



Decyzja pani Bennett



ZBIGNIEW SZAWARSKI
Komitet Bioetyki
Polska Akademia Nauk, Warszawa
z.szawarski@uw.edu.pl

O fałszywym obrazie starości, odchodzeniu z godnością i zmianie myślenia o starszych ludziach rozmawiamy z dr. hab. Zbigniewem Szawarskim, emerytowanym profesorem Uniwersytetu Warszawskiego specjalizującym się w etyce medycyny

Academia: Propozycja rady programowej „Academii”, aby kolejny numer nosił tytuł „Starość”, wzbudziła nasze wątpliwości. To słowo brzmi groźnie, smutno...

Zbigniew Szawarski: Starość to pojęcie wieloznaczne, wywołujące bardzo silne emocje. W zależności od tego, kto, jak i gdzie mówi o starości, pojawiają się pozytywne bądź negatywne reakcje. To jest też pojęcie polityczne. I ma określoną konotację moralną. Może zacznijmy od tego, że istnieją pewne stereotypy starości. Mam przy sobie książkę „Zdrowe starzenie się; biała księga” [Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2013 - red.]. Proszę zwrócić uwagę na okładkę.

Godność u schyłku życia

niate technologie, tak wspaniałe osiągnięcia, jesteśmy społeczeństwem tak bogatym, że możemy sobie spędzać naszą starość na emeryturze podróżując, zwiedzając, rozwijając swoje ukryte talenty. Krótko mówiąc, to jest nasz czas, wreszcie możemy zacząć żyć dla siebie. Jesteśmy wyzwoleni z dawnych powinności – pracy i dzieci – i czujemy, że żyjemy.

Ale starość jest zupełnie inna. I widzi się to dopiero wtedy, kiedy spojrzymy na naturalny cykl życia człowieka. Człowiek ma rytm życia taki jak każde zwierzę. Rodzimy się, przechodzimy przez wczesne dzieciństwo, lata szczenięce, młodość. Później – stopniowo bądź nagle – wchodzimy w życie dojrzałe, rodzą nam się dzieci. W końcu one wylatują z gniazda, my przechodzimy na emeryturę, wchodzimy w okres starości – biologicznej, społecznej, psychologicznej, moralnej. Kiedy mieliśmy 10 lat, to mieliśmy przed sobą kilkadziesiąt lat życia i mogliśmy radośnie, pogodnie spoglądać w przyszłość. A kiedy mamy lat 70., to wiemy, że nie będziemy żyli kolejnych 70 lat. Najwyżej siedem, może dziesięć. To jest nieprzewidywalne, ale wiemy, że horyzont czasowy, jaki mamy przed sobą, i nasze możliwości będą nieustannie się zmniejszać. I pewnego dnia po prostu umrzemy.

To właśnie powoduje, że starość jest szczególnym okresem w naszym życiu. Pytanie o sens życia, kiedy ma się lat 75, 80, 85, 90, 95, nabiera szczególnego wyrazu. Kilka dni temu przeczytałem krótki felieton Petera Singera „Choosing death”. Jest to historia mieszkającej w Kanadzie pani Gillian Bennett, która ma 85 lat, od trzech lat cierpi na chorobę Alzheimera i ma świadomość, że jej stan pogarsza się tak dramatycznie, że lada chwila nie będzie mogła więcej kontrolować swego życia. Pani Bennett pisze i zamieszcza w internecie list do przyjaciół, w którym zapowiada, że jutro koło południa skończy swoje życie, bo nie chce umierać w demencji. Przerazające, ale...

Każdy wie, że umrze. Ale jak będziemy umierali? Czy na nowotwór tygodniami, miesiącami? Czy dopadnie nas Alzheimer i w pewnym momencie przelecimy błyskawicznie lub powoli do niebytu, zostawiając nasze zdegenerowane mózgi i bezwładne ciała dzieciom i wnukom? To są niepokojące myśli. Bo naprawdę nie jest wszystko jedno, jak będziemy umierać. I tu zaczynają się problemy. Z medycyną, ze społeczeństwem, z etyką. Czy powinniśmy żyć możliwie jak najdłużej, za wszelką cenę? Czy też może, jak mówił Epikur, powinniśmy mieć prawo do wyjścia z życia, jeśli uznamy to za właściwe? I stąd

Szczęśliwi dziadkowie w otoczeniu wnuków na pięknym tle – po prostu sielanka.

Ma się wrażenie, że autorzy książki chcą powiedzieć: „Starzej się długo, łatwo i przyjemnie. My ci w tym pomożemy”. Rzeczywiście przestanie tej książki jest takie, że współczesna medycyna, technologia medyczna i system organizacji opieki zdrowotnej pozwala osobom starszym wziąć swój los w swoje ręce. Jeśli będą aktywnie żyli, brali właściwe leki, chodzili do lekarza i respektowali jego zalecenia, będą żyli nieskończenie długo. O śmierci tu się nie mówi. Śmierć nie istnieje. I to jest fałszywy obraz starości, jej modernistyczna wizja. Mamy do dyspozycji tak wspa-

Piotr Kamionka/Reporter

Godność u schyłku życia

biorą się te tragiczne dylematy i ruch na rzecz prawa do dobrego umierania, do dobrej śmierci, do rezygnacji z nowoczesnej technologii medycznej, która ma ze śmiercią wygrać.

Tym bardziej że zadaniem medycyny nie jest walka ze śmiercią. Taka walka jest z góry przegrana. My, ludzie starzy, przynajmniej to jest mój osobisty program, powinniśmy umierać z godnością. Umierać w przekonaniu, że jest czas narodzin, czas rodzenia i czas odchodzenia.

Godne umieranie?

Protestuję przeciwko temu określeniu. Umierać z godnością to co innego niż godne umieranie. I kiedy mówię odchodzić z godnością, to mam przede wszystkim na myśli świadomość własnej śmiertelności. Wiem, że pewnego dnia muszę umrzeć. Nie wiem tylko kiedy. I nie chciałbym umierać wszystko jedno jak. Nie chciałbym być poddany na przykład tak zwanemu uporczywemu leczeniu. Kiedy robi się wszystko, żeby przeciągnąć to ledwie tłące się życie o tydzień, o 2 tygodnie i mówi się o sukcesie medycyny. Potrafimy np. przedłużyć życie człowieka chorego na raka nerki o przeciętnie 4 tygodnie. Co właściwie udaje nam się uzyskać? Jaka jest jakość tego życia? Czy żyje on w poczuciu szczęścia, czy w głębokiej depresji? Ile za to płacimy? I jak go wymęcymy? Tylko on sam to wie. Ale mamy to poczucie imperatywu medycznego: ratować życie za wszelką cenę i bez względu na konsekwencje. To nie zawsze jest moim zdaniem mądra decyzja. Umierać z godnością to dla mnie znaczy także być świadomym tego, że ciało i umysł będą stopniowo słaby. To jest nieuniknione. Materiał biologiczny, mózg zwłaszcza, też podlega procesom starzenia się. Co więcej, myślę, że w moim odchodzeniu powinienem także uwzględnić moich najbliższych. Ich dobro, ich nadzieje. Dla mnie najbardziej przerażającym sposobem odejścia jest Alzheimer – pełna demencja, otępienie. Ja już teraz wstydę się tego stanu, w jakim znalazłbym się, będąc w stanie totalnego otępienia. Nie chciałbym w żaden sposób narazić na opiekę nade mną w tym stanie moich najbliższych. Nie chciałbym także narazić państwa i podatników na coraz większe nakłady na opiekę nad życiem i podtrzymywanie życia, które nie ma większego sensu. Sztuka życia jest sztuką umierania. Tak mówili starożytni.

Komitet, którym Pan kieruje, organizuje pod koniec roku konferencję "Bioetyka o śmierci i umieraniu".

Tak. W programie mamy wiele tematów, które chcielibyśmy rozważyć. Jeśli dobrze pamiętam, słowo „eutanzja” rzadko się w nim pojawia, chociaż naszym gościem będzie prof. Gerrit Kimsma, który powie nam o doświadczeniach holenderskich. Staram się nie używać słowa „eutanzja”, ze względu na jego niezwykle silne obciążenie emocjonalne i brak jednoznacznej definicji. Bo co to słowo w ogóle znaczy? Jakie są kryteria dobrej i złej śmierci? Właśnie jestem po lekturze wydanej dwa lata temu książki „In Search of the Good” Daniela Callahana, pioniera bioetyki, założyciela z Willardem Gaylinem The Hastings Center w Stanach Zjednoczonych. W jednym z ostatnich rozdziałów autor wspomina swoją wizytę w Paryżu, w Musée d’Orsay, w roku 2009. „W pewnym momencie poczułem się słabo i nagle straciłem przytomność – pisze. – Obudziłem się później w klinice, okazało się że to była tachykardia zatokowa. I zadałem sobie pytanie, co by było, gdybym się nigdy nie obudził?”. Rozważając różne możliwości, Callahan dochodzi do wniosku, że gdyby można było wybierać pomiędzy szybką i bezbolesną śmiercią, to wolałby umrzeć w ten właśnie sposób, aniżeli ryzykować jakiś bliżej nieokreślony, lecz z pewnością dłuższy proces umierania. Nawiasem mówiąc, jest on zdecydowanym przeciwnikiem eutanazji. Zastąpił w 1987 roku książką „Setting Limits: medical goals in an aging society” („Cele medycyny w starzejącym się społeczeństwie”). Zawarł w niej szokującą propozycję: leczymy wszystkich, jeśli są w dobrej formie do 85. roku życia, a później stopniowo wygaszamy leczenie i nie oferujemy najnowszych technologii medycznych, bo to nas ekonomicznie zrujnuje jako społeczeństwo. Ma rację w swej diagnozie. To jest ogromny problem. Leczenie i opieka zdrowotna kosztują coraz więcej. W opublikowanej przed dwoma laty projekcji wzrostu kosztów na leczenie i opiekę zdrowotną Amerykanie wyliczyli, że uwzględniając pojawienie się w przyszłości nowych technologii medycznych, koszty opieki zdrowotnej pochłoną w 2082 roku prawie 100% dochodu narodowego brutto. Są to dane tak zdumiewające, że muszę przytoczyć w tym miejscu źródło tej informacji: J. Appelby, „Rises in health care spending. Where will it end?” (BMJ 2012;345:e7127). I w tym momencie zaczynają się kłopoty. Bo albo musimy zacząć zupełnie poważnie myśleć o racjonowaniu ograniczonych dóbr medycznych, a racjonowanie jest



pojęciem politycznie niepoprawnym, albo też oswoić się z myślą o naszej śmiertelności i pogodzić się z faktem, że w pewnym momencie naszego życia medycyna powie „pas” i wobec tego każdy z nas już teraz powinien zacząć swoje przygotowania do śmierci.

Czy w Polsce można powiedzieć: nie żyć sobie pewnych procedur?

Śmierć i umieranie jest w Polsce tabu. Mamy „cywilizację życia” i „cywilizację śmierci”. Bronimy heroicznie życia bez względu na jakość tego życia, bez względu na konsekwencje i bez względu na koszty. I walczymy ze śmiercią bez żadnej litości dla pacjenta. Polska jest chyba jednym z dwóch krajów europejskich, które do tej pory nie ratyfikowały Konwencji Bioetycznej z Owiedo (1997). Niewykluczone, że jednym z powodów tej decyzji jest art. 9, który powiada, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”. Można to bowiem rozumieć jako usankcjonowanie idei tzw. testamentu życia, czy też dyrektywy ostatecznej, w której pacjent wyraźnie stwierdza, iż nie życzy sobie, aby w pewnych warunkach utrzymywano go przy życiu.

A czy mamy jakiegokolwiek regulacje prawne dotyczące umierania?

Nie mamy. Bo – jak już mówiłem – nie dojrzelśmy do dyskusji na ten temat. Kiedy czytam raporty kanadyjskie, szwajcarskie czy amerykańskie o umieraniu, dobrej śmierci, to widzę, jak te społeczeństwa przygotowują się do ogromnych problemów moralnych, społecznych, ekonomicznych, które są tuż za rogiem. Bo wszystkie społeczeństwa cywilizowane się starzeją. Ja już nie mówię o tym, jakie to rodzi powinności i przeobrażenia w sferze wzajemnych relacji między generacjami. Czy ludzie młodzi, nasze dzieci, mają moralny obowiązek dbać o nas – ludzi starych? Czy należy to do państwa, skoro przez całe życie płacimy podatki? Jeśli zatamuje się równowaga demograficzna i ponad połowa społeczeństwa to są ludzie starzy, no to brzemie, które nakładamy na tych, którzy pracują, płacą podatki i mają własne obowiązki rodzinne, zaczyna być niewiarygodne. Ale faktem jest, że ludzie się starzeją i ludzie starzy umierają. Myślę, że byłoby dobrze, aby mogli oni sami decydować, jak chcą odchodzić z tego świata. Każdy wtedy, kto

umiera w pełni świadomości, może zdecydować – jeszcze tydzień życia, jeszcze miesiąc, a może jeszcze pół roku życia. Czy już pora odejść? I tak jak pani Bennett mówi: jutro w południe odchodzę.

Właśnie – czy ona odeszła?

Tak. Ale niewielu odchodzi, mając świadomość własnego istnienia, własnej śmiertelności, własnej jakości życia, poczucia odpowiedzialności za dobro własne, dobro najbliższych, dobro społeczne. Ogromna rzesza ludzi odchodzi w nieświadomości. I odchodzi długo. I to jest problem. W tej chwili jest w Polsce ok. 150 tysięcy ludzi z Alzheimerem. Ci ludzie wymagają nieustannej opieki, całodobowej. Ich rodziny są właściwie kompletnie zdewastowane. A koszt opieki nad tą chorobą, nieuleczalną podkreślmy, rośnie. W Stanach Zjednoczonych w normalnych warunkach obliczało się lat temu 10-15, że jest to koszt rzędu 100 tysięcy dolarów rocznie w przypadku jednego pacjenta.

To są wysokie koszty. Na tym nie można zarobić. Nasza geriatryka i systemy opieki paliatywnej, opieki nad ludźmi nieuleczalnie chorymi czy ludźmi znajdującymi się w stanie głębokiego otępienia, są dalekie od doskonałości. A jednak niewiele robimy, żeby te sprawy publicznie, uczciwie rozważyć. Lęk bycia wrzuconym do „cywilizacji śmierci” niewoli nasze umysły.

Co właściwie byłoby potrzebne, żeby odczarować to tabu?

Wbrew pozorom problemy medyczne w Polsce, problemy ze służbą zdrowia, to nie są problemy techniczne. A więc nie wystarczy zainwestować więcej pieniędzy, kupić najnowsze technologie, dokonać reorganizacji systemu. Medycyna, jak mówią Amerykanie, jest „a moral enterprise”. Przede wszystkim należy zacząć myśleć o tym, że człowiek jest osobą. Wrażliwą, czującą, pragnącą. Że ma pewien system wartości, któremu chce być wierny. Że ma sumienie. Że chce żyć i umierać w pewien sposób. Że jego problemy mają dlań ogromne znaczenie moralne. A moralnego problemu współczesnej medycyny się nie da rozwiązać przez większe nakłady inwestycyjne czy reorganizacje. To wymaga zmiany sposobu myślenia i dostrzeżenia, że jesteśmy istotami ludzkimi i na pewnych wartościach szczególnie nam zależy – być może nawet bardziej niż na samym biologicznym życiu. ■

Rozmawiała Anna Zawadzka