

Eutanazja i wspomagane samobójstwo w kontekście zaburzeń psychicznych w krajach niderlandzkich: doświadczenie poparte praktyką

Euthanasia and assisted suicide in the context of psychiatric disorders: sharing experiences from the Low Countries

Geert Dom^{1,2}, Heidi Stoop³, An Haekens⁴, Sigrid Sterckx^{5,6}

¹ Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute, Antwerp University, Belgium

² Belgium Professional Association for Medical Specialists in Psychiatry

³ PC Multiversum, Boechout, Belgium

⁴ Zorggroep Alexianen, Tienen, Belgium

⁵ Bioethics Institute Ghent and End-of-Life Care Research Group Ghent University, Belgium

⁶Vrije Universiteit Brussel,

Department of Philosophy & Moral Sciences Ghent University, Belgium

Summary

Euthanasia and physician assisted suicide (E/PAS) in the context of unbearable psychological or emotional suffering related to psychiatric disorders (psychiatric E/PAS) is a highly debated topic. In Belgium and The Netherlands, the law allows for psychiatric E/PAS since 2002. The aim of this article is to give an overview of the Belgian and Dutch experiences and the questions raised during the last decade of real-life experiences with psychiatric E/PAS. We use the available national data on psychiatric E/PAS to present a quantitative overview of the current situation. In addition, we identified different challenges; i.e. ethical, medical-psychiatric and legal, that increasingly impact and change the attitudes within the medical and psychiatric professional community towards psychiatric E/PAS.

Słowa klucze: eutanazja, samobójstwo wspomagane przez lekarza, zaburzenia psychiczne, zaburzenia nastroju, etyka

Key words: euthanasia, physician assisted suicide, psychiatric disorder, mood disorder, ethics

1. Wprowadzenie

Eutanazja (procedura, w której toku lekarz na życzenie pacjenta celowo skraca jego życie za pomocą odpowiednich środków medycznych) i wspomagane przez lekarza samobójstwo (procedura, kiedy lekarz przepisuje pacjentowi na jego własną prośbę śmiertelną dawkę leków, które ten następnie samodzielnie przyjmuje; dalej zwane E/WLS) to zagadnienia, które w kontekście nieznośnego cierpienia psychicznego i emocjonalnego doświadczanego przez pacjentów nadal wzbudzają liczne kontrowersje, a co za tym idzie, także burzliwe debaty społeczne. Jest to o tyle zrozumiałe, że problematyka ta dotyka samej istoty etyki – tak humanistycznej, jak i medycznej. Luksemburg, Belgia i Holandia należą do nielicznej grupy krajów, w których E/WLS stanowią prawnie dopuszczalne procedury medyczne [1]. Pomimo jednak obowiązujących od niemal dwóch dekad ram prawnych, które regulują ich stosowanie, wciąż pozostaje wiele niewyjaśnionych kwestii dotyczących ich implementacji.

Spółeczna debata wokół eutanazji wzbudza wiele emocji, nie tylko wśród przedstawicieli środowisk medycznych, ale też w mediach i wśród szerokiej publiczności. Przykładem tego niechaj będzie niedawna przełomowa rozprawa sądowa w Belgii, w której toku na podstawie zarzutu „zabójstwa przez zatrucie” w stan oskarżenia postawiono trzech lekarzy zaangażowanych w proces eutanazji psychicznie chorej pacjentki. Dnia 31 stycznia 2020 roku, po niemal 10 latach obrad, w postępowaniu sądowym wytoczonym przez jej rodzinę lekarze ci zostali ostatecznie uniewinnieni. Sprawa ta była szeroko komentowana przez media, które informowały, że zgodę na przeprowadzenie eutanazji pacjentka (z szeregiem różnych rozpoznań, w tym osobowości z pogranicza, a na siedem tygodni przed eutanazją postawiono także diagnozę zaburzeń ze spektrum autyzmu) otrzymała po długich staraniach, mając za sobą różne metody leczenia psychiatrycznego.

Celem niniejszego artykułu jest przegląd doświadczeń belgijskich i holenderskich oraz przedstawienie wątpliwości, jakie się pojawiły w ciągu ostatniej dekady w następstwie stosowania rzeczywistych procedur eutanazji i wspomaganego samobójstwa u pacjentów psychiatrycznych. Temat ten został otwarty podczas debaty przedstawicieli Rady Narodowych Stowarzyszeń Psychiatrycznych na posiedzeniu Europejskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (EPA) w dniu 25 stycznia 2020 roku w Brukseli. Zestawienie aktualnych dostępnych danych dotyczących eutanazji i samobójstwa wspomaganego przez lekarza w ramach wszystkich diagnoz medycznych w Belgii, Luksemburgu i Holandii można znaleźć w najnowszym przeglądzie z tego zakresu [2].

2. Obowiązujące uregulowania prawne

W Europie istnieją duże różnice, jeśli chodzi o przepisy prawne regulujące zasady praktykowania eutanazji oraz pomocnictwa w samobójstwie. Eutanazja jest procedurą zalegalizowaną jedynie w krajach Beneluksu [3]. Przepisy prawne dotyczące pomocy medycznej przy umieraniu są wdrażane także w Szwajcarii.

Zarówno belgijska *Ustawa o eutanazji*, jak i holenderska *Ustawa o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie w samobójstwie* zaczęły obowiązywać w 2002 roku.

W obu krajach cielesne i psychiczne cierpienia, określane jako trwałe i nie do zniesienia, od samego początku stosowania eutanazji stanowiły kryteria, których holenderski czy belgijski lekarz kończący życie drugiej osoby lub pomagający jej w samobójstwie obowiązany był rygorystycznie przestrzegać.

Prawo belgijskie stosuje rozróżnienie między śmiercią przewidywalną (oczekiwaną w stosunkowo krótkim czasie) a śmiercią nieprzewidywalną, gdy nie sposób określić, kiedy dokładnie nastąpi. W wypadku śmierci nieprzewidywalnej konieczne jest spełnienie dodatkowych kryteriów należytej staranności, w tym konsultacji lekarza prowadzącego (tj. tego, który ocenia wnioski o eutanazję) z drugim, niezależnym specjalistą (specjalizującym się w terapii konkretnego zaburzenia lub specjalistą psychiatrą), co stanowi uzupełnienie podstawowej, wymaganej przez prawo belgijskie rutynowo konsultacji z jednym niezależnym lekarzem.

W Niemczech decyzją Trybunału Federalnego (najwyższej w tym kraju instancji sądowej) wydano niedawno (dnia 26 lutego 2020 r.) wyrok, którego skutkiem była legalizacja procedury aktywnej pomocy lekarza w zakończeniu życia pacjenta (pomocnictwa w samobójstwie). Co istotne, werdykt podkreśla prawo do decydowania o momencie własnej śmierci nie tylko w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Biorąc pod uwagę kontekst historyczny oraz podyktowaną nim niechęć społeczeństwa niemieckiego do eutanazji i wspomaganego samobójstwa, szczególnie u pacjentów psychiatrycznych, wyrok ten stanowi swego rodzaju przełomową zmianę nastawienia opinii publicznej do kwestii ingerencji w proces umierania.

Również w Kanadzie, gdzie procedury wspomaganego samobójstwa/eutanazji zostały zalegalizowane u pacjentów w stanach terminalnych [4], w poniedziałek 24 lutego 2020 roku wprowadzono projekt ustawy, który miał na celu jeszcze większą liberalizację krajowych przepisów kodeksu karnego dotyczących „medycznej pomocy w umieraniu”, proponując rozszerzenie kręgu uprawnionych do wnioskowania o E/WLS o pacjentów cierpiących (także psychicznie), których śmierci nie da się „racjonalnie przewidzieć”.

Podsumowując, wydaje się, że coraz więcej krajów prowadzi debaty nad legalizacją E/WLS również w odniesieniu do osób, które nie pozostają w stanach terminalnych.

3. Rozpowszechnienie E/WLS

3.1. E/WLS ogółem

Według najnowszych publikacji, obejmujących badania kwestionariuszowe lekarzy oraz dane z aktów zgonów, 2,9% przypadków zgonów w Holandii (2010 r.) i 4,6% w Belgii (2013 r.) dokumentowanych jest jako śmierć w wyniku E/WLS. Ponadto w ostatnich latach w obu tych krajach liczba zgonów wskutek eutanazji/wspomaganego samobójstwa stale rośnie [5–7]. W badaniu belgijskim, w którym głębszej analizie poddano anonimowo zbierane dane dotyczące dokumentowania eutanazji, wykazano, że tylko około 60% przypadków zostaje zgłoszonych Federalnej Komisji Kontroli i Oceny Eutanazji, co sugeruje, że ich oficjalna liczba pozostaje znacznie zaniżona [8].

Ogólnie rzecz ujmując, dane sugerują, że w wyniku legalizacji procedury E/WLS [3] można się spodziewać wzrostu rzeczywistej liczby przypadków zakończenia życia w wyniku eutanazji czy wspomaganego samobójstwa [4].

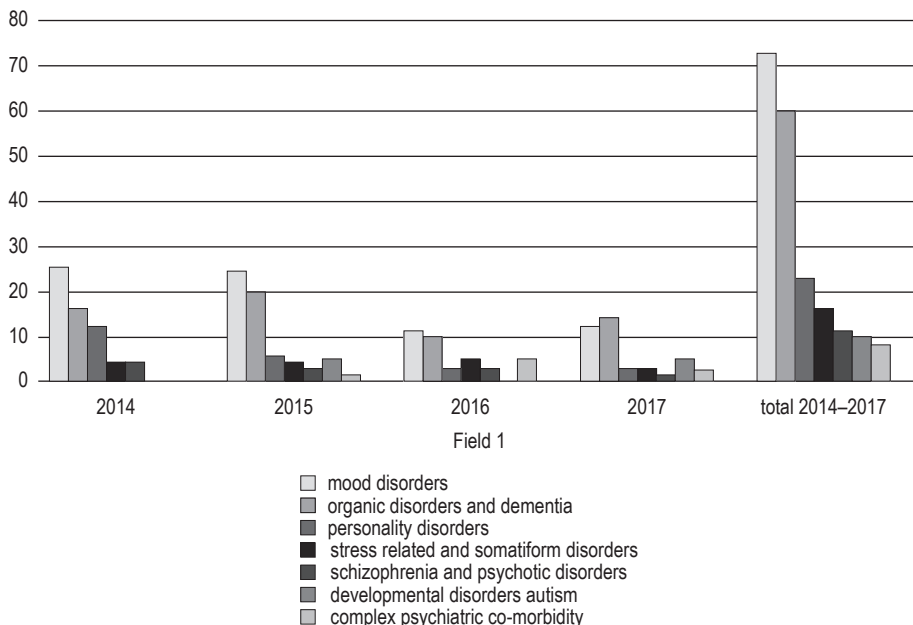
3.2. E/WLS wśród osób chorych psychicznie

W Holandii E/WLS podlegają regulacji prawnej już od 2002 roku. Jednakże w pierwszej dekadzie obowiązywania *Ustawy o zakończeniu życia na żądanie i pomocnictwie w samobójstwie* wśród pacjentów psychiatrycznych odnotowywano średnio jedynie około dwóch przypadków E/WLS rocznie. Od 2012 roku ich liczba stale rosła – z dwóch przypadków w 2011 do 83 w 2017 roku [9, 10]. Niemniej wciąż stanowi to bardzo niewielki odsetek wszystkich zgłaszanych przypadków – 1% ogólnej liczby E/WLS ($n = 6585$) w 2017 roku [9]. W przeprowadzonym niedawno wśród holenderskich psychiatrów badaniu oszacowano, że w ciągu jednego roku (2015–2016) od 1100 do 1150 pacjentów psychiatrycznych jednoznacznie poprosiło o poddanie się procedurze E/WLS, przy czym tylko od 60 do 70 z nich ostatecznie uzyskało zgodę na odebranie sobie życia z pomocą lekarza lub jego zakończenie w drodze eutanazji [11]. Zaledwie kilku uczestniczących w tym badaniu psychiatrów ($n = 9$) zgłosiło przypadki, w których przychylni się do wniosku swoich pacjentów o zastosowanie procedury E/WLS, natomiast większość z nich ($n = 66$) opisała sytuacje, gdy odmówiła pacjentom prawa do eutanazji.

W najnowszym raporcie dotyczącym udokumentowanych przypadków eutanazji w Belgii wykazano, że w 2019 roku procedurę tę zastosowano łącznie wobec 2655 osób (47,2% mężczyzn; 77,3% pochodzących z Flandrii, tj. holenderskojęzycznego regionu Belgii), w tym 49 ze wskazań związanych z obecnością „zaburzeń psychicznych i zachowania” (co stanowi 1,8% wszystkich zgłoszonych przypadków eutanazji; 6. miejsce pod względem częstości występowania). W ciągu ostatnich pięciu lat zarówno odsetek zgłaszanych dla tego wskazania zabiegów E/WLS, jak i ich proporcja w stosunku do wszystkich raportowanych przypadków przeprowadzanych eutanazji pozostają względnie stabilne (2014 r.: $n = 61$; 2015 r.: $n = 63$; 2016 r.: $n = 37$; 2017 r.: $n = 40$; 2018 r.: $n = 57$; 2019 r.: $n = 49$). W latach 2014–2017 głównym powodem wniosków o eutanazję ze wskazań psychiatrycznych (jak i przeprowadzonych zabiegów) były zaburzenia nastroju (rys. 1).

4. Eutanazja i wspomagane samobójstwo ze wskazań psychiatrycznych – charakterystyka pacjentów

Pomimo ich wielkiej wagi i ostateczności bardzo niewiele wiadomo na temat E/WLS w praktyce psychiatrycznej. Większość dostępnych dowodów i informacji na ten temat pochodzi ze sprawozdań holenderskich i belgijskich Komitetów Weryfikacyjnych ds. Eutanazji (Euthanasia Review Committees). Przeprowadzona niedawno analiza zgłoszonych (i udokumentowanych) przypadków eutanazji u pacjentów psychiatrycznych ($n = 35$) w latach 2015–2017 w Holandii wykazała, że 77% poddanych tej procedurze osób stanowiły kobiety, a 74% było w wieku powyżej 50 lat. Najczęst-



Ryc. 1. Liczba przypadków wg rodzaju zaburzeń rocznie w Belgii (źródło: 8 sprawozdanie dla Izby Legislacyjnej z lat 2016–2017, Federalna Komisja Kontroli i Oceny Eutanazji)

W kolejności od lewej: zaburzenia nastroju, zaburzenia na podłożu organicznym i otępienia, zaburzenia osobowości, zaburzenia związane ze stresem i pod postacią somatyczną, schizofrenia i zaburzenia psychotyczne, zaburzenia rozwojowe i autyzm, złożone współwystępujące zaburzenia psychiatryczne, łącznie ww. zaburzenia w latach 2014-2017

szymi rozpoznaniem w tej grupie były zaburzenia nastroju (66%), osobowości (54%), lękowe (29%) i zaburzenia odżywiania (20%). Większość (71%) pacjentów cierpiała z powodu więcej niż jednego zaburzenia, a 34% z nich miało za sobą wcześniejsze próby samobójcze. Brakuje jednak danych co do poziomu ciężkości zaburzeń [10]. Doniesienia te są zgodne z wynikami przeprowadzonego w latach 2011–2014 badania holenderskiego, w którym wykazano, że pacjentami poddanymi E/WLS były w większości kobiety, w różnym wieku (głównie powyżej 60 lat), cierpiące z powodu różnych zaburzeń psychicznych o przewlekłym charakterze, najczęściej zaburzeń depresyjnych (55%), którym towarzyszyły zaburzenia osobowości (52%), poważne współistniejące zaburzenia somatyczne oraz skargi na doświadczanie izolacji społecznej lub samotności. U nieco ponad połowy z nich (52%) występowały wcześniejsze próby samobójcze [12]. Warto w tym miejscu podkreślić niezwykle wysoką częstość występowania zaburzeń osobowości. W niedawnej analizie przeprowadzonej w Holandii odnotowano, że wśród osób, u których stwierdzono zaburzenia osobowości, 97% miało co najmniej jeden, a 70% miało dwa lub więcej współistniejących zaburzeń psychicznych [13].

Analiza oficjalnie zgłoszonych przypadków eutanazji w Belgii w latach 2002–2013 ($n = 179$) u pacjentów, u których chorobą podstawową były zaburzenia psychiczne

lub otępienne, ujawniła, że zaburzenia nastroju ($n = 83$) i demencja ($n = 62$) stanowiły dwa najczęściej stawiane rozpoznania.

Co istotne, dostępne dane sugerują wyraźny wzrost liczby przeprowadzanych eutanazji w ciągu lat. I tak odsetek przypadków skrócenia życia pacjentów z przyczyn psychiatrycznych w stosunku do ogólnej ich liczby wzrósł z 0,5% w latach 2002–2007 do 3% w latach 2008–2013. Biorąc pod uwagę ogólny wzrost liczby osób poddanych eutanazji, odzwierciedla to również znaczny przyrost bezwzględnej liczby przypadków pacjentów chorujących psychicznie, którzy skorzystali z różnych form eutanatycznej pomocy w zakończeniu życia, w szczególności cierpiących z powodu zaburzeń nastroju (4 przypadki w roku 2008 wobec 30 przypadków w roku 2013) [14].

W retrospektywnym badaniu belgijskim przeanalizowano 100 przypadków wniosków o eutanazję z powodu trwałego cierpienia psychicznego, które zostały poddane ewaluacji przeprowadzonej przez jednego lekarza psychiatrę. Okazało się, że większość wnioskodawców stanowiły kobiety (77%), których średni wiek wynosił 47 lat, cierpiące najczęściej z powodu depresji ($n = 58$) i zaburzeń osobowości ($n = 50$), przy czym u większości badanych stwierdzono więcej niż jedno zaburzenie psychiczne. Ostatecznie zatwierdzono 48 wniosków o eutanazję i przeprowadzono 35 takich zabiegów [15].

W półrocznym raporcie dotyczącym zarejestrowanych przypadków eutanazji w latach 2016 i 2017, przedłożonym parlamentowi belgijskiemu przez Federalną Komisję Kontroli i Oceny Eutanazji, wykazano, że depresja stanowiła pierwsze, a zaburzenia osobowości drugie w kolejności najczęstsze rozpoznanie psychiatryczne (ryc. 1) u pacjentów, u których przeprowadzono w tym okresie zabiegi E/WLS. W tej grupie 63% pacjentów było w wieku powyżej 50 lat; u pacjentów poniżej 40. roku życia najczęstszą diagnozą były zaburzenia osobowości i zachowania, a w wywiadzie często pojawiał się także ciężki uraz psychiczny. Interpretacja tych danych pozostaje jednak trudna, gdyż systemy rejestracyjne dotyczące diagnozy psychiatrycznej (tj. występowania różnych chorób współistniejących) i historii leczenia nie są wystarczająco szczegółowe.

Podsumowując, pacjenci, którzy uzyskują zgodę na zabieg E/WLS z powodu doświadczanego cierpienia psychicznego, wydają się mieć pewne wspólne cechy. Większość z nich to kobiety, są to osoby cierpiące z powodu ciężkiej choroby psychicznej, najczęściej depresji, zwykle są też u nich rozpoznawane zaburzenia osobowości (szczególnie u młodszych pacjentów), a mniej więcej połowa z nich w przeszłości próbowała (kilkakrotnie) popełnić samobójstwo. Ponadto pacjentom tym doskwierają problem izolacji społecznej oraz samotność [16]. Zazwyczaj byli oni poddawani wieloletniej terapii, leczeni w różnych warunkach, z zastosowaniem zróżnicowanych metod i interwencji, przy czym znaczna część (56%) pacjentów odmówiła niektórych form terapii [12].

5. Wyzwania wobec praktyki eutanazji i wspomaganego samobójstwa ze wskazań psychiatrycznych

W przeciwieństwie do procedury eutanazji i wspomaganego samobójstwa u pacjentów z zaburzeniami somatycznymi i przewidywalną śmiercią ocena wskazań psychia-

trycznych do ich przeprowadzenia budzi wiele kontrowersji związanych z kryteriami należytej opieki określonymi w treści dostępnych aktów prawnych [17]. Po pierwsze, stan psychiczny pacjenta może mieć wpływ na jego szeroko pojmowane kompetencje umysłowe. Stąd można by przypuszczać, że życzenie śmierci należy uważać za objaw ciężkiej depresji. Ponadto nadal brakuje konsensusu co do oceny zdolności pacjenta do wyrażania świadomej zgody. W prawie belgijskim próżno jednak szukać odpowiednich wskaźników oceny władz umysłowych osób ubiegających się o możliwość poddania się procedurze E/WLS.

Po drugie, kolejny problem dotyczy koncepcji nieuleczalności choroby. Biorąc pod uwagę bardzo zmienny przebieg zaburzeń psychicznych, determinowany często przez różne, niekoniecznie ściśle związane z chorobą podstawową czynniki (np. negatywne zdarzenia życiowe, problemy finansowe i społeczne), wyrokowanie o ich nieuleczalnym charakterze jest bardzo trudne [18]. Co więcej, również z naukowego punktu widzenia przyznać należy, że diagnozy psychiatryczne są w dalszym ciągu niewystarczająco trafne, jeśli chodzi o przewidywanie przebiegu choroby i rokowania u konkretnego pacjenta. Jest to ściśle związane z obserwowanymi w praktyce klinicznej często nieoczekiwanymi przypadkami remisji lub odpowiedzi na leczenie [19]. Po trzecie, nieznośny charakter cierpienia psychicznego pozostaje wysoce subiektywny i znacznie trudniej jest go obiektywnie ocenić w porównaniu na przykład z nieznośnym cierpieniem obecnym w zaburzeniach somatycznych. Po czwarte, nierozwiązane pozostają także kwestie dotyczące braku perspektywy na poprawę sytuacji medycznej pacjenta. I rzeczywiście, uwzględniając szeroki wachlarz dostępnych obecnie form terapii, jak również wysoce zindywidualizowaną odpowiedź na leczenie typową dla kontekstu psychiatrycznego (którą może determinować np. znaczenie osobistej więzi z lekarzem/terapeutą [20]), bardzo trudno jest stwierdzić, że wszystkie opcje leczenia zostały wyczerpane. Ponadto treść obowiązujących przepisów prawa dopuszcza każdego lekarza psychiatrę do dokonywania oceny złożonych stanów psychiatrycznych, niezależnie od tego, czy jest on ekspertem w danej dziedzinie i posiada aktualną wiedzę w zakresie najnowszych opcji leczenia różnych zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń nastroju, zaburzeń osobowości, zaburzeń odżywiania czy zaburzeń ze spektrum autyzmu). Co więcej, doświadczenia specjalistów belgijskich sugerują, że pacjenci mogą poszukiwać możliwości konsultacji z wieloma lekarzami dopóty, dopóki nie uzyskają wystarczającej liczby satysfakcjonujących ich, „pozytywnych” opinii psychiatrycznych.

Wreszcie większość pacjentów ubiegających się o zgodę na poddanie się procedurze E/WLS odmawia korzystania z niektórych spośród dostępnych opcji leczenia (np. elektrowstrząsowej terapii depresji). Kluczową kwestią jest zatem to, czy kryterium nieuleczalności dotyczy samego istnienia potencjalnie skutecznych metod leczenia, czy też istnienia skutecznych metod leczenia, które zostaną zaakceptowane przez pacjenta. Jeżeli bowiem przyjmiemy, że perspektywa pacjenta stanowi jedyny punkt odniesienia w procesie ewaluacji dopuszczalnych form leczenia, medyczne kryteria oceny metod uśmierzenia jego cierpienia i beznadziejności jego stanu, wyraźnie wymienione w belgijskiej ustawie o eutanazji, mogą niepostrzeżenie zostać zastąpione przez subiektywne kryteria tego, co pacjent sam definiuje jako cierpienie nie do zniesienia.

Pacjentów można wówczas uznać za doświadczających cierpienia, którego nie sposób złagodzić, ich stan zaś za nieuleczalny, pomimo że istnieją metody leczenia, które mogłyby zapewnić im istotną poprawę, a które odrzucają oni jedynie z tego powodu, że uważają je za nie do zniesienia. Wydaje się jednak słuszne, aby opierać się tak subiektywnej interpretacji kwestii nieuleczalności. Lekarze angażują się bowiem w proces eutanazji jako eksperci nie tylko medyczni, ale też moralni, gdyż eutanazja i samobójstwo wspomagane przez lekarza wyzwalają konflikt między ich zadaniem polegającym na ratowaniu życia a zadaniem jego celowego skrócenia [21, 22]. Ich rola nie powinna się zatem ograniczać do czystego zaspokojenia żądań pacjentów. Nie oznacza to oczywiście, że powinni oni ingerować w prawo do odmowy leczenia, które jest podstawowym prawem moralnym każdego pacjenta. Pacjenci w każdej chwili mogą odmówić terapii, bez konieczności uzasadnienia swojej decyzji. Rezygnacja z dalszego leczenia nigdy nie powinna jednak automatycznie stanowić podstawy dopuszczalności eutanazji.

6. Odpowiedź środowiska medycznego

6.1. Postawy wobec eutanazji

Postawy społeczne wobec E/WLS w poszczególnych krajach są bardzo zróżnicowane. Co ciekawe, szerokie poparcie dla E/WLS obserwowane w krajach Europy Zachodniej stopniowo maleje, gdy przesuujemy się na wschód mapy, w kierunku krajów Europy Środkowej i Wschodniej [4]. Prowadzone na całym świecie badania postaw lekarzy wobec eutanazji i pomocnictwa w samobójstwie pokazują, że w ich gronie liczba zwolenników tych form zakończenia życia jest istotnie niższa niż w populacji ogólnej [4]. Różnice te wydają się jeszcze wyraźniejsze w odniesieniu do populacji pacjentów psychiatrycznych. Wyniki przeprowadzonego niedawno wśród holenderskiej opinii publicznej i lekarzy badania wykazały, że aż 53% populacji ogólnej popiera stanowisko, w myśl którego osoby z zaburzeniami psychicznymi powinny kwalifikować się do E/WLS. Wśród lekarzy natomiast odsetek zwolenników takiego podejścia wahał się od 20% wśród lekarzy specjalistów do 47% wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i 39% wśród lekarzy psychiatrów [23]. Doniesienia te są zgodne z wynikami wcześniejszych badań sugerujących, że zaledwie 34% lekarzy wyraża poparcie dla E/WLS ze wskazań psychiatrycznych [24].

Procedura eutanazji w obszarze praktyki psychiatrycznej pozostaje kontrowersyjna zarówno w Belgii, jak i w Holandii, a kwestia jej dopuszczalności i warunków, których spełnienie powinno być wymagane, jest w dalszym ciągu dyskutowana. Wraz ze wzrostem liczby pacjentów psychiatrycznych ubiegających się o pozwolenie na E/WLS holenderscy psychiatry coraz bardziej niechętnie rozważają ich stosowanie [25]. W przeprowadzonym niedawno badaniu jakościowym wykazano, że niezależnie od ich osobistego stanowiska w debacie na ten temat większość holenderskich psychiatrów skrupulatnie rozważa argumenty za i przeciw E/WLS, biorąc pod uwagę kwestie moralne (sprawiedliwości i równości, odpowiedzialności zawodowej, współczucia), epistemologiczne (czy można uzyskać absolutną pewność, że brak jakichkolwiek

szans na poprawę), praktyczne i kontekstualne (przepisy dotyczące ochrony zdrowia psychicznego).

Zróźnicowanie poglądów dotyczących eutanazji w psychiatrii wydaje się związane z różnicą poglądów na temat samej natury chorób psychicznych [25]. Co więcej, w Belgii obserwuje się tendencję do zmiany postaw w zawodowych organizacjach zrzeszających lekarzy psychiatrów. Pierwszym zaskakującym odkryciem jest niemalże brak zarejestrowanych przypadków E/WLS ze wskazań psychiatrycznych oraz publiczna debata na ten temat we francuskojęzycznej części kraju. W holenderskojęzycznej części Belgii natomiast wraz ze wzrostem liczby udokumentowanych w ciągu ostatnich lat przypadków raczej rośnie także liczba specjalistów, którzy zaczynają bacznie przyglądać się fundamentalnym kwestiom dotyczącym eutanazji. W związku z tym powstała nowa inicjatywa zrzeszająca pod wspólnym szyldem „Review Belgian Euthanasia Law for Psychic Suffering” (REBEL; www.rebelpsy.be) psychiatrów i psychologów, którzy krytycznym okiem obserwują wykonywanie procedur E/WLS.

6.2. Regulacje zawodowe i praktyka

W odpowiedzi na legalizację E/WLS w 2002 roku tak w Belgii, jak i w Holandii izby zawodowe lekarzy (i farmaceutów) (np. Belgijska Rada Lekarska w 2005 r.) opracowały wytyczne dotyczące kryteriów oraz bezpieczeństwa stosowania w związku z nimi procedur medycznych. W ostatnich latach w obu krajach sformułowano także specjalne wytyczne dotyczące E/WLS ze wskazań psychiatrycznych – dostrzeżono zatem potrzebę opracowania szczegółowych zaleceń wykraczających poza to, co dyktowane jest jedynie literą prawa, starając się uwzględnić szczególne wyzwania (por. wyżej), z którymi należy się zmierzyć w przypadkach eutanazji czy pomocnictwa w samobójstwie u osób chorujących psychicznie. Wytyczne zostały opracowane na kilku poziomach: przez krajowe rady lekarskie, stowarzyszenia psychiatryczne, a także organizacje szpitalne. Wiele z nich zawiera elementy wytycznych wydanych przez Holenderskie Towarzystwo Psychiatryczne (2009 i 2018). Przegląd i krytyczną analizę różnych zaleceń zawiera publikacja Verhofstadt i wsp. [17], którzy podsumowują, że pomimo pewnych drobnych różnic analizowane wytyczne w większości obejmują szereg podobnych zasad i procedur. Dotyczą one m.in. charakteru oceny (interdyscyplinarnej, powtarzalnej w czasie, wymagającej dłuższej refleksji), zaangażowania w nią innych osób (rodziny, opiekunów, niezależnych specjalistów), istnienia i funkcjonowania procedur kontrolnych i organów nadzorczych oraz leczenia (wytyczne specyficzne dla konkretnego zaburzenia vs. podejście zorientowane na powrót do zdrowia).

Ogólnie rzecz ujmując, wydaje się, że jesteśmy coraz bliżej osiągnięcia konsensusu w sprawie wdrożenia dwutorowego podejścia do weryfikacji wniosków pacjentów psychiatrycznych ubiegających się o skrócenie życia w drodze E/WLS. Podejście takie zakłada z jednej strony kontynuację leczenia pacjenta (często bardziej ukierunkowanego na powrót do zdrowia), koncentrując się więc na tzw. alei życia, z drugiej zaś, równoległe do działań zmierzających do poprawy jego stanu, ewaluacji podlega sformułowana przez niego prośba o eutanazję (tzw. aleja śmierci) [26, 27]. Co istotne, zebrane

doświadczenie pokazuje, że samo bycie wysłuchanym i potraktowanym z należytą uwagą często łagodzi cierpienie i pogłębia relacje pacjentów z opiekunami [28].

7. Podsumowanie i przyszłe kierunki działania

Chociaż kraje Beneluksu pozostają obecnie niejako samotną wyspą w kwestii praktykowania eutanazji i pomocnictwa w samobójstwie u osób z zaburzeniami psychicznymi, to postawy społeczne wobec procedur skracania życia cierpiących pacjentów stopniowo ulegają zmianie także w innych krajach (np. w Kanadzie i Niemczech). Rzeczywiście w jurysdykcjach, w których zalegalizowano E/WLS u pacjentów psychiatrycznych, pacjenci ci są coraz bardziej świadomi swojego prawa do ubiegania się o eutanazję lub pomoc medyczną w samobójstwie. Ponadto w związku z tym, że zaburzenia psychiczne są jednymi z najbardziej upośledzających, w wielu zakątkach Europy może wzrosnąć zainteresowanie E/WLS w tej grupie chorych [26]. Tam, gdzie od dawna obowiązują przepisy prawne regulujące procedury eutanazji czy pomocy w samobójstwie ze wskazań psychiatrycznych, już dziś obserwuje się wzrost zarówno liczby wniosków, jak i wykonywanych zabiegów E/WLS.

Belgijskie i holenderskie doświadczenia zebrane w ciągu ostatniej dekady ilustrują ogromną złożoność omawianego problemu na poziomie naukowym, etycznym, jak również praktycznym. Tendencja do coraz bardziej powszechnego stosowania eutanazji w Holandii doprowadziła do przekonania, że granice prawa holenderskiego są rozszerzane, a nawet w niektórych przypadkach rozciągane [29-32]. W Belgii i Holandii coraz głośniejsze są zatem głosy za ostryżeniem restrykcji dotyczących oceny wniosków o E/WLS u pacjentów psychiatrycznych oraz przepisów prawnych regulujących ich egzekucję [28]. Doświadczenia zgromadzone w ciągu ostatnich dwóch dekad umożliwiły wprowadzenie ulepszeń i udoskonalenie praktyk stosowanych w tej jakże delikatnej materii. Także opracowane w ostatnim dziesięcioleciu belgijskie i holenderskie wytyczne mogą mieć praktyczne znaczenie dla innych krajów, stanowiąc bazę do tworzenia odrębnych systemów zaleceń i wizji praktykowania E/WLS, dostosowanych do obowiązujących w nich (i potencjalnie zmieniających się) kontekstów prawnych i społecznych. Jako psychiatrzy uważamy, że istnieje wyraźna potrzeba otwarcia debaty dotyczącej stosowania eutanazji i pomocnictwa w samobójstwie oraz podjęcia wspólnych wysiłków w celu opracowania wytycznych ogólnoeuropejskich, które uchwycą istotę najlepszych stosowanych praktyk, pozostawiając jednocześnie miejsce na poszanowanie uwarunkowań i kontekstów obowiązujących w poszczególnych krajach wspólnoty.

Piśmiennictwo

1. Dyer O, White C, Garcia Rada A. *Assisted dying: law and practice around the world*. BMJ 2015;351:h4481.
2. Dierickx S, Onwuteaka-Philipsen B, Penders Y, Cohen J, van der Heide A, Puhana MA i wsp. *Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison*. Int. J. Public Health 2020; 65(1): 65-73.

3. Nijs H. *A Discussion of the Legal Rules on Euthanasia in Belgium Briefly Compared with the Rules in Luxembourg and the Netherlands*. W: Jones DA, Gastmans C, MacKellar C, editor. *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* Cambridge, UK: Cambridge University Press.; 2017. p. 7-25.
4. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. *Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe*. *JAMA* 2016; 316(1): 79-90.
5. Chambaere K, Vander Stichele R, Mortier F, Cohen J, Deliens L. *Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium*. *N. Engl. J Med.* 2015; 372(12): 1179-1181.
6. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. *Comparison of the expression and granting of requests for euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013*. *JAMA Intern Med.* 2015; 175(10): 1703-1706.
7. Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, de Jong-Krul GJ, van Delden JJ, van der Heide A. *Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey*. *Lancet* 2012; 380(9845): 908-915.
8. Dierickx S, Cohen J, Vander Stichele R, Deliens L, Chambaere K. *Drugs used for euthanasia: a repeated population-based mortality follow-back study in Flanders, Belgium, 1998-2013*. *J. Pain Symptom Manage* 2018; 56(4): 551-559.
9. Evenblij K, Pasman HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. *Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists*. *BMC Psychiatry* 2019; 19(1): 74.
10. van Veen SMP, Weerheim FW, Mostert M, van Delden JJM. *[Euthanasia of Dutch psychiatric patients in 2015-2017]*. *Tijdschr. Psychiatr.* 2019; 61(4): 241-247.
11. Evenblij K, Pasman HRW, van Delden JJM, van der Heide A, van de Vathorst S, Willems DL, et al. *Physicians' experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure*. *BMC Family Practice* 2019; 20(1): 177.
12. Kim SY, De Vries RG, Peteet JR. *Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014*. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(4): 362-368.
13. Nicolini ME, Peteet JR, Donovan GK, Kim SYH. *Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: the challenge of personality disorders*. *Psychol. Med.* 2020; 50(4): 575-582.
14. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1): 203.
15. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. *BMJ Open.* 2015; 5(7): e007454.
16. Kim SYH, Conwell Y, Caine ED. *Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders: how much overlap?* *JAMA Psychiatry* 2018; 75(11): 1099-1100.
17. Verhofstadt M, Van Assche K, Sterckx S, Audenaert K, Chambaere K. *Psychiatric patients requesting euthanasia: Guidelines for sound clinical and ethical decision making*. *Int. J. Law Psychiatry* 2019; 64: 150-161.
18. Kelly BD, McLoughlin DM. *Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box*. *Br. J. Psychiatry* 2002; 181: 278-279.
19. van Veen SMP, Scheurleer WFJ, Ruijsch ML, Roder CH, Widdershoven GAM, Batalla A. *Last-minute recovery of a psychiatric patient requesting physician-assisted death*. *Psychiat. Serv.* 2020: appips 201900489.

20. van Veen M, Peters A, Mulder N, van Meijel B, Koekkoek B. *A qualitative study of the working alliance between patient and community mental health nurse during interpersonal community psychiatric treatment*. Issues Ment. Health Nurs. 2020; 41(3): 211-220.
21. Boudreau JD, Somerville MA. *Euthanasia is not medical treatment*. Br. Med. Bull. 2013; 106: 45-66.
22. Komrad MS, Pies RW, Hanson AL, Geppert CMA. *Assessing competency for physician-assisted suicide is unethical*. J. Clin. Psychiatry 2018; 79(6): 181r12566.
23. Evenblij K, Pasman HRW, van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. *Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional survey study*. BMC Med Ethics 2019; 20(1): 62.
24. Bolt EE, Snijdwind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. *Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?* J. Med. Ethics 2015; 41(8): 592-598.
25. Pronk R, Evenblij K, Willems DL, van de Vathorst S. *Considerations by Dutch psychiatrists regarding euthanasia and physician-assisted suicide in psychiatry: a qualitative study*. J. Clin. Psychiatry 2019; 80(6): 19m12736.
26. Olie E, Courtet P. *The controversial issue of euthanasia in patients with psychiatric illness*. JAMA 2016; 316(6): 656-657.
27. Verhofstadt M, Audenaert K, Van Assche K, Sterckx S, Chambaere K. *Ghent University Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering*. BMC Med. Ethics 2019; 20(1): 59.
28. Vandenberghe J. *Physician-assisted suicide and psychiatric illness*. N. Engl. J. Med. 2018; 378(10): 885-887.
29. Florijn BW. *Extending 'euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death*. Health Policy 2018; 122(3): 315-319.
30. Quill T. *Dutch practice of euthanasia and assisted suicide: a glimpse at the edges of the practice*. J. Med. Ethics 2018; 44(5): 297-298.
31. Snijdwind MC, van Tol DG, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL. *Developments in the practice of physician-assisted dying: perceptions of physicians who had experience with complex cases*. J. Med. Ethics. 2018; 44(5): 292-296.
32. van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. *End-of-life decisions in the Netherlands over 25 years*. N. Engl. J. Med. 2017; 377(5): 492-494.

Adres: Geert Dom
Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI)
Antwerp University (UA), Belgium
e-mail: geert.dom@uantwerpen.be

Otrzymano: 1.04.2020
Zrecenzowano: 10.05.2020
Otrzymano po poprawie: 17.05.2020
Przyjęto do druku: 16.06.2020