

<http://dx.doi.org/10.16926/gea.2025.01.02.01>

dr hab. Maria BORATYŃSKA, prof. UW

<https://orcid.org/0000-0002-2062-0499>

Uniwersytet Warszawski, Warszawski Uniwersytet Medyczny

e-mail: m.boratynska@wpia.uw.edu.pl

Tak zwana *eutanazja bierna* oraz zaprzestanie terapii daremnej w świetle nowych technologii

Streszczenie

W polskich realiach zdarza się, że zaniechanie leczenia podtrzymującego życie jest w dobrej wierze nazywane eutanazją bierną. Dobra wiara oznacza tutaj przekonanie, że w stosowaniu eutanazji biernej nie ma nic niewłaściwego. Takie uogólnienie może jednak okazać się niebezpieczne, gdy pojęcie „eutanazja bierna” wystąpi jako arbitralny komentarz do ustawy karnej, a dotyczy przestępstwa zabójstwa. Daje się zauważyć rozbieżności w rozumieniu podstawowych pojęć i nąminnie brakuje odwołania się wprost do szerszego i stosowanego od dawna na świecie kryterium daremności terapeutycznej. Rozważaniom prawniczym wyraźnie brakuje przy tym odniesienia do aktualnej terminologii stosowanej w bioetyce i w medycynie końca życia. Wszystkie te czynności wymagają użycia zaawansowanych technologii, ale podstawowe pytanie w tych warunkach nie brzmi „jak”, lecz „czy”. Sama dostępność określonych technologii nie zawsze uzasadnia ich stosowanie u konkretnego pacjenta. Wytyczne towarzystw lekarskich i inne rekomendacje fachowe nabierają największego znaczenia tam, gdzie prawo milczy i ogranicza się do odesłania do wskazań aktualnej wiedzy medycznej. Przegląd trzech polskich przypadków: Polaka zmarłego w Wielkiej Brytanii, męża marszałkini Sejmu długotrwale przechowywanego na oddziale intensywnej terapii oraz lekarza rezydenta aresztowanego pod zarzutem zabójstwa pacjenta skłania do ponownego zadania pytań o kryteria, według których dalsze leczenie należy uznać za daremne i wolno go zgodnie z prawem poniechać, oraz jaka jest w tym rola najnowszych technologii podtrzymywania czynności życiowych. Dane medyczne konkretnych przypadków klinicznych zostają przeanalizowane na tle wytycznych praktyki lekarskiej oraz nielicznych będących do dyspozycji przepisów prawa w celu ustalenia, gdzie przebiega granica między zgodnym z prawem zaprzestaniem terapii i przyzwoleniem na śmierć pacjenta a bezprawnym pozbawieniem życia przez zaniechanie.

Słowa kluczowe: terapia daremna, zaprzestanie podtrzymywania życia, technologie medyczne, eutanazja bierna, najlepiej pojęty interes pacjenta.

Wprowadzenie

Technologie medyczne podtrzymywania czynności życiowych mają znaczenie nie do przecenienia dla pacjentów w poważnym kryzysie zdrowotnym, ale przy pomyślnie rokującym stanie klinicznym, gdy takie wspomaganie rozwiązuje przejściowe pogorszenie lub pozwala na przeprowadzenie ryzykownego zabiegu. Te szerokie możliwości mają jednak i swoją drugą stronę. Pozwalają podtrzymywać życie bardzo długo, mimo że nieuleczalna choroba spowodowała już w organizmie spustoszenia, po których pacjent nie podźwignie się do funkcjonowania ani nawet nie odzyska zdolności kognitywnych i sensualnych na tyle, by odbierać z otoczenia jakiegokolwiek pozytywne bodźce. W rezultacie może odbierać już tylko dyskomfort – jak na przykład duszności – oraz ból, który stanowi doznanie na tyle elementarne, że zdolność jego odczuwania w żaden sposób nie świadczy o zachowaniu wyższych funkcji mózgu.

Etyka lekarska na ogół nie pozwala na stosowanie eutanazji. Zakaz ten jest wpisany od zarania do polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej i zachowany bez zmian w jego aktualnym brzmieniu uchwalonym przez Krajowy Zjazd Lekarzy 24 maja 2024 roku. Kodeks Etyczny Światowego Stowarzyszenia Lekarzy powiada, że eutanazją jest umyślne podanie przez lekarza śmiertelnej substancji lub przeprowadzenie interwencji mającej na celu spowodowanie śmierci pacjenta zdolnego do podejmowania decyzji na jego własne dobrowolne żądanie, i w ten sposób zawęża rozumienie eutanazji do zachowania czynnego¹.

Problem biernego przyzwolenia na śmierć pozostaje jednak aktualny, gdy w tym samym kierunku nie podąża wykładnia krajowego prawa karnego. W polskich realiach zdarza się, że zaniechanie leczenia podtrzymującego życie jest w dobrej wierze nazywane eutanazją bierną. Dobra wiara oznacza tutaj przekonanie, że w stosowaniu eutanazji biernej nie ma nic niewłaściwego. Takie uogólnienie może jednak okazać się niebezpieczne, gdy pojęcie „eutanazja bierna” wystąpi jako arbitralny komentarz do ustawy karnej, a dotyczy przestępstwa zabójstwa. Zwykle opatrzone jest wprawdzie zastrzeżeniem, że nie stanowi przestępstwa zaprzestanie leczenia w stanach schyłkowych, daje się jednak zauważyć rozbieżności w rozumieniu podstawowych pojęć i nagminnie brakuje odwołania się wprost do szerszego i stosowanego od dawna na świecie kryterium daremności terapeutycznej. Rozważaniom prawniczym wyraźnie brakuje przy tym odniesienia do aktualnej terminologii stosowanej w bioetyce i w medycynie końca życia. Eutanazja nie jest pojęciem prawnym, tylko bioetycznym. Użyty w nowym brzmieniu KEL termin „terapia daremna” sytuuje się na pograniczu

¹ 'Physician deliberately administering a lethal substance or carrying out an intervention to cause the death of a patient with decision-making capacity at the patient's own voluntary request' - WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, 70th WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, Oct. 2019 <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> [dostęp: 28.05.2023].

dwóch dziedzin: wiedzy medycznej i filozofii medycyny. Na potrzeby stosowania w prawie działa tutaj dyrektywa języka specjalistycznego, czyli zasada wykładni językowej, która zakłada, że wyrazy i związki słowne użyte w tekście prawnym należy rozumieć zgodnie z ich znaczeniem w języku specjalistycznym, w którym wyrażenia te zostały użyte. Oznacza to, że jeśli termin ma specjalistyczne znaczenie w określonej dziedzinie wiedzy, należy je rozumieć właśnie w ten sposób. Tym bardziej, jeśli tekst prawny w ogóle nim nie operuje. Dysputy między filozofami nie przekładają się zaś w żaden sposób na unormowania prawne, bo tych praktycznie nie ma: w Kodeksie karnym istnieje tylko typ zabójstwa uprzywilejowanego, zwanego eutanatycznym (art. 150). Lekarzom potrzeba zaś takiej wykładni prawa, która jednocześnie określi granice ich bezpieczeństwa prawnego. Inaczej mówiąc, dostarczy wiedzy, jakie zachowania – ze specjalnym akcentem na zaniechania – mogą być przedmiotem zarzutu. Szczególnie newralgiczne, a jednocześnie mgliste znaczeniowo, jest pojęcie „eutanazji biernej”. Zamęt pojęciowy sprzyja bowiem dowodzeniu, że eutanazją jest każde zaprzestanie leczenia utrzymującego pacjenta przy życiu. Jedynych wskazówek dostarczają coraz śmielej opracowywane rekomendacje medyczne, jednak i tam widoczny jest brak konsensu co do istotnych kwestii, takich jak okoliczności uzasadniające wstrzymanie medycznie wspomaganego żywienia, nawadniania i mechanicznej wentylacji. Wszystkie te czynności wymagają użycia zaawansowanych technologii, ale podstawowe pytanie w tych warunkach nie brzmi „jak”, lecz „czy”. Sama dostępność określonych technik nie zawsze uzasadnia ich stosowanie u konkretnego pacjenta. Wytyczne towarzystw lekarskich i inne rekomendacje fachowe nabierają największego znaczenia tam, gdzie prawo milczy i tak jak w Polsce ogranicza się do odesłania do wskazań aktualnej wiedzy medycznej. To w niej należy szukać odpowiedzi, czy stan kliniczny pacjenta przemawia za użyciem respiratora, sondy dojelitowej (albo pozajelitowej) czy wlewu dożylnego amin presyjnych na podwyższenie gwałtownie spadającego ciśnienia. Przez długi czas jedynym źródłem wskazówek quasi-normatywnych był Kodeks Etyki Lekarskiej, do niedawna operujący archaiczną i nieadekwatną terminologią. Użyte tam były pojęcia terapii uporczywej oraz środków nadzwyczajnych (to ostatnie skrytykowane w sądownictwie zagranicznym i zarzucone jako zbyt „mgliste” i przez to nieoperatywne już w latach 70. ubiegłego wieku, w związku z głośną sprawą Karen Ann Quinlan). Historia krytyki takiego kształtu KEL oraz wołania o zmiany w prawie sięga kilkunastu lat wstecz, ale dotychczas postulaty w tym kierunku pozostawały bez odzewu. Systematyzacja i uporządkowanie podstawowej terminologii wraz z nieodzownym rozgraniczeniem pojęć zostało całościowo podjęte w pracy zbiorowej *System Prawa Medycznego* pod redakcją Eleonory Zielińskiej, wydanej przez Wolters Kluwer w 2019 roku². Dla porównania – *System*

² Zob. *System Prawa Medycznego*, t. 2: M. Boratyńska, P. Konieczniak (red.), *Regulacja prawna czynności medycznych*, Warszawa 2019, cz. 2, rozdz. IX.7 (Wolters Kluwer).

Prawa Medycznego wydany równolegle przez C.H.Beck zawiera w tym przedmiocie tylko ogólniki oraz nieaktualności. Mimo że jego tom 6 ukazał się w 2023 r., wciąż obecne jest w nim operowanie pojęciem „terapia uporczywa” i odwoływanie się do jej definicji pochodzącej z zarzuconego projektu tzw. ustawy bioetycznej Gowina, a skopiowanej z nielegitymowanego źródła³. Tymczasem problemy daremności terapeutycznej są od dawna rozważane także w bioetyce polskiej⁴. Dalsze odniesienia do rozważanych problemów miały miejsce w związku z głośną sprawą polskiego pacjenta o inicjałach R.S., wobec którego w brytyjskim szpitalu zaprzestano czynności podtrzymujących życie. Wcześniej polscy badacze byli zmuszeni odwoływać się tylko do kazusów zagranicznych i w poszukiwaniu kryteriów decyzyjnych analizować pod tym kątem wyroki obce oraz fundamentalne dzieło bioetyczne *Zasady etyki medycznej* Beauchampa i Childressa, którego polskie tłumaczenie czwartego wydania ukazało się drukiem w 1996 r. Wrzawa medialna wokół sprawy pacjenta R.S. oraz deklaracje polskich organów państwowych dobrze pokazują rozmiar nieporozumień towarzyszących rozstrzyganiu kwestii związanych z zaprzestaniem terapii daremnej. Interdyscyplinarny zespół przy Rzeczniku Praw Pacjenta wypracował w 2021 r. stanowisko, myląc zatytułowane „Standardy”. Zamiast wyjaśnienia podstawowych kwestii doszło tam jednak do pomieszania pojęć terapii daremnej i uporczywej. Terminologia została ponownie uporządkowana w adresowanej przede wszystkim do lekarzy bioetycznej pracy zbiorowej *Konsultacje etyczne w praktyce klinicznej* z początku 2024 r.⁵, którą obecnie można uznać za opracowanie najbardziej aktualne; nieaktualna jest tam tylko krytyka poprzednich rozwiązań przyjętych w KEL. Na przestrzeni lat przybierało wytycznych praktyki klinicznej, wypracowywanych przez kolejne gremia lekarzy specjalistów, gdzie coraz szerzej używane było pojęcie terapii daremnej w miejsce ukutego na potrzeby polskie terminu „terapia uporczywa”. Szczegółową analizę porównawczą tych pojęć przeprowadziła w 2023 r. Małgorzata Świderska⁶, natomiast Anna Alichniewicz przeanalizowała od strony bioetycznej samą definicję terapii daremnej, dowodząc, że w żadnym

³ Zob. *System Prawa Medycznego*, t. 2: L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *Szczególne świadczenia zdrowotne*, Warszawa 2018, rozdz. 22, oraz t. 6: A. Barczak-Oplustil, T. Sroka (red.), *Odpowiedzialność publicznoprawna*, rozdz. *Odpowiedzialność karna za czyny przeciwko życiu w prawie medycznym*, s. 389–390, Warszawa 2008 (C.H.Beck).

⁴ Zob. W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009, rozdz. *Daremność terapeutyczna*, s. 207–223 i tam przedstawiony przegląd zapatrywań; K. Szewczyk, *Bioetyka*, t.1: *Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2008, s. 303–307; Interdyscyplinarne Centrum Bioetyki Uniwersytetu Jagiellońskiego, *Opinie i dyskusja, O terapii daremnej i tam zamieszczone stanowiska*, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=52>.

⁵ J. Różyńska (red.), *Konsultacje etyczne w praktyce klinicznej*, Warszawa 2023, rozdz. 11.

⁶ M. Świderska, *Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, t. 28, nr 3, s. 71–107.

razie nie jest ona jednoznaczna⁷. Równocześnie wydarzenia przyspieszyły. Opinię publiczną zelektryzował skandal medyczny, polegający na nieuzasadnionym utrzymywaniu przez dwa lata na oddziale intensywnej terapii męża ówczesnej marszałkini Sejmu, przez co zabrakło miejsca dla bardziej potrzebującej pacjentki i ta zmarła. Niedawno zaś lekarz rezydent odbywający specjalizację w szpitalu w Gorzowie Wielkopolskim został aresztowany pod zarzutem zabójstwa pacjenta. Te sprawy, wliczając wcześniejszy przypadek pacjenta R.S., w stosunku do którego zapadły w dwóch instancjach wyroki wydane przez brytyjskie sądy – opiekuńczy I instancji⁸ i apelacyjny⁹ – potwierdzające zgodność z prawem czynności zamierzonych przez lekarzy, sprawiły, że problemy powszechnie w naszym kraju unikane, mylnie uznawane za odległe i traktowane jako nieistniejące, znalazły się na widoku publicznym. Skłania to do ponownego zadania pytań o kryteria, według których dalsze leczenie należy uznać za daremne i wolno go zgodnie z prawem poniechać, oraz jakie jest w tym przedmiocie znaczenie dostępności najnowszych technologii podtrzymywania czynności życiowych.

W Polsce bezpośredniej regulacji prawnej tej kwestii wciąż brak, wyroków sądowych praktycznie nie ma, a dyskurs bioetyczny jest wprawdzie obecny, lecz nie przybiera kształtu pogłębionej debaty publicznej. Ma to swoje negatywne konsekwencje polegające na tym, że w okazjonalnie odbywających się dyskusjach dominują stereotypy, wypowiedzane są głównie slogany o walce o życie pacjenta za wszelką cenę, w braku zaś argumentów merytorycznych – stosowana jest demagogia o „skazywaniu pacjenta na śmierć”. Podejmowane są również próby powoływania się na „prawo naturalne” (czyli na koncepcję filozoficzną, do której polskie prawo w żaden sposób nie nawiązuje, a jej echa pobrzmiewają jedynie w epitecie „przyrodzona” użytym w Konstytucji RP w stosunku do godności człowieka) oraz pomówienia o legalizację eutanazji i jakoby eliminowanie w ten sposób jednostek uznawanych za niepełnowartościowe. Ów symplicyzm nie jest niczym nowym, ale jego szkodliwość społeczna polega na próbie ucięcia dyskusji, ewentualnie sprowadzenia jej do tendencyjnie spreparowanych schematów, poziomu wygrywania lęków i nagonki na lekarzy. Na tym malowniczym tle mniej spektakularnie wypadają głosy osób upominających się o poszanowanie ich prawa do godnej śmierci (przybierające ustawowy kształt prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności), w tym zwłaszcza wypowiedzi znanych

⁷ A. Alichniewicz, *Terapia daremna – problemy definicyjne*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2024, nr 3, s. 5–28.

⁸ The Court of Protection, [2020] EWCOP 70, Case No. COP13684602, 15 December 2020, <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCOP/2020/70.pdf>; The Court of Protection, [2020] EWCOP 69, Case No. COP13684602, 31 December 2020; <https://www.bondsolon.com/media/404038/cop-judgement-31122020.pdf>.

⁹ The Court of Appeal (Civil Division), [2020] EWCA Civ 1772, Case No. B4/2020/2131, 23 December 2020; <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Civ/2020/1772.pdf>; The Court of Appeal (Civil Division), [2021] EWCA Civ 22, Case No. B4/2021/0064, 13 January 2021, <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2021/01/Z-M-S4-v-RS-and-ors.pdf>.

przedstawicieli doktryny prawa karnego¹⁰. Publiczna dyskusja o medycznych okolicznościach śmierci i umierania nieuleczalnie chorych pacjentów jest trudna przede wszystkim ze względu na brak specjalistycznej wiedzy dyskutantów i chaos terminologiczny. W jej tle znajduje się przy tym nieusuwalny – jak się zdaje – konflikt wartości. Nie trzeba tłumaczyć, że medycyna nie jest wszechmocna, a kontynuowanie terapii nazywanej różnie: zacieklą, uporczywą czy daremną, wykracza poza granice obowiązków profesjonalnych. Tezę tę powtarzają lekarskie kodeksy etyczne, stanowiska międzynarodowych stowarzyszeń lekarskich oraz wytyczne profesjonalne, a także znajduje ona odbicie w głośnych wyrokach zagranicznych. Nie przekonuje to jednak niektórych krewnych pacjentów, oczekujących przedłużania życia chorego wszelkimi sposobami. Niebagatelne w skutkach są także różnice znaczeniowe między daremnością a zaciekłością czy uporczywością dalszego leczenia.

Tym bardziej ważne i nośne znaczeniowo są ostatnie zmiany w Kodeksie Etyki Lekarskiej, które weszły w życie 1 stycznia 2025 r., a dotyczą powinności etycznych na granicy życia pacjenta. W tej części etyka lekarska wyręczyła ustawodawcę, od dawna niezdolnego do podjęcia działań zmierzających do rozstrzygnięcia przynajmniej podstawowych wątpliwości. Taka aktywność samorządu lekarskiego jest umocowana w ustawach, a przy tym uprawniona, gdyż odwołuje się do pojęć właściwych etyce lekarskiej oraz do terminologii fachowej. Zgodnie z art. 5 pkt 1 ustawy o izbach lekarskich (UIL), zadaniem samorządu lekarzy jest w szczególności ustanawianie zasad etyki lekarskiej oraz dbanie o ich przestrzeganie¹¹. Do zasad tych odsyła zaś art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (UZL) jako do jednego z kryteriów prawidłowego wykonywania zawodu lekarza¹². W konsekwencji, zasady etyki lekarskiej współwyznaczają kryteria poprawności wykonywania zawodu. Nie mogą – co oczywiste – być sprzeczne z obowiązującym prawem, ale pod warunkiem, że obowiązujące prawo coś stanowi w przedmiocie¹³.

¹⁰ Zob. T. Kaczmarek, *Wolność dysponowania życiem a prawo do godnej śmierci*, [w:] idem, *Rozważania o przestępstwie i karze. Wybór prac z okresu 40-lecia naukowej twórczości*, Warszawa 2006, s. 404; T. Dukiet-Nagórska, *Esej o prawie do decydowania o niektórych przejawach życia osobistego*, [w:] J. Giezek, D. Gruszecka, T. Kalisz (red.), *Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarka, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego”* 2017, t. 43 (wyd. specjalne); eadem, *Uwagi w intencji przybliżenia godnego umierania*, [w:] A. Liszewska, J. Kulesza (red.), *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, Łódź 2020.

¹¹ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, Dz. U. 2009 nr 219, poz. 1708, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1342, z 2023 r. poz. 1234.

¹² Art. 4. Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. – Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790, 1559).

¹³ Więcej na temat miejsca zasad etyki lekarskiej w systemie prawnym zob. m.in. J. Hartman, *Uwagi o Kodeksie Etyki Lekarskiej*, [w:] W. Chańska, J. Hartman (red.), *Bioetyka w zawodzie*

Wątpliwości, do których rozstrzygnięcia zmierza KEL w nowym kształcie, streszczają się w pytaniu, gdzie przebiega granica między zgodnym z prawem zaprzestaniem leczenia nieprzynoszącego rezultatu i przyzwoleniem na śmierć pacjenta z przyczyn naturalnych a umyślnym zabójstwem przez zaniechanie. Nowy Kodeks Etyki Lekarskiej wzbudził jednak natychmiastową agresję ze strony – można powiedzieć – tych samych awanturników co zwykle. W dniu 4 lutego 2025 r. na terenie Sejmu odbyło się posiedzenie Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków. Jego tematem była „Eutanazja pod nazwą „terapia daremna”. Przewodniczył poseł Roman Fritz, członek Koła Poselskiego Konfederacji. Obrady Parlamentarnego Zespołu ds. Ochrony Życia i Zdrowia Polaków są w Sejmie traktowane z pobłażaniem, niemniej pod adresem lekarzy padły ciężkie oskarżenia, a użyte sformułowania spełniają wszystkie cechy eskalowania nienawiści. Podczas posiedzenia prezes Fundacji Fiat Iustitia mec. Anna Kubala użyła w swojej wypowiedzi m.in. słów: „śmierć zaczęła nosić biały kitel, już nie chodzi w czarnej pelerynie z kosą, jest teraz w białym kitlu”. W dalszej części wystąpienia Kubala utrzymywała, że lekarze zabijają ludzi oraz działają jak mafia, która wykorzystuje organy zabitych przez siebie pacjentów. Szczegóły nie zasługują na przytaczanie w poważnym opracowaniu naukowym, podobnie jak używane tam argumenty.¹⁴ Nie przejawiają one zwykłej ignorancji, lecz stanowią celowe zafałszowywanie faktów. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wprowadzie niezwłocznie zareagowało na wypowiedziane tam oszczerstwa¹⁵, ale przy takiej temperaturze wypowiedzi można spodziewać się, że osoby nieorientowane potraktują te enuncjacje z sejmowej mównicy poważnie. To zaś może przełożyć się na sporządzanie oświadczeń zawierających żądanie „leczenia do końca”, natomiast ze strony członków rodziny pacjentów – na nagabywanie sądów opiekuńczych o wydawanie orzeczeń o charakterze zabezpieczającym oraz na doniesienia do organów ścigania, jakoby lekarze zamierzali zabić pacjenta albo już to zrobili przez zaniechanie resuscytacji czy odłączenie aparatury podtrzymującej życie.

W przypadku niezgody zapatrywać na dalsze leczenie między lekarzami a osobami reprezentującymi interesy pacjenta z wyłączoną zdolnością decyzyjną rozstrzygający głos rzeczywiście powinien należeć do sądu opiekuńczego. Na gruncie polskiej procedury w sprawach cywilnych orzekanie napotyka jednak przeszkody wynikające z istotnych braków w przepisach prawa. W ustawach

lekarza, Warszawa 2010, zwł. s. 134; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 290–297; P. Konieczniak, *Nieformalne źródła prawa na przykładzie Kodeksu Etyki Lekarskiej*, [w:] T. Giaro (red.), *Źródła prawa. Teoria i praktyka*, Warszawa 2016, s. 136 i n.

¹⁴ Zob. <https://www.youtube.com/watch?v=TiN9hTy8KEc>

¹⁵ Zob. <https://nil.org.pl/aktualnosci/8779-pnrl-reaguje-na-mowe-nienawisci-w-sejmie-rp-apel-do-mar-szalka-sejmu>; <https://nil.org.pl/aktualnosci/8786-prezes-nrl-stanowczo-przeciwko-oszczerstwom-wo-bec-lekarzy>; <https://politykazdrowotna.com/arttykul/naczelnna-rada-lekarska-n1503062>; [dostęp: 12.04.2025].

prawnomedycznych istnieją materialnoprawne podstawy orzekania, ale nie ma czytelnych kryteriów decyzyjnych ani wyraźnej podstawy formalnej do nadania lekarzowi bądź szpitalowi statusu strony w postępowaniu (jako podmiotu mającego odrębne interesy w rozstrzygnięciu określonej treści). Co zaś za tym idzie – wyposażenia medyków w instrumenty procesowe składania wniosków dowodowych, otrzymywania dokumentów sądowych czy legitymacji do zaskarżania niekorzystnych dla siebie rozstrzygnięć. W poświęconym tej tematyce reportażu Konrada Oprzędka¹⁶ doświadczeni sędziowie, w tym niektórzy o znanych nazwiskach – jak Ewa Ważny, Prezes Stowarzyszenia Sędziów Rodziny w Polsce i członkini Komisji Kodyfikacyjnej Prawa Rodzinnego – relacjonują trudności materialnoprawne i proceduralne w orzekaniu o zezwoleniach zastępczych na leczenie pacjentów z wyłączoną zdolnością decyzyjną. Być może to składa się na przyczyny braku spektakularnych wyroków, które stanowiłyby precedensy i dostarczały wytycznych kierunkowych dla innych spraw tego rodzaju. Wymaga to kilku słów wyjaśnienia.

Podstawą materialnoprawną ubiegania się o wydanie przez sąd opiekuńczy zezwolenia zastępczego na leczenie pacjenta niezdolnego decyzyjnie jest art. 32 ust. 2 UZL, który odnosi się w równym stopniu do dorosłych i do dzieci. Formalnie rzecz biorąc, kompetencja sądu obejmuje wydanie zgody tylko na wdrażanie leczenia, a nie na jego zaprzestanie. Literalne brzmienie ustawy może sugerować taki wniosek i znany jest przypadek, gdy prezes jednego z sądów rejonowych w niedużym mieście odmówiła wydawania takich orzeczeń w rozmowie telefonicznej ze zwracającą się o to radcą prawną miejscowego szpitala¹⁷. Należy jednak odwołać się do wykładni funkcjonalnej przepisu. Ma on zastąpić wolę samego pacjenta, a ta może być przecież zarówno pozytywna, jak i negatywna. Polskie sądy wydawały już orzeczenia, z których wynikało, że taka negatywna wola pacjenta niezdolnego do wyrażenia woli w chwili orzekania, ale udokumentowana sporządzonym uprzednio oświadczeniem zwanym *advance directive*, wymaga poszanowania¹⁸. Nie wystarczy do tego mechanizm odmowy przez sąd

¹⁶ K. Oprządek, *Decydują o amputacjach, a na medycynie się nie znają. „Nikt nie może mnie skontrolować”* (3 maja 2024 r.), <https://www.tokfm.pl/Tokfm/7,103085,30900189,uspili-pacjentke-by-zdobyc-zgode-na-amputacje-nogi-to-jest.html> [dostęp: 12.04.2025].

¹⁷ Informacja pochodzi z dyskusji podczas seminarium szkoleniowego poświęconego powinnościom lekarskim przy zaprzestaniu terapii daremnej, które odbyło się 24 lutego 2024 roku w Toruniu.

¹⁸ Zob. Postanowienie SN z 27.10.2005 r., sygn. III CK 155/05, Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna 7-8/2006, s. 137; Postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie z 23.01.2008 r., sygn. VI Ca 582/07; R. Karcz, *Zgoda pacjenta na zastosowanie metody leczenia; status procesowy zakładu opieki zdrowotnej w postępowaniu sądowym z urzędu. Glosa do postanowienia z 23 stycznia 2008 r. Sądu Okręgowego w Warszawie, VI Ca 582/07*, „Państwo i Prawo” 2008, nr 11, s. 143; Postanowienie Sądu Rejonowego z 12.12.2006 r., sygn. II RNs 580/06 - za: R. Karcz, *Obrona pacjenta przed niechcianą transfuzją w praktyce sądowej*, „Prawo i Medycyna” 2007, nr 4, s. 39; Wyrok WSA w Warszawie z 2.07.2020, sygn. VII SA/Wa 692/20, LEX nr 3052543.

wydania zezwolenia na leczenie, bo przedmiotem wniosku może być równie dobrze podniesione w imieniu pacjenta żądanie zaprzestania niechcianej terapii. Znane rozstrzygnięcia zapadały w postępowaniu o udzielenie pozytywnego zezwolenia na leczenie (tj. o przetoczenie krwi u świadków Jehowy). Jednak formalne uniemożliwianie uzyskania na tej drodze orzeczenia zmierzającego w przeciwnym kierunku prowadziłoby do wniosku, że w sprawie opiekuńczej podmiot medyczny nie ma możliwości ustalenia pod powagą sądu, że nie wiąże go powinność opieki ani że w okolicznościach budzących wątpliwość taki obowiązek na nim ciąży.

Na tym tle wymaga oceny kwestia interesu prawnego po stronie lekarza bądź szpitala w uzyskaniu rozstrzygnięcia negatywnego. W nieprocesowym postępowaniu opiekuńczym o udzielenie zezwolenia na leczenie podmiot medyczny zwykle występuje w roli zawiadamiającego sąd o potrzebie wszczęcia postępowania z urzędu. Pole do przedstawienia własnych racji ogranicza się do treści zawiadomienia. Status pełnoprawnego uczestnika postępowania o istotnych sprawach osoby daje zaś znacznie więcej. W praktyce sądy odmawiają jednak tego lekarzom, choć zdarza się, że przyznają takie atrybuty szpitalowi.¹⁹ Stroną procesu cywilnego albo uczestnikiem procedury nieprocesowej jest podmiot, który ma interes prawny w uzyskaniu określonego rozstrzygnięcia na swoją rzecz. Źródłem nieporozumień i odmawiania podmiotom medycznym takiego statusu jest jak się wydaje przekonanie o braku po ich stronie materialnoprawnego interesu. Tylko wyjściowo można bronić zapatrywania, że podmiot medyczny nie ma własnego interesu w uzyskaniu orzeczenia zezwalającego na wdrożenie określonego leczenia, bo taki interes ma tylko pacjent²⁰. Dotyczy to sytuacji, gdy pacjent jest samodzielny prawnie i zachowuje kompetencję faktyczną. Słusznie orzekł Sąd Okręgowy w Warszawie, że sądy nie są uprawnione do orzekania w sprawie sposobu leczenia osoby mającej pełną zdolność do czynności prawnych, gdy ta osoba świadomie sprzeciwiła się określonej metodzie leczenia. Inaczej mówiąc, sąd nie może rozstrzygać „sporu” między lekarzem a takim pacjentem²¹. Ocena powinna być jednak odmienna, gdy chodzi o pacjenta niesamodzielnego prawnie lub faktycznie niezdolnego decyzyjnie, a znajdującego się w stanie poważnego zagrożenia życia lub zdrowia i o którego preferencjach nic nie wiadomo. Przedmiotem zezwolenia sądowego ma być wówczas podjęcie koniecznego leczenia w dalszej perspektywie niż przypadek niecierpiący zwłoki bądź zaprzestanie terapii daremnej – gdy w konsekwencji pacjent

¹⁹ Przykładów dostarcza raport z badań aktowych przeprowadzony i skomentowany przez Jerzego Słyka: J. Słyk, *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego dorosłemu pacjentowi*, „Prawo w Działaniu” 2023, nr 54, s. 20–21, 34, 46, <https://iws.gov.pl/wp-content/uploads/2023/08>.

²⁰ R. Karcz, *Zgoda pacjenta...*, s. 143.

²¹ Postanowienie SO w Warszawie z 23.01.2008 r., sygn. VI Ca 582/07; R. Karcz, *Zgoda pacjenta...*, s. 143.

straci życie. Lekarz ma co do zasady powinność ratowania pacjenta w razie zagrożenia życia, wynikającą z art. 30 UZL, zaś podmiot leczniczy na podstawie art. 15 UDL²² nie może odmówić leczenia pacjentowi, który tego potrzebuje ze względu na zagrożenie życia. Uchybienie tym powinnościom grozi odpowiedzialnością karną i cywilną bezpośrednich sprawców, a po stronie szpitala pociąga za sobą sankcję odszkodowawczą. Medycy mają więc interes materialnoprawny i podstawy ustawowe do ustalenia, że w danych okolicznościach nie spoczywały na nich takie obowiązki, czyli zaniechanie było zgodne z prawem. Mają również interes materialnoprawny w orzeczeniu, że ich powinnością jest w danych okolicznościach leczenie pacjenta. Liczne przykłady z orzecznictwa zagranicznego pokazują, że szpitalowi nie odmawia się tam statusu strony w postępowaniu, mimo że jest to procedura opiekuńcza prowadzona „in re”.²³ W znanej sprawie Anthony’ego Blanda szpital deklarował, że chodzi mu właśnie o zapewnienie, iż lekarze postąpią prawidłowo pod względem prawnym i wstrzymanie agresywnego leczenia podtrzymującego życie pacjenta nie narazi ich na zarzut zabójstwa. Tym bardziej takie ustalenie jest istotne, gdy zastrzeżenia co do sposobu opieki medycznej zgłaszają bliscy pacjenta i poważnie zamierzają zawiadomić organy ścigania o podejrzeniu przestępstwa. Wówczas sprawa o ustalenie obowiązku lub jego braku stanowi jedyny sposób uzyskania pewności co do prawa i dlatego nie można odmówić podmiotowi leczniczemu interesu prawnego w adresowanym do niego orzeczeniu zezwalającym na zaprzestanie terapii albo nakazującym jej utrzymanie.

Problem jednak w tym, że polskie regulacje proceduralne tej kwestii są nad wyraz lakoniczne i praktycznie wyczerpują się w dwóch przepisach: art. 570 KPC²⁴: „Sąd opiekuńczy może wszcząć postępowanie z urzędu” (czyli również na wniosek – przyp. MB) – i 572 KPC (§ 1. Każdy, komu znane jest zdarzenie uzasadniające wszczęcie postępowania z urzędu, obowiązany jest zawiadomić o nim sąd opiekuńczy). Kształt przepisów sugeruje zatem, że podmiot leczniczy może wybrać, czy ograniczyć swą rolę do neutralnego zawiadomienia sądu, czy wystąpić jako wnioskodawca reprezentujący własny interes i domagający się przyznania w postępowaniu atrybutów strony.

Kluczowym źródłem informacji pozostają więc dane medyczne konkretnych przypadków klinicznych, a im bardziej zróżnicowane, tym bardziej nośne. Trzy z nich, wszystkie szeroko komentowane w przestrzeni publicznej, zostaną przeanalizowane na tle wytycznych praktyki lekarskiej oraz nielicznych będących do dyspozycji przepisów prawa w celu ustalenia, gdzie przebiega granica między

²² Ustawa z 15 kwietnia 2011o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 poz. 633, 655, 974, 1079, 2280, 2705, 2770).

²³ Zob. przykładowo: *Airedale NHS Trust v. Bland* (1993); *Portsmouth NHS Trust v. Wyatt & Ors*, (2004); *An NHS Trust v MB* (2006); *Alder Hey Children’s NHS Foundation Trust v Evans* (2018).

²⁴ Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1550, 1429, 1606, 1615, 1667).

zgodnym z prawem zaprzestaniem terapii i przyzwoleniem na śmierć pacjenta a bezprawnym pozbawieniem życia przez zaniechanie. Incydentalne w tym opracowaniu odwołania do precedensowych wyroków zagranicznych i prowadzonych na ich tle dyskusji bioetycznych pomagają tę widoczną lukę wypełnić treścią w nadziei, że kiedyś nasze sądownictwo podejmie trud moralny, by przyjmować takie sprawy do merytorycznego rozpoznania, a w drugiej kolejności sięgnie do argumentów formułowanych jak na razie tylko na przyszłość i do pewnego stopnia abstrakcyjnie. Przedmiot dyskusji w nauce prawa jest nad wyraz ważki – dekryminalizacja czynności lekarskich, w wyniku których pacjent kończy życie, w tym zwłaszcza na własne żądanie. Podstawowe dla prawidłowej oceny jest rozróżnienie zakresów pojęć: eutanazji, wspomaganego samobójstwa i zaprzestania terapii daremnej (której nie należy utożsamiać z zacięklą ani uporczywą) oraz granic autonomii decyzyjnej samego pacjenta.

1. Przypomnienie podstawowej terminologii

Zgodnie z polskim prawem lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 30 UZL), ale też zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi sobie metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 UZL). Natomiast prawo karne penalizuje zarówno umyślne, jak i nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego rozstroju zdrowia, a także umyślne nieudzielenie pomocy w niebezpieczeństwie. Z tego wynika, że według polskiego prawa o obowiązku podejmowania i kontynuowania czynności leczniczych decydują wskazania wiedzy medycznej. Nie ma takiego obowiązku bez wskazań pozytywnych, wobec tego w konkretnym przypadku wystarczającym usprawiedliwieniem dla odmowy lub zaprzestania leczenia jest brak wskazań do jego utrzymywania. Z drugiej strony istnieje prawnomedyczny obowiązek udzielenia pomocy w każdym przypadku bezpośredniego zagrożenia życia. W prawie medycznym podstawowy dla oceny działań i zaniechań lekarskich jest jednak cel leczniczy interwencji (inaczej mówiąc – żeby istniało medyczne uzasadnienie dla podejmowania leczenia, czyli perspektywa poprawy bądź zachowania zdrowia – tzw. wskazania „czy”²⁵). Normy prawa medycznego działają jako przepisy szczególne z pierwszeństwem przed normami prawa karnego. Jeśli w prawie medycznym są unormowane okoliczności uzasadniające zgodne z prawem uszkodzenie ciała człowieka aż po skutek śmiertelny wyłącznie, to normy te przesądzają o uchyleniu bezprawności

²⁵ Podział na wskazania medyczne „czy” i na wskazania „jak” pierwszy zaproponował Jerzy Sawicki we wstępie do rozprawy Józefa Radzickiego *Ryzyko zabiegów lekarskich w prawie karnym*, Warszawa 1967, s. 7.

(przestępności) takiego działania albo zaniechania. Do relacji prawnych między lekarzem a pacjentem prawo karne i kodeks karny nie mają więc zastosowania bezpośredniego, tylko posiłkowe. Nauka prawa karnego wypracowała konstrukt znany jako kontratyp czynności leczniczej, na który składa się zbiór czterech przesłanek legalizujących interwencję medyczną w organizm pacjenta. Bez ich spełnienia stanowiłaby ona naruszenie wielu jego dóbr osobistych, a sprowadzałaby się do czynnej napaści z użyciem niebezpiecznego narzędzia i umyślnego uszkodzenia ciała. Dla przypomnienia – te okoliczności usprawiedliwiające to: cel leczniczy, zgodność działania z prawidłami wiedzy medycznej, uświadomiona zgoda udzielona przez pacjenta (albo zastępczo przez osobę lub organ powołany do reprezentacji jego interesów), a także posiadanie przez lekarza odpowiednich kwalifikacji potwierdzonych formalnie²⁶. W taki sam sposób teoria kontratypowa znajduje zastosowanie wobec zaprzestania terapii: nie ma obowiązku jej kontynuowania, więc zaniechanie jest legalne, o ile odpadła choćby jedna z przesłanek legalizujących uprzednie działanie. W analizowanej kwestii są to: brak leczniczego celu ingerencji, (nie)zachowanie prawideł wiedzy medycznej zwane w uproszczeniu błędem postępowania medycznego oraz niezgoda autonomicznego pacjenta. Zaniechanie udzielenia pomocy lekarskiej w okolicznościach zagrożenia przynajmniej ciężkim uszczerbkiem zdrowotnym może być co prawda zakwalifikowane jako przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie albo narażenia na bezpośrednie niebezpieczeństwo przynajmniej ciężkiego rozstroju zdrowia, tylko jednak wtedy, gdy nie istnieją żadne szczególne okoliczności usprawiedliwiające niepodjęcie działania. Są to: brak wskazań do podjęcia leczenia, daremność dalszego leczenia bądź brak zgody pacjenta. Dlatego, ze względu na posiłkowy charakter prawa karnego również w tej sferze prawnej, typizacja przestępstw przeciwko życiu nie powinna stanowić przesłanki decyzji klinicznych w medycynie. Prawo medyczne określa zakres dopuszczalności tego rodzaju działań samodzielnie – acz z niezbędnym odwołaniem się do dorobku wiedzy, praktyki i etyki medycznej. Kluczowego znaczenia nabiera w tym momencie określenie profesjonalnych reguł podejmowania bądź niepodjmowania leczenia w przypadkach zwanych potocznie beznadziejnymi. Reguły te składają się na ogólne wymagania w stosunkach danego rodzaju, o których mowa w art. 355 Kodeksu cywilnego i stanowią w takich przypadkach obiektywne kryterium należytej staranności lekarskiej – czyli wymagania należytości. Prawidła wiedzy medycznej stanowią więc podzbiór zasad należytej staranności zawodowej, o której tam mowa ogólnie, a w odniesieniu do profesjonalistów medycznych – w art. 4 UZL oraz w innych medycznych ustawach zawodowych.

Zaniechanie leczenia podtrzymującego życie, które ma istotne znaczenie dla oceny prawnej postępowania lekarskiego w okolicznościach daremności terapeutycznej, można rozumieć dwojako: albo jako niepodjęcie przez lekarza okre-

²⁶ Zob. K. Buchała, *Prawo karne materialne*, Warszawa 1980, s. 314; I. Andrejew, *Polskie prawo karne w zarysie*, Warszawa 1978, s. 222.

ślonych czynności ratujących życie (np. powstrzymanie się od resuscytacji), albo jako zaprzestanie już rozpoczętego leczenia (np. wyłączenie respiratora)²⁷. Jednym z proponowanych kryteriów ułatwiających tę ocenę miała być dychotomiczna klasyfikacja będących do dyspozycji środków, w tym zwłaszcza zaawansowanych technologicznie, na: zwyczajne i nadzwyczajne, proporcjonalne i nieproporcjonalne albo na obowiązkowe i nieobowiązkowe. Podział na „zwyczajne” i „nadzwyczajne” środki terapeutyczne służące podtrzymaniu ludzkiego życia opracowała doktryna katolicka według jeszcze szesnastowiecznych założeń teologicznych, iż ludzie są moralnie zobowiązani do ochrony swego życia za pomocą środków zwyczajnych – normalnego odżywiania, odzieży czy leków – i to „nawet za cenę zwyczajnego bólu i cierpienia”, ale nie mają moralnego „obowiązku znoszenia nadzwyczajnego bólu czy udręki, nieproporcjonalnych do stanu, w jakim się znajdują”²⁸. Wówczas powinność utrzymania życia ustaje. Przyjęto więc, że środki nadzwyczajne mogą być przez chorego odrzucone; natomiast odmowę skorzystania ze środków zwyczajnych uznaje się za samobójstwo (lub zabójstwo, jeśli decyzję o niestosowaniu środków zwyczajnych podejmuje lekarz lub rodzina chorego)²⁹. Te rozróżnienia zaczęto stosować w praktyce medycznej od przełomu lat 60. i 70. XX w. Zwyczajnymi początkowo nazywano środki standardowe i powszechnie uznane w środowisku lekarskim, a nadzwyczajnymi określano eksperymentalne lub nowatorskie. Ocena dotyczyła więc tylko sposobu leczenia; decydowały stopień rozpowszechnienia i uznanie dla danej metody wśród lekarzy, a bez brania pod uwagę stanu konkretnego pacjenta, w tym możliwych korzyści oraz skutków ubocznych. W miarę postępu nauk medycznych ocena zmieniała się w czasie. Pokazuje to przykład głośnej amerykańskiej sprawy Karen Ann Quinlan z 1976 r.³⁰ Lekarze utrzymywali, iż respirator to urządzenie stosowane rutynowo, zaś duchowni uważali go za nadzwyczajny środek terapeutyczny, którego użycie nie jest obowiązkowe, i ojciec pacjentki ma moralne prawo, by zdecydować o jego odłączeniu. Jak więc widać sposoby pojmowania tych samych pojęć wyraźnie się różniły. Sąd dostrzegł problem i w uzasadnieniu zwrócił uwagę na „mglistość” ich rozumienia w rozstrzyganej sprawie oraz możliwą relatywizację, gdy to samo postępowanie uznać za *zwyczajne* dla pacjenta z szansami na wyleczenie (np. respirator dla dziecka przechodzącego krytyczną fazę

²⁷ Por. A. Alichniewicz, *O działaniu i zaniechaniu*, [w:] E. Jung-Palczewska (red.), *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kuksewicz*, Łódź 2000; A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa – Łódź 2002, s. 176–181.

²⁸ R. Gillon, *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997, s. 152; zob. także W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 113–115.

²⁹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, s. 212.

³⁰ In re Quinlan, The Supreme Court of New Jersey, 31.03. 1976, 70 N.J. 10 (1976), 355 A.2d 647, <https://law.justia.com/cases/new-jersey/supreme-court/1976/70-n-j-10-0.html> [dostęp: 25.01.2025].

polio), ale za *nadzwyczajne* wobec wymuszonego podtrzymywania procesów życiowych u pacjenta w stanie terminalnym lub wegetatywnym. Przydatność tego rozróżnienia na potrzeby decyzji w sprawie kontynuowania procedur podtrzymujących życie przedstawia się wobec tego jako wysoce wątpliwa³¹. Sprawa Quinlan i tocząca się wokół niej dyskusja spowodowały wypracowanie zasad etycznych i opartych na nich wskazówek dotyczących decyzji o zaprzestaniu leczenia ze skutkiem w postaci śmierci pacjenta. W ogłoszonym w 1983 r. raporcie Prezydenckiej Komisji ds. Badania Etycznych Problemów w Medycynie, Biologii i Naukach Behawioralnych pt. *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*³² zostało m.in. stwierdzone, iż rozróżnienie środków terapeutycznych zwyczajnych i nadzwyczajnych stało się już tak zagniatwane, że dla dobra zaangażowanych w rozstrzyganie trudnych sytuacji osób należy tych sformułowań unikać. Z moralnego punktu widzenia zachowuje ono sens tylko wtedy, gdy opiera się na analizie pożytków i obciążeń doznawanych przez pacjenta: środki zwyczajne przynoszą więcej pożytku niż obciążeń, natomiast nadzwyczajne dają znacząco więcej obciążeń niż pożytków³³.

W polskim Kodeksie Etyki Lekarskiej pojęcie środków nadzwyczajnych pokurowało do końca 2024 r. i odnosiło się tylko do opieki nad pacjentem w stanie terminalnym: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (art. 32. 1 dawnego KEL). Nowy KEL porzucił również pojęcie terapii uporczywej, które jednak zdążyło na dobre ugruntować się pod jego wpływem w polskiej doktrynie prawa i którym powszechnie operowano od dawna, a posiłowano się definicją sformułowaną w 2008 r. przez samozwańczą tzw. Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia³⁴:

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które tylko przedłuża jego umieranie wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie

³¹ Respirator został ostatecznie stopniowo odłączony. Ku zaskoczeniu lekarzy organizm pacjentki podjął spontaniczne oddychanie i był sztucznie odżywiany jeszcze przez 10 lat – do momentu „naturalnej” śmierci, której przyczyną było zapalenie płuc.

³² President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, March 1983, <https://repository.digital.georgetown.edu/handle/10822/559344>, stały link: <https://hdl.handle.net/10822/559344> [dostęp: 25.01.2025].

³³ Zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Komentarz do wyroku w sprawie Quinlan*, [w:] M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011, s. 413–415.

³⁴ Wbrew nazwie sugerującej formalne umocowanie i publiczny charakter tego gremium, składa się ono z kilkunastu specjalistów medycyny paliatywnej, prawa, teologii i etyki, zgromadzonych wokół Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie oraz Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Zob. <https://ceb.uksw.edu.pl/node/98> [dostęp: 8.12.2022].

obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Definicja ta była obarczona szeregiem wad, na które dawno już zwrócił uwagę bioetyk Kazimierz Szewczyk, i które nie powinny być wobec tego powielane w dalszych rozważaniach nad pojęciami związanymi z medycyną końca życia, w tym przy definiowaniu bądź doprecyzowywaniu daremności terapeutycznej. W tym miejscu warto przypomnieć, że określenie „terapia uporczywa” jest obecne tylko w materiałach polskich, więc trzeba zgodzić się z K. Szewczykiem, iż jest to prowincjonalizm, który uniemożliwia(ł) posługiwanie się nim w debatach na forach międzynarodowych. Szewczyk zwrócił też uwagę na wieloznaczność użytego w analizowanej definicji filozoficznego pojęcia godności, które jest zbyt podatne na wielość interpretacji, przez co praktycznie wyklucza osiągnięcie jakiegokolwiek konsensu tak w skali społecznej, jak i wśród profesjonalistów medycznych, a także w relacji między pacjentem a lekarzem³⁵. Chodzi o to, że – przykładowo – jedni uznają za „niegodne” i nieludzkie wyłączenie aparatury mechanicznie tylko podtrzymującej życie pacjenta w stanie wegetatywnym, drudzy zaś przeciwnie: uważają, że godności człowieka uwłacza utrzymywanie go przy trwałej utracie funkcji kognitywnych na wyłączenie zewnętrznym zasilaniu, niczym żaby z doświadczeń Luigiego Galvaniego. Z kolei zewnętrzne oszacowywanie cierpienia pacjenta niesie ze sobą zdaniem Szewczyka ryzyko arbitralności sądów oceniających. Wreszcie, w sprowadzeniu uporczywości do przedłużania umierania Szewczyk dostrzegł wyraźną zależność od nauczania Kościoła katolickiego, która pozbawia analizowane pojęcie pożądanej w definiowaniu procedur medycznych neutralności światopoglądowej. Na dowód przywołał *Kartę pracowników służby zdrowia* Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia i jej paragraf 119:

Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywiście środkami będącymi w stanie sztucznie opóźniać śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za cenę kolejnych i ciężkich cierpień. Określa się taki przypadek tak zwaną ‘uporczywością terapeutyczną’, polegającą na ‘stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonię’³⁶.

Takie zawężenie pojęcia uporczywości do przeszkadzania w „naturalnej śmierci” wynika z założeń doktrynalnych religii, a przenoszenie go na praktykę kliniczną stanowi próbę formatowania światopoglądowego według jednej opcji. Należy zgodzić się z K. Szewczykiem, iż jest to zdecydowanie niepożądane w sferze wymagającej właśnie światopoglądowej neutralności i stosowania jednolitej miary

³⁵ K. Szewczyk, *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, cz. 5, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ 2008, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53> [dostęp: 26.01.2025].

³⁶ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*, Watykan 1995, za: K. Szewczyk, *O medycznej daremności proceduralnej...*

wobec pacjentów reprezentujących przecież rozmaite przekonania. Przekazy uwikłane światopoglądowo wymagają przede wszystkim wyraźnego sygnalizowania jako takie, a ich realizowanie powinno ograniczać się do pacjentów, którzy wyrażają na to uświadomioną zgodę. W przeciwnym razie mamy do czynienia z podwójnym nadużyciem.

Te same wady powtórzyły obszerne rekomendacje pediatryczne z 2011 r.³⁷, co wytknęła im Anna Alichniewicz i przywołała tam wymienione kryteria „uporczywości terapeutycznej”: działanie wbrew najlepiej pojętym interesom pacjenta, działanie wbrew przekonaniom pacjenta, działanie wbrew godności istoty ludzkiej, działanie wbrew naturze, których skutkami są przedłużanie umierania, nadmierne cierpienie i naruszenie godności³⁸. Wytyczne te wprawdzie trafnie rozpoznały nieostrość i wieloznaczność pojęcia „uporczywa terapia”, ale nie postulują jego zmiany ani doprecyzowania, lecz bezkrytycznie rekomendują wpisanie definicji Polskiej Grupy Roboczej do KEL³⁹. Sprowadzenie daremności terapeutycznej do postępowań w stanach terminalnych obecne jest także w *Raporcie zespołu ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta*.

W niniejszym opracowaniu dla określenia terapii medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia, które nie przynoszą korzyści dla pacjenta, przyjęto termin terapia daremna. [...] Wydaje się, że pojęcie terapia daremna wyraźniej oddaje istotę problemu: robić coś, co jest bezcelowe, co jest daremne, jest marnowaniem energii i czasu, a ostatecznie pozostaje szkodliwe, bo zwiększa cierpienie, przedłuża agonię⁴⁰.

Próba zawężenia pojęcia terapii daremnej do opieki nad pacjentami u kresu życia stanowi uwstecznienie w stosunku do ustaleń współczesnej wiedzy medycznej i tylko utrwała chaos pojęciowy. Taki sam chaos i przeinaczenia panują od dłuższego czasu w rozmaitych opracowaniach prawniczych wciąż odwołujących się do pojęć „uporczywa terapia” oraz „środki nadzwyczajne”, tak jakby obcy im był postęp w myśleniu. Prace, o których mowa, datują się lub zostały na nowo odkryte⁴¹ w okresie, gdy od co najmniej dwóch lat (czyli od 2014 roku) były już

³⁷ T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski (i in.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011.

³⁸ Ibidem, s. 44; zob. A. Alichniewicz, *Terapia daremna – problemy definicyjne*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2024, nr 3, s. 11.

³⁹ Ibidem, s. 132.

⁴⁰ Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/web/rpp/terapije-medyczne-w-okresie-rekomendacje-sie-zycia-zakonczenie-prac-zespołu>, s. 16. [dostęp: 27.01.2025]

⁴¹ Por. zamieszczone na portalu „Medycyna Praktyczna” w 2018 r. zamierzczłe opracowanie W. Wróbla z 2009 r., *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*. Pojęciem *terapia uporczywa* posługuje się również T. Sroka, Art. 38, [w:] M. Safjan, L. Bosek (red.), *Konstytucja RP. Komentarz*, t. 1: Art. 1–86, Warszawa 2016, teza 115. Obaj autorzy powołują się na definicję uporczywej terapii zaczerpniętą jeszcze z projektu ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej (zwanej potocznie projektem Gowina) – Sejm VI Kadencji, Druk nr 3467, 2009, a wzorowanej na przywołanym wcześniej konsensie Grupy Roboczej.

w obiegu *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, operujące adekwatną terminologią „terapia daremna” i odnoszące się porównawczo do konkurencyjnego terminu „terapia uporczywa”, z zaznaczeniem różnic i wypunktowaniem nieścisłości⁴². Ta część doktryny prawa, która nie zadaje sobie trudu sięgania do rekomendacji fachowych sprawozdających aktualny stan wiedzy medycznej, jak widać nie odnotowała dokonujących się zmian, a zamiast tego wciąż bazuje na źródłach o mocno przejrzałej wiarygodności – w tym również na zarzuconym projekcie ustawy bioetycznej. Wytyczne anestezjologiczne z 2014 r. od razu we wstępie ustosunkowują się do rozbieżności terminologicznych przez uznanie, że formuła „terapia daremna” (*futile therapy*) trafniej niż termin „uporczywa” określa postępowanie, które nie przynosi założonych korzyści terapeutycznych. Termin „terapia daremna” stanowi bardziej precyzyjne określenie decyzji o niepodejmowaniu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii. Wytyczne wychodzą od założenia, że na oddział przyjmuje się tylko pacjentów w jakiś sposób pomyślnie rokujących. Mianem terapii daremnej zostało tam określone podtrzymywanie funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta i bez możliwości osiągnięcia założonych celów terapeutycznych. Zasadniczym wskazaniem pozytywnym jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu, dająca możliwość przeżycia chorego i wypisania go z oddziału. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, uznano tam za medycznie i etycznie nieuzasadnione. Kontynuowanie terapii daremnej kwalifikuje się tam jako „błąd postępowania medycznego” (pkt 3), z tym, że decyzje o ograniczeniu leczenia daremnego powinny być podejmowane kolegialnie. Zaprzestanie intensywnej terapii nie zwalnia z leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i optymalny komfort – w tym pielęgnację, nawadnianie, żywienie, dostęp bliskich i osób wspierających, uśmierzanie niekorzystnych dolegliwości (pkt 7) przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Celem takiego postępowania nie może być przyspieszenie naturalnego przebiegu procesu umierania (pkt 8). Działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne (pkt 12). Decyzja nie może być uwarunkowana kosztami leczenia lub aspektami organizacyjnymi, np. zwolnieniem stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta (pkt 10). Wytyczne, konsekwentnie z systemowego punktu widzenia, nie biorą pod uwagę zapatrywania osób bliskich pacjentowi, choć podkreślają znaczenie właściwej z nimi komunikacji i uświado-

⁴² Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2014, nr 4(46).

mienia zasadności zaprzestania podtrzymywania intensywnej terapii. Własne rekomendacje opracowały też inne towarzystwa lekarzy specjalistów, jednak zasady zawarte w wytycznych anestezjologicznych traktowane są w środowisku jako przełomowe⁴³. Wszystkie następne także odwołują się do pojęcia terapii daremnej, jednak różnią się w szczegółach co do sposobu jej definiowania.

Trzeba przede wszystkim zwrócić uwagę, że ograniczanie oceny czy to uporczywości, czy to daremności tylko do stanów terminalnych nie rozwiązuje najważniejszych i przy tym najtrudniejszych kwestii. Są nimi granice opieki medycznej nad pacjentami w stanie ustabilizowanym klinicznie, ale z trwałym brakiem kontaktu kognitywnego w wyniku nieodwracalnej utraty większości funkcji mózgu i których życie zawisa jednocześnie (w sensie dosłownym) na licznych rurkach doprowadzających wodę, pokarm i tlen. Tymczasem kluczowe znaczenie ma ustalenie celowości dalszego leczenia ze względu na szanse poprawy bądź utrzymania zdrowia. W odniesieniu do stanów terminalnych jest ono bezprzedmiotowe, bo liczy się już praktycznie tylko łagodzenie bólu i innych dokuczliwych objawów towarzyszących umieraniu.

Pojęcie daremnej terapii jest przywoływane jako usprawiedliwienie zaniechania leczenia z inicjatywy lekarza, bez kontroli sądowej. Mimo słusznych zastrzeżeń zgłaszanych co do lekarskiego paternalizmu w praktykowaniu medycyny, są takie decyzje, do podejmowania których ma kompetencje merytoryczne jedynie odpowiednio wykwalifikowany medyk. Z tego powodu wyjściowa decyzja o rezygnacji z niecelowej terapii powinna należeć do lekarzy jako profesjonalistów zdolnych do dokonania klinicznej oceny przypadku, bo stanowi to nieodzowny i podstawowy warunek, a jednocześnie zasób danych. Jednakże bilans wskazań i przeciwwskazań do utrzymania leczenia nie zawsze jest jednoznaczny. W celu zapobieżenia możliwym nadużyciom K. Szewczyk podnosi, że *paternalistyczna* interwencja powinna w proces ustalania daremności mieć wbudowane mechanizmy pozwalające na negocjację opinii i uniknięcie ewentualnego ich konfliktu bądź przynajmniej jego minimalizację⁴⁴. Jest to idea słusza co do zasady i zbieżna z rozwiązaniami prawnymi przyjmowanymi za granicą. Wątpliwe jednak, czy termin „paternalistyczna” stanowi adekwatne określenie dla decyzji o daniu za wygraną postępującej chorobie, wobec której zostały wyczerpane możliwości leczenia.

Pozostawienie lekarzowi samodzielnej decyzji składa na niego cały jej ciężar moralny i wiąże się przy tym z ryzykiem zarzutu o zbyt łatwe zrezygnowanie i porzucenie pacjenta w potrzebie. Zatrzymanie krążenia jest niezależnie od stanu klinicznego zagrożeniem życia i niepodjęcie reanimacji mogłoby zostać kwalifikowane jako naruszenie art. 30 UZL oraz jako przestępstwo nieudzielenia pomocy. Pozwala to w pełni zrozumieć pozorowane reanimacje, podsumowy-

⁴³ Zob. J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015, s. 4 i n.

⁴⁴ K. Szewczyk, *O medycznej daremności proceduralnej...*, cz. 1.

wane stworzonym przez środowisko bon motem „pół godziny dla rodziny” – mimo że reanimacja, która ze względu na krytyczny stan pacjenta jest z góry skazana na niepowodzenie, stanowi przykład postępowania w oczywisty sposób zbędnego z punktu widzenia wskazań wiedzy medycznej. W polskiej praktyce klinicznej nagminnie notowane są przypadki podejmowania czynności bezcelowych z powodu znacznego zaawansowania choroby, a podyktowanych obawą przed odpowiedzialnością karną.

Lekarskie powinności zawodowe nie obligują do działań desperackich, sprwadających się do maltretowania umierającego ciała, a tylko do uzasadnionych zarazem aktualną wiedzą medyczną i interesem pacjenta. Znane jest zjawisko składania przez pacjentów deklaracji DNR w celu zapobieżenia takim działaniom w odniesieniu do własnej osoby.

Dla decyzji o zaprzestaniu leczenia niecelowego wiele może zależeć też od faktycznej zdolności decyzyjnej pacjenta, ale nawet w pełni świadome naleganie na terapię z medycznego punktu widzenia bezowocną uważa się za nieuzasadnione z punktu widzenia wskazań wiedzy medycznej⁴⁵. Na dobro pacjenta składają się jednak również deklarowane przezeń wartości i nietypowe potrzeby. Wymagają więc uwzględnienia sytuacje szczególne – podawane przez pacjenta ważne powody utrzymania go przy życiu jeszcze przez pewien czas, co ilustruje autentyczny przykład umierającej na raka samotnej matki czworga dzieci, która chciała pozostać przy życiu jeszcze przez cztery miesiące brakujące najstarszej córce do osiągnięcia pełnoletności – żeby ta mogła zostać ustanowiona opiekunem dla rodzeństwa. Uwzględnienie takiego życzenia, choć moralnie chwalebne, nie ma nic wspólnego ze zobiektywizowaną korzyścią terapeutyczną samego pacjenta i jest podyktowane współczuciem, a nie nakazem⁴⁶. Obojętne zresztą, z jakich przyczyn konkretny człowiek rozpaczliwie trzyma się uchodzącego życia – takie żądanie zasługuje na uwzględnienie z moralnego punktu widzenia, także wtedy, gdy stan kliniczny nie rokuje poprawy. Nawet jednak przy naleganiu pacjenta, jeśli ten zgłasza się po pomoc w na tyle zaawansowanym stanie chorobowym, że podejmowanie leczenia jest niecelowe, nie ma obowiązku wdrożenia terapii, która jest daremna już w punkcie wyjścia. Tyle tylko, że należy to podać z odpowiednim taktem i ostrożnością. Z kolei brak zgody pacjenta na terapię, choćby ratującą życie, powinien kończyć jakąkolwiek dyskusję. Natomiast jeśli pacjent w żaden sposób nie deklarował osobistych preferencji, do decyzji powinny wystarczyć kryteria medyczne.

Granice obowiązków wyznaczają wyjściowo wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Poza wskazaniami nie ma obowiązku. To, co daremne, wykracza poza wskazania i nie tylko nie jest obowiązkowe, ale słusznie uznawane za błąd postępowania medycznego, a według aktualnego brzmienia KEL – zostało objęte

⁴⁵ Zob. przegląd argumentów i stanowisk: W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 210–221.

⁴⁶ Ibidem, s. 216; M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 693.

zakazem etycznym. I wreszcie – poprzez art. 4 UZL – wchodzi w zakres kryteriów poprawności zawodowej. Wprowadzenie w KEL stosowanego powszechnie w cywilizowanym świecie pojęcia „daremna” zamiast „uporczywa” odsyła do lamusa dotychczasowe pomysły definiowania „terapii uporczywej”. W cień i oby w niebyt odchodzi więc definicja wypracowana w 2008 r. przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia, a razem z nią – obracane w ustach nauki prawa – wywodzone z niej implikacje, obecne także w komentarzach do Kodeksu karnego czy do Konstytucji RP.

Daremność jest równoznaczna z bezcelowością. Rozumienie bezcelowości wymaga jednak odpowiedzi na pytanie, jaki jest cel terapii. Cel minimalistyczny zakłada utrzymanie pacjenta w stanie stabilnym i niepogorszonego. Tu jednak pojawia się kwestia, czy stabilny i niepogorszony stan konkretnego pacjenta jest wart podtrzymywania z punktu widzenia jego dobra. Panuje zgoda, iż leczenie bezowocne nie stanowi obowiązku lekarza, jednak spór w bioetyce dotyczy kryteriów owej bezowocności. Trudno o porównanie z analogicznymi przypadkami, choroba może mieć bowiem u poszczególnych pacjentów odmienny przebieg. Uwzględnienia wymaga tak wiele czynników, że dobór próby reprezentatywnej okazuje się niemożliwy⁴⁷. Zadaniem lekarza jest przyniesienie korzyści pacjentowi jako organizmowi, z medycznego punktu widzenia leczenie jest zatem daremne, gdy ma znikome szanse na przyniesienie pożytku **konkretnemu** pacjentowi⁴⁸. Co do zasady liczy się zatem indywidualna korzyść medyczna odnoszona przez pacjenta. Z medycznego punktu widzenia za daremne uznawane są środki o użyteczności progowej i nieprzynoszącej realnej korzyści, a ich stosowanie jest obciążające fizycznie, psychologicznie lub finansowo, biorąc pod uwagę najlepiej pojmowany interes danego pacjenta. Chodzi zatem o sytuacje, w których zgodnie z aktualną wiedzą medyczną niemożliwa jest poprawa stanu zdrowia pacjenta, lub gdy zabiegi okazują się niewspółmiernie obciążające (szanse na uratowanie życia są nikłe, a dyskomfort pacjenta wywołany leczeniem zbyt duży) lub też, gdy ich jedynym skutkiem jest sztuczne podtrzymywanie życia już tylko w sensie biologicznym⁴⁹.

Znaczna większość towarzystw lekarskich na świecie rekomenduje obecnie, by przy rozstrzyganiu, czy u danego pacjenta powinny być wdrożone procedury podtrzymujące życie, dokonywanie ocen odbywało się w taki sam sposób, jak co do zasadności stosowania innych procedur medycznych. Lekarz powinien przeanalizować, czy przyniesie to pacjentowi korzyść, biorąc pod uwagę zalety oraz skutki uboczne terapii, a następnie skonfrontować je z wolą i oczekiwaniami pacjenta. Leczenie powinno zostać zastosowane, jeśli rozważana metoda ma

⁴⁷ J.T. Berger [i in.], *Medical futility: towards consensus on disagreement*, „Health Care Ethics Forum” 1998, 10(1), za: W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 213.

⁴⁸ W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 221.

⁴⁹ Por. M. Świdorska, *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3, s. 112.

szansę przywrócić bądź utrzymać taki stopień funkcjonowania pacjenta, jaki on sam uważa za satysfakcjonujący⁵⁰. Racja dla stosowania terapii przestaje istnieć, gdy w opinii pacjenta wartość spodziewanych korzyści zostaje przeważona przez negatywne skutki powikłań i inne niedogodności. Wówczas interwencja medyczna przestaje być wskazana jako nieprzynosząca pacjentowi istotnej korzyści⁵¹.

Światowa Organizacja Medyczna (*World Medical Association* – WMA) definiuje terapię daremną jako terapię, która „nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia” lub terapię, „w wyniku której pacjent na stałe nie odnosi korzyści”⁵². W polskich realiach zdarza się jednak, że zaniechanie leczenia podtrzymującego życie jest nazywane eutanazją bierną w kontekście zdecydowanie pejoratywnym.

Przykład. Pacjent ze stwardnieniem zanikowym bocznym wszedł w etap schyłkowy choroby, na którym zaproponowano mu podłączenie do respiratora. Pacjent odmówił. Kiedy stracił przytomność, lekarze sprawnie go zaintubowali. Po ocknięciu się w takim stanie pacjent nadal protestował, ale protesty na nic się nie zdały. Lekarze wyjaśniali odbywającym praktyki studentom, że wyłączenie sztucznej wentylacji stanowiłoby „eutanazję”⁵³.

Utożsamienie z eutanazją uwzględnienia sprzeciwu wobec leczenia, zgłoszonego przez dorosłego pacjenta, świadomego i wyposażonego w pełną zdolność decyzyjną, stanowi dobitny przykład na niezrozumienie podstawowych różnic i pomieszanie pojęć. W tym miejscu warto przypomnieć, że Kodeks Etyki Lekarskiej, zarówno w swym poprzednim brzmieniu, jak i obecnie, kategorycznie zakazuje stosowania eutanazji (art. 32). Jednocześnie równie kategorycznie zakazuje stosowania terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii za daremną należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta (art. 33.3). Natomiast suwerenne prawo do odmowy zgody wobec każdej czynności medycznej i każdej formy leczenia służy pacjentowi na mocy ustawy i wynika z art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (UPP)⁵⁴ oraz znajduje potwierdzenie w normach etycznych zawartych obecnie w art. 16 KEL, w szczególności w pkt 6 (*W razie nieuzyskania zgody na proponowane postępo-*

⁵⁰ Zob. W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, s. 256.

⁵¹ *Medical Ethics Today. The BMA's Handbook of Ethics and Law*, London 2002, s. 351–387. Zob. W. Chańska, *Rezygnacja...*, s. 56.

⁵² L.L. Bossaert, G.D. Perkins, H. Askitopoulou (i in.), *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*, *Resuscitation* 2015 Oct; 95:302-11. doi: 10.1016, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477419/> [dostęp: 22.04.2024].

⁵³ Opowiedziany podczas zajęć z prawa medycznego przez studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zetknęli się z nim na praktykach w Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha, na terenie centralnego kampusu uczelni.

⁵⁴ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz. U. 2009 Nr 52, poz. 417, t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581.

wanie, lekarz ma obowiązek nadal, w miarę możliwości, otaczać pacjenta opieką lekarską w zakresie, na jaki pacjent wyraża zgodę.)

Termin „eutanazja” w kontekście Kodeksu karnego i w wydaniu lekarskim oznacza czynność medyczną, polegającą na umyślnym zabiciu nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta, który tego wyraźnie i stanowczo zażądał i może polegać np. na podaniu mu śmiertelnej dawki środków farmakologicznych. Motywem działania lekarza są respekt dla autonomii pacjenta oraz chęć niesienia ulgi w niedającym się znieść i złagodzić w żaden inny dostępny sposób cierpieniu. Podobnie jest z pomocą lekarza przy samobójstwie, która polega na umyślnym dostarczeniu takiemu pacjentowi środków niezbędnych do samodzielnego odebrania sobie przez niego życia wraz z instrukcją, jak skutecznie i bezboleśnie z nich skorzystać.

Kwestią całkowicie odrębną jest natomiast zaniechanie (czyli niepodjęcie albo zaprzestanie) leczenia podtrzymującego życie w warunkach daremności terapeutycznej tzn., gdy z uwagi na stan pacjenta nie przynosi mu ono korzyści. Tego rodzaju zaniechanie co do zasady uważa się za medycznie i moralnie usprawiedliwione oraz prawnie dopuszczalne.

Zarzucalną eutanazją byłoby tylko działanie wbrew powinnościom lekarskim. Przyzwolenie na śmierć pacjenta jedynie wtedy można nazwać „bierną eutanazją”, gdy po stronie lekarskiej istniał obowiązek działania. Terapia daremna nie jest przedmiotem obowiązku, więc jej zaprzestanie nie stanowi uchybienia. W sytuacjach szeroko rozumianej daremności terapeutycznej nie ma obowiązku kontynuowania bezowocnych wysiłków, skoro stan kliniczny pacjenta nie rokuje poprawy. Zaprzestanie terapii daremnej nie stanowi więc eutanazji biernej.

Rozwój technik podtrzymywania funkcji narządów daje okazję do kontynuowania terapii bez możliwości osiągnięcia założonego celu leczniczego w postaci poprawy stanu i wyzdrowienia pacjenta. Świadome prowadzenie terapii daremnej jest uważane za błąd postępowania medycznego m.in. dlatego, że przeczy podstawowym zasadom etyki medycznej (gruntownie opracowanym i spopularyzowanym przez Beauchampa i Childressa w *Zasadach etyki medycznej*): zasadzie dobroczynności – bo nie przynosi pacjentowi korzyści; zasadzie nieszkodzenia – bo przynosi pacjentowi szkody (w postaci dodatkowych cierpień, których przysparzają daremne zabiegi); zasadzie szacunku dla autonomii – bo nikt w pełni świadomości nie życzyłby sobie uciążliwego przedłużania umierania; wreszcie zasadzie sprawiedliwości – bo wymaga nakładu kosztów i wykorzystania środków, które mogłyby być lepiej wykorzystane u pacjentów pomyślnie rokujących⁵⁵.

Prawnie niedopuszczalnym, karalnym zaniechaniem spełniającym kryteria *passive euthanasia* będzie tylko rezygnacja z leczenia motywowana współczuciem dla cierpiącego, a mająca przyspieszyć jego śmierć, ale uchybiająca powin-

⁵⁵ Tak J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy...*, s. 25.

nościom lekarskim: medycznie nieuzasadniona w tym sensie, że jej utrzymanie przyniosłoby pacjentowi korzyść. Sytuacje odpowiadające tym kryteriom będą zdarzać się niezwykle rzadko, ale chodzi właśnie o to, by pokazać metodą przeciwnieństwa, że zaniechanie opieki lekarskiej zgodnie z prawidłami wiedzy medycznej nie może być uznane za niedozwolone.

Doprecyzowania wymaga jednak, które czynności zaliczają się do obowiązkowych, a odpowiedzi udzielają stan wiedzy medycznej przełożony na możliwie czytelne wytyczne profesjonalne oraz ocena stanu klinicznego danego pacjenta. Słowo „eutanazja” stało się narzędziem opresji i środkiem nacisku na lekarzy, a przy tym obrosło mitami prawnymi, które wśród polskich lekarzy przekładają się na efekt mrozący. Jeśli zaś któryś z nich zdobędzie się na odwagę – niewykładowany zamęt pojęciowy sprzyja dowodzeniu, że „rodzajem eutanazji” jest każde zaprzestanie utrzymywania pacjenta przy życiu i może to być użyte jako zarzut umyślnego zabójstwa. Przyjęcie w miarę jasnych kryteriów dyktuje bardziej potrzeba prawna niż moralna. Pojęcia „eutanazji biernej” nie da się więc zupełnie porzucić, ale dla celów oceny prawnej należy podkreślić konieczność wytyczenia granic niedozwolonego zaniechania według kryterium rzeczywistych uchybień powinnościom lekarskim.

2. Pacjent RS w Wielkiej Brytanii. Odłączenie sztucznej wentylacji i medycznego odżywiania

Orzeczenie brytyjskiego sądu opiekuńczego w tej sprawie jest przykładem szybkiego i sprawnego przeprowadzenia procedur, choć niektóre kwestie zasługują na pogłębioną dyskusję. Szczegółowe omówienie uzasadnień wyroków obydwu instancji i czynności sądowych zostało dokonane w innym miejscu⁵⁶, tutaj zostaną przytoczone tylko najważniejsze elementy stanu faktycznego i oceny prawnej.

RS, ojciec rodziny, Polak zamieszkały od dawna w Anglii, w dniu 6 listopada 2020 r. doznał zawału serca. Krążenie udało się przywrócić dopiero po około 45 minutach. Skutkiem niedotlenienia było poważne i nieodwracalne uszkodzenie kory mózgowej, powodujące utratę świadomości i zdolności kontaktu z oto-

⁵⁶ M. Boratyńska, J. Malczewski, *Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, nr 1–2, s. 171–236. W sprawie zapadły dwa wyroki: The Court of Protection, [2020] EWCOP 70, Case No. COP13684602, 15 Dec. 2020, <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCOP/2020/70.pdf>; The Court of Protection, [2020] EWCOP 69, Case No. COP13684602, 31 Dec. 2020; <https://www.bondsolon.com/media/404038/cop-judgement-31122020.pdf>. The Court of Appeal (Civil Division), [2020] EWCA Civ 1772, Case No. B4/2020/2131, 23 Dec. 2020; <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCA/Civ/2020/1772.pdf>; The Court of Appeal (Civil Division), [2021] EWCA Civ 22, Case No. B4/2021/0064, 13 Jan. 2021, <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2021/01/Z-M-S4-v-RS-and-ors.pdf>.

zeniem. Stan kliniczny pacjenta został ustabilizowany, ale funkcje życiowe wymagały podtrzymywania z użyciem respiratora oraz systemu medycznie wspomaganego odżywiania i nawadniania (*clinically-assisted nutrition and hydration* – CANH). W ocenie lekarzy stan ten był na tyle nierokujący, że szpital zwrócił się do sądu opiekuńczego o zgodę na odłączenie aparatury. Żona pacjenta nie zgłaszała zastrzeżeń, natomiast sprzeciwili się matka i siostry. Żądały kontynuowania opieki i przewiezienia RS do ojczyzny.

Od chwili zawału serca RS pozostawał w stanie śpiączki⁵⁷. Władze szpitala wystąpiły 25 listopada 2020 r. do sądu o stwierdzenie, że pacjent nie ma zdolności decydowania oraz że legalne i zgodne z najlepiej pojętym interesem (*best interests*) RS będzie wstrzymanie terapii podtrzymującej życie, w tym sztucznej wentylacji oraz odżywiania i nawadniania, jako terapii daremnej, przy zapewnieniu opieki paliatywnej mającej umożliwić odejście z godnością i bez niepotrzebnego cierpienia. Pierwsze badanie lekarskie na potrzeby orzekania odbyło się 5 grudnia 2020 r. Poza krótkimi fazami częściowego otwarcia oczu RS nie wykonywał żadnych spontanicznych ruchów. Częstsze niż wcześniej otwieranie oczu sugerowało przechodzenie ze śpiączki do stanu wegetatywnego (*vegetative state* – VS). Prognozowano, że w najlepszym razie RS miał szanse osiągnąć dolną granicę stanu minimalnej świadomości (*minimally conscious state* – MCS). Tak ograniczone wybudzenie ze śpiączki po upływie miesiąca oznaczało, że prawdopodobnie będzie można uzyskać poprawę tylko niewiele większą. Sąd wydał zezwolenie, ale matka i siostry wniosły apelację. Drugie badanie, na potrzeby postępowania apelacyjnego, odbyło się 29 grudnia 2020 r. i pozwoliło stwierdzić u RS stan wegetatywny bez jakichkolwiek dowodów na progresję w kierunku MCS. Zostało to potwierdzone zapisem EEG, pokazującym brak aktywności mózgu w odpowiedzi na różne rodzaje stymulacji. Lekarz stwierdził, że upływ czasu jeszcze bardziej zmniejszył szansę pacjenta na osiągnięcie stanu minimalnej świadomości. Wprawdzie RS wykazywał zwiększone oznaki czuwania, ale był to tylko wynik ustępowania obrzęku mózgu, co pozwala niektórym z bardziej odpornych jego części funkcjonować w miarę przechodzenia ze śpiączki do stanu wegetatywnego. Nie oznacza to odzyskania funkcji poznawczych ani zdolności do komunikacji i okazywania emocji. Stan pacjenta zamiast poprawić się, uległ pogorszeniu – RS przeszedł ze śpiączki do stanu wegetatywnego, co wyjaśnia

⁵⁷ Pacjenci w stanie śpiączki leżą z zamkniętymi oczami i nie da się ich wybudzić żadnym bodźcem dźwiękowym ani czuciowym. W zapisie EEG nie widać zmian charakterystycznych dla cyklu snu i czuwania. Trwa to zwykle od dwóch do czterech tygodni. Praktycznie zawsze po tym czasie pacjent wychodzi ze śpiączki, ale wyjście może także polegać na przejściu w stan wegetatywny. Zob. R. Larsen, *Anestezjologia*, t. 2, A. Kübler (red. nauk. wyd. polskiego), Wrocław 2013, s. 1235–1236; B. Zahorska-Markiewicz, E. Małecka-Tendera (red.), *Patofizjologia kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wrocław 2009, s. 461–463; M. Świerkocka, J. Komendziński, *Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności*, „Annales Academiae Medicae Gedaniensis” 2013, nr 43, s. 149–150; S.A. Tisherman, R.M. Forsythe, *Intensywna terapia w ciężkich urazach*, W. Machała (red. nauk. wyd. polskiego), Lublin 2015, s. 435.

niecو zwiększony poziom aktywności organizmu, ale nie osiągnął żadnego z kryteriów świadczących o choćby minimalnej świadomości. W przypadku tak poważnego urazu 8 tygodni zostało uznane za czas wystarczająco długi, by móc podać rokowanie. Po dokładnym zbadaniu zaktualizowanych dowodów medycznych sąd uznał, że prognoza nie poprawiła się, a nawet stała się bardziej pesymistyczna niż poprzednio. Odmówił przy tym wiarygodności prywatnym opiniom zawezwanych przez krewno pacjenta lekarzy, którzy bazowali na relacjach pośrednich i nie mieli statusu biegłych sądowych. Lekarze i sąd trwali przy stanowisku, że w najlepiej pojętym interesie pacjenta leży, by pozwolić mu umrzeć w spokoju. Odmawiając zgody na przewiezienie RS do Polski, sąd wykazał się, nawiasem mówiąc, konsekwencją, gwarantującą realne wykonanie orzeczenia. Zgoda na transport byłaby *de facto* umywaniem rąk od problemu. Wolno też przypuszczać, że na szybkie podejmowanie przez brytyjski sąd decyzji w sprawie RS miały wpływ doświadczenia sądownictwa we wcześniejszych sprawach, gdy procedury ciągnęły się przez długie lata. Dla brytyjskich sędziów poszanowanie dóbr prawnych pacjenta z wyłączoną kompetencją wymagało, by działać sprawniej i nie pozwalać na celowe przeciąganie postępowania. Wszyscy orzekający w sprawie RS sędziowie dawali wyraz współczuciu i empatii wobec zrozpaczonych krewnych. Czym innym jest jednak szanować czyjś ból, a czym innym uginać się pod naciskiem towarzyszących sprawie emocji. Praktyka pokazuje, że gdy rozstrzygnięcie wstrzymujące daremną terapię napotyka opór ze strony lekarzy lub sądownictwa, wiele zależy od samozaparcia niektórych krewnych, którzy konsekwentnie upominają się o poszanowanie odtworzonych zapatrywań pacjentów. Gdy zaś to członkowie rodziny pacjenta sprzeciwiają się wycofaniu leczenia – sądowe procedury odwoławcze są wykorzystywane do przeciągania sprawy. U zdeterminowanych bliskich biorą górę emocje, a nadzieja bywa silniejsza od racjonalnych argumentów medycznych. Na pewnym etapie ujawnia się też skłonność do teatralizacji: pokazowa walka pod hasłem obrony życia, przybierająca postać nagłościoneo spektaklu medialnego z wykorzystaniem wszelkich środków prawnych i pełnych desperacji apeli. Wolno założyć, że jednym ze źródeł konfliktu mogą być źle zrozumiane szczegóły diagnozy klinicznej.

W sprawie pacjenta RS sędzia Cohen przyjął wyjściowo założenie zawarte w ustawie *Mental Capacity Act* (MCA), że przy ustaleniach dotyczących leczenia podtrzymującego życie, rozważając, czy leczenie leży w najlepszym interesie danej osoby, nie wolno kierować się chęcią doprowadzenia do jej śmierci. Ustalenie szczegółowej treści najlepiej pojętego interesu pacjenta (*best interests*) wymagało rozpatrzenia czynników zawartych w art. 4 pkt 6 ustawy. Test *best interests* ma na celu rozważenie spraw z punktu widzenia pacjenta. Nie zawsze przy tym da się ustalić jego wcześniejsze życzenia, a poglądy znane z przeszłości mogły ulec zmianie stosownie do aktualnej sytuacji. Sędzia rozważył kolejno kryteria ustawowe. Rozpoczął od kluczowej kwestii, czy RS wyraził pogląd, jak chciałby być leczony w zaistniałych warunkach. Okazało się, że nigdy nie wypowiedział

wyraźnych życzeń. Jego poglądy musiały zatem zostać wywnioskowane z tego, co mówił o sytuacjach mających jakiś związek z obecną. Przytoczoną przez żonę wypowiedź, że RS nie chciał być utrzymywany przy życiu, jeśli nie dałoby się go wyleczyć i że nie chciałby być ciężarem, jeśli poważnie zachoruje, sąd uznał za życzenie, by nie być utrzymywanym przy życiu w stanie, który nie daje mu możliwości uzyskania jakiejkolwiek przyjemności i jednocześnie jest przykry dla żony i dzieci. Zdaniem sądu żywione przez RS przekonania religijne nie wystarczą do podważenia jego poglądów, które zrelacjonowała żona; nie ma także powodu by podejrzewać, że je przekłamała. Posiadanie przez RS przekonań religijnych nie oznacza, że uważałby on swoją obecną sytuację za akceptowalną, ani że chciałby być sztucznie utrzymywany przy życiu. Sąd ze swej strony zadeklarował przywiązywanie dużej wagi do świętości życia, ale przywiązuje ją też do własnych zapatrywań pacjenta. W świetle przytoczonych relacji nie są one rozstrzygające, należy więc wrócić do pytania, co leży w najlepszym interesie RS, stosownie do jego uznanych za słuszne życzeń, a także biorąc pod uwagę fakt, że z pewnością uwzględniłby życzenia żony i dzieci oraz wpływ, jaki wywiera na nich jego stan. Sąd uznał, że gdyby RS był w stanie podjąć decyzję w swoim imieniu, z pewnością nie życzyłby sobie przedłużenia życia, i to właśnie leży w jego najlepszym interesie.

Życzenia zostały sformułowane przez RS zbyt ogólnikowo, by dawać podstawę do wnioskowania wprost. Z drugiej strony, jeśli rzeczywiście zadeklarował, że „nie chciałby być ciężarem”, to popadnięcie w stan wegetatywny spełnia to kryterium jak mało które, zwłaszcza gdy chodzi o ciężar emocjonalny, a użyte sformułowanie stawia na pierwszym miejscu odczucia osób najbliższych, z pominięciem własnych. Jest to postawa znana z obserwacji społecznych, więc sama w sobie nie powinna dziwić. RS był ojcem rodziny i jego punkt widzenia uwzględniał dobro najbliższych. W takich okolicznościach sądowi wolno było wziąć pod uwagę również nastawienie emocjonalne żony i dzieci, skoro pacjent sam uważał je za priorytetowe. Rozważania sądu biegły dwutorowo. Jednym było upewnienie się co do jego stanu klinicznego jako nierokującego poprawy, a drugim – odtworzenie zapatrywań pacjenta. Nie dało się zastosować wszystkich kryteriów oceny zdefiniowanych w art. 4 pkt 7 MCA, ponieważ, jak często w takich przypadkach, RS nie ustanowił osoby zaufanej ani nie pozostawił *advance directives*. Osoby bliskie mogły być wykorzystane tylko jako źródło mniej lub bardziej wiarygodnych informacji, przy zastrzeżeniu odseparowania na potrzeby oceny mieszającego się z nimi osądu własnego matki i sióstr.

Na uwagę zasługuje przy tym sama koncepcja *best interests* jako kryterium decydowania zastępczego. Polskie prawo nie dysponuje nawet tak elementarnym rozwiązaniem, by we wszystkich decyzjach urzędowych dotyczących dziecka obowiązywało kryterium jego dobra. Tę zasadę można wywodzić tylko z dokumentów międzynarodowych, gdzie jest powszechnie obecna. Brakuje natomiast wskazówek, jakimi kryteriami powinien kierować się sąd opiekuńczy w sprawie zezwolenia na leczenie osoby dorosłej i samodzielnej prawnie, ale z wyłączoną

kompetencją decyzyjną. W obecnej praktyce ocena przez sąd sprowadza się do medycznej celowości zabiegu i bazuje tylko na opinii lekarskiej. W odniesieniu do pacjentów dorosłych i samodzielnych prawnie, którzy przejściowo lub trwale utracili zdolności decyzyjne, analogiczne kryterium kierowania się ich dobrem wykazuje zabarwienie paternalistyczne. Niekiedy możliwe jest odtworzenie ich uprzedniej woli. Chodzi bowiem o osoby, które wcześniej przejawiały pełną zdolność decyzyjną i kompetencję w kierowaniu własnymi sprawami. Byłoby moralnie i prawnie niesłuszne, żeby utraciły je wraz z utratą przytomności. Jeśli jednak preferencje takiej osoby nie są znane, bo nie zdążyła albo nie miała okazji ich w żaden sposób wyrazić, należy znaleźć kryterium decyzyjne, które obejmie nie tylko względy medyczne. Orzeczenie sądu powinno zastępować własną decyzję pacjenta, który, gdyby był przytomny, z pewnością rozważyłby sprawę na tle swojego dotychczasowego i przyszłego życia, biorąc pod uwagę m.in. wiek, płeć, wykształcenie, zamiłowania i plany życiowe, rodzaj wykonywanego zajęcia, indywidualny komfort życia, okres rehabilitacji zdrowotnej, perspektywę niepełnosprawności i in. Potrzeba więc znaleźć takie kryteria decydowania zastępczego, które obejmą większą liczbę czynników i jednocześnie stworzą model decydowania „w butach pacjenta” – czyli możliwie dokładnego odtwarzania jego prawdopodobnej woli. Jeśli uprzednia wola pacjenta nie da się wiarygodnie odtworzyć, jako kryterium decyzyjne najbardziej uniwersalne i maksymalnie zobiektywizowane wobec pacjenta niezdolnego decyzyjnie z jakichkolwiek przyczyn przedstawia się test najlepiej pojętego interesu. Tak tłumaczy się na polski stosowane w Wlk. Brytanii obecnie na mocy ustawy (*Mental Capacity Act*) kryterium *best interests* – w liczbie mnogiej. W każdej tego rodzaju sprawie trzeba będzie rozpoznać i zestawzić ze sobą wszystkie uchwytnie interesy pacjenta, wśród których interesy zdrowotne znajdują się na pierwszym miejscu, ale nie są jedynymi. Paralelę można znaleźć w art. 12 polskiej ustawy o ochronie zdrowia psychicznego: „Przy wyborze rodzaju i metod postępowania leczniczego bierze się pod uwagę nie tylko cele zdrowotne, ale także interesy oraz inne dobra osobiste osoby z zaburzeniami psychicznymi i dąży do osiągnięcia poprawy stanu zdrowia w sposób najmniej dla tej osoby uciążliwy”⁵⁸. Cytowany już Kazimierz Szewczyk postuluje, żeby *best interests* wyklądać jako „najlepiej pojęty interes”, bo jego zdaniem „najlepszy” sugeruje mylnie, że wymaga to określenia jakiegoś idealnego, najlepszego dobra danego chorego, podczas gdy chodzi tylko o interes najlepiej pojmowany z punktu widzenia pacjenta⁵⁹ przez organy reprezentujące jego prawa i tych, którym znana jest jego osobowość. Z kolei użycie w oryginale liczby mnogiej oddaje kluczowy moim zdaniem dla tego kryterium sens zadania: uwzględnienie bilansu wielu czynników. Kryterium to ma charakter zo-

⁵⁸ Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535, t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 917.

⁵⁹ K. Szewczyk, *Should the parents have the right to make life-and-death decisions concerning critically ill infants?*, „Diametros” 2012, 34.

biektywizowany i przez to dobrze nadaje się do zastosowania w sprawach pacjentów niezdolnych decyzyjnie i przy tym niemogących w żaden sposób wyrazić swoich preferencji. Gdy sprawa trafi do sądu, trzeba przeprowadzić bilansowanie, uwzględniając wszystkie liczące się czynniki za i przeciw, a nie tylko medyczne. Główną zaletą testu najlepiej pojmowanego interesu jest wszechstronność. Zapewnia dobrze ugruntowane ramy analityczne i pozwala na rozważenie szerokiego kontekstu różnych względów – także możliwej szkody – a przy tym, jak pokazują wyroki zagraniczne, został przeciwczony i zdał egzamin również w bardzo nietypowych przypadkach. Jakąkolwiek nadać temu nazwę, należy zestawiać wszystkie te interesy pacjenta, które da się ustalić, a następnie je zbilansować. Chodzi o zebranie wszystkich korzyści i uciążliwości, a następnie porównanie, co przeważa. Jest to działanie, które wolno uznać za oczywiste z pragmatycznego punktu widzenia. Ocena najlepiej pojętego interesu pacjenta, choć nie pod tą nazwą, jest powszechnie brana pod uwagę w praktyce medycznej przy stosowaniu różnych metod leczniczych, w tym na przykład przemawia za domyślnym wyborem metody oszczędzającej przed radykalną, a przeciwko niewspółmiernie inwazyjnej. Zadaniem sądu będzie więc rozstrzygnięcie na rzecz takiej opieki medycznej, przy której korzyści odnoszone przez pacjenta będą przeważać nad obciążeniami i skutkami ubocznymi, i takiego sposobu postępowania, który posłuży zaspokojeniu najważniejszych interesów oraz potrzeb pacjenta. Jako korzyści z leczenia wymienia się najczęściej: przyniesienie ulgi w cierpieniu, zachowanie bądź przywrócenie normalnego funkcjonowania, przedłużenie życia lub poprawę jego jakości. Za obciążenia uważa się zaś przykładowo: ból (w tym przewlekły lub chroniczny), niepełnosprawność fizyczną lub umysłową, wysokie ryzyko śmierci, depresję czy wyłączenie z dotychczasowej aktywności życiowej. Podstawową przesłanką oceny, czy leczenie leży w interesie pacjenta, jest to, w jaki sposób wpłynie ono na jego dalsze życie. Istotne znaczenie ma nie tyle czas, jaki może zostać pacjentowi „podarowany”, ile to, w jaki sposób pacjent będzie mógł ten czas wykorzystać dla siebie⁶⁰.

Zaprzestanie daremnych czynności leczniczych pozostawia jednak do rozstrzygnięcia kwestię, jak postępować dalej w sprawie żywienia i pojenia z użyciem specjalistycznych technik. Zdarza się, że pacjent w stanie wegetatywnym odzyskuje spontaniczny oddech i tak stało się z RS przy pierwszym odłączeniu aparatury wspomagającej w wykonaniu wyroku sądu I instancji. Sztuczne odżywianie dla „poza tym zdrowego” i samodzielnie oddychającego pacjenta w stanie wegetatywnym stanowi procedurę, od której zależy wprost jego życie. W rezultacie kluczowego znaczenia nabiera decyzja nie o zaprzestaniu terapii daremnej w sensie ścisłym – jako zwalczaniu choroby – lecz o usunięciu sondy żywieniowej. Uznanie odżywiania za daremne powoduje, że nie będzie ono przedmiotem obowiązku, trudno jednak ustalić kryteria daremności żywienia.

⁶⁰ W. Chańska, *Pacjenci niezdolni do wyrażenia zgody*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013.

Spór o celowość medycznie wspomaganego odżywiania dzieli świat europejski na dwa stronnictwa, czego dowodem są przyjęte przez Radę Europy *Wytoczne procesu podejmowania decyzji dotyczących terapii medycznej w sytuacjach zakończenia życia*⁶¹. Odnotowany w nich został brak konsensu co do natury medycznego odżywiania oraz nawadniania. Stwierdzono tam wprawdzie, że takie odżywianie i nawadnianie stosuje się wobec pacjenta zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz na podstawie wyboru określonej procedury medycznej i sposobów jej aplikowania, ale między poszczególnymi państwami zaznacza się odmienność podejścia. W jednych każde żywienie uważa się za formę opieki odpowiadającej indywidualnym podstawowym potrzebom, której nie wolno zaprzestać, chyba że pacjent w stadium przedśmiertnym tak zadecyduje. Gdzie indziej zaś CANH jest uznawane za formę terapii. Niezgoda panuje nawet w łonie najwyższych organów orzekających, czego dowodem jest opinia mniejszości w sprawie Vincenta Lamberta. Pięciu sędziów stwierdziło tam, że większość, na podstawie pewnej liczby wątpliwych założeń, zaaprobowała w istocie pozbawienie możliwości zaspokojenia przez osobę bezradną i niepotrafiącą z tego powodu przekazać swojej woli – dwóch potrzeb podstawowych dla utrzymania przy życiu: żywności i wody. W ich ocenie sprawa ta dotyczyła w istocie *rodzaju eutanazji, nawet jeśli pod inną nazwą*⁶².

Znane i wielokrotnie przywoływane w bioetyce zderzenie dwóch perspektyw: koncepcji żywienia i pojenia jako części obowiązkowej opieki podstawowej albo jako specjalistycznej procedury medycznej uzasadnionej w granicach celowości terapii, doprowadziło dyskusję – jak się wydaje – do martwego punktu. Główne argumenty można streścić następująco. Kwalifikacja sztucznego odżywiania jako czynności leczniczej implikuje obowiązek kontynuacji, ale pozwala na zaprzestanie, gdy okazuje się to daremne. Uznanie CANH za czynność nieleczniczą czyni je zaś powinnością wchodzącą w zakres tzw. opieki podstawowej.

Uważa się, że sztuczne odżywianie zbyt różni się od innych środków stosowanych w medycynie, by dało się ustalić normę moralną, która mogłaby stanowić wspólną podstawę do oceny. Wobec tego wolno zrezygnować ze stosowania pewnych środków medycznych, ale nie wolno zrezygnować z podawania pokarmu i płynów. Nakarmienie głodnego to jeden z „najprostszych gestów świad-

⁶¹ Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations, Council of Europe, May 2014, <http://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations> [dostęp: 2.05.2025].

⁶² Mimo że Trybunał orzekł, iż zaprzestanie podtrzymywania życia pacjenta w utrwalałym stanie wegetatywnym jest zgodne z prawem i nie narusza praw człowieka, w *votum separatum* znalazły się słowa: „a severely disabled person who is unable to communicate his wishes about his present condition may, on the basis of a number of questionable assumptions, be deprived of two basic lifesustaining necessities, namely food and water [...] The case before this Court is one of euthanasia, even if under a different name” (*Lambert and Others v. France*, judgement ECHR, 5 June 2015, 46043/14, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=002-10758>), [dostęp: 2.05.2025].

czących o trosce” oraz „doskonały symbol tego, że ludzkie życie zawsze wpisane jest w życie całego społeczeństwa i wspólnoty”⁶³. Wstrzymanie CANH uważane jest więc za równoznaczne z uśmierceniem. Za przyczynę zgonu nie liczy się wtedy śmiertelna choroba, na pewnym etapie pozbawiająca chorego zdolności samodzielnego odżywiania, lecz zaniechanie lekarzy, którzy nie dostarczają pokarmu i płynów⁶⁴. Przywołane tezy były na przestrzeni lat wszechstronnie analizowane, ale niewzruszone pryncypia mają to do siebie, że są, można powiedzieć, wiecznie zielone. Nie zmieniają odcienia, nie ewoluują, tylko co jakiś czas wykwiatają w tym samym kształcie. W fundamentalnym dziele bioetycznym *Zasady etyki medycznej* Beauchamp i Childress przez kilka wydań przywoływali pogląd C. Everetta Koopa z 1982 r. (podówczas Naczelnego Chirurga USA), który uznawał przyzwalanie na śmierć dzieci urodzonych z ciężkimi wadami, przez odstawienie odżywiania, za rodzaj dzieciobójstwa w wyniku zagłodzenia na śmierć⁶⁵. W Polsce polemizował z takim zapatrywaniem Zbigniew Szawarski⁶⁶. Niemniej teza na wzór Koopa obecna jest w krajowych wytycznych pediatrycznych z 2011 roku. Zaniechanie sztucznego odżywiania u dzieci z dysfagią w przebiegu chorób neurologicznych uważane jest tam za nieetyczne jako prowadzące do „wyniszczenia i śmierci głodowej”⁶⁷. Opinia mniejszości w sprawie Vincenta Lambert uderza w te same tony. Można jednak równie dobrze twierdzić coś przeciwnego – chory, którego przestano sztucznie odżywiać i nawadniać, umiera wskutek postępów choroby lub urazu powodującego niezdolność do normalnego jedzenia i picia⁶⁸. Pacjent w stanie wegetatywnym nie jest jednak „chory” w powszechnym rozumieniu tego słowa, a jednocześnie może być utrzymywany przy życiu przez długie lata, niczego nie czując. Wolno twierdzić, że symbolika żywienia

⁶³ D. Callahan, *On Feeding the Dying*, Hastings Center Report no 13 (1983), s. 22; R.A. Carson, *The Symbolic Significance of Giving to Eat and Drink*, [w:] J. Lynn (red.), *By No Extraordinary Means*, Indiana University Press 1986, s. 85, 87; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, VIth ed. Oxford 2009, s. 217.

⁶⁴ Zob. polemicznie D. Callahan, *Killing and Allowing to Die*, [w:] idem, *The Troubled Dream of Life. In Search of a Peaceful Death*, Washington, D.C. 2000, s. 76–83; *Killing and Allowing to Die: Why It Is a Mistake to Derive an “Is” from an “Ought”*, [w:] idem, *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*, Oxford 2012, s. 122. Zob. też T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of...*, s. 160–162.

⁶⁵ C.E. Koop, *Ethical and Surgical Considerations in the Care of the Newborn with Congenital Abnormalities*, [w:] D.J. Horan, M. Delahoyde (red.), *Infanticide and the Handicapped Newborn*, Provo, UT 1982, s. 89–106, zwł. s. 105; za: T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyski, Warszawa 1996, s. 216. W wydaniu z 2009 r. tego przywołania już nie ma.

⁶⁶ Z. Szawarski, *Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi*, „Studia Filozoficzne” 1984, nr 3(220), s. 65–92.

⁶⁷ T. Dangel, R. Grenda, J. Kaczkowski (i in.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011, s. 80.

⁶⁸ Zob. np. D.C. Thomasma, G.C. Graber, *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*, New York 1991, s. 67; D. Callahan, *Killing and Allowing to Die...*, s. 122.

traci swoje znaczenie, gdy człowiek trwale przestaje odczuwać tego rodzaju potrzeby, bo to oznacza – jak ujął Daniel Callahan – że organizm stopniowo wyłącza swoje funkcje. Sztuczne odżywianie i nawadnianie ma zaspokajać indywidualne potrzeby pacjentów, a nie utrzymywać tylko prawidłową wartość parametrów fizjologicznych⁶⁹. Symbolika opiekuńcza nie stanowi argumentu samego w sobie: można ją uznać za słuszną tylko wtedy, gdy opieka odbywa się z korzyścią dla pacjenta. Gdy stan kliniczny nie rokuje poprawy, takie zewnętrzne zasilanie podtrzymuje jedynie trwanie czysto biologiczne i z tego powodu można zasadnie rozważać jego daremność.

Jak słusznie zauważono w wyroku Izby Lordów z 4 lutego 1993 r. w sprawie Anthony'ego „Tony'ego” Blanda, leczenie i opiekę medyczną sprawuje się w celu przyniesienia pacjentowi korzyści. Jeśli pacjent doznał nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, jest trwale pozbawiony świadomości i w jednomyślnej opinii specjalistów nie ma szans na poprawę tego stanu, to dalsze podtrzymywanie jego życia wolno uznać za bezcelowe. Kontynuowanie inwazyjnego leczenia byłoby uzasadnione tylko wtedy, gdyby przynosiło danej osobie jakąkolwiek korzyść. Tymczasem ani dalsza wegetacja dzięki sztucznemu odżywianiu, ani zgon wywołany jego przerwaniem nie wiążą się po stronie pacjenta z żadnymi odczuciami. Sztuczne podtrzymywanie biologicznego życia jest czynnością daremną i bezużyteczną, która służy tylko sama sobie, ale nie osobie pacjenta. Zastrzeżenia zgłoszone przez powołanego w sprawie kuratora *ad litem* sędziowie odparli argumentem, że karmienie osoby w stanie wegetatywnym nie jest odpowiednikiem karmienia niemowlęcia, ponieważ taki pacjent nie tylko nie jest w stanie zdobywać pożywienia, ale w odróżnieniu od nieporadnego dziecka jest niezdolny do połykania, a więc do jedzenia i picia w zwykłym znaczeniu tych słów. Karmienie przez zgłębnik (popularnie zwany sondą) samo w sobie stanowi procedurę wysoce inwazyjną, a ponadto jej stosowanie wymusza potrzebę regularnego stosowania lewatyw dla uzyskania wypróżnienia, stałego cewnikowania pęcherza moczowego, jak również walkę z zakażeniami dróg moczowych. W tym kontekście trudno mówić o zwykłej opiece humanitarnej. Zachodzi raczej analogia do respiratora, który wtłacza powietrze do płuc pacjenta niezdolnego do samodzielnego oddychania, więc należy stosować te same zasady oceny. Sędziowie zastrzegli jednak m.in., że gdyby pacjent wykazywał choćby najdrobniejsze przebliski świadomości, tworzyłoby to „niezerowy” interes w utrzymaniu leczenia⁷⁰.

Spór jest nierozwiązywalny na poziomie światopoglądowym, bo stanowisko ujmujące każde odżywianie w kategoriach obowiązkowej opieki podstawowej ma podłoże w doktrynie i ogólnie przyjętym założeniu, więc nie poddaje się

⁶⁹ S.W. Sahm, *Palliative Care v. Euthanasia, The German Position: The German Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2000, nr 2, s. 195, 208.

⁷⁰ *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] 1 All ER 821 (HL) <https://vlex.co.uk/vid/airedale-nhs-trust-v-792936953>.

racjonalnej perswazji. Przyjęcie jednego z dwóch zapatrywań zależy w gruncie rzeczy od konwencji społecznej – czy taki inwazyjny sposób żywienia powinien być traktowany na równi z leczeniem i oceniany stosownie do swojej przydatności terapeutycznej, czy traktowany jako nienaruszalna zasada opiekuńcza. Ocena słuszności utrzymywania CANH wymaga odpowiedzi na pytanie, czy na danym etapie leczenia przynosi to pacjentowi realną i odczuwaną korzyść. Jeśli żywienie i nawadnianie realizują tylko odgórnie przyjętą zasadę – są z punktu widzenia dobra pacjenta zbędne i to stanowi główny argument na rzecz ich legalnego wstrzymania. Gdy kontynuacja takiej opieki nie przedstawia dla podopiecznego żadnej korzyści, jej wartość staje się czysto abstrakcyjna. Troska o karmienie osoby, której nie jest to do niczego potrzebne, odrywa się od interesów karmionego, przestaje mu służyć i staje się tylko frazesem. Działa w istocie na korzyść osób trzecich – dostarcza opiekunom wzmocnienia pozytywnego i satysfakcji moralnej, iż „robią, co do nich należy”. W tym trzeba, jak myślę poszukiwać przyczyny bezwzględного obstawania za utrzymywaniem CANH, nawet przez dziesiątki lat u pacjentów w stanie trwałej utraty świadomości albo wyjściowego jej braku. W tym bilansie nie jest uwzględniany indywidualny interes pacjenta, dla którego w danym stanie klinicznym to bez znaczenia, tylko emocjonalne potrzeby bliskich mu osób, które czerpią otuchę z jego pozostawania przy życiu. Można co prawda przewrotnie twierdzić, że skoro jemu jest już wszystko jedno, to niech przynajmniej nacieszą się inni. W takim razie jednak bezświadomy pacjent staje się zabawką w rękach tych innych, służąc zaspokojeniu potrzeb i interesów cudzych, a jest to nieakceptowalne, bo z podmiotu czyni przedmiot.

Przyjęte *implicite* założenie, by żywność i woda były człowiekowi potrzebne zawsze, nie wytrzymuje konfrontacji z nieodczuwaniem tego rodzaju potrzeb przez pacjenta w nieodwracalnym stanie wegetatywnym i co za tym idzie – z brakiem realnej korzyści w ich zaspokojeniu, a także z brakiem pozytywnego wpływu na jakość życia w tym stanie. Jakkolwiek zaprzestanie CANH prowadzi do śmierci z wygłodzenia i pragnienia, skutek ten jest normalnym następstwem choroby albo urazu. Wspomagane żywienie wprowadzie go powstrzymuje, ale tylko w sposób doraźny, ponieważ nie daje nadziei na uzyskanie trwałej poprawy, a więc z tego punktu widzenia jest bezcelowe. Niezdolność do samodzielnego przyswajania pokarmu, spowodowana utratą odruchu przełykania, uchyla obowiązek karmienia po stronie opiekunów nieposiadających kwalifikacji, by stosować sposoby wymagające wiedzy medycznej. Dysponowanie odpowiednią wiedzą, umiejętnościami i środkami nie przesądza jednak automatycznie o istnieniu zawsze takiego obowiązku po stronie lekarzy. Decydujące powinny być względy użyteczności rozumianej dwojako – jako terapeutyczna, czyli dla poprawy bądź zachowania zdrowia albo jako zaspokojenie indywidualnych potrzeb z odczuwaną przez pacjenta korzyścią. Trwanie zaś w stanie żywym, ale wegetatywnym, nie stanowi samo w sobie subiektywnej zalety. Daremność stosowania CANH wobec takich pacjentów powinna być rozumiana jako podtrzymywanie

trwania czysto biologicznego, bez żadnego odczuwanego pożytku. Karmienie nie jest celowe samo w sobie. Nie ma w tym nic niezwykłego, by celowość żywienia postrzegać w kategoriach indywidualnej przydatności dla konkretnej osoby, podobnie jak celowość leczenia. Żywienie nieprzydatne wolno uznać za daremne niezależnie od tego, czy w konkretnym przypadku zostanie mu nadany status procedury medycznej, czy symbolu opiekuńczości i humanitaryzmu. Rezygnacja z CANH, które nie przynosi pacjentowi żadnej odczuwanej korzyści, powinna być zatem uznana za moralnie i prawnie dozwoloną.

W tym miejscu należy powtórzyć za Beauchampem i Childressem, że „oszacowanie jakości życia” nie odnosi się do wartości społecznej jednostek (w szczególności nie promuje opozycji „pożyteczny” – „niepożyteczny”), tylko do ich życia indywidualnego⁷¹. Ocenia się wartość, jaką życie przedstawia dla konkretnej osoby, a nie dla ogółu czy z punktu widzenia osób trzecich. Inaczej mówiąc, bilansuje się, jakie korzyści ta konkretna osoba odnosi z faktu pozostawania przy życiu. Chodzi tu raczej o ustalenie wszystkich korzyści i uciążliwości, a następnie porównanie, co przeważa albo przynajmniej, czy dolegliwości są warte znoszenia ze względu na odczuwane przyjemności. W zwykłych okolicznościach drastyczność i inwazyjność stosowanych środków medycznych są równoważone przez rokowanie poprawy stanu. Gdy jednak rokowanie jest niepomyślne – nic już nie uzasadnia drastyczności i inwazyjności, zaś ból jest odczuwalny do samego końca. Podnoszony w wyrokach brytyjskich w sprawie Tony’ego Blanda i RS argument o uchybieniu godności ludzkiej przez podtrzymywanie na siłę funkcji życiowych organizmu opiera się na przeświadczeniu, że pozostawanie w takim stanie bez szans na poprawę czyni takie trwanie niegodnym człowieka w świetle obrazu, jaki sobą przedstawia. Warto jednak przypomnieć, że argument odnoszący się do poszanowania „godności istoty ludzkiej” służy zarówno zwolennikom, jak i przeciwnikom podtrzymywania życia za pomocą zaawansowanej technologii. Pierwsi twierdzą, że godność będzie naruszać odłączenie wentylacji mechanicznej oraz odżywiania przez sondę, bo skazuje człowieka na uduszenie i śmierć głodową, zaś tzw. opieka podstawowa jest jednym z naczelných obowiązków humanitarnych. Drudzy dowodzą, iż większość ludzi nie chciałaby być utrzymywana w takim stanie, który nie tylko w żaden sposób im nie służy, ale też wystawia na pożałowania godny widok w charakterze obiektu w całości zasilanego z zewnątrz. Potwierdzenie tej drugiej tezy można znaleźć w sprawach rozstrzygniętych na podstawie wiarygodnego odtworzenia uprzedniej woli takich osób: Vincenta Lamberta, Teresy Marie „Terri” Schiavo, Nancy Cruzan, Eluany Englaro czy Paula Brophy’ego.

W sprawie Tony’ego Blanda Izba Lordów opowiedziała się za zaprzestaniem podtrzymywania życia, gdy bilans daje wartość mniejszą lub równą zero. Rozstrzygnięcie według kryterium jakości życia bywa jednak postrzegane jako „nie-

⁷¹ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of...*, s. 193.

wątpliwa wada” testu najlepiej pojętego interesu⁷². Znamienne, że obiektywizacja odniesień została uznana za *niewątpliwą* wadę z powodu samego odwołania się do kryterium jakości życia. Widać w tym jakiś rodzaj nieporozumienia albo programowego zamknięcia na określony przekaz. Dlatego należy jeszcze raz podkreślić, że jakość życia jest oceniana w subiektywnym postrzeganiu jej przez pacjenta, o którego chodzi. Dobro pacjenta poddawanego intensywnemu i wysoce inwazyjnemu wspomaganiu czynności życiowych wymaga dodatniego wyniku wszystkich czynników oznaczającego korzyść, czyli zadowalającą dla niego jakość życia. Życie jednostki jest dobrej jakości, gdy analiza interesów: korzyści, obciążeń i uciążliwości pozwala stwierdzić, że ona (a nie ktoś inny) czerpie z tego życia odczuwalną korzyść. Tak powinno się rozumieć jej najlepiej pojęty interes, przy uwzględnieniu czynników indywidualnych. Kryterium jakości życia według najlepiej pojętego interesu nie ma charakteru uniwersalnego dla wszystkich. Jest użyteczne tylko, gdy zachowanie życia wymaga medycznego podtrzymywania lub zabiegów o dużej inwazyjności, zaś sam zainteresowany nie ma dostatecznej kompetencji do samodzielnego podjęcia decyzji.

Nowoczesne technologie pozwalają odżywiać pacjenta nawet z użyciem sondy pozajelitowej. Realizowanie takiej procedury wymaga medycznej aparatury, specjalnie spreparowanych pokarmów i specjalistycznego przeszkolenia personelu. Ponadto niezbędne jest równie wyspecjalizowane odprowadzanie produktów przemiany materii. Gdyby nie technologia, żywienie i nawadnianie pacjenta niezdolnego do samodzielnego przetykania byłoby niemożliwe i nie mogło stanowić niczyjego obowiązku. Skoro takie możliwości zostały stworzone, to pytanie brzmi, czy przekładają się na bezwzględny obowiązek w każdych okolicznościach. Wiele racjonalnych, zdystansowanych od emocji i neutralnych światopoglądowo argumentów przemawia jak widać za daremnością stosowania CANH w okolicznościach trwałej i nieodwracalnej utraty przez pacjenta zdolności kognitywnych i zredukowania jego zdolności odczuwania tylko do dolegliwości bólowych.

3. Mąż marszałkini Sejmu przetrzymywany dwa lata na oddziale intensywnej terapii

Stanisław Witek, zasłużony działacz polityczny i mąż marszałkini Sejmu Elżbiety Witek, w 2023 r. od ponad dwóch lat przebywał od dłuższego czasu na OIOM szpitala w Legnicy, wentylowany mechanicznie i w stanie, który można określić potocznie utratą świadomości. Przypuszczalnie miało to jakiś związek z przebytym COVID, ale dane medyczne nie przedostały się do publicznej wiadomości. W prasie podawano, że stan pacjenta był wegetatywny, ale brakuje pewnych

⁷² Tak M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010, s. 367.

danych, zaś prasa ma skłonność do hiperbolizacji. Sprawa męża marszałkini zaistniała w świadomości społecznej po audycji Radia Zet w kwietniu 2023 r., w której informowano o śmierci jednej z pacjentek Jaworskiego Centrum Medycznego, dla której – jak przekazano – zabrakło miejsca na legnickim OIOM. W rozmowie z Radiem Zet córka zmarłej twierdziła, że przez osiem dni za każdym razem, gdy placówka, gdzie była hospitalizowana jej matka, pytała legnicki szpital o miejsce, dowiadywała się, że miejsca na OIOM nie ma. Przebywać tam od kilkunastu miesięcy miał między innymi mąż marszałkini Witek. Ważne, że OIOM nie jest oddziałem opieki długoterminowej, więc pacjenta, u którego nie następuje poprawa, powinno się przenieść na inny, gdzie otrzyma opiekę medyczną adekwatną dla swojego stanu, a nie będzie zajmował miejsca przeznaczonego dla przypadków pilnych i krytycznych. Sprawa została okrzyknięta przez prasę jednym z największych skandali ujawnionych w tamtych miesiącach przez media. Wyszła na jaw, gdy do prokuratury trafiło zawiadomienie córki zmarłej pacjentki⁷³. Z ustaleń Onetu wynikało, że S. Witek leżał na oddziale intensywnej terapii w Legnicy od października 2020 r. (zmarł 13 kwietnia 2024 r.). Według Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. (aktualizowanego w 2022 r.) w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁷⁴ intensywna terapia to postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego (§ 2 pkt 2)⁷⁵. Intensywną terapię prowadzi się więc w stosunku do pacjentów rokujących poprawę, zaś stwierdzenie nieodwracalności stanu powinno uchylać potrzebę intensywnej terapii i czynić ją nieobowiązkową. Pacjent kwalifikuje się wówczas do wypisania z oddziału i przejścia na inny tryb leczenia oraz opieki. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) z 2022 r.⁷⁶ skierowane są wyłącznie do lekarzy specjalistów w dziedzinie aneste-

⁷³ <https://resetobywatelski.pl/maz-elzbiety-witek-ponad-2-lata-zajmowal-lozko-na-oiom-wbrew-przepisom/> z 8.10.2023.

⁷⁴ Dz. U. 2016 poz. 2218, t.j. Dz.U. 2022 poz. 392.

⁷⁵ Wprowadzie zgodnie z delegacją zawartą w ustawie o działalności leczniczej standardy stanowiące rozporządzeniem mogą mieć charakter tylko organizacyjny, jednak w dziedzinie opieki medycznej nie da się stworzyć standardów organizacyjnych bez jakiegokolwiek odniesienia do wiedzy medycznej. Zawarta w rozporządzeniu definicja intensywnej terapii spełnia funkcję kryterium kwalifikacji na oddział stosujący intensywną terapię, czyli zorganizowany na takie potrzeby.

⁷⁶ Wydane (2022 r.) na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, opublikowane 26.07.2022, <https://www.anestezjologia.org.pl/wytyczne-kwalifikacji-oit>.

zjologii i intensywnej terapii oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie, udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, leczących dorosłych lub dzieci. Główne zasady Wytycznych w omawianej kwestii da się streścić następująco. Kluczowa zasada opracowania wytycznych została oparta na kryteriach korzyści zdrowotnych wynikających z inwazyjnych interwencji leczniczych prowadzonych na OAIT, poczynając od poziomu wyniesienia korzyści najwyższych, poprzez mniej spodziewane, aż do poważnie wątpliwych albo ich braku (priorytety od 1 do 4). W pierwszej kolejności należy podejmować czynności ratunkowe wobec pacjenta, któremu grozi utrata życia przed pacjentem w stanie zagrożenia zdrowia. Trzeba jednak brać pod uwagę również stopień zagrożenia. Gdy jednemu pacjentowi grozi niebezpieczeństwo utraty życia, ale nie jest ono bezpośrednie, bo nie urzeczywistni się natychmiastowo, a drugiemu pacjentowi grozi niebezpieczeństwo poważnego uszczerbku na zdrowiu, które może się zrealizować w najbliższym czasie, w pierwszej kolejności należy ratować osobę w stanie zagrożenia zdrowia. Jeżeli zagrożone dobra są tej samej wartości, w szczególności pacjenci są w zbliżonym niebezpieczeństwie dla życia, należy przeprowadzić czynności ratunkowe wobec tego z nich, który ma większe szanse na uratowanie. Przyjmowanie pacjentów z grupy priorytetu 4 jest zasadniczo nieuzasadnione. Działalność intensywnej terapii nie może być mylona z intensywną opieką medyczną i opieką paliatywną lub działalnością hospicyjną. Przy ustalaniu kryteriów wypisu pacjenta z OAIT należy brać pod uwagę te same czynniki (priorytety), które oceniane są podczas ustalania kryteriów przyjęcia. Pacjent powinien być wypisany do innego oddziału, zakładu opiekuńczo-leczniczego, pielęgnacyjno-opiekuńczego, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub do domu niezwłocznie po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego i spełnieniu kryteriów klinicznych, które nie kwalifikują do dalszego leczenia w OAIT. Pacjenci, którzy nie odniosą korzyści z leczenia w OAIT, u których intensywne leczenie nie powinno być kontynuowane z uwagi na nieodwracalność procesu chorobowego (priorytet 4), powinni zostać wypisani celem leczenia lub opieki paliatywnej, hospicyjnej i innej, zapewniającej godne zabezpieczenie kresu życia. W przypadku niedoboru zasobów konieczne staje się ich racjonowanie zwyczajne (w przypadku względnego niedoboru zasobów) lub nadzwyczajne (w przypadku bezwzględnego niedostatku zasobów)⁷⁷. W tym kontekście kontynuowanie leczenia, które nie przyniesie już pacjentowi korzyści medycznej (nie poprawi rokowania), jest niezasadne, a tym pacjentom, którzy znajdują się w realnym stanie zagrożenia życia lub zdrowia, odbiera szansę na szybkie wdrożenie skutecznej intensywnej terapii. Wynika stąd, choć nie zostało wypowiedziane wprost, że pacjenta rezydującego na OAIT z priorytetem 4 należy przenieść gdzie indziej, żeby zwolnić miejsce, gdy zgłosi się pacjent z wyższym priorytetem. Priorytet 4 obejmuje zaś zgodnie z tabelą m.in.

⁷⁷ Te pojęcia nie zostały w wytycznych wyjaśnione.

Osoby z potencjalnie nieodwracalną przyczyną stanu zagrożenia życia lub zdrowia, u których wdrożenie metod i procedur dostępnych standardowo na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii nie poprawi ich rokowania i nie przerwie nieuchronnie postępującego procesu umierania; osoby, te nie odnosząc korzyści terapeutycznej z intensywnej terapii, powinny być objęte opieką paliatywną, aby nie wkraczać na ścieżkę terapii daremnej, tzn. pacjenci „zbyt chorzy”, by hospitalizacja na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego co do przeżycia rokowania.

Prokuratura odmówiła wszczęcia śledztwa w sprawie przekroczenia w okresie od 4 października 2022 r. do 30 marca 2023 r. w Legnicy uprawnień i wykorzystania zależności służbowej i osobowej przez dyrektora i personel medyczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy, polegającego na podjęciu niezasadnej decyzji o długotrwałym pobycie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii pacjenta pomimo braku wskazań medycznych i wbrew wytycznym Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, czym działano na szkodę interesu publicznego. Argumentowano to tym, że „czyn nie zawiera znamion czynu zabronionego”. Śledczy nie dopatrzili się błędów w zarządzaniu placówką, ale córka zmarłej nie dała za wygraną i zatrudniła adwokatkę. Ta przekazała w rozmowie z tvn24.pl., że od 26 czerwca 2023 r. mąż marszałkini nie przebywał już na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej w legnickim szpitalu. Prasa podała, że został przeniesiony na oddział paliatywny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy⁷⁸. O nowych okolicznościach sprawy adwokatka poinformowała Sąd Rejonowy w Legnicy, rozpoznający zażalenie na postanowienie prokuratury. Jej zdaniem, jako pełnomocniczki córki poszkodowanej, zasadne jest ustalenie przez biegłych, czy stan zdrowia pacjenta uległ zmianie. Należy bowiem sprawdzić, czy decyzja o jego przeniesieniu z Oddziału Intensywnej Terapii została podjęta w najwcześniejszym możliwym terminie. Zwróciła też uwagę na potrzebę uzyskania od szpitala informacji, ilu pacjentów nie zostało przyjętych z powodu braku miejsc w czasie, kiedy leczony był tam mąż E. Witek⁷⁹. Sąd nie uwzględnił zażalenia na tę decyzję i zaskarżone postanowienie utrzymał w mocy⁸⁰. Zlecony przez Ministra Sprawiedliwości Adama Bodnara audyt wykazał, że decyzja prokuratury była przedwczesna i **nie wyjaśniono wszystkich okoliczności**. W raporcie z audytu podkreślono, że nie zbadano dokumentacji medycznej pacjenta ani **nie uzyskano stanowiska kierownictwa szpitala w kwestii zasadności tak długotrwałej hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii**⁸¹. Sprawę ponownie bada Prokuratura Okręgowa w Legnicy.⁸²

⁷⁸ <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/maz-elzbiety-witek-opuscil-oiom-zostal-przeniesiony-na-inny-oddzial/xcg0gb8> opublikowano 17.07.2023 [dostęp: 29.01.2025].

⁷⁹ <https://wiadomosci.onet.pl/kraj/maz-elzbiety-witek-opuscil-oiom-zostal-przeniesiony-na-inny-oddzial/xcg0gb8>.

⁸⁰ <https://www.fakt.pl/wydarzenia/sprawa-meza-elzbiety-witek-czy-prokuratura-zajmie-sie-nia-ponownie/n9yxgny> opubl. 16.01.2025 [dostęp: 29.01.2025].

⁸¹ <https://www.o2.pl/informacje/wraca-sprawa-meza-elzbiety-witek-bezpodstawnie-zajmowal-lozko-na-oiom-ie-7114969602939680a> opubl. 16.01.2025 [dostęp: 29.01.2025].

⁸² <https://www.rynekzdrowia.pl/Polska-i-swiat/Maz-bylej-marszalek-Sejmu-lezal-dwa-lata-na-OIOM-ie-Prokuratura-wraca-do-sprawy,267431,15.html>, opubl. 23.01.2025 [dostęp: 29.01.2025].

Technologia dostępna na oddziałach OAIT stanowi świadczenie ewidentnie deficytowe, które z tego powodu jest objęte reglamentacją. Stosowanie intensywnej terapii wobec osób, które tego nie wymagają, stanowi rodzaj *overzealous* – co w kontekście sprawy S. Witka wolno przetłumaczyć jako zbędną nadgorliwość – a przy tym jest nadużyciem finansowym. Za takiego pacjenta NFZ nie powinien płacić, a gdy sprawa się wyda, nałożyć jeszcze kary finansowe. Miejsca na OAIT, których na co dzień permanentnie brakuje, są potrzebne dla innych pacjentów – pomyślnie rokujących. Zgłoszenie takiej konkretnej potrzeby powinno skłonić do oceny stanu pacjenta zajmującego miejsce, pod kątem przeniesienia go gdzie indziej. Żeby przenieść z intensywnej terapii pacjenta nierokującego poprawy, należy wdrożyć procedurę zaprzestania terapii daremnej według Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Wówczas zespół interdyscyplinarny dokonuje oceny, czy jakąś metodę można dalej stosować, czy z niej zrezygnować i sporządza stosowny protokół zaprzestania terapii daremnej. Wtedy też formułuje się zalecenia, czy chory może być z medycznego punktu widzenia „przekazany” do zakładu opieki długoterminowej, czy wentylowany w domu, czy w zakładzie dla osób wymagających wentylacji mechanicznej. Do hospicjum kwalifikują się tylko pacjenci w stanie terminalnym, czyli umierający. Istnieją odpowiednio wyposażone zakłady opiekuńczo-lecznicze (w których jednak na ogół też permanentnie brakuje miejsc). Prasa ustaliła, że kilka łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jest np. w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w Górkach na Podkarpaciu. NFZ refunduje jednak tylko część kosztów. Pobyt w ZOL jest odpłatny w części dotyczącej żywienia i zakwaterowania; jeśli nie wystarczy uposażenie pacjenta (renta, emerytura, zasiłek), to różnicę powinna pokryć osoba zobowiązana do alimentacji – więc na przykład żona. Jeśli dla pacjenta lekarze znajdują miejsce w ZOL, to ktoś musi w jego zastępstwie wyrazić zgodę na pobyt, jeśli sam pacjent jest do tego niezdolny. Z pewnością członkowie rodziny, w szczególności żona, nie mają przyznanych uprawnień decyzyjnych co do tego, czy pacjent pozostanie na intensywnej terapii, czy zostanie przeniesiony gdzieś indziej – nawet jeśli żona uważa, że na OAIT mąż będzie mieć najlepszą opiekę. Takie *dictum* jest pozbawione mocy prawnej, ale jak widać bywa, że praktycznie decyduje.

Kiedy jednak zgłosi się pacjent bardziej potrzebujący, „rezydenta” należy przenieść tam, gdzie otrzyma warunki opieki odpowiednie do swojego stanu zdrowia, a nie będzie blokować miejsca na OAIT potrzebnego do ratowania bezpośredniego i odwracalnego zagrożenia u innego pacjenta. Takie rozstrzygnięcia są na porządku dziennym w praktyce szpitalnej, gdy trzeba znaleźć wolne łóżko na internie np. dla seniora z masywnym zapaleniem płuc albo umieścić pacjentkę w ciąży zagrożonej na oddziale patologii, liczącym tylko dwanaście łóżek. Zaprzestanie terapii daremnej nie musi prowadzić do definitywnego od-

łączenia pacjenta od wspomagania; przecież możliwe jest też „przełączenie” go gdzie indziej, żeby zwolnić potrzebne miejsce. Wówczas szpital nie ma obowiązku kontynuowania intensywnej terapii na OAIT wobec pierwszego pacjenta, za to ma powinność wobec zgłoszonego oczekującego pacjenta z wyższym priorytetem. W takich okolicznościach nie można powoływać się na niemożliwość, chyba żeby brakowało miejsc na innym oddziale albo przeciągnęły się procedury sądowe zatwierdzające przeniesienie do ZOL. Wszystkie te Wytyczne i standardy organizacyjne w randze rozporządzeń służą temu, żeby z nich rozumnie korzystać, choćby wbrew członkom rodziny, którzy nie mają w sprawie nic do powiedzenia. Jest bowiem faktem normatywnym, że osoby bliskie pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP nie mają przyznanych żadnych kompetencji do decydowania w jego zastępstwie. Na mocy art. 31 ust. 6 UZL lekarz ma tylko obowiązek udzielenia osobie bliskiej informacji medycznej o pacjencie niezdolnym do zrozumienia znaczenia takiej informacji. W przywołanych wcześniej Wytycznych anesteziologicznych z 2014 r. podkreśla się tylko znaczenie właściwej komunikacji z rodziną pacjenta, wobec którego ma być podjęta decyzja o zaprzestaniu terapii daremnej. Polega to na wytłumaczeniu sytuacji klinicznej, dlaczego nic już nie da się zrobić na poziomie leczenia przyczynowego i jaka zostanie wdrożona opieka paliatywna. Chodzi też, jak mierniam, o wyjaśnienie ewentualnych nieporozumień co do możliwości terapeutycznych, poszukiwania pomocy w innych placówkach medycznych w tym skierowania do zakładu opiekuńczo – leczniczego albo do hospicjum. Brak właściwej wiedzy o stanie chorego może bowiem utrudniać rodzinie zrozumienie sytuacji, utwierdzać w złudnych nadziejach na poprawę i popychać do zachowań desperackich, w tym do angażowania szarlatanów i znachorów, którzy mogą tylko przysporzyć choremu dodatkowych cierpień. „Właściwa komunikacja” nie oznacza jednak – co oczywiste – pytania o zgodę na czynności medyczne ani uzależniania od niej ich wstrzymania. Członkowie rodziny pacjenta z wyłączoną zdolnością decyzyjną nierzadko uzurpują sobie takie prawo i próbują wywierać na lekarzy nacisk, aby ci wdrożyli określone środki terapeutyczne – np. zastosowali konkretne leki bądź podłączyli pacjenta do respiratora. „Zgoda rodziny” na leczenie stanowi jeden z najsilniej zakorzenionych mitów prawa medycznego. Do jego rozpowszechnienia w społeczeństwie przyczyniają się m.in. amerykańskie seriale szpitalne, ale i intuicja potoczna, zgodnie z którą najbliższa rodzina pacjenta jest moralnie upoważniona do decydowania. Istnieją systemy prawne, gdzie w różnych wariantach takie rozwiązania są przyjęte, ale – co należy po raz kolejny wyraźnie zaznaczyć – Polska do nich się nie zalicza. To tylko w rozważaniach bioetycznych podnoszone są argumenty przemawiające za oddaniem w ręce rodziny decyzji o pacjencie z wyłączoną zdolnością decyzyjną, ponieważ rodzina jest zwyczajowo postrzegana jako organiczna całość, gdzie zapadają decyzje dotyczące jej poszczególnych członków⁸³. Ponadto decyzje te mają wpływ również na przyszłość i pomyślność bli-

⁸³ Zob. W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia...*, s. 128.

szych pacjenta; ich ciężar oraz koszty spadają na rodzinę⁸⁴. Zadaniem bioetyki jest jednak rozważać problem we wszystkich możliwych aspektach, podczas gdy prawo wybiera określone rozwiązanie. *De lege lata* w polskim prawie medycznym w sprawie decydowania za dorosłego pacjenta w stanie utraty przytomności bądź ze zdolnością umysłową w inny sposób wyłączoną, właściwy jest na podstawie art. 32 UZL sąd opiekuńczy, a nie członkowie rodziny. Tym bardziej więc nie da się wywodzić takiego uprawnienia z przepisów prawa rodzinnego o obowiązku alimentacyjnym, który nie jest powiązany z żadnymi kompetencjami decyzyjnymi co do dorosłych i samodzielnych prawnie osób. Regulacja zawarta w art. 32 UZL nie jest doskonała, bo nie dostarcza sędziom odpowiednich instrumentów prawnych, o czym była mowa na wstępie. Lukę prawną dobrze byłoby wypełnić poprzez wprowadzenie m.in. konkretnych kryteriów orzekania. Postulowane jest też wprowadzenie instytucji pełnomocnika medycznego.

Bliscy mogą tylko odmówić przyjęcia pacjenta do siebie pod opiekę, jeśli nie mają po temu warunków, a wtedy pozostaje ZOL albo hospicjum. O przenosinach między oddziałami decydują lekarze i odbywa się to według kryterium potrzeb pacjenta uzasadnionych wskazaniami medycznymi, a nie dla dogodzenia jego ustosunkowanej żonie. W konsekwencji umarła pacjentka, dla której istniały szanse ratunku. Uchybienia podobnego rodzaju stanowią podstawę do roszczeń odszkodowawczych i są zazwyczaj przejawem tzw. winy organizacyjnej – chyba, że da się ustalić osobę, która zawiniła, wydając takie polecenie, albo zaniechała czynności mimo obowiązku działania. Takie zaniechanie kwalifikuje się zwykle, jako zawinione, o ile istniała możliwość działania.

Zaawansowana technologia podtrzymywania czynności życiowych stanowi niebawem dobrodziejstwo, ale w pewnych okolicznościach – nienależny luksus.

4. Sprawa rzekomego zabójstwa pacjenta. Kazus z Gorzowa Wielkopolskiego

Wiosną 2024 r. prasa doniosła o aresztowaniu lekarza Andrija K., rezydenta na oddziale intensywnej terapii w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim, pod zarzutem zabicia pacjenta przez odłączenie aparatury podtrzymującej życie.

Pacjent lat 86, przytomny i z kontaktem, został przywieziony przez Zespół Ratownictwa Medycznego na SOR z silnym bólem brzucha i przyjęty do Szpitala w nocy 9 stycznia 2024 r. o godz. 1.33 z powodu podejrzenia niedrożności przewodu pokarmowego. Tomografia komputerowa (CT) wykazała niedrożność pnia lewej tętnicy kręzkowej górnej oraz liczne zmiany patologiczne w obrębie jamy brzusznej. Badania laboratoryjne potwierdziły podwyższone parametry stanu

⁸⁴ Ibidem, s. 140.

zapałnego oraz ostre uszkodzenia funkcji serca, wątroby i nerek. Pacjent został zakwalifikowany do operacji w trybie pilnym. Na oddziale został poinformowany przez chirurga o konieczności i rodzaju proponowanego zabiegu operacyjnego z zaznaczeniem wysokiego ryzyka możliwego zgonu okołoperacyjnego i wyraził zgodę na operację. Śródoperacyjnie potwierdzono zator tętnicy krezkowej oraz martwicę jelita cienkiego, które resekowano wraz w wyłonieniem stomii (operacyjne wyprowadzenie fragmentu jelita cienkiego na powierzchnię brzucha). W czasie operacji układ krążenia pacjenta był niestabilny i wymagał resuscytacji płynowej oraz wsparcia wlewem noradrenaliny we wzrastających dawkach w celu utrzymania ciśnienia tętniczego w granicach normy. Chory został zaintubowany na wlewie dwóch leków podtrzymujących ciśnienie krwi i przekazany do sali wybudzeniowej. Pomimo dalszego podawania wlewu amin presyjnych na podwyższenie ciśnienia i to w ponadnormatywnych dawkach, obserwowano stałe pogarszanie się funkcji układu krążenia. Ciśnienie tętnicze utrzymywało się dużo poniżej normy fizjologicznej, a jego wartości pokazywały, że pacjent jest we wstrząsie. Przypadek, gdy chory wymaga podawania coraz wyższych dawek leków wspomagających układ krążenia (czyli amin katecholowych) przy stale pogarszających się parametrach hemodynamicznych, jest podawany jako przykład nieskuteczności prowadzonego leczenia, gdy dostępne postępowanie medyczne nie może przynieść korzyści terapeutycznej w postaci przywrócenia samodzielnej wydolności narządów⁸⁵. Według doniesień prasowych ordynator oddziału intensywnej terapii wyjaśnił, że wydał zgodę na przewiezienie tam pacjenta „ze względów humanitarnych”, żeby nie umierał w obecności innych chorych na oddziale macierzystym⁸⁶ – czyli postąpił wbrew omówionym wcześniej Wytycznym anestezjologicznym z 2014 r. i popełnił błąd postępowania medycznego. Nie doszło do tego, bo Andrij K., po zbadaniu pacjenta, stwierdził brak reakcji źrenic na światło, brak odruchu z dróg oddechowych i brak wyczuwalnego tętna na tętnicach szyjnych i promieniowych⁸⁷. W związku z tym nie podjął reanimacji, wyłączył wlew, a potem odłączył pacjenta od respiratora. Nastąpiło zatrzymanie krążenia i Andrij K. stwierdził zgon chorego. Samodzielnie zdecydował więc o odłączeniu wspomagania – wlewu dożylnego oraz respiratora, czyli jednoosobowo rozstrzygnął o zaprzestaniu terapii, którą uznał za daremną.

W szpitalu zebrał się zespół lekarski w celu oceny stanu pacjenta i postępowania lekarza. Zanim zespół wydał opinię, doniesienie do prokuratury, że rezydent „zabił pacjenta”, złożył jego kolega, inny rezydent. W późniejszych wywiadach dla prasy podawał, że „pacjent mógł żyć”. Andrij K. został tymczasowo aresztowany i zwolniony z aresztu dopiero po dwóch miesiącach. W obronie lekarza stanęli eksperci powołani przez szpital, a Rzecznik Praw Pacjenta zamówił

⁸⁵ Tak J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla...*, s. 3.

⁸⁶ Takiego wyjaśnienia udzielił prasie ordynator oddziału intensywnej terapii. Zob. J. Watóła, *Co naprawdę zrobił lekarz obwiniony o zabójstwo*, „Gazeta Wyborcza” z 18.05.2024, s. 3.

⁸⁷ Informacje pochodzą z artykułu powołanego w przypisie poprzednim.

niezależną opinię zespołu profesorskiego. Do prasy przedostały się fragmenty protokołów, z których wynikało, że pacjent był w katastrofalnym stanie zdrowia nierokującym poprawy i jego rychła śmierć stanowiła tylko kwestię czasu. Eksperci zgodnie twierdzili, że nie doszło do popełnienia błędu medycznego, bo lekarz rezydent poprawnie ocenił stan pacjenta. Tym bardziej więc nie można mówić o winie i to umyślnej, która jest przesłanką odpowiedzialności za zabójstwo zwykłe. Choroba pacjenta była nieuleczalna. Już w końcowej fazie operacji był on w stanie skrajnie ciężkim, wręcz agonalnym, z narastającą niewydolnością wielonarządową i przy braku poprawy wobec zastosowanego szerokokierunkowego leczenia specjalistycznego (wentylacja mechaniczna, resuscytacja płynowa, wlew amin presyjnych). Zgon pacjenta nie był wynikiem zatrzymania wlewu pomp infuzyjnych i odłączenia od respiratora, lecz naturalnym efektem postępu zaistniałej wcześniej krytycznej niewydolności wielonarządowej, nieregulującej na zastosowane leczenie. Aparatura została odstawiona wobec bezsensowności jej dalszego stosowania. Kontynuowanie intensywnej terapii nie miało żadnego uzasadnienia, gdyż byłoby daremne. W tych okolicznościach jako przejaw terapii daremnej mogłoby być traktowane podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Według Kodeksu Etyki Lekarskiej (art. 33 KEL w ówczesnym brzmieniu) lekarz nie miał obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym, a w takim stanie klinicznym znajdował się w okresie pooperacyjnym pacjent, o którego chodzi. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należała według KEL do lekarza i była związana z oceną szans leczniczych. Odłączenie aparatury medycznej (tzn. zatrzymanie wlewu amin i zaprzestanie wentylacji mechanicznej) nastąpiło w sytuacji ustawiania czynności życiowych, a do resuscytacji krążeniowo-oddechowej nie było wskazań.

Na podstawie przypadku Andrija K. widać, że nawet przypadek wstrzymania terapii, „czysty” z medycznego punktu widzenia – o czym przekonują opinie specjalistów – może stać się przedmiotem donosu i podejrzenia o umyślne zabójstwo.

5. Znaczenie wytycznych profesjonalnych i KEL dla oceny daremności terapeutycznej

Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych – Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu (z kwietnia 2023 r.)⁸⁸ głosi, że dalsza ocena zasadności i celowości działań medycznych powinna opierać się na ciągłej ocenie sytuacji klinicznej oraz na pracy konsylium składającego się z lekarza opiekującego się chorym, lekarza nadzorującego oddział, specjalistów z dziedzin medycyny adekwatnych do stanu klinicznego chorego oraz – jeśli to możliwe – kon-

⁸⁸ „Medycyna Praktyczna” 2023, nr 4, s. 121–140.

sultanta medycyny paliatywnej. Również Wytyczne anestezjologów i intensywi-
stów z 2014 r., o których była mowa wcześniej, zgodnie podkreślają, że osta-
teczne decyzje o zaprzestaniu terapii daremnej powinny być podejmowane ze-
społowo. Wolno więc dyskutować, czy Andrijowi K. można by zarzucić narusze-
nie procedur, ale nawet gdyby, to i tak jego medyczna ocena stanu pacjenta była
prawidłowa.

Nawet jeśli uznać, że Andrij K. wyszedł przed szereg, podejmując decyzję jed-
noosobowo, była to z medycznego punktu widzenia decyzja słuszna. Natomiast
wytyczną decydowania z gatunku – jednoosobowo czy kolegialnie – trudno jest
uznać za jedną z zasad etyki lekarskiej, do których odsyła art. 4 UZL. Jest to
w istocie zasada ostrożności – obowiązek konsultacji, któremu uchybienie nie
zawsze równa się, moim zdaniem, złamaniu prawideł wiedzy medycznej, skoro
późniejsze opinie specjalistów oceniają, że kluczowa decyzja była słuszna mery-
torycznie. Gdyby rezydent zwołał konsultację zespołową, różnica tylko w tym, że
nie można by wyłącznie jego obarczać odpowiedzialnością za decyzję. Obowią-
zek konsultacji ma ustrzec przed popełnieniem błędu w ocenie, ale też zdejmuje
ciężar decyzji w sprawie życia i śmierci z barków jednej osoby. Widać przy tym,
że fachowa ocena daremności leczenia należy do lekarzy. Wolno go zaprzestać
na mocy kolegiальной decyzji zespołu lekarzy specjalistów, bez potrzeby odwoły-
wania się do sądu. Kodeks Etyki Lekarskiej w swoim nowym brzmieniu głosi ka-
tegorycznie, że lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej, zaś wytyczne
profesjonalne uznają daremne leczenie za błąd postępowania medycznego.
W ten sposób prawidła wiedzy medycznej i etyka lekarska tworzą model właści-
wego postępowania w sytuacjach klinicznych „bez celu i bez wyjścia”. W doku-
mentach tych zaznacza się staranie, by w jakiś sposób dookreślić kryteria uspra-
wiedliwiające zgodne z wiedzą medyczną zaprzestanie terapii oraz stworzyć
w miarę czytelne zasady etyczne. Przy braku szczególnych regulacji prawnych
etyka i wytyczne profesjonalne uzupełniają zbyt lakoniczne prawo, a upoważnia
do tego odesłanie zawarte w art. 4 UZL. Wziąwszy jednak pod uwagę systema-
tyczne zastraszanie lekarzy przez poprzednią władzę oraz fundamentalistyczne
organizacje w rodzaju *Fiat iustitia* czy *Ordo iuris*, to najwyraźniej nie wystarcza.

Potrzebna jest jeszcze dobra, to znaczy zwięzła i czytelna, definicja terapii
daremnej. Ta najnowsza, stworzona przez Grupę Roboczą z ramienia TIP (pod
którą podpisały się również liczne towarzystwa lekarzy różnych specjalności),
odnosi się tylko do pacjentów umierających i brzmi następująco: terapią da-
remną są „działania medyczne nieprzynoszące choremu korzyści, za to często
będące dla niego lub jego bliskich źródłem cierpienia”. Podkreśla się przy tym,
że „W przyjętym przez Grupę Roboczą rozumieniu daremność akcentuje nie-
możność osiągnięcia celu działania”. W Wytycznych wspomina się też parokrot-
nie, że niewłaściwe są działania, które przedłużają agonię.

Podejście takie ma szereg zalet, ale i wad. Dobrze jest to, że zaakcentowano
nieprzynoszenie korzyści choremu, co pozwala każdorazowo sporządzić bilans

korzyści na indywidualne potrzeby konkretnego pacjenta. Niepotrzebnie jednak wprowadzono czynnik częstego cierpienia, bo w ten sposób łatwo stracić z horyzontu stan schyłkowy, w którym pacjent z różnych przyczyn nie cierpi, przykładowo dzięki skutecznej analgezji czy sedacji. Włączanie w orbitę cierpień osób bliskich jest już zupełnym nieporozumieniem, bo cierpienie jednych nie może rzutować na decyzje kliniczne wobec drugiego. Nie chodzi o zakwestionowanie doniosłości cierpienia osób bliskich choremu, lecz o to, by ochrona dóbr i uzasadnionych interesów osób niebędących pacjentami nie wkraczała w sferę ochrony dóbr i uzasadnionych interesów pacjenta. Innymi słowy: za dużo tu kryteriów pobocznych, co odwraca uwagę od samej istoty daremności. Przede wszystkim jednak są to kolejne Wytyczne, które z góry ograniczają swoje zastosowanie do pacjentów umierających, a więc tylko do stanów terminalnych, co jak już było wspomniane, nie zmierza do rozwiązywania najważniejszych problemów.

Do pojęcia terapii daremnej w tym ujęciu a *priori* „obok pielęgnacji i interwencji z zakresu opieki paliatywnej do terapii nie zalicza się żywienia i nawadniania (także np. przez zgłębnik żołądkowy, o ile choremu nie szkodzi) – są to interwencje z zakresu opieki podstawowej”. Te „sposoby postępowania nie wchodzi w zakres terapii (ponieważ są formami opieki), a więc nie można im przypisać cechy daremności terapeutycznej, która mogłaby stanowić podstawę do rezygnacji z ich stosowania. W praktyce jedynie w okresie samego umierania (ostatnie dni i godziny życia), jeśli chory nie może przyjmować płynów i pokarmów drogą doustną ani przez zgłębnik, lekarz powinien rozważyć, czy istnieją medyczne wskazania do nawadniania pozajelitowego (np. ocenić, czy taka interwencja zmniejszy splątanie), czy też nawadnianie będzie raczej stanowić obciążenie dla umierającego organizmu. Trzeba mieć na względzie to, aby skutki zaprzestania nawadniania i żywienia nie stały się bezpośrednią przyczyną śmierci chorego. Sposób realizacji opieki podstawowej (w tym nawadnianie) powinno się dopasowywać do tego, co umierający jest w stanie znieść, co przyniesie mu ulgę, co będzie dla niego dobre w ostatnich chwilach życia. Przypis odsyła do brytyjskich wytycznych NICE z 2015 r. *Care of dying adults in the last days of life*, w których jednak takiego zapatrywania nie ma. Jak dostrzegła Anna Alichniewicz, podkreśla się tam tylko, że sztuczne nawadnianie pacjentów umierających niesie zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki, oraz że nie jest pewne („it is uncertain”) ani to, że jego włączenie wydłuży życie pacjenta, ani to, że odstąpienie od sztucznego nawadniania przyspieszy jego śmierć⁸⁹.

Aprioryzm stanowiska internistów stanowi więc w tej części produkt twórczości własnej, poparty nadużyciem intelektualnym. Stanowisko podkreśla natomiast słusznie to, co już wcześniej dostrzegli prawnicy, że powinnością lekarską jest wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej, a powinność ta ustaje, gdy planowane działanie medyczne nie mieści się we wskaza-

⁸⁹ Tak A. Alichniewicz, *Terapia daremna – problemy definicyjne*, s. 26.

niach pozytywnych. Dlatego kluczowe znaczenie mają konkretne medyczne wskazówki co do postępowania z pacjentem w określonym stanie klinicznym.

Wobec tego:

- 1) Nie chodzi o to, czy respirator podtrzyma oddychanie, lecz jaki to ma sens wobec konkretnego pacjenta.
- 2) Leki podwyższające ciśnienie mogą zadziałać mechanicznie, ale po co to robić wobec pacjenta, którego stan nieuchronnie się pogarsza.
- 3) Kluczowego znaczenia nie ma używanie zaawansowanej technologii, która pozwala na utrzymywanie na zewnętrznym zasilaniu pacjenta, który w przeciwnym razie już dawno by umarł, lecz długofalowa użyteczność zastosowania z punktu widzenia indywidualnych korzyści pacjenta.

Zaawansowane technologie wspomagania czynności życiowych mają takie samo znaczenie co wciąż doskonałe instrumenty medyczne – sens ich użycia określają względy celowości medycznej, a sama ich dostępność o niczym jeszcze nie przesądza. Mogą zarówno pomagać w podtrzymaniu życia pacjenta na drodze do wyzdrowienia, jak i przeszkadzać w jego spokojnym odchodzeniu na skutek nieuleczalnej choroby. Powinny być stosowane tam, gdzie to jest celowe z punktu widzenia najlepiej pojętego interesu pacjenta, a poniechane, gdy w niczym mu nie służą. Zawarty w nich potencjał przedłużania czynności życiowych przez czas nieograniczony nie upoważnia do bezrefleksyjnego albo podyktowanego strachem przed oskarżeniami szafowania nimi dla samego tylko osiągnięcia takiego skutku.

Wnioski

Potrzebna jest dobra lekarska definicja terapii daremnej, wspólna dla wszystkich specjalności medycznych, nie ograniczona ani do oddziałów intensywnej terapii, ani do pacjentów umierających na internie. Wprawdzie pod wytycznymi internistycznymi podpisało się wiele innych towarzystw lekarzy specjalistów, którzy w ten sposób recypowali je jak swoje, jednak jak zostało wykazane, definicja ta jest także niedoskonała. Jej naczelnym zadaniem jest, powtórzmy, pozwolić na oddzielenie w konkretnym przypadku klinicznym czynności i zabiegów medycznie celowych i z tego powodu obowiązkowych – od daremnych i przez to zbędnych, a więc nieobowiązkowych. A. Alichniewicz rekomenduje, na podstawie przeglądu licznych propozycji bioetyków, by mianem daremnej określać **terapię nieprzynoszącą pacjentowi korzyści ze względu na niemożliwość osiągnięcia celów terapeutycznych**⁹⁰.

Włączenie innych czynników w istotę zawęzałoby możliwości decyzyjne.

- 1) Przede wszystkim nie powinno się sprowadzać terapii daremnej do stanów terminalnych. Takie ograniczenie rozwiązuje tylko kwestie do pewnego stop-

⁹⁰ Ibidem.

nia oczywiste – w stanach terminalnych przyzwolenie na śmierć nie powinno w ogóle budzić wątpliwości. Daremność jest pojęciem o szerszym zakresie zastosowania. Daremna może być także antybiotykoterapia przy stwierdzonej oporności, chemioterapia w zaawansowanym stadium nowotworu, na którą organizm nie zareaguje, czy podtrzymywanie latami życia pacjenta w nieodwracalnym stanie wegetatywnym. Daremność terapeutyczna pozwala legalnie odmówić danego leczenia i to jest słuszne, skoro przedstawia się ono jako bezcelowe.

- 2) W tym celu trzeba dobrze określić cele terapii. Światowa Organizacja Medyczna (*World Medical Association* – WMA) definiuje terapię daremną jako terapię, która „nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia” lub terapię, „w wyniku której pacjent na stałe nie odnosi korzyści”⁹¹. Jest to definiowanie bardzo ogólne, dlatego warto uprzytomnić jego działanie przez wprowadzenie rozwinięć dookreślających, a na potrzeby rozważań – zilustrować przykładami z praktyki podanymi w reportażu dziennikarskim. Dobrymi dookreśleniami celu mogą być:

- **Brak szansy na przedłużenie pacjentowi życia poza bezpośredni kryzys** – np. wprawdzie powiedzie się przywrócenie czynności życiowych, ale z góry wiadomo, że praca serca za chwilę ponownie ustanie⁹². **Przykład.** „Kazano nam przyjąć na oddział 90-latkę z rozsianym nowotworem. Staruszek został poddany dializoterapii ciągłej. Od tej dializy wdało mu się zakażenie. Zmarł nieprzytomny, pod respiratorem”⁹³.
- **Brak szansy na przedłużenie pacjentowi życia, bo wiadomo, że ten umrze w bardzo niedalekiej przyszłości z powodu toczącego się procesu chorobowego** – np. pacjent, u którego udało się przywrócić spontaniczną pracę serca, ale o którym wiadomo, że umrze w bardzo krótkim czasie wskutek rozsianej choroby nowotworowej⁹⁴. **Przykład.** Na SOR trafił pacjent w podeszłym wieku z rozsianym nowotworem i sepsą, przywieziony po zatrzymaniu krążenia. Chory wciąż żył, bo inny lekarz podał mu mocne leki zwiększające ciśnienie*.
- **Terapia nie ma wpływu na istniejącą chorobę nieuleczalną, która spowoduje śmierć pacjenta w krótkim czasie** (np. resuscytacja u pacjenta

⁹¹ L.L. Bossaert, G.D. Perkins, H. Askitopoulou (i in.), *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia, Wytyczne resuscytacji 2015*, s. 384, <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne.html> [dostęp: 22.04.2024].

⁹² W. Prip, A. Moretti, *Medical Futility: a Legal Perspective*, [w:] M.B. Zucker, H.D. Zucker (red.), *Medical Futility, and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, Cambridge 1997, s. 144, za: A. Alichniewicz, *Terapia daremna...*, s. 18.

⁹³ Przykłady oznaczone gwiazdką pochodzą z reportażu Anny Kiedrzynek *Pół godzinki dla rodzinki*, „Gazeta Wyborcza. Duży Format” 9.09.2024, s. 2–4.

⁹⁴ B.A. Brody, A. Halevy, *Is Futility a Futile Concept?*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, 1995, 20, 2, s. 127–132, za: A. Alichniewicz, *Terapia daremna...*, s. 18.

z zaawansowaną marskością wątroby)⁹⁵. **Przykład.** Pacjentka, świadek Jehowy, z ostrą białaczką odmówiła przetaczania krwi. Była absolutnie pewna decyzji. Podpisała dokument, w którym wyraziła swoją wolę. Wy tłumaczono jej wcześniej, że umrze najprawdopodobniej w wyniku krwawienia do mózgu. Po pewnym czasie zakrwawiła do mózgu i straciła przytomność. Specjalista z oddziału kazał co 15 minut kłuć ją grubą igłą i pobierać krew (na potrzeby gazometrii). Zlecił też monitorowanie EKG, monitorowanie parametrów życiowych i stały nadzór pielęgniarstwa*. Kłucie boli nawet w śpiączce, powinno więc mieć medyczne uzasadnienie.

- 3) Cele terapii powinny być odnoszone do osoby konkretnego pacjenta:
 - „w jej wyniku pacjent nie odnosi trwałych korzyści” – jak w definicji WMA.
 - **Leczenie, które choć przynosi określony skutek fizjologiczny, to jednak nie przyczynia się do dobrostanu danej osoby** – czyli daremność ewaluacyjna, która znaczeniowo odpowiada szerokiej definicji terapii daremnej, uznającej za daremne terapeutycznie to, co nie daje szans na osiągnięcie akceptowalnej jakości życia⁹⁶. **Pytanie.** Czy dializa jest potrzebna 97-latkowi z chorobą otępienną, który przyjeżdża na oddział z ZOLu i dostaje diagnozę ostrego uszkodzenia nerek?*
- 4) Nie należy wprowadzać czynnika cierpienia do definicji, tylko traktować jako kryterium co najwyżej posiłkowe, bo wprawdzie w konkretnym przypadku może udać się wyeliminowanie cierpienia, ale pacjent nieodczuwający żadnych korzyści z życia pozostaje tylko, jak Anthony Bland, „zawieszony na przewodach”.
- 5) Celowość medycznego żywienia i nawadniania traktować w takich samych kategoriach jak czynności lecznicze – jaką odczuwalną korzyść przynoszą temu pacjentowi w tym stanie klinicznym, czyli co on dzięki temu zyskuje dla siebie; w jaki sposób cieszy się życiem w takim stanie.
Do rozważenia są więc rozwinięcia precyzujące „w szczególności”:
 - nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia;
 - brak jest szansy na przedłużenie pacjentowi życia poza bezpośredni kryzys;
 - brak szansy na przedłużenie pacjentowi życia, bo wiadomo, że ten umrze w bardzo niedalekiej przyszłości z powodu toczącego się procesu chorobowego;
 - terapia nie ma wpływu na przebieg choroby nieuleczalnej, która spowoduje śmierć pacjenta w krótkim czasie.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ Clark P.A., *Medical Futility: Legal and ethical analysis*, „AMA Journal of Ethics” 2007, 9, 5, s. 375–383; A. Alichniewicz, K. Czarnik, *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, [w:] A. Alichniewicz, K. Czarnik, Ł. Kowalczyk, M. Michałowska, *Medycyna na krawędzi życia. Medyczne i bioetyczne wyzwania opieki terminalnej*, Warszawa 2020, s. 60–61, za: A. Alichniewicz, *Terapia daremna...*, s. 19.

Dobrze opracowane wytyczne lekarskie mogą pomóc oddzielić legalne zaprzestanie niecelowego leczenia od zabójstwa przez zaniechanie, ale punktem wyjścia musi być funkcjonalna definicja daremności terapeutycznej, odwołująca się do możliwie zobiektywizowanych kryteriów zdrowotnych oraz bilansu najlepiej pojętych interesów pacjenta. Kodeks Etyki Lekarskiej w nowym brzmieniu nakazuje w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta. Należy więc starać się, by ustalić uprzednią wolę osoby, która utraciła zdolność decyzyjną, i uszanować w granicach wskazań medycznych.

Bibliografia

- Alichniewicz A., Czarnik K., *Pacjent przytomny, bez kontaktu słowno-logicznego*, [w:] A. Alichniewicz, K. Czarnik, Ł. Kowalczyk, M. Michałowska, *Medycyna na krawędzi życia. Medyczne i bioetyczne wyzwania opieki terminalnej*, Warszawa 2020.
- Alichniewicz A., *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk (red.), *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Warszawa – Łódź 2002.
- Alichniewicz A., *O działaniu i zaniechaniu*, [w:] E. Jung-Palczewska (red.), *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kuksewicz*, Łódź 2000.
- Alichniewicz A., *Terapia daremna – problemy definicyjne*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2024, nr 3.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, VIth ed. Oxford 2009.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, (tłum. W. Jacórzyński), Warszawa 1996.
- Berger J.T. (i in.), *Medical futility: towards consensus on disagreement*, „Health Care Ethics Forum” 1998, 10(1).
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Komentarz do wyroku w sprawie Quinlan*, [w:] M. Safjan (red.), *Prawo wobec medycyny i biotechnologii. Zbiór orzeczeń z komentarzami*, Warszawa 2011.
- Boratyńska M., Malczewski J., *Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, nr 1–2.
- Boratyńska M., *Prawo wobec decyzji dotyczących zaniechania albo wycofania leczenia podtrzymującego życie*, [w:] J. Różyńska (red.), *Konsultacje etyczne w praktyce klinicznej*, Warszawa 2023.
- Boratyńska M., *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.
- Bossaert L.L., Perkins G.D., Askitopoulou H. (i in.), *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation*

- and end-of-life decisions*, Resuscitation 2015 Oct; 95:302-11. doi: 10.1016/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26477419/
- Brody B.A., Halevy A., *Is Futility a Futile Concept?* „The Journal of Medicine and Philosophy” 1995, 20, 2.
- Callahan D., *Killing and Allowing to Die*, [w:] idem, *The Troubled Dream of Life. In Search of a Peaceful Death*, Washington, D.C. 2000.
- Callahan D., *Killing and Allowing to Die: Why It Is a Mistake to Derive an “Is” from an “Ought”*, [w:] idem, *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*, Oxford 2012.
- Callahan D., *On Feeding the Dying*, „Hastings Center Report” 1983, no 13.
- Carson R.A., *The Symbolic Significance of Giving to Eat and Drink*, [w:] *By No Extraordinary Means*, J. Lynn (red.), Indiana University Press 1986.
- Chańska W., *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
- Chańska W., *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Warszawa 2013.
- Clark P.A., *Medical Futility: Legal and ethical analysis*, „AMA Journal of Ethics” 2007, 9, 5,
- Dangel T., Grenda R., Kaczkowski J. (i in.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Warszawa 2011.
- Gillon R., *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*, tłum. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Warszawa 1997.
- Karcz R., *Zgoda pacjenta na zastosowanie metody leczenia; status procesowy zakładu opieki zdrowotnej w postępowaniu sądowym z urzędu. Glosa do postanowienia z 23 stycznia 2008 r. Sądu Okręgowego w Warszawie, VI Ca 582/07, „Państwo i Prawo” 2008, nr 11.*
- Kiedrzynek A., *Pół godzinki dla rodzinki*, „Gazeta Wyborcza. Duży Format” 9.IX.2024,.
- Koop C.E., *Ethical and Surgical Considerations in the Care of the Newborn with Congenital Abnormalities*, [w:] D.J. Horan and M. Delahoyde (red.), *Infant-icide and the Handicapped Newborn*, Provo, 1982.
- Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2014, nr 4(46).
- Larsen R., *Anestezjologia*, t. 2, A. Kübler (red. nauk. wyd. polskiego), Wrocław 2013.
- Medical Ethics Today. The BMA’s Handbook of Ethics and Law*, London 2002.
- President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, March 1983,

- <https://repository.digital.georgetown.edu/handle/10822/559344>
- Prip W., Moretti A., *Medical Futility: a Legal Perspective*, [w:] M.B. Zucker, H.D. Zucker (red.), *Medical Futility, and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*, Cambridge 1997.
- Rzecznik Praw Pacjenta, *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Warszawa 2021, <https://www.gov.pl/web/rpp/terapię-medyczne-w-okresie-rekomendacje-się-zycia-zakończenie-prac-zespołu>.
- Sahm S.W., *Palliative Care v. Euthanasia, The German Position: The German Medical Council's Principles for Medical Care of the Terminally Ill*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2000, nr 2.
- Siewiera J., Kübler A., *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015.
- Słyk J., *Zezwolenie (zgoda) sądu opiekuńczego na udzielenie świadczenia zdrowotnego dorosłemu pacjentowi*, „Prawo w Działaniu” 2023, 54.
- Szczeklik W., Krajnik M., Duława J., Imiela J., Imiela T. (i in.), *Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych – Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu.*, „Medycyna Praktyczna” 2023, nr 4, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/320177,zapobieganie-terapii-daremnej-u-doroslych-chorych-umierajacych-w-szpitalu.
- Szawarski Z., *Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi*, „Studia Filozoficzne” 1984, nr 3(220).
- Szewczyk K., *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, cz. 5, Kraków 2008, <http://bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53>.
- Śliwka M., *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2010.
- Świdarska M., *Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2023, t. 28, nr 3.
- Świdarska M., *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3.
- Świerkocka M., Komendziński J., *Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” 2013, nr 43.
- Thomasma D.C., Graber G.C., *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*, New York 1991.
- Tisherman S.A., Forsythe R.M., *Intensywna terapia w ciężkich urazach*, W. Machała (red. nauk. wyd. polskiego), Lublin 2015.
- Watoła J., *Co naprawdę zrobił lekarz obwiniony o zabójstwo*, „Gazeta Wyborcza”, 18.05.2024.
- Zahorska-Markiewicz B., Małecka-Tendera E. (red.), *Patofizjologia kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny*, Wrocław 2009.

So-called passive euthanasia in the light of new technologies

Abstract

In Polish reality, it happens that the omission of life-sustaining treatment is called passive euthanasia in good faith. Good faith here means the belief that there is nothing wrong in the use of passive euthanasia. However, such a generalisation can prove dangerous when the term 'passive euthanasia' occurs as an arbitrary commentary on a criminal statute and refers to the offence of murder. It is noticeable that there are discrepancies in the understanding of the basic concepts and there is a notable lack of explicit reference to the broader and long-standing worldwide criterion of therapeutic futility. In doing so, legal considerations conspicuously lack reference to the current terminology used in bioethics and end-of-life medicine. All these activities require the use of advanced technologies, but the fundamental question under these conditions is not 'how' but 'whether'. The mere availability of specific technologies does not always justify their use in a particular patient. Guidelines from medical societies and other professional recommendations take on the greatest importance where the law is silent and limited to referring to the indications of current medical knowledge. The review of three Polish cases: a Polish man who died in the UK, the husband of the Speaker of the Sejm who was kept in intensive care for a long period of time, and a resident doctor arrested on suspicion of murdering a patient, prompts renewed questions about the criteria according to which further treatment should be considered futile and legally allowed to be discontinued, and what role the advanced life-support technologies play in this. The medical data of specific clinical cases are analysed against the background of medical practice guidelines and the few available legal provisions in order to determine where the line is drawn between lawful cessation of treatment and consent to the death of the patient and unlawful deprivation of life by omission.

Keywords: futile therapy, withdrawing of life-sustaining treatment, medical technologies, passive euthanasia, patient's best interest.