

Kryteria dyferencjacji dozwolonego od niedozwolonego zaniechania terapii – aspekty socjologiczne i prawne

1. Wprowadzenie

Zgodnie z powszechnie przyjętym przekonaniem, celem leczenia jest przywrócenie zdrowia, wydłużenie życia lub zmniejszenie cierpień osoby chorej. Pojęcie „leczenie” utożsamiane jest więc z podejmowaniem różnorodnych czynności, które mają zakończyć się osiągnięciem celów terapeutycznych, takich jak wyzdrowienie, istotna poprawa czy stabilizacja stanu pacjenta³. Należy się jednak zastanowić, co w sytuacji, gdy założonego celu leczenia nie da się już osiągnąć, natomiast dalsze leczenie pacjenta wiąże się z przysporzeniem mu dodatkowego cierpienia. Brak wyczerpujących regulacji prawnych co do standardów postępowania z pacjentem u kresu jego życia może w konsekwencji prowadzić do niewłaściwych wniosków w społeczeństwie, w tym także w środowisku lekarskim, np. synonimicznego traktowania odstąpienia od uporczywej terapii oraz eutanazji biernej.

Problem kresu życia i wyznaczenia punktu krytycznego, w którym nie ma już szans na dalsze skuteczne leczenie, stanowi istotny punkt sporów, zarówno w zakresie prawa, jak i medycyny, czego najlepszym dowodem są przypadki pacjentów, które zostały nagłośnione w mediach⁴. Należy bowiem rozważyć, czy jeśli istnieje choćby nie-

¹ Doktorantka na Wydziale prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Zakładzie Prawa Konstytucyjnego. ORCID 0000-0002-7987-3626.

² Doktorantka na Wydziale prawa i Administracji Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Katedrze Prawa Cywilnego, Handlowego i Ubezpieczeniowego, ORCID 0000-0003-1681-3631.

³ P. Sobański, *Czym jest uporczywa terapia?*, <http://www.ptb.org.pl>, 25.09.2018.

⁴ Dyskusję na temat uporczywej terapii zapoczątkowała m.in. sprawa 86-letniej **Helgi Wanglie**. Kobieta przez kilka miesięcy pozostawała podłączona do respiratora, jednak była przytomna. Po pogorszeniu się jej stanu i utracie uległości, jak i zdiagnozowaniu u niej rozległych i nieodwracalnych uszkodzeń mózgu, lekarze zaproponowali rodzinie pacjentki zakończenie terapii podtrzymującej życie. Rodzina jednak odrzuciła tę propozycję. Po kilku miesiącach, sprawa została skierowana do sądu, który wyznaczył na opiekuna Helgi Wanglie jej męża. Pacjentka jednak zmarła kilka dni po tym wydarzeniu.

Przypadkiem, który w ostatnim czasie wywołał najwięcej kontrowersji, była sprawa **Alfiego Evansa**, niespełna dwuletniego chłopca. Cierpiał on na niezdiagnozowaną neurologiczną chorobę, która niszczyła jego układ nerwowy. Alfie Evans po raz pierwszy trafił do szpitala, gdy miał pół roku i od tamtego czasu jego stan ulegał pogorszeniu. Po kilku miesiącach prób leczenia, lekarze zaproponowali zaprzestanie dalszej terapii, na co rodzice dziecka nie wyrazili zgody. W grudniu 2017 roku, opierając się na uznaniu stanu dziecka jako wegetatywny, szpital rozpoczął starania o odebranie praw rodzicielskich rodzicom chłopca i wydanie zgody na odłączenie go od aparatury podtrzymującej życie. Sąd przychylił się do wniosku szpitala. Rodzice dziecka skierowali sprawę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, który jednak nie dopatrzył się naruszenia praw człowieka. Alfie Evans został ostatecznie odłączony od aparatury dnia 23 kwietnia 2018 r. Chłopiec zmarł po kilku dniach od odłączenia od aparatury. **Sprawa wywołała poruszenie społeczne oraz burzliwe dyskusje doty-**

wielka szansa na wyleczenie lub poprawę stanu pacjenta, można taką sytuację mimo wszystko uznać za terapię uporczywą lub daremną⁵.

Niewątpliwie, rozwój nauki spowodował powstanie nowych wyzwań w zakresie prawnej ochrony życia i granic tej ochrony, co wiąże się także z powstawaniem coraz to nowych sytuacji, które wymagają regulacji prawnych⁶. **Celem artykułu jest odpowiedź na pytania, czy w pewnych okolicznościach lekarz może pozwolić pacjentowi umrzeć, czyli kiedy lekarz powinien odstąpić od terapii a kiedy, odstępując od niej, naraża się na odpowiedzialność karną, cywilną lub dyscyplinarną.** Analiza powyższych zagadnień utrudniona jest z uwagi na możliwości, jakie oferuje współczesna medycyna, m.in. podtrzymywania funkcji życiowych człowieka. Sytuację dodatkowo komplikują okoliczności, w których pacjent znajduje się w stanie braku faktycznej zdolności do decydowania o swoim stanie zdrowia. W tym miejscu rodzi się kolejne pytanie o skuteczność wcześniej wyrażonych przez pacjenta dyrektyw antycypowanych dotyczących zaniechania lub kontynuowania terapii u kresu życia. Autorki – również w tym zakresie – przedstawiają postulaty *de lege ferenda*.

2. Zaniechanie uporczywej terapii oraz eutanazja w opinii społecznej

Centrum Badania Opinii Społecznej (dalej: **CBOS**) przeprowadziło badania⁷, w których zapytało swoich respondentów, co rozumieją pod pojęciem uporczywej terapii, uporczywego leczenia oraz eutanazji. Zgodnie z wynikami tych badań aż 36% respondentów nie miało żadnych skojarzeń z określeniem „zaniechanie uporczywej terapii”, część wskazywała na ogólne skojarzenia z medycyną czy służbą zdrowia (8%), a także z przewlekłą oraz nieuleczalną chorobą (5%). Natomiast grupa 22% respondentów kojarzyła zaniechanie uporczywej terapii z przerwaniem leczenia, część jednak wiązała przerwanie terapii z brakiem dostępu do leczenia (5%), część z brakiem pieniędzy na leczenie (3%). Natomiast 7% badanych utożsamiało zaniechanie terapii ze śmiercią. Spora część badanych (9%) łączy termin „zaniechania uporczywej terapii” z eutanazją, skróceniem życia oraz uśmierceniem⁸.

czące godności człowieka związanej ze sztucznym przedłużaniem życia u nieuleczalnie chorych osób. Z jednej strony bowiem podkreślano, że chłopiec był w stanie terminalnym i nie istniała szansa na poprawę jego stanu zdrowia a jedynie przedłużano jego cierpienia spowodowane leczeniem, z drugiej natomiast uważano, że chłopiec został potraktowany przedmiotowo i pozbawiono go godności, przysługującej każdemu człowiekowi. Zob. m.in.: *Alfie Evans. Cierpiące dziecko stworzyło okazję, by bez wzięcia odpowiedzialności prawica mogła deklarować wielkie wartości*, <http://wyborcza.pl/7,75968,23345255,alfie-evans-cierpiace-dziecko-stworzylo-okazje-by-bez-wziecia.html>, 10.06.2018; *Alfie Evans: Ofiara kultury odrzucenia*, <http://www.tp.pl/Publicystyka/304269847-Alfie-Evans-Ofiara-kultury-odrzucenia.html>, 9.06.2018.

⁵ B. Chyrowicz, *Etyka a możliwości współczesnej medycyny*, w: *Instytucje Prawa Medycznego. System Prawa Medycznego*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis/el 2018, s. 89.

⁶ M. Różański, *Prawo do życia w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 r.*, „Polski Rocznik Praw Człowieka i Prawa Humanitarne” 2015, nr 6, s. 257.

⁷ Badanie przeprowadzono w dniach 8–17 listopada 2012 r. na grupie liczącej 952 osoby – dorosłych mieszkańców Polski.

⁸ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Zaniechanie uporczywej terapii a eutanazja – Komunikat z badań CBOS*, sygn. BS/3/2013, Warszawa 2013, s. 4–6, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_003_13.PDF, 25.09.2018.

Termin „eutanazja” nie budził już tak sporych rozbieżności interpretacyjnych i jednoznacznie kojarzony był z pojęciem śmierci (49% badanych). Węższa grupa ankietowanych, tj. 26% respondentów, utożsamiała eutanazję nie tyle ze śmiercią, co ze śmiercią na żądanie, w tym zdecydowana większość ze śmiercią na żądanie pacjenta (25%); na żądanie rodziny (2%) oraz za zgodą lekarza (1%). Ponadto, respondenci posługiwali się silnie nacechowanymi emocjonalnie lub niejednoznacznie określeniami, takimi jak śmierć, doprowadzenie do śmierci, przerwanie życia. Natomiast 5% badanych uznało eutanazję za morderstwo. Dodatkowo, dla 5% respondentów eutanazja kojarzyła się głównie z przerwaniem leczenia⁹.

Co ciekawe, respondentom przedstawiono do oceny również poszczególne sytuacje pacjentów, które to sytuacje należało zakwalifikować w ankiecie albo jako eutanazję albo zaniechanie uporczywej terapii, a nadto – w ocenie ankietowanych – za dopuszczalne lub niedopuszczalne. I tak, „podanie przez lekarza środków przyspieszających śmierć ciężko i nieuleczalnie choremu, cierpiącemu pacjentowi, jeśli jest w pełni świadomy i o to prosi” 32% ankietowanych zakwalifikowało jako eutanazję, 34% – raczej określiłoby jako eutanazję; natomiast tylko 5% ankietowanych zakwalifikowało tę sytuację jako zaniechanie uporczywej terapii, a 10% – raczej określiłoby tę sytuację jako zaniechanie uporczywej terapii. Niepokojące jest to, że aż 11% respondentów nie miało na ten temat żadnego zdania¹⁰. Tę samą sytuację jednocześnie oceniono jako: zdecydowanie niedopuszczalną (18%), raczej niedopuszczalną (21%), zdecydowanie dopuszczalną (18%), raczej dopuszczalną (35%). Bardziej zrównoważone oceny padły w kontekście innej sytuacji, tj. „odłączenia specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, który jest od wielu tygodni nieprzytomny, ma uszkodzony mózg i wiadomo, że nigdy nie będzie mógł żyć normalnie, jeśli rodzina pacjenta się na to zgadza”. Powyższą sytuację 19% respondentów oceniło jako eutanazję, a 28% respondentów raczej oceniłoby jako eutanazję; natomiast 22% ankietowanych utożsamiało tę sytuację z zaniechaniem uporczywej terapii, a 13% raczej oceniłoby tę sytuację z zaniechaniem uporczywej terapii. I tutaj grono respondentów bez zdania jest wysokie, bo wynosi 12%. „Rezygnacja z chemioterapii w przypadku pacjenta w zaawansowanym, nierokującym poprawy stadium choroby nowotworowej, mającego przerzuty nowotworu do innych narządów” jest zdecydowanie eutanazją w ocenie 10% ankietowanych, a w ocenie dalszych 16% – raczej eutanazją, natomiast 34% ankietowanych oceniło tę sytuację jako zaniechanie uporczywej terapii, a 14% – nie miało na ten temat żadnego zdania¹¹. Jednocześnie, powyższa sytuacja oceniona została jako: zdecydowanie niedopuszczalna (18%), raczej niedopuszczalna (29%), zdecydowanie dopuszczalna (14%) oraz raczej dopuszczalna (27%).

Brak pełnej wiedzy w społeczeństwie co do standardów postępowania z pacjentem u kresu życia prowadzi w konsekwencji do wniosku, że pojęcia „odstąpienia od uporczywej terapii” oraz „eutanazji” traktowane są często synonimicznie. Na podstawie przedstawionych badań można wywnioskować, że **Polacy mają jedynie ogólną orientację na temat zaniechania uporczywej terapii oraz eutanazji**. Samo przerwanie leczenia wiąże się głównie z negatywnymi skojarzeniami, takimi jak brak

⁹ Ibidem, s. 6–8.

¹⁰ Ibidem, s. 9.

¹¹ Ibidem.

dostępu do leków lub specjalisty czy brak środków na dalsze leczenie. Oznacza to, że termin zaniechanie uporczywej terapii może mieć równie negatywne skojarzenia jak sama eutanazja, co szczególnie może być pogłębione niewielką znajomością stanowiska Kościoła katolickiego w tej sprawie¹². Opinia społeczeństwa jest natomiast kształtowana głównie przez medialne doniesienia, a także styczność z umierającymi bliskimi. Co więcej, **ze sporymi trudnościami wiązała się kwalifikacja w ankiecie konkretnych sytuacji leczniczych jako eutanazji albo zaniechania uporczywej terapii. Sporo osób nie potrafiło jednoznacznie określić swojego stanowiska w tej sprawie lub nie miało wcale zdania na ten temat.** Odpowiedzi w zbliżonych liczbach w tym zakresie padały tam, gdzie sytuacje pacjentów były mniej oczywiste, np. „odłączenie od aparatury podtrzymującej życie w przypadku, gdy pacjent ma uszkodzenia mózgu i jest nieprzytomny”. Co ciekawe, tę samą sytuację, która w ocenie większej liczby ankietowanych zakwalifikowana została jako zaniechanie uporczywej terapii jednocześnie najczęściej oceniano jako niedopuszczalną lub raczej niedopuszczalną.

Natomiast sytuację, która w ocenie większej liczby ankietowanych zakwalifikowana została jako eutanazja w przeważającej liczbie głosów oceniono jako dopuszczalną lub raczej dopuszczalną. Prowadzi to do konkluzji, że **działania polegające na odstąpieniu od uporczywej terapii spotykają się ze społeczną dezaprobatą. Wyraźne są natomiast tendencje do uznawania – w ocenie społecznej – działań eutanatycznych lub wspierających samobójstwo pacjenta za działania dopuszczalne.** Prowadzi to do rozbieżności pomiędzy społecznymi ocenami zjawisk i sytuacji a stanem prawnym je regulującym – o czym w dalszej części artykułu – a co, być może, powinno skłonić ustawodawcę do podjęcia legislacyjnej interwencji.

3. Zaniechanie uporczywej terapii i eutanazja w Konstytucji RP oraz Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności

Ochrona życia jest wpisana w istotę demokratycznego państwa, wywodzi się także z przyrodzonej godności ludzkiej. Na podstawowy charakter prawnej ochrony życia wskazuje także orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego (dalej: **TK**) m.in. w wyroku z dnia 23 marca 1999 r. o sygn. K 2/98, czy w wyroku z dnia 7 stycznia 2004 r. o sygn. K 14/03¹³.

Rozważania na temat konstytucyjnych aspektów ochrony życia ludzkiego w kontekście zaniechania uporczywej terapii i eutanazji należy rozpocząć od art. 38¹⁴ Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹⁵ (dalej: **Konstytucja** lub **Konstytucja RP**). Prawo do życia stanowi najważniejsze prawo dla każdego człowieka, jak i podstawę dla respektowania innych praw człowieka. Treść artykułu 38 Konstytucji RP jest jednak na tyle ogólna, że nie rozstrzyga istotnych problemów, tj. m.in. początku i końca życia. Prawo do życia

¹² Ibidem, s. 17–18.

¹³ L. Garlicki, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz. Art. 38, t. II*, wyd. II, Lex/el 2016.

¹⁴ Zgodnie z treścią art. 38 Konstytucji RP, Rzeczypospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia.

¹⁵ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483.

przysługuje jednak każdemu człowiekowi, a jego ochronę może zapewnić jedynie prawodawca drogą ustawy¹⁶. Kolejnym przepisem Konstytucji, bezpośrednio odnoszącym się do rozważanego tematu, jest art. 30 Konstytucji RP, wskazujący na nienaruszalność i poszanowanie godności każdego człowieka¹⁷. Konstytucja RP nie zawiera legalnej definicji godności. Należałoby wiązać pojęcie godności z szacunkiem dla biologicznego życia, ale także należy utożsamiać to pojęcie także z wolnością, prawem do dobrego imienia itd.¹⁸ Należy zatem podkreślić istotny związek pomiędzy życiem człowieka a jego przyrodzoną godnością, przede wszystkim dlatego, że z ochroną życia związana jest ochrona wszelkiej podmiotowości prawnej. Doktryna wskazuje wręcz na tożsamość zakresową norm, które mają gwarantować godność, jak i prawo do życia. Nie ma bowiem możliwości wydzielenia grupy ludzi pozbawionych godności i jednocześnie nieposiadających prawa do ochrony życia¹⁹. Z uwagi na szerokie pojmowanie pojęcia godność, na potrzeby niniejszego artykułu, Autorki przyjęły, że pod pojęciem „godności” należy rozumieć poszanowanie człowieczeństwa i odpowiednie traktowanie pacjenta²⁰.

Zgodnie z orzecznictwem TK, prawna ochrona życia ma wieloaspektowy charakter. Przede wszystkim, TK podkreśla wiążący charakter dyrektywy interpretacyjnej, zgodnie z którą, w przypadku wystąpienia jakichkolwiek wątpliwości co do zakresu ochrony życia ludzkiego, należy rozstrzygać na rzecz tej ochrony²¹. Niedopuszczalne jest także różnicowanie wartości życia ludzkiego. Należy tu także wskazać na silny związek z art. 68 Konstytucji RP²², określającym prawo do ochrony zdrowia, czyli prawo do zachowania życia, a także jego obrony, gdy jest to konieczne²³.

W świetle obecnie obowiązującej Konstytucji RP należy także zauważyć, że ochrona życia ludzkiego obejmuje wszystkich ludzi i to niezależnie od ich rozwoju fizycznego czy psychicznego²⁴. Artykuł 38 Konstytucji RP wyklucza możliwość dokonania eutanazji, nawet w sytuacji ciężkiej choroby, gdy nie ma już szans na wyleczenie, co wiąże się także z zakazem zaniechania leczenia. Należy także wskazać, iż nakazywanie lekarzom w formie norm prawnych podejmowania tego rodzaju kroków, mogłoby, zgodnie z komentarzami doktryny, naruszać ochronę godności tych lekarzy²⁵. Należy także wskazać, że za zakazem jakiegokolwiek formy eutanazji, przemawia także to, że żadna z wartości wskazanych w art. 31 ust. 3 Konstytucji RP²⁶ nie uzasadnia możliwo-

¹⁶ M. Różański, op. cit., s. 259–260.

¹⁷ Zgodnie z treścią art. 30 Konstytucji RP, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych.

¹⁸ B. Chyrowicz, *Etyka a możliwości współczesnej medycyny*, w: *Institucje prawa medycznego. System prawa medycznego*, t. I, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis/el 2018, s. 28.

¹⁹ *Konstytucja RP. Tom 1. Komentarz art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2016, s. 740.

²⁰ K. Wroński, *Prawo chorego do umierania w spokoju i godności. Nowotwory*, „Journal of Oncology” 2007, vol. 57, s. 725; A. Jacek, *Pomoc chorym w stanach terminalnych. Komentarz do art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej*, „Medyczna Wokanda” 2014, nr 6, s. 22.

²¹ Zgodnie z łacińską paremią: *in dubio pro vita humana*.

²² Zgodnie z treścią art. 68 ust. 1 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

²³ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. o sygn. K 14/03, p. 4.1.

²⁴ M. Różański, op.cit., s. 265.

²⁵ L. Garlicki, op.cit.

²⁶ Zgodnie z treścią art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony

ści ograniczenia prawa do ochrony życia ludzkiego, tak samo jak uzasadnieniem dla eutanazji nie może być poszanowanie prawa do prywatności jednostki, wynikającego z art. 47 Konstytucji RP²⁷. W nawiązaniu do uporczywej terapii należy dodać, że doktryna uważa ją za dopuszczalną i zgodną z przepisami Konstytucji RP. Wiąże się to z zasadą nienaruszalności godności ludzkiej, a także z możliwością ograniczenia prawa do ochrony życia ludzkiego. Dotyczy to jednak głównie sytuacji, gdy stosowana terapia nie ma charakteru leczniczego, a uporczywe podtrzymywanie funkcji życiowych pacjenta godzi w zasadę ochrony godności ludzkiej, czyli w tym przypadku, prawo do godnego umierania²⁸.

Podsumowując, należy wskazać, że wszelkie próby wprowadzenia do systemu prawnego w Polsce możliwości wykonania eutanazji, w jakiegokolwiek jej formie, musiałyby wiązać się ze zmianą kierunku wykładni art. 38 Konstytucji RP²⁹. W chwili obecnej zatem, na gruncie obowiązującej w Polsce Konstytucji, za dopuszczalne można jedynie uznać przerwanie uporczywej terapii.

Natomiast, według standardów Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: **Konwencja**), człowiek nie ma możliwości swobodnego dysponowania własnym życiem w zakresie decyzji co do jego nienaturalnego zakończenia. Takie też stanowisko przyjmuje Europejski Trybunał Praw Człowieka (dalej: **ETPC**) w sprawie *Pretty v. Zjednoczone Królestwo*³⁰, w którym ETPC orzekł, że prawo do życia³¹ nie obejmuje prawa do śmierci i w związku z tym nie należy wyprowadzać z prawa do życia zasady decyzyjności jednostki o jego skróceniu. Osoba umierająca może jedynie, w ramach swojej autonomii, odmówić dalszego wobec niej leczenia, nawet w sytuacji, gdy konsekwencją tej odmowy jest śmierć. ETPC dopuszcza więc postawę akceptującą nadejście śmierci naturalnej, postawę niedoprowadzania do przyspieszenia śmierci. Możliwość odmowy zgody na interwencję medyczną wynika z art. 8 Konwencji.

Zagadnienie zakończenia leczenia stało się przedmiotem rozstrzygnięcia ETPC w wyroku w sprawie *Lambert i inni v. Francji*³², w którym ETPC przyznał każdemu

środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.

²⁷ Zgodnie z treścią art. 47 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego, rodzinnego, czci i dobrego imienia oraz do decydowania o swoim życiu osobistym.

²⁸ T. Sroka, *Komentarz do art. 38 Konstytucji RP*, w: *Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86*, red. M. Safjan, L. Bosek, Legalis/el 2016.

²⁹ A. Ławniczak, *Komentarz do art. 38 Konstytucji RP*, w: *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, red. M. Haczkowska, Lex/el 2014.

³⁰ Skarga nr 2346/02. ETPC uznał, że prawo do życia ma charakter fundamentalny, bo jest warunkiem korzystania z innych praw. Są sytuacje, w których istnieje możliwość pozbawienia człowieka życia, ale one są ściśle określone w Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej: **Konwencja**). Jak słusznie wskazuje M. Grzymkowska: „wobec tego, treść art. 2 Konwencji nakłada wymóg respektowania ludzkiego życia nie tylko na organy państwowe, ale też zobowiązuje państwo do zabezpieczenia przed ewentualnymi naruszeniami tego prawa przez jakiegokolwiek inne podmioty”, w: *Prawo do śmierci w świetle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w sprawie Diane Pretty v. Wielka Brytania*, „Problemy Współczesnego Prawa Międzynarodowego, Europejskiego i Porównawczego” 2003, nr 1, s. 100.

³¹ Prawo do życia chronione jest treścią art. 2 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

³² Wyrok Wielkiej Izby Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 5 czerwca 2015 r. w sprawie *Lambert i inni* przeciwko Francji, skarga nr 46043/14.

człowiekowi prawo do umierania rozumianego jako prawo do odejścia śmiercią naturalną i do przeciwstawienia się próbom podtrzymania życia za wszelką cenę. Sprawa ta dotyczyła zaprzestania sztucznego odżywiania pacjenta, na które zdecydowali się lekarze wraz z żoną pacjenta, na co z kolei nie zgadzali się rodzice, siostra oraz przyrodni brat pacjenta. W sprawie tej po raz pierwszy została dopuszczona możliwość, jak to uznano w zdaniu odrębnym do wyroku, zastosowania eutanazji biernej, choć sam Trybunał uznał, że sprawa dotyczyła zaprzestania leczenia podtrzymującego życie³³. Była to pierwsza sprawa rozpatrywana przez sąd międzynarodowy, dotycząca odłączenia pacjenta od sztucznego odżywiania i nawadniania³⁴.

W wyroku tym ETPC rozpatrywał możliwość kontynuowania podtrzymywania życia pacjenta, który nie ma faktycznej zdolności do samodzielnego wyrażenia w tym zakresie własnej decyzji. ETPC zauważył, że zawsze na pierwszym miejscu powinna być stawiana wola pacjenta, nawet w sytuacji, gdy nie jest on w stanie jej wyrazić. W danej sprawie Trybunał uznał za wystarczające zeznania żony pacjenta oraz jego brata, z których wynikało, że pacjent wyrażał wolę odłączenia od aparatury, do uznania, że taka była jego rzeczywista decyzja. Wskazany wyrok nie był jednak jednoznaczny i pięcioro sędziów³⁵ wyraziło swoje zdanie odrębne, uznając, że w przypadku tak istotnej kwestii jak życie człowieka, okoliczności jakie należy brać pod uwagę, powinny być pewne, a wola pacjenta powinna być odtworzona precyzyjnie³⁶.

Sprawa ta wzbudziła wiele wątpliwości związanych także z definicją uporczywej terapii i ustalenia, czy karmienie i nawadnianie pacjenta w stanie wegetatywnym, należy za tego rodzaju terapię uznać, czy może jest to opieka nad pacjentem w stanie paliatywnym. Większość sędziów orzekających w danej sprawie uznała jednak, że dotyczyła ona przerwania uporczywej terapii³⁷.

4. Próba określenia granic między dozwolonym a niedozwolonym zaniechaniem terapii wobec pacjenta

4.1. Eutanazja bierna

Eutanazja³⁸ ukazuje konflikt trzech wartości prawnie chronionych – po pierwsze, ludzkiego życia, po drugie ochrony zdrowia oraz po trzecie wolności jednostki do decydowania o sobie, w tym o swoim życiu i zdrowiu. Pojawiają się głosy zarówno

³³ J. Czepek, *Trybunał zgadza się na eutanazję bierną – Lambert i inni v. Francja*, <https://strasbourgcaselaw.wordpress.com/2015/06/08/trybunal-zgadza-sie-na-eutanazje-bierna-lambert-i-inni-v-francja/>, 28.09.2018.

³⁴ M. Górski, *Glosa do wyroku Europejskiego Trybunału Praw Człowieka z dnia 5 czerwca 2015 r. w sprawie Lambert i inni przeciwko Francji (skarga nr 46043/14)*, „Zeszyty Naukowe Sądownictwa Administracyjnego” 2017, nr 2, s. 163.

³⁵ Byli to: Khanlar Hajiyev z Azerbejdżanu, Jan Šikuta ze Słowacji, Nona Tsotsoria z Gruzji, Vincent De Gateano z Malty oraz Valeriu Grițco z Mołdawii, w: M. Górski, op. cit., s. 165.

³⁶ M. Górski, op. cit., s. 164–166.

³⁷ M. Górski, op. cit., s. 166.

³⁸ Etymologicznie eutanazja z gr. oznacza „dobra śmierć” (*eu* – dobry; *thanatos* – śmierć).

aprobujące eutanazję dostrzegające w niej rozwiązanie humanitarne³⁹, jak i głosy opozycyjne do nich⁴⁰, według których eutanazji nie da się pogodzić z zasadą poszanowania ludzkiej godności.

Nie ulega wątpliwości, że na lekarzu ciąży obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych. Jest on ściśle związany z prawem pacjenta do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, określony w treści art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*⁴¹ (dalej: **u.p.p.**), oraz częściowo z treści art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentystry*⁴² (dalej: **u.z.l.**), chociaż ten ostatni przepis odnosi się do obowiązku udzielania świadczeń w sytuacjach niecierpiących zwłoki. Obowiązek niesienia pomocy pacjentom wpisany jest w istotę zawodu lekarza⁴³. Jego zaprzeczeniem z kolei jest świadome działanie zmierzające do skrócenia ludzkiego życia. Zaniechanie tego obowiązku rodzi konsekwencje na wielu płaszczyznach, w tym na płaszczyźnie odpowiedzialności dyscyplinarnej, cywilnej, karnej.

W doktrynie prawa karnego wyróżnia się eutanazję czynną oraz eutanazję bierną. Eutanazja czynna jako zachowanie polegające na działaniu podjętym w celu spowodowania lub przyspieszenia czyjejś śmierci, np. przez podanie śmiertelnej dawki leku

³⁹ W doktrynie i naukach społecznych podkreśla się argumenty przemawiające za legalizacją eutanazji, tj. m.in. **argument z godności człowieka** utożsamiany z możliwością decydowania o swoim życiu i o swojej śmierci (pacjent wybierając moment i formę śmierci zachowuje do końca swego kresu świadomość, która jest podstawą godności) czy **argument z litości** wiążący się z chęcią uśmierzania bólu pacjentowi.

⁴⁰ Do najważniejszych argumentów przeciw legalizacji eutanazji należą m.in.: po pierwsze, **argument z granic autonomii człowieka**, zgodnie z którym decyzje człowieka nie mogą prowadzić do jego unicestwienia, a ewentualne decyzje zmierzające do unicestwienia jednostki należy poddać w wątpliwość z uwagi na działanie pacjenta w stanie bólu, strachu czy osamotnienia (R. Rąbiega, *Eutanazja jako problem prawny i etyczny*, „Prawo kanoniczne: kwartalnik prawno-historyczny” 2016, nr 59/1, s. 177); po drugie, **argument z życia jako obiektywnej wartości społecznej**, według którego życie jest istotną wartością (zob.: O. Nawrot, *Antropologia rozdziału XIX Kodeksu karnego*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4, s. 17; P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*, Kraków 2008, s. 199; H. Popławski, *Zabójstwo na żądanie pod wpływem współzucia*, „Wojskowy Przegląd Prawniczy” 1981, nr 1, s. 16); po trzecie, **argument równi pochylej**, według którego dopuszczalność eutanazji rodziłaby podejrzenie nadużyć, np. zabójstw eutanatycznych z niskich pobudek, zabójstw eutanatycznych osób dyskryminowanych; po czwarte, **argument utylitarny**, zgodnie z którym dopuszczalność eutanazji mogłaby skutecznie zahamować badania naukowe prowadzone w celu znalezienia środków leczniczych (zob.: A. Witek, *Problem eutanazji*, Kraków 1950, s. 79); po piąte, **argument z godności umierania**, zgodnie z którym eutanazja jako przyspieszenie naturalnej śmierci jest zaprzeczeniem godnego umierania, na który wskazuje m.in. B. Chyrowicz: „godne umieranie polega w istocie na zachowaniu osobowych relacji i bliskości osoby chorej, zobowiązań wobec niej nie można zredukować do formalnej gotowości poszanowania jej woli i uczynienia z niej wytycznej dla działania. Kiedy respekt wobec umierającego zredukowany jest do autonomii, w rzeczywistości odmawia mu się pomocy w zaakceptowaniu własnej śmierci”, w: B. Chyrowicz, op. cit., *Legalis/el* 2018. Należy także wspomnieć o **argumentach prawnohistorycznych**, zgodnie z którym penalizacja eutanazji wynika z tradycji legislacyjnej (eutanazja stanowiła odrębny typ czynu zabronionego zarówno w Kodeksie karnym z 1932 r., jak i w Kodeksie karnym z 1969 r.).

⁴¹ Dz. U. 2017, poz. 1318 z późn. zm.

⁴² Dz. U. 2018, poz. 617 z późn. zm.

⁴³ Każdy lekarz zobowiązany jest do złożenia przysięgi Hipokratesa, zgodnie z którą podstawową zasadą działania lekarza jest zasada wyrażona w sentencji: *primum non nocere* (z łac. „po pierwsze nie szkodzić”).

lub inne pozbawienie życia⁴⁴, jest przestępstwem powszechnym. Natomiast eutanazja bierna jako zaniechanie stosowania środków terapeutycznych podtrzymujących życie człowieka⁴⁵ jest przestępstwem indywidualnym. Penalizacja eutanazji znajduje odzwierciedlenie w treści art. 150 § 1 k.k.⁴⁶ Eutanazja przez zaniechanie może być popełniona przez lekarza tylko wtedy, gdy jest on gwarantem nienastąpienia skutku, co znajduje odzwierciedlenie w treści art. 2 k.k. Na lekarzu spoczywa prawny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi w postaci śmierci pacjenta, gdy w konkretnej sytuacji, konkretny lekarz w stosunku do konkretnego pacjenta znajduje się w szczególnej sytuacji prawnej (np. łączy go umowa cywilnoprawna z pacjentem). Obligatoryjnymi znamionami przestępstwa eutanazji są: żądanie pokrzywdzonego oraz działanie pod wpływem współczucia dla niego. Ponadto, zakaz praktyk eutanatycznych to nie tylko obowiązek prawny, ale też moralny, wyrażony w treści art. 31 Kodeksu etyki lekarskiej (dalej: **KEL**), zgodnie z którym lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.

4.2. Zaniechanie uporczywej terapii

W polskim ustawodawstwie brak definicji legalnej „uporczywej terapii” oraz wyraźnych podstaw prawnych odstąpienia przez lekarza od terapii pacjenta w przypadku, gdy jego dalsze leczenie nie przyniesie już poprawy stanu jego zdrowia, a jedynie przedłuży jego proces umierania. Nietrafnie wskazuje się – w tym zakresie – art. 38 u.z.l. i art. 39 u.z.l.⁴⁷ Na podstawie ww. przepisów, lekarz może powstrzymać się od dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjenta tylko wówczas, gdy wskaże inne, realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego specjalisty. Natomiast istotą zaniechania uporczywej terapii nie jest dalsze udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentowi przez innego specjalistę, lecz nie-

⁴⁴ M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 50.

⁴⁵ D. Karkowska, *Komentarz do art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w: *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, LEX 2016.

⁴⁶ Zgodnie z treścią art. 150 § 1 k.k., kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat.

⁴⁷ Zgodnie z treścią art. 38 ust. 1 u.p.p., ust. 1, lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia pacjenta, o ile nie zachodzi przypadek, o którym mowa w art. 30, z zastrzeżeniem ust. 3. W przypadku odstąpienia od leczenia, lekarz ma obowiązek dostatecznie wcześniej uprzedzić o tym pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego i wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym (ust. 2). Jeżeli lekarz wykonuje swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby, może nie podjąć lub odstąpić od leczenia, jeżeli istnieją poważne ku temu powody, po uzyskaniu zgody swojego przełożonego (ust. 3). W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej (ust. 4). Natomiast zgodnie z treścią art. 39 u.p.p., lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w podmiocie leczniczym oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.

narażanie go na kontynuowanie działań uporczywych⁴⁸. Za A. Zollem podnosi się jedynie, że „nie można od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy wykonać”⁴⁹.

W doktrynie prawniczej i środowiskach lekarskich postuluje się wprowadzenie definicji „uporczywej terapii”. Nieostrość pojęcia „uporczywość” wiąże się z szeregiem problemów natury praktycznej. Za przydatną w zakresie określenia granic legalności zaniechania terapii uporczywej Autorki wskazują definicję przyjętą przez Grupę Roboczą Problemów Etycznych ds. Końca Życia. Zgodnie z nią, uporczywa terapia to „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”⁵⁰. Po pierwsze, należy zwrócić uwagę Czytelnika na fakt, że definicja ta dotyczy jedynie pacjentów nieuleczalnie chorych w stanie terminalnym, a więc takich, u których wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby, lub też taka terapia nie istnieje⁵¹. **Definicja ta nie obejmuje swym zakresem pacjentów w stanie wegetatywnym.** Po drugie, definicja ta nie obejmuje swym zakresem działań mających na celu pielęgnację pacjenta i zaspokajanie jego podstawowych potrzeb fizjologicznych. W związku z powyższym, **odstąpienie od uporczywej terapii – w świetle powyższej definicji – nie może wiązać się z rezygnacją z nawadniania i karmienia pacjenta.**

Uporczywa terapia, zgodnie ze stanowiskami doktryny prawa medycznego i karnego, to okoliczność wyłączająca po stronie lekarza obowiązki gwaranta, o których mowa powyżej⁵². Dopuszczalne są liczne uzasadnienia powyższego twierdzenia: po pierwsze, uznaje się, że lekarski obowiązek udzielania pomocy pacjentowi ma swoje granice i obejmuje działania tylko uzasadnione medycznie, które zmierzają do poprawy stanu zdrowia, a nie do przedłużania umierania⁵³. Gdy interwencja medyczna nie zmierza już do poprawy zdrowia, przestaje być uzasadniona i przybiera formę „zaciekłości terapeutycznej”⁵⁴. Tak też wskazuje m.in. A. Zoll i popierający go M. Safjan, którzy stoją na stanowisku, że „norma prawna nie może wymagać od człowieka czegoś, co nie jest on w stanie wykonać jako adresat normy”⁵⁵. Po drugie, istnieje

⁴⁸ Tak m.in.: Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *op. cit.*, s. 70.

⁴⁹ A. Zoll, *op. cit.*, s. 33.

⁵⁰ Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, nr 3, s. 77.

⁵¹ R. Krajewski, *Komentarz do definicji uporczywej terapii*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, t. 2, nr 3, s. 78. Polskie Towarzystwo Pediatryczne (dalej: „PTP”) postuluje odróżnianie pojęć „stan terminalny” od „fazy terminalnej”. Według PTP, „stan terminalny” to sytuacja, w której aktualnie znajduje się pacjent, a więc nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która spowodowała postępujące, poważne i trwałe pogorszenie zdrowia; natomiast „faza terminalna” to końcowa faza życia nieuleczalnie chorego pacjenta, gdy w sposób niebudzący wątpliwości można przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu najbliższych dni, [w:] Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011, s. 39.

⁵² W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*; https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa, 10.06.2018.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Ibidem.

⁵⁵ A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 33. Podobnie M. Safjan (zob.: M. Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, w:

pogląd w doktrynie, zgodnie z którym w przypadku niepodejmowania terapii uporczywej mamy do czynienia z pozakodeksowym kontratypem, którego istotę określa Kodeks etyki lekarskiej (art. 32 ust. 1 KEL⁵⁶), którego kształt dodatkowo determinują postanowienia ustawowe odwołujące się do godności pacjenta oraz prawa do umierania w spokoju i godności⁵⁷.

Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać, że **każda decyzja lekarza, zarówno co do przebiegu interwencji medycznych wobec pacjenta, jak i co do zaprzestania dalszej terapii musi znajdować uzasadnienie w zasadzie poszanowania godności pacjenta**⁵⁸. Kontynuowanie terapii z naruszeniem tej zasady naraża lekarza co najmniej na odpowiedzialność cywilną związaną z naruszeniem praw pacjenta, tj. prawa do godnej śmierci. Innymi słowy, to godność pacjenta wyznacza granicę legalności czynności ratujących życie pacjenta. Z drugiej strony, zaprzestanie terapii wobec pacjenta w sytuacji, gdy istnieją jeszcze wskazania medyczne do jej kontynuowania naraża lekarza na odpowiedzialność karną z art. 150 k.k.

Podsumowując, **lekarz, jako podmiot zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta, znajduje się nierzadko w trudnej sytuacji: z jednej strony, kontynuowanie przez niego terapii w sytuacji, gdy nie znajduje ona medycznego uzasadnienia naraża go co najmniej na odpowiedzialność za naruszenie prawa pacjenta do godnej śmierci lub nieludzkie traktowanie w rozumieniu Konwencji; z drugiej strony, zaprzestanie terapii w okolicznościach, w których była ona konieczna dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta może narazić lekarza na odpowiedzialność za naruszenie zasad sztuki lekarskiej, a w skrajnych przypadkach na odpowiedzialność karną.** W praktyce, mogą pojawić się dodatkowe okoliczności utrudniające podjęcie właściwej decyzji, tj. m.in. stan terminalny lub wegetatywny pacjenta oraz wcześniej wyrażone przez niego życzenia co do dalszego postępowania leczniczego.

Powyższe wskazuje na wysoką **potrzebę zwiększenia bezpieczeństwa prawnego lekarzy i wypracowanie na poziomie ustawowym precyzyjnych kryteriów określających granice między dozwolonym a niedozwolonym zaniechaniem terapii wobec pacjenta.** Kryteria te mają ogromną doniosłość prawną, bowiem określają granice lekarskiego obowiązku świadczenia usług medycznych. W tym miejscu Autorki zaprezentują kryteria uporczywości wypracowane zarówno przez przedstawicieli doktryny prawa medycznego, jak i bioetyków.

Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 258).

⁵⁶ Zgodnie z treścią art. 32 ust. 1 KEL, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych (ust. 2).

⁵⁷ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 88–89.

⁵⁸ Jednym z podstawowych praw pacjenta w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych jest prawo do poszanowania godności (ust. 1), które obejmuje w szczególności prawo do umierania w spokoju i godności (ust. 2), co znajduje odzwierciedlenie w treści art. 20 u.p.p. Z prawem pacjenta do poszanowania godności sprzężony jest lekarski obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta, wyrażony w treści art. 36 ust. 1 u.z.l.

4.3. Kryterium środków nadzwyczajnych

Kryterium nadzwyczajnych środków znalazło wyraz w treści art. 32 KEL⁵⁹. Ponadto, na kryteria te – jako pomocne w dyferencjacji niedozwolonego zaniechania terapii od dozwolonego zaniechania terapii – wskazuje Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vitae*: „od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem «zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach»”⁶⁰. W świetle tego kryterium, terapia stosowana wobec pacjenta staje się uporczywa w momencie, kiedy **zabiegi medyczne są niewspółmierne do oczekiwanych rezultatów lub też są zbyt uciążliwe dla pacjenta i jego rodziny**, tj. wiążą się z nadmiernym cierpieniem fizycznym czy psychicznym.

4.4. Kryterium środków nieproporcjonalnych

Jak słusznie wskazuje B. Chyrowicz, współcześnie kryterium nadzwyczajnych środków ujmowane jest wespół z kryterium nieproporcjonalności środków. Kryterium nadzwyczajności środków to kryterium subiektywne, odnoszone do sytuacji pacjenta, jego przeżyć, odczuć, opinii i systemu wartości. W ocenie B. Chyrowicz, środki nadzwyczajne mogą przykładowo wiązać się np. z nadzwyczaj uciążliwym bólem i trudnością jego wyeliminowania, obawą przed zastosowaniem terapii, obawą przed skutkami ubocznymi czy brakiem perspektyw na powrót do pełni władz umysłowych i fizycznych⁶¹. Kryterium nieproporcjonalności środków to kryterium o charakterze obiektywnym, odnoszone jest bowiem do możliwości natury medycznej i technicznej, w tym m.in.: dostępności środków, skuteczności środków, niekorzystnych skutków ubocznych, ryzyka zastosowania środków dla życia i zdrowia pacjenta⁶². W związku z powyższymi kryteriami, kształtują się różne konfiguracje środków stosowanych w terapii wobec pacjenta do których należy zaliczyć środki proporcjonalne i zwyczajne; proporcjonalne i nadzwyczajne; nieproporcjonalne i zwyczajne; nieproporcjonalne i nadzwyczajne.

⁵⁹ Zgodnie z treścią art. 32 ust. 1 KEL, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

⁶⁰ Jan Paweł II, *Encyklika Evangelium Vitae*, s. 65. Ponadto, kryteria środków niewspółmiernych znajdują odzwierciedlenie także w Katechizmie Kościoła Katolickiego: „zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa „uporczywej terapii”, w: *Katechizm Kościoła katolickiego*, Poznań 1994, p. 2278.

⁶¹ B. Chyrowicz, op. cit., Legalis/el 2018.

⁶² Ibidem.

4.5. Kryterium celowości środków

Kolejnym kryterium pomocnym przy ustaleniu granicy między eutanazją bierną a odstąpieniem od terapii uporczywej jest kryterium o charakterze subiektywnym, a mianowicie cel stanowiący pobudkę określonego zachowania lekarza. Jak słusznie zauważa Jerzy Umiastowski: „celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie człowieka życia, a przeciwnie – zapewnienie choremu godnych warunków umierania, kiedy śmierć w bliskim czasie jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Jest okazaniem szacunku dla śmierci naturalnej i niezakłócaniem jej działaniami nieuzasadnionymi. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku dla śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną⁶³”. U podstaw tego kryterium leży założenie, że **nie może stanowić eutanazji działanie nieskierowane intencjonalnie na spowodowanie lub przyspieszenie śmierci człowieka**. Podsumowując, w świetle tego kryterium, celem rezygnacji z uporczywej terapii nie powinno być skrócenie życia, ale nieprzedłużanie umierania i opóźniania nieuchronnej śmierci. Również w środowisku lekarskim podkreśla się istotne znaczenie tego kryterium. Jak wskazuje Polskie Towarzystwo Pediatryczne, intencją lekarza przy odstąpieniu od uporczywej terapii nie jest pozbawienie życia chorego, ale przywrócenie naturalnego procesu umierania⁶⁴. Podkreśla się, że pomocnym narzędziem przy ocenie intencji lekarza, pozwalającym dokonać dyferencjacji zamiaru pozbawienia pacjenta życia od zamiaru przywrócenia pacjentowi naturalnego procesu umierania, jest stosunek lekarza do opieki paliatywnej pacjenta. W świetle tego stanowiska, lekarz odstępujący od uporczywej terapii poszukiwać będzie alternatywy dla pacjenta w postaci kompleksowej opieki paliatywnej skierowanej na łagodzenie bólu i pielęgnację. Natomiast lekarz, którego intencją jest pozbawienie życia nie będzie zabiegał o zapewnienie pacjentowi opieki paliatywnej⁶⁵.

4.6. Kryterium nieuchronności śmierci i priorytetu postępowania lekarza

Kryterium nieuchronności śmierci winno nawiązywać do definicji medycznych, związanych ze stanami w bezpośredniej bliskości agonii. R. Krajewski precyzuje, że umieranie to „terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie”⁶⁶. Z kolei Polskie Towarzystwo Pediatryczne wskazuje, że: „faza terminalna to końcowa faza życia nieuleczalnie chorego pacjenta, gdy w sposób niebudzący wątpliwości można przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu najbliższych dni”⁶⁷. W świetle tego kryterium, terapia uporczywa rozpoczyna się tam, gdzie nieuchronność śmierci wynika

⁶³ J. Umiastowski, *Uporczywa terapia*, w: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański. Głos Kościoła*, red. A. Muszala, Radom 2005, s. 494.

⁶⁴ Polskie Towarzystwo Pediatryczne, op. cit., s. 40.

⁶⁵ Ibidem.

⁶⁶ R. Krajewski, *Komentarz do definicji uporczywej terapii*, w: *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*, red. W. Sinkiewicz, M. Krajnik, R. Grabowski, Bydgoszcz 2013, s. 13.

⁶⁷ Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011, s. 39.

ze stanu zdrowia pacjenta, a priorytetem postępowania lekarza staje się długość życia pacjenta kosztem jego jakości.

5. Postulaty *de lege ferenda* – definicja uporczywej terapii oraz oświadczenia *pro futuro*

Dokonana w niniejszym artykule analiza wyżej wskazanych regulacji prawnych nasuwa wniosek, że preferowana przez ustawodawcę postawa wobec dobra prawnego, jakim jest życie ludzkie, to postawa ortotanazji, zawierająca w sobie szacunek zarówno dla życia ludzkiego, jak i prawa do godnej śmierci⁶⁸ traktowanej jako nieunikniony fakt ludzkiego życia. Obowiązek ratowania ludzkiego życia spoczywający na lekarzu nie ma więc charakteru absolutnego. Ustawodawca zaopatrjuje w ochronę prawną również inne dobra prawne, w tym godność pacjenta.

Powyżej wskazane akty normatywne i deontyczne nie regulują jednak zagadnienia granic legalności odstąpienia od uporczywej terapii w kontekście eutanazji w sposób wyczerpujący. Po pierwsze, **interwencji ustawodawcy wymaga określenie stanu pacjenta, który uzasadniałby odstąpienie przez lekarza od terapii lub niepodejmowania jej**⁶⁹, tj. wskazanie czy dotyczy to: po pierwsze, pacjentów w stanie terminalnym; po drugie, pacjentów nieuleczalnie chorych, którzy nie są jeszcze w stanie terminalnym; po trzecie, pacjentów w stanie wegetatywnym. Ponadto, interwencji ustawodawcy wymaga także rodzajowe określenie działań, z których rezygnacja byłaby uzasadniona⁷⁰ i okoliczności, w jakich miałyby ta rezygnacja z określonych działań nastąpić. Innymi słowy, **istotne jest określenie przez ustawodawcę, czy w stanach terminalnych pacjentów dopuszczalne są działania określane w bioetyce sedacją terminalną**⁷¹, tj. odstawienie nawadniania i odżywiania.

Podjęmowane przez nas zagadnienie sprowadza się także do analizy następujących sytuacji leczniczych, w których potencjalny pacjent może się znaleźć: po pierwsze, pacjent świadomy wyraża zgodę na interwencję medyczną, a mimo to lekarz tej interwencji nie podejmuje; po drugie, pacjent świadomy ani nie wyraża zgody, ani nie wyraża sprzeciwu (milczy) na interwencję medyczną, a lekarz jej nie podejmuje; po trzecie, pacjent świadomy wyraża sprzeciw na interwencję medyczną, a lekarz jej nie podejmuje. Tylko pierwsza z wyżej wymienionych sytuacji naraża lekarza na odpowiedzialność karną, cywilną lub dyscyplinarną, bowiem lekarz podejmuje się działania (a właściwie zaniechania) sprzecznego z dyspozycją pacjenta. Analizę tego zagadnienia można jednak dodatkowo utrudnić o następujące okoliczności faktyczne, tj. pacjent w chwili zaistnienia konieczności przeprowadzenia zabiegu nie ma faktycznej zdolności do podjęcia decyzji (np. jest nieprzytomny), ale wcześniej: po pierwsze, wyraził zgodę na dokonywanie wobec niego interwencji medycznych (złożył oświadczenie *pro futuro*), a lekarz, mimo to, nie dokonuje czynności medycznych; po drugie,

⁶⁸ Zob. m.in.: W. Bołoz, *Utrzymywanie życia za wszelką cenę czy rezygnacja z uporczywej terapii*. *Punkt widzenia etyka*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2013, t. 7, nr 3–4, s. 72.

⁶⁹ Tak m.in. T. Dukiet-Nagórska, op. cit., s. 25.

⁷⁰ Ibidem.

⁷¹ B. Chyrowicz, op. cit., *Legalis/el*, 2018.

ani nie wyraził zgody, ani nie wyraził sprzeciwu na dokonywanie wobec niego interwencji medycznych; po trzecie, pacjent wyraźnie sprzeciwił się (złożył oświadczenie *pro futuro* w formie sprzeciwu) na dokonywanie wobec niego interwencji medycznych (np. transfuzji krwi). Rodzi się pytanie o to, czy oświadczenie *pro futuro* złożone przez pacjenta przed wystąpieniem okoliczności uzasadniającej przeprowadzenie interwencji medycznej, na wypadek utraty przez tego pacjenta zdolności do podjęcia decyzji, wiąże lekarza i tym samym, skutecznie zwalnia go z obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w sytuacji, gdy pacjent sobie tego nie życzył.

Pytanie to w swojej istocie sprowadza się do ustalenia dopuszczalności *de lege lata* oświadczeń *pro futuro*. Doktryna i orzecznictwo w tym zakresie zdają się być podzielone. Jedynym, jak do tej pory, orzeczeniem Sądu Najwyższego (dalej: SN) odnoszącym się do tej problematyki było postanowienie z dnia 27 października 2005 r.⁷², w którym SN zakwalifikował te oświadczenia jako oświadczenia woli w rozumieniu art. 60 k.c. i tym samym uznał je za wiążące dla dalszego procesu leczniczego⁷³. Należy jednak wskazać szereg argumentów podnoszonych w piśmiennictwie przemawiających za uznaniem tych oświadczeń za niedopuszczalne *de lege lata*, tj. m.in. ograniczona w czasie dopuszczalność skutecznego odwołania takiego oświadczenia, co nie koresponduje z zasadami ogólnymi odwoływania oświadczeń woli określonymi w treści art. 61 § 1 k.c.⁷⁴, zasada zamkniętego katalogu jednostronnych czynności prawnych⁷⁵ czy brak spełnienia warunku skuteczności takiego oświadczenia w postaci braku prawidłowego poinformowania pacjenta o konsekwencjach jego decyzji⁷⁶. Autorki także przychylają się do stanowiska o niedopuszczalności *de lege lata* oświadczeń *pro futuro*. Naszym zdaniem, takie oświadczenia nie zwalniają więc lekarza z obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych, a w pierwszej kolejności wystąpienia do sądu opiekuńczego o zezwolenie na interwencję medyczną podejmowaną wobec pacjenta niezdolnego do podjęcia decyzji, zgodnie z treścią art. 32 ust. 2 u.z.l.

Podkreślamy jednak konieczność interwencji ustawodawcy w tym zakresie. Nie można bowiem odmówić zasadności stanowiskom wyrażanym w piśmiennictwie, że ***de lege lata*, autonomia pacjenta będącego w stanie utraty przytomności lub innym, uniemożliwiającym mu faktyczną decyzyjność co do swojego stanu zdrowia, nie jest dostatecznie prawnie chroniona**⁷⁷. Instytucjonalizacja oświadczeń *pro futuro*

⁷² III CK 155/05, OSNC 2006, nr 7–8, poz. 137.

⁷³ Sąd Najwyższy uznał, że: „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza [...] w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi wątpliwości – wiążące”.

⁷⁴ Zob. m.in.: M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013, s. 254.

⁷⁵ Ibidem; zob. także: B. Janiszewska, *Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy)*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 4; K. Duszyńska, *Zarys instytucji oświadczeń pro futuro w prawie polskim i instytucji instrucciones previas w prawie hiszpańskim*, „Przegląd Sądowy” 2014, nr 11–12.

⁷⁶ Zob. m.in.: L. Bosek, P. Sobolewski, *Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, w: *System Prawa Medycznego*, t. I: *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 495–515.

⁷⁷ Tak. m.in.: M. Boratyńska, *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Część 1. Sprzeciw pro futuro*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 2, s. 25.

umożliwiłaby realizację autonomii pacjenta w ww. sytuacjach. Pacjenci, na wypadek utraty faktycznej zdolności do decydowania o swoim zdrowiu, mieliby zagwarantowaną możliwość wypowiedzenia się co do podtrzymywania ich funkcji życiowych lub przeprowadzania innych interwencji medycznych w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem nieuleczalnej choroby⁷⁸. Takie oświadczenia, za wyjątkiem dyrektyw eutanatycznych, byłyby w pełni skuteczne, wiążące lekarza i wyłączające możliwość uzyskiwania zezwolenia sądu. Jak słusznie wskazuje M. Syska, regulacja oświadczeń *pro futuro* winna najpełniej realizować zasadę ochrony autonomii pacjenta (m.in. poprzez gwarancję ich odwoływalności), ale jednocześnie chronić interes lekarza poprzez ustanowienie czytelnych procedur postępowania z takimi oświadczeniami (m.in. wymóg stosownej formy oświadczeń czy rejestr oświadczeń)⁷⁹. Należy dodać, że instytucjonalizacja oświadczeń *pro futuro* jest zalecana m.in. w rekomendacji Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności osób terminalnie chorych i umierających⁸⁰ oraz w podpisanej, lecz nieratyfikowanej przez Polskę Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny⁸¹.

6. Wnioski

Z przytoczonych orzeczeń oraz regulacji prawnych wynika, że człowiek nie może w dowolny sposób dysponować swoim życiem, jak i życiem innych ludzi. Ustawodawca, zgodnie zarówno z art. 30, jak i 38 Konstytucji RP, ma obowiązek ochrony wartości, takich jak życie człowieka, a także jego godność.

Prawo do życia nie implikuje prawa do śmierci. Potwierdza to orzecznictwo Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Jednocześnie jednak Europejski Trybunał Praw Człowieka dostrzega, że każdy ma prawo do godnego umierania rozumianego jako prawo do odejścia śmiercią naturalną. Konstytucja RP wyraźnie chroni prawo do życia, zakazując jednocześnie eutanazji zarówno czynnej, jak i biernej. Z uwagi jednak na godność człowieka oraz prawo do decydowania o sobie, za dopuszczalne uznaje się

⁷⁸ Projekty ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw z dnia 17 grudnia 2008 r. oraz z dnia 3 lipca 2009 r. zakładały nowelizację u.p.p. i wprowadzenie tzw. „kwalifikowanego sprzeciwu *pro futuro*”, za pomocą którego pacjenci mogli złożyć sprzeciw co do działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem ciężkiej, nieuleczalnej choroby. Tekst projektu ustawy bioetycznej z dnia 17 grudnia 2008 r. dostępny na stronie internetowej pod adresem: <http://www.law.uj.edu.pl/users/kk/czytelnia/bio/Projekt.pdf>, 26.09.2018.

⁷⁹ M. Syska, op. cit., s. 296.

⁸⁰ Rekomendacja Rady Europy 1418 o ochronie praw człowieka i godności osób terminalnie chorych i umierających z 25 czerwca 1999 roku. Zgodnie z treścią art. 9b rekomendacji, wola chorego odnośnie do jego dalszego leczenia lub przeciwnie – niewszczywania albo zaniechania terapii – powinna być respektowana, także jeśli została wyrażona we wcześniejszym oświadczeniu lub jest prezentowana przez wyznaczonego przez pacjenta pełnomocnika do spraw zdrowia.

⁸¹ Przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 roku. Zgodnie z treścią art. 9 Konwencji, 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.

przerwanie uporczywej terapii, gdy jej kontynuowanie będzie przysparzać człowiekowi jedynie dodatkowych cierpień.

Widoczna jest potrzeba wprowadzenia definicji legalnej „uporczywej terapii” oraz kryteriów, w świetle których możliwa byłaby kwalifikacja danej terapii stosowanej wobec pacjenta jako terapii uporczywej. Są to kryteria o ogromnej doniosłości prawnej. Kontynuowanie terapii przez lekarza w sytuacji, gdy nie znajduje ona medycznego uzasadnienia naraża go co najmniej na odpowiedzialność za naruszenie prawa pacjenta do godnej śmierci lub nieludzkie traktowanie w rozumieniu Konwencji; natomiast zaprzestanie terapii w okolicznościach, w których była ona konieczna dla ratowania zdrowia lub życia pacjenta może narażać lekarza na odpowiedzialność za naruszenie zasad sztuki lekarskiej, a w skrajnych przypadkach na odpowiedzialność karną. W praktyce, mogą pojawić się dodatkowe okoliczności utrudniające podjęcie właściwej decyzji, tj. m.in. stan terminalny lub wegetatywny pacjenta oraz wcześniej wyrażone przez niego życzenia co do dalszego postępowania leczniczego. W tym zakresie Autorki postulują instytucjonalizację oświadczeń *pro futuro*.

Streszczenie

Przedmiotem artykułu są rozważania dotyczące socjologicznych aspektów eutanazji oraz zaniechania uporczywego leczenia, jak i dopuszczalności obu tych form w świetle polskich regulacji prawnych. Przedstawione zostały wyniki badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznych, które wykazały trudności w rozróżnieniu eutanazji od zaniechania uporczywego leczenia w społeczeństwie. Artykuł przedstawia także analizę przepisów Konstytucji RP, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jak i orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka w powyższym zakresie. Dalej, rozważania dotyczyły kryteriów rozróżniających dozwolone i niedozwolone sytuacje zaprzestania terapii wobec pacjenta. W artykule podjęto kwestię dopuszczalności składania przez pacjenta oświadczeń *pro futuro*. Artykuł zawiera postulaty *de lege ferenda*.

Słowa kluczowe: eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii, prawa pacjenta, prawo do życia, godność człowieka, oświadczenia *pro futuro*

Differentiation criteria for allowed and prohibited termination of therapy – sociological and legal aspects

Summary

Sociological aspects of euthanasia and discontinuation of persistent treatment as well as admissibility of both forms in the light of the Polish legal acts are presented in the article. It comprises results of the study made by Centre for Public Opinion Research, which shown society difficulties in distinguishing euthanasia from discontinuation of persistent treatment. In addition, the article offers the analysis of Polish legal acts, such as the Constitution of the Republic of Poland and the act on Patient Rights and the Patient Rights Ombudsman and also the analysis of European Court of Human Rights judgments. Furthermore, the distinguishing criteria between

allowed and unlawful situations of termination of the patient's therapy were presented as well. The article focuses also on admissibility to make *pro futuro* statements by patients and contains *de lege ferenda* postulates.

Key words: euthanasia, discontinuation of persistent treatment, patient rights, right to life, human dignity, *pro futuro* statements