

Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii

1. *Śmierć a stan wegetatywny.* W świetle niedawnej nowelizacji ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹, rozważania na temat prawnych aspektów śmierci ponownie nabierają aktualności. Pojmowanie śmierci może się opierać na definicji klasycznej, zakładającej ustanie krążenia, lub nowej, wiążącej się z nieodwracalnym ustaniem funkcji pnia mózgu.

Przez długie lata polskie prawo transplantacyjne odwoływało się do nowej definicji śmierci. Jej określenie na podstawie kryterium mózgowego jest zresztą zgodne z powszechnymi standardami i zostało wypracowane w drodze wieloletniej ewolucji. Już w latach 70. XX w. przewodniczący Komisji Harvardzkiej przedstawił trzy definicje śmierci. Pierwsza z nich wiązała się z utratą i niemożliwością przywrócenia naturalnego krążenia i oddychania, druga dotyczyła śmierci mózgu, natomiast trzecia związana była ze śmiercią półkul mózgowych i bezpowrotną utratą świadomości². Pierwsza z zaproponowanych koncepcji straciła na znaczeniu wraz z rozwojem medycyny i możliwością sztucznego podtrzymywania krążenia i oddychania. Natomiast ostatnia, jak trafnie zauważa T. Biesaga, okazała się zbyt szeroka i niebezpieczna, mogłaby bowiem prowadzić do wyłączenia z grona żyjących coraz większej liczby osób³. W następstwie licznych rozważań medycznych i prawnych zdecydowano się na drugą spośród zaproponowanych definicji śmierci, zakładającą trwałe wygaśnięcie wszystkich integracyjnych czynności ośrodko-

¹ Ustawa z 17 VII 2009 o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy - Przepisy wprowadzające Kodeks karny (Dz.U. nr 141, poz. 1149).

² A.K. Mant: *Definicja śmierci z punktu widzenia medycyny* [w:] A. Toynbee et al.: *Człowiek wobec śmierci*, Warszawa 1973, s. 34-35.

³ T. Biesaga: *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” nr 3/2006, s. 22.

wego układu nerwowego przy sztucznie podtrzymywanej lub samoistnej akcji serca i oddychania⁴.

Polski ustawodawca zdecydował się ostatnio na powrót do klasycznej definicji śmierci - opartej na stwierdzeniu nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Trudno jest doszukać się uzasadnionych przesłanek dla wprowadzenia takiej zmiany. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że nie tylko jest to krok wstecz wobec poprzednich regulacji i przyjętych w nich definicji, ale także - a może przede wszystkim - takie ujęcie chwili śmierci może okazać się niebezpieczne dla chorych. Przyjęta zmiana może doprowadzić do zmniejszenia liczby wykonywanych przeszczepów z uwagi na aspekt medyczny, dotyczący sposobu pobierania narządów oraz czasu ich przechowywania, może też całkowicie zamknąć drogę do przeszczepów serca. Stąd należy podkreślić, że mimo niekiedy pojawiających się głosów sprzeciwu, szczególnie ze strony rodzin pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgową, przyjęta zmiana jest zbyt daleko idącym uproszczeniem i w konsekwencji może doprowadzić do zahamowania rozwoju transplantacji.

Od śmierci rozumianej w sposób wskazany powyżej odróżnia się sytuacje, w których zdiagnozowano tzw. stan wegetatywny. Uważa się, że jest on rozpoznawany u „pacjenta, który jest przytomny, ale pozbawiony świadomości. Zachowane są u niego reakcje odruchowe, które zależą od prawidłowego funkcjonowania rdzenia przedłużonego, w tym np.: reakcje obronne, postawy ciała, regulacja temperatury, krążenie, oddychanie, trawienie podanych dożyłkowo pokarmów. Pacjent jest jednak pozbawiony zmysłowego kontaktu ze światem zewnętrznym, co jest efektem uszkodzenia półkul mózgowych, które normalnie zapewniają człowiekowi świadomość siebie, otoczenia, warunkują celowość działania. Pacjent w stanie wegetatywnym wymaga stałej specjalistycznej opieki medycznej - pielęgnacji, biernej rehabilitacji, prawidłowego odżywiania. Opieka jest warunkiem utrzymania chorego przy życiu. Stan wegetatywny niekiedy bywa odwracalny”⁵. W innych przypadkach możemy mieć do czynienia z utrwalonym stanem wegetatywnym, który często wiąże się z po-

⁴ Zob. komunikat w sprawie wytycznych Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii oraz medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu (Dz.Urz. MZiOS nr 6/1984, poz. 38); obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 VII 2007 w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. nr 46, poz. 547). Zob. też T. Biesaga, jw., s. 20-23; A. Gałęska-Słiwka: *Śmierć jako problem medyczno-kryminalistyczny*, Warszawa 2009, s. 17-37; J. Duda: *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty karnoprawne*, Warszawa 2004; J. Jaroszek: *Przeszczepy w świetle prawa w Polsce*, Warszawa 1988, s. 9-33.

⁵ Zob. http://www.medisystem.pl/index.php/site/site_show/78/Stan-wegetatywny.html; B. Jennet, F. Plum: *Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name*, „Lancet” nr 1/1972, s. 734-737; A. Zeman: *Persistent vegetative state*, „Lancet” 1997, vol. 350, s. 795-799; W. Drabik: *Przetrwwały stan wegetatywny - trudny problem bioetyczny współczesnej medycyny*, „Biuletyn OIL” nr 3/2006.

trzebą stosowania sztucznego odżywiania oraz stałej pielęgnacji⁶. W takich okolicznościach pacjent znajduje się więc w diametralnie odmiennej sytuacji niż pozostałe osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych.

2. *Przestępstwo eutanazji a zaniechanie uporczywej terapii.* W literaturze prawniczej dzieli się eutanazję na bierną i czynną. Za eutanazję bierną (negatywną) uznaje się: „zaniechanie podjęcia leczenia choroby uleczalnej u pacjenta dotkniętego jednocześnie chorobą nieuleczalną, odmowy lekarza zastosowania nadzwyczajnych środków służących ratowaniu życia, a użycie jedynie środków zwyczajnych, zaprzestanie leczenia chorego, gdy pacjent sobie tego życzy, zaprzestanie leczenia bez zgody chorego, gdy lekarz uważa, że dalsze leczenie tylko przedłuża cierpienie, bezwzględną odmowę jakiegokolwiek interwencji w chwili umierania”⁷. Natomiast eutanazja czynna (pozytywna) to zachowanie polegające na działaniu podjętym w celu spowodowania lub przyśpieszenia czyjejs śmierci, np. przez podanie śmiertelnej dawki leku lub inne pozbawienie życia⁸.

W prawie międzynarodowym oraz porównawczym zasadą pozostaje niemal powszechny zakaz dokonywania eutanazji czynnej oraz udziału lekarza w akcie samobójstwa⁹. Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych oraz Europejska Konwencja Praw Człowieka, chroniąc przyrodzone prawo do życia, wykluczają dopuszczalność stosowania eutanazji rozumianej jako umyślne działanie lekarza mające na celu skrócenie życia pacjenta. Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Diane Pretty v. Wielka Brytania*¹⁰ stwierdził, iż zakaz udzielania pomocy w popełnianiu samobójstwa może wprawdzie stanowić ingerencję w sferę życia prywatnego, jest to jednak ingerencja uzasadniona w państwie demokratycznym.

Zakaz eutanazji obowiązuje także w Polsce. Przepis art. 150 k.k. przewiduje, iż kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. W doktrynie polskiej podkreśla się, że z przestępstwem eutanazji mamy do czynienia jedynie w razie kumulatywnego spełnienia dwóch przesłanek, tj. żądania człowieka oraz współczucia po stronie sprawcy¹¹. Przestępstwo z art. 150 k.k. ma charakter powszechny, cho-

⁶ Zob. W. Drabik, jw.

⁷ C. Barnard: *Godne życie, godna śmierć: wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*, Warszawa 1996, s. 61 (podajemy za: R. Citowicz: *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Warszawa 2006, s. 54).

⁸ M. Szeroczyńska: *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 50.

⁹ M. Śliwka: *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawno-porównawczym*, Toruń 2008, s. 268.

¹⁰ Orzeczenie z 29 IV 2002, skarga nr 2346/02.

¹¹ D. Kowalska: *Eutanazja w polskim prawie karnym a granice dopuszczalności inter-*

ciąż sprawcą czynu będzie w praktyce lekarz lub inny członek personelu medycznego¹². J. Warylewski zauważa, iż eutanazja dotyczy wyłącznie sprawstwa, a „nie można czynów polegających na udzieleniu pomocy do samobójstwa kwalifikować z art. 150 k.k.”¹³. Nie oznacza to, oczywiście, że lekarz może pomagać swojemu pacjentowi w akcie samobójstwa. Zgodnie z art. 151 k.k., „kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”¹⁴.

Na tle przytoczonych przepisów polskiego kodeksu karnego problematyczne okazuje się odróżnienie eutanazji od tzw. terapii uporczywej. Zdania bywają podzielone. Niekiedy obie sytuacje interpretuje się całościowo, wskazując, że zaniechanie uporczywej terapii jest tożsame z eutanazją bierną. Wynika to z faktu, iż zabójstwo eutanatyczne, co do zasady, może być dokonane zarówno przez działanie, jak i przez zaniechanie, do którego zalicza się m.in. rezygnację z podtrzymywania funkcji życiowych pacjenta¹⁵. Takie ujęcie tematu wydaje się zbyt wąskie. Uważamy za konieczne wprowadzenie elementu rozróżniającego przypadki zaniechania uporczywej terapii od karalnej eutanazji (art. 150 k.k.) czy wspomaganego samobójstwa (art. 151 k.k.). Jak argumentuje P. Góralski, „czynna eutanazja na żądanie jest zabroniona, podobnie jak i zaprzestanie trwających już czynności podtrzymujących życie. Można natomiast zgodnie z prawem (...) zaprzestać czynności leczniczych, które stanowią tylko przedłużenie umierania, a więc gdy mimo stosowania środków terapeutycznych nie przeszkodzi się już w przewidywalnym czasowo zgonie pacjenta”¹⁶.

wencji lekarskiej, „Prokuratura i Prawo” nr 1/2002, s. 86 i n. Autorka trafnie podkreśla, iż „uzasadnieniem dla wymienionego przestępstwa [zabójstwa eutanatycznego] nie może być zatem prośba, zezwolenie czy propozycja, ponieważ nie stanowią one żądania w rozumieniu art. 150 § 1 k.k.”.

¹² A. Marek: *Prawo karne*, Warszawa 2003, s. 431; M. Filar: *Lekarskie prawo karne*, Warszawa 2000, s. 321.

¹³ J. Warylewski: *W sprawie prawno-karnego postrzegania eutanazji*, PiP nr 3/1999, s. 75 i n.

¹⁴ Tematyka medycznie wspomaganego samobójstwa wykracza poza zakres niniejszego opracowania. Zagadnienie to było wielokrotnie omawiane w literaturze polskiej, zob. K. Bączyk: *Eutanazja i „wspomagane samobójstwo” w prawie porównawczym*, „Prawo i Medycyna” nr 4/1999, s. 56; P. Konieczniak: *W sprawie eutanatycznej pomocy do samobójstwa (Na marginesie sporu J. Warylewski - K. Poklewski-Kozieł)*, PiP nr 5/1999, s. 72; J. Malczewski: *Problemy z prawną kwalifikacją lekarskiej pomocy do samobójstwa*, „Prokuratura i Prawo” nr 11/2008, s. 20; K. Poklewski-Kozieł: *Obowiązek ochrony życia pacjenta a prawo człowieka do godnej śmierci (głos w dyskusji)*, „Prawo i Medycyna” nr 1/1999, s. 105; tenże: *Lekarz wobec oświadczeń woli pacjenta antycypującego swój stan terminalny*, „Prawo i Medycyna” nr 9/2001, s. 48 i n.

¹⁵ Zob. A. Marek, jw., s. 431.

¹⁶ P. Góralski: *Eutanazja: legalizacja możliwa, lecz prawnie skomplikowana i społecznie wątpliwa*, „Rzeczpospolita” z 20 III 2007; podobnie R. Krajewski: *Przestępstwo eutanazji w kodeksie karnym z 1997 r.*, „Prokuratura i Prawo” nr 2/2005, s. 65 i n.

Uporczywa terapia najczęściej bywa definiowana jako „nadmierne, zbyteczne, sztuczne podtrzymywanie przy życiu pacjenta ze śmiertelnymi zmianami chorobowymi lub urazowymi podstawowych narządów za pomocą środków nadzwyczajnych, które przyczynia się jedynie do przedłużania cierpienia tego pacjenta, a w żadnym stopniu nie podnosi jego jakości życia”¹⁷.

Jakie są różnice między eutanazją (zwłaszcza bierną) a zaniechaniem uporczywej terapii? W doktrynie prawa oraz nauce Kościoła katolickiego zwykło się wprowadzać podział na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. „Za zwyczajne uważa się środki, których zastosowanie daje racjonalną nadzieję na wyleczenie, a jednocześnie nie powoduje u pacjenta nieznośnego cierpienia lub stanu niewygody. W przeciwieństwie do tego za środki nadzwyczajne uznaje się takie formy leczenia, których użycie nie niesie ze sobą racjonalnej nadziei na wyzdrowienie albo złagodzenie bólu lub które pociągają za sobą skutki uboczne w postaci nieznośnego cierpienia lub stanu niewygody”¹⁸. Podobne podziały są stosowane także w orzecznictwie sądów zachodnich¹⁹.

Największym problemem wiążącym się z kwalifikacją stosowanych wobec pacjenta środków jako proporcjonalnych lub nieproporcjonalnych jest prawidłowe określenie natury procedury sztucznego odżywiania. W nauce Kościoła katolickiego dominuje pogląd, zgodnie z którym sztuczne odżywianie czy nawadnianie pacjenta za pomocą sondy dożołądkowej jest środkiem proporcjonalnym. Także projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw²⁰ wyklucza z zakresu uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą one dobru pacjenta.

Uważamy, iż zasadniczego znaczenia nabiera odpowiedź na pytanie, czy tego rodzaju czynności mogą zostać zaliczone do grona świadczeń zdrowotnych. Jeżeli tak, to także karmienie i nawadnianie pacjenta, jak każda inna procedura medyczna, mogą być stosowane w sposób uporczywy czy daremny. Zgodnie z art. 5 pkt 34 ustawy z 27 VIII 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²¹, świadczenia udzielane pacjentom dzielą się na: a) zdrowotne - służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania; b) zdrowotne

¹⁷ M. Szeroczyńska, jw., s. 51.

¹⁸ Tamże.

¹⁹ Szerzej M. Śliwka, jw., s. 267 i n.

²⁰ Projekt z 17 XII 2008, tekst dostępny na stronie internetowej: <http://www.polskaxxi.pl/Czytelnia/Warto-przeczytac/Projekt-ustawy-bioetycznej>.

²¹ Tekst jedn. Dz.U. nr 164/2008, poz. 1027 ze zm.

rzeczowe - związane z procesem leczenia leki, wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, oraz środki pomocnicze; c) towarzyszące - takie jak zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej oraz usługi transportu sanitarnego.

Mogłoby się wydawać, iż omawiane tu czynności należy zaliczyć do grona świadczeń towarzyszących. Uważamy jednak, iż natura analizowanej procedury, a zwłaszcza wysoki stopień inwazyjności oraz konsekwencje zaniechania jej stosowania, pozwalają na zaliczenie karmienia i nawadniania pacjenta do grupy świadczeń zdrowotnych służących przynajmniej zachowaniu życia i zdrowia ludzkiego.

Nie w każdym przypadku karmienie i nawadnianie pacjenta służy jego dobru. Uwaga ta dotyczy zwłaszcza pacjentów w trwałych stanach wegetatywnych, pozbawionych szans na powrót do świadomego funkcjonowania. Sądy państw obcych wielokrotnie orzekały w tej materii. Przykładowo, w amerykańskiej sprawie *Gardner*²² uznano, iż dostarczanie pacjentowi pokarmu i wody ma pewną symbolikę, nawiązującą do relacji między rodzicem a karmionym dzieckiem, która zanika jednak w przypadku sztucznego odżywiania chorego.

Wskazując na inne różnice między eutanazją a uporczywą terapią, warto podkreślić, że eutanazji przyświeca inny cel aniżeli zaniechaniu uporczywej terapii. Zdaniem M. Machinka, „w przypadku eutanazji bezpośrednim celem działania (albo zaniechania) jest spowodowanie śmierci pacjenta na jego (...) prośbę. Również wybór środków jednoznacznie zmierza w tym kierunku. W przypadku terapii uporczywej celem nie jest ani skracanie, ani wydłużanie życia chorego, ale uchronienie go przed dodatkowymi cierpieniami, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic dla niego zrobić”²³. Sąd Najwyższy USA w sprawie *Washington v. Glucksberg*²⁴ orzekł, iż lekarz nie może wprawić w ruch „czynnika śmierci”. Dopuszczalne będzie natomiast zezwolenie na naturalny rozwój już istniejącej choroby, nawet jeśli zaniechanie takie skutkowałoby zgonem chorego.

Obowiązek zaniechania terapii uporczywej wynika z wielu norm prawa międzynarodowego. W rekomendacji nr 779 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw osób chorych i umierających z 1976 r.²⁵ podkreśla się, iż rozwój nowoczesnych metod diagnostycznych oraz leczniczych może prowadzić do bezosobowego traktowania pacjentów, dla których obrona przynależnych im praw jest coraz większym wyzwaniem. Twórcy rekomendacji podkreślają, iż przedłużenie życia ludz-

²² 534 A.2d 947 (1987).

²³ M. Machinek: *Uporczywa terapia i eutanazja*, <http://ww3.wm.pl/Uporczywa-terapia-i-eutanazja,64557>.

²⁴ 521 U.S. 702 (1997).

²⁵ Zob. także rezolucję nr 613 z 1976 r.

kiego jest czynnikiem równie istotnym co minimalizowanie bólu odczuwanego przez osobę umierającą. Lekarz, podejmując wszelkie możliwe działania w celu łagodzenia cierpień, nie może jednak w sposób umyślny przyspieszać naturalnego procesu umierania.

W rekomendacji nr 1418 (1999) w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających podkreślono, że prawo do godnej śmierci zagrożają m.in. niedostateczny dostęp do opieki paliatywnej oraz środków zwalczających ból, a także sztuczne wydłużanie procesu umierania przez stosowanie nieproporcjonalnych środków lub prowadzenie dalszej terapii bez zgody pacjenta.

W art. 3 Deklaracji weneckiej w sprawie chorób śmiertelnych czytamy m.in.: „Lekarz w każdym wypadku powinien powstrzymać się od stosowania nadzwyczajnych działań, które nie mogą przynieść żadnej korzyści umierającemu”.

Problematyka zaniechania uporczywej terapii w chwili obecnej nie jest bezpośrednio uregulowana w prawie polskim. Nie znaczy to jednak, iż ustawodawca w kwestii tej zupełnie milczy. Ustawa z 5 XII 1996 o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁶ (dalej: u.z.l.) nakłada w art. 36 na lekarza obowiązek poszanowania intymności i godności pacjenta. Zgodnie z art. 20 ustawy z 6 XI 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁷ (dalej: u.p.p.), pacjent ma prawo do poszanowania godności, w którym mieści się także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień. W razie zawinonego naruszenia tego prawa sąd może - na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej, lub przedstawiciela ustawowego - zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. (art. 4 ust. 2 u.p.p.).

Ustawodawca nie doprecyzował pojęcia umierania „w spokoju i godności”. Dokonując wykładni tych pojęć, należy zwrócić uwagę na postanowienia Kodeksu Etyki Lekarskiej, które określają obowiązki lekarza wobec pacjentów w stanach terminalnych. Można tu przytoczyć liczne normy prawne zobowiązujące lekarza do postępowania w zgodzie z Kodeksem. Przykładowo, art. 4 u.z.l. nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. W art. 33 pkt 1 ustawy z 17 V 1989 o izbach lekarskich²⁸ nałożono na Krajowy Zjazd Lekarzy obowiązek uchwalenia zasad etyki i deontologii zawodowej. Przepis art. 15 tej ustawy nakazuje członkom sa-

²⁶ Tekst jedn. Dz.U. nr 136/2008, poz. 857 ze zm.

²⁷ Dz.U. nr 52/2009, poz. 417 ze zm.

²⁸ Dz.U. nr 30, poz. 158 ze zm.

morządu lekarskiego przestrzegać zasad etyki i deontologii oraz innych przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza²⁹. Co więcej, członkowie samorządu lekarzy podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza³⁰.

Twórcy Kodeksu Etyki Lekarskiej dokonali trafnego rozróżnienia między niedozwoloną eutanazją oraz pomocą w samobójstwie a uporczywą terapią. Zgodnie z art. 31, „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa”. Jednakże w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii oraz stosowania środków nadzwyczajnych (art. 32). Nie zwalnia go to, oczywiście, z obowiązku dołożenia wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia (art. 30).

W braku ustawowego uregulowania problematyki zaniechania uporczywej terapii, lekarz powinien postępować zgodnie z przytoczonymi przepisami Kodeksu. W przeciwnym razie świadczeniodawca naraża się na odpowiedzialność cywilną za naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności. W pełni zgadzamy się także z E. Zielińską, która traktuje przytoczone przepisy prawne oraz normy zawarte w k.e.l. jako pozakodeksowy kontratyp skutkujący „wyłączeniem odpowiedzialności karnej lekarza”³¹. Podobnie w literaturze przedmiotu wypowiedział się M. Nesterowicz³², wywodząc granice powinności lekarskich wprost z art. 19 ustawy z 30 VIII 1991 o zakładach opieki zdrowotnej³³.

²⁹ Zob. też wyrok TK z 23 IV 2008, SK 16/07, OTK nr 3A/2008, poz. 45.

³⁰ Szerzej zob. E. Zielińska: *Odpowiedzialność zawodowa lekarza a odpowiedzialność karna*, „Prawo i Medycyna” nr 1/1999, s. 61; J. Wyrembak: *Naruszenie zasad etyki lub deontologii jako podstawa odpowiedzialności zawodowej lekarza*, „*Studia Iuridica*” 2004, t. 43, s. 245; P. Dzienis: *Zasady prawa medycznego*, „*Studia Prawnicze*” nr 3-4/2000, s. 109; M. Śliwka, jw., s. 57.

³¹ E. Zielińska: *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” nr 5/2000, s. 73 i n. Jak argumentuje autorka, „fakt obowiązywania powyższych przepisów prawa medycznego (...) oraz omówionych zasad deontologicznych wyklucza moim zdaniem pociągnięcie lekarza do odpowiedzialności z tych przepisów w większości wymienionych przypadków zawsze wtedy, gdy działa on w ramach uprawnień przewidzianych w KEL, i nakazuje uznać jego działania za pozbawione znamienia bezprawności”.

³² „Sztuczne podtrzymywanie zanikających funkcji życiowych poprzez podłączenie chorego do różnych aparatów stanowi dehumanizację życia, gdy pacjent ma - zgodnie z art. 19 ustawy z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej - prawo do umierania w spokoju i godności” - M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*, Toruń 2007, s. 301-302. Pogląd ten pozostaje aktualny na tle nowej ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

³³ Tekst jedn. Dz.U. nr 14/2007, poz. 89 ze zm.

Odmienny pogląd wyraziła T. Dukiet-Nagórska, której zdaniem treść przytoczonych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej nie może stanowić uzasadnienia niepodjęcia terapii lub rezygnacji z niej, m.in. ze względu na to, że zasady deontologiczne nie mogą ograniczać praw pacjenta, gdyż „ustanawianie takich ograniczeń musi się odbywać w aktach prawa powszechnie obowiązującego, rangi co najmniej ustawowej”³⁴. Podzielamy opinię Autorki odnośnie do niedopuszczalności ograniczenia praw pacjenta przez normy o charakterze deontologicznym. Pragniemy jednak podkreślić, iż k.e.l. pozostaje w złożonych relacjach wobec obowiązujących aktów rangi ustawowej³⁵. Do wyobrażenia są sytuacje, w których k.e.l.: a) reguluje zagadnienie nieuregulowane przez ustawę; b) precyzuje zagadnienie uregulowane przez ustawę; c) pozostaje w sprzeczności z ustawą.

W dwóch pierwszych przypadkach Kodeks w istotny sposób uzupełnia lukę w ustawodawstwie lub ułatwia należytą interpretację obowiązującego prawa. W takim wypadku lekarz jest zobowiązany stosować normy deontologiczne. Naszym zdaniem, do tej grupy zaliczyć można m.in. przepisy o pomocy choremu w stanach terminalnych. Nie można w takim wypadku mówić o ograniczaniu praw pacjenta w stanie terminalnym, a raczej o precyzowaniu norm zawartych w art. 36 u.z.l. oraz art. 20 ust. 2 u.p.p. Zgadzaemy się natomiast z tezą, iż Kodeks w interesującym nas zakresie reguluje jedynie tematykę zaniechania uporczywej terapii, podczas gdy, jak słusznie zauważa T. Dukiet-Nagórska, problematyka ochrony autonomii pacjenta w stanach terminalnych wykracza poza te zagadnienia³⁶.

Podobne rozwiązania są stosowane także w państwach zachodnich³⁷, które wykluczając eutanazję oraz medycznie wspomaganą samobójstwo, coraz częściej dopuszczają zaniechanie uporczywej terapii w sytuacji, gdy życie ludzkie nieuchronnie dobiega końca. Sądy brytyjskie podkreślają, iż w takim przypadku na lekarzu nie spoczywa już obowiązek przedłużania życia pacjenta (*duty to prolong life*)³⁸. Również sądy amerykańskie wskazują, iż umierający pacjenci częściej potrzebują komfortu i opieki niż zasadniczego leczenia. Przyjmuje się, iż w takich wypadkach lekarz nie musi, a nawet nie powinien podejmować nadzwyczajnych kroków w celu przedłużenia życia ludzkiego, lecz raczej zapewnić

³⁴ T. Dukiet-Nagórska: *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, „Prawo i Medycyna” nr 2/2008, s. 23.

³⁵ Zob. postanowienie TK z 7 X 1992, U 1/92, OTK nr II/1992, poz. 38; uchwałę TK z 17 III 1993, W 16/92, OTK nr I/1993, poz. 16 (z głosem A. Gubińskiego, PiP nr 9/1993, s. 104 i n.).

³⁶ T. Dukiet-Nagórska, jw., s. 23 i n.

³⁷ Szczegółowa analiza bogatego dorobku sądów zachodnich wykracza poza ramy niniejszego opracowania, zob. M. Śliwka, jw., s. 290 i n.

³⁸ Zob. *N.H.S. Trust A v. M; N.H.S. Trust B v. H.*, 2 WLR 942, 1 All E.R. 801 (2001).

choremu należytą opiekę³⁹. W sprawie *Foody v. Manchester Memorial Hosp.* orzeczono, iż zaniechanie leczenia jest etycznie dozwolone, gdy nie oferuje już ono nadziei na osiągnięcie celu terapeutycznego. „Reguły etyczne, z pewnymi wyjątkami, nie wymagają od lekarza dołożenia wszystkich starań zmierzających do przedłużenia życia ludzkiego w każdej sytuacji. Uznają natomiast, że osoby umierające bardziej potrzebują komfortu niż rzeczywistego leczenia”⁴⁰.

3. *Zaniechanie terapii jako konsekwencja sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta.* Od przestępstwa eutanazji oraz zaniechania uporczywej terapii należy, naszym zdaniem, odróżnić przypadki, w których zaniechanie dalszego leczenia jest konsekwencją wyrażonego przez pacjenta sprzeciwu - wyraźnie wyartykułowanego, złożonego *pro futuro* lub odtworzonego przy pomocy dostępnych środków dowodowych.

O ile w przypadku zaniechania uporczywej terapii podejmowana decyzja jest związana z negatywną oceną szans terapeutycznych, to w instytucji sprzeciwu chodzi przede wszystkim o uszanowanie autonomii oraz prawa do życia prywatnego, z których korzysta każda istota ludzka.

De lege ferenda postulujemy, by ustawodawca uregulował obie instytucje rozłącznie, wprowadzając osobne przesłanki dla zaniechania uporczywej terapii oraz sprzeciwu pacjenta. W pierwszym przypadku precyzyjnego uregulowania wymagają w szczególności: pojęcie uporczywej terapii, zakres uprawnień lekarza oraz osób trzecich (np. członków rodziny pacjenta lub osób bliskich). W razie wprowadzenia instytucji, która pozwalałaby uwzględnić sprzeciw pacjenta, niewątpliwie konieczne jest określenie sposobu, w jaki mogłaby zostać ustalona wola pacjenta, często przecież nieprzytomnego.

Normy chroniące prawa człowieka przyznają każdej jednostce prawo do życia prywatnego (*right to private life, right to privacy*). Prawo to należy interpretować szeroko, jako prawo do życia zgodnego z własnymi wyborami oraz decydowania o własnym losie⁴¹. Zignorowanie sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta, a w konsekwencji zmuszenie go do poddania się interwencji medycznej, może prowadzić do naruszenia m.in. art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. Także Europejska Konwencja Bioetyczna w art. 9 nakazuje brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania osoba ta nie jest w stanie wyrazić swej woli. Pogląd ten jest uznawany w orzecznictwie sądów państw obcych. Przykładowo, Sąd Najwyższy RFN w orzeczeniu z 13 IX 1994 stwierdził, iż prawo do

³⁹ *Superintendent of Belchertown v. Saikewicz*, 370 N.E. 2d 417 (1977).

⁴⁰ 482 A.2d 713 (1984).

⁴¹ Zob. orzeczenia ETPC: z 26 III 1985 w sprawie *X i Y v. Holandia*, nr skargi 8978/80; z 10 XII 1984 w sprawie *Acmanne v. Belgia*, nr skargi 10435/83.

samostanowienia umożliwi pacjentowi w pewnych warunkach wyrażenie sprzeciwu wobec interwencji medycznej podtrzymującej życie⁴². Irlandzki Sąd Najwyższy orzekł, iż częścią prawa do prywatności jest prawo wyrażenia zgody lub sprzeciwu odnośnie do świadczenia medycznego. Prawo to nie gaśnie tylko dlatego, że zaistniała potrzeba stosowania procedur podtrzymujących życie lub nastąpiła utrata świadomości.

Wyrazem uznania woli jednostki za czynnik istotny także w sferze relacji pacjent–lekarz jest przyznanie temu pierwszemu prawa do wyrażenia zgody lub sprzeciwu wobec proponowanej interwencji medycznej. Jak trafnie wskazuje L. Kubicki, „zgoda ma być aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr człowieka”⁴³. Zgodnie z art. 32 ust. 1 u.z.l., lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych ustawowo, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. W art. 16 u.p.p. przyznano każdemu pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy zgody na nie, po uzyskaniu odpowiedniej informacji⁴⁴. Słusznie zauważa M. Nesterowicz, iż odrzucić należy „ogólne, nieograniczone prawo do leczenia wbrew woli chorego i odpowiadający temu obowiązek poddania się leczeniu”⁴⁵. Podstawą jakiegokolwiek interwencji medycznej może być zgoda pacjenta lub przepis ustawy szczególnej, który pozwala na udzielenie świadczenia wbrew woli chorego⁴⁶. Sprzeciw wyrażony przez dorosłego pacjenta, mającego pełną zdolność do czynności prawnych, jest więc dla lekarza wiążący⁴⁷.

Prawo pacjenta do wyrażenia zgody lub sprzeciwu nie gaśnie w sytuacji, w której zapada on na ciężką, być może śmiertelną chorobę. Co więcej, od racjonalnego ustawodawcy należy wymagać uchwalenia takich norm prawnych, które umożliwią jednostce korzystanie z autonomii oraz wolności także w razie utraty świadomości. Pacjent znajdujący się w stanie wegetatywnym powinien korzystać z takiego samego zakresu

⁴² BGHSt 40, 257 (1994).

⁴³ L. Kubicki: *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (Przestępstwo z art. 192 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” nr 8/2000, s. 36.

⁴⁴ Szerzej M. Świdarska: *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.

⁴⁵ M. Nesterowicz, jw., s. 136.

⁴⁶ J. Sawicki: *Przymus leczenia, eksperyment, udzielenie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 74; M. Świdarska: *Przymus leczenia i innych zabiegów medycznych*, „Prawo i Medycyna” nr 3/2004, s. 19; zob. także E. Zielińska, jw., s. 84; M. Filar: *Postępowanie lecznicze (świadczenie zdrowotne) w stosunku do pacjenta niezdolnego do wyrażenia zgody*, „Prawo i Medycyna” nr 13/2003, s. 46; A. Wąsek: *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1982; R. Kubiak: *Przypadki braku wymaganej zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nieterapeutycznych*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2000, t. LXII, s. 104 i n.

⁴⁷ A. Zoll: *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi w świetle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, „Prawo i Medycyna” nr 4/2006, s. 7.

praw jak chory, który nie stracił przytomności. Obowiązek ten wynika z licznych norm prawa międzynarodowego, które przyznając uprawnienia każdej jednostce ludzkiej, zakazują stosowania jakichkolwiek form dyskryminacji.

Niewątpliwie problematyczne jest ustalenie woli osoby nieprzytomnej lub z innych względów niezdolnej do podjęcia decyzji. Wydaje się, iż należy poszukiwać tu takich instrumentów prawnych, które chroniąc autonomię oraz wolność jednostki, zapobiegną ewentualnym nadużyciom. Stosowna procedura decyzyjna w maksymalnym stopniu powinna umożliwić ustalenie rzeczywistej woli jednostki. W stosunku do pacjentów, którzy nie są w stanie w sposób świadomy podjąć decyzji, procedura taka powinna składać się z trzech elementów. W pierwszej kolejności należy ustalić, czy chory złożył oświadczenie *pro futuro*, wyrażając swoją wolę co do stosowania ewentualnych procedur podtrzymujących życie (m.in. tzw. testament życia). W takim przypadku podmiot podejmujący decyzję o stosowaniu dalszej terapii powinien kierować się decyzją pacjenta złożoną na wypadek utraty świadomości⁴⁸. Jeżeli pacjent nie pozostawił żadnego dokumentu, przy pomocy którego można by odczytać jego wolę, należy ustalić - jeżeli jest to możliwe - jaką decyzję podjąłby, gdyby w tej chwili był świadomy (tzw. test subiektywny). Jeżeli nie ma dowodów, przy pomocy których można by odtworzyć rzeczywistą wolę chorego, podmiot podejmujący decyzję w jego imieniu powinien samodzielnie ustalić, co leży w najlepszym interesie typowego pacjenta (tzw. test obiektywny)⁴⁹.

Kwestią pewnego kompromisu jest ustalenie, w jakiej formie wola pacjenta powinna zostać uzewnętrzniona. W niektórych państwach wymaga się zachowania formy szczególnej. Przykładowo, w amerykańskim stanie Minnesota oświadczenie pacjenta będzie ważne, jeżeli zostanie sporządzone na piśmie w obecności dwóch świadków lub organu notarialnego. Ani notariusz, ani świadkowie nie mogą zostać ustanowieni pełnomocnikami pacjenta. W sposób szczególny odniesiono się do sztucznego karmienia i dostarczania płynów. Oświadczenie podpisane przez pacjenta powinno zawierać ustosunkowanie się do tego zagadnienia oraz wskazanie, czy ewentualny pełnomocnik ma prawo podejmować decyzje w tej kwestii⁵⁰.

⁴⁸ T. Dukiet-Nagórska definiuje oświadczenie woli *pro futuro* jako czynność, przez którą pacjenci, „na wypadek konieczności podjęcia interwencji lekarskiej w sytuacji ich niezdolności do świadomego wyrażenia zgody, oświadczają, jakie metody postępowania mogą być wobec nich stosowane, a jakim się sprzeciwiają” - T. Dukiet-Nagórska: *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 61. Zaletą tej definicji jest jej samodzielność w stosunku do instytucji uporczywej terapii, z którą tzw. testament życia bywa niesłusznie łączony.

⁴⁹ M. Śliwka, jw., s. 302.

⁵⁰ *Minnesota Living Will Act*, Minn. Stat. 145B.03.

Niekiedy sądy poprzestają na jakimkolwiek dokumencie w sposób dostateczny uzewnętrzniającym wolę pacjenta. W kanadyjskiej sprawie *Malette v. Shulman* sąd orzekł o odpowiedzialności lekarza, który przeprowadził transfuzję krwi wbrew treści notatki pozostawionej przez nieprzytomnego pacjenta - świadka Jehowy⁵¹. Na tle podobnego stanu faktycznego polski Sąd Najwyższy orzekł: „Zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu - delegalizuje go”⁵². Nie ulega wątpliwości, iż problematyka oświadczeń *pro futuro* powinna zostać uregulowana w odrębnym akcie rangi ustawowej⁵³.

Gdy stan pacjenta nie jest nagły, decyzja w przedmiocie stosowania środków podtrzymujących życie pacjenta mającego pełną zdolność do czynności prawnych powinna należeć do sądu opiekuńczego. Uważamy, iż na etapie orzekania sąd powinien kierować się wolą chorego uzewnętrznioną na wypadek utraty świadomości.

Zaniechanie dalszej terapii na podstawie tzw. sprzeciwu odtworzonego - w przypadku, gdy pacjent nie sporządził testamentu życia - budzi wątpliwości. Orzecznictwu państw obcych znane są jednak przypadki, w których decyzje o zaniechaniu dalszej terapii są podejmowane. Oznacza to, że podmiot uprawniony do podjęcia decyzji o stosowaniu dalszej terapii (najczęściej sąd lub lekarz) stara się ustalić, jaką decyzję podjąłby pacjent, gdyby tylko był w stanie to uczynić. Niektóre systemy operują przy tym modelami subiektywnymi, co oznacza, że uprawniony podmiot stara się ustalić, jaką decyzję podjąłby konkretny pacjent. Inne pozostają przy wariancie obiektywnym, w ramach którego bada się, co zdecydowałby w takiej sytuacji przeciętny człowiek.

W ramach modelu subiektywnego, w braku oświadczeń woli złożonych w formie pisemnej, decydującym czynnikiem są dowody z ze-

⁵¹ 67 D.L.R. (4th) 321 (1990).

⁵² Postanowienie SN z 27 X 2005, III CK 155/05, OSNC nr 7-8/2006, poz. 137; zob także I. Lewandowska: *Niezgoda na ratunek*, „Rzeczpospolita” z 29 XII 2005.

⁵³ Zob. M. Boratyńska: *Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego*, cz. 1. *Sprzeciw pro futuro*, „Prawo i Medycyna” nr 2/2007, s. 23; B. Janiszewska: *Dobro pacjenta czy wola pacjenta - dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, „Prawo i Medycyna” nr 2/2007, s. 33. Postulaty podnoszone w literaturze polskiej zostały częściowo spełnione w przywoływanym wcześniej projekcie ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw. Szerzej zob. M. Śliwka: *Testament życia oraz zaniechanie uporczywej terapii w projekcie ustawy bioetycznej (uwagi prawnoporównawcze)*, „Prawo i Medycyna” nr 2/2009.

znań świadków, umożliwiające ustalenie preferencji danego pacjenta. Sądy starają się w tego typu przypadkach wziąć pod uwagę osobowość jednostki, wyrażone wcześniej pragnienia, przekonania religijne itp. Przykładowo, w sprawie *Brophy v. New England Sinai Hosp., Inc.*, sąd, po ustaleniu indywidualnych preferencji chorego, zezwolił na odłączenie aparatury podtrzymującej jego życie. Pacjent, oglądając w telewizji reportaż dotyczący kobiety utrzymywanej przy życiu przy pomocy respiratora, miał wyrazić gwałtowny sprzeciw wobec stosowania wobec niego inwazyjnej aparatury. Tydzień przed zapadnięciem w śpiączkę pacjent miał ponownie podnieść sprzeciw, omawiając przypadek nastolatka podłączonego do respiratora. Poza osobistymi doświadczeniami pacjenta sąd uwzględnił także: przekonania religijne chorego, wpływ zaistniałej sytuacji na rodzinę, prawdopodobieństwo wystąpienia skutków ubocznych, prognozy na przyszłość oraz stan upośledzenia pacjenta⁵⁴.

Taki tryb podejmowania decyzji ma pewne wady. Najpoważniejszym zagrożeniem jest możliwość pozbawienia życia pacjenta przez błędne odtworzenie jego życzeń. Duża rola członków rodziny stwarza także pole do nadużyć, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy USA w sprawie *Cruzan*⁵⁵. Z drugiej strony, mimo wszystkich wad, jest to tryb, który w sposób najlepszy z możliwych pozwala w braku wyraźnego dokumentu odzwierciedlić rzeczywistą wolę chorego.

W miejsce modelu subiektywnego coraz częściej stosuje się test obiektywny. W takich wypadkach osoba podejmująca decyzję za pacjenta musi ustalić, co leży w jego najlepszym interesie. W tym celu należy uwzględnić czynniki czysto obiektywne: prawdopodobieństwo wyleczenia, alternatywy lecznicze, ryzyka i skutki uboczne, dolegliwości, jakie odczuje pacjent, jakość podtrzymywanego życia, stopień poniżenia i zależności, utratę godności etc.⁵⁶ Brytyjska Izba Lordów w orzeczeniu *Airedale NHS Trust v. Bland*⁵⁷ zezwoliła na odłączenie aparatury podtrzymującej życie pacjenta pozostającego od trzech lat w stanie wegetatywnym. Pacjent nigdy nie wyraził swej opinii co do ewentualnego zaniechania leczenia. Izba Lordów stwierdziła, iż podstawowym celem każdego leczenia jest uzyskanie korzyści przez pacjenta. Funkcjonowanie w stanie wegetatywnym, bez pozytywnych perspektyw powrotu do świadomego stanu, nie leży w najlepszym interesie chorego. W takiej sytuacji na lekarzu przestaje spoczywać obowiązek terapeutyczny. Co więcej, powinien się on wstrzymać od stosowania dalszych procedur ze względu na utratę prawa do działania.

⁵⁴ 497 N.E.2d 626 (1986).

⁵⁵ *Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health*, 110 S Ct 2841 (1990).

⁵⁶ *Foody v. Manchester Memorial Hosp.*, 482 A.2d 713 (1984).

⁵⁷ 2 W.L.R. 316 (z glosą A. Grubba i I. Kennedy'ego, „*Medical Law Review*” nr 1/1993, s. 359-407).

Prawo polskie nie reguluje precyzyjnie sytuacji pacjenta, który znajduje się w stanie wegetatywnym. Należy wówczas stosować ogólne normy regulujące stosunek pacjent–lekarz. Zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, chory ma prawo do umierania w spokoju i godności. Wykładni tego przepisu należy dokonywać zgodnie z art. 32 k.e.l., który przewiduje, iż w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Przepis ten należy stosować także do przypadków pacjentów w stanie wegetatywnym, gdy powrót do świadomego funkcjonowania wydaje się niemożliwy.

Uważamy, iż lekarz, który postępując zgodnie z art. 32 k.e.l., powstrzymuje się od stosowania reanimacji, uporczywej terapii lub stosowania środków nadzwyczajnych, nie dopuszcza się przestępstwa eutanazji. Decyzja o zaniechaniu uporczywej terapii różni się od eutanazji celem, do którego dąży lekarz. O ile w pierwszym przypadku chodzi o uchronienie pacjenta przed dodatkowymi cierpieniami, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic dla niego zrobić, o tyle w przypadku eutanazji podstawowym celem jest skrócenie życia ludzkiego⁵⁸.

Od przestępstwa eutanazji oraz zaniechania uporczywej terapii należy odróżnić także sytuacje, w których zaniechanie dalszego leczenia jest konsekwencją sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta. Podstawą zaniechania dalszego leczenia jest wówczas uszanowanie autonomii pacjenta w stanie wegetatywnym. *De lege ferenda* postulujemy, by ustawodawca w sposób rozłączny uregulował problematykę zaniechania uporczywej terapii oraz oświadczeń woli *pro futuro*.

⁵⁸ M. Machinek, jw.