

Bartosz PAWELCZYK

Dr. n. pr., Wyższa Szkoła Bankowa w Poznaniu

Pomoc chorym w stanach terminalnych (komentarz do art. 30, art. 31 i art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej)¹

1. Zagadnienia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, których życie nieuchronnie dobiega końca, należą do trudnych nie tylko z punktu widzenia medycznego, ale także prawnego, etycznego, psychologicznego, socjologicznego, czy religijnego. Dotykają one bowiem ostatecznej utraty wartości najcenniejszych, do jakich należą życie i zdrowie². Oceny i osądy dotyczące postępowania w takich sytuacjach – zarówno w odniesieniu do osób umierających, jak i do towarzyszącego im personelu medycznego – powinny być w związku z tym dokonywane z bardzo dużą rozwagą i należyтым szacunkiem, również w sferze prawnej. Z jednej strony konieczne jest tu uwzględnienie aspektów praktycznych udzielania świadczeń tak, aby interpretacje prawne nie były oderwane od rzeczywistości, w której lekarze muszą podejmować trudne i ważne decyzje. Z drugiej strony jednak potrzebne jest wytyczanie przez prawo granic swobody decyzyjnej personelu medycznego, tak dla dobra pacjentów, jak i w interesie samych lekarzy, by zapewniać im, w miarę możliwości, spokój i poczucie bezpieczeństwa przy dokonywaniu czynności medycznych.

Wszystkie trzy komentowane przepisy Kodeksu etyki lekarskiej, dotyczące postępowania lekarzy w stosunku do pacjentów w stanach terminalnych (tj. art. 30, art. 31 i art. 32), wiążą się ze sobą na tyle ściśle, że celowe jest łączne ich analizowanie.

2. Należy wyraźnie podkreślić, że pacjent znajdujący się w stanie terminalnym jest – z prawnego punktu widzenia – pacjentem równorzędnym w swych prawa i obowiązkach z każdym innym pacjentem. Jest więc on również podmiotem prawa do ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia. Prawa te, zaliczane jednomyślnie do tzw. praw człowieka i jednocześnie uznawane za prawa podmiotowe, przysługują bowiem każdemu człowiekowi aż do śmierci, niezależnie od etapu życia, na jakim człowiek się znajduje. W świetle art. 38 Konstytucji RP³, Rzeczpospolita Polska zapewnia każdemu człowiekowi prawną ochronę życia, zaś zgodnie z jej art. 68 ust. 1 – każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Życie i zdrowie stanowią też dobra osobiste człowieka, podlegające

¹ Uwzględniono stan prawny na 23 czerwca 2015 roku.

² W kwestii formułowanych w tym zakresie stwierdzeń, w szczególności w odniesieniu do eutanazji, w tym na płaszczyźnie nauk medycznych i nauki Kościoła katolickiego – zob. np.: K. Bączyk, *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 4, vol. 1, s. 56–58; B. Kamiński, *Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2, s. 94–100.

³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz. U. 1997, Nr 78, poz. 483, ze zm.), zwana dalej: Konstytucją RP.

ochronie przewidzianej przepisami Kodeksu cywilnego (art. 23, 24, 448 k.c.)⁴. Przytoczone prawa zostały zapisane również w wielu innych aktach prawnych i deklaracjach, zarówno polskich, jak i międzynarodowych (np. art. 6 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych⁵, art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych⁶)⁷.

Właściwa realizacja prawa do ochrony życia i prawa do ochrony zdrowia jest możliwa m.in. za sprawą ich sprzężenia z obowiązkami nałożonymi przez przepisy na inne podmioty, w tym na lekarzy. Obowiązki te mają nie tylko charakter deontologiczny, ale także prawny. Tytułem przykładu, zgodnie z art. 30 ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty*⁸, lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Również w świetle art. 2 Kodeksu etyki lekarskiej⁹ powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem (ust. 1). Najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady (ust. 2). Nieudzielenie pomocy lekarskiej w pewnych sytuacjach zagrożone jest również sankcją karną. Przepis art. 162 § 1 Ko-

⁴ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 roku – *Kodeks cywilny* (t.j.: Dz. U. 2014.121, ze zm.), zwana dalej: k.c.

⁵ Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 167, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 18 czerwca 1977 roku.

⁶ Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych, otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 roku, Dz. U. 1977, Nr 38, poz. 169, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 18 czerwca 1977 roku.

⁷ Zob. też w szczególności: art. 25 Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z dnia 10 grudnia 1948 roku; M. Balcerzak, *Międzynarodowa ochrona praw człowieka. Wybór źródeł*, Toruń 2007, s. I-B/1, 4); art. 5 Międzynarodowej konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej (Międzynarodowa Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji rasowej otwarta do podpisu w Nowym Jorku dnia 7 marca 1966 roku, Dz. U. 1969, Nr 25, poz. 187, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 5 grudnia 1968 roku); art. 12 Konwencji w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet (Konwencja w sprawie likwidacji wszelkich form dyskryminacji kobiet, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 18 grudnia 1979 roku, Dz. U. 1982, nr 10, poz. 71, zał., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 3 września 1981 roku); art. 24 Konwencji o prawach dziecka (Konwencja o Prawach Dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Dz. U. 1991, Nr 120, poz. 526, ze zm., wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 7 lipca 1991 roku); art. 12 Europejskiej Karty Społecznej (Europejska Karta Społeczna sporządzona w Turynie dnia 18 października 1961 roku (Dz. U. 1999, Nr 8, poz. 67, ze zm.); wejście w życie w stosunku do Polski w dniu 25 lipca 1997). Szerzej zob. S. Poździej, *Prawo do ochrony zdrowia w standardach Międzynarodowej Organizacji Pracy*, Kraków 2007, s. 33; B. Pawelczyk, *Konstytucyjny model systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, Poznań 2014, s. 14–20.

⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (t.j.: Dz. U. 2015.464), zwana dalej: u.z.l.

⁹ Kodeks etyki lekarskiej, zwany dalej: KEL.

deksu karnego¹⁰ stanowi bowiem, że kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Lekarski obowiązek ratowania ludzkiego życia i zdrowia, stanowiący korelat prawa pacjenta do ich ochrony, dotyczy również udzielania świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanach terminalnych.

3. Źródłem wszystkich praw człowieka, w tym prawa do ochrony życia i zdrowia, jest ludzka godność. Mówi o tym w sposób jednoznaczny art. 30 Konstytucji RP, w myśl którego przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona należy do obowiązków władz publicznych. Prawo do poszanowania godności jest jedynym konstytucyjnym prawem człowieka, które nie może podlegać żadnym ograniczeniom¹¹. Jest to więc nie tylko pojęcie głęboko zakorzenione w filozofii, etyce i innych naukach społecznych, lecz ma także swą doniosłość prawną. Godność człowieka oznacza zarówno konieczność pozostawienia mu pewnej sfery autonomii czy wolności (aspekt pozytywny), jak i zakaz poddawania człowieka takim sytuacjom czy takiemu traktowaniu, które mogą tę godność przekreślić (aspekt negatywny)¹².

Do ludzkiej godności odwołuje się wprost art. 30 KEL, mówiąc o obowiązku zapewnienia choremu humanitarnej opieki terminalnej i godnych warunków umierania. Jest to szczególny przykład ogólnej powinności wyrażonej w art. 12 KEL, iż lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności. Zbliżonej treści regulacja prawna została wpisana także do ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*¹³, a więc do aktu normatywnego powszechnie obowiązującego. Zgodnie bowiem z art. 20 przywołanej ustawy, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (ust. 1). Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień (ust. 2). Obowiązek poszanowania przez lekarza intymności i godności osobistej pacjenta wynika również z art. 36 ust. 1 u.z.l.

W doktrynie wskazuje się, że prawo do umierania wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia, chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia¹⁴. Godność przysługuje każdemu czło-

¹⁰ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku – *Kodeks karny* (Dz.U.1997.88.553, ze zm.), zwana dalej: k.k.

¹¹ Zob. M. Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, w: *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, red. A. Łopatka, B. Kunicka-Michalska, S. Kiewlicz, Warszawa 2003, s. 251.

¹² L. Garlicki, *Polskie prawo konstytucyjne. Zarys wykładu*, Warszawa 2007, s. 89–90.

¹³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (t.j.: Dz. U. 2012.159, ze zm.), zwana dalej: u.p.p.

¹⁴ D. Karkowska, *Komentarz do art. 20 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, w: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, LEX 2012, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

wiekowi w jednakowym stopniu, a więc również bez względu na etap życia – też w jego schyłkowej fazie.

Godność pacjenta – także w odniesieniu do godnych warunków umierania – jest zaliczana do dóbr osobistych człowieka, podlegających ochronie na podstawie Kodeksu cywilnego. Ochrona ta obejmuje zarówno możliwość żądania zaniechania bezprawnych działań, które zagrażają naruszeniem dobra osobistego, jak i – w razie dokonanego naruszenia – możliwość żądania od sprawcy, aby dopełnił czynności potrzebnych do usunięcia jego skutków (art. 24 k.c.). Dodatkowo, w przypadku zawinionego naruszenia dóbr osobistych, podmiot doznający naruszenia może domagać się od sprawcy pieniężnego zadośćuczynienia lub zapłaty określonej sumy pieniężnej na cel społeczny. Wydaje się, że ze względu na specyfikę prawa do zapewnienia godnych warunków umierania, szczególne znaczenie mieć będzie możliwość żądania zaniechania działań to prawo naruszających (za życia pacjenta), zaś po jego śmierci – skoro on sam nie może już dochodzić zadośćuczynienia, istotna będzie regulacja wprowadzona w art. 4 ust. 2 u.p.p. W myśl tego przepisu, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c.

Jednym z istotniejszych obowiązków lekarza w stosunku do pacjentów będących w stanach terminalnych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie cierpień. Niezależnie od stanu zdrowia i rokowań pacjenta, obowiązek ten należy uznać za konieczny do wypełnienia; brak szans na wyzdrowienie, a nawet tylko na polepszenie stanu zdrowia pacjenta, nie może uzasadniać zaprzestania walki z bólem. Słusznie w doktrynie wskazuje się, że łagodzenie wszelkich cierpień jest podstawowym warunkiem poszanowania godności ludzkiej¹⁵.

4. Z uwagi na szczególną sytuację osób znajdujących się w stanach terminalnych postawić trzeba pytanie o granice ww. lekarskiego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawową kwestią jest to, że obowiązek ten gaśnie z chwilą śmierci pacjenta. Śmierć stanowi tu punkt graniczny, wyznacza ona bowiem koniec zdolności prawnej. W doktrynie wskazuje się, że rzeczywista śmierć człowieka powoduje ustanie jego podmiotowości prawnej¹⁶. Z chwilą śmierci przestaje zatem istnieć przedmiot ochrony wszelkich przepisów normujących obowiązki zachowań względem osób żywych¹⁷. Tym samym, przerwanie leczenia po śmierci pacjenta nie będzie stanowiło naruszenia żadnych przepisów nakazujących chronić życie oraz ludzką godność, w szczególności zaprzestanie leczenia zmarłego nie będzie oczywiście przestępstwem zabójstwa, zabójstwa eutanatycznego czy nieudzielenia pomocy. Lekarz nie

¹⁵ D. Karkowska, op. cit. Zagadnienie granic dopuszczalności stosowania środków przeciwbólowych zostanie podjęte w dalszej części.

¹⁶ J. Strzebińczyk w: *Kodeks cywilny. Komentarz*, red. E. Gniewek, Warszawa 2006, s. 34.

¹⁷ Zob. J. Haberko, *Koniec życia człowieka a kres podmiotowości prawnej. Kilka uwag na temat czy prawnik i lekarz rozumieją się „stwierdzając zgon”*, *Prawo i Medycyna* 2007, nr 2, 27, vol. 9, s. 80.

będzie z tego tytułu ponosił żadnej odpowiedzialności prawnej (cywilnej, karnej ani zawodowej)¹⁸.

5. Dla rozważań nad granicami czasowymi obowiązku leczenia osób znajdujących się w stanach terminalnych potrzebne jest dokonanie podziału takich pacjentów na dwie kategorie, tj. osób mających zachowaną świadomość oraz takich, które znajdują się w stanie wyłączonej (lub co najmniej ograniczonej) świadomości.

W odniesieniu do pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie wyłączonej ani ograniczonej świadomości, uwidacznia się trudny lekarski dylemat związany z hierarchizacją wartości: życia (zdrowia) oraz autonomii woli pacjenta (jego prawa do samostanowienia, wolności). Czy pierwszeństwo ma mieć „*salus*” czy „*voluntas*” pacjenta? Na gruncie obecnego ustawodawstwa lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych tylko wówczas, gdy pacjent uprzednio wyraził na to zgodę. Stanowią o tym zarówno przepisy rangi ustawowej (np. art. 15 i kolejne u.p.p., art. 32 i następne u.z.l.), jak i postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej (np. art. 16 KEL). W pewnych przypadkach udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta będzie nawet wyczerpywało znamiona przestępstwa; zgodnie bowiem z art. 192 ust. 1 k.k., kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. W konsekwencji, w doktrynie dominuje stanowisko, że brak zgody pacjenta – zarówno na rozpoczęcie określonego świadczenia, jak i na kontynuowanie świadczenia już rozpoczętego – ma dla lekarza wiążący charakter. Prawo do wyrażenia zgody obejmuje także prawo do jej odwołania. Autonomia woli ma więc znaczenie podstawowe i decydujące nawet wówczas, jeśli brak zgody pacjenta oznaczać będzie pogorszenie jego stanu zdrowia, a nawet śmierć¹⁹. Warunkiem jest oczywiście zachowana świadomość pacjenta (umożliwiająca ważne pod względem prawnym wyrażenie woli) oraz uprzednie należyte poinformowanie pacjenta w zakresie wymaganym przepisami cytowanych wyżej ustaw, w szczególności o ryzykach związanych z nieudzieleniem (lub zaprzestaniem udzielania) określonego świadczenia. Jeśli jednak pacjent został należyście poinformowany i ma zachowaną świadomość, należy jego wolę uszanować, niezależnie od konsekwencji dla zdrowia czy nawet życia.

Powyższe przepisy oraz przedstawiona ich interpretacja odnoszą się również do pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych. Jestem zdania, że niepodjęcie leczenia lub zaniechanie dalszego leczenia spowodowane brakiem zgody, odwołaniem zgody lub – tym bardziej – wprost wyrażonym sprzeciwem, w stosunku do pacjenta prawidłowo poinformowanego o medycznych skutkach swojej decyzji, nie rodzi żadnej odpowiedzialności prawnej lekarza z tego tytułu. Jak wskazuje się w doktrynie, lekarz stosujący zabieg podtrzymujący życie musi go zaprzestać, jeżeli istnieje świadoma wola pacjenta²⁰. Co więcej, uszanowanie woli pacjenta, ze wszystkimi jej konsekwen-

¹⁸ Nie oznacza to oczywiście, że na lekarzu – i innym personelu medycznym – nie ciąży żadne obowiązki w stosunku do ciała człowieka po jego śmierci. Obowiązki te wynikają jednak z innych przepisów, których przedmiotem ochrony nie jest życie lub zdrowie człowieka.

¹⁹ Tak np. A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2, s. 35; E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2, s. 73–74 i powołana tam literatura.

²⁰ A. Sakowicz, *Prawo do umierania*, w: A. Sakowicz, *Prawnikarne gwarancje prywatności*, Zakamycze 2006, s. 302 i powołana tam literatura. Zob. też: M. Safjan, op. cit., s. 259.

cjami, stanowi obowiązek lekarza, którego naruszenie może stanowić źródło odpowiedzialności.

6. Dla wyznaczania granic obowiązku leczenia pacjentów będących w stanach terminalnych bardzo istotne znaczenie ma przepis art. 31 KEL, zgodnie z którym lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa. Przepis ten należy interpretować w powiązaniu z przestępstwami wyrażonymi w art. 150 i art. 151 k.k.

Przestępstwo określane w języku prawniczym mianem zabójstwa eutanatycznego zostało uregulowane w art. 150 k.k. Przepis ten stanowi, że kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5 (§ 1). W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia (§ 2). Przedmiotem ochrony jest tu życie człowieka. Jest to tzw. przestępstwo powszechne, co oznacza, że może być ono popełnione przez „każdego”, zatem również przez lekarza. Zabójstwo eutanatyczne stanowi tzw. uprzywilejowany typ zabójstwa²¹. Polega ono, tak jak zabójstwo zwykłe, na pozbawieniu innego człowieka życia, natomiast uprzywilejowanie, wpływające na złagodzenie sankcji karnej, uzależnione jest od łącznego wystąpienia dwóch przesłanek, a mianowicie: żądania wyrażonego w tym względzie przez osobę, której ma dotyczyć zabójstwo oraz motywu współczucia u sprawcy w stosunku do tej osoby. Ofiara – w tym przypadku pacjent – musi jednoznacznie wyrazić swoją wolę co do tego, iż żąda od określonego adresata – np. lekarza – aby ten pozbawił ją życia. Żądanie to musi mieć charakter stanowczy, wyraźny, w pełni dobrowolny, być wolne od wad oświadczeń woli i złożone przez osobę będącą w pełni władz umysłowych, zdolną do rozpoznania i oceny swojej sytuacji, w szczególności nie może to być osoba dotknięta chorobą psychiczną lub innego rodzaju zaburzeniami psychicznymi, jak również osoba pozostająca pod władzą rodzicielską (niepełnoletnia) lub kuratelą²². Konieczne jest zawsze ustalenie, czy żądanie to nie jest składane jedynie pod wpływem chwilowych emocji lub innych przejściowych czynników.

Zabójstwo eutanatyczne może być popełnione tak przez działanie, jak i przez zaniechanie²³. Dokonuje się tu rozróżnienia na tzw. eutanazję czynną oraz bierną, choć kryteria tego rozróżnienia oraz kategoryzacje poszczególnych stanów faktycznych są w doktrynie prawa różnie ujmowane. Według niektórych komentatorów, eutanazja czynna wyraża się w tym, że aktywne działanie zabijającego jest przyczyną sprawczą uruchamiającą proces prowadzący do śmierci. Druga zaś postać eutanazji stanowi jak gdyby przyzwolenie na śmierć, czyli powstrzymywanie się – wbrew ciężącemu na sprawcy obowiązkowi – od ingerencji w proces umierania²⁴. W literaturze wskazano

²¹ Zgodnie z art. 148 § 1 k.k., kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności na czas nie krótszy od lat 8, karze 25 lat pozbawienia wolności albo karze dożywotniego pozbawienia wolności.

²² A. Marek, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2010, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

²³ Zob. np. M. Budyn-Kulik, *Komentarz do art. 150 kodeksu karnego*, w: M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

²⁴ J. W. Giezek, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

też, iż zaniechanie może polegać np. na celowym niepodaniu leku niezbędnego do podtrzymywania życia w zamiarze, by nastąpił zgon osoby cierpiącej²⁵. W przypadku zaniechania, sprawcą może być wyłącznie osoba, na której ciążył prawny, szczególnie obowiązek ochrony życia danej osoby. Zabójstwo eutanatyczne jest przestępstwem umyślnym, które może być popełnione zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym²⁶.

Jestem zdania, że w przypadku zaprzestania dalszego udzielania świadczeń ratujących lub podtrzymujących życie w stosunku do pacjentów mających zachowaną świadomość, na wyraźne ich żądanie stanowiące odwołanie wcześniejszej zgody na leczenie, lekarz jest zobligowany do poszanowania prawa pacjenta do samostanowienia (autonomii woli). Nawet jeśli lekarzowi uwzględniającemu wolę pacjenta towarzyszy motyw współczucia, takie zachowanie – w przypadku śmierci pacjenta – nie będzie stanowiło zabójstwa eutanatycznego. Celem lekarza nie jest uśmiercenie pacjenta. Nawet mając świadomość śmiertelnego skutku swych działań – jest on w świetle prawa zobligowany do ich podjęcia (tj. zaniechania dalszego leczenia), z uwagi na prymat woli pacjenta. Bezprawność działań lekarza zostaje w ten sposób wyłączona. Popieram w tym względzie stanowisko sformułowane w doktrynie, iż należy odróżnić eutanazję bierną od poszanowania woli pacjenta na kontynuowanie leczenia²⁷.

Z kolei płynący z art. 31 KEL zakaz udzielania pomocy do samobójstwa stanowi przestępstwo określone w art. 151 k.k. Przepis ten głosi, że kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5²⁸. Podstawowym przedmiotem ochrony tego przestępstwa jest życie. Można je popełnić tylko umyślnie, w zamiarze bezpośrednim lub ewentualnym. Gdy czyn polega na doprowadzeniu namową, może ono zostać popełnione tylko przez działanie, natomiast gdy polega na udzieleniu pomocy, może polegać zarówno na działaniu, jak i na zaniechaniu²⁹. W doktrynie wskazuje się, że pomocy do targnięcia się na własne życie można dopuścić się w różny sposób, m.in. udzielając rady, informacji albo dostarczając środków do dokonania tego czynu. Usuwanie wątpliwości osoby wahającej się czy popełnić samobójstwo, należy traktować jako udzielenie pomocy psychicznej, jeżeli była ona na tyle istotna, że doprowadziła ją do targnięcia się na własne życie³⁰. Lekarz opiekujący się osobą będącą

²⁵ A. Marek, op. cit.; por. A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” 2009, nr 11, s. 19.

²⁶ A. Marek, op. cit. Odmienne stanowisko, wydaje się, że pozostające w mniejszości, prezentuje A. Zoll, według którego zabójstwo eutanatyczne może być popełnione tylko z zamiarem bezpośrednim – zob. A. Zoll, *Komentarz do art. 150 Kodeksu karnego*, w: A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117–277 k.k.*, Zakamycze, 2006, s. 287.

²⁷ A. Zoll, op. cit., s. 285.

²⁸ Przedmiotem sporu w doktrynie są relacje zachodzące pomiędzy art. 150 k.k. i art. 151 k.k., w szczególności w odniesieniu do kwalifikacji prawnej czynu polegającego na udzieleniu przez lekarza pomocy do samobójstwa pacjentowi w stanie terminalnym, na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego – zob. np. K. Bączyk, op. cit., s. 67–68 i powołana tam literatura.

²⁹ M. Budyn-Kulik, *Komentarz do art. 151 Kodeksu karnego*, w: M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2014, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

³⁰ A. Marek, *Komentarz do art. 151 Kodeksu karnego*, w: idem, *Kodeks karny. Komentarz*, LEX, 2010, www.lex.amu.edu.pl, 8 czerwca 2015.

w stanie terminalnym nie może zatem w żaden sposób przyczyniać się do popełnienia przez chorego samobójstwa³¹. Wszelka pomoc w tym zakresie stanowi naruszenie nie tylko zasad etyki zawodowej, ale także przepisów prawa karnego i jest penalizowana. Tytułem przykładu, będzie jej podlegał lekarz, który nie chcąc narazić się na zarzut popełnienia zabójstwa eutanatycznego, dostarcza pacjentowi leki potrzebne do popełnienia samobójstwa lub podpowiada mu, co należy w tym celu zrobić (np. jaki sprzęt samodzielnie odłączyć, jaką substancję i w jaki sposób wstrzyknąć). Wydaje się dyskusyjne, czy za czyn zabroniony można by uznać poinformowanie pacjenta przez lekarza, że w przypadku wyrażenia przez niego sprzeciwu co do dalszego leczenia, lekarz będzie musiał odłączyć aparaturę utrzymującą przy życiu, co spowoduje zgon. Wprawdzie udzielenie takiej informacji stanowi wskazanie pacjentowi rozwiązania prowadzącego do zgonu, jednakże – moim zdaniem – nie można by uznać, że czyn ten wypełnia znamiona komentowanego przestępstwa. Udzielanie takich informacji jest dozwolonym, a wręcz nakazanym, informowaniem o prawach pacjenta i konsekwencjach dla zdrowia związanych z podejmowanymi przez pacjenta świadomie decyzjami. Uważam jednak, że takie zachowanie lekarza powinno budzić wątpliwości pod względem jego etyczności, jeżeli lekarz udziela w tym zakresie szczegółowych informacji z własnej inicjatywy, wiedząc o tym, że pacjentowi zależy na swojej śmierci i chcąc mu tym samym – w świetle litery prawa legalnie – ułatwić realizację tego celu.

7. Z kolei w przypadku pacjentów znajdujących się w stanie wyłączonej lub ograniczonej świadomości, wszelkie składane przez nich oświadczenia – zgoda na leczenie, odwołanie wcześniej wyrażonej zgody (nawet, jeśli pacjent wyraził wcześniej swą zgodę w sposób świadomy), jak i sprzeciw wobec dalszego leczenia – są z prawnego punktu widzenia dotknięte sankcją bezwzględnej nieważności. Są to zatem wypowiedzi pacjenta niemające znaczenia prawnego, należy je traktować jako niebyłe, lekarz nie może się nimi kierować. Wówczas, w pierwszej kolejności, na lekarzu ciąży obowiązek ustalenia, czy zaistniały przesłanki podjęcia (lub kontynuowania) leczenia bez zgody pacjenta. O sytuacjach takich – gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym – stanowią art. 33, art. 34 ust. 7 i art. 35 u.z.l.³² Trzeba przy tym wyraźnie pod-

³¹ Warto przywołać wypowiedź sformułowaną w tym kontekście w doktrynie, iż w większości przypadków, personel medyczny ogranicza się do przepisania lub dostarczenia środków do popełnienia samobójstwa, czyli do prostego ułatwienia jego popełnienia i aczkolwiek jego działalność pozostaje w związku przyczynowym z targnięciem się na życie, odpowiedzialność z tego przepisu powinna być ograniczona wyłącznie do tych przypadków, w których można przypuszczać, że gdyby nie fachowa pomoc lekarza lub jego namowa, to dana osoba nie dokonałaby zamachu na własne życie – zob.: E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, vol. 2, s. 93.

³² W myśl art. 33 ust. 1 u.z.l., badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadectwa zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Zgodnie natomiast z art. 34 u.z.l., lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1 bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyska-

kreślić, że w przypadku zaistnienia przesłanek do podjęcia (lub kontynuowania) leczenia bez zgody pacjenta, lekarz nie tylko jest do tego uprawniony, lecz zobowiązany. Jeżeli zatem pacjent znajdujący się w stanie terminalnym nie jest w stanie świadomie wyrazić swojej woli, lekarz – co do zasady – zobowiązany jest do leczenia. Zatem w tym przypadku nie dochodzi do wcześniej dostrzeżonej relacji pomiędzy obowiązkiem leczenia i obowiązkiem uszanowania woli pacjenta, ta ostatnia bowiem nie może zostać skutecznie wyrażona.

Powstaje tu jednak inny doniosły problem. Czy lekarski obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych takim pacjentom kończy się dopiero z chwilą ich śmierci (gdy tracą oni podmiotowość prawną), czy też może on ustać wcześniej. Należy uznać, że obowiązek ten może ustać wcześniej, a źródeł takiego stanowiska upatrywać powinno się, w moim przekonaniu, przede wszystkim w prawie pacjenta do poszanowania jego godności, zwłaszcza w aspekcie zapewnienia godnych warunków umierania (stosowne przepisy dotyczące godności zostały przywołane wcześniej). W tym właśnie obszarze przepisy prawa i postanowienia Kodeksu etyki lekarskiej określają pewne granice swobody decyzji lekarza co do zakresu i czasu udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom znajdującym się w stanach terminalnych. W myśl art. 6 KEL lekarz ma swobodę wyboru w zakresie metod postępowania, które uzna za najskuteczniejsze. Powinien jednak ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych choremu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Przepis ten sugeruje, że lekarz nie tylko nie ma obowiązku stosowania wszelkich możliwych czynności medycznych, lecz wręcz powinien (co w języku prawnym oznacza obowiązek) ograniczyć się jedynie do tych rzeczywiście potrzebnych. Taką wytyczną należy stosować również w opiece nad osobami terminalnie chorymi. Uszczegółowienie sfery swobody lekarza w tym względzie zawiera art. 32 KEL, stanowiący, iż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Najwyraźniejsze granice swobody w tym obszarze wyznacza w pierwszej kolejności zakaz stosowania eutanazji oraz pomocy choremu w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL), po drugie zaś obowiązek łagodzenia cierpienia pacjenta aż do końca życia (art. 30 KEL).

O ile w przypadku pacjentów zdolnych świadomie wyrazić swą wolę, wyłączenie bezprawności działań lub zaniechań lekarza przerywającego dalsze leczenie (reanima-

nia zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Z kolei w myśl art. 35 u.z.l., jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności (ust. 1). O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy (ust. 2).

cję, uporczywą terapię lub stosowanie środków nadzwyczajnych) odbywa się za sprawą sprzeciwu pacjenta lub odwołania zgody na leczenie, o tyle w sytuacji pacjentów z wyłączoną (lub ograniczoną) świadomością, podstaw braku bezprawności ww. postępowania lekarza należy poszukiwać, moim zdaniem, w regulacjach prawnych przywołanych w powyższym akapicie. Wprawdzie takie działania lub zaniechania lekarza, który podejmuje je ze świadomością i co najmniej godząc się na to, że skutkiem zaniechania stosowania dalszej terapii może być skrócenie życia pacjenta, mogłyby zostać uznane za przestępstwa zabójstwa lub zabójstwa eutanatycznego. Jednak, jak trafnie wskazuje się w doktrynie, fakt obowiązywania powyższych przepisów „prawa medycznego” oraz omówionych zasad deontologicznych wyklucza pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności z tych przepisów w większości wymienionych przypadków zawsze wtedy, gdy działa on w ramach uprawnień przewidzianych w KEL i nakazuje uznać jego działania za pozbawione znamienia bezprawności. Przyjmuje się bowiem, że przywołane przepisy ustanawiają pozakodeksowy kontratyp skutkujący wyłączeniem odpowiedzialności karnej lekarzy³³.

Na tle komentowanych przepisów trwają ożywione dyskusje, wiążące się z próbami wytyczenia granicy pomiędzy pożądanymi jeszcze próbami leczenia, a potrzebą akceptacji nieuchronnej w danych okolicznościach śmierci³⁴. Trudności interpretacyjne wzmoczone są poprzez brak zdefiniowania w Kodeksie etyki lekarskiej pojęć reanimacji, uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. W związku z tym próby ustalenia ich znaczenia normatywnego dokonywane są w doktrynie prawa, przy uwzględnieniu dorobku medycyny i etyki, ale też pod wpływem nauki wielkich religii ogółnoświatowych, w tym Kościoła katolickiego. Ważnym kryterium jest tu proporcjonalność nakazująca brać pod uwagę zarówno możliwą realnie poprawę stanu zdrowia pacjenta i jednocześnie efekty uboczne stosowania nadzwyczajnych środków, przyczyniających się jedynie do przedłużania cierpień pacjenta, bez podnoszenia jakości jego życia³⁵. Warto odwołać się w tym kontekście do treści encykliki papieża Jana Pawła II o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego *Evangelium Vitae*³⁶, w której stwierdzono, iż 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 dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie ży-

³³ E. Zielińska, op. cit., s. 89. W doktrynie poszukuje się też innych podstaw braku bezprawności zachowań lekarza w takim przypadku, np. w konstrukcji pierwotnej legalności, stanu nadzwyczajnej konieczności czy ogólnych podstaw odstąpienia od wymierzenia kary – zob. E. Zielińska, op. cit., s. 89 oraz A. Zoll, *Zaniechanie...*, op. cit., s. 32–33.

³⁴ Zob. w tym kontekście: P. Andruszkiewicz, A. Kański, *Obowiązek resuscytacji w przypadku zatrzymania krążenia – uwagi na tle praktyki oraz prawa polskiego i obcego*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 2, 27, vol. 9, s. 63.

³⁵ A. Gałęska-Sliwka, M. Śliwka, op. cit., s. 21 i powołana tam literatura.

³⁶ Ogłoszona 25 marca 1995 roku, pkt 65, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html, 8 czerwca 2015.

cia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia³⁷.

8. Istotną kwestię w omawianym kontekście stanowi stosowanie przez lekarzy analgetyków (środków przeciwbólowych) w stosunku do pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych. Problematiczne jest bowiem, czy lekarz jest uprawniony do stosowania leków przeciwbólowych również w sytuacji, gdy ich podawanie, z medycznego punktu widzenia, może – lub wręcz musi – przyspieszyć śmierć pacjenta. Uważam, że źródeł braku bezprawności takich działań lekarza należy poszukiwać w omówionych już wyżej przepisach usprawiedliwiających zaprzestanie stosowania środków nieproporcjonalnych, w tym w prawie pacjenta do poszanowania jego godności. Takie stanowisko zasadniczo jest akceptowane w doktrynie, w szczególności ze względu na podkreślany odmienny cel zabójstwa (zwykłego i eutanatycznego) oraz cel stosowania analgetyków. Jak bowiem słusznie się wskazuje, trzeba odróżnić zachowanie zmierzające do zmniejszenia cierpień od eutanazji. Lekarz może, a nawet ma obowiązek, zmniejszać cierpienia pacjenta. Nie można uznać za realizację znamion typu określonego w art. 150 § 1 k.k. sytuacji, w której środki podawane celem zmniejszenia cierpienia mogą prowadzić do skrócenia życia pacjenta, jeśli lekarz nie dysponuje środkami innymi, które by mogły zmniejszyć cierpienie, nie powodując jednocześnie przyspieszenia śmierci³⁸.

Dyskusyjne natomiast pozostaje wytyczenie granic, do których lekarz może podawać analgetyki, zwłaszcza w kontekście oceny czy zwiększenie takiego środka niewątpliwie musi, czy też tylko może, spowodować (przyspieszyć) zgon chorego. W doktrynie wskazuje się, że lekarz jest uprawniony do odpowiedniego zwiększania pacjentowi będącemu w stanie terminalnym dawki leków przeciwbólowych, aż do granic niezbędnych do wyeliminowania cierpień, nawet jeśli ma on świadomość, że zwiększenie dawki środka uśmierzającego może spowodować przyspieszenie śmierci pacjenta, zaś gdyby tej dawki nie zwiększono prawdopodobne jest, że żyłby on nieco dłużej, ale w trudnych do zniesienia cierpieniach³⁹. Z drugiej strony jednak sformułowano stanowisko, iż jeśli podanie analgetyku w określonej dawce nieuchronnie musi doprowadzić do śmierci pacjenta, to moralnie dobre chęci lekarza, który przede wszystkim chce złagodzić ból, nie mogą stanowić podstawy zwolnienia go od obowiązku poniesienia odpowiedzialności karnej za zabójstwo lub zabójstwo eutanatyczne. Podkreśla się bo-

³⁷ Warto w tym kontekście przywołać wypowiedź ks. J. Kaczkowskiego, prezesa Puckiego Hospicjum p.w. św. Ojca Pio, który stwierdził, że „emocje mogą [...] dyktować złe postępowanie, bo jesteś niepokodzona z umieraniem pacjenta i stosujesz wobec niego terapię daremną [...] Największym dylematem medycyny onkologicznej jest pytanie o to, kiedy przestać intensywnie leczyć, a paliatywniej – kiedy odpuścić”. J. Kaczkowski, P. Żyłka, *Życie na pełnej petardzie, czyli wiara, polędwica i miłość*, Wydawnictwo Wam 2015, s. 110.

³⁸ A. Zoll, *Komentarz...*, op. cit. Zob. też: A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, op. cit., s. 19.

³⁹ E. Zielińska, op. cit., s. 88. Nadto, zgodnie z treścią raportu *Medicus* z 1992 r. (vol. 1, nr 60) Komitetu Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia WHO z 1990 r., nie należy ograniczać leków w dawkach skutecznie zwalczających ból w obawie, że mogą one przyspieszyć śmierć pacjenta. Podają za A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Oficyna Wydawnicza Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 1995, s. 151.

wiem, że moralnie akceptowany zamysł lekarza uśmierzenia bólu, nie zaś spowodowania śmierci pacjenta jest istotny, ale nie stanowi jedynej podstawy zwolnienia lekarza z odpowiedzialności karnej w warunkach śmierci pacjenta związanej z prowadzoną terapią przeciwbólową⁴⁰. Przepisy prawa powyższej kwestii nie regulują w sposób jednoznaczny, a trudności zwiększa dodatkowo fakt, że rozróżnienie pomiędzy śmiercią nieumyślnie przyspieszoną podawaniem takich środków a rozmyślnie spowodowaną, nawet na prośbę pacjenta, może być trudne lub wręcz niemożliwe⁴¹. Nie ulega wątpliwości, że podejmując decyzję o zaprzestaniu reanimacji, uporczywej terapii czy stosowania środków nadzwyczajnych, lekarz musi wykazać się bardzo dużą ostrożnością oraz rozważą⁴². Podjęcie takiej decyzji nie uprawnia oczywiście lekarza do zaniechania jakichkolwiek czynności medycznych wobec pacjenta – jest on bowiem zobowiązany do łagodzenia bólu i zapewniania opieki określanej mianem „towarzyszenia w umieraniu”⁴³.

9. Przedstawione rozważania wskazują na znaczny stopień braku precyzji przepisów ustawowych oraz Kodeksu etyki lekarskiej w omawianym zakresie. Mając na względzie doniosłość regulowanych przez te przepisy zagadnień należy postulować wprowadzenie bardziej jednoznacznych unormowań, zarówno dla dobra pacjentów, jak i w dobrze pojętym interesie personelu lekarskiego.

Streszczenie

Komentarz omawia przepisy dotyczące postępowania lekarzy w stosunku do pacjentów, których życie nieuchronnie dobiega końca. Z prawnego punktu widzenia pacjent znajdujący się w stanie terminalnym jest pacjentem równorzędnym w swych prawach i obowiązkach z każdym innym pacjentem. Jest więc on też podmiotem praw do ochrony życia i zdrowia. Podstawowym źródłem tych praw jest ludzka godność, z której wypływa przede wszystkim obowiązek łagodzenia cierpień niezależnie od stanu zdrowia i rokowań pacjenta, aż do śmierci. Autor podejmuje problematykę dopuszczalności stosowania analgetyków (środków przeciwbólowych) w przypadkach, w których ich podawanie przyspiesza śmierć pacjenta, ale jednocześnie łagodzi jego cierpienia. Artykuł stanowi też głos w dyskusji na temat granic lekarskiego obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych, gdy stają się już one uporczywą terapią. Poruszone jest w tym kontekście zagadnienie pacjentów świadomych oraz z wyłączoną/ograniczoną świadomością. Zwłaszcza w odniesieniu do tych ostatnich uwidacznia się trudny dylemat lekarski związany z hierarchizacją wartości: życia (zdrowia) i autonomii woli pacjenta. Obowiązek poszanowania woli pacjenta w zakresie podejmowania lub zaprzestania działań medycznych jest zestawiony z prawnym zakazem eutanazji i zakazem udzielania pacjentowi pomocy w popełnieniu samobójstwa.

Słowa kluczowe: stan terminalny, dopuszczalność stosowania analgetyków, lekarski obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych, uporczywa terapia

⁴⁰ P. Góralski, *Oceny prawnokarne przedawkowania przez lekarza analgetyków (art. 150 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2003, nr 13, vol. 5, s. 74–75.

⁴¹ K. Bączyk, op. cit., s. 69.

⁴² Ibidem, s. 69; A. Gubiński, op. cit., s. 151.

⁴³ E. Zielińska, op. cit., s. 86.

***Help to patients in terminal stages
(comment to the Art. 30, 31 and 32 of the Code of Medical Ethics)***

Summary

Commentary discusses provisions on the conduct of doctors in relation to patients whose lives are inevitably coming to an end. From a legal point of view, the patient found in terminal state is equal in rights and obligations with any other patient. He is therefore also subject to the laws for the protection of life and health. The primary source of these rights is human dignity, which comes primarily responsible for alleviating the suffering regardless of health status and prognosis, until his death. The author takes the issue of the admissibility of the use of analgesics (painkillers) in cases where the administration accelerates the death of the patient, but at the same time relieves his suffering. The article is also a voice in discussion on the subject boundaries of medical obligation to provide health benefits when they are becoming persistent therapy. Raised in this context is the question of conscious patients and these with disabled/reduced consciousness. Especially with regard to the latter mentioned it reveals a difficult dilemma associated with the medical hierarchy of values: life (health) and autonomy of the patient. The duty to respect the patient's will to take or discontinue medical action is paired with a legal prohibition on euthanasia and the prohibition of the provision of patient assistance in committing suicide.

Key words: terminal state, admissibility of the use of analgesics, boundaries of medical obligation to provide health benefits, persistent therapy

