

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2021.02.24>

dr Daria BIENKOWSKA

<https://orcid.org/0000-0002-5659-4819>

Akademia Pomorska

e-mail: daria.bienkowska@apsl.edu.pl

## ***End-of-life decision making* w opiece medycznej w świetle standardów praw człowieka Rady Europy**

### **Streszczenie**

Problematyka decyzji podejmowanych u schyłku życia odnoszących się do tzw. „prawa do śmierci”, „godnej śmierci”, które w literaturze przedmiotu określa się jako *end-of-life decision making* w przestrzeni prawno-medycznej wzbudza zainteresowanie prawników, lekarzy, a z uwagi na ciężar gatunkowy tematu jest także przedmiotem zainteresowania debaty publicznej. W niniejszym artykule przedstawione zostanie zagadnienie *end-of-life decision making* w ochronie zdrowia w świetle standardów Rady Europy. Głównym celem tak zakreślonego problemu będzie analiza prawnej dopuszczalności decyzji dotyczących końca życia na wniosek zainteresowanej osoby w optyce prawno-człowieczej. W podsumowaniu wskazano, że pomimo braku we współczesnej Europie konsensusu co do rozumienia praw człowieka, a w ślad za tym i dopuszczalności czynnej eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa, sytuacja może ulec zmianie wraz z coraz silniej akcentowaną autonomią jednostki w prawie medycznym.

**Słowa kluczowe:** *end of life decision making* w opiece zdrowotnej, godność, samostanowienie, wolność od tortur oraz nieludzkiego i poniżającego traktowania, poszanowanie życia prywatnego, prawo do życia, standardy praw człowieka, Europejska Konwencja Praw Człowieka.

### **Wprowadzenie**

Prawo do życia i poszanowanie życia prywatnego oraz ludzkiej godności są pryncypiami, które stanowią fundamenty porządku prawnego państw europejskich, mocno zakotwiczonymi w regulacjach poszczególnych konstytucji państw Europy, jak i dokumentach unijnych i aktach prawnych stanowiących standardy prawno-człowiecze Rady Europy. W artykule uwaga skupiona zostanie na problematyce decyzji podejmowanych u schyłku życia, odnoszących się do tzw.

„prawa do śmierci”, „godnej śmierci”, które w literaturze przedmiotu określa się jako *end-of-life decision making* w przestrzeni prawno-medycznej, w świetle standardów Rady Europy. Celem prezentowanego artykułu będzie analiza podejścia opartego na prawach człowieka w zakresie prawnej dopuszczalności przypadków zakończenia życia w opiece medycznej, które dotyczą śmierci na wniosek zainteresowanej osoby. Przedstawione zostaną kluczowe dla analizy regulacje Europejskiej Konwencji Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (EKPC) oraz wybrane judykaty Trybunału Strasburskiego w przedmiotowej materii<sup>1</sup>. Przyjmując, że umieranie jest częścią życia, wybory dotyczące sposobu umierania i czasu śmierci są dla wielu ludzi częścią tego, co wiąże się z braniem odpowiedzialności za swoje życie<sup>2</sup>.

Problematyka nabiera coraz większego znaczenia ze względu na: a) rozszerzenie paradygmatów biotechnologicznych i postęp biotechnologii; b) złożoność opieki w ramach usług zdrowotnych (takich jak oddziały intensywnej terapii i zabiegi podtrzymujące życie, które przedłużają życie); c) starzenie się społeczeństwa; d) brak systemu dotyczącego opieki paliatywnej<sup>3</sup>. W rezultacie zmieniły się praktyki i okoliczności związane z końcową fazą życia, wobec czego często pracownicy służby zdrowia – zwłaszcza lekarze – biorą odpowiedzialność za określenie, kiedy, gdzie i jak pacjent powinien umrzeć. Kwestie powyższe odnoszą się do sytuacji, w których pacjent jest hospitalizowany w ostatnich chwilach życia<sup>4</sup>.

*End-of-life decision making* w opiece zdrowotnej stanowi skomplikowaną przestrzeń natury prawnej, etycznej, moralnej, kulturowej i religijnej, generując poważne rozbieżności dla opinii publicznej<sup>5</sup>. Z tego też względu przyjęta perspektywa prawno-człowiecza, stawiająca pytanie o fundamentalną relację między prawem a człowiekiem, ma niebagatelne znaczenie. Znalezienie odpowiedzi na to pytanie i odniesienie jej do problematyki decyzji końca życia, czy też „prawa do godnej śmierci”, w opiece medycznej jest poważnym wyzwaniem

<sup>1</sup> Por. *End of life and the European Convention on Human Rights, Factsheet – End of life and the ECHR*, European Court of Human Rights; May 2019; Por. D. Sartori, *End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a 'proceduralized' review*, „The Question of International Law” 2014, vol. 1; C. Lantero, *Euthanasie et suicide assisté*, „Journal International de Bioéthique et d’Ethique des Sciences” 2015, nr 26, s. 232.

<sup>2</sup> Por. National Institute on Aging (NIA; 2012) również potwierdza znaczenie wysokiej jakości opieki u schyłku życia dla całej trajektorii choroby, czego dowodem jest raport zatytułowany „*End-of-Life: Help With Comfort and Care*”. W raporcie podkreślono, że opieka u schyłku życia obejmuje nie tylko ostatnie chwile przed śmiercią, ale obejmuje również wsparcie, komfort i opiekę paliatywną nad umierającą osobą, z jednym lub więcej zaawansowanymi schorzeniami (NIA, 2012); [www.nia.nih.gov](http://www.nia.nih.gov) [dostęp: 02.01.2021].

<sup>3</sup> Por. Maria de Lourdes F. Lima, S. Tavares de Almeida Rego, R. Siqueira-Batista, *Decision-making process in end-of-life care*, „Revista Bioética” 2015, vol. 23, no. 1; [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000100031&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000100031&script=sci_arttext&tlng=en).

<sup>4</sup> F.R. Schramm, *Finitude e bioética do fim da vida*, „Rev Bras Cancerol” 2012, nr 58(1), s. 73–78.

<sup>5</sup> Por. C. Wee, *Confucianism and Killing versus Letting Die*, [w:] *Global Bioethics and Human Rights: Contemporary Issues*, red. W. Teays, Rowman & Littlefield 2014, s. 249.

i stanowi pilną potrzebę dla dalszych rozważań dotyczących tej samej kwestii również na poziomie prawa krajowego.

## 1. *End-of-life decision making*

Celem zadośćuczynienia postulatowi adekwatności wywodu należy zaznaczyć, że dla potrzeb niniejszego artykułu wyrażenie *end-of-life decision making* (podejmowanie decyzji o zakończeniu życia) w opiece medycznej będzie główną terminologią. Zwrot ten jest rzeczownikiem zbiorczym określającym decyzje w opiece medycznej, które prowadzą do śmierci pacjenta. Różnica i specyfikacja dla różnych decyzji i aktów jest jednak ważna ze względu na ich odmienne konotacje prawne, jednak ich dogłębna analiza zostanie pominięta, gdyż przekroczyłaby znacznie zakres merytoryczny i objętościowy opracowania. Podejmowanie decyzji w kwestiach związanych z końcem życia odnosi się w szczególności do pojęcia eutanazji, samobójstw wspomaganych, dystanazji, ortotanazji i opieki paliatywnej, odmowy dalszego leczenia, medycznej sedacji. W kontekście prowadzonych rozważań, analiza zawężona zostanie do pojęcia eutanazji i samobójstwa wspomaganego<sup>6</sup>.

Zwrot eutanazja pochodzi od greckiego słowa oznaczającego dobrą śmierć (*eu* – dobry, *thanatos* – śmierć). Jacek Malczewski wskazuje, że etymologiczny sens słowa sugeruje, że „mamy do czynienia z terminem normatywnym, czyli takim, który nie tyle reprezentuje jakiś fakt w kategoriach czysto opisowych, ile wyraża jego ocenę – w tym przypadku zresztą ocenę jednoznacznie pozytywną. W rzeczy samej, mówiąc eutanazja, starożytny Grek i Rzymianin okazywał aprobatę dla określonych sposobów umierania – a nie zabijania lub powodowania śmierci, jak mogłyby sugerować współczesne użycia tego słowa”<sup>7</sup>.

W terminologii prawno-medycznej zwrot eutanazja odnosi się do sytuacji, w której lekarz celowo kończy życie ciężko cierpiącej osoby (pacjenta), opierając się tym samym o przekonanie, że w tym konkretnym przypadku śmierć będzie korzystniejsza dla pacjenta, niż przedłużanie jego życia<sup>8</sup>. Kierujący się troską o pacjenta lekarz pragnie oszczędzić mu cierpień i pozwala pacjentowi umrzeć. Zwolennicy takiego podejścia określają je mianem śmierci z godnością<sup>9</sup>. W lite-

<sup>6</sup> Debata na temat moralności i legalności dobrowolnej eutanazji była w większości zjawiskiem drugiej połowy XX wieku i początku XXI wieku. Po raz pierwszy problematyka pojawiła się w latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych ubiegłego stulecia, gdy seria spraw sądowych w Holandii zakończyła się porozumieniem między władzami prawnymi i medycznymi w celu zapewnienia, że żaden lekarz nie będzie ścigany za pomoc pacjentowi w śmierci, o ile ściśle przestrzegane będą pewne wytyczne. Zob. J. Griffiths, A. Bood, H. Weyers, *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam 1998.

<sup>7</sup> J. Malczewski, *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 30.

<sup>8</sup> Por. ibidem.

<sup>9</sup> Por. J. Keown, *Euthanasia. Ethics and Public Policy. An Argument Against Legislation*, Cambridge 2002, s. 10.

raturze przedmiotu wyróżnia się podział eutanazji na: czynną i bierną, pośrednią i bezpośrednią, a także dobrowolną<sup>10</sup>. Dystynkcje występujące pomiędzy poszczególnymi rodzajami mają znaczenie w prawnej ocenie konsekwencji działań lub zaniechań, jednak najważniejszym rozróżnieniem mającym kluczowe znaczenia dla naszej analizy jest kwestia odmienności eutanazji od samobójstwa wspomaganego.

Eutanazja różni się od wspomaganego samobójstwa tym, że dotyczy ona mniejszej aktywności ze strony lekarza. Lekarz zapewnia jedynie odpowiednie środki farmakologiczne, podczas gdy pacjent sam popełnia czyn kończący życie, spożywając przygotowane przez lekarza medykamenty. J. Malczewski zauważa, że „podczas gdy karanie eutanazji wiązało się z usprawiedliwieniem kończącego się życia, prawna niedopuszczalność wspomaganego samobójstwa wiąże się z dostarczeniem leku, który ma być użyty, lub z inną pomocą lub zaangażowaniem osoby trzeciej do spełnienia jej woli śmierci”<sup>11</sup>.

## 2. Standardy prawno-człowiecze

Jak zaznaczono we wstępie, dla wielu osób podejmowanie decyzji odnoszących się do zakończenia życia stanowi przejaw prawa do samostanowienia i bycia w pełni odpowiedzialnym za swoje życie<sup>12</sup>. Jozef Dorscheidt stwierdza, że w tym kontekście pojawia się szczególne pytanie, w jakim stopniu to prawo determinuje prawną dopuszczalność decyzji kończących życie?<sup>13</sup>. W perspektywie reżimów ochrony praw człowieka dotykamy fundamentalnej materii praw i wolności, które znormatywizowane zostały w konkretnych regulacjach prawnych. W państwie europejskim systemie ochrony praw człowieka należy przede wszystkim wymienić Europejską Konwencję o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności (dalej EKPC) i artykuły 2 i 8 tejże Konwencji. Art. 2 EKPC ma doniosłe znaczenie, odnosi się bowiem do ochrony życia i stanowi, że życie każdego człowieka podlega ochronie prawnej. Nikt nie może być pozbawiony życia umyślnie, z wyjątkiem wykonania wyroku sądu w następstwie skazania go za przestępstwo, za które kara ta jest przewidziana w ustawie<sup>14</sup>. Pomimo fundamen-

<sup>10</sup> Por. Y. Kamisar, *Active v. Passive Euthanasia: Why Keep the Distinction*, „Trial” 1993, nr 3.

<sup>11</sup> J. Malczewski, *Eutanazja*, op. cit., s. 33.

<sup>12</sup> M.C. Snijdewind, D.L. Willems, L. Deliens i in., *A study of the first year of the end-of-life clinic for physician-assisted dying in The Netherlands*, „JAMA Intern Med.” 2015, nr 175, s. 1633–1640.

<sup>13</sup> J. Dorscheidt, *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*, [w:] *Health and Human Rights in Europe*, B. Toebes, M. Hartlev, A. Hendriks, J.R. Hermann (red.), Cambridge 2012.

<sup>14</sup> Art. 2 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r., zmieniona następnie Protokołami nr 3, 5 i 8 oraz uzupełniona Protokołem nr 2; Dz.U. z 1993, nr 61, poz. 284. Por. *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka*

talnego charakteru prawo do życia nie jest absolutne. Ponadto art. 15 ust. 2 EKPC wspomina o wyjątkach od zasady. Co więcej, kilka orzeczeń byłej Europejskiej Komisji Praw Człowieka i ETPC wskazuje, że pewne celowe pozbawienie życia nie stoi w sprzeczności z prawem do życia<sup>15</sup>.

Wszystkie państwa członkowskie są zobowiązane do przestrzegania przepisów Konwencji, która traktowana jest jako konstytucyjny instrument europejskiego porządku prawnego<sup>16</sup>, co pociąga za sobą interpolacje określonych regulacji na wszelkie przestrzenie życia społecznego, w tym na ochronę zdrowia w wymiarze instytucjonalnym, tj. szpitale, zarówno publiczne, prywatne, które zobowiązane są do przyjęcia odpowiednich środków w celu ochrony życia ich pacjentów. Z analizowanych regulacji wynika również, że w ramach ochrony życia w opiece medycznej, państwa członkowskie zobowiązane są do przeprowadzenia skutecznego i oficjalnego śledztwa w sprawach śmierci pacjenta, w każdym przypadku, gdy istnieją wątpliwości co do dokładnej przyczyny śmierci, w szczególności, gdy śmierć została spowodowana czynem zabronionym i istnieje prawdopodobieństwo, że zgon pacjenta w szpitalu wynika z celowego nieprzestrzegania przez członków personelu medycznego art. 2 EKPC. Zwraca uwagę fakt, że Europejski Trybunał Praw Człowieka, odnosząc się do zobowiązań państwa w kontekście ochrony życia z art. 2 EKPC wskazał, że państwa zobowiązane są przede wszystkim do przyjęcia odpowiednich środków ochrony życia pacjentów w sektorze opieki zdrowotnej, czyli stworzenia odpowiednich ram regulacyjnych, które będą w danym państwie stanowiły gwarancję ochrony dla życia. Należy w tym miejscu również nadmienić, że nie wszystkie zaniedbania medyczne, błędy medyczne, które doprowadzają do śmierci pacjenta, będą stanowiły naruszenie art. 2 EKPC<sup>17</sup>.

W ślad za Lechem Garlickim uważamy, że „Prawo do życia zorientowane jest na aspekt pozytywny, tzn. na stworzenie gwarancji ochrony istniejącego życia. Nie można z niego wyprowadzać «negatywnej wolności», tzn. prawa do decydowania o zakończeniu własnego życia, choć podobny zabieg interpretacyjny jest dopuszczalny wobec wielu innych postanowień Konwencji. Prawo do życia ma szczególnie i podstawowy charakter, że «bez naruszania jego językowego ujęcia, nie można go interpretować, jako przyznającego także prawo diametralnie

---

*i Podstawowych Wolności. Tekst jednolity*, [w:] M.A. Nowicki, *Wokół Konwencji Europejskiej. Krótki komentarz do EKPC*, Kraków 2006; L. Zwaak, *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, [w:] *Prawa człowieka. Geneza, koncepcje, ochrona*, B. Banaszak (red.), Wrocław 1993.

<sup>15</sup> Por. Wyrok ETPC z 6.09.1978 r. w sprawie *Klass and Others v. Germany*, Skarga nr 28, p. 29, § 64; Por. Wyrok ETPC z 27.04.1988 r. w sprawie *Boyle and Rice v. the United Kingdom*, Skarga nr 131, p. 23, § 52;

<sup>16</sup> Wyrok ETPC z 23.3.1995 r. w sprawie *Loizidou v. Turkey*; Skarga nr 15318/89, par. 75.

<sup>17</sup> Por. D. Bieńkowska, *Nadużycia medyczne a prawa człowieka. Elvan Alkan i inni p. Turcji*, [w:] *Powszechny system ochrony praw człowieka w dobie kryzysu demokracji liberalnej*, J. Jaskiernia, K. Spryszak (red.), Toruń 2019.

przeciwnej naturze, tzn. prawo do śmierci; nie można uznać, że kreuje ono prawo do autonomii decyzyjnej, rozumiane jako przyznanie człowiekowi roszczenia do wyboru śmierci zamiast życia» [...] Z art. 2 nie można zatem wyprowadzać prawa do eutanazji (wspomaganego samobójstwa), podobnie jak nie wyprowadza się z niego bezwzględnego zakazu eutanazji, dokonywanej na życzenie osoby cierpiącej w terminalnym stadium życia. Kwestie te łączą się z autonomią (wolnością) i rozpatrywane są na te art. 8 EKPC<sup>18</sup>.

Powyżej wspomniany artykuł 8 EKPC odnoszący się do integralności fizycznej i psychicznej wskazuje na sferę autonomii i prywatności. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że poszanowanie życia prywatnego „jest niekiedy rozumiane jako odnoszące się do zakazu naruszania nietykalności fizycznej każdego człowieka. Łączy się to przede wszystkim z koniecznością uzyskania zgody na przeprowadzenie zabiegów medycznych<sup>19</sup>. Ponadto artykuł 8 EKPC odnosi się do autonomii, czyli zapewnienia człowiekowi swobody w kształtowaniu swojego życia i podejmowania własnych autorytatywnych decyzji. Podstawowym pytaniem w kontekście prowadzonej analizy jest kwestia, czy regulacje z art. 8 EKPC odnoszą się do działań w opiece medycznej w tym sensie, że autonomię pacjenta można odczytywać jako prawo do decydowania o swoim życiu również w perspektywie decyzji o jego zakończeniu?

Decyzje dotyczące przerwania własnego życia w opiece medycznej, zarówno te odnoszące się do eutanazji, jak i do samobójstwa wspomaganego, bezsprzecznie należą do sfery autonomii człowieka. I chociaż na gruncie EKPC nie wyodrębniono samoistnego prawa do zakończenia życia (prawa do śmierci), to wszelkie kwestie rozpatrywane są na poziomie art. 8 EKPC. Z płaszczyzny interpretacyjnej można wskazać trzy podstawowe zasady dotyczące przedmiotowej problematyki. Po pierwsze, autonomia dotyczy prawa każdego człowieka do wyboru sposobu swojego życia, co odnosi się również do możliwości wyboru zachowań, które rozumiane będą jako szkodliwe, czy też niebezpieczne dla człowieka<sup>20</sup>, a więc wszystkie decyzje, które dotyczą odmowy poddania się określonej procedurze medycznej, pomimo tego, że jest ona traktowana jako konieczna dla ratowania życia<sup>21</sup>. Po drugie, autonomia człowieka nierozzerwalnie wiąże się z godnością ludzką, która jest swoistym imperatywem moralno-etycznym nakazującym ujmowanie człowieka holistycznie. Wobec czego na życie człowieka, na jego prawa i wybory jakich dokonuje, należy patrzeć w pryzmacie jego godności<sup>22</sup>. Takie spojrzenie ma niebagatelne znaczenie dla ludzi doświadczających

<sup>18</sup> L. Garlicki, *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Komentarz do artykułów 1–18*, Warszawa 2010, s. 68.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 500.

<sup>20</sup> Por. Wyrok ETPC z 29.04.2002 r. w sprawie *Pretty v. United Kingdom*, Skarga nr 2346/02, par. 65, Por. Wyrok ETPC z 19 lipca 2012 r. w sprawie *Koch v Germany*; Skarga nr 497/09.

<sup>21</sup> Ibidem, par. 63.

<sup>22</sup> Por. J. Sobczak, *Godność pacjenta*, „Medyczna Wokanda” 2009, nr 1, Poznań 2009.

okrucieństwa choroby, która, wyniszczając ich organizm, sprawia, że są skazani na cierpienia w wyniku korzystania z innowacyjnej medycyny przedłużającej życie. W tym aspekcie „wielu ludzi niepokoi się, aby nie zmuszano ich do wegetowania w wieku starczym lub w stanie zaawansowanego fizycznego lub psychicznego rozpadu, co stałoby w sprzeczności z pojmowaniem przez nich idei osobowej i osobistej tożsamości”<sup>23</sup>. Wspomniany już wyżej L. Garlicki słusznie zaznacza, że ustawodawstwo, które zmierza do penalizacji lub penalizuje pomoc w zakończeniu życia terminalnie chorych osób, które cierpią i wyrażają życzenie zakończenia życia, może być uznawane jako ustawodawstwo, które wkracza w sferę chronioną przez art. 8 EKPC<sup>24</sup>. Jednocześnie dodaje, że wszelkie przejawy reglamentacji eutanazji wkraczają w sferę życia prywatnego, nie wykluczając tym samym jej prawnego zakazu, niemniej jednak muszą spełniać wymogi dyspozycji art. 8 ust. 2 EKPC, czyli muszą być konieczne w społeczeństwie demokratycznym<sup>25</sup>.

Artykuł 8 EKPC odczytywany w odniesieniu do opieki medycznej daje podwaliny dla zasady autonomii osobistej, leżącej u podstaw interpretacji gwarancji Konwencji<sup>26</sup>. Autonomia osobista odczytywana winna być jako prawo pacjenta do korzystania ze swoich praw i wolności zgodnie ze swoją wolą. Należy zaznaczyć, że w opiece medycznej prawo to będzie korelowało z innymi zobowiązaniami lekarzy i świadczeniodawców usług w opiece medycznej, tj. z poinformowaną zgodą. Innymi słowy, osoba może skorzystać ze swojej osobistej autonomii w odniesieniu do interwencji medycznych wyłącznie po wyrażeniu świadomej zgody<sup>27</sup>.

W takim ujęciu państwa członkowskie są zobowiązane do przyjęcia niezbędnych środków regulacyjnych w celu zapewnienia, aby lekarze rozważyli przewidywalne konsekwencje planowanej procedury medycznej dla integralności fizycznej ich pacjentów i uprzednio poinformowali pacjentów o wszelkich możliwych formach leczenia, proponowanych procedurach medycznych oraz o konsekwencjach zgody na zaproponowane leczenie, jak i konsekwencjach odmowy<sup>28</sup>. W związku z powyższym prawo do osobistej autonomii i prawo do świadomej zgody są elementami składowymi prawa do życia prywatnego i innych praw związanych z ochroną zdrowia chronionych przez EKPC<sup>29</sup>. Każda sytuacja,

<sup>23</sup> Por. *Pretty v. United Kingdom*, par. 65.

<sup>24</sup> L. Garlicki, *Konwencja o Ochronie*, op. cit., s. 502.

<sup>25</sup> Por. ibidem.

<sup>26</sup> Por. ibidem.

<sup>27</sup> Por. J. Rachel, *Can ethics provide answers?*, [w:] *Life Choices. A Hasting Center Introduction to Bioethics*, J.H. Howell, W.F. Sale (red.), Georgetown 2007, s. 6–11.

<sup>28</sup> O. Neill, *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge 2009.

<sup>29</sup> Prawo do wyrażania zgody lub sprzeciwu na podjęcie czynności medycznych zostało uregulowane w wielu aktach międzynarodowych. Należą do nich m.in.: Deklaracja Wenecka o stanach terminalnych z 1983 r., Deklaracja Helsińska o eksperymentach medycznych na ludziach z 1964 r., Międzynarodowy Kodeks Etyki Medycznej z 1949 r. Zob. więcej H.P. Dunn, *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997, s. 49, n.; D. Małecka, *Prawna ochrona pacjenta na tle*

w której lekarze podejmują interwencje medyczne bez odebrania od pacjenta świadomej zgody, naruszają regulacje art. 8 EKPC. Zasadnym jest zwrócenie uwagi, iż niedopełnienie obowiązku informacyjnego przez lekarza, jak i brak uzyskania jego zgody, może nie tylko prowadzić do naruszenia art. 8 EKPC, ale również stanowić naruszenie art. 3 EKPC, co odnosi się do niehumanitarnego traktowania i tortur<sup>30</sup>.

Artykuł 3 EKPC stanowi, że nikt nie może być poddany torturom oraz nieludzkiemu lub poniżającemu traktowaniu albo karaniu<sup>31</sup>. Podstawowym problemem w kontekście tej regulacji jest pytanie, czy państwo może być pociągnięte do odpowiedzialności za cierpienie jednostki z powodu jej stanu zdrowia, lub też zastosowania wobec jednostki (pacjenta) leczenia podtrzymującego życie? Na tak postawione pytanie zasadnym jest odpowiedzieć, że *end-of-life decision making* w ochronie zdrowia nie są sprzeczne z art. 3 EKPC, naruszenia tego artykułu stanowić może nieuwzględnienie tych decyzji. Uwaga skupiona jest tu przede wszystkim na tzw. wartości życia, które podlega ochronie. Niewątpliwie mamy tu do czynienia z kwestią ścierania się dóbr prawnie chronionych z dobrami istotnymi w kontekście wykonywania zawodu lekarza (imperatyw ratowania życia), jak i prawami pacjenta, w szczególności z prawem do ochrony przed nieludzkiem i poniżającym traktowaniem<sup>32</sup>. Wobec tego, za Adamem Górskim powtarzamy, że powyższy bardzo wyrazisty dylemat zasadza się na prawnym i etycznym wartościowaniu takich dóbr, jak życie, zdrowie, autonomia woli pacjenta<sup>33</sup>. W perspektywie omawianych standardów prawno-człowieczych Rady Europy wska-

---

*europiejskiej konwencji bioetycznej*, „Prawo i Medycyna” 1999, t. 1, nr 3, s. 84; Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie Karty Praw Pacjenta z 1984 r. oraz Deklaracja Praw Pacjenta przedstawiona przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) z 1994 r. Zob. M.J. Jarosz, A. Hadasik, *Osobowe dane medyczne w systemach informacyjnych*, „Zdrowie Publiczne” 2006, nr 116(4), s. 604 i n.

<sup>30</sup> Zwraca uwagę fakt, że regulacja na poziomie art. 3 „Deklaracji praw pacjenta”, przyjętej przez Światowe Stowarzyszenie Lekarzy w Lizbonie 1981 r. brzmi następująco (treść artykułu): „a) Pacjent ma prawo do samostanowienia, do swobodnego podejmowania decyzji o sobie. Lekarz poinformuje pacjenta o konsekwencjach jego decyzji, b) zdrowy psychicznie dorosły pacjent ma prawo wyrazić zgodę lub odmówić zgody na jakąkolwiek procedurę diagnostyczną lub terapię. Deklaracja Lizbońska o prawach pacjenta z 1981 r. [WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient, adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981 r., and amended by the 47th WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995 r., and editorially revised by the 171st WMA Council Session, Santiago, Chile, October 2005 r., <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/>. Por. Z. Chłap, *Prawa pacjenta w europejskich kodeksach lekarskich*. „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996, nr 5, s. 33–41; K. Szewczyk, *Etyka i deontologia lekarska*. „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU”, nr 2, s. 7–253; W. Nasiłowski, *Zgoda na leczenie w rozwoju lekarskiej myśli etycznej*, „Wiadomości Lekarskie” 2007, nr 3–4, s. 198.

<sup>31</sup> Art. 3 Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności.

<sup>32</sup> Por. A. Górski, *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019.

<sup>33</sup> *Ibidem*, s. 91.



zuje się, że w istocie sama osoba zainteresowana jest jedyną uprawnioną do dokonania takiej oceny. Podtrzymywanie życia pacjenta, poprzez przypisywane prawu do życia niezbywalnego charakteru, może stanowić naruszenie art. 3 EKPC<sup>34</sup>. Tak ujęte prawo do życia może w konsekwencji prowadzić do naruszenia innych praw człowieka, a w opiece medycznej prowadzić do pogwałcenia praw pacjenta do samostanowienia, poprzez aplikowanie procedur wiążących się z usilnym podtrzymywaniem życia, takich jak np. karmienie siłą (*force feeding*)<sup>35</sup>.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że niezbywalny charakter prawa do życia niekiedy może stawać w sprzeczności z supremacją wiedzy lekarskiej i niwelować działania, które lekarz podejmuje w najlepszym interesie pacjenta<sup>36</sup>. Takie działania szczególnie widoczne są w praktyce medycznej w niektórych przestrzeniach opieki neonatologicznej, gdzie w przypadku ciężko cierpiących noworodków lekarz podejmuje *end-of-life decisions*, uważając je za leżące w najlepszym interesie pacjenta. W tym względzie wypowiedział się J. Feinberg, który, przeprowadzając analizę prawa do niezbywalności życia, podkreślił, że trzeba rozróżnić dwie interpretacje tego prawa: zrzeczenie się i rezygnację. J. Feinberg zastanawia się, co właściwie nie może być wyalienowane: samo życie czy prawo do życia? Jeśli życie samo w sobie nie może zostać dobrowolnie porzucone, przekazane, zrzeczone itp., a następnie prawo do życia jest obowiązkowym prawem, które zobowiązuje do ratowanie życia, kontynuacji życia – to prawo do życia, które jest niezbywalne, jest prawem uznaniowym, z którego można skorzystać lub nie<sup>37</sup>. Decydem w tym przypadku jest posiadacz praw. Według J. Feinberga skorzystanie z tych praw jest przejawem chronionej swobody działania, jakiej dokonuje podmiot zainteresowany w ramach wolności wyboru<sup>38</sup>.

Krytycy takiego podejścia wskazują, że pomimo tego, iż rozważania przywołanego autora dotyczące uznaniowości prawa do życia mogą być atrakcyjne w niektórych przypadkach odnoszących się do *end-of-life decision making*, to jednak są koncepcją zgubną. Przede wszystkim nie ma możliwości respektowa-

---

<sup>34</sup> Por. S. Sefan, *Rational Suicide Irrational Laws: Examining Current Approaches to Suicide in Policy and Law*, New York 2016.

<sup>35</sup> Por. *Herczegfalvy v. Austria*, Judgment, Merits and Just Satisfaction, App No 10533/83, A/244, [1992] ECHR 83, (1993) 15 EHRR 437, IHRL 2840 (ECHR 1992), 24th September 1992, European Court of Human Rights [ECHR], <https://opil.ouplaw.com/view/10.1093/law:ihrl/2840echr92.case.1/law-ihrl-2840echr92> [dostęp: 02.01.2021]; J.M. Appel, *Rethinking force feeding, legal and ethical aspects of Physician participation in the termination of hunger strikes in American prisons*, „Public Affairs Quarterly” 2012, 26, no. 4, s. 313–335, <http://www.jstor.org/stable/41697910> [dostęp: 02.01.2021].

<sup>36</sup> Por. H. Anrys, *Etyka lekarska a prawa człowieka*, [w:] *Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa 1996

<sup>37</sup> Por. J. Feinberg, *Rights, Justice and the Bounds of Liberty. Essays in Social Philosophy*, Princeton/New Jersey 1980, s. 221–251.

<sup>38</sup> Por. *ibidem*.

nia takiego podejścia w kontekście praktyk opieki neonatologicznej, gdyż noworodki są podmiotami faktycznie niezdolnymi do wolnych wyborów, wobec tego nie mogłyby w żaden sposób skorzystać z tzw. uznaniowego prawa do życia, i ciężar decyzji przeniesiony zostałby na osobę trzecią<sup>39</sup>. W literaturze przedmiotu wskazuje się również, że w wyjątkowych przypadkach wstrzymanie lub wycofanie środków ratujących życie może być uzasadnione, ponieważ rozpoczęcie lub kontynuowanie działań mających na celu użycie tych środków może stanowić przejaw nieludzkiego traktowania<sup>40</sup>. Niemniej jednak argument ten nie jest w doktrynie poglądem prawnie uzasadnionym. Zasadność odwołania się do art. 3 EKPC w tej kwestii jest wątpliwa ze względu na zakres semantyczny pojęć użytych w przepisie, jak i nad jego historią<sup>41</sup>. Chociaż takie pojęcia, jak tortury, nieludzkie i poniżające traktowanie odnoszą się do naruszania godności ludzkiej – na różnych jej poziomach – to mimo wszystko trudnym do uzasadnienia jest fakt, że określone przypadki traktowania będą stanowiły naruszenia praw jednostki poprzez spowodowanie szczególne nasilenia fizycznej lub psychicznej krzywdy dla danej osoby<sup>42</sup>. W przestrzeni interpretacyjnej wskazuje się, że zwrot „traktowanie” odnosi się do „złego traktowania”, czyli do „zachowań o pewnym stopniu surowości i wiąże się z rzeczywistymi uszczerbkami na ciele lub intensywnym fizycznym lub psychicznym cierpieniem [...]. Traktowanie może być uznane za poniżające i być objęte zakazem z art. 3, jeżeli upadła lub poniża jednostkę, wskazując brak poszanowania godności ludzkiej lub umniejszanie jej, bądź jeśli rodzi poczucie strachu, cierpienia lub upodlenia i jest w stanie złamać psychiczny lub moralny opór człowieka. [...] Cierpienie wynikające z naturalnej choroby – fizycznej lub umysłowej – może być objęte artykułem 3, gdy jest ono – lub może być – zwiększone na skutek złego traktowania, np. w związku z warunkami aresztowania, wydalenia lub w innych sytuacjach, za które władze ponoszą odpowiedzialność”<sup>43</sup>.

W kontekście opieki medycznej na poziomie standardów praw człowieka uznaje się, że nawet jeśli rozpoczęcie lub kontynuacja środków podtrzymujących życie stanowi nieludzkie traktowanie w świetle międzynarodowego prawa (w kontekście praw człowieka), to nie ma jednoznacznych gwarancji, że lekarz dokonujący eutanazji lub pomagający w samobójstwie pozostanie bezkarny<sup>44</sup>.

<sup>39</sup> Por. Y. Dinstein, *The right to life, physical integrity, and liberty*, [w:] *The International Bill of Rights: The Covenant on Civil and Political Rights*, L. Henkin (red.), New York 1981, s. 114–116.

<sup>40</sup> Por. *Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa 1996.

<sup>41</sup> L. Bosek, *Standardy Europejskie. Wspomagane samobójstwo*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, M. Safjan (red.), Warszawa 2011, s. 90.

<sup>42</sup> Por. ibidem.

<sup>43</sup> *Pretty v. United Kingdom*, par. 52.

<sup>44</sup> Por. *Herczegfalvy v. Austria, Merits and Just Satisfaction*, App No 10533/83, A/244, [1992] ECHR 83, (1993) 15 EHRR 437, IHRL 2840 (ECHR 1992), 24th September 1992, European Court of Human Rights [ECHR].

Nie ma również jednoznacznej interpretacji, że naruszenie prawa do życia na podstawie art. 2 EKPC nastąpiło w wyniku chęci uniknięcia naruszenia regulacji z art. 3 EKPC<sup>45</sup>.

### 3. *End-of-life decision making* w jurysprudencji Strasburskiej

Aby w pełni zakreślić obowiązujące standardy prawno-człowiecze Rady Europy, należy przyrzeć się praktyce orzeczniczej Trybunału Strasburskiego dotyczącej *end-of-life decision making* w opiece medycznej. Regulacje zawarte w Konwencji, jak i wszelkie inne konstytucyjne unormowania, mogą istnieć tylko poprzez „akty sądowej jej wykładni – bowiem – sformułowania tekstu pisanego ujęte są [...] w język na tyle ogólny i w pojęcia na tyle otwarte, że odnalezienie ich realnego znaczenia i treści wymaga konkretyzacji orzeczniczej”<sup>46</sup>. W płaszczyźnie praktyki orzeczniczej, Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC) w kontekście *end-of-life decision making* w opiece medycznej na zajmował wyrazistego stanowiska. Pewien przełom nastąpił od sprawy *Pretty p. Zjednoczonymu Królestwu*<sup>47</sup>, która była jednocześnie pierwszą decyzją ETPC w sprawie zakończenia życia.

Zwraca uwagę fakt, że w tej skardze, skarżąca nie zwróciła się o pomoc do pracownika służby zdrowia, który pomógłby jej zakończyć życie. Przedmiotowa sprawa dotyczyła 43-letniej kobiety, która cierpiała na postać choroby neuronu ruchowego (MND) – postępująca neurodegeneracyjną chorobą komórek motorycznych ośrodkowego układu nerwowego – która ostatecznie doprowadzi do śmierci danej osoby z powodu postępującego osłabienia mięśni. Nie ma lekarstwa na MND, a leczenie tylko nieznacznie zmienia przebieg tej choroby. Pani Pretty, z uwagi na swój stan chorobowy, chciała popełnić samobójstwo – czyn, który nie jest zabroniony przez prawo angielskie. Jednak jej stan fizyczny spowodowany chorobą uniemożliwiał samodzielne jego dokonanie. Potrzebne było zaangażowanie osoby trzeciej, jednak zgodnie z prawem angielskim pomaganie innej osobie w popełnieniu samobójstwa było zabronione. Ponieważ skarżąca chciała, aby mąż pomógł jej w tym akcie, zwróciła się do Dyrektora Prokuratury o zobowiązanie się, że nie będzie ścigać męża skarżącej, jeśli będzie pomagał jej w popełnieniu samobójstwa zgodnie z jej życzeniem. Wniosek o zwolnienie z grzywny został odrzucony.

Trybunał, rozpoznając sprawę, w konkluzji stwierdził, że „Artykuł 2 EKPC nie może być interpretowany, bez zaprzeczenia swojemu brzmieniu, jako zawie-

<sup>45</sup> Por. J. Dorscheidt, *Euthanasia and Physician Assisted Suicide from a human rights perspective*, [w:] *Health and Human Rights in Europe*, B. Toebes (red.), Cambridge/Antwerpen/Portland 2012.

<sup>46</sup> L. Garlicki, *Konwencja o Ochronie*, op. cit., s. 8.

<sup>47</sup> Wyrok ETPC z 29.04.2004 r. w sprawie *Pretty v. United Kingdom*, skarga nr 2346/02.

rający diametralnie przeciwne prawo – czyli prawo do śmierci; nie kreuje on również prawa do samostanowienia w sensie uprawnienia do wyboru raczej śmierci niż życia<sup>48</sup>. Nadmienić jednak należy, że Trybunał, odrzucając skargę z art. 2 EKPC, wskazał jednocześnie, że skarżąca nie może ze względu na obowiązujące prawo dokonać wyboru uniknięcia niegodnego i bolesnego końca życia. Trybunał nie jest gotowy wykluczyć uznania takiej sytuacji za ingerencję w prawo do poszanowania życia prywatnego gwarantowanego przez art. 8 ust. 2 EKPC<sup>49</sup>. Można uznać, że Trybunał w Strasburgu podziela pogląd, że autentyczna decyzja osoby o zakończeniu życia jest częścią jej życia prywatnego<sup>50</sup>. Jednak kwestie zobowiązań wynikających z regulacji Konwencji, jakie Państwo-Strona musiałaby w tym względzie zapewnić swoim obywatelom, aby mogli korzystać w pełni z jednego prawa, może podlegać ograniczeniom przez Państwo ze względu na wynikające z prawa dotyczącego praw człowieka zobowiązania do ochrony innego prawa<sup>51</sup>. W tym kontekście zasadnym wydaje się przywołanie komentarza przedstawiciela doktryny J. Dorscheidta, który wskazuje, że debata dotycząca uznania wolności osobistej odnoszącej się do autonomicznej decyzji zakończenia życia nie jest już skupiona na przedstawianiu argumentów za taką wolnością, ale raczej na uzasadnieniu ustawowych ograniczeń tej wolności<sup>52</sup>. Innymi słowy, taki proces oznacza, że ochrona prawa do życia prywatnego nie jest nieskończona<sup>53</sup>. Tym samym istnieje szereg powodów, które będą wskazywały na ważny interes prawny, umożliwiając państwu ingerencję w prywatne życie jednostki. Z tym jednak zastrzeżeniem, że musi być wyraźnie wskazany powód i podstawa prawna, oraz że wszelkie nakładane przez państwo ograniczenia prawa do prywatności muszą być proporcjonalne i rozsądne w świetle uzasadnionych celów, którym służą. W końcu, ustawowe ograniczenia w korzystaniu z własnej wolności do zakończenia życia mogą być uzasadnione w świetle odpowiedzialności Państwa wynikającej z art. 8 ust. 2 EKPC<sup>54</sup>.

W sprawie *Nitecki v. Polska*<sup>55</sup> uznano, że EKPC nie gwarantuje prawa do otrzymywania pomocy lekarskiej, która przewyższałaby standardowy poziom leczenia dostępny dla ogółu społeczeństwa. Dlatego też obywatel nie może żądać

<sup>48</sup> Ibidem, par. 65.

<sup>49</sup> Ibidem, par. 74.

<sup>50</sup> J. Dorscheidt, *Euthanasia and physician-assisted suicide from a human rights perspective...*, s. 186.

<sup>51</sup> Ibidem, s. 188.

<sup>52</sup> Ibidem, s. 189.

<sup>53</sup> Por. M. Safjan, *Wyzwania dla państwa prawa*, Warszawa 2007.

<sup>54</sup> Por. J. Dorscheidt, *Euthanasia and physician-assisted suicide from a human rights perspective, in. Health and Human Right*, op. cit.

<sup>55</sup> 65653/01, *Prawo do życia. Skuteczne postępowanie w sprawie zgonu pacjenta pod opieką lekarską, Nitecki v. Polska* – Decyzja Europejskiego Trybunału Praw Człowieka; <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/65653-01-prawo-do-zycia-skuteczne-postepowanie-w-520146645>.

zwrotu pełnych kosztów swojego ponadstandardowego leczenia w sytuacji, kiedy sam pokrył koszty. Niemniej jednak Trybunał wskazał, że nie można wykluczyć odpowiedzialności Państwa za zaniechania organów w zakresie polityki ochrony zdrowia z powodu naruszenia art. 2 EKPC, tj. prawa do życia<sup>56</sup>. Jednocześnie Trybunał wskazał, że nie jest jego zadaniem „analizowanie prawa krajowego *in abstracto* czy też wypowiedanie się w ogólny sposób na temat zgodności systemu i praktyk krajowych dotyczących opieki medycznej”<sup>57</sup>.

W sprawie *Glass p. Wielkiej Brytanii*<sup>58</sup> matka złożyła skargę na podstawie art. 2 ETPCz, że Portsmouth Hospitals NHS Trust i jego pracownicy medyczni narazili życie jej chorego syna, podając mu leki uspokajające i przeciwbólowe (diamorfinę), w tym dawkę dla dorosłych, bez jej zgody, i wpisując zakaz reanimacji w jego dokumentacji medycznej. Z tego też względu skarżąca odnosiła się do naruszenia przez personel medyczny szpitala art. 2 EKPC. Rozpoznając sprawę, Trybunał zinterpretował skargę na podstawie art. 2 EKPC, odnosząc się przede wszystkim krytycznie względem lekarzy i dokonanej przez nich oceny klinicznej. Mimo jednoznacznie negatywnej oceny postępowania klinicznego lekarzy ETPC stwierdził, że jeśli Państwo-Strona poczyniło wystarczające środki w celu zapewnienia wysokich standardów zawodowych pracowników służby zdrowia oraz ochrony życia pacjentów, kwestie związane z błędem zawodowej oceny pracowników służby zdrowia w leczeniu konkretnego pacjenta nie są same w sobie wystarczające do nałożenia odpowiedzialności na to Państwo-Stronę wynikającej z pozytywnych obowiązków, jakie kreuje art. 2 EKPC. Ostatecznie ETPC uznał tę skargę na podstawie art. 2 za oczywiście bezzasadną, a zatem niedopuszczalną.

Trybunał w sprawie *Glass p. Wielkiej Brytanii* podkreślił doniosłość świadomej zgody na zabieg medyczny i jej korelację z życiem prywatnym w rozumieniu art. 8 EKPC. W tym kontekście skarga została uznana za zasadną. Trybunał wskazał, że orzeczenie nakazujące leczenie ciężko chorego 12-letniego chłopca wbrew sprzeciwowi jego matki, narusza prawo dziecka do prywatności, w szczególności do nietykalności cielesnej. Taka ingerencja jest generalnie dopuszczalna tylko wtedy, gdy następuje po dobrowolnej, wyraźnej i świadomej zgodzie. ETPC zauważył, że matka chłopca wyraźnie wycofała swoją zgodę. Decyzja ta, zdaniem Trybunału, wymaga pełnego poszanowania przez lekarzy, w związku z czym powinni oni powstrzymać się również od usilnych ingerencji mających na celu

<sup>56</sup> *Nitecki przeciwko Polsce* z dnia 21 marca 2002 r.; <https://www.gov.pl/web/rpp/nitecki-przeciwko-polsce-z-dnia-21-marca-2002-r>.

<sup>57</sup> Por. *Spyra i Kranczkowski przeciwko Polsce* z dnia 25 września 2012 r., Skarga nr 19764/07, <https://www.gov.pl/web/rpp/spyra-i-kranczkowski-przeciwko-polsce-z-dnia-25-wrzesnia-2012-r>.

<sup>58</sup> 61827/00, *Glass v. Wielka Brytania* – Wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka – <https://sip.lex.pl/orzeczenia-i-pisma-urzedowe/orzeczenia-sadow/61827-00-glass-v-wielka-brytania-wyrok-europejskiego-520201950>.

zmianę decyzji matki chorego dziecka. W ślad za takim rozumowaniem Trybunał Strasburski uznał, że decyzja władz o uchyleniu sprzeciwu matki chłopca wobec proponowanego leczenia, w przypadku braku zgody sądu, skutkowałą naruszeniem art. 8 EKPC.

Do zakresu art. 8 EKPC Trybunał odniósł się w sprawie *Jehova's Witness of Moscow and others v. Russia*<sup>59</sup>. ETPC skoncentrował uwagę na odmowie leczenia przez pacjenta. Podobnie jak w sprawie *Pretty*, Trybunał potwierdził, że „nie negując w żaden sposób zasady świętości życia chronionej przez tę Konwencję, Trybunał uznaje że na podstawie art. 8 coraz większego znaczenia nabiera jakość życia”<sup>60</sup>, oraz że prawo do samostanowienia i osobistej autonomii są ważnymi zasadami leżącymi u podstaw wzajemnej interpretacji gwarancji określonych w Konwencji. ETPC wskazał również, że możliwość życia według własnego wyboru obejmuje możliwość angażowania się w działania, które będą powodowały fizyczną krzywdę lub zagrożenie dla siebie<sup>61</sup>.

W odniesieniu do problematyki udzielania pomocy lekarskiej, ETPC uznał z kolei, że nałożenie obowiązku opieki zdrowotnej świadczonej przez lekarza na osobę, która odmówiła przyjęcia określonego leczenia, może kolidować z prawem tej osoby do nietykalności cielesnej oraz naruszać jej prawa chronione na podstawie art. 8 EKPC. Wolność odmowy leczenia, nawet jeśli dotyczy leczenia potencjalnie ratującego życie, jest zatem uważana za kluczową dla zasady samostanowienia i osobistej autonomii, ponieważ kompetentny dorosły pacjent musi mieć prawo do dokonywania wyborów zgodnie z własnym poglądem i wartości, niezależnie od tego, czy są irracjonalne, nierozsądne czy nieroztropne, taki wybór może się wydać innym<sup>62</sup>. Państwo musi powstrzymać się od ingerowania w ten indywidualny wybór wolności w sferze opieki zdrowotnej, ponieważ taka ingerencja tylko zmniejszyłaby, a nie zwiększyła wartości życia<sup>63</sup>. Ponadto ETPC uznał, że ustalenie autentyczności odmowy udzielenia przez pacjenta pomocy medycznej/opieki medycznej w sytuacjach, w których zagrożone jest zdrowie i ewentualnie życie, stanowi uzasadniony problem<sup>64</sup>.

W kolejnej sprawie *Lambert p. Francji*<sup>65</sup> mamy do czynienia z kilkoma skargącymi, którzy nie zgadzają się z wyrokiem francuskiego Conseil d'État, podając w wątpliwość zasadność orzeczenia dotyczącego uznania za zgodną z prawem decyzji podjętej przez lekarza leczącego Vincenta Lamberta o zaprzestaniu jego sztucznego odżywiania i nawadniania, co narusza art. 2 EKPC. Wielka Izba

<sup>59</sup> *Jehova's Witness of Moscow and others v. Russia*, Application no. 302/02, 10 June 2010; <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-99221%22%5D%7D>.

<sup>60</sup> Por. *Pretty v. United Kingdom*, par. 65.

<sup>61</sup> Por. *ibidem*.

<sup>62</sup> Por. *ibidem*, par. 63.

<sup>63</sup> Por. *Haas v. Switzerland*, no. 31322/07, Judgment of 20 January 2011.

<sup>64</sup> Por. *ibidem*.

<sup>65</sup> Skarga *Lambert i Inni przeciwko Francji*, Skarga nr 46043/14.

ETPC orzekła, że nie doszło do naruszenia art. 2 zobowiązania Państwa-Strony do ochrony życia. ETPC uznał, że przepisy obowiązującej ustawy francuskiej, zgodnie z wykładnią Conseil d'Etat stanowiły ramy prawne, które były wystarczająco jasne, aby precyzyjnie regulować decyzje podejmowane przez lekarzy w sytuacjach takich jak ta w przedmiotowej sprawie. W związku z tym ETPC uznał, że nie doszło do naruszenia art. 2 EKPC, mimo że – i inaczej niż w sprawach *Pretty, Haas i Gross* – nie pojawił się żaden wniosek ze strony zainteresowanej osoby<sup>66</sup>. Trybunał zaznaczył, że w pełni zdaje sobie sprawę z wagi zagadnień podniesionych w niniejszej sprawie, dotyczącej wyjątkowo złożonych kwestii medycznych, prawnych i etycznych oraz „uwzględniając okoliczności sprawy, Trybunał przypomina, iż weryfikacja czy decyzja o wstrzymaniu leczenia była zgodna z ustawodawstwem krajowym i Konwencją, oraz ustalenie życzeń pacjenta w sposób zgodny z prawem krajowym leżało przede wszystkim w gestii władz krajowych. Zadanie Trybunału polegało na upewnieniu się, czy państwo wypełniało swoje obowiązki pozytywne wynikające z art. 2 Konwencji. Na tej podstawie Trybunał uznał, że zarówno ramy prawne przewidziane prawem krajowym, zgodnie z interpretacją przez Conseil d'État, jak i proces podejmowania decyzji, który w niniejszej sprawie został przeprowadzony w sposób skrupulatny, były zgodne z wymogami art. 2<sup>67</sup>.

## Podsumowanie

*End-of-life decision making* było przedmiotem wielu skarg wnoszonych przed ETPC. Zwraca uwagę fakt, że w żadnej z rozpoznawanych spraw – pomimo dopuszczonych przez Trybunał wyjątków, odnoszących się w zdecydowanej większości do decyzji podejmowanych przez kompetentnych pacjentów, korzystających z prawa do autonomii osobistej na mocy art. 8 EKPC – nie wywieziono samoistnego prawa do zakończenia życia na gruncie art. 2 EKPC. W tym kontekście jednak Europejski Trybunał Praw Człowieka pozostawia państwom członkowskim duży margines swobody w regulowaniu tych kwestii, jednocześnie zapewniając, że dopuszczalne prawnie wyjątki nie są niezgodne z art. 2 EKPC.

Należy również podkreślić, że na poziomie jurysdykcji strasburskiej do tej pory nie było przypadku skargi, w której Trybunał zająłby jednoznaczne stanowisko dotyczące legalności *end-of-life decision making* w opiece zdrowotnej, z tego też względu trudno nakreślić sposób rozstrzygania skarg w problematyce określonych form umyślnego zakończenia życia pacjenta. Można jednak przypuszczać, że skarg z tego zakresu będzie przybywało, z uwagi na postępujące

---

<sup>66</sup> Por. Skarga *Lambert i Inni przeciwko Francji*.

<sup>67</sup> Por. *ibidem*, par. 181.

zmiany demograficzne, rozwój nowych technologii w medycynie, a także przypisywanie autonomii miejsca centralnego w sferze ideologii prawa<sup>68</sup>.

Niemniej jednak, jak wskazuje Daria Sartori, „do tych konkluzji można dodać, że znaczenie przypisywane osobistej autonomii nie jest przenoszone na jej dalsze konsekwencje, ani państwa członkowskie, ani ETPC. Chociaż uznaje się, że istnieje europejski konsensus co do «nadrzędnej wagi życzeń pacjenta», tylko kilka państw członkowskich wywodzi z tej przesłanki jej logiczną konsekwencję, tj., że życzenia dorosłego pacjenta zdolnego do wyrażenia swoich zawsze powinny zwyciężyć, nie tylko w przypadku odmowy lub zaprzestania leczenia, ale także w przypadku pomocy przy samobójstwie lub aktywnej eutanazji”<sup>69</sup>. W ślad za przywołaną autorką uznajemy, że ów brak konsensusu jest paradoksalny, biorąc pod uwagę istniejący *de facto* istniejący konsensus w sprawie tzw. biernej eutanazji – na co uwagę zwrócił również Trybunał, wskazując, że państwo wydaje się zezwalać na wycofanie sztucznego leczenia podtrzymującego życie<sup>70</sup>. Zasadnicze pytanie, które pozostawiamy otwarte, brzmi: jakie są powody, aby Państwa stawiały granicę dla osobistej autonomii w kontekście *end-of-life decision making* w opiece zdrowotnej, jeżeli nie stawia wyraźnych granic w kwestii odmowy leczenia ratującego życie, czy też wycofanie się z leczenia podtrzymującego życie.

Linia orzecznicza Trybunału Strasburskiego wskazuje, że jeśli państwa członkowskie zgadzają się co do nadrzędnej wagi życzeń pacjenta, to w przypadku życia dorosłego i kompetentnego pacjenta prawdopodobnie nie należy im przyznać szerokiego marginesu uznania, jeśli chodzi o równowagę między prawem do życia a osobistą autonomią. Tym samym jednak, jak podkreśla D. Sartori, Trybunał słusznie pamięta o obecnym braku konsensusu co do dopuszczalności czynnej eutanazji i wspomaganego samobójstwa: jakkolwiek niespójny może być ten brak konsensusu, do momentu, gdy pojawi się wystarczająco silna tendencja w innym kierunku, być może i ETPC będzie rozpoznawał badane kwestie odmiennie niż dotychczas<sup>71</sup>.

*End-of-life decision making* w opiece medycznej stanowią jedno z bardziej wyrazistych i kontrowersyjnych zagadnień. Przyjęta w artykule perspektywa praw człowieka była o tyle znacząca, że pomimo świadomości istnienia swoistej dychotomii w percepcji praw człowieka przez Państwa-Strony, istotnym było przyjęcie Beitzowskiego modelu praw człowieka rozumianego jako poszanowanie indywidualnych interesów jednostki przez konkretne instytucje powołane do

<sup>68</sup> Por. M. Safjan, *Wyzwania dla państwa prawa*, Warszawa 2007.

<sup>69</sup> D. Sartori, *End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a 'proceduralized' review*, „The Question of International Law” 2014, vol. 1; Por. C. Lantero, *Euthanasie et suicide assisté*, „Journal International de Bioéthique et d’Ethique des Sciences” 2015, nr 26, s. 232.

<sup>70</sup> Por. Lambert, par. 147.

<sup>71</sup> D. Sartori, *End-of-life issues and the European Court of Human Rights*, op. cit.



ochrony praw człowieka<sup>72</sup>. Perspektywa praw człowieka oparta o pryncypia pozanowienia godności ludzkiej, ochrony zdrowia, autonomii osobistej, szacunku dla integralności i prywatności oraz zakaz torturowania i niehumanitarnego traktowania, stanowi wyzwanie dla współczesnej debaty o kształt prawa. Prawa, zabezpieczającego najważniejsze dla człowieka wartości, prawa, które przede wszystkim ma służyć człowiekowi, również, a może przede wszystkim, w sytuacjach kontrowersyjnych moralnie, etycznie, a nawet prawnie. Prawa człowieka bowiem nakazują ujmować ludzką egzystencję holistycznie, aby w pełni zrozumieć problematykę doświadczeń, do których się odnoszą<sup>73</sup>.

## Bibliografia

- Anrys H., *Etyka lekarska a prawa człowieka*, [w:] *Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa 1996.
- Appel J.M., *Rethinking force feeding, legal and ethical aspects of Physician participation in the termination of hunger strikes in American prisons*, „Public Affairs Quarterly” 2012, nr 4.
- Beitz Ch.R., *The Idea of Human Rights*, Oxford Scholarship Online: March 2012.
- Bieńkowska D., *Nadużycia medyczne a prawa człowieka. Elvan Alkan i inni p. Turcji*, [w:] *Powszechny system ochrony praw człowieka w dobie kryzysu demokracji liberalnej*, J. Jaskiernia, K. Spryszak (red.), Toruń 2019.
- Bosek L., *Standardy Europejskie. Wspomagane samobójstwo*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, M. Safjan (red.), Warszawa 2011.
- Chłap Z., *Prawa pacjenta w europejskich kodeksach lekarskich*. „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996, nr 5.
- Dinstein Y., *The right to life, physical integrity, and liberty*, [w:] *The International Bill of Rights: The Covenant on Civil and Political Rights*, L. Henkin (red.), New York 1981.
- Dorscheidt J., *Euthanasia and Physician Assisted Suicide*, [w:] *Health and Human Rights in Europe*, B. Toebes, M. Hartlev, A. Hendriks, J.R. Hermann (red.), Cambridge 2012.
- Dunn H.P., *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*, Tarnów 1997.
- End of life and the European Convention on Human Rights, Factsheet – End of life and the ECHR*, European Court of Human Rights; May 2019.
- Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Tekst jednolity*, [w:] M.A. Nowicki, *Wokół Konwencji Europejskiej. Krótki komentarz do EKPC*, Kraków 2006.

<sup>72</sup> Por. Ch.R. Beitz, *The Idea of Human Rights*, Oxford Scholarship Online: March 2012.

<sup>73</sup> M. Freeman, *Prawa człowieka*, Warszawa 2011, s. 8.

- Feinberg J., *Rights, Justice and the Bounds of Liberty, Essays in Social Philosophy*, Princeton/New Jersey 1980.
- Freeman M., *Prawa człowieka*, Warszawa 2011.
- Garlicki L., *Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności. Komentarz do artykułów 1–18*, Warszawa 2010.
- Górski, A. *Wykonywanie zawodu lekarza a prawo karne*, Warszawa 2019.
- Griffiths J., Bood A., Weyers H., *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam 1998
- Jarosz M.J., Hadasik A., *Osobowe dane medyczne w systemach informacyjnych*, „Zdrowie Publiczne” 2006, nr 116(4).
- Kamisar Y., *Active v. Passive Euthanasia: Why Keep the Distinction*, „Trial” 1993, nr 3.
- Keown J., *Euthanasia. Ethics and Public Policy. An Argument Against Legislation*, Cambridge 2002.
- Lantero C., *Euthanasie et suicide assisté*, „Journal International de Bioéthique et d’Ethique des Sciences” 2015, nr 26.
- Lima M.S., Rego T., Siqueira-Batista R., *Decision-making process in end-of-life care*, „Revista Bioética” 2015, vol. 23, nr 1, [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000100031&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422015000100031&script=sci_arttext&tlng=en).
- Malczewski J., *Eutanazja. Gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Małecka D., *Prawna ochrona pacjenta na tle europejskiej konwencji bioetycznej*, „Prawo i Medycyna” 1999, t. 1, nr 3.
- Medycyna a prawa człowieka*, Warszawa 1996.
- Nasiłowski W., *Zgoda na leczenie w rozwoju lekarskiej myśli etycznej*, „Wiadomości Lekarskie” 2007, t. 60, nr 3–4.
- Neill O., *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press 2009.
- Rachel J., *Can ethics provide answers?*, [w:] *Life Choices. A Hasting Center Introduction to Bioethics*, J.H. Howell, W.F. Sale (red.), Georgetown 2007.
- Safjan M., *Wyzwania dla państwa prawa*, Warszawa 2007.
- Sartori D., *End-of-life issues and the European Court of Human Rights. The value of personal autonomy within a ‘proceduralized’ review*, „The Question of International Law” 2014, vol. 1 (2014).
- Schramm F.R., *Finitude e bioética do fim da vida*, „Rev Bras Cancerol” 2012, nr 58(1).
- Sefan S., *Rational Suicide Irrational Laws: Examining Current Approaches to Suicide in Policy and Law*, New York 2016.
- Snijdwind M.C., Willems D.L., Deliens L. et al., *A study of the first year of the end-of-life clinic for physician-assisted dying in The Netherlands*, „JAMA Intern Med.” 2015, nr 175.
- Sobczak J., *Godność pacjenta*, „Medyczna Wokanda” 2009, nr 1, Poznań 2009.
- Szewczyk K., *Etyka i deontologia lekarska*. „Prace Komisji Etyki Medycznej PAU” 1996, nr 2.

Wee C., *Confucianism and Killing versus Letting Die*, [w:] *Global Bioethics and Human Rights: Contemporary Issues*, W. Teays (red.), Rowman & Littlefield 2014

Zwaak L., *Europejska Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*, [w:] *Prawa człowieka. Geneza, koncepcje, ochrona*, B. Banaszak (red.), Wrocław 1993.

## ***End of life decision making in healthcare in the prism of Council of Europe's Human Rights Standards***

### **Summary**

The issue of decisions made at the end of life relating to the so-called “Right to death”, “death in dignity”, which in the literature on the subject is referred to as end-of-life decision making in the legal and medical space, arouses the interest of lawyers and doctors, and due to the specific gravity of the topic, it is also the subject of public debate. This article presents the issue of end-of-life decision making in health care in the light of the standards of the Council of Europe. The main purpose of the problem outlined in this way will be to analyze the legal admissibility of decisions concerning the end of life at the request of the interested person in the legal and human perspective. The summary indicates that despite the lack of a consensus in contemporary Europe as to the understanding of human rights, and hence the admissibility of active euthanasia and assisted suicide, the situation may change with the increasing emphasis on individual autonomy in medical law.

**Keywords:** end of life decision making in healthcare, dignity, self-determination, freedom from torture and inhuman and degrading treatment, respect for privacy life, human rights standards, European Convention of Human Rights.