

Opieka nad kobietą w ciąży na granicy życia

„Dziecko urodziło się w 56 dni po śmierci matki”¹, „Kobieta w śpiączce urodziła dziecko”², „Nie żyła od 55 dni i... urodziła dziecko. Cud we Wrocławiu!”³. Takie informacje w ciągu ostatnich trzech lat obiegały polską opinię publiczną i były szeroko komentowane w mediach. Sytuacje, kiedy kobieta w śpiączce, stanie wegetatywnym albo ze zdiagnozowaną śmiercią mózgową rodzi dziecko, nie tylko w Polsce, ale również na całym świecie, należą do rzadkości i stanowią sensację określaną jako cud lub triumf medycyny.

W Polsce media udokumentowały tylko cztery przypadki, do których udało mi się dotrzeć, gdy kobieta w sytuacjach na granicy życia (w śpiączce, stanie wegetatywnym albo ze zdiagnozowaną śmiercią mózgu) urodziła dziecko. Takie okoliczności, choć rzadkie, wymagają pogłębionej analizy zarówno od strony medycznej, jak i prawnej oraz etycznej, w celu stworzenia standardów postępowania w tych skomplikowanych przypadkach. Niestety brak w Polsce naukowych opracowań, poza krótkimi wzmiankami w literaturze, odnoszących się do prawnych zagadnień związanych z opieką medyczną nad kobietą w ciąży na granicy

¹ S. Bounaoui, *Dziecko urodziło się 56 dni po śmierci matki. Cud medycyny w Krakowie*, 4.09.2019 r. (<https://twojezdrowie.rmfm24.pl/aktualnosci/news-dziecko-urodzilo-sie-56-dni-po-smierci-matki-cud-medycyny-w-,nId,3185203>; dostęp: 15.10.2019).

² *Kobieta w śpiączce urodziła dziecko. Zgodę musiał wyrazić sąd*, 19.09.2019 r. (<https://www.polsatnews.pl/wiadomosc/2019-09-19/kobieta-w-spiaczce-urodzila-dziecko-zgode-musial-wyrazic-sad/>; dostęp: 15.10.2019).

³ *Nie żyła od 55 dni i... urodziła dziecko. Cud we Wrocławiu!*, 19.04.2016 r. (<https://www.o2.pl/arttykul/nie-zyla-od--dni-i-urodzila-dziecko-cud-we-wroclawiu-5984491209155201a>; dostęp: 15.10.2019).

życia. Jedynymi źródłami informacji o tych przypadkach są artykuły prasowe i internetowe, więc opisy stanu faktycznego z konieczności zostały stamtąd zaczerpnięte.

Przy dokonywaniu analizy prawnej opieki nad kobietą w ciąży na granicy życia pod uwagę należy wziąć kilka kluczowych aspektów. Po pierwsze, nie należy w żadnym wypadku pomijać kobiety w ciąży i praw jej przysługujących. Po drugie, ważne jest ustalenie, komu i dlaczego w danych okolicznościach przysługują kompetencje decyzyjne. Wreszcie – konieczne jest rozważenie okoliczności występujących po stronie *nasciturusa*⁴.

Analizie zostaną poddane sytuacje opieki medycznej nad kobietą, u której zdiagnozowano śpiączkę, stan wegetatywny albo śmierć mózgu. Rozważania opierać się będą na danych, które dostępne są w internecie i prasie. Celem artykułu będzie zaprezentowanie wstępnych rozważań natury prawnej dotyczących przedstawionego tematu. W żadnym wypadku artykuł ten nie będzie stanowił kompleksowej analizy tematu, ze względu na ograniczenia wydawnicze oraz złożoność tematu.

W pierwszej części praca skupia się na krótkim przedstawieniu stanu faktycznego sytuacji, które miały miejsce w Polsce w ciągu trzech lat. W dalszej kolejności następuje analiza zagadnień prawnych, które związane są z opieką nad kobietą w ciąży na granicy życia. Zakończenie stanowi podsumowanie rozważań wraz z zaleceniem, jak z punktu widzenia prawa powinny się zachować osoby zaangażowane w podejmowanie decyzji, kiedy u kobiety w ciąży diagnozuje się stan wegetatywny, śpiączkę albo śmierć mózgu.

Krótki opis polskich przypadków

Pierwszy przypadek w Polsce, który został opisany przez prasę, dotyczył kobiety cierpiącej na nieuleczalny nowotwór mózgu, u której w 17. tygodniu ciąży lekarze zdiagnozowali śmierć mózgu. Przez następne 55 dni

⁴ Pojęcia: *nasciturus*, płód oraz dziecko nienarodzone będą używane w tej pracy zamiennie na określenie istoty ludzkiej od momentu poczęcia do narodzin.

personel medyczny utrzymywał niezbędne funkcje życiowe kobiety, aby umożliwić rozwój płodu, który przyszedł na świat przez cesarskie cięcie w 27. tygodniu ciąży⁵.

W 2018 r. media odnotowały sprawę kobiety, u której zdiagnozowano stan wegetatywny w trzecim miesiącu ciąży. W rzeczonej sprawie kobieta uległa wypadkowi komunikacyjnemu, zespół lekarzy udzielał jej odpowiednich świadczeń zdrowotnych aż do 28. tygodnia ciąży w taki sposób, by umożliwić prawidłowy rozwój płodu⁶.

W 2019 r. opisano historię kobiety, która zapadła w śpiączkę po wypadku komunikacyjnym, będąc w 25. tygodniu ciąży. Cięża była utrzymywana przez lekarzy do 32. tygodnia, kiedy pojawiły się stany zapalne i konieczne było przeprowadzenie cesarskiego cięcia⁷.

Na początku września 2019 r. media obiegała informacja o tym, że przez cesarskie cięcie na świat przyszło dziecko urodzone po śmierci matki. W 21. tygodniu ciąży doszło u kobiety do pęknięcia tętniaka, wtedy też lekarze zdiagnozowali śmierć mózgu. Przez 56 dni funkcje życiowe kobiety były utrzymywane przez zespół lekarzy w szpitalu, by umożliwić prawidłowy rozwój dziecka⁸.

Wszystkie przedstawione pokrótce sprawy łączy kilka cech wspólnych. Przede wszystkim cięża była na takim etapie, kiedy dziecko miało małe szanse, aby przetrwać samodzielnie poza organizmem matki. Interwencje medyczne zostały przeprowadzone na tyle szybko, że płód pomimo złego stanu zdrowia matki żył i dalej się rozwijał. W każdym

⁵ *Nie żyła od 55 dni, a urodziła dziecko*, 19.04.2016 r. (<https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/wroclaw/wroclaw-kobieta-nie-zyla-od-55-dni-mimo-smierci-mozgu-urodzila-dziecko/wqpe81w>, dostęp: 16.10.2019).

⁶ *Prawdziwy cud narodzin. Wioletta urodziła córeczkę będąc w śpiączce!*, 17.05.2018 r. (<https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/lodz/lodz-kobieta-po-wypadku-urodzila-dziecko-bedac-w-spiaczcce/ndswp8w#slajd-2>, dostęp: 16.10.2019).

⁷ M. Zacharow, *Odebrali poród od kobiety w śpiączce!*, 20.09.2019 r. (<https://www.fakt.pl/wydarzenia/polska/lodz/kobieta-w-spiaczcce-urodzila-dziecko-w-instytucie-centrum-zdrowia-matki-polki-w-lodzi/g5gg6df>, dostęp: 16.10.2019).

⁸ D. Wantuch, *Dziewczynka urodziła się 56 dni po śmierci mózgu matki*, 5.09.2019 r. (<https://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,25161201,dziewczynka-urodzila-sie-56-dni-po-smierci-mozgu-matki.html>, dostęp: 16.10.2019).

przypadku opieka medyczna nad kobietą była niezwykle skomplikowana, konieczne było zaangażowanie zespołu lekarzy, w skład którego wchodził m.in. anestezjolog, ginekolog, neurolog oraz neurochirurg. Wreszcie, w każdej opisanej sprawie udało się doprowadzić do narodzin dziecka, ponieważ lekarze utrzymywali i kontrolowali funkcje życiowe kobiety na tyle długo, aby umożliwić prawidłowy rozwój *nasciturusa*.

Analiza prawna

1. Status prawny kobiety w ciąży na granicy życia

Kobieta ze zdiagnozowaną śpiączką lub stanem wegetatywnym

Pacjentka ze zdiagnozowaną śpiączką lub w stanie wegetatywnym jest uznawana za osobę nieświadomą i niemogącą podejmować samodzielnie decyzji. Stan wegetatywny charakteryzuje się utratą wyższych funkcji mózgu, takich jak świadomość. Zaburzenie nazywane jest *unresponsive wakefulness syndrome*, czyli zespołem czuwania i braku reakcji, który po pewnym czasie może przerodzić się w tzw. utrwalony (przetrwały) stan wegetatywny⁹. Śpiączka natomiast definiowana jest jako stan zaburzenia świadomości, który powoduje niemożność wybudzenia się oraz reagowania na bodźce zewnętrzne¹⁰. Rokowania – w zależności od przyczyny powstania zaburzenia w przypadku przedłużającego się stanu wegetatywnego oraz śpiączki – są dla pacjenta bardziej lub mniej korzystne¹¹.

Fakt pozostawiania kobiety w stanie wegetatywnym lub w śpiączce nie powinien mieć wpływu na ograniczenie jej autonomii ani na naruszenie godności. Kobieta taka, pomimo utraty świadomości, pozostaje

⁹ A. Bender, R. Jox *et al.*, *Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State. A systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures*, *Deutsches Arzteblatt International* 2015, nr 112 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4413244>, dostęp: 12.11.2019).

¹⁰ G. B. Young, *Coma*, *Annals of the New York Academy of Sciences* 2009, Vol. 1157, Issue 1 (<https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1749-6632.2009.04471.x>, dostęp: 12.11.2019).

¹¹ *Ibidem*; A. Bender, R. Jox *et al.*, *op. cit.*

osobą posiadającą pełnię praw, z których może korzystać w ograniczonym zakresie ze względu na swój stan. Oznacza to, że nie powinna być ona traktowana w sposób, który naruszałby jej godność.

Część doktryny stoi na stanowisku, że prawo pacjenta do samostanowienia, którego źródłem upatruje się w godności ludzkiej, ma pierwszeństwo przed życiem i zdrowiem¹². Kiedy kobieta przed zdiagnozowaniem stanu wegetatywnego lub śpiączki zdecydowała o tym, jakie świadczenia zdrowotne powinny być jej udzielane w sytuacji utraty świadomości, wola pacjentki powinna zostać uszanowana, nawet za cenę poświęcenia życia *nasciturusa*¹³. Zezwolenie na naruszenie integralności cielesnej kobiety wbrew jej woli, tylko po to, aby ratować płód, stanowiłoby naruszenie jej autonomii¹⁴, nawet jeżeli nastąpiło ono w sposób dla niej nieświadomy. W konsekwencji uważam, że jeżeli kobieta sprzeciwiała się kontynuowaniu ciąży albo nie chciała być poddawana tak inwazyjnemu leczeniu, powinno się uszanować jej decyzję.

W niewielu przypadkach ludzie są na tyle zapobiegliwi, by podzielić się z kimś swoimi życzeniami dotyczącymi leczenia. Bez wątpienia sporządzanie oświadczeń medycznych *pro futuro* stanowi wyjątek, w szczególności wśród osób młodych. Nawet jednak (i zwłaszcza) w sytuacji, kiedy wola kobiety odnosząca się do zabiegów medycznych jest nieznana, podmiot decydujący powinien mimo wszystko skupić się na ochronie jej interesów, ponieważ bez wątpienia jest ona pacjentką, która zachowuje wszystkie przysługujące jej prawa¹⁵.

¹² E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, PiM 2000, nr 1, s. 73; E. Plebanek, *Autonomia ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznych. Prawnokarna ocena sprzeciwu ciężarnej pacjentki wobec czynności medycznej ratującej życie i zdrowie pacjentki lub dziecka nienarodzonego (część I)*, PiM 2015, nr 17, s. 34–35.

¹³ *Vide* zapis 26 na temat wątpliwości pojawiających się w doktrynie na temat oświadczeń medycznych *pro futuro*.

¹⁴ *Vide* M. Boratyńska, *Ochrona zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego oraz praw z nim związanych*, [w:] *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, t. II, cz. 2, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 492.

¹⁵ M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] *System prawa medycznego...*, s. 635.

Konsekwencje zdiagnozowania śmierci mózgu

Śmierć mózgu w Polsce, obok nieodwracalnego zatrzymania krążenia, jest jednym z kryteriów stwierdzania zgonu człowieka¹⁶. Pomimo wątpliwości (uzasadnionych bądź nie), które podnoszone są w nauce¹⁷, śmierć mózgu jest uznaną na świecie i w Polsce przesłanką stanowiącą o końcu życia ludzkiego.

W momencie stwierdzenia zgonu w sposób zgodny z przepisami człowiek staje się osobą zmarłą. Niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu zwłoki muszą zostać umieszczone w chłodnym miejscu, a niewłaściwe postępowanie z nimi może zostać uznane za przestępcze znieważenie zwłok. Z perspektywy prawa stwierdzenie zgonu niesie ze sobą doniosłe skutki, takie jak utrata zdolności prawnej, ustanie konieczności leczenia czy otwarcie spadku. Niektóre prawa gasną w momencie śmierci, inne zaś przechodzą na spadkobierców, jak w przypadku praw majątkowych. Inne zaś prawa, ściśle związane z osobą zmarłego (np. umowa dożywocia czy zobowiązanie z umowy o dzieło), wygasają, kiedy osoba umiera. Niektóre zaś czynności o charakterze *mortis causa* stają się skuteczne dopiero po stwierdzeniu zgonu, jak w przypadku otwarcia spadku czy sprzeciwu wobec transplantacji *ex mortuo*¹⁸.

Stwierdzenie zgonu dokonywane jest przez lekarzy określonej specjalizacji, w sposób opisany w obwieszczeniu Ministra Zdrowia¹⁹. Formalnym dokumentem stwierdzającym śmierć człowieka, który potwierdza wygaśnięcie zdolności prawnej, jest akt zgonu wystawiany przez urząd stanu cywilnego²⁰.

¹⁶ Art. 43a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza (Dz.U. z 2019 r. poz. 1590) (dalej: u.z.l.).

¹⁷ Vide H.J. Turk, *Śmierć mózgową w aspekcie filozoficznym*, [w:] *Etyczne aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16.04.1996 r.*, red. A. Marcol, Opole 1996, s. 67–68; J.M. Norkowski, *Człowiek umiera tylko raz. Mało znane fakty dotyczące śpiączki, stanu wegetatywnego i śmierci mózgowej*, Warszawa 2013, s. 79 i nast.

¹⁸ J. Haberko, *Koniec życia a kres podmiotowości prawnej. Kilka uwag na temat czy prawnik i lekarz rozumieją się „stwierdzając zgon”*, PiM 2007, nr 2, s. 72.

¹⁹ Wydawanym i aktualizowanym nie rzadziej niż co 5 lat – na podstawie art. 43a u.z.l.

²⁰ J. Haberko, *Koniec życia...*, s. 81.

Sytuacja kobiety w ciąży, u której zdiagnozowano śmierć mózgu, wzięwszy pod uwagę powyższe okoliczności, jest osobiwa. Do momentu oficjalnego stwierdzenia zgonu w sposób opisany w przywołanym akcie wykonawczym kobieta z prawnego punktu widzenia jest traktowana jak osoba żywa, pomimo zaistnienia przesłanek medycznych przemawiających za śmiercią. Lekarze lub rodzina pacjentki, powodowani chęcią podtrzymania ciąży, mogą nie nalegać na stwierdzenie śmierci mózgu i tym samym utrzymywać fikcję, jakoby kobieta żyła, wyłącznie ze względu na płód. Abstrahując od jednoznacznej oceny, czy takie postępowanie jest słuszne, należy zauważyć, że najwłaściwsze w takiej sytuacji byłoby zwrócenie się do sądu opiekuńczego w celu wydania stosownego zezwolenia na kontynuowanie udzielania kobiecie świadczeń medycznych albo odłączenie jej od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe, nikt inny bowiem nie ma w tej sprawie kompetencji decyzyjnych.

Kobieta jako osoba zmarła z oczywistych względów nie posiada takiego samego statusu prawnego i moralnego jak osoba żywa. Nie oznacza to jednak, że wolno traktować jej ciało w sposób dowolny, w szczególności znieważający, ponieważ stoi to w sprzeczności z normami społecznymi cywilizowanego świata, którego ważnym aspektem jest okazywanie szacunku osobom zmarłym. Jednym z najważniejszych przejawów okazywania respektu jest traktowanie zwłok ludzkich w sposób zapewniający zachowanie godności należnej zmarłemu. Ponadto częścią naszej kultury jest respektowanie życzeń osób, które znajdują się na łożu śmierci, w odniesieniu zarówno do procesu odchodzenia, jak również pośmiertnego rozdysponowania majątku. Wiekową tradycją, usankcjonowaną przez prawo, jest poszanowanie woli zmarłego w odniesieniu do decydowania, komu po śmierci powinny przypaść jego dobra materialne. Tylko w wyjątkowych przypadkach prawo ingeruje w autonomię człowieka, której odzwierciedleniem jest sporządzenie testamentu²¹. Prawo honoruje również wolę zmarłego dotyczącą transplantacji *ex mortuo* w ten sposób, że każda pełnoletnia osoba może wyrazić swój sprzeciw wobec

²¹ Dzieje się tak np. w przypadku sporządzenia testamentu w sposób niezgodny z prawem.

pobierania z jej ciała komórek, tkanek czy narządów²². Podobnie życzenie dotyczące przekazania zwłok na cele naukowe²³ powinno być uszanowane przez spadkobierców zmarłego i inne osoby²⁴.

Jak zostało wyjaśnione powyżej, śmierć nie stanowi końca wszystkich interesów człowieka²⁵. Z szacunku dla autonomii przysługującej osobie prawo chroni oświadczenia woli sporządzane na wypadek śmierci, pomimo że osoba, która je sporządziła, nie żyje. W podobny sposób szanuje się pośmiertnie godność osoby zmarłej, której zwłoki nie mogą być traktowane w znieważający sposób.

Pomimo braku w Polsce jednoznacznych regulacji prawnych dotyczących oświadczeń medycznych *pro futuro* przyjmuje się, że pełnoletnia, nieubezwłasnowolniona osoba może sporządzić tzw. testament życia²⁶. Nie ma przeszkód prawnych, aby kobieta zawarła w takim dokumencie

²² Art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405).

²³ Aktem prawnym regulującym tę kwestię jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 czerwca 2009 r. w sprawie trybu i warunków przekazywania zwłok do celów naukowych (Dz.U. z 2009 r. Nr 129 poz. 1067).

²⁴ M. Nesterowicz, K. Śliwka, *Pobieranie ze zwłok komórek, tkanek i narządów do celów naukowych – problem prawny i medyczny*, PiM 2009, nr 4, s. 5–12.

²⁵ Temat statusu moralnego oraz prawnego osoby zmarłej jest wieloaspektowy i niestety nie ma wystarczająco miejsca na jego rozwiniecie w artykule. W tym miejscu pokrótce została przedstawiona tylko jedna z teorii, która uzasadnia respektowanie woli osób zmarłych.

²⁶ Wiele osób z doktryny krytycznie odnosi się do wskazanego postanowienia oraz uznania legalności medycznych oświadczeń *pro futuro*. Wątpliwości komentatorów odnoszą się m.in. do kwestii związanych z zakresem treściowym deklaracji, czyli tego, jakich czynności medycznych może dotyczyć ten dokument i czy może obejmować sprzeciw czy również zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ponadto w literaturze podnosi się, że niepewność dotyczy występowania konfliktu wartości pomiędzy lekarskim nakazem ratowania życia a autonomią pacjenta. Nieoczywiste pozostaje również zagadnienie wiarygodności i autentyczności takiego dokumentu. *Vide i.a.* A. Zoll, *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi w świetle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, PiM 2006, nr 4; B. Janiszewska, *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, PiM 2017, nr 2, s. 37 i nast.; A. Dąbrowska, K. Jarnutowska, *“Will of Life” as a Challenge for the Polish Legislator – Selected Problems*, Białostockie Studia Prawnicze 2017, nr 22, s. 87–88; M. Syska, *Ocena dopuszczalności i skuteczności deklaracji antycypowanych de lege lata*, [w:] *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawno-porównawczym*, Warszawa 2013; A. Jakuszewicz, *Prawo do odmowy zabiegu medycznego ratującego życie ze względu na sprzeciw sumienia. Refleksje prawno-porównawcze (Polska, Hiszpania)*, Studia z Zakresu Prawa, Administracji i Zarządzania UKW 2012, t. 2, s. 70–71.

swoją wolę dotyczącą opieki nad nią w sytuacji zdiagnozowania śpiączki, stanu wegetatywnego lub śmierci mózgu. Pozostaje kwestią otwartą, czy takie oświadczenie woli powinno być uznane za skuteczne i wiążące dla lekarzy, szczególnie gdy w sporządzonym dokumencie kobieta nie odniosła się do kwestii ciąży.

Gdyby pacjentka nie pozostawiła oświadczenia medycznego *pro futuro* (co raczej stanowi regułę), należałoby mimo wszystko wziąć pod uwagę jej stosunek do płodu oraz poglądy odnoszące się do godnej śmierci. Takie podejście stanowiłoby wyraz szacunku wobec kobiety i jej autonomii, szczególnie z tego względu, że podtrzymywanie funkcji życiowych kobiety wyłącznie dla przyniesienia korzyści *nasciturusowi* może być odebrane jako traktowanie jej ciała przedmiotowo, jak „inkubatora”. Gdyby bowiem nie rozwijający się płód, kobieta zostałaby odłączona od aparatury medycznej podtrzymującej jej funkcje życiowe.

Mamy zatem do czynienia albo z pacjentką żywą, która formalnie wyposażona jest w pełną zdolność decyzyjną i w której zastępstwie może wypowiadać się tylko sąd opiekuńczy, albo ze zwłokami, które należy traktować z odpowiednim szacunkiem. Pochodzące od niej samej deklaracje antycypacyjne (testamenty życia) wymagają co do zasady uszanowania, o ile są jednoznaczne. W praktyce jednak mało kto takie składa.

2. Podjęcie decyzji

Na wstępie należy zaznaczyć, że prawo polskie nie reguluje w bezpośredni sposób sytuacji kobiety w ciąży, u której zdiagnozowano trwałą utratę świadomości albo śmierć mózgu. Rozważania zawarte w tej części artykułu będą opierać się na istniejących, generalnych rozwiązaniach prawnych, które mogą stanowić podstawę zastosowania w tych sprawach analogii.

W zwykłych okolicznościach zasadą jest, iż udzielenie wszelkich świadczeń zdrowotnych musi zostać poprzedzone uzyskaniem świadomej zgody od pacjenta po uprzednim poinformowaniu go o metodzie leczenia oraz możliwych konsekwencjach²⁷. Pełnoletni, świadomy,

²⁷ Art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2019 r. poz. 1696) (dalej: u.p.p.).

nieubezwłasnowolniony pacjent może zarówno zgodzić się na udzielenie świadczenia, jak również wyrazić swój sprzeciw. W sytuacji, kiedy podmiot jest niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, ustawodawca przyznał kompetencje decyzyjne sądowi opiekuńczemu²⁸. Przez pojęcie niezdolności do samodzielnego wyrażenia zgody rozumie się w doktrynie m.in. pozostawanie pacjenta w stanie nieprzytomności lub niezdolności do zrozumienia informacji²⁹. Do takich przypadków bez wątpienia można zakwalifikować śpiączkę oraz stan wegetatywny.

Wyjątkiem od zasady podejmowania decyzji za takie osoby przez sąd jest okoliczność, w której stan zdrowia pacjenta wskazuje, że zwłoka w leczeniu mogłaby spowodować utratę życia, ciężkie uszkodzenie ciała lub ciężki rozstrój zdrowia³⁰. W takiej sytuacji lekarz może podjąć leczenie, ale przed rozpoczęciem działań powinien w razie możliwości skonsultować się z drugim lekarzem³¹.

Kiedy do szpitala trafia nieprzytomna, pełnoletnia kobieta w ciąży, potrzebująca niezwłocznej pomocy, należy rozważyć kilka kluczowych problemów. Po pierwsze, dorosła, nieubezwłasnowolniona pacjentka, zdolna do samodzielnego podejmowania decyzji, w zwykłych okolicznościach może osobiście zadecydować o udzielanych jej świadczeniach medycznych. Okoliczność pozostawania w ciąży jest irrelevantna z punktu widzenia prawa do wyrażania zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W polskim systemie prawnym nie występują rozwiązania przyjęte w USA, gdzie w niektórych stanach autonomia kobiety w ciąży doznaje ograniczeń ustanowionych przez prawo³². W większości stanów, jeżeli kobieta sporządziła oświadczenie medyczne *pro futuro*, a jest w ciąży, prawo nakazuje uznanie ważnego i obowiązującego oświadczenia za

²⁸ Art. 32 ust. 2 oraz art. 34 ust. 3 u.z.l.

²⁹ P. Sobolewski, *Zgoda na zabieg medyczny*, [w:] *System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 399.

³⁰ Art. 34 ust. 7 u.z.l.

³¹ Art. 34 ust. 7 u.z.l.

³² Texas Health and Safety Code § 166.049, Nebraska Revised Statute § 20-408(3). Na ten temat: D. Sperling, *Do Pregnant Women Have (Living) Will?*, *Journal of Health Care Law and Policy* 2005, nr 8, s. 331, 334.

nieistniejące w całości albo w części mogącej wpłynąć na sytuację płodu. Zapatrywania prawne przyjęte w USA są specyficzne i wyjątkowe na tle reszty świata. Zgodnie z precedensowym orzeczeniem *Roe v. Wade*³³ stan ma interes w potencjalnym życiu nienarodzonego dziecka, co może wyjaśniać takie uregulowanie dotyczące oświadczeń medycznych *pro futuro* kobiety w ciąży. Rozwiązanie amerykańskie należy ocenić w sposób negatywny, jako naruszające prawo kobiety do samostanowienia o swoim zdrowiu i życiu oraz uwłaczające jej godności.

Po drugie, gdy kobieta jest nieprzytomna, uznać należy ją za osobę niezdolną do samodzielnego wyrażenia decyzji. W takim przypadku, jeżeli konieczne jest ratowanie życia lub zdrowia, a nie jest znana jej wola, za zgodne z prawem należy uznać udzielenie jej ratujących świadczeń medycznych. Konieczne w takich okolicznościach jest, w miarę możliwości, zasięgnięcie opinii drugiego lekarza tej samej specjalności oraz poinformowanie sądu opiekuńczego. Ze względu na ciężki stan zdrowia kobiety i nagłą sytuację nie jest konieczne uprzednie wyrażenie zgody zastępczej przez sąd opiekuńczy.

Dalsze leczenie ciężarnej, po udzieleniu jej niezbędnej pomocy ratującej życie, wymaga uzyskania od sądu opiekuńczego upoważnienia. Taką tezę potwierdza fakt, iż zgodnie z art. 34 ust. 7 u.z.l. lekarz może wykonać niezbędne czynności ratujące życie bez zgody sądu opiekuńczego tylko, gdy zwłoka „groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia”. Argumentując *a contrario*, kiedy niebezpieczeństwo zostało zażegnane, a pacjent jest niekompetentny, niezbędne jest uzyskanie autoryzacji sądu.

Właściwym sądem opiekuńczym, władnym do decydowania o leczeniu kobiety w ciąży, u której zdiagnozowano śpiączkę czy stan wegetatywny, będzie sąd właściwy ze względu na miejsce wykonywania czynności medycznych³⁴.

³³ *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973).

³⁴ K. Michałowska, *Charakter prawny i znaczenie zgody pacjenta na zabieg medyczny*, Warszawa 2014, s. 123.

Ciąża *post mortem*

Sytuacja kobiety w ciąży, u której zdiagnozowano śpiączkę albo stan wegetatywny, jest diametralnie różna od tej, gdy doszło do śmierci mózgu. W pierwszych dwóch przypadkach kobieta żyje, jej podstawowe funkcje życiowe są zachowane. W takich okolicznościach leczenie teoretycznie może przynosić korzyści medyczne zarówno kobiecie, jak i *nasciturusowi*. W sytuacji, kiedy u kobiety lekarze diagnozują śmierć mózgu, z perspektywy medycyny taka kobieta jest osobą martwą. Z perspektywy prawa do momentu komisyjnego i z zachowaniem wszystkich formalnych wymagań stwierdzenia trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)³⁵ zgodnie z odpowiednią procedurą³⁶ jest traktowana jak osoba żywa.

Istotny dla rozważań jest fakt, że kobiecie w tym stanie żadne dostępne środki medyczne czy techniczne nie są w stanie przynieść jakiegokolwiek korzyści. Jeżeli chodzi natomiast o rozwijający się płód, może on mieć pośrednie szanse na przeżycie: dzięki technologii podtrzymującej funkcje życiowe kobiety.

Kiedy kobieta jest przyjmowana do szpitala ze schorzeniem, w wyniku którego nastąpi u niej śmierć mózgu, może być ona w stanie samodzielnie wyrazić zgodę na hospitalizację i udzielane jej świadczenia zdrowotne. W takim przypadku nie ma potrzeby uzyskiwania zgody sądu opiekuńczego. Natomiast kiedy kobieta przyjmowana jest do szpitala w stanie nieprzytomności i w stanie zagrożenia życia, lekarze nie muszą występować do sądu o zgodę na przeprowadzenie koniecznych zabiegów medycznych. W momencie, gdy lekarze diagnozują śmierć mózgu, sytuacja ulega zmianie.

Kobieta jako osoba zmarła nie może wyrazić zgody na leczenie. Nie zachodzi w tym przypadku niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, ponieważ nie istnieją środki medyczne mogące odwrócić proces umierania. Oznacza to, że gdy

³⁵ Art. 43a ust. 1 u.z.l.

³⁶ Obwieszczenie ministra zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P., poz. 73).

śmierć mózgu zostanie zdiagnozowana, nie istnieją po stronie kobiety przesłanki prawne, aby kontynuować jej „leczenie”. Dlatego też lekarze mogą zaprzestać udzielania świadczeń zdrowotnych, odłączyć aparaturę medyczną oraz stwierdzić zgon.

Możliwości decyzyjne po zdiagnozowaniu śmierci mózgu

Najbardziej oczywistym rozwiązaniem sytuacji ciąży *post mortem* jest odwołanie się do prawa pacjenta do samostanowienia w zakresie leczenia. Prawo do wyrażania zgody na przeprowadzenie leczenia jest podstawowym prawem przysługującym każdemu pacjentowi. Prawo polskie teoretycznie dopuszcza³⁷, aby osoba przed utratą zdolności do wyrażania zgody na leczenie sporządziła oświadczenie medyczne *pro futuro*, w którym wyraziłaby swoją wolę na wypadek utraty świadomości. W konsekwencji, gdy kobieta sporządziłaby ważny i jednoznaczny testament życia, w którym odniosłaby się do ciąży *post mortem*, lekarze powinni uszanować autonomię kobiety i jej wolę³⁸. Jednakże sporządzanie testamentów życia w Polsce wciąż stanowi wyjątek.

Drugą możliwością jest posłużenie się koncepcją, która zakłada, że kobieta traktowana będzie jak osoba żywa. Funkcje życiowe będą utrzymywane do momentu przeprowadzenia cesarskiego cięcia, a zgon zostanie stwierdzony dopiero po narodzinach dziecka. W takich okolicznościach lekarze mogliby zwrócić się do sądu opiekuńczego w celu autoryzacji podtrzymywania funkcji życiowych kobiety po to, by umożliwić rozwój *nasciturusowi*. Koncepcja ta wymagałaby jednak uznania płodu za pacjenta, któremu powinny być udzielane świadczenia zdrowotne³⁹. Najpoważniejszym mankamentem traktowania kobiety w tym stanie klinicznym jako osoby żywej jest tworzenie fikcji, uznającej

³⁷ *Vide* postanowienie SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05, OSNC 2006/7-8/137.

³⁸ *Vide* M. Boratyńska, *Podsumowanie. Legalność decyzji medycznych na granicy śmierci a problem eutanazji*, [w:] *System prawa medycznego...*, s. 762 – ogólnie na temat legalności oświadczeń medycznych *pro futuro*. Dodatkowa argumentacja znajduje się wcześniej w punkcie 1.

³⁹ Kwestia uznawania płodu za pacjenta od lat stanowi przedmiot dyskusji w doktrynie. *Za* uznaniem *nasciturusa* za pacjenta opowiadają się m.in.: D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2012, s. 77; M. Gałązka, *Początek ludzkiego życia i problem nasciturusa*, [w:]

zwłoki za człowieka, która stoi w sprzeczności z dowodami naukowymi dotyczącymi końca życia.

Interesującą możliwością jest posłużenie się w odniesieniu do ciąży *post mortem* analogią transplantacyjną. W takim przypadku zmarła kobieta mogłaby być traktowana jako dawca, który w pewnym sensie ofiarowuje swoje całe ciało – komórki, tkanki i narządy biorcy, czyli nienarodzonemu dziecku. Możliwość pobierania ze zwłok po stwierdzeniu zgonu komórek, tkanek i narządów jest potwierdzona w art. 4 ustawy transplantacyjnej⁴⁰, gdy osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu wobec tej procedury. Wydaje się jednak, że ze względu na brzmienie przepisów ustawy nie jest możliwe odniesienie jej do ciąży *post mortem*. Przede wszystkim w ustawie wprost mowa o pobieraniu, czyli zgodnie z definicją zaczerpniętą ze *Słownika Języka Polskiego*, o wzięciu operacyjnym jakiegoś organu, tkanki itp., w celu przeszczepienia⁴¹. Jednoznacznie wskazuje to na intencję ustawodawcy, który stwierdził, że za transplantację uznać można tylko „wyjęcie” jakiegoś organu ze zwłok i „przeniesienie” go do ciała żywej osoby. Nie można więc uznać za transplantację sytuacji, w której zmarła matka jest dawcą ciała dla swojego dziecka, które znajduje się wewnątrz. Ustawę o transplantacjach można byłoby odnieść do ciąży *post mortem*, gdyby zmieniono definicję transplantacji *ex mortuo* z pobierania na wykorzystywanie komórek, tkanek i narządów.

Kolejnym tematem zasługującym na rozważenie jest związek między ciążą *post mortem* a przerywaniem ciąży. Zgodnie z przepisami ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży⁴² aborcja dozwolona jest w trzech określonych przypadkach – gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia

System prawa medycznego. Instytucje prawa medycznego..., s. 570; B. Kmieciak, *Prawa dziecka jako pacjenta*, Warszawa 2016, s. 137–138.

⁴⁰ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2019 r. poz. 1405) (dalej: ustawa transplantacyjna).

⁴¹ [Hasło:] *Pobieranie*, [w:] *Słownik Języka Polskiego* (<https://sjp.pwn.pl/szukaj/pobieranie.html>; dostęp: 21.04.2020 r.).

⁴² Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 2001 r. Nr 154, poz. 1792).

lub zdrowia kobiety, kiedy istnieje duże prawdopodobieństwo ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia płodu lub nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu albo kiedy ciąża powstała w wyniku czynu zabronionego⁴³. Oznacza to, że możliwe jest wywiedzenie wniosku, iż gdy nie zachodzą przedstawione powyżej przesłanki, niezgodne z prawem jest przerwanie ciąży, a tym samym wymagane jest, aby ciąża była kontynuowana.

Inną analogią, którą należy rozważyć, jest zagadnienie wspomaganego rozrodu *post mortem*. W Polsce istnieje generalny zakaz pośmiertnego dawstwa gamet⁴⁴, które dozwolone jest w ściśle określonej sytuacji w dawstwie partnerskim, kiedy kobieta jest uprawniona do wykorzystania zarodków po śmierci partnera⁴⁵. Z przepisów jednoznacznie wynika, że niedopuszczalna jest sytuacja, w której to mężczyzna „wykorzystywałby” zarodki po śmierci partnerki. W konsekwencji, w obecnym brzmieniu nie jest możliwe zastosowanie zapisów u.l.n. do rozwiązania dylematu ciąży *post mortem*.

3. Status prawny *nasciturusa*

Odkąd w ostatnich dziesięcioleciach nastąpił ogromny postęp w medycynie prenatalnej, w społeczeństwie zaczęto odbierać płód jako samodzielny i niezależny organizm. Takie postrzeganie *nasciturusa* związane jest z m.in. tym, że możliwe jest coraz dokładniejsze śledzenie jego rozwoju *in utero*, przy wykorzystaniu aparatury medycznej⁴⁶. Ponadto ulepszenia technologiczne wykorzystywane w medycynie spowodowały, że możliwe stało się udzielenie *nasciturusowi* świadczeń zdrowotnych w łonie matki, i tak dzięki temu wykonalne jest przeprowadzenie operacji mającej wspomóc czynności serca dziecka. Istotny jest fakt, że taka operacja ma tylko pośredni

⁴³ *Ibidem*, art. 4a.

⁴⁴ Art. 84 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz.U. 2019 r. poz. 730, 1590) (dalej: u.l.n.).

⁴⁵ Art. 33 u.l.n.

⁴⁶ M. Gałązka, *op. cit.*, s. 544.

wpływ na kobietę w ciąży, ponieważ nie musi bezpośrednio oddziaływać na poprawę jej zdrowia⁴⁷.

Na gruncie prawa nie można znaleźć jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy płód posiada podmiotowość lub zdolność prawną. Trybunał Konstytucyjny w wyroku K 26/96⁴⁸ stanął na stanowisku, że dziecko poczęte ma podmiotowość prawną, która powinna być rozpatrywana w oderwaniu od zdolności prawnej w rozumieniu prawa cywilnego z tego powodu, że ta ostatnia jest terminem wywodzonym z przepisów ustawy. Trybunał podkreślił, że mimo iż życie człowieka podlega konstytucyjnej ochronie również w fazie prenatalnej, to intensywność tej ochrony może zależeć od fazy życia oraz od okoliczności⁴⁹. Przedstawiciele doktryny R. Kubiak⁵⁰ czy J. Haberko⁵¹ twierdzą, że od momentu poczęcia *nasciturusowi* przysługuje prawo do życia, które jest chronione przez art. 38 ust. 1 Konstytucji. W podobnym duchu wypowiada się D. Karkowska, która stoi na stanowisku, że na gruncie ustawy o prawach pacjenta należy uznać za takiego dziecko od momentu poczęcia, któremu powinny być udzielane wszelkie świadczenia medyczne⁵². Na gruncie prawa karnego, w kontekście art. 152 oraz 157a k.k.⁵³, czyli przepisów odnoszących się do bezprawnego przerywania ciąży oraz uszczerbku prenatalnego, M. Królikowski twierdzi, że płód jest objęty podmiotową ochroną ze strony prawa⁵⁴. Z kolei S. Dmowski jest zdania, że *nasciturus* nie posiada

⁴⁷ Oczywiście operacja wykonywana *nasciturusowi* ma niebagatelny wpływ na zdrowie czy nawet życie kobiety, ponieważ każda ingerencja medyczna stanowi naruszenie jej ciała, np. konieczne jest podanie jej narkozy czy środków przeciwbólowych. Jednak kiedy zabieg przeprowadzany jest tylko ze względu na wadę płodu, ma on bezpośredni wpływ na życie i zdrowie nienarodzonego dziecka, a tylko pośredni na kobietę.

⁴⁸ Wyrok TK z 28 maja 1997 r., K 26/96, OTK 1997/2/19.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2017, s. 7–9.

⁵¹ J. Haberko, *Cywilnoprawna ochrona dziecka poczętego a stosowanie procedur medycznych*, Warszawa 2010, s. 10.

⁵² D. Karkowska, *op. cit.*, s. 77.

⁵³ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. z 2020 r. poz. 568.).

⁵⁴ M. Królikowski, *Komentarz do art. 157a, II Odniesienia systemowe*, [w:] *Kodeks karny. Komentarz*, red. M. Królikowski, R. Zawłocki, Warszawa 2017.

osobowości prawnej, a prawo tylko w niektórych sytuacjach przyznaje mu ochronę⁵⁵. Podobne zapatrywania reprezentują przedstawiciele doktryny opowiadający się za pierwszeństwem autonomicznych decyzji kobiety w sprawie własnego zdrowia nad życiem i dobrem płodu⁵⁶.

Powyższe rozważania niosą ze sobą ogromną doniosłość prawną. Przyznając komuś podmiotowość prawną, akceptuje się jednocześnie, że takiej istocie przysługuje ochrona jej praw, interesów i dóbr. Ma to kolosalne znaczenie w kontekście analizy zagadnienia opieki nad kobietą w ciąży w stanie wegetatywnym, śpiączce czy ze zdiagnozowaną śmiercią mózgową.

Kiedy kobieta jest w ciąży, każde jej zachowanie ma bezpośredni wpływ na płód rozwijający się w jej ciele. W idealnej sytuacji kobieta i *nasciturus* koegzystują w harmonii i nie jest konieczne rozstrzygnięcie konfliktu między nimi. Jednak w wielu sytuacjach, wymagających interwencji medycznej, może dojść do kolizji pomiędzy dobrami prawnie chronionymi matki i płodu⁵⁷. Jest to spowodowane tym, że *nasciturus* jest ściśle i fizycznie powiązany z kobietą, a podejmowane przez nią decyzje zdrowotne mają bezpośredni wpływ na rozwijający się płód, np. odmowa przyjęcia leku czy niepoddanie się operacji może mieć fatalne skutki zarówno dla matki, jak i płodu. W takich właśnie okolicznościach, kiedy stajemy przed wyborem, czy należy uszanować autonomię kobiety, czy dla dobra płodu powinniśmy pozwolić na ingerencję medyczną, występuje konflikt pomiędzy ciężarną a *nasciturusem*.

⁵⁵ S. Dmowski [w:] *Komentarz do kodeksu cywilnego, Księga 1, Część ogólna*, red. S. Dmowski, S. Rudnicki, Warszawa 2011, s. 43.

⁵⁶ *Vide* m.in. E. Plebanek, *op. cit.*, s. 45; M. Szeroczyńska, *Zgoda na leczenie operacyjne płodu*, [w:] *Prawo wobec problemów społecznych. Księga jubileuszowa Profesor Eleonory Zielińskiej*, red. B. Namysłowska-Gabrysiak, K. Syroka-Marczewska, A. Walczak-Żochowska, Warszawa 2016, s. 823 i przeprowadzona tam polemika z poglądami przydatnymi osobom trzecim jakiegokolwiek kompetencje decyzyjne w tej sprawie; M. Boratyńska, *Problem przymusu zabiegowego w ciąży*, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2, *Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 2, Wolters Kluwer Warszawa 2019, s. 492.

⁵⁷ *Vide* wyrok TK z 28 maja 1997 r., K 26/96, w kontekście konfliktu dóbr występującego na gruncie aborcji.

Zgadzam się z R. Majdą⁵⁸, który jest zdania, że *de lege lata* płód nie posiada podmiotowości prawnej, skoro nie istnieje do tego wyraźna podstawa ustawowa. *Nasciturus* powinien być uznawany za integralną część organizmu matki, która przez okres ciąży (w szczególności do momentu, w którym może przeżyć poza organizmem kobiety, czyli do około 24. tygodnia ciąży) jest zależna całkowicie od kobiety⁵⁹. Gdyby uznać płód za całkowicie niezależny od kobiety podmiot, pojawiłby się problem m.in. z udzieleniem mu świadczenia zdrowotnego. Przyjęcie, że władza rodzicielska nad *nasciturusem* przysługuje matce i/lub ojcu dziecka, oznaczałoby, że osoby te musiałyby wyrazić zgodę na udzielenie płodowi niemal każdego świadczenia zdrowotnego⁶⁰. W sytuacji, gdy doszłoby do konfliktu decyzyjnego między rodzicami w zakresie wykonania badań prenatalnych czy przeprowadzenia operacji, konieczne byłoby uzyskanie zgody sądu opiekuńczego, który musiałby ten spór rozstrzygnąć. Trudno wyobrazić sobie, żeby sąd opiekuńczy orzekł inaczej, niż wyrażając zgodę na udzielenie jakiegoś świadczenia zdrowotnego *nasciturusowi*⁶¹. Przyznanie podmiotowości prawnej płodowi wiązałoby się z nonsensownymi skutkami dla kobiety w ciąży w sytuacji, kiedy wyraziłaby ona sprzeciw wobec ingerencji w jej ciało, mogących uratować życie lub zdrowie płodu. Przyjęcie koncepcji, że płód jest pacjentem, oznaczałoby, że gdy kobieta wyraża sprzeciw wobec świadczenia – decyzją podmiotu mogącego decydować o leczeniu płodu (mógłby być to przedstawiciel ustawowy, kurator lub sąd opiekuńczy) – wolno byłoby ten sprzeciw przelamać. Ingerencja w ciało kobiety pomimo jej sprzeciwu nie powinna mieć miejsca, ponieważ prowadziłoby to do bardzo niebezpiecznej sytuacji wprowadzenia przymusowego leczenia wobec kobiety, która nie miałaby podstawy w ustawie,

⁵⁸ R. Majda, *Komentarz do art. 8 Kodeksu cywilnego*, [w:] *Kodeks cywilny. Część ogólna. Komentarz*, red. M. Pyziak-Szafnicka, Warszawa 2009, s. 174.

⁵⁹ E. Plebanek, *op. cit.*, s. 31; K. Szewczyk, *Czy płód jest pacjentem? Medyczne modele relacji kobieta brzemienna – dziecko nienarodzone*, *Diametros* 2012, nr 32, s. 128.

⁶⁰ J. Haberko, *Cywilnoprawna...*, s. 319.

⁶¹ M. Szeroczyńska, *Zgoda na leczenie operacyjne płodu...*, s. 815, 817.

co jest niezgodne z prawem⁶². Taka sytuacja stanowiłaby za daleko idącą ingerencję w prawo do samostanowienia kobiety. Jak podkreśliła E. Plebanek, udzielenie świadczeń zdrowotnych płodowi bez zgody kobiety stanowiłoby bezprawną ingerencję w jej ciało⁶³.

Pomimo opisanych wyżej wątpliwości w kontekście podmiotowości prawnej *nasciturusa* nie oznacza to, że jego dobra i interesy mogą być lekceważone. Prawo w kilku przypadkach chroni *nasciturusa* oraz jego przyszłe prawa, które nabędzie, o ile urodzi się żywy. Przykładowo, przepisy kodeksu cywilnego stanowią, że dziecko poczęte w chwili otwarcia spadku może być spadkobiercą⁶⁴. Ponadto art. 446¹ k.c. stanowi, że dziecko może żądać naprawienia szkód, których doznało przed urodzeniem. Na gruncie prawa rodzinnego uznaje się, że możliwe jest ustanowienie kuratora dla dziecka poczętego, jeżeli jest to niezbędne do ochrony jego przyszłych praw⁶⁵. Żaden z przywołanych przykładów nie przyznaje jednak *nasciturusowi* praw przed narodzinami. Prawo do naprawienia szkody powstałej w trakcie ciąży powstaje po narodzinach dziecka, kiedy dokonywana jest ocena tej szkody. Natomiast obowiązkiem *curatoris ventris* jest tylko ochrona przyszłych praw i interesów płodu, które aktualizują się dopiero po narodzinach dziecka⁶⁶.

Wydaje się, że najważniejsze będzie uznanie *nasciturusa* za pacjenta *sui generis*, dobro chronione ogólnie, w którego najlepszym interesie jest narodzenie się przy zachowaniu jak najlepszego stanu zdrowia⁶⁷. Istotny jest fakt, że medyczne wsparcie płodu powinno być mu udzielane o tyle, o ile nie klóci się to z dobrami chronionymi kobiety, w szczególności w zakresie udzielania jej świadczeń zdrowotnych. Na pierwszym miejscu jest jej zdrowie i świadome życie, które powinno się ratować wszelkimi sposobami.

⁶² *Ibidem*, s. 819.

⁶³ E. Plebanek, *op. cit.*, s. 35.

⁶⁴ Art. 927 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz.U. z 2019 r. poz. 1495) (dalej: k.c.).

⁶⁵ Art. 182 ustawy z dnia z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 2019 poz. 2086) (dalej: k.r.o.).

⁶⁶ R. Majda, *op. cit.*, s. 175.

⁶⁷ *Vide* M. Boratyńska, *Badania prenatalne*, [w:] *System Prawa Medycznego*, t. 2..., s. 224–225.

4. Przesłanki medyczne podejmowania decyzji

Utrzymywanie ciąży kobiety, u której stwierdzono śpiączkę, stan wegetatywny albo śmierć mózgu, wymaga ogromnego wysiłku ze strony personelu medycznego. Przede wszystkim konieczne jest całodobowe monitorowanie funkcji zarówno organizmu matki, jak i płodu. Wielkie wyzwanie, przed jakim stoją lekarze i pielęgniarki – czyli utrzymanie ciąży, nie zawsze jednak może zakończyć się pozytywnie. Wczesny etap ciąży, zły stan organizmu kobiety albo choroba dziecka mogą stanowić przeszkodę w kontynuowaniu ciąży. Biorąc powyższe pod uwagę, za każdym razem decydując o podtrzymywaniu ciąży, należałoby kierować się przesłankami medycznymi.

5. Interesy osób trzecich

Decydując o właściwym postępowaniu w sytuacji zdiagnozowania śpiączki, stanu wegetatywnego czy śmierci mózgu, nie należy zapominać, że podmiotami mogącymi mieć interes w kontynuowaniu ciąży, oprócz *nasciturusa* oraz kobiety, są osoby trzecie, do których należą członkowie rodziny, ojciec dziecka lub przyjaciele. W związku z tym powstaje pytanie, czy osoby te powinny podejmować decyzję w sprawie podtrzymywania ciąży, czy też może ich głos powinien mieć tylko charakter doradczy.

Wyrażanie zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego jest prawem indywidualnym każdego pacjenta. Tylko w wyjątkowych przypadkach osobiste wyrażenie zgody może zostać zastąpione decyzją opiekuna czy zezwoleniem sądu. Kiedy pełnoletnia kobieta jest w ciąży, może samodzielnie podejmować decyzje dotyczące jej zdrowia. W sytuacji, gdy diagnozuje się u niej śpiączkę lub stan wegetatywny, jednym z rozwiązań jest ubezwłasnowolnienie całkowite. W takim przypadku sąd ustanawia dla pacjentki opiekuna, który staje się jej przedstawicielem ustawowym. Opiekunem takim może być mąż kobiety, ojciec albo matka. Podmiot ten zobowiązany jest do sprawowania opieki w taki sposób, w jaki wymaga tego dobro pozostającego pod opieką oraz interes społeczny⁶⁸. Opiekun

⁶⁸ Art. 154 k.r.o.

ubezwłasnowolnionej kobiety ciężarnej wyrażać może zgodę na udzielenie jej wszystkich świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 34 ust. 3 u.z.l. Z przepisów k.r.o. wynika, że we wszystkich ważniejszych sprawach dotyczących osoby pozostającej pod opieką wymagane jest uzyskanie zezwolenia sądu⁶⁹. Należy uznać, że decyzja o kontynuowaniu leczenia, kiedy kobieta znajduje się na granicy życia, a co za tym idzie – umożliwienie rozwoju *nasciturusa*, należy właśnie do takich spraw⁷⁰.

Alternatywnym rozwiązaniem wobec całkowitego ubezwłasnowolnienia kobiety jest ustanowienie dla niej – osoby niepełnosprawnej – kuratora, który by ją reprezentował⁷¹. Decyzję o powołaniu kuratora dla kobiety w stanie wegetatywnym lub śpiączce może podjąć sąd opiekuńczy. Aby tak się stało, konieczne jest spełnienie dwóch przesłanek występujących po stronie kobiety – pozostawanie osobą niepełnosprawną oraz zaistnienie potrzeby prowadzenia wszelkich spraw albo spraw określonego rodzaju lub poszczególnej sprawy.

W sytuacji, kiedy u kobiety w ciąży zdiagnozowano śpiączkę, stan wegetatywny lub śmierć mózgu, wydaje się, że jedną z możliwości jest również ustanowienie dla *nasciturusa* kuratora, który sprawowałby pieczę nad nim i reprezentowałby jego interesy⁷². We wszystkich ważniejszych sprawach dotyczących płodu *curator ventris* powinien każdorazowo zwrócić się do sądu o wydanie stosownego zezwolenia.

Przy podejmowaniu decyzji o leczeniu kobiety w ciąży, u której zdiagnozowano śpiączkę, stan wegetatywny albo śmierć mózgu, wola osób trzecich nie powinna stanowić podstawy wyrokowania w konkretnej sprawie. Przykładowo ojciec dziecka nie ma wpływu na decyzje, które podejmuje kobieta w czasie ciąży, i podobnie jak rodzice kobiety, nie może zmusić jej do przeprowadzenia zabiegu aborcji, kiedy zachodzą

⁶⁹ Art. 156 k.r.o.

⁷⁰ *Vide* J. Strzebińczyk, [w:] *System Prawa Prywatnego. Prawo rodzinne i opiekuńcze*, t. 12, red. T. Smoczyński, Warszawa 2011, s. 866.

⁷¹ Art. 183 § 1 k.r.o.; D. Olczak-Dąbrowska, *Wybrane rodzaje kurateli sądowej w praktyce sądowej*, Prawo w Działaniu. Sprawy Cywilne 2014, nr 17, s. 106.

⁷² Art. 182 k.r.o.

przewidziane prawem przesłanki, ani nie może decydować za nią o poddaniu się operacji ratującej życie.

Źródłem potencjalnego konfliktu decyzyjnego mogącego wystąpić na gruncie uporczywego podtrzymywania funkcji życiowych ciężarnej kobiety do momentu osiągnięcia przez płód etapu, na którym może samodzielnie przeżyć poza organizmem matki, są osobiste emocje bliskich. W szczególności silne odczucia mogą wystąpić u ojca dziecka oraz rodziców kobiety, którzy bezpośrednio mogą być zainteresowani narodzinami dziecka. W takim przypadku rozwiązanie dylematu zaniechania terapii podtrzymującej funkcje życiowe kobiety może bardzo uderzyć w uczucia krewnych.

W sytuacji, kiedy ciężarnej pacjentce jest wszystko jedno ze względu na utratę funkcji poznawczych, nie budzi zdziwienia dążenie osób bliskich do utrzymania przy życiu przynajmniej nienarodzonego dziecka. Pytanie powstaje jednak, w jaki sposób należy rozstrzygnąć rozdźwięk w sytuacji, gdy ojciec dziecka chce, aby ciąża była podtrzymywana, a np. rodzice kobiety wyrażają sprzeciw wobec takiego działania. Warto zauważyć, że opowiedziane przez prasę historie miały miejsce przy założeniu, że rodzina albo chociaż znacząca jej część pragnęła narodzin dziecka. Lekarze milcząco przyjmowali, że taką wolę również wyrażała pacjentka. Jednak taka sytuacja nie musi być regułą, jak zdarzyło się to w sprawie irlandzkiej – gdy to rodzina pragnęła odłączenia kobiety od aparatury podtrzymującej funkcje życiowe, a lekarze uważali, że ciąża powinna być kontynuowana⁷³. Członkowie rodziny nie mają żadnych własnych kompetencji decyzyjnych, jednak bez wątpienia mają uczciwy interes w naleganiu na podtrzymywanie ciąży. Nawet w sytuacji, gdy wola kobiety jest znana, problem emocjonalny dla wszystkich – krewnych, ale i lekarzy – jest trudny do rozwiązania. Biorąc wszystko pod uwagę, wydaje się, że jedyną realną perspektywę, która w większości przypadków jest intuicyjna, stanowi decyzja – sądu, lekarzy, kuratorów, opiekuna, ojca dziecka – o podtrzymywaniu funkcji życiowych kobiety do momentu rozwiązania ciąży.

⁷³ *P.P. v Health Service Executive* [2014] IEHC 622.

Takie zapatrywanie powoduje jednak, że *de facto* nie jest możliwe poszanowanie autonomii pacjentki, a jej ciało traktowane jest jako środek służący do osiągnięcia celu, co stoi w sprzeczności z kantowskim imperatywem kategorycznym. Pytanie, czy jest to kierunek zawsze właściwy i jakie kryteria powinny go zmieniać. Można podnosić utylitarystyczny i dość uniwersalny argument, który stanowi, że należy ratować wszystko, co się da. Czy jednak tylko wyraźny sprzeciw kobiety powinien decydować o zaniechaniu podtrzymywania funkcji życiowych, czy należy również honorować sprzeciw udowodniony w jakikolwiek przekonujący sposób? Jak wskazuje większość komentatorów anglosaskich, kiedy pacjentka nie sporządziła oświadczenia medycznego *pro futuro*, podejmując decyzję, należy wziąć pod uwagę wszystkie wartości, przekonania, opinie, którymi kierowała się kobieta przed utratą świadomości, w szczególności na temat ciąży, godnej śmierci oraz podtrzymywania funkcji życiowych⁷⁴. Autorzy wskazują, że decyzja podmiotu decydującego w imieniu kobiety powinna odzwierciedlać w jak najgłębszym stopniu jej życzenia. Jednocześnie podkreśla się w literaturze angielskiej, że w proces decyzyjny należy zaangażować rodzinę pacjentki⁷⁵. Nie ma jednak zgody co do tego, jakie znaczenie ma zostać przypisane opinii najbliższych osób. D. Sperling stoi na stanowisku, że ojciec dziecka powinien mieć możliwość zaprezentowania tylko życzeń matki i powinno się wykorzystać jego pomoc do zrozumienia jej opinii⁷⁶. Z drugiej strony zaś R. Heywood stoi na stanowisku, że w zależności od sytuacji różna waga powinna być przypisywana opinii osób trzecich⁷⁷. W sytuacji, kiedy przesłanki medyczne są niejednoznaczne albo gdy kontynuacja ciąży prawdopodobnie spowodowałaby ciężkie problemy

⁷⁴ D. Sperling, *Maternal brain death*, American Journal of Law and Medicine 2004, nr 30, s. 492; R. Heywood, *Live or let die?: Fine margins between life and death in a brain-dead pregnancy*, Medical Law Review 2017, vol. 25, nr 4, s. 652; J.J. Finnerty, C.A. Chrisholm *et al.*, *Cerebral arteriovenous malformation in pregnancy: Presentation and neurologic, obstetric, and ethical significance*, American Journal of Obstetrics and Gynecology 1999, vol. 181, nr 2, s. 301.

⁷⁵ *Ibidem*; A. Lane, A. Westbrook *et al.*, *Maternal brain death: medical, ethical and legal issues*, Intensive Care Med 2004, nr 30, s. 1486.

⁷⁶ D. Sperling, *Maternal brain death...*, s. 491–492.

⁷⁷ R. Heywood, *Live or let die?...*, s. 651.

zdrowotne po narodzeniu dziecka, opinia ojca dziecka i najbliższej rodziny powinna odgrywać ważną rolę. I tak np. należy rozważyć pogląd rodziny na temat ewentualnego cierpienia dziecka po narodzinach i tego, czy chcieliby lub mogli zapewnić mu opiekę i godne warunki życia.

Zgadzam się z komentatorami angielskimi w tej kwestii, że osoby dla kobiety najbliższe mogą stanowić najważniejsze źródło informacji na temat woli pacjentki dotyczącej leczenia lub ciąży – np. rodzina może być świadoma istnienia oświadczenia medycznego *pro futuro* pozostawionego przez kobietę. Jednakże rola osób najbliższych powinna mieć charakter jedynie doradczy, a nigdy decydujący. Oczywiście w razie kontynuacji ciąży i przeprowadzenia pomyślnie cesarskiego cięcia to prawdopodobnie członkowie rodziny będą zajmować się nowo narodzonym dzieckiem, ale w żadnym wypadku nie upoważnia ich to do subiektywnego decydowania w sprawie.

Podsumowanie

Opieka nad kobietą w ciąży ze zdiagnozowaną śpiączką, stanem wegetatywnym albo śmiercią mózgu stanowi wielkie wyzwanie dla lekarzy, prawników i etyków. Aby utrzymać ciążę, potrzebna jest całodobowa, kompleksowa opieka lekarska oraz pielęgnarska nad kobietą w ciąży oraz płodem. Wyzwaniem stojącym przed prawnikami i etykami jest znalezienie odpowiedzi na pytanie, jaki podmiot powinien być władny do podjęcia decyzji o dalszym leczeniu kobiety lub o zaprzestaniu udzielania jej świadczeń medycznych. Kluczowa jest analiza statusu prawnego *nasciturusa* oraz ciężarnej kobiety w śpiączce, stanie wegetatywnym albo ze zdiagnozowaną śmiercią mózgu. Istotne jest również rozważenie ewentualnych interesów osób trzecich zaangażowanych w sprawę, takich jak ojciec dziecka, jej rodzice lub inne bliskie osoby.

W artykule przedstawiłam różne scenariusze związane z podejmowaniem decyzji w sytuacji zdiagnozowania śpiączki, stanu wegetatywnego albo śmierci mózgu u kobiety w ciąży. Moim zdaniem, kiedy kobieta jest nieświadoma, a udzielenie pomocy niezbędne, lekarze powinni wdrożyć konieczne leczenie. Jeżeli jednak obawa dużego prawdopodobieństwa

utruty życia ustanie, wymagane jest uzyskanie zezwolenia sądu opiekuńczego na dalsze leczenie – niezależnie do tego, czy zdiagnozowano u kobiety stan wegetatywny, śpiączkę czy śmierć mózgu. W artykule stanęłam na stanowisku, że pacjentka – kobieta w ciąży stanowi najlepsze źródło informacji na temat tego, czy leczenie powinno być kontynuowane po utracie przez nią świadomości. Jeżeli jednak brak sporządzonego przez kobietę oświadczenia medycznego *pro futuro*, sąd powinien w pierwszej kolejności kierować się prawami i interesami przysługującymi kobiecie, niezależnie od stanu, w jakim się ona znajduje. Interesy płodu powinny zostać rozpatrzone w dalszej kolejności razem z przesłankami medycznymi.

W przypadku przedłużającej się nieświadomości pacjentki spowodowanej śpiączką lub stanem wegetatywnym rozwiązaniem może być podjęcie decyzji o ubezwłasnowolnieniu kobiety i powołaniu dla niej opiekuna, który musiałby wystąpić o wydanie przez sąd zezwolenia na udzielanie jej każdego poważniejszego świadczenia medycznego. Alternatywnie możliwe byłoby ustanowienie dla kobiety, jako osoby niepełnosprawnej, kuratora. Aby zagwarantować reprezentację interesów *nasciturusa* w kontynuowaniu ciąży, istnieje możliwość ustanowienia kuratora dla dziecka poczętego. Moim zdaniem ojciec dziecka, członkowie rodziny kobiety czy inne osoby najbliższe nie powinny samodzielnie decydować o leczeniu, a ich głos powinien mieć jedynie doradczy charakter.

Artykuł ten nie wyczerpuje zagadnień związanych z opieką nad kobietą w ciąży na granicy życia. Stanowi on tylko początek dalszych rozważań obejmujących to zagadnienie oraz próbę zasygnalizowania problemów, z jakimi muszą zmierzyć się lekarze, sądy oraz rodzina.

Summary

The care of a pregnant woman on the verge of life

The issue of the care for a pregnant woman on the verge of life has never been addressed in Polish scientific literature. The diagnosis of a coma, vegetative state or brain-death constitutes a great challenge for doctors, lawyers and ethicists. This article is the first step in the legal analysis of the issue.

The situation when a pregnant woman is diagnosed with coma, vegetative state or as brain-dead occurs extremely rarely. In Poland, there were 4 cases reported by media regarding the said cases. Even though these situations are quite uncommon, it is necessary to establish a course of action that has plausible legal and moral justification. Unfortunately, there are no legal solutions that directly regulate such cases in Poland.

The article is divided into five parts. First of all, brief description of the cases will be provided. Later, the situation of the pregnant woman will be presented. I shall argue that the fact that a woman is in a vegetative state or in a coma should not affect her autonomy and her past wishes regarding treatment should be respected (even if the woman is diagnosed as brain-dead). Moreover, it will be explained that there are available legal solutions which may provide a basis for applying the analogy (i.a. transplantation, abortion, assisted post-mortem reproduction). However, it will be indicated that the expressed wishes of a pregnant woman shall play the primary role in the decision-making process. When the coma, vegetative state or brain death is diagnosed, the court should decide on the continuation or discontinuation of the life-support treatment. Subsequently, the analysis will be focused on *nasciturus*, its rights and interests. It will be emphasised that the foetus should be recognised as a *sui generis* patient, as a protected good, whose best interest it is to be born healthy. Medical support for the foetus should be provided unless it does interfere with woman's right to self-determination. Finally, it will be

presented that the third parties, such as family members and/or father of the unborn child, may be interested in the outcome of the decision-making-process and they might become a legal guardian or curator of the pregnant woman or the foetus. Nevertheless, their opinion should be of an advisory nature only.