonywana z pominięciem wymogów stawianych przez prawo (por. *Septième rapport...*, s. 16). Nie można zatem wykluczyć tzw. szarej strefy, której istnienie zdają się potwierdzać niezależne badania przeprowadzone we flandryjskiej części Belgii.

Podczas rozpatrywania w 2015 roku przez kanadyjski Sąd Najwyższy sprawy *Carter v. Canada* powołano w charakterze eksperta belgijskiego bioetyka profesora Etienne Montero. W swojej opinii stwierdził on, że w Belgii dochodzi do naruszeń zabezpieczeń ustawowych i eutanazji poddawane są osoby np. psychicznie chore, cierpiące na demencję czy też nieletni, którzy nie spełniają warunków określonych w ustawie. Wysunął on tezę o występowaniu zjawiska równi pochyłej. Kanadyjski Sąd Najwyższy odrzucił jednak tę tezę, uznając, że statystyki oparte na raportach zbieranych przez komisję ewaluacyjną oraz samoocenie lekarzy są niewystarczające i zbyt ubogie, zatem ryzyko wystąpienia nadużyć jest do zaakceptowania (*Chan, Somerville, 2011, s. 168–170; Carter v. Canada, § 108, 110–112*). Skład orzekający przyjął więc zupełnie inną linię orzecznictwą niż w rozpatrywanej 23 lata wcześniej sprawie *Sue Rodriguez*. Na skutek decyzji sądu w dniu 17 czerwca 2016 roku parlament kanadyjski przyjął ustawę legalizującą eutanazję i wspomaganą samobójstwo (ustawa kanadyjska, tzw. *Bill C–14*).

Pomimo że dane statystyczne pochodzące z Holandii oraz Belgii uznawane są za niewystarczające do wykazania występowania mechanizmu równi pochyłej, nie należy ich lekceważyć. Liczba przypadków medycznie wspomaganym śmierci w Holandii według oficjalnych danych systematycznie rośnie z 1,3% wszystkich śmierci w roku 2003 aż do 4,4% w roku 2017 i w większości dotyczy osób po 70. roku życia (54% w latach 2011–2016). Nie odnotowano w tym czasie wykonania procedury u osób nieletnich (tj. 12–17 lat) (raporty Regional Euthanasia Review Committees). Z kolei w Belgii liczba ta również wzrosła z 0,2% wszystkich śmierci w 2003 roku do 1,9% w 2017 roku (raporty Regional Euthanasia Review Committees;

Dierickx, Deliens, Cohen, Chambaere, 2016, s. 408–409). Wobec powyższego potrzebna jest dalsza obserwacja i analiza danych statystycznych.

Argument równi pochyłej, mimo kontrowersji, jakie wzbudza, jest istotny na gruncie etyki i prawa (Rizzo, Whitman, 2003, s. 592). Zwolennicy tego argumentu twierdzą, że posługiwanie się nim nie świadczy o ignorancji. Nawet jeśli w sposób empiryczny nie można pokazać tego, co się wydarzy, nie oznacza to jeszcze, że przewidywane konsekwencje nie będą miały miejsca. Argument ten, stosowany szczególnie w kwestiach związanych z końcem życia, może stanowić ochronę przed dehumanizacją i moralną mizериą (Colwell, 1995, s. 58–59).

Argument równi pochyłej należy stosować w rozsądny sposób, razem z innymi argumentami przytaczanymi przez każdą ze stron sporu. Nie powinien on być bezkrytycznie przyjmowany ani też zupełnie odrzucany (Volokh, 2003, s. 1035). Ważne jest, aby służył on ocenie i pokazaniu problemów, które mogą wystąpić w związku ze zmianami dotyczącymi końca życia i umierania.

Bibliografia

- Alichniewicz, A. (2013). Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie. W: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka* (s. 282–295). Warszawa: Wolters Kluwers.
- Attaran, A. (2015). Unanimity on Death with Dignity—Legalizing Physician Assisted Dying in Canada. *The New England Journal of Medicine*, 22 (372), 2080–2082.
- Battin, M. (2003). Suicide. W: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S.G. Post (s. 2475–2482). New York: Macmillan.
- Bosshard, G. (2008). Switzerland. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 463–482). Portland: Hart Publishing.
- Chan, B., Somerville, M. (2011). Converting the „Right to life” to the Right to Physician Assisted Suicide: An Analysis of Carter v. Canada (Attorney General) Supreme Court of Canada. *Medical Law Review*, 2 (22), 143–175.
- Chochinov, H.M. (2016). Physician-Assisted Death in Canada. *Journal of the American Medical Association*, 3 (315), 253–254.
- Chyrowicz, B. (2009). Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych. *Diametros*, 19, 1–25.
- Chyrowicz, B. (2015). *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków: Znak.

- Cohen-Almagor, R. (2013). First Do Not Harm: Pressing Concerns Regarding Euthanasia in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515–521.
- Cohen-Almagor, R. (2015). First Do Not Harm: Intentionally Shortening Lives of Patients Without Their Explicit Request in Belgium. *Journal of Medical Ethics*, 8 (41), 625–629.
- Cohen-Almagor, R. (2016). First Do Not Harm: Euthanasia of Patients in Dementia in Belgium. *Journal of Medicine and Philosophy*, 41, 74–89.
- Colwell, G. (1995). Slippery Slope, Moral Slides and Human Nature. *Informal Logic*, 3 (17), 43–66.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2016). Euthanasia in Belgium. Trends in Reported Cases Between 2003–2013. *Canadian Medical Association Journal*, 188, 407–414.
- Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S. (1998). *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finnis, J. (2009). Filozoficzny argument przeciwko eutanazji. W: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz (s. 183–198). Kraków: Universitas.
- Gert, B., Culver, M.Ch., Clouser, D.K. (2009). *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Góralski, P. (2007). *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*. Kraków: Egis.
- de Haan, J. (2002). The Ethics of Euthanasia: Advocates Perspectives. *Bioethics*, 2 (16), 154–172.
- Karsho, H., Fisman, J.R., Wright, D.W., Macdonald, M. (2016). Suffering and Medicalization End of Life: The Case of Physician-Assisted Dying. *Social Science & Medicine*, 170, 188–197.
- KNMG (2011). *The Role of the Physician in the Voluntary Termination of Life*. Pobrano z: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/publications-in-english.htm> (30.05.2018).
- Kuhse, H. (2000). Eutanazja. W: *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer (s. 337–346). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Malczewski, J. (2012). *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Mendelson, D., Bagaric, M. (2013). Assisted Suicide through the Prim of Right of Life. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 406–418.

- Moratti, S. (2008). Italy. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 395–424). Portland: Hart Publishing.
- Morgan, P., Veith, K. (2004). Being Ms B: B, Autonomy and the Nature of Legal Regulation. *The Sydney Law Review*, 1 (26), 107–130.
- Landry, T.J., Foreman, T., Kekewich, M. (2015). Ethical Considerations in the Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Death in Canada. *Health Policy*, 119, 1490–1498.
- Legemate, J., Bolt, I. (2013). The Dutch Euthanasia Act: Recent Legal Development. *European Journal of Health Law*, 20, 451–470.
- pam/hlk (2017). „Umarł na wygnaniu, bo nasz kraj nie słuchał jego apelu”. *Włoski DJ popełnił samobójstwo wspomagane*. PolsatNews.pl. Pobrano z: <http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2017-02-27/umarl-na-wygnaniu-bo-nasz-kraj-nie-sluchal-jego-apelu-wloski-dj-popelnil-samobojstwo-wspomagane> (28.07.2018).
- Paterson, C. (2008). *Assisted Suicide and Euthanasia. A Natural Law Ethics Approach*. Hampshire: Ashgate.
- Pietrzykowski, T. (2005). *Etyczne problemy prawa*. Katowice: Naukowa Oficyna Wydawnicza.
- Rizzo, M.J., Whitman, D.G. (2003). The Camel’s Nose is in the Tent: Rules, Theories, and Slippery Slopes. *UCLA Law Review*, 51 (539), 539–592.
- Safjan, M. (1998). *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Schaffer, A. (2013). Physician Assisted Suicide: The Great Canadian Euthanasia Debate. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5–6 (36), 522–531.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa: PIW.
- Stelmach, J., Brożek, B., Soniewicka, M., Załuski, W. (2010). *Paradoksy bioetyki prawniczej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Stroobants, P.J. (2014). La Belgique légalise l’euthanasie pour les mineurs. *Le Monde*, 13 lutego.
- Schüklenk, U., van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., Weinstock, D. (2011). End of Life Decisions Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End of Life Decision Making. *Bioethics*, 25, 1–73.
- Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków: Universitas.

- Urofsky, M.I. (2000). *Lethal Judgments. Assisted Suicide & American Law*. Kansas: University Press of Kansas.
- Volokh, E. (2003). The Mechanisms of the Slippery Slope. *Harvard Law Review*, 4 (116), 1028–1143.
- Warnock, M., Macdonald, E. (2008). *Easeful Death. Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press.
- Worthen, L. i in. (2015). Informed Consent: Do We Understand the Risk Associated with Legalizing Physician Assisted Suicide and Euthanasia. *Focus*, 1, 18–23.

Akty prawne

Ustawa belgijska:

The Belgian Act of Euthanasia of May, 28th 2002 (2003). *European Journal of Health Law*, 10, 329–335.

Ustawa holenderska:

Ustawa o kontroli zakończenia życia na żądanie i pomocy w samobójstwie z 2001 r. *W: Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz (2005) (s. 178–188). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Ustawa kanadyjska:

Act to Amend the Criminal Code and to Make Related Amendments to Other Acts (Medical Assistance in Dying) (2016). Pobrano z: http://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF (28.05.2018).

Ustawa luksemburska:

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Pobrano z: <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2009-46-fr-pdf.pdf> (28.07.2018).

Orzecznictwo sądowe

- Carter v. Canada. Supreme Court of Canada, 21.02.2015. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (28.07.2018).
- Glucksberg v. Washington. US Supreme Court, 27.06.1997. Pobrano z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/case.html> (28.07.2018).
- Haas v. Switzerland. European Court of Human Rights, 20.01.2011. Application no. 31322/07. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22:%5B%2231322/07%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D> (28.07.2018).

Pretty v. United Kingdom. European Court of Human Rights, 29.04.2002. Application no. 2346/02. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22dmdocnumber%22:%5B%22698325%22%2C%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D> (28.07.2018).

Rodriguez v. British Columbia. Supreme Court of Canada, 30.09.1993. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do> (28.07.2018).

Raporty

Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016–2017. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf (28.02.2018).

Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016). Pobrano z: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html> (28.07.2018).

Regional Euthanasia Review Committees. Annual Reports. Pobrano z: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/annual-reports> (28.07.2018).

Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014–2015. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf (28.02.2018).

Inne

Medical Assistance in Dying. Government in Canada. Pobrano z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> (28.07.2018).

State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide. ProCon. Pobrano z: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132> (28.07.2018).

ARGUMENTS IN THE DISPUTE OVER LEGALIZING EUTHANASIA
AND PHYSICIAN ASSISTED SUICIDE – PART I

Summary

The aim of this article is to present the arguments used in the debate on the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide.

Opponents of the legalization of the above procedures use the sanctity of life moral argument and the slippery slope non-moral argument.

The assumption of the sanctity of life's argument is the immorality of all forms of killing, the terminal illness and related suffering are not circumstances justifying the interruption [termination] of life. The protection of life is the foundation of the functioning of society.

The slippery slope is based on the following premise: if an exception is made to the principle of the inviolability of life in the form of, for example, euthanasia or physician-assisted suicide for terminally ill persons who are of full age and make a free request based on a pressure-free will, this will lead to the killing of the sick, the old or the handicapped without their consent or even against their will. It concerns the changes in social awareness that can lead to the questioning of the value of human life. It is also possible that abuses that are difficult to control may occur.

Followers of the precipitation of death formulate two moral arguments: the argument of the autonomy of the individual and the argument of the quality of life.

The argument of the autonomy of the individual is presented as an expression of respect for man and the choices he makes. Everyone has the right to decide when his or her own life ceases to be of value to him or her, especially in the case of illness and suffering, and thus to choose the so-called dignified death without suffering or dependence on others. The proponents of this argument state that the principle of autonomy can be just as important or even more important than the sanctity of life principle, and at the same time it is also a response to the medical paternalism. Just this argument has been used in the countries that have legalized the physician-assisted suicide and euthanasia, (Benelux, Canada and in the following states in the USA: Oregon, Washington, Montana, Vermont, California, the District of Columbia and Colorado).

Another argument in favor of the admissibility of euthanasia and physician-assisted suicide is the quality of life moral argument which assumes that in certain circumstances life and its continuation are not good for the person. The quality-of-life argument is based on an assessment of whether life is of value to the patient, or whether it remains only a burden or is limited to biological duration, as in the case of persons in a persistent vegetative state, for example.

BOGNA WACH*

ARGUMENTY W SPORZE O LEGALIZACJĘ EUTANAZJI I WSPOMAGANEGO SAMOBÓJSTWA – CZĘŚĆ II

Słowa kluczowe: eutanazja, wspomagane samobójstwo, legalizacja, argumenty, świętość i ochrona życia, argument równi pochyłej, autonomia, jakość życia
Keywords: euthanasia, physician assisted suicide, legalization, arguments, sanctity and protection of life, slippery slope argument, autonomy, quality of life

Argument z autonomii

Zwolennicy legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa powołują się na argument wolnościowy o charakterze moralnym z autonomii jednostki. Założeniem tego argumentu jest wolność decydowania o własnym życiu. Autonomia jednostki jest ochroną niezależności od przymusu ze strony innych osób oraz umożliwia prowadzenie życia zgodnego z dokonanymi wyborami.

* Bogna Wach, absolwentka studiów prawniczych i filozoficznych, doktor nauk prawnych, obecnie adiunkt na Wydziale Administracji i Bezpieczeństwa Narodowego Akademii im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim. Zainteresowania naukowe: filozofia i teoria prawa, etyka stosowana, bioetyka, prawo międzynarodowe, ochrona praw człowieka.

Address for correspondence: The Jacob of Paradies University, Department of Administration and National Security, Teatralna 25, 66-400 Gorzów Wielkopolski. E- mail: bognowach@wp.pl.

Argument ten ma szczególne znaczenie w medycynie. Ochrona autonomii jednostki poprzez wprowadzenie zasady zgody pacjenta na interwencję medyczną stała się podstawowym standardem w prawie krajowym oraz w Konwencji o Prawach Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny z Oviedo, z 4 kwietnia 1997 roku (Europejska Konwencja Bioetyczna). Pacjent znajduje się w szczególnej sytuacji, gdyż choroba czyni go podatnym na zranienia, może on bardzo łatwo ulec depersonalizacji w procesie leczenia, dlatego niezbędna jest ochrona przed paternalizmem medycznym. Zasada poszanowania autonomii stanowi obecnie podstawę w stosunkach pacjenta z lekarzem.

Zgoda pacjenta jest szczególnie ważna w odniesieniu do niektórych kategorii interwencji medycznych, takich jak eksperymenty medyczne, przeszczepy narządów, interwencje związane z końcowym etapem choroby terminalnej czy podtrzymywaniem życia (Safjan, 1998, s. 37). Opiera się ona na koncepcji *informed consent*: pacjent wyraża zgodę na procedurę medyczną po uzyskaniu wyczerpującej i zrozumiałej dla niego informacji i może w każdej chwili przerwać leczenie, nawet gdy jest to dla niego niekorzystne (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 33).

W sporze o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa zasada autonomii przybiera formę prawa do decyzji o przyspieszeniu śmierci w przypadku nieuleczalnej i terminalnej choroby. Pacjent ma więc prawo do eutanazji czy wspomaganego samobójstwa i nie jest to prośba o litość czy miłosierdzie. Jest on bowiem jedyną osobą, która może zdecydować, czy chce umrzeć oraz jaki stan jest dla niego nie do zniesienia (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 34; Malczewski, 2012, s. 142).

Część pacjentów nawet w bardzo ciężkiej i wyniszczającej chorobie zachowuje świadomość i zdolność do podejmowania decyzji, zdając sobie sprawę ze swojego stanu zdrowia oraz sytuacji, w której się znalazła. Niektóre z tych osób proszą o przerwanie niechcianej terapii lub wprost o przyspieszenie śmierci. Dla zwolenników zalegalizowania eutanazji i wspomaganego samobójstwa najważniejsza jest dobrze przemyślana i dobrowolna decyzja pacjenta, ponieważ największe znaczenie ma w tym wypadku prawo do autonomicznie podjętej decyzji. Poza tym pojawia się pytanie: dlaczego, skoro można przerwać leczenie, nawet w sytuacji, gdy skutkuje to wcześniejszą śmiercią, nie zalegalizować także eutanazji czy wspomaganego samobójstwa?

Medycznie wspomaganie umieranie zarówno w postaci wspomaganego samobójstwa, jak i eutanazji mogłoby być potraktowane jako stosowana z zachowaniem szczególnej ostrożności procedura medyczna. Dobrze przemyślana zgoda pacjenta zdolnego do zrozumienia konsekwencji byłaby kluczem do jej przeprowadzenia oraz zabezpieczeniem przed ewentualnymi nadużyciami (de Haan, 2002, s. 171).

Na poparcie tego argumentu przywołuje się sprawy pacjentów walczących o prawo do śmierci, pokazując paradoks, jakim jest możliwość rezygnacji z terapii, która w wielu przypadkach właściwie nie różni się od eutanazji (Attaran, 2015, s. 2081). Tak wyglądała np. sprawa Kanadyjki Nancy B. z 1992 roku, kobiety całkowicie sparaliżowanej i zależnej od respiratora, która nie chciała dłużej wieść pasywnej egzystencji. Jako osoba w pełni świadoma zażądała odłączenia respiratora, powołując się na prawo do rezygnacji z leczenia. Sąd przychylił się do jej wniosku, podkreślając jednak, że rezygnacja z respiratora oznacza w tym wypadku śmierć z przyczyn naturalnych (co było dość kontrowersyjne, biorąc pod uwagę fakt, że choroba nie była terminalna i pacjentka mogła żyć jeszcze wiele lat). W wyroku podkreślono konflikt dwóch wartości – między poszanowaniem zasady autonomii i prawa do podjęcia decyzji o rezygnacji z leczenia a zasadą ochrony życia, leżącą w interesie państwa (Morgan, Veitch, 2004, s. 115–117, 119–120).

Symbolem „odejścia na własnych prawach” stał się włoski muzyk Fabio Antonioni, występujący pod pseudonimem DJ Fabo. Na skutek wypadku samochodowego został on sparaliżowany oraz stracił wzrok. Antonioni apelował do władz swojego kraju o uchwalenie ustawy legalizującej eutanazję, aby każda osoba mogła wybrać sposób, w jaki umrze. Ostatecznie, korzystając z pomocy wielu osób, dotarł do Szwajcarii, gdzie zmarł 27 lutego 2017 roku w siedzibie stowarzyszenia Dygnitas po zażyciu śmiertelnej dawki barbituranów (pam/hlk, 2017).

Kanadyjski Sąd Najwyższy, we wspomnianej już sprawie Carter v. Canada, w 2015 roku zmienił linię orzeczniczą, uznając ochronę autonomii osób chorych za najważniejszą zasadę. Sprawa ta przyczyniła się do legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa w Kanadzie, a dotyczyła Glorii Taylor, cierpiącej na chorobę LouGeriga (ALS). Chora zdawała sobie sprawę z ponurej perspektywy konieczności popełnienia samobójstwa, gdy jeszcze będzie do niego zdolna, a jedynym wyjściem, by tego uniknąć, byłaby kosztowna podróż do Szwajcarii, na którą nie było ją stać. Kolejnymi

skarżącymi byli Lee Carter i Hollis Johnson, którzy pomogli ciężko chorej Kay Carter (matce Lee Carter) w podróży Szwajcarii, aby tam mogła zakończyć życie, korzystając z usług towarzyszenia Dygnitas. Skarżący podnieśli zarzut o niekonstytucyjności zakazu pomocy w samobójstwie. Według nich każdy powinien móc umrzeć w wybranym przez siebie czasie w otoczeniu rodziny i przyjaciół, nie zaś decydować się na ryzykowną podróż do Szwajcarii (Carter v. Canada, § 17–18). Jednocześnie powołano się na sprzeczność zakazu wspomaganego samobójstwa i eutanazji z dopuszczalnością rezygnacji z terapii. Ryzyko nadużyć w jednym i drugim przypadku jest takie samo (Schaffer, 2013, s. 526).

Gloria Taylor i Lee Carter (w imieniu nieżyjącej matki) podniosły zarzut niekonstytucyjności zakazu pomocy w samobójstwie w kodeksie karnym jako sprzecznym z sekcją 7 Kanadyjskiej Karty Praw i Wolności, która gwarantuje prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa osoby.

W lutym 2015 roku Sąd Najwyższy w składzie dziewięciu sędziów orzekł, że zakaz wspomaganego śmierci jest niezgodny z zapisami sekcji 7 Karty. Prawo do życia nie oznacza niekonstytucyjności wspomaganego śmierci. Sąd przyjął założenie, że w prawie do życia zawarta jest ocena jego jakości, prawo do umierania z godnością w wybranym przez siebie czasie, (Carter v. Canada, § 54, 59). Nie można ograniczać dostępu do wspomaganego śmierci dla osób z niską jakością życia, które zachowały zdolność do podejmowania decyzji, w przeciwnym wypadku mogą pojawić się także wątpliwości odnośnie do legalności przerwania lub rezygnacji z terapii (Chan, Somervill, 2011, s. 157–159; Carter v. Canada, § 65). Zakaz eutanazji i wspomaganego samobójstwa jest sprzeczny z prawem decydowania o własnym ciele oraz kształtowania życia w wybrany przez siebie sposób (Chochinov, 2016, s. 253), zatem prawo do życia obejmuje także prawo do śmierci (Carter v. Canada, § 63).

Przyjęto, że w tej sytuacji przeważa interes wolnościowy jednostki nad zasadą ochrony życia. Ingerencja państwa w prawa jednostki powinna być racjonalna, proporcjonalna i uzasadniona (interes społeczny powinien rzeczywiście przeważać nad prawami jednostki i nie może być osiągnięty za pomocą innych środków) (Schaffer 2013, s. 525). Wybór: żyć czy umrzeć zgodnie z własnymi przekonaniem uznano za fundamentalny dla pacjenta (to on decyduje o swojej śmierci, nie lekarz) (Chan, Somerville, 2016, s. 148; Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock, 2011, s. 34). Poszanowanie dla autonomii jest jedną z podstaw istnienia demokratycznego

społeczeństwa. W sprawie tej wskazano na paradoks w postaci kumulacji cierpienia przy przedłużaniu życia. Jeśli jedyną akceptowalną dla pacjenta możliwością jest medycznie wspomagane przyspieszenie śmierci, należy uznać je za dopuszczalne.

Sąd uznał, że poziom ryzyka ewentualnych błędów i nadużyć jest akceptowalny (mogą one wystąpić także w przypadku rezygnacji czy niepodejmowania leczenia), podkreślił też wagę zaufania do lekarzy, którzy będą wykonywać procedury wspomaganej śmierci oraz konieczność przejrzystości regulacji prawnych, skonstruowanych tak, aby stanowiły zabezpieczenie przed ewentualnymi nadużyciami. Podstawą w przypadku wspomaganej śmierci jest zgoda pacjenta na procedurę. Pacjent musi być kompetentny i dobrze poinformowany, a zgoda musi być dobrowolna (tj. wolna od nacisków i wpływów innych osób). Warunkami kwalifikującymi do procedury są nieuleczalna lub poważna choroba oraz cierpienie nie do zniesienia (Whorton, 2015, s. 18; Carter v. Canada, § 105, 108, 114, 120, 127). Przestrzeganie wymogów procedury i jej monitorowanie powinny stanowić dodatkową ochronę przed nadużyciami (Schaffer, 2013, s. 530). Na skutek decyzji sądu 17 czerwca 2016 roku parlament kanadyjski przyjął ustawę legalizującą eutanazję i wspomagane samobójstwo (ustawa kanadyjska, tzw. Bill C-14).

W preambule ustawy podkreślono autonomię poważnie i nieuleczalnie chorych osób, które odczuwają cierpienie nie do zniesienia związane z chorobą i chcą zakończyć swoje życie. Pomoc w umieraniu jest odpowiedzią na szczególną sytuację ciężko chorych osób. Ustawodawca podkreślił jednocześnie jednakową wartość każdego człowieka, której nie można różnicować na podstawie negatywnego postrzegania jakości życia osób, które są stare, chore czy niepełnosprawne. Bardzo ważna jest ochrona osób, które są szczególnie wrażliwe i mogą ulec namowiem do samobójstwa w chwili słabości. Dlatego o procedurę medycznie wspomaganej śmierci mogą ubiegać się tylko osoby dorosłe i kompetentne, których śmierć na skutek choroby jest racjonalnie przewidywana. Pacjent może w każdej chwili cofnąć podjętą przez siebie decyzję. Nie ma też możliwości wyrażania zgody przez chorego w formie złożonego wcześniej oświadczenia woli. Jest to podstawowy mechanizm ochrony przed nadużyciami, który stanowi wyważenie między autonomią pacjenta, który chce skorzystać z procedury medycznie wspomaganej śmierci, a prawami osób, które z racji swojej sytuacji zdrowotnej

są bezbronni i mogą być narażone na nadużycia (ustawa kanadyjska, sekcje 241.1–241.2; Landry, Foreman, Kekewich, 2015, s. 193).

Zasada autonomii postrzegana jest przez jej zwolenników jako wyraz szacunku dla pacjenta i jego wyborów oraz chroni przed paternalizmem i technicyzacją medycyny. Zadaniem lekarza jest nie tylko ratowanie życia, ale także ochrona pacjenta przed cierpieniem, szczególnie wtedy, gdy medycyna jest bezradna. Przedłużanie życia nie musi być paradygmatem, może bowiem przyczyniać się do potęgowania cierpienia, zwłaszcza gdy nie pozostawia się ciężko chorym osobom wyboru między kontynuacją życia w cierpieniu a wcześniejszą śmiercią (Shaffer, 2013, s. 527, 529; Karsho, Fisman, Wright, Macdonald, 2016, s. 192). W zgodzie z tą zasadą pacjent ma możliwość wyboru między opieką paliatywną a eutanazją i wspomaganym samobójstwem (Attaran 2015, s. 2081), a lekarz nie narusza interesu publicznego, pomagając w umieraniu, gdyż zgoda pacjenta chroni go przed oskarżeniem (Schüklenk, van Delden, Downie, Mclean, Upshur, Weinstock 2011, s. 52).

Przeciwnicy tego argumentu przywołują stwierdzenie, że zgoda pacjenta nie zawsze musi być racjonalna, a do żądań pacjentów proszących o śmierć należy podchodzić bardzo ostrożnie. Częstym stanem towarzyszącym długotrwałej i nieuleczalnej bądź terminalnej chorobie jest depresja. Pacjent może wówczas ulec naciskom i manipulacji i nie ma gwarancji, że dobrze skonstruowane ograniczenia przewidziane przez prawo będą respektowane. Rodzina na przykład może dojść do wniosku, że łatwiej będzie zastosować procedurę wspomaganą śmierci niż długotrwanie opiekować się chorym i namówić go do tego. Zatem kluczowe zagadnienie w legalizacji medycznie wspomaganą śmierci w postaci świadomej zgody pacjenta jest problematyczne.

Innym kontrargumentem jest udział w procedurze osób trzecich, takich jak wykonujący ją lekarz i pielęgniarka, dostarczający leki farmaceuta czy rodzina chorego. Ponieważ mówimy o wyjątku od zasady zabijania, pewna grupa osób otrzymuje ochronę i nie podlega odpowiedzialności karnej. Nikt nie może dać gwarancji, że nie będą zdarzały się przypadki pozbawienia życia pod przykrywką eutanazji i wspomaganego samobójstwa, będące w istocie zabójstwami. W tych stanach USA, które zdecydowały się na legalizację wspomaganego samobójstwa (pacjent, kierując się wskazówkami lekarza, sam zażywa leki, w rzeczywisty sposób kontrolując czas i sposób swojej śmierci) podkreśla się różnicę między takim sposobem zakończenia życia

a czynnym uczestnictwem osób trzech w umieraniu. Dlatego wspomagane samobójstwo jest dopuszczalne, natomiast eutanazja zakazana. Powstaje także pytanie, jakie są aktualnie powinności medycyny, gdyż nie można jednocześnie ratować życia i go odbierać. Tradycyjną rolą lekarza było i powinno być ratowanie życia i ochrona pacjentów (Worthen, 2015, s. 23).

Kolejnym zarzutem jest wątpliwość, dlaczego to właśnie zasada autonomii miałyby w sporze o legalizację medycznie wspomaganą śmierć ograniczyć lub zastąpić zasadę ochrony życia. Czy autonomia w postaci prawa wyboru czasu i sposobu własnej śmierci jest zatem absolutna, czy też w pewnych sytuacjach powinna podlegać ograniczeniom? Przeciwnicy legalizacji wspomaganą medycznie śmierć argumentują, że mamy do czynienia z niebezpiecznym precedensem. Eutanazja i wspomagane samobójstwo po ich legalizacji przestaną być postrzegane jako zabójstwo, a staną się częścią opieki paliatywnej. Będzie to zatem zmiana paradygmatu (Worthen, 2015, s. 21). Nie ma powodu, aby dopuszczać wyjątki od zasady ochrony życia na rzecz autonomii. W interesie państwa i społeczeństwa leży ochrona życia szczególnie wrażliwych grup osób. Należy chronić członków społeczeństwa przed destrukcją. Prawo do życia jest kluczowe, bez niego realizacja innych praw, w tym także prawa do samostanowienia, jakim jest autonomia, traci na znaczeniu (Mendelson, Bagaric, 2013, s. 413, 418).

W rzeczywistości trudno jest rozstrzygnąć konflikt dwóch konkurujących ze sobą wartości nienaruszalności życia i autonomii jako prawa do kształtowania swojego życia, także przez wybór jego zakończenia w wybranym czasie. Każda próba kompromisu kończy się niepowodzeniem.

Argument z jakości życia

Argument z jakości życia jest argumentem o charakterze moralnym i próbą znalezienia innego punktu odniesienia niż tradycyjny argument z nienaruszalności życia. Zakłada on, że w pewnych warunkach życie z powodu jego niskiej jakości nie jest warte kontynuacji. W przypadku nieuleczalnej choroby, kalectwa, upośledzenia umysłowego czy stanów trwale wegetatywnych życie przestaje być postrzegane jako dobro. Faktyczny stan egzystencji, który charakteryzuje się niską jakością, staje się podstawą do zakwestionowania bezwarunkowej ochrony życia (Paterson, 2008, s. 20).

Szacowanie jakości życia pacjenta nabrało znaczenia wraz z rozwojem nowoczesnych technologii medycznych, które służą podtrzymywaniu życia. Dzięki tym technologiom wielu pacjentów przeżywa, ale nie funkcjonuje samodzielnie, pozostając w zależności od aparatury medycznej oraz opieki innych osób. Paradoksalnie uratowanie i podtrzymywanie życia może przyczynić się do intensyfikacji cierpień wielu pacjentów.

Ze względu na przyjęcie wąskiej definicji eutanazji, w niniejszym artykule uwzględniono ten argument tylko w stosunku do osób kompetentnych, tj. mogących decydować o sobie, i cierpiących na terminalną lub nieuleczalną chorobę. Takich, które mogłyby zostać poddane procedurze eutanazji lub wspomaganego samobójstwa w państwach, w których jest to dozwolone.

Argument z jakości życia polega na dokonaniu szacunku, czy dalsza egzystencja jest korzystna dla chorego (Singer, 1997, s. 78). Gdy dalsze życie dla danego chorego zostaje uznane za pozbawione wartości, skrócenie życia w formie eutanazji lub wspomaganego samobójstwa może być formą wyzwolenia od cierpień spowodowanych chorobą. Paradoksalnie śmierć może okazać się bardziej humanitarna niż przedłużanie uciążliwej i pozbawionej sensu egzystencji wbrew woli chorego w myśl realizacji zasady nienaruszalności życia (Finnis 2009, s. 184).

Ocena jakości życia powinna należeć do osoby chorej. Jeśli pacjent ma zachowaną zdolność do podejmowania decyzji, może ocenić swoje życie jako pozbawione wartości, a w konsekwencji prosić o eutanazję czy pomoc w samobójstwie, czyli mieć prawo do przerwania egzystencji, którą postrzega jako wegetację. Taki właśnie argument podnoszą osoby ubiegające się o prawo do śmierci. Przykładem jest przypadek cierpiącego na dystrofię mięśni obywatela Włoch, Piergiorgio Welbego. Był on sparaliżowany, a od 1997 roku zależny od respiratora oraz sztucznego nawadniania i odżywiania. Mając świadomość postępującej nieuleczalnej i prowadzącej do śmierci choroby, napisał w dzienniku: „Kilka lat temu pacjenci cierpiący na dystrofię mięśni umierali z powodu poważnej niewydolności oddechowej, dziś dzięki przenośnym respiratorom, tracheotomii, odżywianiu przez nos oraz ostatniej generacji antybiotyków umierają z powodu odleżyn. Czy to jest postęp naukowy?” (Moratti, 2008, s. 401).

Welby poprosił o zakończenie leczenia poprzez odłączenie respiratora i zastosowanie sedacji. Sąd w Rzymie, do którego się zwrócił, uznał pozew za niedopuszczalny z powodu braku przepisów ustawowych regulujących rezygnację z terapii. W dniu 20 grudnia 2006 roku prośbę pacjenta spełnił

dr Ricci. Lekarz został oskarżony o dokonanie eutanazji, która we Włoszech jest przestępstwem. Ostatecznie sąd rozpatrujący sprawę, odmiennie od sądu do, którego zwrócił się Piergiorgio Welby, uznał działanie lekarza za umożliwienie pacjentowi rezygnacji z niechcianego leczenia, do czego pacjent ma prawo, nawet jeśli terapia ratuje mu życie (Moratti, 2008, s. 396–398, 401).

Podobnie swoją prośbę o skrócenie życia uzasadniały Sue Rodriguez oraz Gloria Taylor i Lee Carter w imieniu matki, argumentując, że ich życie przynosi więcej cierpienia niż pożytku, a zatem posłużyły się oceną jakości życia (Schaffer, 2013, s. 528).

Sądy coraz częściej biorą pod uwagę argument jakości życia osób ubiegających się o przyspieszenie śmierci, jak stało się to w przypadku wspomnianej sprawy Diane Pretty, w której sąd stwierdził, że w erze postępu medycznego coraz większego znaczenia nabiera jakość życia pacjenta, nie uznał jednak tego argumentu za wystarczający, aby skarżąca uniknęła pełnego cierpienia końca życia (Pretty v. United Kingdom, § 65, 67). Dla wielu osób staje się ważne, aby nie zmuszano ich do dożywania podeszłego wieku lub życia w zaawansowanych stanach chorobowych wbrew ich woli.

Podstawowym zarzutem do argumentu z jakości życia jest brak określenia, czym jest jakość życia. Mierniki, które opracowano, by ją określić, miały służyć poprawie egzystencji pacjenta, nie zaś temu, by usprawiedliwić przyspieszenie śmierci.

Z kolei ocena jakości życia, której dokonuje sam pacjent, może być subiektywna. Wielu chorych cierpi na depresję. Przeciwnicy legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa twierdzą, że należy położyć nacisk na kompleksową opiekę, terapię przeciwbólową oraz towarzyszenie w umieraniu.

Posługiwanie się oceną jakości życia przez pacjentów oraz lekarzy zawsze obarczone będzie dozą subiektywizmu. Do tej pory nie opracowano zadowalających kryteriów, które mogłyby usprawiedliwiać decyzję o przyspieszeniu śmierci. Wydaje się zatem, że sama ocena jakości życia nie może stanowić podstawy do legalizacji eutanazji i wspomaganego samobójstwa, tym bardziej że łatwo można zastosować podobne kryteria do osób, które nie mogą same decydować o sobie, np. pacjenci w stanie wegetatywnym, osoby upośledzone umysłowo czy ciężko chore noworodki i niemowlęta. Łatwo będzie oceniać takie osoby jako ciężar dla społeczeństwa.

Problem cierpienia jest jedną z najważniejszych racji podnoszonych przy legalizacji medycznie wspomaganego śmierci. W przytoczonych

sprawach sądowych wszystkie osoby mówiły o wieloletnich cierpieniach zarówno fizycznych, jak i psychicznych, spowodowanych chorobą. Nie może to być jednak jedyna przesłanka do przeprowadzenia eutanazji czy wspomaganego samobójstwa. W państwach, w których pomoc w umieraniu stała się dozwolona, kluczowa pozostaje zgoda pacjenta. Należy jednak zaznaczyć, że w Holandii prosić o eutanazję mogą już osoby w wieku lat 12, natomiast w Belgii nie ma dolnej granicy wieku przeprowadzania takiej procedury (najmłodsza osoba poddana eutanazji miała 9 lat) (*Huitième rapport...*, s. 13–14), ale nawet w przypadku tych bardzo liberalnych rozwiązań prawnych niezbędna do przeprowadzenia procedury jest prośba osoby małoletniej oraz zgoda jej rodziców.

Argument z jakości życia służy w istocie wzmocnieniu argumentu z autonomii. Połączenie tych dwóch argumentów może z kolei służyć uzasadnieniu decyzji pacjentów nieuleczalnie lub terminalnie chorych, którzy mogą decydować o sobie i nie chcą przedłużać niechcianej egzystencji.

Podsumowanie

Spór o legalizację medycznie wspomaganą śmierć skupia się wokół dwóch argumentów o charakterze moralnym świętości życia, które powinno podlegać ochronie jako wartość podstawowa, oraz autonomii pacjenta, który powinien mieć wolność wyboru czasu i sposobu swojej śmierci.

W państwach, które zdecydowały się na legalizację eutanazji lub wspomaganego samobójstwa przeważał argument z autonomii pacjenta, wzmocniony przez jednoczesne zastosowanie szacowania jakości życia. Sam argument z jakości życia jest zbyt słaby, aby mógł być stosowany jako jedyne uzasadnienie dla dokonania eutanazji i wspomaganego samobójstwa. Z kolei w krajach, w których medycznie wspomaganą śmierć jest zakazana jako przestępstwo, przewagę uzyskiwała zasada nienaruszalności życia, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony życia osób najsłabszych, tj. chorych i niepełnosprawnych. Dla wzmocnienia tego stanowiska przywoływany jest pozamoralny argument równi pochyłej, który pokazuje brak efektywności zabezpieczeń przed nadużyciami w przypadku dopuszczenia eutanazji i wspomaganego samobójstwa w ściśle określonych warunkach.

W prowadzeniu sporu bardzo ważne jest uwzględnienie złożoności argumentów. Sam spór o dopuszczalność eutanazji oraz wspomaganego

samobójstwa wydaje się nierozstrzygnięty, niemniej to, jaka argumentacja zostanie użyta i które argumenty zostaną uznane za dominujące, będzie wpływało na zmiany legislacyjne.

Bibliografia

- Alichniewicz, A. (2013). Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie. W: J. Różyńska, W. Chańska, *Bioetyka* (s. 282–295). Warszawa: Wolters Kluwers.
- Attaran, A. (2015). Unanimity on Death with Dignity – Legalizing Physician Assisted Dying in Canada. *The New England Journal of Medicine*, 22 (372), 2080–2082.
- Battin, M. (2003). Suicide. W: *Encyclopedia of Bioethics*, red. S.G. Post (s. 2475–2482). New York: Macmillan.
- Bosshard, G. (2008). Switzerland. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 463–482). Portland: Hart Publishing.
- Chan, B., Somerville, M. (2011). Converting the „Right to life” to the Right to Physician Assisted Suicide: An Analysis of Carter v. Canada (Attorney General) Supreme Court of Canada. *Medical Law Review*, 2 (22), 143–175.
- Chochinov, H.M. (2016). Physician-Assisted Death in Canada. *Journal of the American Medical Association*, 3 (315), 253–254.
- Chyrowicz, B. (2009). Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych. *Diametros*, 19, 1–25.
- Chyrowicz, B. (2015). *Bioetyka. Anatomia sporu*. Kraków: Znak.
- Cohen-Almagor, R. (2013). First Do Not Harm: Pressing Concerns Regarding Euthanasia in Belgium. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 515–521.
- Cohen-Almagor, R. (2015). First Do Not Harm: Intentionally Shortening Lives of Patients Without Their Explicit Request in Belgium. *Journal of Medical Ethics*, 8 (41), 625–629.
- Cohen-Almagor, R. (2016). First Do Not Harm: Euthanasia of Patients in Dementia in Belgium. *Journal of Medicine and Philosophy*, 41, 74–89.
- Colwell, G. (1995). Slippery Slope, Moral Slides and Human Nature. *Informal Logic*, 3 (17), 43–66.
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., Chambaere, K. (2016). Euthanasia in Belgium. Trends in Reported Cases Between 2003–2013. *Canadian Medical Association Journal*, 188, 407–414.

- Dworkin, G., Frey, R.G., Bok, S. (1998). *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Finnis, J. (2009). Filozoficzny argument przeciwko eutanazji. W: *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz (s. 183–198). Kraków: Universitas.
- Gert, B., Culver, M.Ch., Clouser, D.K. (2009). *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Góralski, P. (2007). *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*. Kraków: Egis.
- de Haan, J. (2002). The Ethics of Euthanasia: Advocates Perspectives. *Bioethics*, 2 (16), 154–172.
- Karsho, H., Fisman, J.R., Wright, D.W., Macdonald, M. (2016). Suffering and Medicalization End of Life: The Case of Physician-Assisted Dying. *Social Science & Medicine*, 170, 188–197.
- KNMG (2011). *The Role of the Physician in the Voluntary Termination of Life*. Pobrano z: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/knmg-publicaties/publications-in-english.htm> (30.05.2018).
- Kuhse, H. (2000). Eutanazja. W: *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer (s. 337–346). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Malczewski, J. (2012). *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Mendelson, D., Bagaric, M. (2013). Assisted Suicide through the Prim of Right of Life. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 406–418.
- Moratti, S. (2008). Italy. W: J. Griffiths, H. Weyers, M. Adams, *Euthanasia and Law in Europe* (s. 395–424). Portland: Hart Publishing.
- Morgan, P., Veith, K. (2004). Being Ms B: B, Autonomy and the Nature of Legal Regulation. *The Sydney Law Review*, 1 (26), 107–130.
- Landry, T.J., Foreman, T., Kekewich, M. (2015). Ethical Considerations in the Regulation of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Death in Canada. *Health Policy*, 119, 1490–1498.
- Legemate, J., Bolt, I. (2013). The Dutch Euthanasia Act: Recent Legal Development. *European Journal of Health Law*, 20, 451–470.
- pam/hlk (2017). „Umarł na wygnaniu, bo nasz kraj nie słuchał jego apelu”. *Włoski DJ popełnił samobójstwo wspomagane*. PolsatNews.pl. Pobrano z: <http://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2017-02-27/umarl-na-wygnaniu-bo-nasz-kraj-nie-sluchal-jego-apelu-wloski-dj-popelnil-samobojstwo-wspomagane> (28.07.2018).

- Paterson, C. (2008). *Assisted Suicide and Euthanasia. A Natural Law Ethics Approach*. Hampshire: Ashgate.
- Pietrzykowski, T. (2005). *Etyczne problemy prawa*. Katowice: Naukowa Oficyna Wydawnicza.
- Rizzo, M.J., Whitman, D.G. (2003). The Camel's Nose is in the Tent: Rules, Theories, and Slippery Slopes. *UCLA Law Review*, 51 (539), 539–592.
- Safjan, M. (1998). *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Schaffer, A. (2013). Physician Assisted Suicide: The Great Canadian Euthanasia Debate. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5–6 (36), 522–531.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa: PIW.
- Stelmach, J., Brożek, B., Soniewicka, M., Załuski, W. (2010). *Paradoksy bioetyki prawniczej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Stroobants, P.J. (2014). La Belgique légalise l'euthanasie pour les mineurs. *Le Monde*, 13 lutego.
- Schüklenk, U., van Delden, J.J.M., Downie, J., Mclean, S.A.M., Upshur, R., Weinstock, D. (2011). End of Life Decisions Making in Canada: The Report by the Royal Society of Canada Expert Panel on End of Life Decision Making. *Bioethics*, 25, 1–73.
- Szeroczyńska, M. (2004). *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*. Kraków: Universitas.
- Urofsky, M.I. (2000). *Lethal Judgments. Assisted Suicide & American Law*. Kansas: University Press of Kansas.
- Volokh, E. (2003). The Mechanisms of the Slippery Slope. *Harvard Law Review*, 4 (116), 1028–1143.
- Warnock, M., Macdonald, E. (2008). *Easeful Death. Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press.
- Worthen, L. i in. (2015). Informed Consent: Do We Understand the Risk Associated with Legalizing Physician Assisted Suicide and Euthanasia. *Focus*, 1, s. 18–23.

Akty prawne

Ustawa belgijska:

The Belgian Act of Euthanasia of May, 28th 2002 (2003). *European Journal of Health Law*, 10, 329–335.

Ustawa holenderska:

Ustawa o kontroli zakończenia życia na żądanie i pomocy w samobójstwie z 2001 r.
W: *Eutanazja: prawo do życia – prawo do wolności*, red. B. Chyrowicz (2005)
(s. 178–188). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.

Ustawa kanadyjska:

Act to Amend the Criminal Code and to Make Related Amendments to Other Acts
(Medical Assistance in Dying) (2016). Pobrano z: http://www.parl.ca/Content/Bills/421/Government/C-14/C-14_4/C-14_4.PDF (28.05.2018).

Ustawa luksemburska:

Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide. Pobrano z: <http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-memorial-2009-46-fr-pdf.pdf> (28.07.2018).

Orzecznictwo sądowe

Carter v. Canada. Supreme Court of Canada, 21.02.2015. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do> (28.07.2018).

Glucksberg v. Washington. US Supreme Court, 27.06.1997. Pobrano z: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/521/702/case.html> (28.07.2018).

Haas v. Switzerland. European Court of Human Rights, 20.01.2011. Application no. 31322/07. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22fulltext%22:%5B%2231322/07%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D> (28.07.2018).

Pretty v. United Kingdom. European Court of Human Rights, 29.04.2002. Application no. 2346/02. Pobrano z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22dmdocnumber%22:%5B%222698325%22%5D,%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D> (28.07.2018).

Rodriguez v. British Columbia. Supreme Court of Canada, 30.09.1993. Pobrano z: <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1054/index.do> (28.07.2018).

Raporty

Huitième rapport aux Chambres législatives, années 2016–2017. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/8_rapport-euthanasie_2016-2017-fr.pdf (28.02.2018).

Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016). Pobrano z: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html> (28.07.2018).

Regional Euthanasia Review Committees. Annual Reports. Pobrano z: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/annual-reports> (28.07.2018).

Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014–2015. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Pobrano z: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/7_rapport-euthanasie_2014-2015-fr.pdf (28.02.2018).

Inne

Medical Assistance in Dying. Government in Canada. Pobrano z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html> (28.07.2018).

State-by-State Guide to Physician-Assisted Suicide. ProCon. Pobrano z: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000132> (28.07.2018).

ARGUMENTS IN THE DISPUTE OVER LEGALIZING EUTHANASIA AND PHYSICIAN ASSISTED SUICIDE – PART II

Summary

The aim of this Article is to present the arguments used in the debate on the legalization of euthanasia and physician-assisted suicide.

Opponents of the legalization of the above procedures use the sanctity of life moral argument and the slippery slope non-moral argument.

The assumption of the sanctity of life's argument is the immorality of all forms of killing, the terminal illness and related suffering are not circumstances justifying the interruption [termination] of life. The protection of life is the foundation of the functioning of society.

The slippery slope is based on the following premise: if an exception is made to the principle of the inviolability of life in the form of, for example, euthanasia or physician-assisted suicide for terminally ill persons who are of full age and make a free request based on a pressure-free will, this will lead to the killing of the sick, the old or the handicapped without their consent or even against their will. It concerns the changes in social awareness that can lead to the questioning of the value of human life. It is also possible that abuses that are difficult to control may occur.

Followers of the precipitation of death formulate two moral arguments: the argument of the autonomy of the individual and the argument of the quality of life.

The argument of the autonomy of the individual is presented as an expression of respect for man and the choices he makes. Everyone has the right to decide

when his or her own life ceases to be of value to him or her, especially in the case of illness and suffering, and thus to choose the so-called dignified death without suffering or dependence on others. The proponents of this argument state that the principle of autonomy can be just as important or even more important than the sanctity of life principle, and at the same time it is also a response to the medical paternalism. Just this argument has been used in the countries that have legalized the physician-assisted suicide and euthanasia, (Benelux, Canada and in the following states in the USA: Oregon, Washington, Montana, Vermont, California, the District of Columbia and Colorado).

Another argument in favour of the admissibility of euthanasia and physician-assisted suicide is the quality of life moral argument which assumes that in certain circumstances life and its continuation are not good for the person. The quality-of-life argument is based on an assessment of whether life is of value to the patient, or whether it remains only a burden or is limited to biological duration, as in the case of persons in a persistent vegetative state, for example.

ANNA ALICHNIEWICZ*

ŚMIERĆ MÓZGOWA: KONTROWERSJE I UZGODNIENIA**

Słowa kluczowe: śmierć organizmu jako całości, śmierć osoby, śmierć mózgowa, całkowita niewydolność mózgu, definicja śmierci, kryteria śmierci

Keywords: death of the organism as a whole, death of a human person, brain death, total brain failure, definition of death, criteria of death

Wstęp

Jahi McMath była trzynastoletnią dziewczynką, gdy 9 grudnia 2013 przeprowadzono u niej zabieg wycięcia migdałków oraz fragmentów podniebienia miękkiego i gardła w związku z napadami bezdechu nocnego. Był to dość rozległy i skomplikowany zabieg, jednak z pewnością nieprzewyższający kwalifikacji doświadczonego zespołu chirurgicznego renomowanego

* Anna Alichniewicz – adiunkt w Zakładzie Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Jej zainteresowania badawcze dotyczą filozofii współczesnej i bioetyki, zajmuje się głównie fenomenologią cielesności, tanatologią filozoficzną i bioetyczną oraz analizą stereotypów genderowych w dyskursie bioetycznym i biomedycznym.

Address for correspondence: Medical University of Lodz, Faculty of Health Science, Chair of Humanities, Department of Bioethics, Lindleya 6, 90-131 Lodz. E-mail: anna.alichniewicz@umed.lodz.pl.

** Publikacja w ramach projektu badawczego nr 2015/19/B/HS1/00996 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

UCSF Children's Hospital w Oakland. Pacjentka dobrze zniosła operację i nic nie zapowiadało tragedii. Niestety kilka godzin po zabiegu pojawiło się intensywne krwawienie z nosa i ust, które doprowadziło do zatrzymania pracy serca. Została zaintubowana, ale przywrócenie pracy serca i ustabilizowanie oddechu zajęło lekarzom dwie i pół godziny. Po dwóch dniach przeprowadzone testy potwierdziły diagnozę śmierci mózgowej. Stosując się do obowiązującej w Kalifornii wersji Uniform Determination of Death Act, stwierdzono zgon. Jahi McMath nie odłączono od razu respiratora, gdyż przepisy stanowe nakazują pozostawienie rodzinie krótkiego czasu na pożegnanie. Ale do pożegnania nigdy nie doszło. Rodzina stanowczo sprzeciwiła się odłączeniu respiratora i zażądała sztucznego odżywiania. Szpital zdecydowanie odmówił, gdyż wykonywanie czynności leczniczych na zwłokach jest niezgodne z etyką i profesjonalizmem lekarskim. Sprawa trafiła do sądu, w którym zawarto niezwykłą ugodę: szpital zgodził się wydać ciało Jahi McMath koronerowi, który 3 stycznia 2014 roku wystawił akt zgonu, a jako przyczynę śmierci wpisał: „w trakcie wyjaśniania”. Dwa dni później dziewczynka została zabrana nieoznakowanym ambulansem i przetransportowana do stanu New Jersey, jednego z dwóch, obok stanu Nowy Jork, amerykańskiego stanu, w którym można wyrazić niezgodę na diagnozowanie śmierci kryteriami neurologicznymi. Prawo to w założeniu dotyczy wyznawców ortodoksyjnego judaizmu, jednak w tym wypadku skorzystała z niego rodzina, która uważa się za chrześcijan, i Jahi McMath została przyjęta do katolickiego szpitala uniwersyteckiego w Nowym Brunzwicku. Jeden z chirurgów wykonał tracheotomię, podłączono też sondę odżywiającą, ale znaczna część personelu szpitala była przeciwna przeprowadzaniu tych działań na zwłokach. Niemniej przez następne osiem miesięcy Jahi przebywała w szpitalnym oddziale intensywnej terapii, a koszt opieki wynoszący 150 tysięcy dolarów tygodniowo pokrywał Medicaid, czyli federalny program pomocowy finansujący opiekę medyczną osobom, które nie są w stanie za nią zapłacić. W końcu sierpnia 2014 roku pacjentkę wypisano ze szpitala z rozpoznaniem śmierci mózgowej. Rodzina wynajęła małe mieszkanie i tam Jahi McMath przebywała przez następne cztery lata, a Medicaid opłacał koszt całodobowej opieki pielęgniarskiej. Ponieważ zgodnie z prawem stanu Kalifornia Jahi nie żyła od 9 grudnia 2013 roku, a zwłoki nie mogą być przetrzymywane w domu, rodzina nie mogła wrócić do Oakland. Matka Jahi, Nailah Winkfield, próbowała skarżyć Oakland Children's Hospital o błąd w sztuce oraz uzyskać sądowe uchylenie aktu

zgonu swej córki. Zanim jednak jej zabiegi odniosły jakikolwiek skutek, prawnik rodziny ogłosił, że Jahi McMath zmarła 22 czerwca 2018 roku wskutek krwawienia spowodowanego niewydolnością wątroby. Zapowiedział też, że będzie kontynuował działania na rzecz unieważnienia wcześniej wydanego aktu zgonu oraz uznania 22 czerwca 2018 za datę jej śmierci.

Tragiczny przypadek Jahi McMath stanowi znakomitą ilustrację głównych problemów, jakie pojawiają się w dyskusji o śmierci mózgowej. Po pierwsze jest to kwestia relacji między diagnozą śmierci organizmu jako całości wskutek śmierci mózgu a stwierdzeniem zgonu pacjenta, a więc śmierci osoby, nawet jeśli mówi się o osobie bez jakichkolwiek konotacji metafizycznych, rozumiejąc ją jako „Ja” psychofizyczne, czy też – jak proponuje Paweł Łuków – jako osobę o biologii *Homo sapiens* (Łuków, 2015). Po drugie jest to kwestia tego, co rozumiane jest pod pojęciem „śmierć mózgowa”. Problem ten odnoszony jest do dwóch poziomów rozważań: poziomu filozoficznego, dotyczącego ontologicznej natury śmierci, oraz poziomu biomedycznego, gdzie pojawia się pytanie, czy śmierć jest zdarzeniem, czy też ma charakter procesualny. Z zagadnieniem tym bezpośrednio wiąże się trzecia sporna kwestia, to znaczy, co właściwie jest przedmiotem diagnozy: śmierć mózgu czy też pewien jego stan, który interpretuje się jako równoważny śmierci. Kolejnym wzbudzającym kontrowersje problemem są kryteria, które należy przyjąć dla diagnozowania śmierci mózgowej.

Trwająca od kilku dekad dyskusja wokół tych zagadnień przyniosła obfitą i stale rosnącą literaturę, co stawia podejmującego tę problematykę autora w dość trudnej sytuacji – nie sposób bowiem odnieść się do całego piśmiennictwa, trudno też powiedzieć coś zdecydowanie nowego. Nie pretendując do oryginalności ani też całościowego przeglądu literatury, chcę uporządkować główne, moim zdaniem, problemy i rzucić na nie nieco inne światło, stawiając następujące tezy:

1. Pojęcie śmierci w gruncie rzeczy nie poddaje się definicji.
2. Funkcję definicji śmierci pełnią *de facto* jej kryteria.
3. W debacie odnoszącej się do tzw. definicji śmierci nie chodzi o śmierć jako taką, pojętą uniwersalnie, lecz o śmierć człowieka.
4. Analizując śmierć człowieka, nie sposób ściśle odróżnić płaszczyznę biologiczną i filozoficzną (ontologiczno-aksjologiczną).

Tezy te postaram się szerzej przedstawić i uzasadnić w kolejnych podrozdziałach.

Kłopotliwe pojęcie śmierci – definicja czy kryteria?

Filozoficzna analiza pojęcia śmierci napotyka szereg trudności. Przede wszystkim pojawia się pytanie, jak można zdefiniować śmierć? Definicja dotyczy przedmiotu, stanu, zdarzenia lub procesu, których naturę ma za zadanie uchwycić. Jak jednak scharakteryzować przedmiot „śmierć”? Czy jest to proces? Procesem jest raczej umieranie, czy zatem śmierć jest zdarzeniem lub stanem? Jeśli rozumieć ją jako zdarzenie, to ma ono charakter graniczny, oddzielający to, co żywe, od tego, co martwe, czyli w wypadku człowieka: „Ja” od „nie-Ja”. Jeśli natomiast próbować zrozumieć śmierć w kategoriach stanu, to należy zauważyć, że śmierć nie jest stanem, lecz właśnie jego brakiem lub nawet radykalną niemożliwością bycia w jakimkolwiek stanie, bowiem być w jakimkolwiek stanie może tylko coś, co jest, co bytuje, a w wypadku organizmu żywego – co żyje. Stan można więc rozpatrywać jako jeden z *modi* egzystencji: możemy zatem mówić o stanie zdrowia, stanie choroby itd., ale nie o stanie śmierci. Jako zaprzeczenie egzystencji ma ona negatywny status ontologiczny. Ta prywatywna natura śmierci odnosi do braku życia, które jednak równie niełatwo poddaje się definiowaniu. Trudności dotyczące pojęcia śmierci organizmu jako takiego nabierają szczególnego znaczenia, gdy mówimy o śmierci człowieka, u którego na warstwie ontycznej nabudowuje się sens biologiczny, a także kolejne sensory osobowe: psychologiczny, społeczny i prawny.

Jako problem biomedyczny śmierć przysparza nie mniejszych kłopotów, gdyż w tym wypadku należałoby odnieść się nie tylko do pojęcia i jego definicji, ale także kryteriów rozpoznawania śmierci i testów diagnostycznych mających na celu sprawdzenie, czy kryteria te są spełnione. Wszystkie te zagadnienia wiążą się z trudnościami natury teoretycznej i praktycznej. Mimo że uznaje się potrzebę sformułowania biologicznej definicji śmierci, to jednak, jak zobaczymy, proponowana definicja wskazuje, że i tu również przedmiot pozostaje nieuchwytny. Przede wszystkim należy zauważyć, że pojęcie śmierci może odnosić się do kilku poziomów:

1. Śmierci poszczególnych części organizmu.
2. Śmierci całego organizmu.
3. Śmierci organizmu jako całości, która może być rozumiana
 - a) jako śmierć krążeniowo-oddechowa (nieodwracalne ustanie krążenia i oddychania);

- b) jako śmierć całego mózgu (nieodwracalne ustanie funkcji całego mózgu);
- c) jako śmierć mózgu jako całości wskutek śmierci pnia mózgu (nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu);
- d) jako śmierć „wyższego mózgu” (nieodwracalna utrata zdolności świadomości).

4. Śmierci osoby.

Istnieje dość szeroki konsensus, że z biologicznego punktu widzenia pojęcie śmierci należy definiować jako ustanie funkcjonowania organizmu jako całości (Miller, Truog, 2012, s. 64). Poglądy na to, co pod takim ustaniem funkcjonowania należy rozumieć, ewoluują, można jednak zauważyć, iż mimo że prezentowane jako *definiens*, proponuje się w istocie ogólne kryterium śmierci. Biorąc pod uwagę nieuchwytność *definiendum*, którego prywatna natura odsyła do również niedefiniowalnego pojęcia życia, gdzie także mamy do czynienia raczej z kryterium funkcjonowania jako całość niż definicją w sensie ścisłym, jest to zapewne najlepsze dostępne teoretycznie sformułowanie. Zatem faktu, że pod nazwą „definicja śmierci” w gruncie rzeczy funkcjonuje zbiór kryteriów nie należy, moim zdaniem, traktować jako słabości czy niedociągnięcia teoretycznego, gdyż granice definiowalności określa tu ontyczna natura przedmiotu. Dlatego też, mimo tych zastrzeżeń, w dalszej części swoich rozważań będę używać przyjętego terminu „definicja śmierci”.

Kryterium ustania funkcjonowania organizmu jako całości podlega następnie uszczegółowianiu do nieodwracalnego ustania krążenia i oddychania albo nieodwracalnego ustania funkcji całego mózgu lub pnia mózgu. Propozycja, aby śmierć człowieka rozumieć jako nieodwracalną niezdolność świadomości, czyli śmierć tzw. wyższego mózgu, nie znalazła akceptacji i nigdzie nie stała się podstawą oficjalnie przyjętej definicji śmierci. Nigdy też nie postulowano, by śmierć człowieka ujmować jako śmierć całego organizmu, czyli stan, gdy wszystkie elementy ciała są martwe, gdyż oznaczałoby to oczekiwanie na jego rozkład, aczkolwiek w przeszłości wielu lekarzy traktowało rozkład ciała jako jedyną pewną oznakę śmierci (Pernick, 1988, 20–21). Kryteria śmierci mózgowej dotyczą tylko człowieka, co zdaniem przeciwników tego pojęcia stanowi jego słabość (Miller, Truog, 2012, s. 67–71), zwolennicy wskazują natomiast, że świadczy to właśnie o jego szczególnej adekwatności do diagnozowania śmierci człowieka (Lee, 2016).

Czy w sensie biomedycznym śmierć jest procesem czy zdarzeniem? Jeśli jest procesem, to zaczyna się wówczas, gdy jeszcze trwa życie, którego jest przeciwieństwem. Jeśli jest zdarzeniem, to jak je uchwycić, skoro zjawiska biologiczne mają charakter procesualny? Mogło się wydawać, że przydatne okaże się tu pojęcie progu oddzielającego „proces umierania od procesu dezintegracji” (Bernat, Culver, Gert, 1981, s. 389), jednak badania medyczne i praktyka kliniczna wykazały, że w wypadku śmierci mózgowej proces dezintegracji bywa poważnie odroczone. Miller i Truog proponują rozumienie śmierci jako zdarzenia w kategoriach termodynamicznych: byłaby momentem, w którym organizm nieodwracalnie przestaje się opierać procesom entropii. Autorzy zauważają jednak, że choć jest to moment konceptualnie uchwytne, jego empiryczne wyznaczenie zapewne pozostanie niemożliwe (Miller, Truog, 2012, s. 70; Nair-Collins, 2018, s. 33–34). Tym, co wydaje się wspólne dla wszystkich prób biomedycznego zdefiniowania śmierci, jest dążenie do uchwycenia momentu nieodwracalności (*point of no return*). Jeśli nawet rozumie się śmierć jako stan kliniczny (Becler, 2015, s. 60), to jest to również stan nieodwracalny (Belkin, 2014, s. 84).

Debata wokół definicji śmierci

Uważa się, że przynajmniej od pewnego momentu w ewolucji (Clark, 2000) śmierć dotyczy wszystkich organizmów żywych, można by zatem przypuszczać, że związane z jej pojęciem trudności ontologiczno-definityjne mają wymiar uniwersalny. Jednak debata wokół definicji śmierci odnosi się wyłącznie do śmierci człowieka. Dzieje się tak zapewne ze względu na występujące tu napięcie między pojęciem śmierci organizmu jako całości, które przynajmniej w założeniu odnosi się do kategorii biomedycznych, a konotacjami psychologicznymi, społecznymi i prawnymi, wiążącymi się z pojęciem śmierci osoby. Od pewnego zaś czasu szczególnie kontrowersyjnie wzbudza pojęcie śmierci mózgowej, choć wprowadzona w 1968 roku Raportem Harvardzkim pierwsza w historii jej definicja początkowo nie wywołała większego sprzeciwu. Peter Singer nazwał ją nawet „przewrotem bez opozycji” (Singer, 1997, s. 38). Jednak stopniowo opór narastał. Wydaje się, że wiązało się to przede wszystkim z dwoma, niekoniecznie trafnymi zarzutami. Po pierwsze w wielu komentarzach akcentowano znaczenie nieodwracalnej utraty świadomości dla diagnozy śmierci mózgowej

(Singer, 1997, s. 36–42; Pernick, 1998, s. 58; Miller, Truog, 2012, s. 68), chociaż raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death) z 1968 roku, podając nieodwracalną śpiączkę jako nowe kryterium śmierci, wyraźnie podkreślał, że stosuje się ono jedynie wobec pacjentów, u których nie stwierdza się czynności ośrodkowego układu nerwowego. Drugim zarzutem było uznanie, że definicję śmierci mózgowej wprowadzono, by ułatwić pobieranie narządów do transplantacji. Jest to dość powszechna opinia, a jej zwolennicy powołują się na korespondencję Henry’ego Beechera (późniejszego przewodniczącego Komisji Harwardzkiej) z Robertem Ebertem (ówczesnym dziekanem Harvard Medical School), a także na wypowiedź Beechera, podkreślającą znaczenie nowej definicji śmierci dla pobierania nadających się do przeszczepienia narządów (Singer, 1997, s. 33–36; Belkin, 2014, s. 67). Jednak Gary Belkin w swej książce poświęconej kulisom Raportu Harwardzkiego, nie negując wprawdzie uwagi Beechera o znaczeniu definicji śmierci mózgowej dla transplantologii, podkreśla zarazem, że wypowiedź ta wskazywała jedynie na skutki nowej definicji dla tej dziedziny, a nie na przyczyny jej sformułowania (Belkin, 2014, s. 69, 173).

Z drugiej strony pojawiły się także opinie, że sformułowana w Raporcie Harwardzkim definicja śmierci mózgowej jest nie dość radykalna i że za kryterium śmierci człowieka powinno się przyjąć nieodwracalną utratę świadomości. Koncepcja ta, znana jako śmierć „wyższego mózgu”, której zwolennikiem jest na przykład Robert Veatch (1988, 1993), nie znalazła jednak szerszego poparcia i została odrzucona w opublikowanym w 1981 roku raporcie amerykańskiej Komisji Prezydenckiej, zatytułowanym *Defining Death* (President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1981), a następnie w Uniform Determination of Death Act (1981), który wprowadzał podstawę prawną orzekania śmierci dla wszystkich stanów USA. Opowiadając się za definiowaniem śmierci mózgowej jako nieodwracalnego ustania funkcji całego mózgu, w tym pnia mózgu, Komisja potwierdziła wartość kryteriów neurologicznych, podkreślając integrujące znaczenie mózgu dla organizmu jako całości. Warto zauważyć, że w dokumencie tym mówi się o funkcjach, a nie – jak w Raporcie Harwardzkim – czynnościach mózgu. Podejście to, które Singer nazywa liberalizującym (Singer, 1997, s. 245), wynikało jednak nie z takiej czy innej postawy etycznej,

lecz z danych uzyskanych w intensywnie rozwijających się dyscyplinach neurobiologicznych i klinicznych, wskazujących na mniejsze znaczenie trwania czynności bioelektrycznej czy metabolicznej w grupach komórek mózgu dla kryteriów śmierci mózgowej. Podobnie za nieistotne dla rozpoznania śmierci mózgowej uznano funkcje rdzenia kręgowego, które mogą przejawiać się tak spektakularnym objawem, jak odruch Łazarza (Miller, Truog, 2012, s. 56–57).

Dalsze etapy rozwoju nauk biomedycznych i praktyka kliniczna, wykazujące względną niezależność różnych funkcji organizmu, podważyły zasadność rozumienia mózgu jako niezbędnego integratora całości somatycznej. Okazało się, że do nieodwracalnego zatrzymania krążenia u podłączonego do respiratora pacjenta ze zdiagnozowaną śmiercią mózgową może dojść dopiero po tygodniach, miesiącach, a w rzadkich przypadkach nawet po latach. Możliwe jest utrzymanie ciąży, goją się rany, zwalczane są infekcje i trwa hemopoeza, a w wypadku dzieci i młodzieży dochodzi do wzrostu ciała i dojrzewania płciowego (Becler, 2015, s. 61–62; Miller, Truog, 2012, s. 65–66). Niektóre z tych zjawisk ilustruje opisany we wstępie przypadek Jahi McMath (Truog, 2018). Dane te stały się podstawą empiryczną następnego ważnego dokumentu odnoszącego się do śmierci mózgowej, tzw. White Paper, opublikowanego w 2008 roku przez President's Council of Bioethics (2008). Opracowanie to zrywa z wcześniejszą koncepcją śmierci mózgowej jako utratą zintegrowanego funkcjonowania organizmu jako całości i wprowadza pojęcie całkowitej niewydolności mózgu (*total brain failure*). Organizm w tym stanie niezdolny jest do wykonywania niezbędnych funkcji życiowych, to znaczy do odbierania płynących z otoczenia bodźców i reagowania na nie, do posiadania zdolności uzyskiwania ze świata tego, co jest dla niego niezbędne, oraz do tego, by jego napęd stanowiło odczuwanie potrzeby takiego działania. Jest to nowy język, jednak sens pozostaje ten sam: całkowita niewydolność mózgu jest nowym kryterium śmierci mózgowej. Jednocześnie proponuje się tu takie rozumienie organizmu żywego, które pozwala na odparcie argumentu, że o życiu decyduje samo trwanie funkcji, a nie jej mechanizm (Miller, Truog, 2012, s. 70).

Płaszczyzna biologiczna i filozoficzna

Zajmujący się problematyką śmierci autorzy zauważają wspomniane napięcie między śmiercią organizmu a zgonem osoby i, choć można spotkać opinię, że śmierć powinna być traktowana jako fenomen wyłącznie biologiczny (Bernat, 2002; Marquis, 2018), to jednak przeważa pogląd, wyrażany na przykład przez Johna Lizzę, że w jej definiowaniu należy wyjść poza kategorie czysto biologiczne (Lizza, 2018). Zarówno Lizza, jak i Shewmonowie (Lizza, 2008; Shewmon, Shewmon, 2004) mówią o różnicy między śmiercią organizmu a śmiercią osoby, nawet jeśli odmiennie sytuują ich miejsca na procesualnym *continuum* biologicznym (Lizza, 2008, s. 9). Niemniej nawet jeśli dostrzega się wpływ uwarunkowań pozabiologicznych na pojęcie śmierci organizmu (Lizza, 2018, 14), to jednak pojęcia te traktuje się jako odrębne, proponując „semantyczne bifurkacje” na śmierć organizmu i śmierć osoby lub śmierć biologiczną i śmierć cywilną (Lizza, 2018, s. 6). Uznanie wpływu uwarunkowań społecznych i kulturowych na pojęcia i kategorie biologiczne jest dzisiaj, po pracach chociażby Canguilhema (1994, 2000, 2012), konstatacją banalną, ale sądzę, że w wypadku kryteriów śmierci człowieka problem sięga głębiej. Przede wszystkim należy zauważyć, że mamy tu do czynienia nie tyle z poziomem ogólnych rozważań biologicznych, ile biomedycznych, zaś dyskurs medyczny jako dotyczący człowieka jest szczególnie podatny na wpływy pozabiologiczne. Zdaniem Engelhardta (1966) rzeczywistość medyczna kształtowana jest przez jej cztery języki: deskryptywny, ewaluacyjny, eksplanacyjny i społeczny. Języki te nakładają się na siebie i wzajemnie przenikają, określając przedmiot nauk biomedycznych zarówno na poziomie teoretycznym, jak i praktyki klinicznej. Dlatego też w rozważaniach dotyczących śmierci człowieka niemożliwe wydaje mi się ścisłe odróżnienie płaszczyzny biologicznej i filozoficznej, czyli ontologiczno-aksjologicznej. Sposób definiowania osoby ludzkiej jako „Ja” psychofizycznego czy też jako bytu określonego metafizycznie dostrzegalny jest już na poziomie medycznego orzekania śmierci organizmu. Jeśli osoba ludzka jest pojęta metafizycznie jako ufundowana przez obecność duszy, to relacja duszy i ciała ma także konsekwencje dla sposobu określania biologicznego fenomenu życia. Zdeterminowany przez kartezyjanizm zachodni sposób myślenia o człowieku na ogół utożsamia czynnik psychiczny z umysłem, a ten sytuuje w mózgu, natomiast sprzeciw wobec kryteriów neurologicznych, a tym samym nieuznawanie

śmierci mózgowej przez ortodoksyjne odłamy judaizmu czy buddyzmu, wynika z koncepcji duszy jako czynnika życia wszechprzenikającego ciała człowieka. Przejawem duszy jest oddech, zatem tak długo jak trwa oddychanie, osoba pozostaje żywa. Tak więc fakultatywny charakter kryteriów neurologicznych, przyjęty przez prawo stanów New Jersey i Nowy Jork oraz przez japońską ustawę transplantologiczną, wynika z innej niż to ma miejsce w kartezjańskiej tradycji zachodniej koncepcji relacji duszy i ciała (Zeiler, 2009). Niewątpliwie przyjęcie definicji śmierci mózgowej pozostaje w zgodzie z tradycją kultury zachodniej, identyfikującej istotę człowieka z duszą, a następnie z psychiką i jej materialną podstawą, czyli mózgiem. Mózg tym samym zyskuje szczególne znaczenie i zostaje wyodrębniony z ciała, którego część przecież stanowi (Leder, 1990; Edwards, 1998). Dlatego też można mieć wątpliwości, czy rzeczywiście – jak twierdzi Belkin (2014, s. 163–164) – wyłącznie praktyka kliniczna z pacjentami w stanach głębokich zaburzeń świadomości i dane empiryczne wskazujące na brak szans przeżycia w ich w przypadku, a nie również pewne założenia filozoficzne dotyczące istoty człowieczeństwa, doprowadziły do sformułowania definicji śmierci mózgowej.

Czy ewolucja, jaką przechodzi pojęcie śmierci mózgowej i kryteria, które stanowią *de facto* jej definicję, świadczą o słabości tej koncepcji? Twierdzenie takie wynikałoby z niezrozumienia epistemologii medycyny i natury faktów medycznych, które w większości są „względne i konceptualnie niechlujne” (Belkin, 2014, s. 227) oraz przeważnie mają charakter operacyjny: są zdefiniowane przez skutki (Belkin, 2014, s. 225). Wprowadzenie respiratora umożliwiającego podtrzymywanie oddechu u pacjentów nieodwracalnie niezdolnych do samodzielnego oddychania stworzyło nową rzeczywistość, w której zasadne stało się definiowanie śmierci człowieka jako śmierci mózgu, zwłaszcza że pozostaje ono w zgodzie z pewną tradycją rozumienia osoby ludzkiej. Założenia filozoficzne zawsze kształtowały sposób myślenia o życiu i śmierci człowieka w dyskursie biomedycznym, ale nowa technologia medyczna stworzyła możliwość wyciągnięcia z nich pewnych konsekwencji praktycznych. W tym sensie można powiedzieć, że wiedza medyczna nie tylko opisuje mechanizmy biologiczne, ale i nimi manipuluje. Dotyczy to jednak wielu, jeśli nie wszystkich faktów medycznych, i „fakt” śmierci

mózgowej nie jest w tym sensie niczym wyjątkowym, lecz wykazuje taką samą ewolucję, jak na przykład pojęcie i kryteria nadciśnienia (Belkin, 2014, s. XXVI). Z drugiej strony można dostrzec, że fakty te są także pewnymi konstruktami społeczno-kulturowymi, odzwierciedlającymi różne języki medycyny, a więc panujące przekonania dotyczące normalności, patologii, zdrowia, choroby, akceptowanego wyglądu ludzkiego ciała itd. Oczywiście jest jednak, że żadne pojęcie medyczne nie wzbudza takich kontrowersji, jak pojęcie śmierci mózgowej, ponieważ mamy tu do czynienia ze szczególnie mocnym napięciem między – przynajmniej deklaratywnie – czysto biologicznie zdefiniowanym organizmem, którego dotyczy diagnoza śmierci, a nasyconym aksjologicznie pojęciem osoby, której zgon – ze wszystkimi konsekwencjami społeczno-prawnymi – się stwierdza. Technologia medyczna wyostreza paradoksalny charakter ludzkiej cielesności, polegający na tym, że zarazem jesteśmy naszym ciałem i je mamy. Śmierć mózgowa jest ponadto nieintuicyjna w tym sensie, że uchwytne dla współczesnej medycyny fakt całkowitej niewydolności mózgu jest niezgodny z potocznym wyobrażeniem zwołok.

Z punktu widzenia filozofii śmierć jest nieuchwytnym Graalem, skazującym na fiasko wszelkie próby znalezienia ścisłych wykładników empirycznych, które odpowiadałyby pojęciom należącym do kategorii ontologiczno-egzystencjalnych. Z punktu widzenia biologicznego jest to punkt bez powrotu, w którym nieodwracalnie ustało życie. Niemożliwość precyzyjnego uchwycenia tego punktu wynika nie tylko stąd, że procesy biologiczne mają charakter kontinuuów, ale także z tego, że różne procesy zanikają w różnym czasie i że nadal jest przedmiotem dyskusji, o jakich procesach biologicznych należy tu mówić. Zatem kontrowersje wokół definicji śmierci to nie tylko kwestia założeń ontologicznych, ale także kwestia ustalenia, które procesy biologiczne mają znaczenie dla trwania fenomenu życia, a to z kolei, w wypadku życia ludzkiego, przynajmniej do pewnego stopnia determinowane jest rozwojem nauk biomedycznych i wynikającą z niego praktyką kliniczną.

Publikacja Polskiego Stowarzyszenia Koordynatorów Transplantacyjnych nosi znamienne tytuł *Zrozumieć śmierć człowieka* (Łuków, 2015). Tytuł ten znakomicie streszcza istotę problemu – nie chodzi o śmierć organizmu jako takiego ani też o zbudowanie uniwersalnej definicji śmierci, która mogłaby być stosowana do wszystkich organizmów żywych. Kontrowersyjne zagadnienie śmierci dotyczy możliwości opisu specyficznego fenomenu,

jakim jest śmierć człowieka i uchwycenia go na wszystkich znaczących płaszczyznach: biomedycznej, filozoficznej, społecznej i prawnej. Przenikanie się i wzajemne warunkowanie tych płaszczyzn czyni to zadanie jeszcze trudniejszym, jednak można powiedzieć, że – zgodnie z zachodnią tradycją filozoficzną i współczesną teorią medycyny oraz praktyką kliniczną – całkowita niewydolność mózgu jest osiągnięciem punktu bez powrotu, nawet jeśli zastosowanie aparatury medycznej umożliwi podtrzymanie oddychania i opóźni dezintegrację biologiczną. W warstwie ontologii osoby mamy tu do czynienia ze zmianą o charakterze skokowym, progiem egzystencjalnym oddzielającym „Ja” od „nie-Ja”. Niezależnie od tego, jak to „nie-Ja” będzie rozumiane – czy jako absolutne „nie-Ja”, czyli nicość, czy też jako „nie-Ja” będące „innym-Ja” – zawsze będzie ono niebytem w stosunku do osoby, u której stwierdzono całkowitą niewydolność mózgu.

Bibliografia

- White, B. (2014). *Another Family Tragedy and Our Collective Losses*. Pobrano z: <http://www.amc.edu/BioethicsBlog/post.cfm/another-family-tragedy-and-our-collective-losses>.
- Aviv, R. (2018). What Does It Mean to Die? *The New Yorker*, 2018.02.05. Pobrano z: <https://www.newyorker.com/magazine/2018/02/05/what-does-it-mean-to-die>.
- Becler, R. (2015). Czy śmierć przychodzi, gdy kończy się życie? W: *Zrozumieć śmierć człowieka*, red. P. Łuków (s. 51–80). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych.
- Belkin, G.S. (2014). *Death before Dying*. Oxford–New York: Oxford University Press.
- Bernat, J.L., Culver, C.M., Gert, B. (1981). On the Definition and Criterion of Death. *Annals of Internal Medicine*, 94, 389–394.
- Bernat J.L. (2002). The Biophilosophical Basis of Whole-Brain Death. *Social Philosophy and Policy*, 2 (19), 324–342.
- Canguilhem, G. (1994). *A Vital Rationalist. Selected Writings*. Tłum. A. Goldhammer. New York: Zone Books.
- Canguilhem, G. (2000). *Normalne i patologiczne*. Tłum. P. Pieniążek. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Canguilhem, G. (2012). *Writings on Medicine*. Tłum. S. Geroulanos, T. Meyers. New York: Fordham University Press.

- Clark, W.R. (2000). *Pleć i śmierć*. Tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Warszawa: PIW.
- Edwards, S.D. (1998). The Body as Object vs. the Body as Subject. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 1 (1), 47–56.
- Engelhardt Jr., H.T. (1996). *The Foundations of Bioethics*. New York–Oxford: Oxford University Press.
- Jahi McMath, California Teen at Center of Brain-Death Controversy, Has Died. Pobrano z: <https://edition.cnn.com/2018/06/29/health/jahi-mcmath-brain-dead-teen-death/index.html>.
- Lee, P. (2016). Total Brain Death and the Integration of the Body Required of a Human Being. *Journal of Medicine and Philosophy*, 41, 300–314. DOI:10.1093/jmp/jhw005.
- Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lizza, J.P. (2018). Defining Death: Beyond Biology. *Diametros*, 55, 1–19.
- Łuków, P. (2015). W poszukiwaniu zrozumienia śmierci – etyczne wyzwanie dla lekarzy. W: *Zrozumieć śmierć człowieka*, red. P. Łuków (s. 13–30). Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Koordynatorów Transplantacyjnych.
- Marquis, D. (2018). Death Is a Biological Phenomenon. *Diametros*, 55, 20–26.
- Miller, F.G., Truog, R.D. (2012). *Death, Dying, and Organ Transplantation. Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*. Oxford–New York: Oxford University Press.
- Nair-Collins, M. (2018). A Biological Theory of Death: Characterization, Justification, and Implications. *Diametros*, 55, 27–43.
- Pernick, M.S. (1988). Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History. W: *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, red. R. Zaner (s. 17–74). Dordrecht–Boston–London: Kluwer Academic Publishers.
- President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). *Defining Death*. Pobrano z: https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559345/defining_death.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- President’s Council of Bioethics (2008). *Controversies in the Determination of Death. A White Paper*. Pobrano z: <https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559343/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

- Shewmon, D.A., Shewmon, E.S. (2004). The Semiotics of Death and its Medical Implications. W: *Brain Death and Disorders of Consciousness*, red. C. Machado, D.A. Shewmon (s. 89–114). New York: Springer.
- Singer, P. (1997). *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Warszawa: PIW.
- Truog, R.D. (2018). Defining Death – Making Sense of the Case of Jahi McMath. *JAMA*, 18 (319), 1859–1860.
- Uniform Determination of Death Act (1981). Pobrano z: http://www.lchc.ucsd.edu/cogn_150/Readings/death_act.pdf.
- Veatch, R. (1988). Whole-Brain, Neocortical, and Higher Brain Related Concepts. W: *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, red. R. Zaner (s. 171–186). Dordrecht–Boston–London: Kluwer Academic Publishers.
- Veatch, R. (1993). The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death. *Hastings Center Report*, 4 (23), 18–24.
- Zeiler, K. (2009). Self and Other in Global Bioethics: Critical Hermeneutics and the Example of Different Death Concepts. *Journal of Medicine and Philosophy*, 2 (12), 137–145.

BRAIN DEATH: CONTROVERSIES AND AGREEMENTS

Summary

Human death is challenging from both philosophical and medical points of view, because of an apparent ontological discrepancy between the diagnosis of death of the organism as a whole and the declaration of death of a human person. In my paper I make an attempt to analyze the main controversies as well as agreements concerning ontological and medico-epistemological problems that have created the evolution of the definition of brain death, arguing that: 1. It is impossible to define death; 2. What functions as the definition of death is rather a set of criteria of death than a definition in a proper sense; 3. The debate concerning so-called definition of death refers not to death as such, universally conceptualized, but to a specific problem of death of a human being; 4. Analyzing the problem of human death it is impossible to make a clear distinction between biological and philosophical dimensions.