

TOMASZ PASIERSKI

ORCID 0000-0002-9382-0459

KRZYSZTOF KRYSA

ORCID 0009-0007-3233-2850

Zasadność argumentu „śliskiego zbrocza” (równi pochyłej) przeciwko dopuszczalności lekarskiej pomocy w umieraniu

I. Wprowadzenie

W sytuacji gdy coraz to nowe kraje legalizują lekarską pomoc w umieraniu (LPU) (tab.1), przybiera na sile debata jej przeciwników i zwolenników. W debacie tej używane są różne argumenty, których zasadność budzi często wątpliwości. Zwolennicy LPU powołują się na prawo jednostki ludzkiej do decydowania o sobie i na jej prawo do unikania cierpienia. Przeciwnicy powołują się na prawo do życia oraz jego świętość i często używają argumentu *slippery slope* – „śliskiego zbrocza”. Na śliskim zboczu trudno jest zatrzymać już rozpoczęty ruch w dół. W Polsce argument ten jest nazywany „równią pochyłą”, jednak sformułowanie to nie jest właściwe, gdyż po równi pochyłej ruch odbywa się w sposób kontrolowany do góry, a na śliskim zboczu w sposób niekontrolowany w dół. Argument „śliskiego zbrocza” jest najczęściej używany w debacie publicznej. Za jego rozpowszechnienie może odpowiadać odwołanie do prawa grawitacji¹. Jest on typowym przykładem konsekwencjalizmu reguł: ostrzega przed podjęciem danego działania – nie dlatego, że argumentujący miałby zarzuty co do niego samego, lecz z uwagi na skutki, które nieuchronnie za

¹ M. Wichrowski, *Wnioskowanie z równi pochyłej a etyka medyczna*, „Etyka” 1994, nr 27, s. 119–125.

sobą pociągnie. Zaskakujące wydaje się, że jest on znacznie częściej używany w „roztrząsaniach etyków deontologicznych” niż „w pracach wyrażających orientację konsekwencjalną”². Argument ten można uzasadnić w dwojaki sposób: logiczny i empiryczny. Obydwa te uzasadnienia wydają się niewłaściwe w świetle aktualnie dostępnej wiedzy.

Warto również zwrócić uwagę, że – wbrew wyrażanym obawom – częstość LPU (eutanazji i lekarskiej pomocy w samobójstwie) w latach 2001–2010 w Holandii utrzymywała się na stałym poziomie. Nie uległa zmianie również charakterystyka pacjentów korzystających z tych procedur. W tym okresie wystąpił za to zauważalny spadek częstości kończenia życia bez wyraźnego życzenia pacjenta³. W latach 1995–2005 wielokrotnie wzrosła częstość raportowania LPU⁴, która od tego czasu utrzymuje się na stałym poziomie ok. 80%⁵. Nieraportowane przypadki dotyczą niemal wyłącznie dokonania eutanazji za pomocą leków stosowanych w paliatywnej sedacji (opiodów i benzodiazepin), co jest niezgodne z oficjalnymi wytycznymi⁶.

II. Argumentacja „ze śliskiego zbocza” i jej odmiany

W obrębie „śliskiego zbocza” wyróżniamy szczyt S (ryc. 1), na którym znajduje się działanie oznaczone dalej literą A, i opadające zbocze, na którym leży działanie oznaczone dalej literą B.

² *Ibidem*.

³ B.D. Onwuteaka-Philipsen, A. Brinkman-Stoppelenburg, C. Penning, G.J.F. de Jong-Krul, J.J.M. van Delden, A. van der Heide, *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, nr 380, s. 908–915.

⁴ M.L. Rurup, H.M. Buiting, H. Roeline, W. Pasman, P.J. van der Maas, A. van der Heide, B.D. Onwuteaka-Philipsen, *The Reporting Rate of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. A Study of the Trends*, „Med Care” 2008, nr 46, s. 1198–1202.

⁵ B.D. Onwuteaka-Philipsen, A. Brinkman-Stoppelenburg, C. Penning, G.J.F. de Jong-Krul, J.J.M. van Delden, A. van der Heide, *Trends...*, *op. cit.*

⁶ *Ibidem*. Wytyczne zalecają stosowanie barbituranów wraz z lekami rozluźniającymi mięśnie szkieletowe. W 2005 r. oficjalnie zgłoszono 98,7% przypadków eutanazji z użyciem zalecanych leków oraz 100% przypadków lekarskiej pomocy w samobójstwie.

Aby argumentacja „ze śliskiego zbrocza” mogła być zasadnie stosowana, niezbędne jest spełnienie następujących warunków:

1. Działanie A **na pewno nie jest** niesłuszne.
2. Działanie B **na pewno jest** niesłuszne.
3. Akceptacja działania A **skutkuje** nieuchronną akceptacją działania B .

Uzasadnienie twierdzenia (3) może opierać się na podaniu konkretnych empirycznych przykładów lub na logicznym wywodzie. Na tej podstawie można wyróżnić dwie wersje argumentacji⁷.

II.1. Empiryczną, która zmierza do wykazania, że akceptacja działania A nieuchronnie (lub z istotnym prawdopodobieństwem) doprowadzi do akceptacji B , $A \rightarrow B$. Oparciem dla takiej tezy muszą być gromadzone na przestrzeni lat dane z badania opinii społecznej w państwach, które zalegalizowały LPU lub do tego zmierzają⁸.

Argument ten musi uwzględnić nieznaną zmianę przekonań naszego pokolenia lub przyszłych pokoleń. Pojawia się tutaj zasadnicze zastrzeżenie co do warunku drugiego (dopuszczalności korzystania z argumentacji „ze śliskiego zbrocza”, zob. wyżej): skąd wiadomo, które przekonanie na temat dopuszczalności działania B (pierwotne czy wtórne) jest słuszne? W tym kontekście interesujące wydaje się twierdzenie Douglasa cytowane przez Anneli Jefferson⁹, „że im bardziej prawdopodobny jest efekt «śliskiego zbrocza», tym większa szansa, że punkt końcowy w istocie nie jest zły”. Zilustrowano to przykładem, że zniesienie niewolnictwa doprowadziło do akceptacji małżeństw międzyrasowych. Dlatego argument ten bywa uznawany za antydemokratyczny, paternalistyczny i oparty na „zasadniczym braku zaufania do ludzi”¹⁰.

⁷ G. Helgesson, N. Lynøe, N. Juth, *Value-impregnated factual claims and slippery-slope arguments*, “Journal of Medicine, Healthcare and Philosophy” 2017, nr 20, s. 147–150; J. Potter, *The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: a paragon of fallacious reasoning*, “Journal of Medicine, Healthcare and Philosophy” 2019, nr 22, s. 239–244.; A. Jefferson, *Slippery Slope Arguments*, “Philosophy Compass” 2014, nr 9–10, s. 672–680.

⁸ J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 211–212.

⁹ A. Jefferson, *Slippery...*, *op. cit.*

¹⁰ B. Brożek, *Argument z równi pochyłej* [w:] J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010, s. 79; J. Malczewski, *Eutanazja...*, *op. cit.*, s. 213.

II.2. Logiczną, która (1) wskazuje na arbitralność rozgraniczenia A od B , w czym upatruje niewydolność takiej granicy, przez co akceptacja A musiałaby nieuchronnie pociągać za sobą akceptację B albo (2) dowodzi konieczności tożsamej oceny moralnej działania A i działania B . W tym drugim przypadku mamy do czynienia z argumentacją zupełnie inną niż „ze śliskiego zbrocza”, gdyż – jak było wspomniane – to właśnie założenie o **różnej** ocenie moralnej A i B konstytuuje rodzaj argumentacji będący przedmiotem tej pracy. Brożek wskazuje, że stosowanie na oznaczenie tej argumentacji przymiotnika „logiczna” – choć powszechnie przyjęte w literaturze przedmiotu – nie jest jednak uzasadnione¹¹.

II.2.1. Pierwsza z wymienionych możliwości logicznej argumentacji postuluje istnienie bardzo licznych kroków pośrednich pomiędzy A i B , co miałyby uniemożliwiać jednoznaczne oddzielenie dopuszczalnego od niedopuszczalnego¹². Jefferson proponuje określenie *vague boundary*, stąd argument można określić jako „z rozmytej granicy”. W tej argumentacji zakłada się, że arbitralność granicy implikuje jej niewydolność. Ustawodawcy dekryminalizujący eutanazję są świadomi tego zagrożenia i wprowadzają szereg warunków, które muszą być spełnione **jednocześnie**, aby procedura ta była dopuszczalna. Dla przykładu w Niderlandach lekarz musi:

1. Być przekonany, że cierpienie pacjenta jest nieznośne i nie ma nadziei na jego poprawę.
2. Poinformować pacjenta o jego sytuacji i rokowaniu.
3. Dojść do wniosku, razem z pacjentem, że w świetle tej sytuacji nie istnieje żadna rozsądna alternatywa.
4. Skonsultować się z niezależnym lekarzem, który po osobistym kontakcie z pacjentem wydał opinię pisemną według punktów 1–4.

Inne ustawodawstwa uwzględniają jeszcze warunek przewidywanego przeżycia, które dla przykładu w Australii (w jednostkach administracyjnych, w których LPU nie jest zabroniona) wynosi 6 miesięcy, z wyjątkiem

¹¹ B. Brożek, *Argument...*, *op. cit.*, s. 71–73.

¹² Przykładem takiej argumentacji są soryty. Proszę zob. *ibidem*.

sytuacji, gdy pacjent cierpi na chorobę neurodegeneracyjną – wówczas jest to 12 miesięcy¹³.

Większa liczba jednoczesnych i precyzyjnych kryteriów oddala argument ich rozmycia i stawia na „śliskim zboczach” barierę nie do pokonania. Arbitralne rozgraniczenia są dość powszechne w życiu codziennym, np. wyznaczenie limitów prędkości (arbitralne ustalenie np. 95 km/h czy 70 km/h)¹⁴ czy maksymalnego dopuszczalnego stężenia etanolu we krwi u kierujących pojazdami. Doświadczenie życiowe przeczy twierdzeniu, by arbitralność granicy musiała skutkować akceptacją lub odrzuceniem całego spektrum. Choć w niektórych państwach każde mierzone stężenie etanolu we krwi kierowcy jest niedopuszczalne, próżno szukać kraju, który zupełnie zabronił ruchu pojazdów mechanicznych albo zezwolił na taki ruch bez jakichkolwiek ograniczeń prędkości. Jacek Malczewski ujmuje to następująco: „Kaźda próba wytyczenia granicy między bielą a czernią w obrębie szarej strefy, choć arbitralna, jest sensowna, nawet mimo braku czysto logicznych racji wyznaczenia jej w tym właśnie miejscu”¹⁵. Omówiona wersja argumentacji „ze śliskiego zbrocza” jest analogiczna do wersji empirycznej, z tym że dane zostały zastąpione spekulacją.

II.2.2. Argumentacja zmierzająca do wykazania konieczności tożsamej oceny moralnej działań A i B bywa określana jako „z bezzasadności rozróżnienia” (*non-principled distinction*¹⁶). Jak wspomniano, wcale nie jest to argumentacja „ze śliskiego zbrocza”¹⁷, gdyż nie dowodzi ona, żeby $A \rightarrow B$. Jej istota polega na wykazaniu, że akceptacja A **jest tożsama** z akceptacją B , $A = B$. Autorzy niniejszej pracy chcieliby zaproponować określenie „argument z braku spójności”. W ujęciu samych zwolenników zasadności jego stosowania rzecz sprowadza się do wykazania, że nie można

¹³ S. Mroz, S. Dierickx, L. Deliens, J. Cohen, K. Chamber, *Assisted dying around the world: a status quaestio- nis*, „Ann. Palliat Med.” 2021, nr 10(3), s. 3540–3553.

¹⁴ A. Jefferson, *Slippery...*, *op. cit.*

¹⁵ J. Malczewski, *Eutanazja...*, *op. cit.*, s. 200.

¹⁶ A. Jefferson, *Slippery...*, *op. cit.*

¹⁷ D.A. Jones, *Is there a logical slippery slope from voluntary to nonvoluntary euthanasia?*, „Kennedy Institute of Ethics Journal” 2011, nr 4(21), s. 379–404.

jednocześnie uznawać A za właściwe i odrzucać B ¹⁸. Dla zachowania integralności moralnej niezbędna jest jednakowa ocena równoocennych działań: można (1) uznać zarówno A , jak i B za słuszne, jak też (2) zarówno A , jak i B za niesłuszne, lecz (3) *tertium non datur*. Wedle tego podejścia zbiory argumentów: (a) przemawiających za dopuszczalnością A oraz (b) przemawiających za dopuszczalnością B są tożsame.

III. Wersja empiryczna

Poniższa analiza będzie przeprowadzona przez pryzmat trzech – sformułowanych na początku pracy – warunków dopuszczalności argumentacji „ze śliskiego zbocza”.

III.1. Czy rzeczywiście argumentujący uważają, że działanie A na pewno nie jest niesłuszne?

Na uwagę zasługuje opisana i uzasadniona przez Helgessona i współpracowników¹⁹ możliwość, że sądy co do istnienia „śliskiego zbocza”, prowadzącego do nieakceptowalnych konsekwencji, mogą wynikać z przeświadczenia o niedopuszczalności danych zachowań. (Innymi słowy pierwszy z trzech warunków dopuszczalności stosowania tej argumentacji nie byłby spełniony). Za błąd logiczny uważane jest korzystanie z argumentacji, że $A \rightarrow B$, gdy uważa się A za niedopuszczalne, złe, niewłaściwe itp.²⁰ Tak ujmuje to Barbara Chyrowicz: „Jeśli bowiem deontolog [w oryginale: deontologista] uzna określone działanie, np. eutanazję dobrowolną, za złe moralnie, to fakt, czy może ona, czy też nie, doprowadzić do zaakceptowania eutanazji niedobrowolnej, jest kwestią wtórną i nie może stanowić w dyskusji argumentu za jej (eutanazji) odrzuceniem”²¹. Malczewski – powołując się na zacytowaną badaczkę – wskazuje,

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ G. Helgesson, N. Lynoe, N. Juth, *Value-impregnated...*, *op. cit.*, s. 148–149.

²⁰ J. Potter, *The psychological slippery slope...*, *op. cit.*

²¹ B. Chyrowicz, *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, „Diametros” 2009, nr 19, s. 19.

że powinno się wówczas używać nazwy „argument przeciwko przypadkowi wyjściowemu”²².

Warto w tym miejscu przywołać artykuł Daniela Sulmasy’ego i współpracowników *Nieoparte na wierze argumenty przeciwko lekarskiej pomocy w samobójstwie i eutanazji*²³. Składa się on m.in. z dwóch wypowiedzi Sulmasy’ego w ramach amerykańskiej debaty dotyczącej legalizacji lekarskiej pomocy w samobójstwie (PAS, *physician-assisted suicide*; jedna z form LPU). Autorzy artykułu podają, że ich zamysłem było jedynie poszerzenie i uzupełnienie argumentacji zawartej w tych wypowiedziach. Fragment pierwszej z nich przedstawia się następująco: „Intencje, a nie tylko środki, mają znaczenie w etyce. Zmierzenie do tego, aby ktoś został zamieniony w nikogo [tj. zabity] narusza fundamentalne podstawy całej międzypersonalnej etyki – wewnętrzną godność człowieka”. Przekonanie takie znane jest jako personalizm chrześcijański²⁴. Jak zauważają Calabró i współpracownicy, „najbardziej konserwatywne stanowiska (wliczając Kościół katolicki) zagadnienie [dopuszczalności lekarskiej pomocy w umieraniu] postrzegają jako niedopuszczalne, gdyż życie jest nienaruszalnym darem (Boga lub natury)”²⁵. Brożek zauważa, że „wszystkie formy argumentów z równi pochyłej sprowadzają się w ostatecznym rozrachunku do sporu o wartości, ale sporu tego argument z równi pochyłej nie może rozwiązać”. Uznaje on ten rodzaj argumentacji za chwyt erystyczny. Postuluje, aby jednoznacznie formułować „swoje przekonania i propozycje”²⁶.

²² J. Malczewski, *Eutanazja...*, *op. cit.*, s. 197; proszę por. B. Chyrowicz, *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*, Lublin 2000, s. 164–165.

²³ D. Sulmasy, J. Travaline, L. Mitchell, W. Ely, *Non-faith-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia*, “The Linacre Quarterly” 2016, nr 3(83), s. 246–257.

²⁴ Proszę por. T. Biesaga, *Personalizm a pryncypializm w bioetyce [w:] Podstawy i zastosowania bioetyki*, red. T. Biesaga, Wydawnictwo Naukowe PAT, Kraków 2001, s. 43–55.

²⁵ R.S. Calabró, A. Naro, R. de Luca, M. Russo, L. Caccamo, A. Manuli, A. Bramanti, P. Bramanti, *The Right to Die in Chronic Disorders of Consciousness: Can We Avoid the Slippery Slope Argument?*, “Innov Clin Neurosci.” 2016, nr 13(11–12), s. 12–24.

²⁶ B. Brożek, *Argument...*, *op. cit.*, s. 81.

III.2. Akceptacja jakiego – na pewno niesłusznego – działania *B* miałyby być rezultatem akceptacji działania *A*?

Nawet współcześnie można spotkać twierdzenie, że zgłaszane przez pacjentów pragnienie szybszego zakończenia życia wynika jedynie z niedoskonałości opieki nad pacjentami i poprawa w tym zakresie mogłaby zupełnie wyeliminować podobne prośby²⁷. Błędność takiego stanowiska dostrzegła już jednak sama Cicely Saunders²⁸. Istniejącą – jej zdaniem – potrzebę utrzymania kryminalizacji pomocy w umieraniu uzasadniała możliwością powstania społecznej presji na osoby niezainteresowane skróceniem swojego życia, aby wbrew własnym przekonaniom zgłaszały podobne prośby. Taką presję mogłaby wywierać na pacjenta rodzina (np. wyczerpana emocjonalnie długotrwałą opieką), lekarze, a także instytucje (np. domy pomocy społecznej)²⁹. Wobec ówczesnego braku legalności takich praktyk były to jedynie spekulacje. Wspomniana presja miałaby dotknąć przede wszystkim grupy ludzi szczególnie wrażliwej na wykorzystanie. Nieco bardziej współcześnie Joel Zimbelman pisze: „Co bardziej liberalna polityka pomocy w samobójstwie będzie znaczyła dla tradycyjnie gorzej położonych populacji [tj. słabszych grup społecznych], np. kobiet, ubogich, mniejszości czy osłabionych starszych ludzi?”³⁰. Na takich między innymi spekulacjach oparł się w 1997 r. Sąd Najwyższy USA, uzasadniając rozstrzygnięcie w sprawie *Vacco v. Quill*³¹.

Bardziej oryginalne są przekonania, że legalizacja lekarskiej pomocy w samobójstwie mogłaby unicestwić akceptację dla wypracowanych metod ograniczania leczenia podtrzymującego życie. Blackstone i Youngner

²⁷ J. Zimbelman, *Changing the Present Legal Prohibitions on Assisted Suicide Is a Bad Idea*, „Journal of Professional Nursing” 1999, nr 3(15), s. 160–169; M. Corbett, *VSED: death with dignity or without?*, „Narrative Inquiry in Bioethics” 2016, nr 2(6), s. 109–113.

²⁸ Cicely Saunders, oprac. Tomasz Dangel [online:] https://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1330_1142-cicelysaunders.pdf, s. 8–9 [dostęp: 12.10.2019].

²⁹ M.P. Battin, *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford 1994, s. 168–173.

³⁰ J. Zimbelman, *Changing...*, *op. cit.*

³¹ J. Malczewski, *Prawo do śmierci po wyroku Sądu Najwyższego Kanady w sprawie Carter*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2019, nr 2(2).

w swoim artykule³² analizują takie twierdzenia Susan Wolf i przytaczają dane empiryczne wskazujące na błędność jej prognoz.

We wspomnianych wyżej prognozach można dostrzec wizję eutanazji jako procedury usiłującej podważyć dorobek medycyny paliatywnej. Warto w tym miejscu przywołać polskie badanie przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznych³³. Badacze w wydanym komunikacie wysuwają m.in. następujące wnioski: „Co ciekawe, opinie na temat hospicjów w żaden sposób nie zależą od stosunku badanych do eutanazji. (...) Nie zauważyliśmy też odwrotnej zależności, a więc wpływu opinii o opiece paliatywnej na stosunek do eutanazji”³⁴. Wydaje się przebijając z tego wizja opieki hospicyjnej i lekarskiej pomocy w umieraniu jako działań komplementarnych, a nie przeciwstawnych. Uwaga ta nie dotyczy mniejszości (24⁰%) respondentów, których wiedzę o hospicjach badacze – na podstawie innych pytań, co jest opisane w cytowanym komunikacie – ocenili jako zerową³⁵.

III.3. Jakie dane empiryczne miałyby potwierdzać istnienie „śliskiego zbocza” pomiędzy akceptacją A a akceptacją B?

W związku z legalizacją LPU w niektórych krajach i jednostkach administracyjnych możliwa stała się weryfikacja prognoz wspomnianych w punkcie III.2. niniejszej pracy. Rijetens i współpracownicy dokonali metaanalizy 51 prac dotyczących różnych decyzji końca życia (*end-of-life decisions*) opublikowanych w latach 1999–2009 i dotyczących sytuacji w różnych krajach (m.in. USA, Holandii i Belgii). Wyciągnęli oni następujący wniosek: „Stosowanie środków, które potencjalnie lub pewnie mogą skrócić życie, jest na ogół rzadziej praktykowane w stosunku do starszych (>80 lat), kobiet i osób gorzej wykształconych w porównaniu

³² E. Blackstone, S.J. Youngner, *When slippery slope arguments miss the mark: a lesson from one against physician-assisted death*, „Journal of Medical Ethics” 2018, nr 44, s. 657–660.

³³ CBOS, *Komunikat z badań nr 142/2009* [online:] https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF [dostęp: 25.11.2022].

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

z młodszymi, mężczyznami i ludźmi lepiej wykształconymi”³⁶. Przykładowo, w 14 spośród analizowanych przez nich prac wyciągnięto wnioszek, że LPU jest rzadziej udzielana osobom powyżej 80. roku życia, a w żadnej pracy nie wyciągnięto wniosku przeciwnego; w 13 pracach badacze doszli do wniosku, że z LPU częściej korzystają mężczyźni, a w 7 – że kobiety. Uzyskane dzięki metaanalizie dane są na tyle przekonujące, że skłaniają niektórych autorów do stawiania hipotez, iż to mężczyźni, a nie kobiety są grupą bardziej wrażliwą na wykorzystanie (ze względu na słabsze więzi społeczne)³⁷. Biorąc pod uwagę również dane co do wieku i wykształcenia, można by było z kolei przypuszczać, że jeśli istniałaby jakaś dyskryminacja, to miałaby ona charakter przeciwny do przewidywanego przez C. Saunders i zwolenników podobnych przekonań, tzn. polegać by mogła na niesprawiedliwym **ograniczeniu** w dostępie do LPU. Autorzy zwracają uwagę, że preferencje pacjentów mają większy wpływ na decyzje dotyczące końca życia niż na inne decyzje medyczne, jednak analizowane przez nich prace rzadko poruszają to zagadnienie³⁸.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na zmienność geograficzną częstości wykonywania eutanazji (mierzonej jako odsetkowy udział w ogólnej liczbie zgonów) na poziomie jednostek definiowanych przez kody pocztowe w Holandii, co stało się przedmiotem pracy Groenewouda i współpracowników. Dzięki analizie tej zmienności uwzględniającej geograficzne zróżnicowanie czynników możliwa stała się identyfikacja innych zmiennych wpływających na korzystanie z LPU niż te analizowane w badaniu omówionym w poprzednim akapicie niniejszej pracy. Autorzy ustalili, że – na poziomie 90 regionów wyznaczanych przez drugą cyfrę kodu pocztowego³⁹ – najwyższy odsetek to w przybliżeniu

³⁶ J. Rijetens, R. Deschepper, R. Pasman, L. Deliens, *A medical end-of-life decisions: Does it use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis*, “Social Science & Medicine” 2012, nr 74, s. 1282–1287.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ Holenderskie kody pocztowe są czterocyfrowe; pierwsza cyfra oznacza miejscowość, trzecia i czwarta odnosi się do bardziej szczegółowego podziału, np. określonego zakresu numeracji budynków na

pięciokrotność najniższego. Wykorzystali oni model regresji dwumianowej, aby ustalić zmienne odpowiedzialne za wspomniane zróżnicowanie geograficzne na poziomie tych regionów. Ze wzrostem odsetka eutanazji w ogóle zgonów dodatnio korelują: wiek z przedziału 45–64 lata, odsetek głosów na partię liberalną, dochód i wysoka ocena własnego zdrowia. Autorzy wskazują na zależność między odsetkiem eutanazji a wysoką oceną własnego zdrowia jako nieintuicyjną i sugerują, że osoba, rozważając decyzję o eutanazji, może odnosić swój stan zdrowia do typowego dla danej populacji. Z kolei korelacja ujemna zachodzi między wspomnianym odsetkiem a obecnością w kościele nie mniej niż raz w miesiącu oraz liczbą wolontariuszy. To ostatnie mogłoby – zdaniem autorów – wskazywać na niedostateczną dostępność opieki paliatywnej jako przyczynę próśb o eutanazję. Jak zauważają autorzy, nie ma danych na temat dostępności medycyny paliatywnej w poszczególnych jednostkach podziału Holandii, co uniemożliwia stwierdzenie korelacji lub jej braku. Badacze ustalili także, że analizowana przez nich zmienność geograficzna zmniejsza się na przestrzeni lat, głównie ze względu na wzrost częstości w jednostkach, w których była najniższa⁴⁰.

Warto również wspomnieć o publikacji Battin i współpracowników⁴¹. Badacze analizowali stosowanie LPU w stanie Oregon na podstawie corocznych raportów z lat 1998–2006 oraz w Holandii na podstawie czterech ogólnonarodowych badań zatwierdzonych przez tamtejszy rząd, które zostały przeprowadzone w latach 1990, 1995, 2001 i 2005. Ustalili oni, że osoby powyżej 80. roku życia stanowią 30% pacjentów, których prośby odrzucono oraz 13% tych, których prośby rozpatrzone pozytywnie. Kobiety stanowią nieco mniej niż połowę osób, które otrzymały

danej ulicy; proszę zob. [online:] <https://www.angloinfo.com/how-to/netherlands/housing/postal-system> [dostęp: 27.02.2023].

⁴⁰ A.S. Groenewoud, F. Atsma, M. Arvin, G.P. Westert, T.A. Boer, *Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation*, “BMJ Supportive & Palliative Care” 2021, s. 1–11.

⁴¹ M.P. Battin, A. van der Heide, L. Ganzini, G. van der Wal, B.D. Onwuteaka-Philipsen, *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups*, “Journal of Medical Ethics” 2007, nr 3, s. 591–597.

LPU. W Oregonie osoby nieubezpieczone stanowiły 1%⁴² tych, którzy skorzystali z LPU, zaś w Holandii wszystkie osoby były ubezpieczone. Nie stwierdzono również zwiększonego ryzyka dla słabo wykształconych, ubogich, chorych psychicznie (to w Holandii; w Oregonie osoby chore psychicznie nie mogą korzystać z LPU) ani mniejszości rasowych czy etnicznych. Wśród korzystających z LPU zauważono natomiast względnie duży udział osób chorujących na AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności). W Oregonie ci chorzy skorzystali z LPU ok. 30 razy częściej niż pacjenci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Należy jednak zauważyć, że łącznie dotyczyło to sześciu osób. W Holandii „bardzo niewiele” chorych na AIDS skorzystało z LPU, jednakże w prospektywnym badaniu obserwacyjnym dotyczącym chorych zdiagnozowanych w latach 1985–1992 i zmarłych nie później niż w 1994 r. 22% skorzystało z LPU. Na podstawie przeanalizowanych danych badacze wysunęli wniosek, że ewentualna dyskryminacja może dotyczyć jedynie pacjentów z AIDS ze względu na stygmatyzujący charakter choroby lub orientację seksualną (we wspomnianym badaniu holenderskim wszyscy uczestnicy byli homoseksualistami). W tym kontekście zwraca uwagę publikacja Lerner i Caplana⁴³, w której wyliczono podatne na nadużycia grupy ludzi „czekających u podstawy śliskiego zbocza”: starsi, niepełnosprawni, mniejszości i chorzy psychicznie; pominięto przy tym akurat tę grupę, w której nadużycia rzeczywiście mogły mieć miejsce.

Wydaje się, że dane dotyczące korzystających z lekarskiej pomocy w samobójstwie (PAS, *physician-assisted suicide*) w stanie Oregon nie uległy istotnym zmianom w ciągu ostatnich lat. Zgodnie z najnowszym dostępnym raportem⁴⁴ w roku 2021:

⁴² Wśród mieszkańców tego stanu mających mniej niż 65 lat 16,9% nie jest ubezpieczona. Osoby powyżej tego wieku są ubezpieczone w ramach programu Medicare.

⁴³ B. Lerner, A. Caplan, *Eubanasia in Belgium and the Netherlands. On a Slippery Slope?*, „JAMA Internal Medicine” 2015, nr 10(175), s. 1640–1641.

⁴⁴ Proszę zob. [online:] <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf> [dostęp: 02.03.2023].

- mężczyźni stanowili nieznaczną większość (55,9%⁴⁵);
- blisko 1/3 pacjentów (29,8%⁴⁶) to osoby w wieku 65–74 lata, zaś pacjenci, którzy ukończyli 85. rok życia, stanowili mniej niż 1/5 korzystających (18,9%⁴⁷);
- zdecydowana większość to osoby rasy europeidałnej (95%⁴⁸);
- 99,4% korzystających było ubezpieczonych⁴⁹ (nie była 1 osoba na 238);
- nikt nie cierpiał na AIDS ani inną chorobę zakaźną⁵⁰;
- 97,5% pacjentów przed skorzystaniem z PAS znajdowało się pod opieką hospicjów⁵¹;
- 3,4% pacjentów miało wykształcenie podstawowe, 24,7% – średnie, zaś 71,9% – wyższe⁵².

Coroczny raport stanu Waszyngton⁵³ za ten sam rok podaje zbliżoną charakterystykę pacjentów, którzy skorzystali z PAS:

- mężczyźni stanowili nieco ponad połowę (55%);
- blisko 1/3 pacjentów była w wieku 65–74 lata (30%), zaś między 1/4 a 1/5 pacjentów ukończyło 85. rok życia (23%);
- osoby rasy europeidałnej stanowiły zdecydowaną większość (92%)⁵⁴;
- 95% było ubezpieczonych;
- 22% miało wykształcenie średnie, zaś 77,5% – wyższe⁵⁵.

⁴⁵ W całym okresie 1998–2021 stanowili 53%.

⁴⁶ W całym okresie 1998–2021: 30,6%.

⁴⁷ W całym okresie 1998–2021: 16,4%.

⁴⁸ W całym okresie 1998–2021: 96,5%; w 2021 r. pozostałe osoby były pochodzenia azjatyckiego (2,5%) lub zaliczono je do kategorii „Latynosi, jakiegokolwiek rasy” (2,5%).

⁴⁹ W całym okresie 1998–2020 osoby nieubezpieczone stanowiły 1%.

⁵⁰ Raport zawiera kategorię „Choroby zakaźne, np. AIDS”; w całym okresie 1998–2020 osoby zaliczone do tej kategorii stanowiły 0,7% wszystkich korzystających z PAS.

⁵¹ W całym okresie 1998–2021: 91,5%.

⁵² W całym okresie 1998–2021 było to odpowiednio: 5,1%, 21,7% oraz 73,2%.

⁵³ Proszę zob. [online:] <https://doh.wa.gov/you-and-your-family/illness-and-disease-z/death-dignity-act/death-dignity-data> [dostęp: 02.03.2023].

⁵⁴ 5% było pochodzenia azjatyckiego; reszta to kategoria „inne”.

⁵⁵ W pozostałych przypadkach brakowało tej informacji.

We Flandrii w Belgii częstość wykonanych eutanazji mierzona jako odsetek zgonów spowodowany tą procedurą tuż po legalizacji spadła (z 1,1% w 1998 r. do 0,3% w 2001 r.), następnie jednak zaczęła rosnąć, osiągając 1,9% w 2007 r. i 4,6% w 2013 r. Częstość lekarskiej pomocy w samobójstwie również spadła w latach 1998–2001 (z 0,12% do 0,01%) i od tego czasu utrzymuje się na niskim poziomie (0,05–0,07%). Wspomniany spadek miał miejsce także w przypadku powodowania śmierci bez wyraźnego żądania pacjenta (z 3,2% w 1998 r. do 1,5% w 2001 r., a w latach 2007 i 2013 częstość takiego postępowania wyniosła odpowiednio 1,8% i 1,7%⁵⁶). W okresie od 2007 r. do 2013 r. nastąpił zarówno wzrost liczby próśb (z 3,4% do 5,9%⁵⁷), jak i częstości ich pozytywnego rozpatrywania (z 55,4% do 76,7%⁵⁸). Najbardziej wyraźny wzrost częstości eutanazji wystąpił wśród pacjentów: powyżej 80. roku życia (z 2% do 4,6%⁵⁹), posiadających wyższe wykształcenie (z 4,5% do 12,9%⁶⁰) oraz cierpiących na choroby sercowo-naczyniowe (z 0,8% do 3%⁶¹). Jednakże częstość w grupie osób powyżej 80. roku życia ciągle pozostaje zauważalnie niższa niż w młodszych grupach wiekowych (6,3 % w grupie wiekowej 65–79 lat oraz 5,6 % wśród osób poniżej 65. roku życia). Badacze przeanalizowali także odsetek akceptacji próśb w poszczególnych grupach pacjentów. Wzrosły one w przypadku: kobiet⁶², osób powyżej 80. roku życia⁶³, pacjentów z wykształceniem podstawowym lub żadnym⁶⁴ oraz przebywających w domach opieki⁶⁵. Ciągłe jednak liczby te pozostają niż-

⁵⁶ K. Chambaere, R.V. Stichele, F. Mortier, J. Cohen, L. Deliens, *Recent Trends in Euthanasia and Other End-of-Life Practices in Belgium*, “N Engl J Med” 2015, nr 372(12), s. 1179–1181.

⁵⁷ $p < 0,001$

⁵⁸ $p < 0,001$

⁵⁹ $p < 0,001$

⁶⁰ $p < 0,008$

⁶¹ $p < 0,001$

⁶² z 45,7% do 76,4%; $p < 0,001$

⁶³ z 38,1% do 75,4%; $p < 0,001$

⁶⁴ z 35,1% do 69,5%; $p < 0,001$

⁶⁵ z 22,9% do 68,2%; $p < 0,001$

sze niż w przypadku odpowiednio: mężczyzn⁶⁶, osób w wieku 65–79 lat⁶⁷, posiadających wykształcenie wyższe⁶⁸, korzystających z LPU w domu⁶⁹ lub w szpitalu⁷⁰. Zdaniem autorów zgromadzone dane „odzwierciedlają trwającą zmianę kultury i postaw [wobec LPU]”. Wskazuje się na rosnącą akceptację społeczną LPU, która prawdopodobnie nie pozostaje bez wpływu na lekarzy.⁷¹ Gdyby – jak wspomniano – istniała dyskryminacja osób należących do grup uważanych za podatne na skrzywdzenie (*vulnerable*), polegająca na ograniczeniu dostępu do LPU, to opisane przez Chambaere i współpracowników⁷² zmiany prowadziłyby do równego traktowania osób bez względu na wiek, płeć i wykształcenie.

W świetle omówionych wyżej prac empiryczna wersja argumentacji „ze śliskiego zbrocza” bywa oceniana jako nieprzekonująca⁷³, wadliwa⁷⁴, czy ignorująca dostępne dane⁷⁵. Nawet niektórzy zwolennicy argumentowania „ze śliskiego zbrocza” dostrzegają, że straszenie nieuzasadnionymi spekulacjami może zwrócić się przeciwko wypowiadającemu takie stanowisko i wskazują to innym zwolennikom korzystania z tej argumentacji⁷⁶. Niekiedy takie spekulacje próbuje się uzasadniać manipulacją.

⁶⁶ 76,9%

⁶⁷ 83,6%

⁶⁸ 86,3%

⁶⁹ 75,3%

⁷⁰ 82,4%

⁷¹ S. Dierickx, L. Deliens, J. Cohen, K. Chambaere, *Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013*, „JAMA Internal Medicine” 2015, nr 10, s. 175.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ H. Kuhse, *Eutanazja*, przeł. A. Przyłuska-Fiszler [w:] *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer, red. nauk. wyd. pol. J. Górnicka, Warszawa 1998.

⁷⁴ R.B. Sharma, *To legalize physician-assisted suicide or not? – a dilemma*, „Journal of Clinical Forensic Medicine” 2003, nr 10, s. 185–190; D.A. Jones, *Is there a logical slippery slope...*, *op. cit.*

⁷⁵ J. Reggler, *The slippery slope argument and medical assistance in dying*, „Canadian Medical Association Journal” 2017, nr 189, s. E471; G.P. Ashe, *Response to “The slippery slope argument and medical assistance in dying”*, „Canadian Medical Association Journal” 2017, nr 189, s. E472.

⁷⁶ J. Clifford, *Where is the argument for the conceptual slippery slope?*, „British Journal of Psychiatry” 2017, nr 6(211), s. 397; B. Kelly, *Author’s reply*, „British Journal of Psychiatry” 2017, nr 6(211), s. 397.

Jedną z najprostszych metod manipulacji, której użycie w recenzowanych czasopismach naukowych wydaje się co najmniej zaskakujące, jest sfalszowanie danych. Niżej zostaną przytoczone dwie przykładowe prace, w których zastosowano tę metodę.

W publikacji Williama Kusssmaula zawarte jest następujące stwierdzenie: „Jednakże w 2015 r. holenderski rząd donosi, że setki ludzi skazywane są na śmierć bez swojego wyraźnego życzenia lub z powodu chorób psychicznych, demencji lub po prostu «starego wieku»”⁷⁷. W cytowanym przez Kusssmaula źródle brak jest jednak informacji o liczbie zgonów, które miałyby nastąpić bez wyrażonego życzenia. Znajdujemy tam natomiast informację o odsetkowym udziale wspomnianych grup pacjentów w całkowitej liczbie tych, którzy otrzymali lekarską pomoc w umieraniu: pacjenci z demencją stanowili 2%, z innymi schorzeniami psychicznymi: 1%, zaś z różnymi dolegliwościami związanymi ze starszym wiekiem (w żadnym razie nie chodzi o sam wiek): 3–4%. Całkowita liczba pacjentów, którym takiej pomocy udzielono, wyniosła 5 516⁷⁸. Na tej podstawie można bardzo łatwo obliczyć liczby bezwzględne (tab. 2).

Jak widać, dla żadnej z wartości umieszczonych w prawej kolumnie tabeli 2 określenie „setki” (l. mn.) nie jest poprawne. Oryginalne dane zaczerpnięto z oficjalnego raportu władz holenderskich, gdzie przedstawiają się one następująco: demencja – 109 pacjentów, pozostałe choroby psychiczne – 56 pacjentów, wielorakie zespoły geriatryczne (*multiple geriatric syndromes*) – 183 pacjentów⁷⁹.

W publikacji Sulmasy’ego i współpracowników napisano: „W latach 90. ponad 50% przypadków eutanazji nie było już dobrowolne”⁸⁰. W tym miej-

⁷⁷ W. Kusssmaul, *The Slippery Slope of Legalization of Physician-Assisted Suicide*, “Annals of Internal Medicine” 2017, nr 167, s. 595–596.

⁷⁸ Proszę zob. [online:] <https://www.dyingforchoice.com/resources/fact-files/netherlands-2015-euthanasia-report-card> [dostęp: 25.11.2022].

⁷⁹ Regional Euthanasia Review Committees (Netherlands) 2015, Annual report 2015, Arnhem [online:] www.euthanasiecommissie.nl [dostęp: 25.11.2022].

⁸⁰ D. Sulmasy, J. Travaline, L. Mitchell, W. Ely, *Non-faith-based...*, *op. cit.*

scu autorzy powołują się na publikację van der Maas i współpracowników⁸¹, w której opisano wyniki trzech niezależnych badań. Pierwsze obejmowało wywiad z reprezentatywną próbą lekarzy różnych specjalności (tych specjalności, których lekarze statystycznie najczęściej stwierdzają zgon). Drugie było skierowane do lekarzy, którzy zgłaszali zgony do rządowych statystyk. W przeciwieństwie do już wymienionych trzecie miało charakter prospektywny; uczestnicy przez 6 miesięcy raportowali stwierdzane przez siebie zgony. Oryginalne wyniki badaczy prezentuje tabela 3.

Niech e oznacza odsetek zgonów ogółem na skutek eutanazji, k – odsetek zgonów ogółem w wyniku działań podjętych bez wyraźnego żądania pacjenta, zaś x – udział odsetkowy zgonów bez wyraźnego żądania pacjenta w ogóle zgonów obejmujących bezpośrednie podanie przez lekarza środka kończącego życie. Wówczas:

$$\text{dla badania II } x_2 = \frac{k_2}{e_2 + k_2} = \frac{0,8}{1,7 + 0,8} = 0,32 = 32$$

$$\text{dla badania III } x_3 = \frac{k_3}{e_3 + k_3} = \frac{1,6}{2,6 + 1,6} \approx 0,38 = 38$$

$$\text{dla najlepszego oszacowania } x_o = \frac{k_o}{e_o + k_o} = \frac{0,8}{1,8 + 0,8} \approx 0,31 = 31$$

Ponadto Sulmasy i współpracownicy⁸² nie wspomnieli, że część przypadków podania środków skracających życie bez wyraźnego żądania pacjenta dotyczyła sytuacji, kiedy pacjent wyraźnie sobie tego życzył, lecz na wcześniejszym etapie choroby możliwość taka została wnikliwie z nim przedyskutowana.

Mając na uwadze przytoczone wyżej prace, warto zwrócić uwagę na wyrok Sądu Najwyższego Kanady (SNK) z 2015 r. w sprawie *Carter*.

⁸¹ P.J. van der Maas, J.J. Van Delden, L. Pijnenborg, C.W. Looman, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, "Lancet" 1991, nr 8768(338), s. 669–674.

⁸² D. Sulmasy, J. Travaline, L. Mitchell, W. Ely, *Non-faith-based...*, *op. cit.*

Gloria Taylor i inne osoby zarzuciły, że blankietowy zakaz LPU narusza m.in. prawo do życia, wolności i osobistego bezpieczeństwa oraz do równego traktowania. W tej kwestii SNK wypowiedział się już w sprawie *Rodriguez* w 1993 r., uznając, że wspomniany zakaz jest konieczny, aby chronić przed utratą życia ludzi słabszych i podatnych na skrzywdzenie. Orzekając w sprawie *Carter*, sąd pierwszej instancji przychylił się do skargi. Uznał brak etycznej różnicy pomiędzy LPU a rezygnacją z leczenia podtrzymującego życie. Tym samym nie wziął pod uwagę wyroku SNK w sprawie *Rodriguez*, co sąd drugiej instancji uznał za niesłuszne. Jednakże sam SNK uznał prawomocność rozstrzygnięcia sądu pierwszej instancji, wskazując na istotną zmianę okoliczności prawnych i faktycznych. Odniósł się do doświadczenia państw, w których zalegalizowano LPU, wskazując, że z licznych przeprowadzonych badań empirycznych nie wynika, aby dochodziło do nadużyć i błędów. Wskazał także, w jaki sposób zakaz LPU narusza prawo do życia: zmusza ludzi, aby popełnili samobójstwo wtedy, gdy ich cierpienie nie jest jeszcze nieznośne, z obawy, że później nie będą w stanie samodzielnie tego dokonać⁸³.

IV. Argument „z braku spójności” (błędnie określany jako jedna z wersji logicznej argumentacji „ze śliskiego zbrocza”)

Jones⁸⁴ twierdzi, że warunkiem koniecznym podjęcia decyzji o akceptacji bądź odrzuceniu prośby pacjenta o eutanazję jest ocena, czy byłoby dla niego lepiej, gdyby zmarł. Wówczas brak autonomii (u niekompetentnego pacjenta) w warunkach, gdy lekarz tak właśnie ocenia jego sytuację, skutkowałby koniecznością przeprowadzania niedobrowolnej eutanazji. W tym miejscu należy zauważyć, że nawet gdyby taki warunek był konieczny (tzn. lekarz musiał ustalić, co leży w interesie pacjenta

⁸³ J. Malczewski, *Prawo...*, *op.ncit.*; J. Malczewski, *Eutanazja i pomoc lekarza w samobójstwie* [w:] *System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 664.

⁸⁴ D.A. Jones, *Is...*, *op. cit.*; rekonstruuje on argumentację J. Keowna zawartą [w:] *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002.

w oderwaniu od jego preferencji; proszę zob. dalej), nie musi on wcale być wystarczający.

Callahan zauważa, że LPU uzasadnia się zazwyczaj poprzez odwołanie do autonomii i lekarskiego obowiązku łagodzenia cierpień pacjentów. Proponuje on, aby uzasadnienia te potraktować osobno⁸⁵. Dzięki temu rozszczępieniu uzyskuje się sofizmat rozszerzenia⁸⁶.

Podążając tym torem, Jones proponuje, aby – w przypadku odrzucenia wspomnianej wyżej propozycji – uznać z kolei warunek autonomii za wystarczający⁸⁷. W konsekwencji takiego rozwiązania z LPU mogłyby korzystać również osoby całkowicie zdrowe. Uzasadniając takie podejście, Callahan kwestionuje możliwość nakładania jakichkolwiek ograniczeń na samostanowienie jednostek⁸⁸.

Jak można zauważyć, wspomniani autorzy zmiierają do tego, aby warunki dopuszczalności eutanazji (proszę por. pkt II.2.1. niniejszej pracy) ograniczyć do jednego, który byłby całkowicie wystarczający. Dzięki temu powstałby model podatny na nadużycia, z których następnie dałoby się wywieść potrzebę utrzymania kryminalizacji LPU. Jak zauważa Daskal⁸⁹, pomijają oni zupełnie fakt, że życzenie pacjenta wiele wnosi do lekarskiego wyobrażenia o tym, co dla pacjenta dobre. Tenże autor posługując się przykładem wyboru opcji terapeutycznej z szerokiego wachlarza, ukazuje, że warunkiem koniecznym i zarazem wystarczającym do lekarskiej akceptacji decyzji pacjenta jest jej umiejscowienie w pewnym zakresie. Wynika z tego, że nie jest konieczne przeświadczenie lekarza, iż ta wybrana opcja jest najlepsza ze wszystkich dostępnych. Dowodzi on tym samym, że zbiory argumentów: za *A* i za *B*, choć mogą mieć wiele wspólnych elementów, nie są tożsame.

⁸⁵ D. Callahan, *Kiedy samostanowienie wpada w amok* [w:] *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Kraków 2009, s. 390.

⁸⁶ J. Malczewski, *Eutanazja...*, *op. cit.*

⁸⁷ D.A. Jones, *Is ...*, *op. cit.*

⁸⁸ D. Callahan, *Kiedy...*, *op. cit.*, s. 390.

⁸⁹ S. Daskal, *Support for Voluntary Euthanasia with No Logical Slippery Slope to Non-Voluntary Euthanasia*, "The Kennedy Institute of Ethics Journal" 2018, nr 1(28), s. 23–48.

V. Wnioski

W piśmiennictwie stosowana jest argumentacja, która przez samych ją używających albo inne osoby jest klasyfikowana jako „ze śliskiego zбочa”. Najogólniej, ostrzega ona przed przyzwoleniem na pewne (słuszne lub neutralne moralnie) działanie, gdyż może to nieuchronnie doprowadzić do przyzwolenia na działanie moralnie złe. Typowym jej zastosowaniem jest odwołanie od dekryminalizacji LPU, gdyż – zdaniem argumentujących – może to doprowadzić do powstania społecznej presji na słabsze grupy społeczne, aby wbrew swoim przekonaniom zgłaszały prośby o skorzystanie z LPU lub do akceptacji eutanazji niedobrowolnej (kończenia życia osób niekompetentnych bez ich wyraźnego żądania).

Czasem argumentacja ta opiera się na spekulacji. Zakłada ona wówczas, że akceptacja pewnego działania doprowadzi do zmian poglądów społeczeństw. Historycznym przykładem takiej sytuacji jest zniesienie niewolnictwa, które doprowadziło do akceptacji małżeństw międzyrasowych. Spekulujący wychodzą z założenia, że nasze aktualne przekonania są moralnie słuszne i z tego powodu chcą, aby przyszłe pokolenia również je podzielały. Tego typu argumentacja bywa oceniana jako paternalistyczna i antydemokratyczna.

Innym uzasadnieniem realności opisanych w pierwszym akapicie tego punktu prognoz jest odwołanie się do danych empirycznych. Wśród grup, które mogłyby dotknąć – wspomniana w pierwszym akapicie tego punktu – presja, najczęściej wymienia się: kobiety, osoby starsze, ubogich, mniejszości rasowe i narodowe, niepełnosprawnych czy chorych psychicznie. W Holandii i w belgijskiej Flandrii z LPU częściej korzystają mężczyźni, osoby poniżej 80. roku życia i posiadające wyższe wykształcenie. Jedna z prac wykluczyła również ryzyko tego typu nadużyć w Holandii w stosunku do osób chorych psychicznie. W stanie Oregon, który jako pierwszy dopuścił PAS, skorzystało z niego nieco więcej mężczyzn niż kobiet oraz ok. 1,5 raza więcej osób w wieku 65–74 lata niż >85. roku życia. Wśród nich większość stanowiły osoby ubezpieczone i należące do rasy europejskiej: w latach 1998–2020 wśród 1 905 zmarłych był(a) 1 Afroamerykanin/Afroamerykanka i 3 przedstawiciele Pierwszych

Narodów (raport używa określenia „amerykańscy Indianie”). Zbliżoną charakterystykę pacjentów podaje najnowszy raport stanu Waszyngton.

W niniejszym opracowaniu wspomniano również o argumencie „z braku spójności”, błędnie klasyfikowanym jako jeden z rodzajów argumentacji „ze śliskiego zbrocza”. W świetle omówionych prac ów „brak spójności” polega na istnieniu kilku warunków dopuszczalności LPU, z których żaden nie jest wystarczający. Stworzenie modelu z jednym wystarczającym warunkiem pozwoliłoby na powstanie nadużyć i stworzyło szansę na uzasadnienie potrzeby utrzymania karalności takiego postępowania.

Bibliografia

- 2021 *Death with Dignity Act Report* [online:] <https://doh.wa.gov/sites/default/files/2022-11/422-109-DeathWithDignityAct2021.pdf?uid=64015a8378ea3>.
- Annual report 2015, Regional Euthanasia Review Committees (Netherlands)*, Arnhem 2015 [online:] www.euthanasiecommissie.nl.
- Ashe G.P., *Response to “The slippery slope argument and medical assistance in dying”*, “Canadian Medical Association Journal” 2017, nr 189.
- Battin M.P., van der Heide A., Ganzini L., van der Wal G., Onwuteaka-Philipsen B.D., *Legal physician-assisted dying in Oregon and the Netherlands: evidence concerning the impact on patients in “vulnerable” groups*, “Journal of Medical Ethics” 2007, nr 33.
- Battin M.P., *The Least Worst Death. Essays in Bioethics on the End of Life*, Oxford 1994.
- Blackstone E., Youngner S.J., *When slippery slope arguments miss the mark: a lesson from one against physician-assisted death*, “Journal of Medical Ethics” 2018, nr 44.
- Brożek B., *Argument z równi pochyłej* [w:] J. Stelmach, B. Brożek, M. Soniewicka, W. Załuski, *Paradoksy bioetyki prawniczej*, Warszawa 2010.
- Calabró R.S., Naro A., de Luca R., Russo M., Caccamo L., Manuli A., Bramanti A., Bramanti P., *The Right to Die in Chronic Disorders of Consciousness: Can We Avoid the Slippery Slope Argument?*, “Innovations in Clinical Neuroscience” 2016, nr 3(11–12).

- Callahan D., *Kiedy samostanowienie wpada w amok* [w:] *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Kraków 2009.
- Cicely Saunders, opracował Tomasz Dangel [online:] https://www.hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1330_1142-cicelysaunders.pdf.
- Corbett M., *VSED: death with dignity or without?*, “Narrative Inquiry in Bioethics” 2016, nr 2(6).
- Clifford J., *Where is the argument for the conceptual slippery slope?*, “British Journal of Psychiatry” 2017.
- Chyrowicz B., *Argumentacja we współczesnych debatach bioetycznych*, „Diametros” 2009, nr 19.
- Daskal S., *Support for Voluntary Euthanasia with No Logical Slippery Slope to Non-Voluntary Euthanasia*, “The Kennedy Institute of Ethics Journal” 2018, nr 1(28).
- Emanuel E., Onwuteaka-Philipsen BD., Urwin JW., Cohen J., *Attitudes and Practices of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States, Canada, and Europe*, “JAMA Internal Medicine” 2016, nr 316(1).
- Gillon R., *Euthanasia in the Netherlands – down the slippery slope?*, “Journal of Medical Ethics” 1999, nr 25.
- Helgesson G., Lynøe N., Juth N., *Value-impregnated factual claims and slippery-slope arguments*, “Journal of Medicine, Healthcare and Philosophy” 2017, nr 20.
- Jain G., Sahni S., *Euthanasia: a review on worldwide legal status and public opinion*, “Criminology and Criminal Law Review” 2018, nr 1 [online:] <http://globalresearchpublishing.com/wp-content/uploads/2018/03/Euthanasia-a-review-on-worldwide-legal-status-and-public-opinion.pdf>.
- Jefferson A., *Slippery Slope Arguments*, “Philosophy Compass” 2014, nr 9–10.
- Jones D.A., *Is there a logical slippery slope from voluntary to nonvoluntary euthanasia?*, “Kennedy Institute of Ethics Journal” 2011, nr 4(21).
- Kelly B., *Author’s reply*, “British Journal of Psychiatry” 2017, nr 6(211).
- Komunikat z badań nr 142/2009, Centrum Badań Opinii Społecznej* [online:] https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_142_09.PDF,
- Kuhse H., *Eutanazja* (przel. A. Przyłuska-Fiszer) [w:] *Przewodnik po etyce*, red. P. Singer, red. nauk. wyd. pol. J. Górnicka, Warszawa 1998.
- Kusmaul W., *The Slippery Slope of Legalization of Physician-Assisted Suicide*, “Annals of Internal Medicine” 2017, nr 167.
- Lerner B., Caplan A., *Euthanasia in Belgium and the Netherlands. On a Slippery Slope?*, “JAMA Internal Medicine” 2015, nr 10(175).

- Lewis P., *The Empirical Slippery Slope from Voluntary to Non-Voluntary Euthanasia*, "Journal of Law, Medicine & Ethics" 2007, nr 35.
- van der Maas P.J., Van Delden J.J., Pijnenborg L., Looman C.W., *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, "Lancet" 1991, nr 338.
- Malczewski J., *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Malczewski J., *Eutanazja i pomoc lekarza w samobójstwie [w:] System Prawa Medycznego. Tom II. Część 2. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. nauk. M. Boratyńska i P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Malczewski J., *Prawo do śmierci po wyroku Sądu Najwyższego Kanady w sprawie Carter*, „Przegląd Prawa Medycznego“ 2019, nr 2.
- Marrone M., Berardi P., Solarino B., Ferorelli D., Corradi S., Silvestre M., Pia De Luca B., Stellaci A., Dell’Erba A., *Italian Legal Euthanasia: Unconstitutionality of the Referendum and Analysis of the “Italian” Problem*, "Front. Socjol." 2022, nr 7.
- Mroz S., Dierickx S., Deliens L., Cohen J., Chambaer K., *Assisted dying around the world: a status quaestionis*, "Ann Palliat Med" 2021, nr 10(3).
- Onwuteaka-Philipsen B.D., Brinkman-Stoppelenburg A., Penning C., de Jong-Krul G.J.F., van Delden J.J.M., 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, nr 380.
- Oregon Death with Dignity Act 2021 Data Summary* [online:] <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATION-RESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>.
- Potter J., *The psychological slippery slope from physician-assisted death to active euthanasia: a paragon of fallacious reasoning*, "Medicine, Health Care and Philosophy" 2019, nr 22.
- Reggler J., *The slippery slope argument and medical assistance in dying*, "Canadian Medical Association Journal" 2017, nr 189.
- Rijetens J., Deschepper R., Pasma R., Deliens L., *A medical end-of-life decisions: Does it use differ in vulnerable patient groups? A systematic review and meta-analysis*, "Social Science & Medicine" 2012, nr 74.
- Rurup M.L., Buiting H.M., Roeline H., Pasma W., van der Maas P.J., van der Heide A., Onwuteaka-Philipsen B.D., *The Reporting Rate of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. A Study of the Trends*, „Med Care“ 2008, nr 46.
- Sharma R.B., *To legalize physician-assisted suicide or not? – a dilemma*, "Journal of Clinical Forensic Medicine" 2003, nr 10.

Sulmasy D., Travaline J., Mitchell L., Ely W., *Non-faith-based arguments against physician-assisted suicide and euthanasia*, "The Linacre Quarterly" 2016, nr 83(3).

Wichrowski M., *Wnioskowanie równi pochyłej a etyka medyczna*, „Etyka” 1994, nr 27.

Zimbelman J., *Changing the Present Legal Prohibitions on Assisted Suicide Is a Bad Idea*, "Journal of Professional Nursing" 1999, nr 3(15).

Strony internetowe [dostęp: 02.03.2023]

<http://www.dyingforchoice.com/resources/fact-files/netherlands-2015-euthanasia-report-card>

<https://www.health.vic.gov.au/patient-care/voluntary-assisted-dying-overview>

<https://ww2.health.wa.gov.au/voluntaryassisteddying>

<https://www.health.tas.gov.au/health-topics/voluntary-assisted-dying>

<https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/voluntary-assisted-dying/explained/overview>

<https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/services/primary+and+specialised+services/voluntary+assisted+dying/voluntary+assisted+dying+in+south+australia>

<https://www.health.nsw.gov.au/voluntary-assisted-dying/Pages/voluntary-assisted-dying-in-NSW.aspx>

<https://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/assisted-dying-service>

<https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2021-02-09/spain-bill-on-euthanasia-and-assisted-suicide-approved-by-congress-of-deputies-moves-to-senate-for-consideration/>

<https://www.rte.ie/news/world/2021/0318/1204640-spain-euthanasia/>

<https://www.bbc.com/news/world-europe-59847371>

<https://www.angloinfo.com/how-to/netherlands/housing/postal-system>

<https://apnews.com/article/legislature-michelle-lujan-grisham-legislation-assisted-suicide-new-mexico-62bfb8e52a96ba46c23f6ae35cabdb5a>

TABELE

Tabela 1. Państwa, w których zalegalizowano lub zdekryminalizowano lekarską pomoc w umieraniu

Eutanazja	Lekarska pomoc w samobójstwie
Ameryka Południowa	
Kolumbia	Kolumbia
Ameryka Północna	
	USA: Oregon Waszyngton Montana ¹ Vermont Kalifornia Dystrykt Kolumbii Kolorado Hawaje Maine New Jersey Nowy Meksyk
Kanada	Kanada
Australia i Oceania	
Australia: Wiktoria Australia Zachodnia Tasmania Queensland Australia Południowa Nowa Południowa Walia	Australia: Wiktoria Australia Zachodnia Tasmania Queensland Australia Południowa Nowa Południowa Walia
Nowa Zelandia	Nowa Zelandia
Azja	
(Japonia) ²	

Europa	
	Szwajcaria ³
Holandia	Holandia
Belgia	(Belgia) ⁴
Luksemburg	Luksemburg
	Niemcy ¹
	Włochy ¹
Hiszpania	Hiszpania
	Austria

Objaśnienia

¹ Niezalegalizowane ustawą, lecz niekarane w związku z orzeczeniami sądów.

² Jeden z lokalnych sądów sformułował zasady, których spełnienie zwalnia sprawcę z odpowiedzialności karnej za dokonanie eutanazji: (1) Pacjent musi cierpieć z powodu nieznośnego fizycznego bólu. (*The patient must be suffering from unbearable physical pain.*), (2) Śmierć musi być nieunikniona i bliska. (*Death must be inevitable and drawing near.*), (3) Pacjent musi wyrazić zgodę. (*The patient must give consent.*), (4) Lekarz musi wyczerpać wszelkie inne środki łagodzenia bólu. (*The physician must have exhausted all other measures of pain relief.*)

³ Warunkiem niekaralności jest altruistyczna motywacja sprawcy.

⁴ Niezalegalizowane ustawą, lecz traktowane jako eutanazja przez Federalny Komitet Kontroli i Ewaluacji Eutanazji (Federal Control and Evaluation Committee for Euthanasia)

Przedstawiona w tabeli kolejność państw w obrębie kontynentów (i jednostek administracyjnych w obrębie państw federalnych) odzwierciedla chronologiczny porządek uchwalania aktów prawnych / wydawania orzeczeń sądowych.

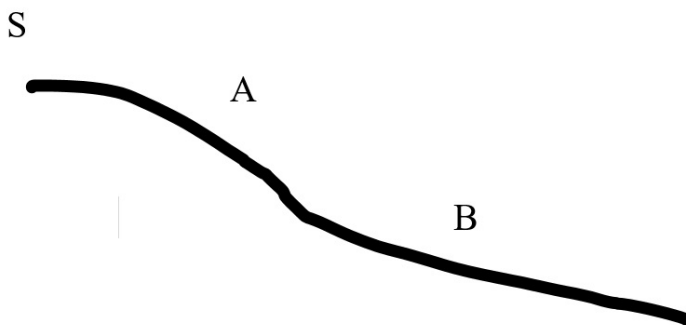
Tabela 2. Obliczenia własne dokonane na podstawie danych ze strony internetowej: <http://www.dyingforchoice.com/resources/fact-files/netherlands-2015-euthanasia-report-card>

	Działanie matematyczne	Liczba pacjentów po zaokrągleniu do całości
Demencja	$0,02 \times 5516$	111
Choroby psychiczne inne niż demencja	$0,01 \times 5516$	55
Dolegliwości związane ze starszym wiekiem	$0,03 \times 5516$ $0,04 \times 5516$	średnia 193

Tabela 3. Fragment tabeli nr 1 [z:] P.J. van der Maas, J.J. Van Delden, L. Pijnenborg, C.W. Looman, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*, "Lancet" 1991, nr 338, s. 669–674

Badanie	I	II	III	Najlepsze oszacowanie
Eutanazja	1,9 %	1,7 %	2,6 %	1,8 %
Lekarska pomoc w samobójstwie	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %
Działania kończące życie bez wyraźnego żądania pacjenta	nie może być obliczona na podstawie zebranych danych	0,8 %	1,6 %	0,8 %

Rycina 1.



Zasadność argumentu „śliskiego zbocza” (równi pochyłej) przeciwko dopuszczalności lekarskiej pomocy w umieraniu

Argument „śliskiego zbocza” jest często używany w debatach etycznych, a jeszcze częściej w przestrzeni publicznej jako krytyka lekarskiej pomocy w umieraniu. Istotą tej argumentacji jest pokazanie, że akceptacja jednego naprawdę słusznego działania musi nieuchronnie prowadzić do akceptacji drugiego – naprawdę złego. Daje się to uzasadnić na dwa sposoby. Po pierwsze poprzez przedstawienie odpowiednich danych empirycznych, po drugie – przez wykazanie, że rozróżnienie między dwoma wyżej wymienionymi działaniami jest całkowicie arbitralne, a następnie zakładając, że ta arbitralność musi prowadzić do nieefektywności takiej granicy. Argument ten jest używany w niewłaściwy sposób. Przede wszystkim posługują się nim ludzie, którzy uważają, że oba działania są złe. Postanowili użyć tej argumentacji, aby ukryć swoje prawdziwe poglądy (np. że samobójstwo jest niemoralne z powodu wiary religijnej). Inni przekształcili argument „śliskiego zbocza” w zupełnie inny, zwany „rozróżnieniem bez zasad” (ten został jedynie wspomniany w niniejszym opracowaniu). Dane zebrane w wielu badaniach dowodzą, że nie ma empirycznego poślizgu między akceptacją pomocy lekarza w umieraniu a rozwojem presji społecznej na grupy wrażliwe, aby prosiły o takie procedury. Właściwie wykazano coś zupełnie przeciwnego: że osoby z kategorii wykluczonych mają utrudniony dostęp do eutanazji czy samobójstwa wspomaganego przez lekarza.

Słowa kluczowe: śliskie zbocze, równia pochyła, lekarska pomoc w umieraniu, skutki

Abstract

Slippery slope argument against physician's assistance in dying is often used in ethical debates and even more often in public space. The essence of this argumentation is to show that acceptance of one truly right action

must unavoidably lead to acceptance of one truly wrong action. It can be justified in two ways. Firstly, by showing an appropriate empirical data and secondly, by demonstrating that the distinction between two above mentioned actions is totally arbitrary and then presuming that this arbitrariness must lead to inefficiency of such border.

This argument is used in inappropriate ways. First of all, it is used by people who think that both actions are wrong. They decided to use this argumentation in order to hide their real views (e.g. that suicide is immoral because of religious faith). Others have transform slippery slope argument into a very different one called “non-principled distinction”. This one was only mentioned in this article. Secondly, data collected by many studies has shown that there is no empirical slippery slope from the acceptance of physician’s assistance in dying to development of social pressure on vulnerable groups to ask for such procedures. Actually something the opposite: has been shown The excluded people have more difficult access to euthanasia or physician-assisted suicide.

Keywords: slippery slope, physician’s assistance in dying, consequences