

Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii

1. Wprowadzenie

Artykuł ma na celu wyjaśnienie motywów oraz tła normatywnego i podstaw prawnych dla rozstrzygnięcia brytyjskiego sądu opiekuńczego o zaprzestaniu sztucznego podtrzymywania życia u polskiego pacjenta znanego pod inicjałami RS¹. U mężczyzny w średnim wieku, który od 2006 r. mieszkał w Anglii, doszło w listopadzie 2020 r. do trwającego kilkadziesiąt minut zatrzymania krążenia. Efektem niedotlenienia było poważne i nieodwracalne uszkodzenie mózgu, powodujące trwałą utratę świadomości i zdolności kontaktu z otoczeniem. Szpital w Plymouth, gdzie opiekowano się pacjentem, wystąpił do sądu z wnioskiem o zgodę na odłączenie go od urządzeń podtrzymujących życie z jednoczesnym

¹ Artykuł jest pokłosiem spotkania bioetycznego p.t. „Polska v. Wielka Brytania w sprawie Polaka w śpiączce”, które odbyło się 12 lutego 2021 r. W wydarzeniu zorganizowanym przez Koło Naukowe Bioetyki Uniwersytetu Warszawskiego przy współpracy Wydziału Filozofii oraz Centrum Bioetyki i Bioprawa UW jako prelegenci wystąpili autorzy niniejszego tekstu. W wynikłej dyskusji udział wzięli m.in. dr Anna Alichniewicz, prof. Zbigniew Szawarski, prof. Paweł Łuków, dr hab. Przemysław Konieczniak oraz inni eksperci z zakresu bioetyki i prawa medycznego. Wszystkie przytoczone w tekście fakty zostały zaczerpnięte z opublikowanych przez brytyjski wymiar sprawiedliwości fragmentów orzeczeń, które zapadły w obu instancjach postępowania. Z uwagi na wielkie kontrowersje zdecydowano się podać je do publicznej wiadomości ze stanowczym zastrzeżeniem, że publikacja materiałów ma się odbywać z zachowaniem pełnej anonimowości wszystkich uczestniczących w sprawie osób prywatnych, podyktowanym ochroną ich dóbr prawnych.

zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania oraz wdrożeniem opieki paliatywnej zapewniającej komfort umierania. Żona pacjenta nie miała w tej sprawie zastrzeżeń; sprzeciw zgłosiły natomiast jego matka i siostra w Polsce oraz zamieszkałe w Anglii druga siostra i siostrzenica, domagając się kontynuowania terapii podtrzymującej życie i przewiezienia RS do Polski. Trwające kilka tygodni postępowanie sądowe oparło się o Europejski Trybunał Praw Człowieka, angażując także polskie władze.

Sprawa RS wywołała w polskiej przestrzeni publicznej krótkotrwałą, acz gwałtowną burzę. Rzucane w emocjach oskarżenia, eksplozje świętego oburzenia i złowrogie insynuacje i formułowane były w niezajomości podstawowych faktów i pojęć z zakresu medycyny, etyki i prawa, także przez osoby, od których z racji pełnienia funkcji publicznych należałoby oczekiwać lepszej orientacji, a przynajmniej skonsultowania się z ekspertami. Media w tabloidowej manierze donosiły o wydanym przez brytyjski sąd „wyroku śmierci przez zagłodzenie” oraz „zagrożeniu eutanazją” i relacjonowały dramatyczną walkę matki oraz sióstr pacjenta z wyspiarskim wymiarem sprawiedliwości i systemem opieki medycznej. Kilkadziesiąt tysięcy osób podpisało skierowane do rządu Wielkiej Brytanii specjalne petycje „w obronie życia” RS, domagając się przewiezienia go do Polski². Chęć przejęcia opieki nad chorym wyraziła Klinika „Budzik”, a transport dzięki naprędce wystawionemu paszportowi dyplomatycznemu proponowali z całą powagą polscy ministrowie zdrowia, sprawiedliwości i spraw zagranicznych. Interwencję u brytyjskich władz, stowarzyszeń medycznych i związków wyznaniowych podjęli też przedstawiciel Prezydenta RP, konsulowie i ambasador RP w Zjednoczonym Królestwie, marszałkini Sejmu, Rzecznik Praw Obywatelskich oraz przewodniczący Konferencji Episkopatu. Nieliczne głosy mitygujące ze strony osób obeznanych ze skomplikowaną problematyką biomedyczną nie przebiły się do opinii publicznej, a wręcz bywały gremialnie zakrzykiwane (jak choćby wyważone i dorzeczne

² Zob. <https://ratujmyrodaka.pl/>; <https://www.citizenngo.org/pl/184816-podpisz-petycje-w-obronie-zycia-polaka-pozostajacego-w-spiaczkce> [dostęp: 17.03.2021].

uwagi Tomasza Terlikowskiego³). Intensywna akcja polityczno-medialna nie przyniosła jednak zamierzonego efektu i sprawa RS zakończyła się zgodnie z uprzednim zapatrywaniem pacjenta odtworzonym na podstawie relacji jego żony, a w wykonaniu orzeczeń brytyjskich sądów obu instancji. Po zaprzestaniu daremnej z medycznego punktu widzenia terapii pacjent zmarł w szpitalu w Plymouth w dniu 26 stycznia 2021 r.

2. Rozgraniczenia pojęciowe: eutanazja, terapia daremna, terapia porczywa

Publiczna dyskusja o medycznych okolicznościach śmierci i umierania nieuleczalnie chorych pacjentów jest trudna nie tylko z powodu nieusuwalnego konfliktu wartości⁴, lecz także ze względu na brak specjalistycznej wiedzy i towarzyszący mu chaos terminologiczny. Dlatego też zanim przejdziemy do relacjonowania i omawiania sprawy RS, konieczne wydaje się przedstawienie podstawowego aparatu pojęciowego i dokonanie niezbędnych rozgraniczeń⁵. Jak bowiem mawiał Jerzy Pilch, przed atakiem analfabetów trzeba się bronić abecadłem⁶.

³ Znany katolicki publicysta komentował sprawę RS w serii wpisów na profilu facebook.com/tomasz.terlikowski między 19 a 27 stycznia 2021 r. Początkowo, nie znając bliżej okoliczności medycznych, Terlikowski określił sprawę RS mianem niczym nieusprawiedliwionego zagalodzenia chorego na śmierć. Następnie, dzięki pogłębieniu wiedzy i konsultacjom z ekspertami z zakresu medycyny, stopniowo znuansował i złagodził swoje pierwotne stanowisko, dochodząc ostatecznie do wniosku, że w przypadku RS brytyjscy sędziowie i lekarze zachowali się prawidłowo. Publicysta zakwestionował wprawdzie z punktu widzenia etyki katolickiej moralną zasadność zaprzestania sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta, ale przyznał, że z punktu widzenia brytyjskiej moralności i tamtejszego prawa wszystko odbyło się *lege artis* i w dobrej wierze. Jego argumenty nie przekonały jednak fejsbukowych obserwatorów, którzy w swoich komentarzach odsadzili autora od czci i wiary, często w bardzo nieciele-gancki i prymitywny sposób.

⁴ Chodzi nam o konflikt między tradycyjnym stanowiskiem głoszącym niezbywalną wartość i nienaruszalność ludzkiego życia *in abstracto* a tym, które w duchu utylitarystycznym odnosi wartość życia do konkretnych jednostek posiadających określone interesy i autonomicznie decydujących (jeśli to możliwe) o własnym życiu i okolicznościach jego zakończenia.

⁵ Więcej na temat roli aparatury pojęciowej w sporach wokół śmierci i umierania: J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012, s. 76–108.

⁶ J. Pilch, *Pociąg do życia wiecznego*, Warszawa 2007, s. 135.

Nad debatą o roli lekarzy w umieraniu nieuleczalnie chorych pacjentów krąży złowieszcze widmo „eutanazji”, przez wielu ludzi niesłusznie uważanej za bezduszną eliminację schorowanych staruszków i osób niepełnosprawnych, których z powodów finansowych lub eugenicznych nie oplaca się dalej podtrzymywać przy życiu i leczyć. Prostowanie tych nieścisłości przypomina walkę z wiatrakami⁷; na potrzeby opracowania poprzestaniemy na rozróżnieniu i omówieniu kilku często ze sobą mylonych i niefortunnie wrzucanych do jednego worka pojęciowego procedur medycznych.

Termin „eutanazja” w kontekście art. 150 k.k. i w wydaniu lekarskim oznacza czynność medyczną polegającą na umyślnym zabiciu nieuleczalnie chorego i cierpiącego pacjenta, który tego wyraźnie i stanowczo zażądał – przez podanie 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 dostarczeniu takiemu pacjentowi środków niezbędnych do samodzielnego odebrania sobie przez niego życia wraz z instrukcją, jak skutecznie i bezboleśnie z nich skorzystać. Obie procedury są pod względem moralnym i prawnym na tyle zbliżone, że prawo najczęściej traktuje je w analogiczny sposób. W większości państw (również w Polsce) są one prawnie niedopuszczalne jako przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu, ale w krajach zachodnich od trzydziestu lat daje się zaobserwować rosnący trend na rzecz ich dekryminalizacji i kontrolowanej legalizacji⁸. Oba rodzaje praktyk są obecnie dopuszczone i uregulowane ustawowo m.in. w Holandii, Belgii, Luksemburgu, Hiszpanii i Kanadzie, natomiast samą pomoc lekarza w samobójstwie zalegalizowało jak dotąd dziesięć stanów USA⁹.

⁷ W sprawie ewolucji pojęciowej i przyczyn pojawienia się negatywnych konotacji słowa „eutanazja” odsyłamy przede wszystkim do: J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 27–75.

⁸ Przez „dekryminalizację” rozumiemy tu wykreślenie tych czynów z katalogu przestępstw, z kolei „legalizacja” polega na stworzeniu ustawowego katalogu przesłanek, które muszą zostać spełnione, aby możliwa była ich dekryminalizacja.

⁹ Więcej na temat legalizacji eutanazji i pomocy lekarza w samobójstwie: M. Boratyńska, J. Malczewski, [w:] *System Prawa Medycznego* (red. nac. E. Zielińska), t. 2, cz. 2, Warszawa 2019, s. 655–705 (Wolters Kluwer); J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 156–192.

Całkowicie odrębną kwestią, której dotyczy właśnie sprawa RS, jest natomiast zaniechanie (czyli niepodjęcie albo zaprzestanie¹⁰) leczenia podtrzymującego życie, gdy z uwagi na stan pacjenta nie przynosi ono korzyści i może niepotrzebnie przedłużać cierpienie lub agonię. Tego rodzaju zaniechanie co do zasady uważa się za medycznie i moralnie usprawiedliwione oraz prawnie dopuszczalne (choć nie w każdym kraju zostało wystarczająco precyzyjnie uregulowane). W tym momencie pojawia się pierwszy kłopot terminologiczny. Wiele osób tradycyjnie określa zaniechanie leczenia podtrzymującego życie mianem „eutanazji biernej”. Zdaniem autorów niniejszego artykułu określenie to, choć często spotykane w literaturze bioetycznej, jest zbyt precyzyjne i mylące. Posługiwanie się nim wprowadza zamęt medyczny, etyczny i prawny, a także ściągą przykre odium na ważną i delikatną procedurę medyczną, niezgodnie z prawdą sugerując, jakoby była ona zakamuflowanym zabójstwem lub pomocą w samobójstwie. Dlatego też wolimy używać funkcjonującego od dawna w języku medycznym pojęcia „terapia daremna”, które jest znaczeniowo neutralne i nieobciążone złymi skojarzeniami. Stosuje się je na oznaczenie zarówno tych procedur medycznych, które nie dają pacjentowi szans przeżycia bezpośrednio lub w bardzo krótkiej perspektywie czasowej, jak i tych, które nie dają szans wyleczenia (nie mając wpływu na nieuleczalną chorobę, która w niedługim czasie spowoduje śmierć pacjenta)¹¹. 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 (albo biorąc pod uwagę tylko najlepszy interes danego pacjenta, albo po ustaleniu, czy to, co jest najlepsze dla tego pacjenta, jest równocześnie najlepszym

¹⁰ Wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu nie ma żadnej istotnej różnicy moralnej między niepodjęciem a zaprzestaniem terapii podtrzymującej życie. Zob. np. A. Alichniewicz, *O działaniu i zaniechaniu*, [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kuksewicza*, red. E. Jung-Palczewska, Łódź 2000, s. 13; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzynski, Warszawa 1996, s. 208–211.

¹¹ Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, *Medycyna na granicach życia*, PWN 2009, s. 304–306; A. Alichniewicz, *Eutanazja, a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka i K. Szewczyk, Warszawa–Łódź 2002, s. 161–162.

sposobem wykorzystania zasobów, usług i środków, których potrzebują inni pacjenci)¹². 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 biologicznego życia¹³.

Pojęcie terapii daremnej nie wyczerpuje problemu narosłego wokół kazusu pacjenta RS. W polskiej literaturze bioetycznej i w Kodeksie Etyki Lekarskiej można bowiem spotkać się z odróżnieniem dwóch praktyk: eutanazji „biernej” i zaniechania terapii „uporczywej”. Jest to skutek mniej lub bardziej jawnej inkorporacji treści pochodzących z etyki katolickiej, która dzieli przypadki rezygnacji z podtrzymywania życia na moralnie zakazane i dozwolone. W nauczaniu katolickim mianem „eutanazja” określa się – i uznaje za moralnie niedopuszczalną – „czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia”¹⁴. Z samej tej definicji wynika stosowane tam rozróżnienie na eutanazję czynną i bierną; obydwie potępiane jednakowo. Wszelako nie każde zaniechanie leczenia prowadzące do śmierci chorego jest uważane za niedopuszczalne. Niektóre terapie mogą być bowiem uznane za „uporczywe” i wycofane, jeśli obejmują zabiegi medyczne „kosztowne, ryzykowne, nadzwyczajne lub niewspółmierne do spodziewanych rezultatów”¹⁵ lub też „zbyt uciążliwe dla samego chorego i jego rodziny”¹⁶. Zaprzestając „leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia”¹⁷ – naucza

¹² Zob. L.M. Kopelman, *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz i A. Szczęsna, Łódź 2001, s. 118–121.

¹³ Por. M. Świdarska, *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji*, „PiM” 3/2006, s. 112.

¹⁴ Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et Bona”* (5.05.1980), nr II.

¹⁵ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994, nr 2278.

¹⁶ Jan Paweł II, *Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego „Evangelium vitae”*, [w:] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1996, nr 65.

¹⁷ *Deklaracja o eutanazji...*, nr IV *in fine*.

Kościół – „nie zamierza się (...) zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym wypadku nie można jej przeszkodzić”¹⁸. Moralne prawo do podjęcia decyzji o ewentualnej rezygnacji z terapii uporczywej pozostawione jest przez doktrynę katolicką pacjentowi, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym zaś razie – osobom uprawnionym, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta¹⁹. Według powyższych założeń „uporczywą” terapią będzie zatem medycznie nieuzasadniona kontynuacja leczenia, które nie może dać pozytywnego rezultatu i już tylko niepotrzebnie przedłuża cierpienia bądź agonię chorego, natomiast eutanazją „bierną” – nieuzasadniona medycznie i motywowana współczuciem dla cierpiącego rezygnacja z leczenia mająca przyspieszyć zgon²⁰.

Jeśli pacjent poddawany terapii uznanej przez lekarzy za daremną nieodwracalnie utracił kompetencję decyzyjną, tak jak miało to miejsce w sytuacji RS, rozstrzygnięcie o dalszym leczeniu należy do kompetencji sądu opiekuńczego. Polski system prawny nie przewiduje rozwiązania polegającego na sporządzeniu deklaracji antycypacyjnej ani na upoważnieniu innej osoby do podejmowania decyzji zastępczych, a sąd nie jest związany żadnymi wyraźnymi kryteriami decyzyjnymi. Wolno tylko zasadnie oczekiwać, że posłuży się tymi samymi, co przewidziane w kodeksie rodzinnym i opiekuńczym dla rodziców małoletnich dzieci i opiekunów osób niesamodzielnych: dobrem podopiecznego i interesem społecznym. Klauzula dobra dziecka (podopiecznego), ze względu na swój nieodokreślony charakter i odesłanie do systemu ocen i norm pozaprawnych, uważana jest za klauzulę generalną²¹. Dobro dziecka utożsamiane jest z jego interesem, jednak należy zwrócić uwagę, iż pojęcie interesu jest aksjologicznie obojętne, podczas gdy pojęcie dobra ma nacechowanie pozytywne. W istocie chodzi o takie reprezentowanie interesów pod-

¹⁸ *Katechizm...*, nr 2278.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Tak np. posługuje się tymi pojęciami T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 206–207, 219.

²¹ Z. Radwański, *Pojęcie i funkcja „dobra dziecka” w polskim prawie rodzinnym i opiekuńczym*, „Studia Cywilistyczne”, nr XXXI (1981), s. 5.

opiecznego, które przynosi mu korzyść. Jest to rozumowanie zbliżone do stosowanego w prawie brytyjskim kryterium *best interests*.

Jakkolwiek zakresy znaczeniowe pojęć terapii „daremnej” i „upo-rczywej” nie pokrywają się, lecz jedynie krzyżują, na pierwszy rzut oka można by sądzić, że w przypadku RS mamy do czynienia z zaniechaniem leczenia należącego do obu tych kategorii. Sprawa nie była jednak aż tak oczywista i stąd cała kontrowersja oraz panika moralna w polskiej przestrzeni publicznej. Z punktu widzenia brytyjskiej etyki i brytyjskiego prawa chodziło o zaprzestanie terapii daremnej; natomiast w myśl zasad etyki katolickiej, rzutu-jącej na przekonania wielu polskich lekarzy i polityków, była to raczej tzw. bierna eutanazja. Osią konfliktu okazała się kwestia sztucznego odżywiania i nawadniania – kluczowa dla zachowania życia w tym stanie.

3. Zaprzestanie sztucznego odżywiania i nawadniania a zasada proporcjonalności

Rezygnacja z podtrzymywania życia łączy się często z zaprzestaniem sztucznego odżywiania i nawadniania pacjenta (tak też stało się w sprawie RS). W bioetyce toczy się zadawniony spór o dopuszczalność tego rodzaju postępowania, powiązany z tradycyjnym, sięgającym jeszcze XVI w., rozróżnieniem na tzw. proporcjonalne i nieproporcjonalne (dawniej: zwy-yczajne i nadzwyczajne) środki terapeutyczne. Pominie- my dłuższe wywody na ten temat²², poprzestając tylko na ogólnej charakterystyce obu pojęć. Oceny proporcjonalności określonej terapii dokonuje się *ad casum*, biorąc pod uwagę stan konkretnego pacjenta i rokowanie oraz badając, czy jej zastosowanie będzie dla pacjenta korzystne: przyniesie mu poprawę zdrowia i zapewni życie o należytej jakości, czy okaże się nieadekwatne do osiągalnych korzyści i stanowić będzie dla pacjenta (oraz jego otoczenia) nadmierną uciążliwość. Jak głosi etyka katolicka, w drugim z wypadków środki okazują się „nieproporcjonalne” („nadzwyczajne”), a prowadzona

²² Zainteresowanych czytelników odsyłamy do: J. Malczewski, *Eutanazja...*, s. 90–93 i cytowanej tam literatury.

przy ich pomocy terapia staje się „uporczywa”. Z kolei rezygnacja ze środków „proporcjonalnych” („zwyczajnych”) jest jakoby niedopuszczalną „bierną” eutanazją.

Przy rozważaniu rezygnacji ze sztucznego odżywiania i nawadniania mamy do czynienia ze zderzeniem dwóch perspektyw: pierwsza z nich (charakterystyczna dla etyki katolickiej²³) zakłada, że odżywianie i nawadnianie należą do środków „zawsze zwyczajnych (proporcjonalnych)”, do „opieki podstawowej”, którą świadczyć należy w każdych okolicznościach, niezależnie od stanu zdrowia pacjenta i rokowań. Jedyny wyjątek stanowi sytuacja, w której sztuczne karmienie i pojenie zwiększa cierpienia już umierającej osoby²⁴; jednak niedopuszczalne jest zaniechanie odżywiania i nawadniania w celu przyspieszenia zgonu. Druga ze wspomnianych perspektyw przyjmuje, że sztuczne odżywianie i nawadnianie w określonych sytuacjach mogą stać się nieproporcjonalne w stosunku do przynoszonych korzyści i nadmiernie obciążające, a wtedy wolno z nich zrezygnować, nawet jeśli przyspieszy to śmierć pacjenta.

Niektórzy zwolennicy stanowiska pierwszego twierdzą, że odżywianie i nawadnianie nie są „terapią”, ponieważ „niczego nie leczą”, a więc nie mogą podlegać identycznym kryteriom oceny jak środki medyczne i nie może ich jakoby dotyczyć wymóg proporcjonalności. Zaprzestanie żywienia i nawadniania nie jest zatem przyzwoleniem na śmierć z powodu choroby przez wycofanie środków nieproporcjonalnych, lecz „zagłodzeniem” („bierną” eutanazją)²⁵. W opozycji do tego zapatrywania bioetyk Daniel Callahan zauważa jednak, że niezdolność do samodzielnego jedzenia i picia jest normalną okolicznością towarzyszącą

²³ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 273.

²⁴ Por. zapis w *Karcie Pracowników Służby Zdrowia* Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia (1994): „Pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu, tak długo, jak nie są dla chorego ciężarem”. Cyt. za: K. Golser, *Stanowisko Urzędu Nauczycielskiego Kościoła na temat pomocy w umieraniu i eutanazji*, [w:] *Eutanazja w dyskusji. Euthanasie in der Diskussion*, red. P. Morciniec, Opole 2001, s. 219.

²⁵ J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002, s. 219–221.

śmiertelnej chorobie oraz że dawniej była uznawana za symptom stanu terminalnego (jeden ze sposobów, w jakie umierający organizm „wylacza swoje kluczowe systemy”). Także inni autorzy uważają, że śmiertelnie chory pacjent, którego zaprzestano sztucznie odżywiać i nawadniać, umiera nie z powodu odwodnienia czy zagłodzenia, lecz wskutek choroby lub urazu łączącego się z niezdolnością do normalnego jedzenia i picia²⁶. Umasowienie technik umożliwiających sztuczne odżywianie i nawadnianie zmieniło ogląd tej sprawy: pojawiła się nowa kategoria postępowania wobec pacjentów, a jego wycofanie stało się dla wielu równoznaczne z uśmierceniem (przyczyną zgonu rzekomo nie jest wtedy śmiertelna choroba, naturalnie pozbawiająca chorego zdolności samodzielnego odżywiania, lecz zaniechanie lekarzy, którzy nie dostarczają pokarmu i płynów w sztuczny sposób)²⁷.

Uznanie odżywiania w takim stanie za daremne powoduje, że nie stanowi ono obowiązku. Z punktu widzenia pacjenta kompetentnego jest to bez znaczenia, ponieważ on sam decyduje, czy chce przyjmować pokarm. Pacjent przelykający samodzielnie może być karmiony łyżeczką jak niemowlę. Takie karmienie spełnia funkcję opiekuńczą i powinno być kontynuowane, dopóki go nie odrzuci. W odniesieniu do osoby niezdolnej decyzyjnie uznanie takiego postępowania za lecznicze co do zasady nakłada obowiązek jego utrzymywania stosownie do celowości medycznej. Uznanie zaś za nieleczniczą – implikuje powinność wchodzącą w zakres tzw. opieki podstawowej. Symbolika opiekuńcza nie stanowi jednak argumentu samego w sobie: opieka spełnia swe zadanie tylko wtedy, gdy odbywa się z korzyścią dla podopiecznego.

Sztuczne odżywianie pacjentów niemogących samodzielnie przelykać polega na stosowaniu inwazyjnych technik medycznych z użyciem specjalistycznej aparatury i pokarmu w postaci odpowiednich preparatów. Wymaga sprzętu medycznego i kwalifikacji fachowych do podłączenia go oraz podejmowania decyzji o zastosowaniu określonego

²⁶ Np. D.C. Thomasma, G.C. Graber, *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*, New York 1991, s. 67.

²⁷ D. Callahan, *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*, tłum. J. Malczewski, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Kraków 2009, s. 178–179.

sposobu odżywiania²⁸. Najbardziej wyrazisty przykład stanowi odżywanie pozajelitowe (PEG). Nie może też być rozpatrywane w oderwaniu od procedur towarzyszących: sztucznego odprowadzania produktów przemiany materii przy podawanej przez kroplówkę stałej osłonie antybiotykowej dla zapobieżenia infekcjom układu wydalniczego²⁹. Razem składa się to na wysokospecjalistyczną procedurę medyczną z zaangażowaniem wykwalifikowanego personelu, służącą zachowaniu życia – spełnia zatem kryteria świadczenia zdrowotnego z wszystkimi tego konsekwencjami i tak też jest ujmowane w podręcznikach medycznych.

Gdy stan kliniczny nie rokuje poprawy, takie zewnętrzne zasilanie podtrzymuje jedynie trwanie czysto biologiczne i wolno zasadnie rozważać jego daremność. W Polsce bardzo oględne odniesienie do tego problemu zawiera jedynie wypracowana przez w 2008 r. przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia definicja terapii nazywanej podówczas *uporczywą*. 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 obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”³⁰. Jak pisała w 2011 r. paliatywistka Teresa Weber, w praktyce medycznej nawadnianie i odżywanie traktowane jest jako podstawowe działanie pielęgnacyjne, a ich zaprzestanie może być spowodowane tylko obiektywnym stanem chorego, gdy ich stosowanie nosi znamiona uporczywości terapeutycznej³¹. Bliższe określenie dobra pacjenta wymaga uwzględnienia jej zdaniem następujących kryteriów:

²⁸ Może to być zgłębnik nosowo-gardłowy, kroplówka bądź odżywanie pozajelitowe.

²⁹ K. Szewczyk, *Bioetyka...*, t. 1, s. 309; M. Boratyńska, *Wolny wybór...*, s. 449.

³⁰ II Seminarium Ekspertów z 28.06.2008 w ramach projektu „Granice terapii medycznych”; zob. T. Weber, *Daremma czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Warszawa 2011, s. 163.

³¹ T. Weber, *Daremma czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, s. 165.

- 1) dobra medycznego, wyznaczonego przez aktualną wiedzę medyczną oraz tzw. sztukę lekarską, w której olbrzymią rolę odgrywają naukowe, techniczne i praktyczne umiejętności lekarza. Dobrem tym jest przywrócenie funkcji życiowych ciała i umysłu chorego, uwolnienie go od bólu przez użycie medykamentów, operacje, psychoterapie;
- 2) dobra przeżywanego przez pacjenta: jego osobistych preferencji, wartości i wyborów; tego, jak chory chce przeżywać swoje życie, w tym chorobę; jak sam widzi korzyści i szkody mające związek z zaproponowanym leczeniem. W dobru tym odbija się niepowtarzalność każdej osoby i specyficzność jej świata wartości. Chodzi tu o wiek, status zawodowy, rodzinny, zaangażowanie społeczne, kulturowe i religijne;
- 3) dobra pacjenta jako osoby: uszanowania godności ludzkiej, traktowania osoby jako celu samego w sobie, a nie środka do osiągnięcia innych celów;
- 4) dobra duchowego pacjenta – tutaj chodzi o dobra, które nadają życiu ostateczny sens: osobiste przekonania człowieka, świat wartości, jego wiarę i religię³².

Zaprzestanie sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentów budzi wielkie opory głównie z powodu emocjonalnie nacechowanych skojarzeń. Intuicyjnie postrzegane jest jako „zagłodzenie” na śmierć, a skoro uczucia głodu i pragnienia odczuwa się jako bardzo przykre, to stąd wniosek, że zaprzestanie odżywiania i nawadniania prowadzi do agonii w męczarniach³³. Tymczasem jest inaczej. Przede wszystkim pacjentom, których zaprzestano sztucznie odżywiać i nawadniać, podawane są leki paliatywne. Ponadto dla wielu z nich (zwłaszcza w stanach terminalnych) odwodnienie jest o tyle korzystne, że łagodzi dokuczliwe objawy i ból³⁴. Dzięki temu niejednokrotnie mogą umrzeć w lepszych warunkach niż osoby, którym do końca życia dostarcza się sztucznie płyny (z literatury fachowej wiadomo, że zwłaszcza nawadnianie powoduje u pacjenta

³² T. Weber, *Daremma czy uporczywa terapia...*, s. 163–164.

³³ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 216, 217.

³⁴ A. Alichniewicz, *Eutanazja...*, s. 169.

w schyłkowej fazie choroby poważny dyskomfort). Pacjent w stanie wegetatywnym może być jednak utrzymywany przy życiu przez długie lata i nie czuć nic.

Spór o podyktowaną względami terapeutycznymi celowość sztucznego odżywiania podzielił świat europejski, czego dowodem są przyjęte przez Radę Europy *Wytoczne procesu podejmowania decyzji dotyczących terapii medycznej w sytuacjach zakończenia życia*. Stwierdzają one wprawdzie, że sztuczne odżywianie i nawadnianie stosuje się wobec pacjenta zgodnie ze wskazaniami medycznymi oraz na podstawie wyboru określonej procedury medycznej i sposobów jej aplikowania, ale odnotowują odmienność podejścia między poszczególnymi państwami. W niektórych żywnie uważa się bowiem za formę opieki odpowiadającej indywidualnym podstawowym potrzebom, której nie wolno zaprzestać, chyba że pacjent w stadium przedśmiertnym tak zadecyduje (*Wytoczne* zalecają, aby pacjent był w to zaangażowany poprzez wolę wyrażoną uprzednio, przekazaną choćby ustnie członkowi rodziny albo bliskiemu przyjacielowi). Niezgoda panuje nawet w łonie najwyższych organów orzekających, czego żywy dowód stanowi opinia mniejszości w przywołanej wcześniej sprawie Vincenta Lambert³⁵. Pięciu sędziów stwierdziło tam, że większość, na podstawie pewnej liczby wątpliwych założeń, zaaprobowала 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 eutanazji, nawet jeśli pod inną nazwą.

Dyskusja co do kwalifikacji sztucznego odżywiania utknęła, jak się wydaje, w martwym punkcie. Argumentacja utylitarystyczna nigdy nie przekona zadeklarowanych pryncypalistów. Spór jest w istocie nierozwiązywalny, bo stanowisko ujmujące każde odżywianie w kategoriach obowiązkowej opieki podstawowej ma podłoże doktrynalne, a nie racjonalne, więc nie poddaje się rozumowej perswazji. Przyjęcie jednego z dwóch zapatrywań zależy w gruncie rzeczy od konwencji społecznej: czy ów

³⁵ *Lambert and Others v. France*, judgement ECHR, 5 june 2015, 46043/14, <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=002-10758> [dostęp: 25.05.2021].

inwazyjny sposób żywienia jako medyczny i wspomagający leczenie powinien być oceniany stosownie do celowości terapeutycznej, czy traktowany jako niewzruszalna zasada opiekuńcza. Gdy kontynuacja takiej opieki nie przedstawia żadnej korzyści dla podopiecznego, jej wartość staje się czysto abstrakcyjna. Symbolika troskliwego karmienia osoby, której nie jest to do niczego potrzebne, staje się pustym frazesem, odrywa się od interesów karmionego i służy nie jemu, tylko wzmocnieniu pozytywnemu i satysfakcji moralnej opiekunów, iż „robą, co do nich należy”. W tym należy naszym zdaniem upatrywać przyczyny bezwzględego obstawania za utrzymywaniem sztucznego odżywiania nawet przez dziesiątki lat u pacjentów w stanie trwałej utraty albo wyjściowego braku świadomości: w wymaganiu posłuszeństwa abstrakcyjnej i oderwanej od rzeczywistości zasadzie wyprowadzonej wyłącznie z nakazów wiary, a poprawiającej morale niektórym spośród jej wykonawców. Zasada ta uzasadnia się tylko sama sobą, a działa nie na korzyść pacjenta, lecz osób trzecich. Indywidualny interes pacjenta w ogóle nie jest w tym bilansie uwzględniany. Można co prawda przewrotnie twierdzić, że jemu jest już wszystko jedno, a skoro wszystko jedno, to niech chociaż nacieszą się inni. W takim razie jednak staje się on makabryczną zabawką w rękach innych, służącą zaspokojeniu potrzeb i interesów cudzych.

Ze swej strony uważamy, że właściwie interpretowana zasada proporcjonalności powinna dotyczyć wszystkich środków służących podtrzymywaniu życia i mających (dobry lub zły) wpływ na stan pacjenta, bez względu na ich „medyczny” bądź „niemedyczny” charakter. Jeśli w konkretnym przypadku sztuczne odżywianie i nawadnianie nie przyczynia się w żaden sposób do poprawy stanu i może sprawiać dodatkowy dyskomfort, wtedy wolno z niego zrezygnować, jako z elementu terapii daremnej³⁶ na równi z wycofaniem innych środków leczniczych. Sztuczne odżywianie i nawadnianie powinno zaspokajać indywidualną potrzebę pacjentów, a nie sprowadzać się do utrzymywania prawidłowo-

³⁶ Por. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 216, 217–218.

wej wartości parametrów fizjologicznych³⁷. Trzeba jednak w tym miejscu zastrzec, że w Polsce praktyka jest nastawiona na utrzymywanie żywienia do samego końca.

Jak można sądzić, na kontrowersje wywołane przez sprawę RS w Polsce przemożny wpływ wywarła etyka katolicka uznająca żywienie i nawadnianie za formę opieki podstawowej.

4. Sprawa pacjenta RS

Wszystkie przytoczone fakty zaczerpnięto z opublikowanych fragmentów orzeczeń sądu opiekuńczego i sądu apelacyjnego. W I instancji dwukrotnie orzekał sędzia Cohen: 15 grudnia³⁸ i 31 grudnia 2020 r.³⁹; wnioski o dopuszczenie apelacji od jego decyzji rozpatrywał z kolei sąd apelacyjny w dwuosobowym składzie (sędzina King i sędzia Jackson), odpowiednio w dniu 23 grudnia 2020 r.⁴⁰ i 13 stycznia 2021 r.⁴¹ W związku z postępowaniami sądowymi w obu instancjach przeprowadzone zostały szczegółowe badania lekarskie stanu, w jakim znalazł się RS, a potwierdzające jego nieodwracalność i wyraźne pogorszenie w czasie dzielącym poszczególne orzeczenia.

4.1. Bezsporne dowody dotyczące stanu RS i rokowania

Pacjent RS, mężczyzna w średnim wieku, mieszkający z żoną i trojgiem dzieci, w dniu 6 listopada 2020 r. doznał w domu zawału serca. Zanim

³⁷ Zob. S.W. Salm, *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” 2/2000, s. 195 i 208; A. Alichniewicz, *Eutanazja...*, s. 169–170; K. Szewczyk, *Bioetyka* t. 1, s. 310.

³⁸ The Court of Protection, [2020] EWCOP 70, Case No. COP13684602, 15 December 2020, <https://www.bailii.org/ew/cases/EWCOP/2020/70.pdf> [dostęp: 17.03.2021].

³⁹ The Court of Protection, [2020] EWCOP 69, Case No. COP13684602, 31 December 2020; <https://www.bondsolon.com/media/404038/cop-judgement-31122020.pdf> [dostęp: 17.03.2021].

⁴⁰ 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> [dostęp: 17.03.2021].

⁴¹ 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> [dostęp: 17.03.2021].

udało się przywrócić krążenie, trwające co najmniej 45 minut niedotlenienie mózgu spowodowało znaczne i nieodwracalne uszkodzenie tego organu, powodujące trwałą utratę świadomości i zdolności kontaktu z otoczeniem. Od chwili zawału RS pozostawał w stanie śpiączki⁴² pod opieką lekarzy ze szpitala The University Hospitals Plymouth NHS Trust. Dnia 25 listopada 2020 r. władze szpitala wystąpiły do sądu opiekuńczego o stwierdzenie, że pacjent nie ma zdolności zadecydowania o kontynuowaniu lub zaprzestaniu terapii podtrzymującej życie, w tym sztucznej wentylacji oraz odżywiania i nawadniania (CANH)⁴³, oraz że legalne i zgodne z najlepszym interesem RS będzie zaprzestanie tej daremnej terapii, a także zapewnienie niezbędnej opieki paliatywnej mającej umożliwić mu odejście z godnością i bez niepotrzebnego cierpienia. Wniosek szpitala w pełni poparła żona pacjenta, sprzeciw zgłosiły nato-

⁴² **Śpiączka** (łac. *coma*) to patologiczny stan utraty świadomości, opisywany jako kompletna nieobecność pobudzenia i czuwania (poziom przytomności) oraz świadomości siebie czy też otoczenia (treść przytomności). Pacjenci w stanie śpiączki leżą z zamkniętymi oczami. Jest to stan pojawiający się m.in. po uszkodzeniu mózgu. Charakteryzuje się tym, że pacjenta nie da się wybudzić żadnym bodźcem dźwiękowym ani czuciowym. W zapisie EEG nie widać zmian charakterystycznych dla cyklu snu i czuwania. Podczas oceny przyłóżkowej nie można uzyskać odpowiedzi na stymulację, ale stwierdza się obecność odruchów. Trwa to zwykle od dwóch do czterech tygodni. Praktycznie zawsze po tym czasie pacjent z niej wychodzi, ale może także „wyjść” i w stan wegetatywny. Zależy to od stopnia uszkodzeń mózgu. Stan śpiączki występuje w różnym nasileniu, od mniejszego, gdy pacjent reaguje na bodźce bólowe, wykazuje niektóre odruchy obronne, a jego układ oddechowy i krążenia funkcjonują bez zakłóceń, aż po śpiączkę głęboką połączoną z brakiem reakcji na silny nawet ból, kiedy oddech i krążenie krwi stają się niewydolne. Praktycznym i powszechnie używanym narzędziem do oceny stopnia zaburzeń jest piętnastopunktowa skala Glasgow opracowana przez Jennetta i Teasdale’a (GCS – Glasgow Coma Scale), pozwalająca także na śledzenie przebiegu klinicznego zaburzeń świadomości. Wynik 3 oznacza chorego w głębokiej śpiączce, który 1) nie otwiera oczu; 2) nie wypowiada słów i 3) nie reaguje na bodźce. Możliwe jest pełne odzyskanie świadomości, ale drugą skrajnością jest śmierć mózgu. Znanych jest też kilka stanów pośrednich. Szybko udzielona pomoc powinna doprowadzić do wybudzenia po kilku godzinach, a maksymalnie po kilku dniach. Zbyt późna reakcja pociąga za sobą śmierć albo długotrwały, nieuleczalny stan śpiączki. Podstawowe procesy życiowe pacjenta wymagają wtedy wspomagania specjalistyczną aparaturą. (M. Świerkocka, J. Komendziński, *Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności*, Ann. Acad. Med. Gedan. 2013, 43, s. 149–150; R. Larsen, *Anestezjologia* t. 2, red. nauk. wyd. polskiego A. Kübler, Wrocław 2013, s. 1235–1236; *Patofizjologia kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. B. Zahorska-Markiewicz, E. Malecka-Tendera, Wrocław 2009, s. 461–463; S.A. Tisherman, R.M. Forsythe, *Intensywna terapia w ciężkich urazach*, red. nauk. wyd. polskiego W. Machała, Lublin 2015, s. 435).

⁴³ *Clinically assisted nutrition and hydration*.

miast jego matka, dwie siostry i siostrzenica (dalej nazywane „krewnymi biologicznymi”).

W chwili orzekania przez sąd opiekuńczy, ponad pięć tygodni po wypadku, stan zdrowia RS nie budził żadnych wątpliwości: pacjent leżał w śpiączce, a zajmujący się nim lekarze byli zgodni, że nigdy już nie odzyska przytomności i nie powróci do sprawności umysłowej, która pozwalałaby mu na decydowanie o sobie. Poniżej przedstawiono szczegóły dotyczące diagnozy i rokowania.

W dniu 5 grudnia 2020 r. zdalne badanie pacjenta, za pośrednictwem 45-minutowego nagrania wideo, w którym asystował doktor W, czynnie praktykujący konsultant w dziedzinie intensywnej terapii, przeprowadził doktor Dominic Bell, niezależny konsultant w dziedzinie intensywnej terapii i anestezjologii ze szpitala Leeds General Infirmary. Wyniki badania były następujące. Poza krótkimi fazami częściowego otwarcia oczu RS nie wykonywał żadnych spontanicznych ruchów. Nie reagował na swoje imię ani na głośne klaskanie w dłonie. Kiedy otwierał oczy, nie było w nich widać oznak koncentracji uwagi ani śledzenia, nie występował też odruch rogówkowy (tj. mruganie powiek wywołane stymulacją powierzchni oka). Jego mimika nie zdradzała żadnych charakterystycznych objawów mogących świadczyć o dyskomforcie lub niepokoju w reakcji na stymulację, która sprawiałaby ból osobie mającej zdolność odczuwania bodźców. Ekstremalne zginanie kończyn pacjenta nie wywołało żadnego oporu ani oznak niewygody. Zespół leczący nie był też w stanie zidentyfikować u pacjenta żadnych oznak dyskomfortu, niepokoju ani przyjemności w jakimkolwiek momencie po przyjęciu do szpitala.

Częstsze niż wcześniej otwieranie oczu sugerowało potencjalne przejście ze śpiączki do stanu wegetatywnego (VS)⁴⁴, jednak zdaniem doktora

⁴⁴ **Stan wegetatywny** (VS – Vegetative State) polega na utracie wyższych funkcji mózgu, głównie świadomości. Świadomość u pacjenta nie funkcjonuje, zachowane są tylko odruchy z rdzenia przedłużonego; organizm przejawia pewną reaktywność, lecz pozbawiony jest zmysłowego kontaktu ze światem i najprawdopodobniej zdolności myślenia. W stanie wegetatywnym pień mózgu żyje i działa, ale kora mózgowa przestaje wykazywać aktywność i spełniać swoje funkcje. Dopóki funkcjonuje pień – ciało zachowuje wszystkie odruchy. W pniu mózgu znajdują się ośrodki odpowiedzialne za utrzymanie funkcji życiowych, jak oddychanie czy praca serca, a także innych – odruchów wzrokowych

Bella pacjent ponad wszelką wątpliwość nie osiągnął jeszcze wówczas stanu wegetatywnego utrwalonego (PVS – Persistent Vegetative State), który jest uważany za nieodwracalny. W najlepszym jednak wypadku, jak prognozował doktor Bell, RS miał szanse osiągnąć dolną granicę stanu minimalnej świadomości (MCS)⁴⁵. Fakt, że po miesiącu nastąpiło

i słuchowych, przelykania, kasłania, mrugania. U pacjentów daje się obserwować spontaniczne ruchy żrenic i mimikę twarzy: ziewanie, przeżuwanie, kaszel, zgrzytanie zębami: pacjent może poruszać głową, wykrzywiać twarz w grymasy, wydawać nieartykułowane dźwięki. W przypadku bodźców bólowych wykazuje reakcje odruchowe – grymas bólu, wyprężenie ciała. Pod wpływem bodźców zewnętrznych ciało potrafi się poruszyć, oczy odwracają się w kierunku źródła hałasu, na twarzy pojawia się czasem uśmiech lub grymas rozpacz. Ale człowiek nie zdaje sobie sprawy z tego, co dzieje się z nim i wokół niego. Obecne są stany przypominające fazy snu i czuwania oraz możliwe spontaniczne reakcje kończące na bodźce. Wszystkie odruchy mają jednak charakter niezamierzony. Nie występują powtarzające się, celowe odpowiedzi na stymulację bodźcami wzrokowymi, słuchowymi, dotykowymi ani bólowymi. Pacjent w stanie wegetatywnym nie rozumie języka ani nie przejawia jego ekspresji. Może obudzić się ze śpiączki, ale nadal nie odzyskuje świadomości. Cykle czuwania są zupełnie pozbawione funkcji poznawczych, a w razie stwierdzenia trwałości i nieodwracalności tego stanu nie daje to nadziei na poprawę. Stan wegetatywny bywa nazywany przytomnością bez świadomości: pacjent wydaje się przytomny, ale bez oznak, że jest świadomy miejsca, w którym przebywa, sytuacji, obecności innych osób. Zachowane jest krążenie krwi, przemiana materii oraz termoregulacja. Pacjent może (choć nie zawsze) samodzielnie oddychać, ale nie jest w stanie przelykać pokarmu. Odżywianie odbywa się z użyciem zgłębnika gardłowego (zwanego popularnie sondą) lub dojelitowo, a nawet pozajelitowo, zaś produkty przemiany materii wymagają odprowadzania przez cewnikowanie i lewatywę. (Zob. B. Jennett, E. Plum, *Persistent Vegetative State After Brain Damage. A Syndrome in Search of a Name*, *The Lancet*, kwiecień 1972, s. 734–737; M. Świerkocka, J. Komendziński, *Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności*, s. 149–150).

⁴⁵ **Stan minimalnej świadomości** (MCS – Minimally Conscious State): pojęcie to zostało wprowadzone do terminologii medycznej w 2002 r. U pacjentów daje się zauważyć obecność elementów świadomości siebie i otoczenia. Właściwe zdiagnozowanie wymaga stwierdzenia powtarzalnych zachowań niebędących odruchowymi, np. wykonywania prostych poleceń jak poruszenie ręką, udzielanie potwierdzających lub przeczących odpowiedzi na proste pytania. Ponadto pacjent powinien być zdolny do przejawiania zrozumiałych werbalizacji oraz właściwych reakcji (uśmiech, płacz) na bodziec emocjonalny oraz braku takich reakcji bez bodźca. Pacjentów cechuje głębokie upośledzenie świadomości, ale demonstrują zdecydowane i powtarzalne cechy samoświadomości bądź integracji ze środowiskiem jak wodzenie oczami za znaną sobie osobą, mogą pojawiać się też reakcje emocjonalne na bliskie osoby – śmiech lub płacz (M. Świerkocka, J. Komendziński, *Neurologiczne aspekty zaburzeń...*, s. 150). Rozróżnia się stany określane jako MCS- (regres) i MCS+ (progres). W tym drugim pacjent może rozumieć i wykonywać proste polecenia, odpowiadać udzielając odpowiedzi „tak” lub „nie” mrugając czy wykonując gest. Często też ma tzw. odruchy obronne: gdy zbliża się do niego twarz bądź podnosi ton głosu, reaguje rozszerzeniem żrenic i przestraszonym wyrazem twarzy. Dzięki zachowanemu minimum świadomości dotyczącej własnej osoby i otoczenia istnieje możliwość prostego kontaktu słownego, gestownego lub mimicznego.

tak ograniczone wybudzenie ze śpiączki, oznaczał, że prawdopodobnie będzie można uzyskać poprawę tylko niewiele większą.

W ocenie doktora Bella szansa, że w takim stadium minimalnej świadomości pacjent będzie w stanie rozpoznać obecność drugiej człowieka, wynosi od 10 do 20%, ale nawet wtedy nie da się stwierdzić, czy jest to reakcja na konkretną osobę, czy na kogokolwiek, kto np. weźmie go za rękę, ani też czy reakcja będzie wyrażać jakąkolwiek konkretną emocję (jak niepokój, przyjemność lub cokolwiek innego). Doktor Bell miał wątpliwości, czy biorąc pod uwagę niskie rokowanie, taki stan w ogóle zostanie przez pacjenta osiągnięty. Był zdania, że nic nie przywróci RS funkcjonowania na „jakimkolwiek poziomie”. Natomiast doktor W, który wyraził opinię nieróżniącą się znacząco od stanowiska doktora Bella, prognozę kolegi uznał nawet za zbyt optymistyczną. Sam przewidywał, że RS przejdzie w stan wegetatywny i już w trakcie badania dostrzegał symptomy.

Jak zostało podkreślone, takie przejście nie ma charakteru dramatycznego ani gwałtownego, lecz płynny i stanowi część pewnego spektrum. Jeśli chodzi o oczekiwaną długość życia, to według lekarzy przy utrzymaniu obecnego leczenia pacjent mógłby przeżyć do pięciu lat lub dłużej. Po odłączeniu respiratora byłby zapewne w stanie samodzielnie oddychać, jednak w przypadku zaprzestania CANH zgon nastąpiłby w ciągu kilku tygodni.

4.2. Kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta

W opisanym wyżej stanie faktycznym sąd orzekł na podstawie kryterium najlepiej pojętego interesu (*best interests*) pacjenta niezdolnego do samodzielnego podejmowania decyzji o przebiegu swojego leczenia. Ze względu na doniosłość zagadnienia, a także jego stosunkowo niewielką znajomość w naszym kraju, uznaliśmy za stosowne omówić je bardziej szczegółowo i na tle historycznym, sięgając do słynnego wyroku Izby Lordów z dnia 4 lutego 1993 r. w sprawie Tony’ego Blanda⁴⁶.

⁴⁶ *Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] IM ER 821 HL. Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, s. 390–397. Omówienie wyroku: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Przerwanie odżywiania w stanie wegetatywnym*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii*, red. M. Safjan, Warszawa 2011, s. 417–426.

W 1989 r. siedemnastoletni wówczas Bland znalazł się w stanie wegetatywnym wskutek obrażeń poniesionych w największej stadionowej katastrofie w dziejach Wielkiej Brytanii. Po trzech latach od zdarzenia wśród lekarzy panowała zgoda, iż stan jego jest nieodwracalny (kora mózgowa pacjenta zmieniła się w masę wodnistej gęstości) oraz że jest to najgorszy ze znanych im tego rodzaju przypadków. Rodzice pacjenta zwrócili się do lekarzy o zaprzestanie podtrzymywania życia syna przez zakończenie sztucznej wentylacji, żywienia i nawadniania. Lekarze byli gotowi to zrobić, zarząd szpitala chciał jednak upewnić się co do zgodności z prawem takiej decyzji i wystąpił do sądu opiekuńczego o jej zatwierdzenie.

Zadaniem sądu w sprawie Tony'ego Blanda było rozstrzygnięcie zagadnienia ogólnego: w jakich okolicznościach – o ile kiedykolwiek – osoby mające obowiązek odżywiania pozbawionego świadomości pacjenta mogą zgodnie z angielskim prawem je przerwać, gdy nie ma nadziei na poprawę, a wiadomo, że pacjent wkrótce potem umrze. Kwestia szczególna brzmiała: czy w konkretnym przypadku Blanda lekarze prowadzący postąpiliby zgodnie z prawem, jeśli przerwali stosowanie środków podtrzymujących życie, w tym sztucznego odżywiania.

Argumentację sądów można streścić następująco. Warunkiem dopuszczalności leczenia osoby dorosłej, przytomnej i zdolnej do rozumienia sytuacji jest jej zgoda. Osoba taka ma pełną swobodę, by uchylić się od leczenia, nawet gdy bez niego umrze. Jeżeli kompetentny pacjent nie zgadza się na leczenie, lekarz musi to uszanować nawet pomimo przekonania, że pacjent obiektywnie działa na własną szkodę – i niezależnie od możliwych negatywnych skutków zaniechania leczenia. W przypadku pacjenta, który jest faktycznie niezdolny do powzięcia decyzji i wyrażenia woli, ale w przeszłości zadeklarował na wypadek takiej sytuacji sprzeciw co do leczenia lub opieki medycznej (włącznie ze sztucznym karmieniem), sprzeciw jego ma charakter wiążący. W wypadkach nagłych prawo pozwala działać bez zgody, o ile niezbędne jest podjęcie pilnych działań w interesie pacjenta, a ten jest nieprzytomny lub dezorientowany bądź z innych powodów nie może wyrazić zgody ani sprzeciwu, zanim nie będzie za późno. W takich przypadkach leczenie odbywa się nie na podstawie zgody, lecz na mocy „zasady konieczności”, którą sądy

rozszerzyły⁴⁷ na przypadki, gdy pacjent jest trwale niezdolny do podjęcia decyzji o leczeniu. Wobec tej kategorii pacjentów typowo stosowane są wysoce inwazyjne sposoby postępowania, które w innych okolicznościach mogłyby zostać zakwalifikowane jako poważne przestępstwa. Leczenie może być przeprowadzane w granicach najlepszego interesu pacjenta: „[...] musi nie tylko (1) zachodzić konieczność działania, połączona z niemożliwością porozumienia się z osobą będącą pod opieką, ale także (2) działanie musi być takie, jakie w tych okolicznościach podjęłaby rozsądna osoba kierująca się najlepszym interesem tej osoby” (Lord Goff of Chieveley w sprawie *In re F.*).

Bland był pacjentem przez dłuższy czas poddawany wysoce inwazyjnemu leczeniu, na które nie miał możliwości wyrażenia zgody (nie pozostawił też żadnych wcześniejszych dyrektyw na taką ewentualność). Sąd rozważył najpierw stosowany wówczas w większości jurysdykcji stanowych USA „test osądu zastępczego” (*substitute judgment test*), znany ze słynnej sprawy Quinlan⁴⁸. Chodzi tu zrekonstruowanie decyzji samego pacjenta, tak jak gdyby był w stanie ją sam podjąć. Koncepcja ta została jednak w sprawie Blanda oceniona przez sąd jako opierająca się raczej na spekulacjach niż na dowodach i odrzucona, bo niemająca podstawy w prawie angielskim. Zamiast tego sąd odwołał się do precedensowego rozstrzygnięcia *In re F.*, według którego pacjenta z wyłączoną kompetencją decyzyjną należy traktować według zobiektywizowanego kryterium jego najlepszego interesu.

Leczenie i opiekę medyczną sprawuje się w celu przyniesienia pacjentowi korzyści, która może polegać na postawieniu diagnozy, zapobieganiu chorobie, lub gdy ta już wystąpi, na podjęciu kroków mających ją wyleczyć albo złagodzić jej następstwa. Gdy choroba i jej skutki są nieuleczalne, leczenie powinno zapobiegać pogorszeniu stanu pacjenta lub

⁴⁷ Sprawa *In re F. (Mental Patient: Sterilisation)* [1990] 2 AC 1; *In re J. (A Minor) (Wardship: Medical Treatment)* [1991] Fam. 33.

⁴⁸ Wyrok Sądu Najwyższego Stanu New Jersey z dnia 31 marca 1976 r. (*In re Quinlan*, I, 70 NJIO; 355 A.2d 647; w 1976 N.J. LEXIS 181; 79 A.L.R. 3D 205). Zob. K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, s. 321–325. Omówienie wyroku: M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Przerwanie odżywiania w stanie wegetatywnym*, s. 405–415.

łagodzić jego ból i cierpienie. Nie każda terapia rokująca pewną skuteczność stanowi tym samym korzyść dla pacjenta. Jeśli np. u cierpiącego bóle, terminalnego pacjenta nowotworowego ujawni się inna choroba współistniejąca, która może skrócić mu życie jeszcze bardziej, wykonanie poważnego zabiegu chirurgicznego w intencji leczenia tej drugiej nie musi leżeć w najlepszym interesie owej osoby, zwłaszcza gdy operacja może odbić się negatywnie na jej jakości życia. W tych okolicznościach operowanie za wszelką cenę naruszałoby powszechne zasady humanitaryzmu.

W przeszłości sądy angielskie dokonywały już trudnych sądów wartościujących na podstawie kryterium najlepszego interesu pacjenta, wając przewidywane konsekwencje zrealizowania leczenia z jednej strony i zaniechania go z drugiej⁴⁹. W przypadku Blanda takie ważenie zostało uznane za niemożliwe. Przy kontynuowaniu leczenia i opieki pacjent przeżyłby jeszcze jakiś czas, ale niczego nie odczuwając. Jeśliby przerwać podtrzymywanie życia, również niczego by nie odczuł, a po pewnym czasie umarł. W kategoriach korzyści lub interesu pacjenta trudno jest sensownie porównywać dalsze istnienie z jego brakiem: wszak osobie pozbawionej tak funkcji poznawczych i intelektualnych, jak perspektywy ich odzyskania, jest zupełnie obojętne czy żyje, czy umrze.

Najlepszy interes pacjenta w sytuacji Blanda typowo wymaga, by podłączyć go do systemu podtrzymywania życia tak szybko, jak to konieczne, w celu dokonania dokładnej oceny jego stanu i rokowania na przyszłość. Zrazu może istnieć nadzieja, że nastąpi poprawa w stopniu pozwalającym pacjentowi na „sensowne życie”. Część pacjentów z uszkodzoną korą mózgową doznaje mniejszej lub większej poprawy, a niektórzy nawet całkowicie. Ale zdecydowana opinia lekarzy była podówczas taka, że jeśli pacjent w PVS nie wykazuje żadnych oznak polepszenia po sześciu miesiącach, a najdalej po roku – nie ma szans, by nastąpiło to kiedykolwiek. Jeśli więc ani nie dozna on poprawy wystarczającej, by odłączyć wspomaganie, ani nie umrze, ostatecznie zawsze powstanie kwestia, czy należy go pozostawić w takim stanie na czas nieokreślony.

⁴⁹ *In Re F.*

Sąd nie miał wątpliwości, że w chwili orzekania kontynuowanie opieki i leczenia nie leżało już w najlepszym interesie Blanda. Czynności te dałyby mu trwanie tylko czysto biologiczne, ale nie mogły dalej służyć jego życiu jako osoby. Jeśli pacjent doznał nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, jest trwale pozbawiony świadomości i w jednomyślnej opinii najwybitniejszych specjalistów nie ma szans na polepszenie, to dalsze podtrzymywanie jego życia jest bezcelowe. Kontynuowanie inwazyjnego leczenia byłoby uzasadnione tylko wtedy, gdyby przynosiło mu jakąkolwiek korzyść, tymczasem zarówno dalsza wegetacja dzięki sztuczному odżywianiu, jak i zgon wywołany jego przerwaniem nie wiążą się po stronie pacjenta z żadnymi odczuciami. **Sztuczne podtrzymywanie biologicznego życia jest czynnością daremną i bezużyteczną, która służy sama sobie, ale nie osobie pacjenta.** Jest ponadto wysoce inwazyjne, odbiera pacjentowi godność i prowadzi do cierpienia jego rodziny. Nadszedł czas, kiedy powstała bezpośrednio po wypadku konieczność minęła. Tym samym minęło uzasadnienie dla inwazyjnej opieki i leczenia, a po stronie lekarzy ustał obowiązek ich zapewnienia.

Kurator procesowy Blanda argumentował, że sztuczne odżywianie jest zwykłą czynnością opiekuńczą, a nie formą leczenia. Zdaniem sądu żywienie osoby w PVS nie jest jednak odpowiednikiem karmienia niemowlęcia, bo taka osoba jest nie tylko niezdolna jak niemowlę do zdobywania pożywienia, ale i do polykania, a więc jedzenia i picia w normalnym znaczeniu tych słów. Karmienie przez sondę stanowi samo w sobie procedurę wysoce inwazyjną, a jej stosowanie wymusza dodatkowo regularne lewatywy, cewnikowanie pęcherza i leczenie odcewnikowego zakażenia dróg moczowych (które powstaje przy długotrwałym cewnikowaniu). Trudno więc mówić o zwykłej opiece humanitarnej. Zachodzi tu raczej analogia do respiratora, który sztucznie wtłacza powietrze do płuc pacjenta niezdolnego do samodzielnego oddychania, więc należy stosować te same zasady oceny. Przywołane przez kuratora analogie, jakoby zaprzestanie sztuczного odżywiania było równoważne przecięciu liny wspinacza w górach lub przedziurawieniu pletwonurkowi przewodu doprowadzającego tlen, sąd uznał za nietrafne. W przypadku pacjenta w PVS nie chodzi o to, czy lekarz ma aktywnie zabić pacjenta, lecz o to,

czy powinien nadal wykonywać leczenie lub opiekę mogące utrzymać go przy życiu. Sąd ustalił, że wolno zgodnie z prawem przerwać podtrzymywanie życia i dostarczanie medycznych środków wspomagających pacjenta, a także leków, z wyjątkiem tych, które podaje się w celu umożliwienia zakończenia życia z godnością oraz jak najmniejszym bólem i cierpieniem.

Pięćosobowy skład Izby Lordów jednomyślnie utrzymał w mocy postanowienie, o które wnioskował szpital. Ze względu na skrajny charakter przypadku nie zachodziły żadne wątpliwości ani co do całkowitego zaniku wyższych funkcji mózgu, ani co do nieodwracalności tego stanu. Sędziowie zastrzegli jednak między innymi, że gdyby pacjent wykazywał choćby najdrobniejsze przebliski świadomości, tworzyłoby to „niezerowy” interes w utrzymaniu leczenia. Zwrócili też uwagę, że przerywanie sztucznego podtrzymywania życia stanowi materię właściwą raczej prawu stanowionemu, zarówno z powodu skali problemu (w Anglii było wówczas ponad 1000 pacjentów w PVS, nie licząc dotkniętych innymi chorobami wymagającymi tego typu leczenia), jak i dlatego, że za zagadnieniami prawnymi kryją się kwestie moralne, etyczne, medyczne i praktyczne, które mają fundamentalne znaczenie dla społeczeństwa.

W 2005 r. parlament brytyjski uchwalił ustawę o zdolności umysłowej (*Mental Capacity Act*), mającą na celu ochronę i wzmocnienie pozycji osób, które nie mają dostatecznych kompetencji umysłowych do podejmowania własnych decyzji dotyczących opieki i leczenia⁵⁰. Z ustawy wynika między innymi, że gdy zostanie stwierdzona konieczność decydowania w zastępstwie takiej osoby, podejmowane decyzje powinny leżeć w jej najlepszym (najlepiej pojętym) interesie. Art. 4 MCA zawiera listę przesłanek, które należy wziąć pod uwagę przy ustalaniu, na czym polega ów najlepiej pojęty interes danej osoby.

⁵⁰ MCA dotyczy osób powyżej 16. roku życia. Odnosi się zarówno do bieżących spraw życia codziennego, jak i istotnych decyzji zmieniających życie: przenosin do domu opieki, poważnej operacji czy zaprzestania leczenia podtrzymującego życie (reguluje m.in. kwestie deklaracji antycypacyjnych i podejmowania decyzji zastępczych). Obejmuje przykładowo: osoby z demencją, po udarze, z uszkodzeniem mózgu, doznające poważnych trudności w uczeniu, z zaburzeniami psychicznymi, w stanie utraty przytomności spowodowanej nagłym wypadkiem.

4.3. Orzeczenie sądu I instancji w sprawie RS

Sąd w sprawie RS przyjął wyjściowo założenie zawarte w art. 4 pkt 5 MCA: 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 najlepszego interesu pacjenta wymaga rozpatrzenia czynników zawartych w art. 4 pkt 6. Są to: a) przeszłe i obecne życzenia oraz uczucia pacjenta; b) przekonania i wartości, które prawdopodobnie wpłynęłyby na jego decyzję, gdyby zachował zdolność do czynności prawnych; oraz c) inne czynniki, które prawdopodobnie rozważyłby, gdyby był w stanie to uczynić. Dodatkowo (zgodnie z art. 4 pkt 7), jeśli jest to wykonalne i właściwe, należy uwzględnić opinie: a) każdego, kto został wskazany przez pacjenta jako osoba, z którą należy się skonsultować w tej i podobnych sprawach; b) każdego, kto jest zaangażowany w opiekę nad pacjentem lub zainteresowany jego dobrostanem⁵¹.

Zanim sędzia Cohen rozważył te ustawowe wytyczne, przywołał precedensowe orzeczenia w podobnych sprawach. Najważniejszym z nich jest orzeczenie Sądu Najwyższego w sprawie *Aintree University Hospitals NHS Foundation Trust v James & Others* [2013] UKSC 67, którego główne ustalenia zreferować można następująco. Punktem wyjścia jest domniemanie, że w najlepszym interesie danej osoby jest pozostanie przy życiu. Głęboki szacunek dla świętości życia ludzkiego, wpisany w prawo i filozofię moralności, nie stanowi jednak wartości absolutnej. Istnieją bowiem przypadki, w których terapia podtrzymująca życie nie leży w najlepszym interesie pacjenta (§ 35). Sądy bardzo niechętnie podchodzą do tworzenia ogólnych zasad podejmowania decyzji: każdy pacjent i każdy przypadek jest inny i musi być rozstrzygnięty na podstawie konkretnych okoliczności faktycznych (§ 36). Co najwyżej można więc powiedzieć, że rozważając najlepszy interes konkretnego pacjenta w określonej chwili, decydenci muszą patrzeć na jego dobro w najszerszym sensie, nie tylko medycznym,

⁵¹ MCA mówi dodatkowo w art. 4 pkt 7 o konsultacjach z każdym wyznaczonym przez pacjenta pełnomocnikiem do podejmowania decyzji zastępczych oraz wyznaczonym przez sąd kuratorem, ale w sprawie RS zapisy te nie miały zastosowania z uwagi na stan faktyczny.

ale także społecznym i psychologicznym; muszą brać pod uwagę charakter leczenia, to, co się z nim wiąże, i perspektywy jego powodzenia; muszą rozważyć, jaki może być wynik tego leczenia dla pacjenta; muszą spróbować postawić się na miejscu indywidualnego pacjenta i zapytać, jakie jest lub może być jego nastawienie do tego leczenia; oraz muszą skonsultować się z innymi osobami, które opiekują się nim lub są zainteresowane jego dobrem, w szczególności w celu uzyskania ich opinii na temat tego, jakie byłoby jego nastawienie” (§ 39). Test najlepszego interesu ma na celu rozważenie spraw z punktu widzenia pacjenta. Nie oznacza to, że jego życzenia muszą przeważać, podobnie zresztą nie muszą przeważać życzenia pacjenta w pełni zdolnego do podejmowania decyzji. Nie zawsze bowiem możemy mieć to, czego chcemy. Nie zawsze też da się ustalić, jakie są życzenia pacjenta niezdolnego do życia bez wspomagania. Nawet jeśli możliwe jest ustalenie, jakie były jego poglądy w przeszłości, mogły one ulec zmianie w świetle stresu i napięć związanych z jego obecną sytuacją (§ 45).

Z kolejnego przytoczonego precedensu (*Salford Royal NHS Foundation Trust v. P* [2017] EWCOP 23, § 29) wynika, że „sąd ma obowiązek w pełni zbadać i rozważyć wartości i przekonania pacjenta, jak również wszelkie poglądy wyrażone przezeń wtedy, gdy miał zdolność decyzyjną, a które mogą rzucić światło na prawdopodobny wybór, jakiego by dokonał, a także czynniki, które uznałby za istotne lub ważne. (...) Jeżeli poglądy pacjenta można ustalić z wystarczającą pewnością, należy się do nich co do zasady zastosować (...) lub okazać im duży szacunek (...), chociaż nie są one automatycznie rozstrzygające. Jeżeli decyzja, którą podjąłby, a więc jego życzenia w tak bardzo osobistej kwestii, mogą być ustalone z wystarczającą pewnością, powinny one generalnie przeważać nad bardzo silnym domniemaniem na rzecz zachowania życia. (...) «świętość życia» lub «istotna wartość życia» mogą zostać obalone (...) na podstawie przekonująco wyrażonego życzenia kompetentnej osoby dorosłej”.

Następnie sąd odniósł się krytycznie do przedstawionego przez doktora Bella poglądu co do prognozy „znaczącej jakości życia”, dając w ten sposób wyraz przekonaniu, że ten w niedopuszczalny sposób wyrwał się

przed szereg. Sędzia⁵² odrzucił tym samym postulowaną triadę kryteriów: 1) aby dana osoba miała świadomość środowiska i własnego istnienia albo realistyczną perspektywę odzyskania takiej świadomości; 2) aby ta osoba czerpała przyjemność z niektórych aspektów swojego życia w stopniu, który nie byłby przesłonięty przez oczywisty dyskomfort lub niepokój; oraz 3) aby ta osoba była w stanie konsekwentnie komunikować w jakiś sposób uczucia przyjemności lub dyskomfortu. Sąd przyjął do wiadomości wynikające stąd zapatrywanie, że RS nigdy nie spełni żadnego z wymienionych warunków, przez co nie osiągnie znaczącej jakości życia, powątpiewał jednak, dokąd mogłoby one sąd zaprowadzić. O wyniku sprawy nie decyduje bowiem to, że doktor Bell, zespół leczący czy nawet sąd mogą uważać życie za pozbawione sensownej jakości. Zadeklarował również, że na jego decyzję w tej sprawie nie wpłynie (równie niewczesna) wypowiedź doktora W o cierpieniu, jakie zespołowi leczącemu sprawia utrzymywanie przy życiu pacjenta bez perspektyw na znaczące wyzdrowienie.

Poczyniwszy te zastrzeżenia, sędzia Cohen rozważył kolejno kryteria ustawowe. Rozpoczął od kluczowej kwestii, czy RS wyraził możliwy do ustalenia pogląd, jak chciałby być leczony w zaistniałych warunkach. Okazało się, że pacjent nigdy nie wypowiedział życzeń w tej sprawie. Jego poglądy muszą zostać zatem wywnioskowane z tego, co mówił innym o sytuacjach, które mają jakiś związek z obecną. Sąd skonstatował przy tym głęboki rozdzwiek w rodzinie pacjenta, który pojawił się w ciągu ostatniej dekady, a w rzeczywistości prawdopodobnie jeszcze przed ślubem RS z jego obecną żoną około 17 lat wcześniej. Kwestia dotyczyła wiary religijnej RS, przestrzegania przezeń doktrynalnych zasad religii katolickiej i ich zastosowania w tych okolicznościach.

Według relacji krewnych biologicznych pacjent żywił głębokie przywiązanie do cierpiącej na chorobę Alzheimera matki oraz do chorego na raka ojca i jasno wyrażał opinię, że powinni oni być otoczeni opieką

⁵² Rozstrzygnięcia brytyjskie sformułowane są konsekwentnie w pierwszej osobie. Akcentuje to bardziej doradczy niż autorytarny sposób orzekania: sąd przedstawia się stronom raczej jako przyjazny rozjemca, a nie organ władczy. Na potrzeby omówienia sprawy stylistyka wypowiedzi została przetransponowana na wzór przyjętej w polskim wymiarze sprawiedliwości.

i mieć szansę przeżycia. Deklarował także sprzeciw wobec rozstrzygnięcia szeroko opisywanego w Anglii przypadku małego dziecka urodzonego z poważnymi wadami, wobec którego podjęto decyzję o przerwaniu leczenia⁵³. Krewne utrzymywały, że RS był religijnie konserwatywnym przeciwnikiem aborcji (nawet w przypadku „nienarodzonego dziecka, które może być poważnie chore”) i eutanazji. Martwił się też niemożnością unieważnienia poprzednich kościelnych małżeństw swojego i obecnej żony, z którego to powodu nie mógł przyjmować sakramentu komunii św., co świadczyć ma o szczerym przywiązaniu do katolicyzmu. Wynika stąd, że nie chciałby zakończyć życia, jeśli mogłoby ono być podtrzymane, a w jego sposobie myślenia świętość życia przeważałaby nad wszystkimi innymi czynnikami. Zdaniem krewnych na podjęcie decyzji o zaprzestaniu podtrzymywania życia jest za wcześnie. Na poparcie swojego twierdzenia przywołały wytyczne w sprawie przedłużonych zaburzeń świadomości po nagłym urazie mózgu wydane przez Radę Resuscytacji i Królewskie Kolegium Lekarskie.

Sąd zapoznał się z odpowiednimi fragmentami wytycznych Kolegium i stwierdził, że są one przeznaczone dla pacjentów pomyślnie rokujących, którzy mają lub mogą mieć zdolność powrotu do zdrowia. Gdy nie ma pewności co do charakteru urazu, mogą one stanowić wartościowy test, jednak nie dotyczy to ogromnej większości pacjentów dotkniętych katastrofalnym uszkodzeniem mózgu, którzy nie wykazują żadnych oznak postępu w ciągu pięciu dni, nie mówiąc już o braku znaczącego powrotu do zdrowia w czasie wynoszącym w chwili orzekania ponad pięć tygodni. Z aktualnych wytycznych Rady Resuscytacji wynika jasno, że w ciągu pięciu tygodni możliwe jest obecnie postawienie prognozy o cechach pewności. Gdy po tak poważnym urazie jak u RS nie następuje poprawa, lekarze nie zlecają już szeregu inwazyjnych badań. W ocenianym przypadku w świetle przedstawionego rokowania dalsze badania nie są potrzebne. Sąd w pełni zaakceptował opinie doktora Bella i doktora W. Wytyczne Kolegium nie są przeznaczone dla osób, które pozostają w śpiączce przez ponad miesiąc po zdarzeniu.

⁵³ Przymuszcza się, że chodzi o sprawę Alfiego Evansa.

Sąd ustalił ponadto, że relacje między RS a jego krewnymi biologicznymi były w ostatnim czasie mało intensywne. Pacjent od mniej więcej 2011 r. nie widział się w ogóle z mieszkającymi w Anglii siostrą i jej dziećmi, a kontakty z matką i siostrą w Polsce ograniczały się do nieczęstych rozmów telefonicznych i sporadycznych odwiedzin przy okazji wyjazdów wakacyjnych.

Następnie sąd przesłuchał obecną żonę RS. Zeznała ona, że jej mąż był człowiekiem bardzo „rodzinnym” i nic nie sprawiało mu większej przyjemności niż przebywanie z bliskimi, których uważał za najważniejsze osoby w swoim życiu. Był wprawdzie religijny i w miarę możliwości chodził do kościoła, ale nie oznaczało to, że ściśle przestrzegał wszystkich zasad wiary. Rozwiódł się i ożenił po raz drugi z rozwódką, a pożycie rozpoczęli jeszcze przed ślubem cywilnym. Jako że zaangażowanie matki i sióstr w jego życie było w ciągu ostatniej dekady mocno ograniczone, przedstawiona przez nie wersja zapatrywań męża była dla żony „szczególnie trudna” do przyjęcia.

Żona RS przywołała słowa męża, że w razie poważnej choroby nie chciałby stanowić dla nikogo ciężaru. Jej zdaniem nie chciałby on także, aby jego dzieci widziały go w obecnym stanie, ale żeby pamiętały go jako osobę sprawną. Zapamiętała jego słowa, że każde życie jest cenne i że trzeba się go trzymać, a także że gdyby coś mu się stało, chciałby, aby podjęto wszelkie kroki w celu ratowania go. Jeśli by nie dało się go jednak uratować, nie chciałby być na siłę utrzymywany przy życiu. Nie uważałby zaprzestania leczenia za odebranie życia. Powiedziała też, że ona i dzieci pożegnali się z nim po tygodniu, gdy stało się jasne, że nie ma szans na jakąkolwiek poprawę, i że ta sytuacja była dla nich wielką udręką, a dzieci nie mogły zrozumieć, dlaczego jeszcze trwa. Według niej minimalny powrót do zdrowia, który uzasadniałby utrzymanie RS przy życiu, to taki, w którym mógłby on wchodzić w interakcje z nią i dziećmi, nawet tylko ściskając ich dłonie lub poruszając palcem, aby potwierdzić ich obecność. Mówiła, że w głębi serca wie, że mąż nigdy nie chciałby być utrzymywany w swoim obecnym stanie i że chciałby, aby jego dzieci pamiętały go nie takim, jakim jest teraz, ale takim, jakim był przed wypadkiem.

Sąd doszedł do przekonania, że życzenia RS da się ustalić na podstawie zeznań jego żony. Przytoczoną przez nią wypowiedź, że nie chce być utrzymywany przy życiu, jeśli nie dałoby się go wyleczyć, i że nie chciałby być ciężarem, jeśli poważnie zachoruje, sąd uznał za wyrażenie życzenia, by nie być utrzymywanym przy życiu w stanie, który nie daje mu możliwości uzyskania jakiegokolwiek przyjemności i który jest jednocześnie przykry dla żony i dzieci. Relację żony sąd uznał za bardziej wiarygodną dlatego, że towarzysząc mu przez ostatnie dekady знаła go lepiej niż ktokolwiek inny. Zdaniem sądu żywione przez RS przekonania religijne nie wystarczą do podważenia jego poglądów, które zrelacjonowała żona; nie ma także powodu by podejrzewać, że żona w niedopuszczalny sposób te poglądy przekłamała. Posiadanie przez RS przekonań religijnych nie oznacza, że uważałby on swoją obecną sytuację za akceptowalną ani że chciałby być sztucznie utrzymywany przy życiu w śpiączce, w utrwalonym stanie wegetatywnym albo w stanie minimalnej świadomości. Sąd ze swej strony przywiązuje dużą wagę 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 on życzenia swojej żony i dzieci oraz wpływ, jaki wywiera na nich jego stan (olbrzymi smutek i wspomnienie RS inne, niż on sam by sobie tego życzył).

Sąd musiał rozważyć następujące rozbieżne i konkurujące ze sobą czynniki (jak zaznaczył, poniższe ich uszeregowanie nie jest tożsame z przypisaniem im relatywnej wagi):

- 1) perspektywy uzyskania życia mogącego przynieść RS jakiegokolwiek pozory przyjemności, które są raczej niewielkie;
- 2) świętość życia obejmującą przekonania religijne;
- 3) równowagę między przyjemnością a przykrością oraz przedstawione przez doktora Bella dowody, że pacjenci z bardzo ograniczoną zdolnością do okazywania jakichkolwiek emocji częściej odczuwają i okazują przykrość niż przyjemność;
- 4) poglądy innych bliskich i drogich pacjentowi osób, a w szczególności tych najbliższych i najdroższych: żony i dzieci;

- 5) poglądy samego RS, tak dalece, jak sąd był je w stanie je ustalić – ten właśnie czynnik sąd uznał za najważniejszy ze wszystkich, które wziął pod uwagę.

Wszystkie one zostały przez sąd zważone na szali najlepszego interesu RS. Całkowicie nieistotne jest to, czego w podobnych przypadkach mogliby sobie życzyć inni ludzie. Sąd uznał, że gdyby w obecnej sytuacji RS był w stanie podjąć decyzję w swoim imieniu, z pewnością nie życzyłby sobie przedłużenia życia, i to właśnie leży w jego najlepszym interesie. Szpitalowi i żonie RS sędzia pozostawił wspólne podjęcie decyzji, czy należy także zaprzestać nawadniania, zaznaczając, że w tym punkcie orzeczenie ma charakter bardziej pozwalający niż zobowiązujący.

4.4. Postępowanie odwoławcze w sprawie RS

Po ogłoszeniu wyroku RS został odłączony od respiratora, jednak zgodnie z przewidywaniami lekarzy podjął samodzielne oddychanie. Przy podejrzeniu zapalenia płuc przepisano mu antybiotykoterapię, a po zaprzestaniu odżywiania i nawadniania otrzymywał morfinę oraz środki uspokajające. Zespół leczący regularnie monitorował stan jego zdrowia, wykonując m.in. badania EEG.

Żona i dzieci pacjenta w pełni zaakceptowały decyzję sędziego Cohena. Sprzeciw zgłosiły natomiast krewnie biologiczne, w których imieniu występowała siostrzenica RS. Jednak jej wniosek z dnia 18 grudnia 2020 r. o zezwolenie na wniesienie apelacji opartej na rzekomych błędach proceduralnych sądu I instancji został odrzucony jako oczywiście bezzasadny przez sąd apelacyjny w dwuosobowym składzie orzekającym w dniu 23 grudnia 2020 r. Skarżąca nie zakwestionowała ani wyników badań lekarskich i prognozy RS, ani też faktu oparcia decyzji sędziego na danych medycznych. Twierdziła natomiast, że sąd I instancji niewystarczająco uwzględnił katolickie przekonania RS, w świetle których o końcu życia powinien decydować nie człowiek, lecz Bóg. Sąd apelacyjny uznał jednak, że w I instancji z należytą wnikliwością i starannością rozważono religijne poglądy pacjenta oraz że właściwie uwzględniono je przy wydaniu decyzji o zaniechaniu leczenia; dalsze zajmowanie się tą kwestią nie wniosłoby do sprawy żadnych nowych okoliczności, a ponadto niepotrzebnie

przedłużałoby leczenie, które nie leży w najlepszym interesie RS. Sąd nie przychylił się także do subsydiarnych zarzutów adwokata reprezentującego krewne biologiczne, jakoby sąd I instancji dopuścił się nieprawidłowości proceduralnych w związku z trybem przesłuchania żony pacjenta.

Nie uzyskawszy zgody sądu II instancji na wniesienie apelacji, krewne biologiczne złożyły w dniu 27 grudnia 2021 r. wniosek do sądu opiekuńczego o uchylenie decyzji z 15 grudnia. Zmieniły przy tym całkowicie taktykę: zamiast wskazywać błędy proceduralne postanowiły podważyć ocenę stanu zdrowia i rokowań RS, w oparciu o które zapadła pierwsza decyzja sędziego Cohena. Domagały się powołania kolejnego biegłego mającego zbadać RS i przyjęcia, że w najlepszym interesie pacjenta leży utrzymanie CANH, a także wydania zarządzenia o przewiezieniu go w celu dalszego leczenia do Polski. Sędzia Cohen oddalił wszystkie te żądania postanowieniem z dnia 31 grudnia 2020 r. Krewne biologiczne postanowiły się od niego odwołać, ale ich wniosek o zezwolenie na apelację został przez sąd apelacyjny (w tym samym dwuosobowym składzie) oddalony jako oczywiście bezzasadny w dniu 11 stycznia 2021 r.; uzasadnienie podano do wiadomości w dniu 13 stycznia 2021 r. Sąd uznał, że podnoszone w apelacji zarzuty są bezprzedmiotowe, a decyzja sądu I instancji jest słuszna i zgodna z prawem.

Nie poprzestając na walce przed sądami brytyjskimi, krewne biologiczne usiłowały przenieść sprawę RS na forum Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. W dniu 24 grudnia 2020 r. złożyły do ETPC wniosek o zastosowanie środków tymczasowych; podobny został złożony przez Rząd Rzeczypospolitej Polskiej. Oba one zostały przez Trybunał odrzucone – odpowiednio w dniach 24 i 28 grudnia 2020 r. W dniu 28 grudnia 2020 r. krewne biologiczne złożyły do ETPC skargę merytoryczną. W dniu 7 stycznia 2021 r. została ona uznana za niedopuszczalną i w tym samym dniu odrzucono ich drugi wniosek o zastosowanie środków tymczasowych.

Burzliwy przebieg postępowania sądowego miał bardzo inwazyjne i dolegliwe skutki dla leczenia RS. Po zawale serca przebytym w dniu 6 listopada 2020 r. otrzymywał CANH i wentylację mechaniczną do 16 grudnia, kiedy to w konsekwencji pierwszej decyzji sędziego Cohena zostały one

wycofane. CANH zostało jednak przywrócone już 18 grudnia po złożeniu przez siostrzenicę pacjenta wniosku o zezwolenie na apelację. Ponownie wycofano je 24 grudnia po oddaleniu wniosku przez sąd apelacyjny. Zostało jednak przywrócone już 28 grudnia, po złożeniu wniosku przez pozostałą część rodziny biologicznej, a ponownie wycofane 7 stycznia 2021 r., kiedy wygasło postanowienie o wstrzymaniu postępowania, wydane przez sędziego Cohena w związku z merytoryczną skargą do ETPC. Następnie CANH przywrócono 11 stycznia, w związku z kolejnym wnioskiem krewnych biologicznych o zezwolenie na apelację, aby ostatecznie wycofać je po odmownej decyzji sądu apelacyjnego 13 stycznia 2021. I tak, mimo że sądy od początku konsekwentnie uznawały kontynuację CANH za nieleżącą w najlepszym interesie RS, w toku postępowania wszczętego przez krewnie biologiczne musiano je przywracać aż trzykrotnie na przestrzeni zaledwie czterech tygodni, co zdaniem sądu apelacyjnego wiązało się z głębokim naruszeniem godności pacjenta, a także z cierpieniem jego żony i dzieci.

Zreferujemy teraz przebieg wydarzeń towarzyszących postanowieniu sędziego Cohena z 31 grudnia 2020 r. oraz nieudanej próbie wniesienia apelacji, która zakończyła się orzeczeniem z 3 stycznia 2021 r. Otóż po pierwszej odrzuconej apelacji (23 grudnia) krewnie biologiczne poprosiły żonę RS o umożliwienie im złożenia wizyty pożegnalnej w szpitalu, na co ta wyraziła zgodę. W dniu 25 grudnia siostrzenica RS w towarzystwie swej matki i brata udała się do szpitala. Tam zostali oni przyjęci przez doktora W (konsultanta intensywy) i jego kolegę, którzy pełnili dyżur bożonarodzeniowy. Obaj lekarze zadeklarowali gotowość rozmowy z krewnymi RS w dniu 25 lub 26 grudnia, jeśli wyraziliby oni takie życzenie, jednak propozycja pozostała bez odzewu. Zamiast tego biologiczni krewni RS uciekli się do podstępu.

Nie informując o tym ani władz szpitala, ani lekarzy zajmujących się RS, ani jego żony, skonsultowali się oni przed wizytą w szpitalu z doktorem Patrickiem Pullicino, doświadczonym neurologiem i zarazem katolickim księdzem. W porozumieniu z doktorem i zgodnie z udzielonymi przezeń wskazówkami wykorzystali „pożegnalną” wizytę do potajemnego sfilmowania RS w celu uzyskania danych do nowej ekspertyzy

lekarskiej. Jak następnie wytknął w swojej decyzji sędzia Cohen, było to postępowanie podstępne, uwłaczające żonie RS i zespołowi leczącemu, niezgodne z prawem i naruszające prawa zarówno RS, jak i placówki medycznej.

Mimo sporej konsternacji wywołanej postępowaniem krewnych RS sędzia Cohen postanowił jednak – z uwagi na ciężar gatunkowy sprawy RS – wysłuchać zeznań doktora Pullicino, który usiłował postawić diagnozę na podstawie dziesięciu krótkich nagrań wideo trwających łącznie mniej niż trzy minuty (najdłuższy klip liczył zaledwie 41 sekund). Lekarz ów twierdził m.in., że RS znajduje się w stanie minimalnej świadomości, ponieważ okazuje jakoby „wyraźną reakcję emocjonalną na obecność członków rodziny” (których wszakże, jak zauważył sędzia Cohen, nie widział od prawie dekady!), oraz że „ma on 50% szansy na samodzielność w swoim własnym domu”. Po zapoznaniu się z nagraniami, pokazaniu ich doktorom W i Bellowi, którzy zanegowali rozpoznanie doktora Pullicino, oraz po przesłuchaniu tego ostatniego sędzia Cohen całkowicie odrzucił jego zeznania i nie przypisał im żadnej wagi. Uznał bowiem, że sporządzając swoją opinię, doktor Pullicino nie oparł jej na żadnych realnych faktach. W szczególności nie zapoznał się on z dokumentacją leczenia RS, nie skonsultował się z żadnym z członków zespołu leczącego, nie znał wyników badania rezonansem magnetycznym i EEG, nie przeczytał orzeczeń sądowych ani akt sprawy, lecz tylko w całości oparł się na niezweryfikowanej w jakikolwiek sposób ustnej relacji siostrzenicy RS. Ponadto nie przeprowadził prawidłowo zorganizowanego badania pacjenta, poprzestając na amatorskich nagraniach wideo, a w trakcie przesłuchania przez sąd unikał niewygodnych dla siebie odpowiedzi i niefrasobliwie kluczył.

Za bardziej wiarygodne sędzia uznał wyniki kolejnych badań przeprowadzonych w dniu 29 grudnia 2020 r. przez doktorów W i Bella z pomocą żony RS, a następnie – niezależnie od nich – przez neurolożkę doktor A, której także asystowała żona RS.

Po wykonaniu badania wideo (nagrania dokonano za zgodą żony RS i władz szpitala) oraz po zdalnej konsultacji z doktorem W i zespołem multidyscyplinarnym (w tym z pielęgniarką i fizjoterapeutami) doktor Bell

poinformował, że **RS pozostaje obecnie w stanie wegetatywnym**, bez jakichkolwiek dowodów na progresję w spektrum przedłużonych zaburzeń świadomości w kierunku MCS. Zostało to potwierdzone zapisem EEG z dnia 29 grudnia 2020 r., który wykazał brak aktywności mózgu w odpowiedzi na różne rodzaje stymulacji. Potwierdza to brak korowego przetwarzania informacji przez mózg. Doktor Bell stwierdził, że upływ czasu jeszcze bardziej zmniejszył szansę RS na osiągnięcie stanu minimalnej świadomości, którą po badaniu z dnia 5 grudnia oszacował na zaledwie 10–20%. Wprawdzie RS wykazuje zwiększone oznaki czuwania, ale jest to tylko wynik ustępowania obrzęku mózgu, co pozwala niektórym z bardziej odpornych jego części funkcjonować w miarę przechodzenia RS ze stanu śpiączki do wegetatywnego. Nie oznacza to odzyskania funkcji poznawczych ani zdolności do komunikacji i okazywania emocji. Nie ma nic, co przemawiałoby za pozostawieniem na rozstrzygnięcie więcej czasu. Osiem tygodni to zdaniem doktora Bella wystarczająco dużo, by móc podać rokowanie w przypadku tak poważnego urazu. Niestety, stan RS uległ pogorszeniu zamiast się poprawić.

Doktor W podkreślił, jak ważna jest trajektoria zmiany stanu RS, o której doktor Pullicino nie miał pojęcia, opierając się jedynie na ustnych informacjach pochodzących od siostrzenicy pacjenta. RS przeszedł ze stanu śpiączki do wegetatywnego, co wyjaśnia nieco zwiększony poziom aktywności organizmu, ale nie osiągnął żadnego z kryteriów świadczących o choćby minimalnej świadomości. Doktor W wyraził także duże zaniepokojenie bólem i cierpieniem, jakie stosowane leczenie, w przeciwieństwie do opieki paliatywnej, może powodować u RS, oraz że istnieją dowody takiego bólu relacjonowane przez osoby, które powróciły do zdrowia po urazach mniej poważnych niż uraz RS. Jego zdaniem nie nastąpiła żadna istotna zmiana, a jego opinie, które od początku były mniej optymistyczne niż poglądy doktora Bella w dniu 9 grudnia 2020 r., niestety okazały się słuszne. Pod każdym względem zgodził się z doktorem Bellem, że nie ma żadnych szans na pozytywne zakończenie sprawy RS. Także opinia neurołożki doktor A nie pozostawiała żadnych wątpliwości co do stanu pacjenta: RS nie reagował na bodźce wzrokowe ani bólowe, wykonując jedynie mimowolne drgania.

W obliczu powyższych dowodów sąd opiekuńczy nie miał wątpliwości, iż u RS nie nastąpiła poprawa i nie ma podstaw do zmiany poprzedniej decyzji, że leczenie podtrzymujące życie nie leży w jego najlepszym interesie.

Następnie sędzia Cohen w obecności wicekonsula polskiej ambasady ustosunkował się do wniosku krewnych biologicznych o przewiezienie RS do Polski. Odczytał korespondencję otrzymaną z polskiego Ministerstwa Spraw Zagranicznych i polskiego Ministerstwa Sprawiedliwości, które zaoferowały transport oraz leczenie i opiekę w kraju pochodzenia RS. Podziękował wicekonsulowi, który zwrócił się do sądu, wyrażając gotowość Polski do udzielenia wszelkiej pomocy. „Bez wahania” odrzucił jednak sugestię, że RS powinien zostać przeniesiony za granicę, opierając się na opinii doktora W, którego zdaniem wielogodzinna podróż obciążona znacznym ryzykiem śmierci w czasie transportu jest przedsięwzięciem zbyt ryzykownym i wiąże się z dużo większym dyskomfortem niż pielęgnacja w szpitalnym łóżku. Nie ma przy tym żadnych gwarancji, że za granicą – nawet gdyby leżało to w najlepszym interesie RS – dałoby się zapewnić leczenie lub opiekę lepszą niż w Wielkiej Brytanii. Ponadto „jest nie do pomyślenia”, że pacjent miałby być przeniesiony wbrew woli żony i dzieci.

Sędzia Cohen zgodził się jednak zawiesić wydanie postanowienia o zaprzestaniu CANH do 7 stycznia 2021 r., aby umożliwić rozpatrzenie przez ETPC wniosku krewnych biologicznych. Mimo że w ten sposób postępowanie zostało skutecznie zakończone, Charles Foster, reprezentujący podówczas rodzinę biologiczną adwokat, wystąpił z nieformalnym wnioskiem o sporządzenie kolejnego raportu medycznego. Jego postulaty zostały odrzucone z uzasadnieniem, że będące w dyspozycji sądu opinie lekarskie są wystarczające. W dniu 7 stycznia 2021 r. ETPC uznał skargę za niedopuszczalną i nie przyznał żadnego środka tymczasowego. Tym samym CANH zostało ponownie wycofane.

W dniu 8 stycznia 2021 r. krewnie biologiczne RS zwróciły się do pana Bogle’a, trzeciego już z kolei prawnika mającego ich reprezentować w sprawie, który w niedzielę 10 stycznia o godzinie 2.45 w nocy, poza normalnymi godzinami urzędowania sądu, złożył do sędziego dyżurnego

wniosek o ponowne zawieszenie wykonania postanowienia o zaprzestaniu CANH. Podstawą faktyczną była zmiana opinii przez doktora S, konsultującego wcześniej przypadek RS polskiego lekarza. Postanowienie sędziego Cohena zostało zawieszono do czasu, gdy sprawa będzie mogła zostać przedstawiona sądowi apelacyjnemu, co nastąpiło o godz. 14.00 tego samego dnia.

Doktor S, konsultant neurochirurgiczny z Polski, został zaangażowany w sprawę przez krewne biologiczne RS. W dniu 21 listopada 2020 r. odbył zdalną konsultację przypadku z doktorem W, podczas której omówiono historię choroby i progresję wyników badań od czasu przyjęcia RS do szpitala. Doktor W udostępnił ekran z obrazami pochodzącymi z badania rezonansem magnetycznym i tomografem komputerowym, a także szczegółowo opisał wyniki badań EEG i SSEP (udostępnienie zapisów nie było możliwe ze względów technicznych). W sporządzonej notatce doktor W uznał rozmowę z polskim kolegą za „bardzo konstruktywną” i wyraził pogląd, że opinia doktora S będzie zgodna z prognozą lekarzy angielskich.

Doktor S sporządził dla zleceniodawczyń w dniu 6 grudnia 2020 r. trzystronicowy raport. Określił w nim ogólne rokowanie jako „raczej złe” i wyraził opinię, że „badania diagnostyczne zostały wykonane *in extenso*, a kluczowe dla rokowania dane zostały już dostarczone”. Jednak krewne nie ujawniły tego raportu sądowi aż do momentu złożenia wniosku poza godzinami urzędowania 11 stycznia 2021 r., czyli pięć tygodni później. Zdaniem sądu apelacyjnego „bez wątplenia” powodem było to, że raport w pełni zgadzał się z ustaleniami lekarzy prowadzących i doktora Bella i w konsekwencji już na pierwszej rozprawie przed sędzią Cohenem dowody medyczne nie zostały podważone, a sąd zajmował się wyłącznie kwestią życzeń i uczuć RS.

W nieformalnym wniosku o zezwolenie rodzinie na zaangażowanie innego lekarza nie podano żadnego nazwiska. Okazało się, że siostrzenica RS odbyła 2 stycznia 2021 r. rozmowę wideo z doktorem S, podczas której pokazała mu wykonane w Boże Narodzenie nagrania ze szpitala. Następnie doktor S sporządził drugi list, datowany na 6 stycznia, który siostrzenica RS otrzymała 8 stycznia. W tym samym dniu

doktor S skontaktował się ze szpitalem w Plymouth z prośbą o zbadanie RS. W świetle decyzji sądu szpital nie był władny, by wyrazić na to zgodę. Tymczasem pismo doktora S z 6 stycznia nie zostało ujawnione ani szpitalowi, ani adwokatowi z urzędu, mimo trwającej korespondencji mailowej na temat stanu RS, a zamiast tego zostało po raz pierwszy wykorzystane dla poparcia wniosku złożonego 11 stycznia 2021 r. poza godzinami urzędowania.

Z pisma tego wynika, że doktor S, opierając się jedynie na relacji siostrzenicy RS oraz nagraniach wideo, zamierzał zdiagnozować poprawę stanu RS w kierunku MCS. Wydaje się, że nie znalazł on (ponieważ nie został o tym poinformowany ani o to nie poprosił) istotnych dowodów medycznych ani szczegółowych ustaleń sądu, które doprowadziły do wniosków przeciwnych.

W apelacji skarżący podnieśli następujące zarzuty. Po pierwsze, zastosowana przez sędziego Cohena podczas rozprawy procedura nie zapewniła równości stron i uniemożliwiła należyte zbadanie zmiany stanu zdrowia i rokowania u RS. Sąd oparł się na dowodach medycznych przedstawionych przez biegłych powołanych przez szpital i pełnomocnika z urzędu, ale odmówił krewnym pacjenta zgody na powołanie własnego biegłego, który powinien uzyskać dostęp do dokumentów sprawy i je prześledzić, przeprowadzić badanie RS, zapoznać się z wynikami testów i omówić sprawę z zespołem klinicznym. Doktor Pullicino nie mógł tego wszystkiego zrobić, a zatem krytyka jego zeznań jest niesprawiedliwa. W tych okolicznościach rozstrzygnięcie przez sędziego kwestii merytorycznych było przedwczesne.

Po drugie, sędzia popełnił błąd w ustaleniach faktycznych, stwierdzając, że u RS nie nastąpiła poprawa i nie ma podstaw do zmiany pierwotnej decyzji. W czasie pierwszej rozprawy dowody medyczne wskazywały, że RS przechodził ze stanu śpiączki do wegetatywnego, jednak w czasie drugiej doktorzy W i Bell uznali, że RS znajduje się w stanie wegetatywnym, podczas gdy dr Pullicino uznał, że wydaje się on przechodzić do stanu minimalnej świadomości. Niezależnie od tego, który z dowodów zostanie przyjęty, wyraźnie oznacza to znaczącą poprawę stanu neurologicznego RS i, co najmniej, pełne przejście ze śpiączki do stanu wegetatywnego.

Po trzecie, z uwagi na zmianę stanu neurologicznego RS sędzia powinien był zarządzić przeprowadzenie nowych badań medycznych.

Po czwarte, zaprzestanie odżywiania i nawadniania osoby zdolnej lub potencjalnie zdolnej do odczuwania bólu i cierpienia jest sprzeczne z art. 2 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka. W świetle orzecznictwa ETPC jest to dopuszczalne tylko w przypadku osób w VS, które w związku z tym nie mają świadomości, w tym świadomości bólu.

Wreszcie, po piąte, sędzia Cohen nie uzasadnił ani nie dowiódł w wystarczający sposób, że zaproponowane przez polski rząd przeniesienie do polskiego szpitala nie leżało w najlepszym interesie RS, ponieważ 1) stwierdzenie, że podróż byłaby „głęboko niekomfortowa dla RS”, jest przewrotne jako logicznie niespójne z faktem, że RS znajduje się w śpiączce lub przechodzi w VS; 2) stwierdzenie znacznego ryzyka śmierci podczas transportu nie ma odpowiedniej podstawy dowodowej; oraz 3) nie było dowodów na to, że przewiezienie RS do Polski byłoby sprzeczne z wolą jego żony i dzieci.

Sąd apelacyjny uznał wszystkie zarzuty podniesione w apelacji za bezpodstawne. Co do pierwszego, to zgodnie z przepisami sąd ma prawo kontrolować wprowadzanie dowodów z opinii biegłych i ma obowiązek ograniczyć ich dopuszczalność do tego, co jest niezbędne, aby pomóc sądowi w dokonaniu rozstrzygnięcia. Wyznaczony przez sąd biegły podlega przede wszystkim sądowi. Przestrzeganie procedury ma szczególne znaczenie w postępowaniach o dużym ciężarze gatunkowym. W niniejszej sprawie sąd prawidłowo zarządził uzyskanie dowodów z opinii niezależnych biegłych, zezwalając adwokatowi z urzędu na zamówienie opinii u doktora Bella, biegłego o uznanej pozycji. Zlecenia dodatkowych ekspertyz nie zasugerowano żadnej ze stron rodziny RS: ani krewnym biologicznym, ani żonie.

Zarzut niesprawiedliwego potraktowania dowodów przedstawionych przez doktora Pullicino jest bezdyskusyjnie niesłuszny. Dowody te, mimo że uzyskane w wyniku godnego pożałowania podstępu, zostały w pełni rozpatrzone. Okazało się, że były pozbawione jakichkolwiek cech wiarygodności i nie może dziwić, że sędzia odrzucił je jako w istocie bezwartościowe.

Od decyzji odmawiającej zezwolenia na dalsze opinie biegłego nie zostało złożone odwołanie. Zamiast tego siostrzenica RS i osoby jej doradzające ponownie skontaktowały się z doktorem S. Mecenas Bogle porzucił tezę (choć pojawiła się ona w zrębie jego argumentacji), że dla zapewnienia sprawiedliwości postępowania każda ze stron ma prawo powołać biegłego. Podtrzymał jednak twierdzenie, że sędzia niesłusznie oddalił wniosek adw. Foster o zezwolenie krewnym biologicznym na powołanie własnego biegłego. To twierdzenie jest również bezzasadne. Sąd był gotów zrewidować swoją wcześniejszą decyzję, włącznie z przesłuchaniem doktora Pullicino, niezależnie od sposobu, w jaki został on zaangażowany w sprawę. Po uczynieniu tego sąd podjął ostateczną decyzję. Postępowanie nie może toczyć się bez końca na życzenie niezadowolonych stron. Nie dość, że odmowa powołania kolejnego bliżej nieznanego biegłego nie jest niesprawiedliwa, to jeszcze istnieje realne ryzyko wyrządzenia szkody stronie chronionej i niesprawiedliwości wobec innych stron, jeżeli postępowanie sądowe byłoby prowadzone w tak niezasadny sposób. W sprawie nie pojawiły się żadne nowe istotne okoliczności i sędzia miał całkowitą rację, odrzucając wniosek, który został złożony bezpośrednio po wydaniu przez niego orzeczenia.

Drugi zarzut apelacji, który dotyczy rzekomego błędu w ustaleniach faktycznych, opiera się na błędnej interpretacji rozumowania sądu. Chodziło o to, czy nastąpiła zmiana prognozy medycznej, na której opierała się poprzednia decyzja. Prognoza ta przewidywała bardzo ograniczony postęp od śpiączki do stanu wegetatywnego, a w najlepszym przypadku do niskiego MCS. Po dokładnym zbadaniu zaktualizowanych dowodów medycznych sąd uznał, że prognoza nie uległa pozytywnej zmianie, a wręcz stała się bardziej pesymistyczna niż poprzednio. Fakt, że stan RS ulegał dynamice zgodnie z przewidywaniami, niczego nie zmienia.

Pismo doktora S. z 6 stycznia 2021 r. ma niestety wiele identycznych wad co ekspertyza doktora Pullicino, w tym sensie, że brakuje w nim solidnej podstawy dowodowej. Doktor S nie został powołany na biegłego sądowego, ponieważ w toku postępowania nie został złożony żaden wniosek w tym przedmiocie. Nie ma więc podstawy, na której można by formalnie dopuścić ten dowód w postępowaniu odwoławczym.

Wniosek sędziego, że rokowania medyczne nie uległy zmianie, ma mocne oparcie w licznych dowodach. Zarzut przeciwny jest zatem chybiony, a co za tym idzie upada również zarzut kolejny, który jest od niego zależny.

Podstawa czwartego zarzutu, który dotyczył naruszenia art. 2 EKPC, jest błędna z punktu widzenia prawa. Zasada dobrostanu ma zastosowanie do wszystkich decyzji, niezależnie od diagnozy. Pełnomocnik krewnych biologicznych uzasadnił swoje twierdzenie tak, że niezgodne z art. 2 EKPC jest wycofanie pożywienia i płynów osobie zdolnej do odczuwania bólu i cierpienia, z powołaniem się na wyrok *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] A.C 789, który także dotyczył osoby w stanie wegetatywnym. Nie brakuje jednak ugruntowanych krajowych autorytetów, które twierdzą, że CANH może być zgodne z prawem wycofane także w przypadku osób, które nie znajdują się w takim stanie. Szereg podobnych spraw zostało zebranych przez Sąd Najwyższy w sprawie *An NHS Trust v Y* [2018] UKSC 46; [2018] 3 WLR 751: przykładowo *In re M (Adult Patient) (Minimally Conscious State: Withdrawal of Treatment)* [2011] EWHC 2443 (Fam); [2012] 1 WLR 1653; *In re M (Incapacitated Person: Withdrawal of Treatment)* [2017] EWCOP 18; [2018] 1 WLR 465 i *In re Briggs (Incapacitated Person)* [2018] Fam 63.

Wreszcie, wniosek, że przewiezienie do Polski nie leżałoby w interesie RS, jest przejrzyste uprawnione z powodów podanych przez sąd I instancji. Sąd miał prawo, by zaakceptować opinię doktora W na temat prawdopodobnego negatywnego wpływu transportu na stan RS. W istocie nie było dowodów, które mogłyby ją podważyć. Twierdzenie zaś, jakoby zabrakło dowodów na opinię żony i dzieci RS w tej sprawie, sugeruje, że matka i siostry przeoczyły fakt, iż przez ostatnie 17 lat realne życie RS toczyło się nie z nimi, ale z rodziną, którą założył w Anglii. W każdym razie sąd został poinformowany, że żona i dzieci RS nie poparą takiego posunięcia, a stanowisko to zostało potwierdzone przez adwokata z urzędu. Pomimo życzliwej propozycji ze strony polskich władz sąd słusznie uznał, że przeniesienie RS nie leży w jego najlepszym interesie, a dokonanie go wbrew woli jego najbliższych krewnych jest nie do pomyślenia.

Sytuacja RS była wielokrotnie przedmiotem intensywnego, słusznie wymaganego prawem namysłu. W szczególności uważnie zapoznano się z odrębnym zdaniem krewnych biologicznych, jednak sąd ma obowiązek zapewnić, aby najlepszy interes RS nie doznał uszczerbku przez ciągle bezpodstawne kwestionowanie decyzji zgodnych z prawem. Nie można dopuścić, aby szeroki asortyment zastosowanych przez krewnie biologiczne środków odwrócił uwagę od ustalonych przez sąd życzeń i uczuć samego RS ani od sytuacji jego żony i dzieci muszących znosić postępowanie, które przy jednoczesnej utracie RS jest dla nich niewątpliwie bardzo przykre.

Ponieważ w orzeczeniu sądu I instancji z 15 grudnia 2020 r. stwierdzono, że wszelka opieka i leczenie paliatywne mają być świadczone tak, aby w miarę możliwości zapewnić RS zachowanie maksimum godności i jak najmniejszy dyskomfort do czasu zakończenia życia, zdaniem sądu apelacyjnego trzykrotne kolejne wycofywanie i przywracanie sztucznego odżywiania i nawadniania stanowiło wprost niewyobrażalny zamach na godność pacjenta, który jeszcze kilka tygodni wcześniej był sprawnym i zdrowym, oddanym rodzinie człowiekiem. Każde takie przywrócenie wymagało inwazyjnych technik, a ostatni raz miało miejsce w czasie, gdy zespół leczący uznał, że pacjent jest bliski śmierci, co krewnie biologiczne uznały za uzasadnienie wniosku o odroczenie złożonego w środku nocy bez powiadomienia szpitala i adwokata z urzędu.

Sąd może w razie potrzeby ponownie rozpatrzyć wcześniejszą decyzję dotyczącą najlepszego interesu pacjenta, gdyby pojawiły się nowe, przekonujące dowody w sprawie. Nie może tego jednak uczynić w oparciu o opinie fałszywe lub niepełne, a do takiej właśnie kategorii zaliczały się dowody przedstawione przez doktorów Pullicino i S.

Komentarz

Kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta pozbawionego funkcji poznawczych i intelektualnych ma charakter zobiektywizowany. Stosowany wcześniej i poddany krytyce w sprawie Blanda test osądu zastępczego (*substitute judgement test*) nie pozwala natomiast oddzielić go od

osobistych odczuć zastępczego decydenta. Początkowo odbierany był jako konsekwencja poszanowania autonomii oraz prywatności: zastępca miał za zadanie „wczuć się w umysł” chorego i podjąć taką decyzję, jaką podjąłby on sam, gdyby był kompetentny. O ile jednak nie znajduje to oparcia w solidnych dowodach na takie nastawienie, sprowadza się do „wyspekulowanej pseudowoli” niemającej nic wspólnego z rzeczywistymi intencjami pacjenta. Dlatego amerykańscy bioetycy Beauchamp i Childress proponują ograniczyć użycie testu osądu zastępczego do sytuacji, gdy istnieją wyraźne podstawy, by uznać, iż dawniej kompetentna osoba rzeczywiście podjęłaby taką decyzję, jaką przedstawia zastępca. Ażeby jego osąd był godny zaufania, zastępca powinien dobrze znać pacjenta i jego przeszłość. Test osądu zastępczego pozwala określić, co powinno się postanowić w sprawie pacjentów niegdyś samodzielnych decyzyjnie, jeżeli znane są ich dawne preferencje. W istocie jednak, jak słusznie podnoszą autorzy, sprowadza się to do postulatu autonomii czystej – szanowania uprzednich sądów samego pacjenta, referowanych tylko przez ustanowionego zastępcę. Gdy test ów nie odwołuje się do czystej autonomii pacjenta, traci znaczenie jako odrębne kryterium; jeśli zaś zastępca nie zdoła tych preferencji odtworzyć – przestaje być miarodajny, ponieważ staje się naznaczony własnymi przekonaniem zastępcy. Wówczas autonomia pacjenta stanowi czystą fikcję, a zastępca zyskuje instrument prawny do forsowania własnych zapatrywań. W rezultacie cytowani bioetycy optują za rezygnacją z osądów zastępczych tam, gdzie tylko to możliwe, i za poszukiwaniem autonomii czystej, czyli udowodnionych własnych zapatrywań pacjenta⁵⁴.

Kryterium *best interests* również nie jest niezawodne i powinno znaleźć zastosowanie dopiero, gdy autonomia czysta jest niemożliwa do ustalenia albo gdy pacjent nigdy nie był samodzielny decyzyjnie. Wymaga sporządzenia bilansu i w praktyce sprowadza się do analizy interesów, przy jednoczesnym uwzględnieniu subiektywnych preferencji pacjenta, o ile te okażą się możliwe do wykazania. Bilans ów ma odpowiedzieć

⁵⁴ T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*, s. 184–186.

na pytanie, czy i jakie korzyści konkretna osoba odnosi z faktu pozostawania przy życiu oraz czy korzyści te przeważają nad doznawanymi uciążliwościami i ewentualnie odczuwanym cierpieniem. Chodzi zwłaszcza o ból (który stanowi odczucie na poziomie bardzo prymitywnym, więc w żadnym razie nie świadczy o zachowanej świadomości), w tym dolegliwości towarzyszące odleżynom oraz trawienne (zaparcia, kamica żółciowa lub nerkowa). Problematyczne jest tylko określenie „najlepszy interes” wobec przyzwolenia na śmierć pacjenta; wymagają jednak wyważenia wszystkie korzyści i uciążliwości. Notabene tłumaczenie „najlepszy interes” jest o tyle mylące, że Brytyjczycy operują liczbą mnogą, *best interests*, co akcentuje wielość branych pod uwagę czynników. Izba Lordów w sprawie Blanda opowiedziała się za przerwaniem podtrzymywania życia, gdy bilans daje wartość mniejszą lub równą zero. Dopiero bilans dodatni przemawiałby za utrzymywaniem interwencji medycznych.

Kryterium *best interests* uwzględnia ocenę jakości życia pacjenta z punktu widzenia jego indywidualnego interesu. Nazewnictwo może się różnić, ale wiadomo, że zarówno w bioetyce, jak i w socjologii medycyny coraz szerzej postuluje się przyjmowanie właśnie kryterium jakości życia jako decydującego w opiece medycznej⁵⁵. Życie jednostki jest dobrej jakości, gdy analiza jej interesów: korzyści, obciążeń i uciążliwości pozwala stwierdzić, że ona i tylko ona czerpie z tego życia odczuwalną korzyść⁵⁶. Niemniej w polskiej nauce prawa daje się odnotować pogląd, że odwołanie się do kryterium jakości życia stanowi „niewątpliwą wadę” testu obiektywnego⁵⁷. Ponieważ nie zostało podane żadne uzasadnienie, wolno założyć, że argument ów ma przemawiać sam za siebie. Kryterium jakości

⁵⁵ Zob. A. Alichniewicz, *Eutanazja...*, s. 161–162; M. Wichrowski, *Prawo do życia*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2006, s. 11, W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009; K. Szewczyk, *Bioetyka* t. 1, s. 304–306; J. Glover, *Causing Death and Saving Lives*, Harmondsworth 1984, s. 196; J. Boyle, *Toward Understanding the Principle of Double Effect*, *Ethics* (1980) 90 (4); W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013 s. 256 i przywołane tam piśmiennictwo.

⁵⁶ M. Boratyńska, J. Malczewski, [w:] *System Prawa Medycznego* (red. nacz. E. Zielińska), t. 2, cz. 2, s. 635 *passim*.

⁵⁷ M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, wyd. II, Toruń 2010, s. 367.

życia zostało w ten sposób najwyraźniej odrzucone wyjściowo, co przypuszczalnie jest przejawem odżegnywania się od jakichkolwiek wartościowań życia jako dobra nienaruszalnego i tym samym skojarzenia z praktykami eugenicznymi. Nietrudno jednak dostrzec, że następuje tu kolejne pomieszczenie pojęć: jakości życia ocenianej z punktu widzenia konkretnej osoby oraz jej odczuć i preferencji – z zewnętrzną oceną wartościującą czyjeś życie przez innych i według przez nich przyjętej skali, której w tych rozważaniach się nie dokonuje. Aprioryczna niechęć do kryterium jakości życia nie powinna przesłaniać istoty problemu. Ocena jakości indywidualnej stanowi kryterium powszechnie brane pod uwagę przy stosowaniu różnych metod leczniczych u świadomie decydujących pacjentów i przemawia m.in. przeciwko terapiom niewspółmiernie inwazyjnym. Sądownictwo obce prezentuje argumentację, że niekompetentnego pacjenta nie należy narażać na daremną terapię, którą pacjent świadomy najpewniej by odrzucił ze względu na jakość życia w tym stanie. Decyzja zastępcza wymaga podjęcia według tych samych kryteriów, jeżeli nie są znane inne.

Kryterium najlepiej pojętego interesu nie ma charakteru uniwersalnego: jest użyteczne tylko, gdy zachowanie życia wymaga medycznego podtrzymywania lub zabiegów o dużej inwazyjności, a sam zainteresowany nie ma dostatecznej kompetencji do samodzielnego podjęcia decyzji. Dobro osoby niekompetentnej, której osobiste preferencje nie są znane, musi być ustalane w oparciu o obiektywnie uchwytnie kryteria, które wzięte łącznie stworzą zestawienie indywidualnych interesów. Te same metody stosuje się przecież przy wykonywaniu władzy rodzicielskiej lub sprawowaniu opieki bądź kurateli⁵⁸. Dobro osoby pozostającej pod pieczęcią wymaga dodatniego wyniku oznaczającego korzyść, niezależnie jak go nazwać: bilansem dodatnim czy zadowalającą dla pupila jakością życia. Tak powinno się rozumieć jej najlepiej pojęty interes, przy uwzględnieniu czynników indywidualnych oraz subiektywnych preferencji pacjenta, jeśli takie da się wiarygodnie odtworzyć. Rzeczywista wola pacjenta, jego autonomia czysta, powinna zawsze stać na pierwszym miejscu, nie

⁵⁸ K. Szewczyk, *Bioetyka* t. 1, s. 391, M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012, s. 668.

sposób jednak ustalić jej w każdym przypadku i wówczas trzeba odwołać się do innych czynników. Ich maksymalna obiektywizacja powinna chronić interes pacjenta o wyłączonej zdolności decyzyjnej przed jakąkolwiek arbitralnością oraz – co równie ważne – przed subiektywnymi zapatrywaniami osób trzecich.

W sprawie ustalenia najlepiej pojętego interesu RS sądy odwołały się do wyrażonych przezeń wcześniejszych zapatrywań, odtworzonych przez żonę pacjenta, którą uznano za bardziej wiarygodne źródło informacji niż żyjące w oddaleniu krewne biologiczne. Ustalona w ten sposób „autonomia czysta” okazała się jednak niewystarczająco jednoznaczna, co sąd sam przyznał. Życzenia zostały sformułowane przez RS zbyt ogólnikowo, by dawać podstawę do wnioskowania wprost. Z drugiej strony, jeśli rzeczywiście zadeklarował on, że „nie chciałby być ciężarem”, to popadnięcie w stan wegetatywny spełnia to kryterium jak mało które⁵⁹, a użyte sformułowanie *expressis verbis* stawia na pierwszym miejscu odczucia osób najbliższych, z pominięciem własnych. Jest to postawa znana z obserwacji społecznych, więc sama w sobie nie powinna dziwić. 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 odtworzenie zapatrywań pacjenta, ale drugim – upewnienie się co do jego stanu klinicznego jako nierokującego poprawy. Z powodu wnoszonych odwołań RS był badany dwukrotnie i dzięki temu okazało się, że zamiast ostrożnie prognozowanej poprawy nastąpiło dalsze pogorszenie. Dynamika tych zmian pozwoliła ostatecznie uznać, że nie można liczyć na szczęśliwy finał. Już pierwsza wydana w sprawie opinia lekarska zawierała ustalenie, że zespół leczący nie był w stanie zidentyfikować u pacjenta żadnych oznak dyskomfortu, niepokoju ani przyjemności w jakimkolwiek momencie po przyjęciu do szpitala. Bilans satysfakcji z pozostawiania przy życiu przedstawiał się zatem dla RS zerowo, a w każdym razie nie wykazywał żadnych cech dodatnich. Nie dało się zastosować wszystkich

⁵⁹ Przy czym chodzi głównie o ciężar emocjonalny i opiekuńczy, a nie o finansowy.

kryteriów oceny zdefiniowanych w art. 4 pkt 7 MCA, ponieważ, jak często w takich przypadkach, pacjent nie ustanowił osoby zaufanej ani nie pozostawił dyrektyw antycypacyjnych. Osoby bliskie mogły być wykorzystane tylko jako źródło mniej lub bardziej wiarygodnych informacji. Obiektywne w zamierzeniu relacjonowanie miesza się jednak z osądem własnym, co dawało się zaobserwować nie tylko u obu skonfliktowanych części rodziny RS, ale i u badających go dwóch biegłych lekarzy.

Zaprzestanie daremnej terapii polegało ostatecznie na wstrzymaniu sztucznego odżywiania. Ponieważ w toku naprzemiennego odłączania i podłączania aparatury pacjent zaczął samodzielnie oddychać, wentylacja mechaniczna znalazła się poza polem rozważań. Sąd zezwolił na wycofanie tylko żywienia, natomiast decyzję w sprawie nawadniania pozostawił w rękach lekarzy przy udziale żony. Jest to o tyle słuszne, że dalsze nawadnianie może powodować dyskomfort polegający na zaleganiu śluzu i zakłóceniach przy oddychaniu, a przecież chodzi przede wszystkim o to, aby złagodzić jakiegokolwiek cierpienie.

Zdumiewająca i oburzająca dla niektórych decyzja o odmowie zezwolenia na transport RS do Polski również była podyktowana zapobieżeniem cierpieniu. Przewożenie pacjenta w takim stanie z pewnością naraża go na niewygodę, o ile jest w stanie je odczuć. Jeden z lekarzy stwierdził jednak, że u RS było to jak najbardziej możliwe. Leżąc spokojnie w szpitalnym łóżku, RS mógł nie doznawać ani przyjemności, ani niewygody, ale już droga z oddziału intensywnej terapii na lotnisko, do helikoptera, a potem w przeciwnym kierunku i na koniec podłączanie do innej aparatury w Polsce musiałyby być pełne wstrząsów i innych niedogodności, pozbawionych przy tym pozytywnego celu leczniczego. Podobnie odmowne decyzje brytyjski sąd podjął wcześniej w sprawie dzieci: Alfiego Evansa i Charliego Garda. Pierwszego z nich rodzice chcieli przetransportować do Rzymu, żeby związana z Watykanem klinika Bambino Gesù podtrzymywała jego funkcje życiowe aż do samego, bliskiego już końca⁶⁰. Z kolei rodzice Garda planowali wysłać dziecko za ocean na eksperymentalną

⁶⁰ Decyzja ETPC z 23 kwietnia 2018 r., 18770/18, *Evans v The United Kingdom*. Zob. M. Boratyńska, J. Malczewski, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, s. 645–646.

terapię o wątpliwej i kwestionowanej przez krajowych ekspertów skuteczności⁶¹. Oba sprawom towarzyszyła wrzawa medialna, rodzice chłopców próbowali poruszyć niebo i ziemię, ale lekarze i sąd trwali przy stanowisku, że w stanach klinicznych uznanych za nierokujące, a mówiąc potocznie – beznadziejne – w najlepszym interesie tych dzieci leży, by pozwolić im umrzeć w spokoju.

RS nie został potraktowany ani lepiej, ani gorzej niż inni pacjenci brytyjskich szpitali. Jego leczenie przebiegało zgodnie z istniejącymi wytycznymi medycznymi oraz kryteriami zawartymi w obowiązującym prawie. W chwili orzekania przez sąd apelacyjny RS przeszedł ze stanu śpiączki w nierokujący odwracalności stan wegetatywny – podobny do tego, w jakim znalazł się wcześniej Tony Bland, a po nim inni pacjenci, których sprawy przywołano w charakterze precedensów.

Rodzina pacjenta i jej rola w dramacie

Nikt nie śmiałyby lekceważyć cierpienia członków rodziny, których bliżsi znalazł się w tak dramatycznym stanie. 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. Podobnie jak w Polsce, także w Wielkiej Brytanii krewni ani współmałżonek pacjenta nie są wyposażeni w żadne uprawnienia decyzyjne. Wszędzie jednak wywierają nieunikniony faktyczny wpływ na postępowanie: w wielu znanych sprawach to oni byli inicjatorami postępowania opiekuńczego, które wprawdzie toczy się z urzędu, ale ktoś musi najpierw zwrócić się do sądu. W brytyjskich sprawach formalnie czyni to szpital, ale dopiero po naradzeniu się z osobami najbliższymi. Praktyka pokazuje, że gdy rozstrzygnięcie wstrzymujące daremną terapię napotyka opór, wiele zależy od samozaparcia niektórych bliskich, którzy konsekwentnie wnoszą odwołania

⁶¹ Wyrok ETPC z 27 czerwca 2017 r. *Charles Gard and Others v The United Kingdom*, skarga nr 39793/17. Zob. D. Wilkinson, J. Savulescu, *Hard lessons: learning from the Charlie Gard case*, „Journal of Medical Ethics” 2018/44(7); M. Boratyńska, J. Malczewski, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, s. 644–645.

od niesłusznych ich zdaniem decyzji, upominając się o poszanowanie odtworzonych zapatrywań swoich bliskich. Tak działali ojciec Eluany Englaro⁶² i rodzice Nancy Cruzan⁶³, a mąż Terri Schiavo⁶⁴ i żona Vincenta Lambert⁶⁵ musieli ścierać się w sądzie z gwałtownym sprzeciwem teściów. Rodzice Terri rozpaczliwie próbowali dowieść, że córka wykazuje śladowy kontakt kognitywny, tylko jednak emocje połączone z niesłabnącą nadzieją pozwalają dopatrzeć się błysku rozpoznania w pustym wzroku bliskiego⁶⁶. Z kolei część rodziny Vincenta Lambert nie przyjmowała do wiadomości ani jego stanu, ani uprzednich zapatrywań. Po niekorzystnym dla nich rozstrzygnięciu sprawy przez ETPC w 2015 r.⁶⁷ dalej podważali kolejne orzeczenia krajowe, co potrwało jeszcze cztery lata.

W sprawie Terri Schiavo rodzice relacjonowali uprzednie zapatrywania jej samej w sposób diametralnie różny, niż czynił to mąż. To pokazuje, że gdyby decyzję oddać w ręce rodziny, wcale nie musiałyby ona odpowiadać najlepszej wiedzy o własnym poglądzie pacjenta. Gruntowne badanie stanu zdrowia należy rzecz jasna przeprowadzić, żeby wykluczyć wątpliwości, ale wielokrotne ich powtarzanie z jednakowym wynikiem, jak to miało miejsce

⁶² *Decreto Corte d'Appello di Milano*, 9 luglio 2008, 88/2008; zob. też A. Tymińska, „Prawo arcyosobiste”. *Oświadczenia pro futuro we Włoszech w kontekście sprawy Eluany Englaro*, „Prawo i Medycyna” nr 3/2017.

⁶³ *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990).

⁶⁴ *In re Guardianship of Theresa Marie Schiavo, Incapacitated. Robert Schindler and Mary Schindler, Appellants, v. Michael Schiavo, as Guardian of the person of Theresa Marie Schiavo, Appellee*, z 24.01.2001, No. 2D00-1269, (znany jako „Schiavo I”); z 11.04.2001 No. 2D00-1269, 2D01-1836, 2D01-1891 („Schiavo II”); z 17.10.2001 No. 2D01-3526 („Schiavo III”); z 6.06.2003 No. 2D02-5394 („Schiavo IV”).

⁶⁵ *Lambert [i inni] v. Franja*, orzeczenie ETPC z 5 czerwca 2015 r., skarga nr 46043/14. Zob. M.A. Nowicki, Lambert [i in.] v. Franja, http://www.hfhr.pl/wp-content/uploads/2015/omowienie_orzeczenia_lambert_i_inni_przeciwko_franji.pdf [dostęp: 10.IV.2021]; M. Boratyńska, J. Malczewski, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, cz. 2, s. 636–641.

⁶⁶ Były to niestety nadzieje zupełnie płonne, co potwierdziła później sekcja zwłok. Mózg pacjentki ważył połowę tego, co powinien, a to świadczy o znacznym ubytku neuronów. Nerwy wzrokowe okazały się trwale uszkodzone, więc otwarte oczy o niczym nie świadczyły, a przekonanie rodziców, iż Terri „wodzi wzrokiem”, było braniem upragnionego za rzeczywiste. Komisyjne badania lekarskie uznanych specjalistów jeszcze za życia pacjentki potwierdzały niekorzystną diagnozę, ale rodzice po prostu nie potrafili w nią uwierzyć.

⁶⁷ Wykaz wszystkich orzeczeń sądów krajowych znajduje się we francuskiej Wikipedii – hasło „Vincent Lambert”.

w sprawie Vincenta Lambert, nie może służyć celowemu odwlekaniu decyzji. W sprawie RS sąd opiekuńczy dał temu dobitny wyraz.

Sąd wysłuchał tam wszystkich dorosłych członków rodziny, traktując ich jako źródło wiedzy o preferencjach pacjenta, a jednocześnie musiał ocenić wiarygodność relacji, ponieważ – jak w sprawie Terri Schiavo – okazały się sprzeczne. Jednocześnie żadna nie była wolna od własnych osądów i te również sędziowie musiał oddzielić. Bliscy pacjenta, łącznie z żoną, zostali potraktowali wyłącznie jako świadkowie, choć w części dotyczącej odmowy zgody na przewiezienie RS do Polski sąd odniósł się negatywnie do uczynienia tego bez porozumienia z żoną. Odmawiając tej zgody, wykazał nawiasem mówiąc konsekwentne stanowisko, gwarantujące realne wykonanie orzeczenia. Rozstrzygnięcie przeciwne byłoby *de facto* umywaniem rąk od problemu.

A gdyby zdarzyło się w Polsce?

Podstawy prawne i procedury orzekania w sprawie opieki medycznej nad pacjentami z wyłączoną kompetencją decyzyjną są w Polsce zbliżone. Zastępczo orzeka sąd opiekuńczy, a gdy dojdzie do ubezwłasnowolnienia pacjenta – decyduje przedstawiciel ustawowy. Piecza nad taką osobą powinna być sprawowana tak, jak wymaga jej dobro i interes społeczny – co wynika z przepisów prawa rodzinnego o opiece i kuratelii. Ważniejsze decyzje przedstawiciela ustawowego wymagają zatwierdzenia przez sąd. Kryterium dobra podopiecznego konotuje ocenę podobną jak przy ustalaniu najlepiej pojętego interesu, ale bez tak konkretnych wytycznych, jak te zawarte w *Mental Capacity Act*. W ustawie brytyjskiej jednoznaczne pierwszeństwo zostało nadane kryterium opisanemu w bioetyce jako „autonomia czysta”⁶⁸, czyli własny osąd pacjenta odtwarzany z pomocą wszelkich dostępnych środków dowodowych. U nas ta hierarchia nie jest stosowana, bo też i nie istnieje żaden wiążący zestaw kryteriów.

⁶⁸ Zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, s. 183–191 oraz liczni następcy.

Jak zwykle w takich sprawach, podstawowe znaczenie ma ocena celowości leczenia dokonana przez lekarzy oraz odpowiednie wytyczne profesjonalne. Polskie środowisko medyczne dopracowało się dwóch takich dokumentów. Istnieją zatem zwięzłe *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach intensywnej terapii u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli*⁶⁹, a także wcześniejszy o trzy lata znacznie obszerniejszy dokument *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, opracowany przez interdyscyplinarną grupę ekspertów, w skład której weszli również prawnik, filozof i duchowny katolicki⁷⁰.

Wykonywanie zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej stanowi jedno z ustawowych kryteriów poprawności działań lekarskich. Właściwy przepis (art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) odsyła w ten sposób do systemu norm pozaprawnych. Wskazania wiedzy składają się na wymagania należytej staranności lekarskiej⁷¹: jako „ogólne wymagania w stosunkach danego rodzaju” według art. 355 k.c.⁷². Konotuje to zgodność wykonywanych czynności z prawidłami właściwego działania wynikającymi z wiedzy profesjonalnej. Kryterium należytej staranności medycznej odsyła do podręczników, artykułów naukowych, a zwłaszcza do wytycznych praktyki popartych autorytetem towarzystw lekarskich, które mają na celu stworzenie i upowszechnienie dobrego wzorca świadczeń zdrowotnych. Zebrane w sporządzane zespołowo

⁶⁹ A. Kübler, J. Siewiera, G. Durek, K. Kusza, M. Piechota, Z. Szkulmowski, *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach intensywnej terapii u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli*, „Anestezjologia Intensywna Terapija” 4/2014 (t. 46), s. 229–234.

⁷⁰ *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, red. nauk. T. Dangel, wyd. Polskie Towarzystwo Pediatryczne 2011.

⁷¹ W prawie medycznym należyta staranność stanowi podstawowe kryterium oceny działań medycznych, co w odniesieniu do lekarzy wynika z tego samego art. 4 ustawy lekarskiej.

⁷² Jedyna definicja legalna należytej staranności znajduje się w k.c. Kryterium należytej staranności jest obecne w medycznych ustawach zawodowych, a ustawa o prawach pacjenta ujemnie udziela świadczeń zdrowotnych z należyłą starannością jako część prawa do leczenia adresowanego do całej służby zdrowia.

rekomendacje wskazania aktualnej wiedzy medycznej mają sprzyjać dobrej praktyce w medycynie poprzez wskazanie możliwie najskuteczniejszych i najbezpieczniejszych sposobów rozwiązywania poszczególnych typów problemów klinicznych⁷³. Za dodatkową ich funkcję uważa się zapewnienie lekarzowi poczucia bezpieczeństwa prawnego⁷⁴, dzięki sformułowaniu przyjętych kryteriów, których przestrzeganie pozwala uniknąć zarzutu naruszenia regul i pociągnięcia do odpowiedzialności, zwłaszcza karnej. Staranność oceniana na tle konkretnej decyzji klinicznej polega jednak nie na prostej zgodności z rekomendacją, lecz na dążeniu do realizacji najlepszego interesu pacjenta⁷⁵, stosownie do zadeklarowanych przez niego preferencji. Wiedza medyczna w zwykłych okolicznościach nie nadaje się do zapisania w akcie prawnym, bo zmienia się zbyt szybko⁷⁶, natomiast ustawa może stanowić gwarancje proceduralne, nakazywać kolegialne podejmowanie decyzji oraz formułować listę czynników wymagających wzięcia pod uwagę. Dlatego słusznie podnosi się potrzebę stworzenia tego rodzaju regulacji w Polsce i akcentuje przy tym niekonsekwencje *de lege lata* na poziomie systemowym⁷⁷. Zwiększałaby ona u lekarzy poczucie

⁷³ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *System Prawa Medycznego*, Warszawa 2019, t. II cz. 1, s. 295 (Wolters Kluwer).

⁷⁴ Zob. T. Dukiet-Nagórska, *Uwagi w intencji przybliżenia godnego umierania*, [w:] *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, red. A. Liszewska, J. Kulesza, Łódź 2020, s. 761–762.

⁷⁵ M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy...*, s. 305.

⁷⁶ W interesującym nas obszarze dobry przykład stanowi różnica między wytycznymi sformułowanymi wkrótce po zakończeniu sprawy Blanda oraz tymi, którymi kierowali się lekarze w sprawie RS: okazało się, że ocena rokowania klinicznego może zostać wiarygodnie dokonana w znacznie krótszym czasie niż wcześniej i nie wymaga okresu wyczekiwania na zapas. W naszym prawie unormowanie ustawowe jest obecne, ale ograniczone do kryteriów ustalania śmierci, a przy tym nakazuje periodyczną aktualizację danych – zob. art. 43a ustawy lekarskiej. Ze względu na dobniosłość materii i jej specyfikę jest to słuszne i nieodzowne minimum: przyjęcie kryteriów, według których stwierdza się zgon – nieodwracalnego zatrzymania krążenia alternatywnie ze śmiercią mózgu, czyli nieodwracalnym ustaniem jego czynności – wymagało rozstrzygnięcia ustawowego dla rozwiania możliwych wątpliwości na tle stosowania zabiegów reanimacyjnych i podtrzymujących najprostsze funkcje życiowe. Rozwiązanie to jest właściwe, gdy istnieje szczególnie publiczny interes, by regulacja odwoływała się do kryteriów medyczno-biologicznych, lecz zarazem była jednolita i formalnie obowiązująca.

⁷⁷ W ostatnich latach zob. T. Dukiet-Nagórska, *Esej o prawie do decydowania o niektórych przejawach życia osobistego*, [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarska*, red. J. Giezek, D. Gruszecka, T. Kalisz,

bezpieczeństwa i dodawała im odwagi w decydowaniu, ale jak pokazują sprawy zagraniczne, nie rozwiąże gwałtownych konfliktów z niektórymi bliskimi pacjenta⁷⁸.

Z przywołanych rekomendacji pediatrycznych można się m.in. dowiedzieć, że lekarz może bez obawy o pociągnięcie do odpowiedzialności prawnej uszanować sprzeciw pacjenta i jego przedstawicieli ustawowych i odstąpić od leczenia, zwłaszcza jeśli z punktu widzenia medycyny uznaje ich decyzję za słuszną⁷⁹. „Jeśli wiedza medyczna wskazuje, że wdrożenie lub kontynuowanie leczenia wobec małego pacjenta będzie bezskuteczne – nie pozwoli choćby na zmniejszenie jego cierpienia, nie mówiąc już o poprawie stanu zdrowia, a jedynie przedłuża proces umierania, to takie zachowanie – nawet podjęte wbrew woli pacjenta i jego przedstawicieli ustawowych – nie będzie stanowiło postępowania zakazanego prawem”⁸⁰.

Magdalena Rutkowska i Sławomir Szczepaniak relacjonowali w 2010 r., że w Polsce brakuje prawdziwego pola do dyskusji nad tą problematyką. Konkretnych decyzji nie podejmuje się według kryteriów dobra – co charakteryzuje postawę etyka, lecz z odwołaniem do pryncypiów przyjętych na drodze światopoglądowej. W rezultacie są one prezentowane jako absolutne – co odpowiada postawie ideologicznej⁸¹. Wytyczne pediatryczne z pewnością miały na celu zmianę sposobu myślenia, o czym świadczy następujący fragment wstępu⁸²: „Zwłaszcza w pediatrii uznanie prawa dziecka do godnej śmierci i zaprzestania leczenia, jest niezwykle trudne. Formułowane obecnie stwierdzenie, że lekarz w sytuacji bez szans powinien wycofać się z terapii przedłużającej życie i cierpienie

„Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” wyd. specjalne, t. 43, Wrocław 2017, s. s. 83–95; tejsze: *Unagi w intencji przybliżenia...*

⁷⁸ Czego przykład stanowi zwłaszcza sprawa Vincenta Lambert, rozpoznawana wielokrotnie przez liczne organy krajowe oraz przez ETPC, który badał poszanowanie praw człowieka we francuskiej ustawie o prawach chorych i końcu życia w wersji z 2005 r., znanej jako *Loi Leonetti*.

⁷⁹ *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci*, s. 80.

⁸⁰ *Ibidem*, s. 84.

⁸¹ M. Rutkowska, S. Szczepaniak, *Dylematy etyczne początków życia: noworodki skrajnie niedojrzałe*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska i J. Hartman, Warszawa 2010, s. 70.

⁸² Cytowany aprobowano także przez T. Dukiet-Nagórską, *Unagi w intencji przybliżenia...*, s. 761.

dziecka – często nie jest w pełni zrozumiane i stosowane. Uporczywość terapeutyczna, która uniemożliwia według zasad etyki „przyjęcie śmierci” oraz ma wpływ na jej naturalny przebieg, jest przekroczeniem moralnym i prawnym⁸³. Niemniej zaniechanie sztucznego odżywiania u dzieci z dysfagią w przebiegu chorób neurologicznych uważane jest tam za nieetyczne – jako prowadzące do „wyniszczenia i śmierci głodowej” (s. 117).

W późniejszych *Wytocznych dla oddziałów intensywnej terapii* jednoznacznie odrzucono pojęcie terapii uporczywej, przedstawiając je jako nieadekwatne, jednak konkluzje formułowane są dużo bardziej ostrożnie. Mianem „terapii daremnej” zostało tam określone podtrzymywanie funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta i bez możliwości osiągnięcia założonych celów terapeutycznych. Jej kontynuowanie uznaje się za „błąd postępowania medycznego”. Zaprzestanie intensywnej terapii nie zwalnia jednak z leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i optymalny komfort – w tym pielęgnację, nawadnianie, żywienie, dostęp bliskich i osób wspierających, usmierzanie niekorzystnych dolegliwości przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Z prawnego punktu widzenia konsekwentnie nie są brane pod uwagę zapatrywania osób bliskich pacjentowi, choć podkreśla się znaczenie właściwej z nimi komunikacji i uświadomienia zasadności zaprzestania intensywnej terapii. Niepodjęcie lub odstąpienie może dotyczyć wymienionych tam skrupulatnie metod (w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej i wentylacji mechanicznej). Wśród nich nie zostały jednak wymienione sztuczne odżywianie i nawadnianie. *Wytoczne* nie odnoszą się też w żaden sposób do uprzednich deklaracji pochodzących od pacjentów i tym samym nie nastawiają na ich uwzględnianie. Problem sztucznego odżywiania i nawadniania, ich status jako procedury bądź medycznej, bądź elementu obligatoryjnej opieki podstawowej, został tutaj wyminięty. Tymczasem ma on w praktyce kluczowe

⁸³ Prof. dr hab. n. med. Maria Korzon.

znaczenie dla kontynuowania opieki nad pacjentami w stanie wegetatywnym takimi jak RS i wówczas staje się głównym punktem sporu

Zagadnienie to ujawniło się z całą wyrazistością w interwencji, którą w sprawie RS podjął polski Rzecznik Praw Obywatelskich, kierując pisma do szefowej brytyjskiej komisji praw człowieka i niedyskryminacji oraz do Komisji Etyki Lekarskiej Brytyjskiego Towarzystwa Medycznego. RPO podnosił m.in., że „można zaobserwować znaczne różnice w przepisach dotyczących możliwości rezygnacji z leczenia lub zaprzestania nawadniania i żywienia w różnych krajach Europy”. Zgodnie z orzeczeniem ETPC w sprawie Lambert, w obliczu braku ogólnoeuropejskiego konsensu między państwami w kwestii dopuszczalności zaniechania leczenia podtrzymującego życie, poszczególnym państwom „należy pozostawić pewien margines oceny”. RPO stwierdził, że w świetle definicji „terapii uporczywej” (sic!) zaproponowanej przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia, nawadnianie i odżywanie, o ile służą dobru pacjenta, nie mogą zostać zaprzestane. Jako że pojęcie *best interests* pacjenta „jest uwarunkowane kulturowo, ideologicznie i religijnie”, prawidłowe ustalenie domniemanej woli RS, obywatela Polski, wymaga uwzględnienia „szerszego kontekstu kulturowego” wraz z różnicami, „które można zaobserwować w regulacjach prawnych i postawach społecznych wobec podejścia do leczenia u schyłku życia w Polsce i Wielkiej Brytanii, co uczyniłoby decyzję o dalszych losach pacjenta bardziej akceptowalną społecznie”⁸⁴.

Uwarunkowania „kulturowe, ideologiczne i religijne” mogą jednak znaleźć zastosowanie tylko, o ile zostanie stwierdzone, iż identyfikowała się z nimi ta osoba, o którą chodzi. W świetle poczynionych przez brytyjskich sędziów skrupulatnych ustaleń, przywołany przez RPO typowy polsko-katolicki układ odniesienia nie może mieć wiążących skutków wobec emigranta, który sposobem życia zaświadczył, że się od niego dystansuje,

⁸⁴ Sprawa Polaka odłączanego od aparatury w szpitalu. RPO interweniuje w brytyjskiej komisji praw człowieka i niedyskryminacji oraz Brytyjskim Stowarzyszeniu Medycznym (EDIT), <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/rpo-ws-polaka-odlaczanego-od-aparatury-w-brytyjskim-szpitalu> [dostęp: 20.04.2021].

a ostatnie 17 lat spędził w zupełnie innym otoczeniu. Dobra indywidualne pacjenta oraz jego bezświadome ciało nie są własnością publiczną ani nie należą do krewnych.

Praktyczne konsekwencje postulowanego przez RPO uwzględnienia „różnic kulturowych, ideologicznych i religijnych” można sobie uzmysłować na podstawie raportu dotyczącego pięciu przypadków klinicznych, w których rozważano zaprzestanie terapii daremnej. Opierając się na *Wytocznych*, skonstatowano ich dużą przydatność praktyczną⁸⁵. Przyznano jednak, że u żadnego z pacjentów, mimo zaprzestania innych czynności terapeutycznych, nie zdecydowano się na wstrzymanie wentylacji mechanicznej, żywienia i antybiotykoterapii. Została też wyrażona supozycja, iż w polskim oddziale intensywnej terapii prawdopodobnie zaprzestanie respiratoroterapii u pacjenta zależnego od respiratora byłoby uznane, w zależności od intencji czynu, za „eutanazję” albo za morderstwo. Odnotowano przy tym, że w literaturze przedmiotu można znaleźć różne sposoby praktycznej realizacji koncepcji terapii daremnej. Niektórzy badacze traktują ją na równi z innymi (np. antybiotykoterapią) i dlatego ma ona swoją kwalifikację, metodę stosowania i ewentualnego zakończenia. W rezultacie jeśli u pacjenta rozpoznano i wdrożono koncepcję terapii daremnej, to należy u niego przerwać wszystkie inne sposoby leczenia. Pociąga to za sobą zaprzestanie również żywienia i wentylacji mechanicznej. Podstawą tego działania jest koncepcja daremności, a nie litościwego skrócenia cierpienia. Taka praktyczna forma realizacji koncepcji terapii daremnej jest jednak daleka od przyjętej w Polsce. Przywołano krajowe badania ankietowe, które wykazały, że 93% anestezjologów w omawianych okolicznościach nie rozszerzało terapii daremnej, 60% rezygnowało z leczenia, ale jedynie 8% z nich odnotowywało ten fakt w dokumentacji medycznej. Wyniki zinterpretowano tak, że lekarze pomimo działania zgodnego z etyką, aktualną wiedzą medyczną i kierujący się dobrem pacjenta boją się konsekwencji prawnych.

⁸⁵ *Realizacja koncepcji terapii daremnej w warunkach polskich oddziałów intensywnej terapii – opis pięciu przypadków*, A. Józwiak, R. Rutyna, A. Fijałkowska-Nestorowicz, M. Bielacz, W. Zukow, E. Kotlińska-Hasiec, „Journal of Education, Health and Sport” 8/2019 s. 11–27.

Istnieje obawa, że po przewiezieniu RS do Polski zaistniałaby sytuacja patowa, polegająca na braku pozytywnej kwalifikacji do leczenia w „Budziku”⁸⁶ i jednocześnie niemożności zadecydowania o zaprzestaniu terapii daremnej.

Przy braku czytelnych dyrektyw postępowania lekarze obawiają się zaprzestania czynności, które mogłoby ich narazić na odpowiedzialność karną, choć przecież na gruncie prawa medycznego decydujące znaczenie ma zgodność działania bądź zaniechania z aktualną wiedzą medyczną oraz preferencje samego pacjenta, a normy karnoprawne znajdują zastosowanie jedynie posiłkowe. Społeczeństwo nie jest jednak oswojone z problematyką w braku rzeczowych debat publicznych na tematy trudne i uwikłane aksjologicznie. W takich sprawach jak RS górę biorą emocje, a zamiast wszechstronnej oceny wielu czynników – skłonność do teatralizacji: pokazowa walka o zachowanie życia za wszelką cenę bez oglądania się na sens.

Praktyka pokazuje, że szanse na poszanowanie autonomii mają tylko pacjenci z zachowaną świadomością i z pełną zdolnością decyzyjną. Z chwilą utraty przytomności stają się obiektem paternalistycznych praktyk i decyzji podejmowanych ponad ich głowę, bez oglądania się na uprzednio wyrażoną wolę. W doktrynie prawa punktuje się niespójności i wewnętrzne sprzeczności aksjologiczne istniejących rozwiązań prawnych, a zaniechania legislacyjne kluczowych kwestii w sprawach „życia i śmierci” obnażają niechęć prawodawcy do ich uregulowania prawnego, które dostarczyłoby stronie medycznej choćby przybliżonego układu odniesienia, a pacjentom i ich bliskim pozwoliłoby skutecznie się na to powoływać.

W rezultacie w polskich zakładach opiekuńczo-leczniczych całymi latami przebywają osoby w PVS⁸⁷. Niektóre trafiły tam zaraz po urodzeniu,

⁸⁶ Kryteria przyjęcia do tej kliniki są szczegółowo opisane przez polskie Ministerstwo Zdrowia. Mają to być pacjenci ocenieni na 6–9 punktów w skali Glasgow. Przyjmujący lekarze kierują się kryterium, by pacjent był w stanie minimalnej świadomości. „Budzik” jest oddziałem szpitalnym, a nie zakładem opiekuńczym. W procesie diagnostycznym różnicuje się stan wegetatywny i stan minimalnej świadomości. Tylko ten drugi jest uważany za potencjalnie odwracalny i przez to rokujący przy leczeniu.

⁸⁷ Zob. Relacje prasowe: *Nie rozmawiamy o tym, stoimy obok* – rozmowa z Barbarą Kaczmareką, dyrektorką Zakładu Opiekuńczo-leczniczego im. Sue Ryder w Warszawie, „Wysokie Obcasy” z 9.07.2011 r.

jak dzieci z wadami wrodzonymi nierokującymi uzyskania świadomości. Ich ciała stopniowo wchodzą w dorosłość, ale umysł pozostaje taki, jak był: wyjściowo i trwale pusty⁸⁸. Nigdy nie doświadczą one życia w jakimkolwiek jego przejawie, z wyjątkiem odczuwania cierpień bólowych na tle somatycznym. Nie mają żadnych potrzeb mentalnych ani emocjonalnych, nie są nawet świadome własnej fizjologii, nie są w stanie czerpać z życia jakiegokolwiek przyjemności.

Jak zauważyła cytowana już Teresa Weber, „mimo że interes pacjenta powinien zawsze stanowić największą i podstawową wartość, to czasem u kresu jego życia zdarza się, że schodzi na drugi plan, ustępując interesowi rodziny. Dla niektórych bardzo ważna jest wiara, że walczyli do samego końca, że wyczerpali wszystkie możliwe rodzaje terapii. Ta wiara pozwala na zmniejszenie psychologicznych skutków decyzji podjętych w ostatnich chwilach życia ukochanej osoby i żalu po stracie”⁸⁹. To tłumaczyłoby wywiady udzielane w świetle reflektorów, angażowanie mediów, szerokiej publiczności i władz państwowych. Wszystko to służy jednak tylko doraźnym celom powstrzymania merytorycznych rozstrzygnięć, a w Polsce nie prowadzi do wyciągania wniosków i nie przekłada się na konstruktywną dyskusję nad przyjęciem wyważonych rozwiązań prawnych, które pogodziłyby uzasadnione interesy.

Teresa Weber utrzymuje, że w sytuacjach daremności terapeutycznej pragnienia rodziny chorego mogą mieć pierwszeństwo⁹⁰. Jest to jed-

O tym, że od tamtego czasu nic się nie zmieniło – fragmenty relacji zawarte w: E. Siedlecka, *Kiedy można umrzeć*, „Polityka” nr 11 (3303), 10–16.03.2021, s. 17–20; Dr E. Rękorajska (Zakład Opiekuńczo-Leczniczy z wentylacją mechaniczną w Konstancinie): „Duży wpływ ma tradycja kulturowa i religijna: przekonanie, że życie jest zawsze najwyższym dobrem. Obojętnie jakie. W szpitalu nie umiera się po prostu. Jeśli odstąpiono od reanimacji – trzeba uzasadnić dlaczego. Nikt nie dąży, dlaczego uporczywie reanimowano. Lekarz powołuje się na klauzulę sumienia, eskaluje się nieuzasadnione procedury medyczne. Stany wegetatywne podtrzymuje się latami”.

⁸⁸ Dr E. Rękorajska: „W ZOL, gdzie pracuję, mamy prawie 60 chorych: od niemowląt do późnej starości. W tym kilkoro dzieci, które u nas rosną. Leżą po kilka-kilkanaście lat, bez świadomości, np. po zatrzymaniu krążenia, albo nieoddychające w wyniku dystrofii mięśniowej. Możemy tylko dbać, żeby nie miały odleżyn” (za: E. Siedlecka, *Kiedy można umrzeć*, s. 18).

⁸⁹ T. Weber, *Daremna czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, s. 168–169.

⁹⁰ *Ibidem*, s. 169.

nak opinia pozbawiona oparcia w obowiązującym prawie, a faworyzująca przytomnych wobec nieprzytomnego. Skoro podtrzymywanie biologicznej egzystencji owych „śpiących królowien” (tak włoska prasa nazywała Eluanę Englaro) ma służyć zaspokojeniu potrzeb emocjonalnych ich rodzin, to obiekt tych emocji sprowadza do roli instrumentalnej.

Tymczasem interes pacjenta niekompetentnego wymaga wszechstronnego rozważenia, przy uwzględnieniu na pierwszym miejscu kryterium autonomii czystej, czyli jego własnych preferencji. Brak danych w tej sprawie nie zwalnia jednak z podejmowania decyzji o zaniechaniu (względnie przerwaniu) terapii zbędnej, daremnej czy przysparzającej cierpienia nierównoważonego korzyściami. Lekarskie powinności zawodowe nie obligują do działań desperackich ani tym bardziej pozorowanych (jak reanimacja na pokaz),⁹¹ a tylko do uzasadnionych zarazem aktualną wiedzą medyczną i interesem pacjenta. Kodeks karny i określone tam ustawowe znamiona przestępstw nie są przydatne w ocenie, bo jako normy prawa powszechnego nie uwzględniają tego szczególnego i wyjątkowego kontekstu postępowania z dobrami prawnie chronionymi, a dosłowne odwoływanie się do nich może niepotrzebnie zacierać granicę między działaniami zgodnymi z prawem a zabronionymi⁹². Ze względu

⁹¹ Źródłem nieporozumień jest art. 11 ust. 10 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191 z 2006 r., poz. 1410 ze zm.): „Ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, **jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia**” [podkr. aut.]. Różnica polega jednak na braku przygotowania ratowników do wszechstronnej oceny klinicznej – stąd wprowadzone zastrzeżenie, które nie może być automatycznie stosowane do lekarzy. W efekcie jednak publiczną tajemnicą są działania pozorowane podyktowane własnym bezpieczeństwem prawnym, streszczające się w przekazie „pół godziny dla rodziny”. Zob. L. Aleksandrowicz, *Niepodejmowanie i odstąpienie od resuscytacji krążeniowo-oddechowej przez ratownika medycznego w aspekcie etyczno-prawnym*, Nierecenzowany artykuł poglądowy, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Ratownictwo medyczne, s. 5, <https://repozytorium.ka.edu.pl> [dostęp: 11.05.2021].

⁹² Doktryna prawa karnego pierwsza wypracowała konstrukt znany jako kontratyp czynności leczniczej, na który składa się zestaw czterech przesłanek legalizujących interwencję medyczną w organizm pacjenta, bez których spełnienia stanowiłaby ona naruszenie układających się w długą listę dóbr osobistych i sprowadzałaby się do umyślnego uszkodzenia ciała. W taki sam sposób działa to wobec zaprzestania terapii: zaniechanie jest legalne, o ile odpadła choćby jedna z przesłanek legalizujących uprzednie działanie – w interesującej nas kwestii są to: leczniczy cel ingerencji, jak również zachowanie

na subsydiarny charakter prawa karnego typizacja przestępstw przeciwko życiu nie powinna stanowić przesłanki decyzji klinicznych w medycynie: prawo medyczne określa zakres dopuszczalności tego rodzaju działań samodzielnie (tyle że z niezbędnym odwołaniem się do dorobku wiedzy, praktyki i etyki medycznej).

Podsumowanie

Jak dowodzi polityczno-medialna histeria wokół sprawy RS, polska opinia publiczna nie jest w ogóle przygotowana na pogłębioną debatę nad kryteriami, według których można i trzeba oceniać kontynuowanie opieki medycznej nad pacjentami, których stan nie rokuje poprawy, a którzy z powodu trwałej utraty świadomości nie są w stanie wyrazić własnego zapatrywania. Bezspornie temat należy do najtrudniejszych i w medycynie, i w prawie, ale to nie znaczy, że należy go nadal unikać. Szereg spraw domaga się rozstrzygnięcia, a do tego celu niezbędne jest sformułowanie przynajmniej przybliżonych kryteriów decyzyjnych.

O celowości terapii decydują na pierwszym miejscu względy medyczne. Wyjściowo i abstrakcyjnie (tzn. w oderwaniu od jakichkolwiek konkretnych przypadków) zgodzimy się raczej, że leczenie zbędne i daremne zaprzecza swojej własnej racji i nie ma powodów, by je kontynuować. Wątpliwości można jednak podnosić na każdym kroku, poczynając od kryteriów owej daremności. Pacjent o zachowanej świadomości może nalegać na utrzymanie go przy życiu najdłużej, jak to możliwe, po prostu dlatego, że nie chce umierać. Gdy jednak bardzo cierpi, zdarza mu się samemu błagać o śmierć. Ponadto mało kto dostrzega indywidualny interes w jedynie formalnym pozostaniu przy życiu, bez odczuwania czegokolwiek. Mogą za tym przemawiać tylko specyficzne powody, dla których człowiek jest gotów pocierpieć dłużej, niż musi: na przykład żeby doczekać przyjazdu osoby bliskiej, którą chciałby jeszcze przed śmiercią zobaczyć. Dlatego

prawideł wiedzy medycznej. (Na temat koncepcji kontarypowej zob. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Pierwotna bądź wtórna legalność czynności leczniczych*, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. II cz. 1, Warszawa 2019 (Wolters Kluwer), s. 132–163 i tam przywołane piśmiennictwo.

żądania świadomych pacjentów powinny być szanowane nawet wtedy, gdy opieka medyczna przedłuży tylko ich biologiczne trwanie i z punktu widzenia celowości medycznej stanowi przeszkadzanie w umieraniu naturalną kolejną rozwijającej się nieuleczalnej choroby.

W przypadku pacjentów w stanie trwałej utraty funkcji kognitywnych decyzje muszą być siłą rzeczy podejmowane bez ich udziału, mimo że od dawna postulowane jest szanowanie ich uprzednich deklaracji. Inicjatywa należy w praktyce do bliskich pacjenta, którzy proszą o odłączenie aparatury podtrzymującej życie, bądź – przeciwnie – nalegają na kontynuowanie leczenia wbrew stanowisku lekarzy albo w sporze z innymi członkami rodziny. Droga do ustalenia kryteriów celowości dalszego leczenia prowadzi od precedensów sądowych z obszaru anglosaskiego, przez wyroki sądów powszechnych w Europie, aż do rozstrzygnięć ETPC. W wielu systemach prawnych spowodowało to uchwalenie aktów prawnych bądź przynajmniej wytycznych towarzystw lekarskich, dających podstawę do podejmowania ostatecznych decyzji. Jest to sfera, w której prawo stanowione zawodzi o tyle, że kryteria oceny nie dadzą się ująć jednoznacznie. Każdy pacjent znajduje się w odmiennym stanie klinicznym, nawet przy jednakowym brzmieniu rozpoznania. Zagraniczne regulacje ustawowe koncentrują się na procedurach i formalnościach gwarantujących upewnianie się co do diagnozy i wynikającego z niej rokowania oraz zapewniających kolegiałność zapadających decyzji. Trybunały kontrolują ich zgodność z konwencjami międzynarodowymi bądź stwierdzają uchybienia, w tym zaniechania legislacyjne.

W Polsce dorobek judykatury można określić jako śladowy, a dyskurs bioetyczny jest wprawdzie obecny, lecz nie na forum publicznym. Problemy tego rodzaju są publicznie unikane, chociaż wiadomo, że i u nas przecież żyją pacjenci w stanie „śmierci za życia” lub niemogący znieść egzystencji w warunkach skrajnego niedołęstwa. Trudno jest uchwycić jakikolwiek kontekst kulturowy zważywszy: brak regulacji prawnych i taktykę uników przy rozpatrywaniu ich projektów, nieistnienie merytorycznej debaty publicznej, pojedyncze tylko rozstrzygnięcie na poziomie Sądu Najwyższego w sprawie uprzedniego sprzeciwu pacjentki wobec podania

cudzej krwi⁹³ ignorowane przez niższe instancje⁹⁴ oraz lekceważący stosunek do opinii eksperckich nawołujących do poszanowania indywidualnych decyzji głównych zainteresowanych. Zamiast pogłębionej refleksji mamy do czynienia z automatyczną recepcją doktryny katolickiej (często zresztą fałszywie interpretowanej, czego dowodzą m.in. reakcje na przytoczone wcześniej komentarze katolickiego przecież publicysty, Tomasza Terlikowskiego), histerią publiczności oraz – co szczególnie niepokoi – z efektem mrozącym po stronie lekarzy, u których lęk przed kodeksem karnym przesłania troskę o poszanowanie praw pacjenta.

Sprawa pacjenta RS nie wyróżnia się przy tym szczególnie na tle innych podobnych. Równie zapamiętałe walczyli rodzice Terri Schiavo oraz niektórzy krewni Vincenta Lambert, z jego matką Vivianne na czele. Z kolei Beppino Englaro, ojciec Eluany, musiał przez bez mała piętnaście lat zmagać się z oporem włoskiego wymiaru sprawiedliwości. We wszystkich tych sprawach zadecydowała jednak ostatecznie broniona przez najbliższe osoby autonomia czysta pacjentów, czyli przekonująco zadeklarowane i wykazane ich zapatrywanie własne. Ostatecznie ustąpił wobec niego nawet sąd we Włoszech. Wszyscy troje: Terri Schiavo, Eluana Englaro i Vincent Lambert wywodzili się z katolickich rodzin, ale nie przeszkodziło im to mieć własnego zdania, odmiennego od nakazów wiary. Sprawy te były nagłaśniane medialnie, a przypadek Terri Schiavo próbowano wykorzystać w kampanii wyborczej. Tabloidowa wrzawa towarzyszyła też sądowym rozstrzygnięciom w sprawach Charliego Gardi i Alfiego Evansa. Rzekomy

⁹³ Chodzi o szeroko komentowane postanowienie SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05, „OSNC” 7-8/2006, poz. 137.

⁹⁴ Jest to przekaz nieoficjalny, potwierdzony empirycznie w pracy Roberta Karcza *Obrona pacjenta przed niechcianą transfuzją w praktyce sądowej*, „PiM” 4/2007. Przykładem orzeczenia, w którym sąd przyznał ostatecznie rację pacjentowi, jest postanowienie Sądu Okręgowego w Warszawie z 23 stycznia 2008 r., VI Ca 582/07, z gł. R. Karcza, „Państwo i Prawo” 11/2008. Pacjent, o którego chodzi, był świadkiem Jehowy i sprzeciwiał się transfuzji, pozostając w pełni świadomym. Mimo to „wygrał” dopiero w postępowaniu apelacyjnym, bo sąd rejonowy stereotypowo zezwolił na przetoczenie krwi w przypadku utraty u pacjenta świadomości, skoro szpital uznawał sposób leczenia za „konieczny”. Podobnie przebiegała sprawa innego pacjenta, którego skarga do Rzecznika Praw Pacjenta została początkowo oddalona. Rację przyznał mu dopiero Wojewódzki Sąd Administracyjny (wyrok WSA w Warszawie z 2 lipca 2020 r. VII SA/Wa 692/20, LEX 3052543).

„kontekst kulturowy” nie ma tutaj nic do rzeczy: walczący o biologiczne przetrwanie chorego niektórzy członkowie jego rodziny kierują się raczej własnymi celami niż jego rzeczywistym dobrem, a podgrzewanie nastrojów społecznych zmierza do wywarcia nacisku na organy orzekające. Zaciekle przedłużanie życia w stanie wegetatywnym nie przynosi pacjentowi żadnych korzyści odczuwalnych dla niego samego, może natomiast stanowić drastyczne pogwałcenie jego zadeklarowanej uprzednio wolnej woli. Jak się zdaje, dzięki zamieszkaniu w Wielkiej Brytanii z jej dobrze działającym systemem prawnym i wymiarem sprawiedliwości pacjent RS i jego najbliżsi mimo wszystko mieli sporo szczęścia w swoim strasznym nieszczęściu. Mogli bowiem skorzystać z rzetelnych procedur decyzyjnych oraz mających oparcie w przepisach i nauce opinii lekarzy nieobawiających się formułowania jednoznacznych konkluzji.

Bibliografia

- A. Alichniewicz, *Eutanazja, a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, [w:] *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Warszawa-Łódź 2002.
- A. Alichniewicz, *O działaniu i zaniechaniu*, [w:] *Księga pamiątkowa ku czci Profesora Zdzisława Kuksewicza*, red. E. Jung-Palczewska, Łódź 2000.
- A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000.
- T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, wyd. IV, tłum. W. Jacórzynski, Warszawa 1996.
- M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Przerwanie odżywiania w stanie wegetatywnym*, [w:] *Prawo wobec medycyny i biotechnologii*, red. M. Safjan, Warszawa 2011.
- M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Standardy wykonywania zawodu lekarza*, [w:] *System Prawa Medycznego*, red. nacz. E. Zielińska, t. II, cz. 1, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- M. Boratyńska, J. Malczewski, *Medycyna końca życia*, [w:] *System Prawa Medycznego*, red. nacz. E. Zielińska, t. II, cz. 2, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- M. Boratyńska, *Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania*, Warszawa 2012.

- J. Boyle, *Toward Understanding the Principle of Double Effect*, Ethics (1980) 90 (4).
- T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002.
- D. Callahan, *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*; tłum. J. Malczewski, [w:] *Wokół śmierci i umierania*, red. W. Galewicz, Kraków 2009.
- W. Chańska, *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie współczesnej*, Wrocław 2009.
- W. Chańska, *Rezygnacja z leczenia podtrzymującego życie*, [w:] *Bioetyka*, red. J. Różyńska, W. Chańska, Warszawa 2013.
- T. Dukiet-Nagórska, *Esej o prawie do decydowania o niektórych przejawach życia osobistego*, [w:] *Księga Jubileuszowa Profesora Tomasza Kaczmarka*, red. J. Giezek, D. Gruszecka, T. Kalisz, „Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego” wyd. specjalne, t. 43, Wrocław 2017.
- T. Dukiet-Nagórska, *Uwagi w intencji przybliżenia godnego umierania*, [w:] *Pro dignitate legis et maiestate iustitiae. Księga jubileuszowa z okazji 70. rocznicy urodzin Profesora Witolda Kuleszy*, red. A. Liszewska, J. Kulesza, Łódź 2020.
- J. Glover, *Causing Death and Saving Lives*, Harmondsworth 1984.
- K. Golser, *Stanowisko Urzędu Nauczycielskiego Kościoła na temat pomocy w umieraniu i eutanazji*, [w:] *Eutanazja w dyskusji. Euthanasie in der Diskussion*, red. P. Morciniec, Opole 2001.
- Jan Paweł II, *Encyklika o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego „Evangelium vitae”*, [w:] *Encykliki Ojca Świętego Jana Pawła II*, Kraków 1996.
- B. Jennett, E. Plum, *Persistent Vegetative State After Brain Damage. A Syndrome in Search of a Name*, The Lancet, kwiecień 1972.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.
- Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et Bona”* (5.05.1980).
- J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument Against Legalisation*, Cambridge 2002.
- L.M. Kopelman, *Pojęcie i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*, [w:] *Dylematy bioetyki*, red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna, Łódź 2001.
- A. Kübler, J. Siewiera, G. Durek, K. Kusza, M. Piechota, Z. Szkulmowski, *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach intensywnej terapii u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli*, „Anestezjologia Intensywna Terapii” 4/2014 (t. 46).
- R. Larsen, *Anestezjologia* t. 2, red. nauk. wyd. polskiego A. Kübler, Wrocław 2013.

- J. Malczewski, *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Patofizjologia kliniczna. Podręcznik dla studentów medycyny*, red. B. Zahorska-Markiewicz, E. Malecka-Tendera, Wrocław 2009.
- Realizacja koncepcji terapii daremnej w warunkach polskich oddziałów intensywnej terapii – opis pięciu przypadków*, A. Józwiak, R. Rutyna, A. Fijałkowska-Nestorowicz, M. Bielacz, W. Zukow, E. Kotlińska-Hasiec, „Journal of Education, Health and Sport” 8/2019.
- M. Rutkowska, S. Szczepaniak: *Dylematy etyczne początków życia: noworodki skrajnie niedojrzałe*, [w:] *Bioetyka w zawodzie lekarza*, red. W. Chańska, J. Hartman, Warszawa 2010.
- K. Szewczyk, *Bioetyka*, t. 1, *Medycyna na granicach życia*, PWN 2009.
- M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, wyd. II, Toruń 2010.
- M. Świdzka, *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji*, „Prawo i Medycyna” 3/2006.
- M. Świerkocka, J. Komendziński, *Neurologiczne aspekty zaburzeń przytomności*, „Annales Academiae Medicae Gedaniensis” nr 43 (2013).
- S.A. Tisherman, R.M. Forsythe, *Intensywna terapia w ciężkich urazach*, red. nauk. wyd. polskiego W. Machała, Lublin 2015.
- D.C. Thomasma, G.C. Graber, *Euthanasia: Toward an Ethical Social Policy*, New York 1991.
- A. Tymińska, „Prawo arcyosobiste”. *Oświadczenia pro futuro we Włoszech w kontekście sprawy Eluany Englaro*, „Prawo i Medycyna” 3/2017.
- T. Weber, *Daremna czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Warszawa 2011.
- M. Wichrowski, *Prawo do życia*, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2006.
- D. Wilkinson, J. Savulescu, *Hard lessons: learning from the Charlie Gard case*, „Journal of Medical Ethics” 2018/44(7).
- Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytęcznie dla lekarzy*, red. nauk. T. Dangel, wyd. Polskie Towarzystwo Pediatryczne 2011.

Summary

The dispute over cessation of futile therapy and clinically assisted nutrition and hydration: the British case of Polish patient RS

The article describes and comments upon a recent decision of the British Court of Protection which authorised the cessation of futile life-sustaining therapy including clinically assisted nutrition and hydration (CANH) from RS, a middle-aged Polish patient who fell into the permanent vegetative state (PVS) caused by severe brain damage. The authors scrutinize the legal proceedings and discuss the “best interests” criterion applied by Mr. Judge Cohen (the famous Bland case as well as the Mental Capacity Act of 2005 are evoked in this context). Several terminological and ethical issues are also explained, including the concepts of “passive euthanasia”, “futile therapy”, “over-zealous treatment”, and CANH withdrawal. The authors reflect upon the role of family in decision-making concerning the withdrawal of futile treatment from PVS patients, recalling the notorious cases of Terri Schiavo, Vincent Lambert, and Eluana Englaro. Furthermore, in view of the public outrage caused by the RS case in Poland, the authors comment upon the alleged cultural differences in legal regulations and social attitudes towards the approach to the end of life treatment in Poland and United Kingdom, speculating on the possible way of handling RS’s case in his homeland.

Keywords: Futile therapy, CANH withdrawal, Persistent Vegetative State, best interests