

JOLANTA PACIAN

Uniwersytet Medyczny w Lublinie

OŚWIADCZENIA ‘PRO FUTURO’ – DYLEMATY PRAWNE

Wprowadzenie oświadczeń pro futuro, nazywanych inaczej testamentami życia do porządku prawnego Rzeczypospolitej Polskiej wydaje się być bardzo ważnym zagadnieniem, z którym prawnicy, etycy oraz medycy muszą się zmierzyć. Doświadczenia krajów Europy oraz USA pokazują, że chociaż w praktyce funkcjonowanie deklaracji antycypowanych rodzi pewne trudności natury zarówno prawnej, jak i medycznej dla pracowników ochrony zdrowia i pacjentów, to jednak niewątpliwie jest przejawem autonomii pacjenta oraz poszanowaniem integralności jego woli w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia. Funkcjonowanie testamentów życia zdaniem ich zwolenników stanowi gwarancję poszanowania oświadczenia woli każdego pacjenta w kontekście jego prawa do samostanowienia o tym, czy chce być poddany uciążliwemu procesowi leczenia, uporczywej terapii czy nawet reanimacji. Zdaniem przeciwników natomiast jest pierwszym krokiem do legalizacji eutanazji.

Konieczność respektowania prawa każdego pacjenta do wyrażenia zgody na czynność medyczną jako warunku legalności interwencji medycznej uwzględnia również odmowę chorego, wyłączając sytuacje zagrożenia życia lub zdrowia. I tak, sprzeciw pacjenta dotyczący dokonania czynności medycznej wbrew jego woli zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi jest respektowany przez lekarza, chyba że zachodzi zagrożenie życia lub zdrowia chorego. Podobnie instytucja testamentu życia również ma na celu respektowanie woli pacjenta, w tym sprzeciwu wobec planowanej czynności medycznej, z tą jednak różnicą, że pacjent to oświadczenie woli mógłby złożyć dużo wcze-

śniej, a lekarz powinien je uszanować, wykluczając jego wadliwość. Niebezpieczeństwem może jednak być nieświadomość chorego, posiadającego pełną zdolność do czynności prawnych, co do znaczenia i konsekwencji złożonego oświadczenia woli w kontekście osiągnięć medycyny. Pacjentowi, który nie posiada wykształcenia medycznego, w chwili złożenia oświadczenia woli pro futuro zapewne będzie trudno ocenić, czy w sytuacji, w której może się znaleźć w przyszłości, należy wdrożyć stosowanie metod leczniczych bądź ratujących życie albo ich zaniechać. Do rzetelnej oceny niezbędne jest posiadanie profesjonalnej wiedzy medycznej. Dlatego też zasadnym jest twierdzenie, że regulacje dotyczące wprowadzenia testamentów życia do porządku prawnego RP zdecydowanie powinny dotyczyć raczej uwzględniania stanowiska pacjenta tylko i wyłącznie co do preferencji i wskazań dotyczących sposobu leczenia, jakiemu chciałby być poddany, gdyby na wypadek utraty świadomości nie był w stanie poinformować lekarza o swoich oczekiwaniach. Celem artykułu jest przedstawienie argumentów przemawiających za zasadnością tej tezy.

Po pierwsze, należy jasno i klarownie określić przesłanki medyczne, w odniesieniu do których mogłyby być zgłaszane postulaty pacjenta dotyczące procesu leczenia. Tylko w ściśle uzasadnionych okolicznościach medycznych, w oparciu o istniejące podstawy prawne, pacjent na podstawie kompleksowych informacji, które uzyska od lekarza, mógłby składać oświadczenie pro futuro w zakresie uczestnictwa w wyborze proponowanych terapii. Takie rozwiązanie z pewnością chroniłoby również lekarza przed ewentualnymi roszczeniami ze strony pacjenta bądź jego bliskich, na wypadek gdyby leczenie nie przyniosło oczekiwanych efektów. Oświadczenie pro futuro mogłoby dodatkowo stanowić o tym, że lekarz w należyty sposób poinformował pacjenta o dostępnych metodach leczenia, a pacjent, mając wpływ na wybór, wspólnie z lekarzem, wyrażając zgodę na czynność medyczną, skorzystał z optymalnego rozwiązania. Zatem trafne jest spostrzeżenie L. Kubickiego, że „zgodą ma być aktem realizującym ochronę autonomii danej osoby w odniesieniu do podstawowych dóbr człowieka”¹.

¹ L. KUBICKI, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (Przestępstwo z art. 192 k.k.)*, «Prawo i Medycyna» 2.3/2000, s. 36.

Tak więc, żadna czynność medyczna nie może być dokonana bez zgody pacjenta lub wbrew jego sprzeciwowi poza sytuacjami zagrożenia życia lub zdrowia. A tutaj, dodatkowo, takie oświadczenie woli mogłoby potwierdzić zachowanie przesłanek prawidłowo wyrażonej zgody i zapobiec sytuacjom, w których ta zgoda mogłaby być podważona. Ta teza znajduje uzasadnienie w twierdzeniu M. Świdorskiej, że „w art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przyznano każdemu pacjentowi prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy zgody na nie, po uzyskaniu odpowiedniej informacji”². W tym wypadku testament życia byłby dodatkową gwarancją bezpieczeństwa lekarza i jednocześnie poszanowaniem szeroko rozumianej autonomii pacjenta.

Po drugie, możliwość złożenia oświadczenia woli na wypadek sytuacji zagrożenia życia, zawierającego stanowisko, aby pacjent był ratowany z wykorzystaniem dostępnych metod leczniczych, z pewnością mogłoby zapobiec takim zdarzeniom, w których lekarze podejmują chociażby decyzję o zaprzestaniu reanimacji. Wprowadzenie instytucji testamentów życia w odniesieniu do takich przypadków też byłoby zasadne z uwagi na potwierdzone dane, że niektórzy pacjenci, po kilku próbach reanimacji, prowadzonej kiedy istniały podstawy do jej zaniechania, żyli jeszcze przez kolejne lata. W taki sposób pacjenci mogliby mieć wpływ na decyzję lekarzy czy ratowników medycznych w zakresie ratowania własnego życia. Przyznanie takiej możliwości każdemu pacjentowi wydaje się być bardzo znaczącym i ważnym rozwiązaniem. Pozwala bowiem każdemu decydować o własnym życiu i podejmować próby jego ratowania. W sytuacji natomiast, gdyby pacjent odmówił zgody na reanimację, wyrażając swoją wolę w oświadczeniu pro futuro, a istniałyby szanse na uratowanie życia, lekarz czy ratownik medyczny powinni mieć możliwość przeprowadzenia reanimacji bez ryzyka narażenia siebie samych na odpowiedzialność.

Ocena tych szans powinna być dokonywana na podstawie wiedzy, doświadczenia oraz intuicji pracowników ochrony zdrowia. Poprzez takie rozwiązanie można by uniknąć sytuacji, w których nie zostaną wykorzy-

² M. ŚWIDORSKA, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 89.

stane realne szanse na uratowanie życia pacjenta oraz wykluczyć ewentualne roszczenia ze strony pacjenta z uwagi na wystąpienie wskazań medycznych. Zatem prawidłowe doprecyzowanie rozwiązań w aktach prawnych dotyczących testamentów życia zapewni nie tylko ochronę życia i zdrowia pacjentów, ale również bezpieczeństwo pracownikom ochrony zdrowia. Poprawność legislacyjna oraz przesłanki medyczne łącznie powinny warunkować stosowanie deklaracji antycypowanych.

Po trzecie, jak słusznie zauważa A. Zoll, „podstawowym obowiązkiem lekarza, zarówno etycznym, jak i prawnym jest niesienie pomocy medycznej człowiekowi choremu, przez co należy rozumieć zarówno pomoc nakierowaną na zwalczanie choroby i tym samym ratowanie życia lub zdrowia, jak i pomoc nakierowaną na ulżenie w cierpieniu”³. Tak więc obowiązkiem każdego lekarza jest zarówno udzielenie pacjentowi świadczenia zdrowotnego, które będzie ratować życie lub zdrowie, jak i przyniesienie ulgi w cierpieniu. Ten obowiązek znajduje swoje uzasadnienie w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁴ oraz art. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej⁵. Zatem lekarz, który otrzyma informację o tym, że pacjent sporządził testament życia i zawarł w nim sprzeciw dotyczący podejmowania jakichkolwiek czynności medycznych wobec jego osoby, w sytuacji, gdy zgodnie ze swoją wiedzą i doświadczeniami reguł sztuki lekarskiej może przynieść ulgę w cierpieniu, powinien, jak się wydaje, postąpić wbrew woli takiej osoby. Bowiern ten obowiązek wynika zarówno z norm moralnych, jak i prawnych. Jest to kolejny argument przemawiający za tym, że instytucja deklaracji antycypowanych powinna dotyczyć współuczestnictwa pacjenta w procesie leczenia, a nie respektowania jego woli w zakresie zaprzestania albo kontynuowania terapii. Pacjent nie dysponuje wystarczającą wiedzą ani umiejętnościami, aby podejmować tak radykalne i daleko idące w skutkach decyzje w odniesieniu do własnego życia lub zdrowia. Takie stanowisko pre-

³ A. ZOLL, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, «Prawo i Medycyna» 2.1/2000, s. 31.

⁴ Dz.U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 ze zm.

⁵ Tekst jednolity z dnia 2 stycznia 2004 r., zawierający zmiany uchwalone w dniu 20 września 2003 r. przez Nadzwyczajny VII Krajowy Zjazd Lekarzy.

zentuje M. Świdarska⁶ oraz art. L1111-4 Kodeksu Zdrowia Publicznego we Francji⁷, który stanowi, że współpraca i wzajemne zaufanie lekarza i pacjenta są priorytetem w przeciwieństwie do formułowania uprawnień jednej strony wobec drugiej. Taka sytuacja bowiem często prowadzić może do wzajemnego wykluczania się praw i obowiązków, a tym samym do wielu dysfunkcji, które z kolei z pewnością nie są przykładem poprawnych relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem.

Istnieje też niebezpieczeństwo wywarcia niekorzystnego wpływu na sporządzających deklaracje antycypowane przez osoby postronne, które mogłyby mieć uzasadniony interes w określonym brzemieniu tych deklaracji. Dlatego również i w tym kontekście tak ważna jest ciągła współpraca pomiędzy lekarzem a pacjentem po to, aby właśnie dobro pacjenta wspólnie z jego udziałem oraz medyczną oceną jego stanu zdrowia dokonaną przez lekarza zawsze stawiane było na pierwszym miejscu. To pozwoliłoby wykluczyć presję oraz naciski wywierane szczególnie na samotnych adresatach takich oświadczeń przez potencjalne nieuczciwe osoby, żądające określonych działań celem skłonienia ofiar do złożenia oświadczeń o określonej treści.

Po czwarte, dodatkowym argumentem przemawiającym za tym, że pacjent poprzez sporządzenie oświadczenia pro futuro powinien jeszcze bardziej współuczestniczyć w procesie leczenia, jest prawo pacjenta do samostanowienia. Pozytywny aspekt wspomnianego prawa polega na tym, że chory może kierować określone żądania w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, a lekarz obowiązany jest te propozycje rozważyć, ale niekoniecznie, jak podkreśla E. Zielińska, je uwzględnić, „zwłaszcza gdy według jego osądu pozostawałoby w kolizji ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej”⁸. Natomiast nega-

⁶ M. ŚWIDARSKA, *Zgoda na zabieg medyczny w świetle ustawodawstwa i orzecznictwa francuskiego*, «Prawo i Medycyna» 5.1/2003, s. 830-831.

⁷ 26 janvier 2013, tekst: <http://www.legifrance.gouv.fr>; (odczytano 1 lutego 2014 r.); M. SYSKA, *Zgoda na zabieg medyczny oraz oświadczenia pro futuro w ustawodawstwie i orzecznictwie francuskim i belgijskim*, Cz. 1-2, «Prawo i Medycyna» 13.1/2011, s. 57-82.

⁸ E. ZIELIŃSKA, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, «Prawo i Medycyna» 2.1/2000, s. 79.

tywny aspekt dotyczy tego, że lekarz działający bez zgody pacjenta, poza przypadkami wyraźnie określonymi w ustawie, może narazić się na odpowiedzialność zarówno karną w trybie art. 192 k.k.⁹, jak i odpowiedzialność zawodową na gruncie ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich¹⁰.

Poprzez takie współuczestnictwo pacjenta w procesie leczenia z pewnością on lepiej będzie mógł zrozumieć proponowane mu metody lecznicze, przemyśleć je i będzie istniało większe prawdopodobieństwo, że wyrazi zgodę na te, które mogą być korzystne dla jego zdrowia, a to z kolei może ograniczyć liczbę spraw, które – w odniesieniu do zgody pacjenta na czynność medyczną – kierowane są do sądów. Takie ważenie prawa pacjenta do samostanowienia wynikającego z autonomii chorego i ochrony życia może okazać się szczególnie zaletą nowej regulacji. Zasadnie A. Zoll twierdzi, że „przeniesienie ciężaru podjęcia decyzji na pacjenta prowadzi do pewnego rozłożenia odpowiedzialności między lekarza i samego pacjenta, a tym samym stanowi odciążenie dla lekarza”¹¹. Potwierdzeniem tego są również rozwiązania prawne funkcjonujące w Wielkiej Brytanii, gdzie przepisy Mental Capacity Act 2005¹² służą poszanowaniu życzeń wyrażonych przez pacjenta na przyszłość, nie przyznając absolutnego prymatu woli pacjenta. Okoliczności składania określonego oświadczenia woli przez chorego nie powinny zdecydowanie mieć wpływu na stopień jego autonomiczności, a zawsze winien o nim przesądzać jego aktywny i poprzedzony wszelkimi informacjami udział w podejmowanym procesie leczenia. Tylko wspólne działanie pacjenta i lekarza oraz poprawna komunikacja między nimi są wyznacznikami skutecznego leczenia chorego i trafności podejmowanych decyzji.

Po piąte, kontrowersyjnym może okazać się respektowanie woli pacjenta zawartej w testamencie życia, gdy pacjent znajduje się w sta-

⁹ Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2009 r. Nr 219, poz. 1708 ze zm.

¹¹ A. ZOLL, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Warszawa 1988, s. 18.

¹² http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/ukp-ga_20050009_en_1 (odczytano: 12 stycznia 2014 r.)

nie terminalnym. Zasadnym jest, że lekarz nie narusza obowiązujących przepisów prawnych ani reguł postępowania z życiem pacjenta w stanie terminalnym w sytuacji, gdy postępuje zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej. Kategorycznie nie wolno jednak lekarzowi stosować wobec takiego pacjenta bezpośredniej eutanazji czynnej. Taki czyn bowiem spenalizowany jest w art. 150 k.k. i podanie na żądanie pacjenta i pod wpływem współczucia dla niego środka, który doprowadzi do zgonu, byłoby już przestępstwem. Tylko w wyjątkowych sytuacjach sąd mógłby odstąpić od wymierzenia kary. Należy jednak zauważyć, że te okoliczności nie są wymienione w żadnym akcie prawnym, tak więc ich ocena uzależniona jest każdorazowo od sądu. W. Szkotnicki¹³ postuluje określenie tych warunków, co należy uznać za szczególnie ważny i znaczący postulat. Zatem lekarz, który uszanowałby ostatnią wolę, mógłby narazić się na ryzyko odpowiedzialności karnej. Należy podkreślić, że wprowadzenie rozwiązań, które dopuszczałyby respektowanie takiej woli pacjenta, byłoby niewątpliwie sprzeczne zarówno z Kodeksem karnym, którego przepisy powinny być traktowane *expressis verbis*, jak i Kodeksem Etyki Lekarskiej.

Podobnie, lekarz nie może również ani namową, ani poprzez nieudzielenie pomocy doprowadzić pacjenta do samobójstwa, gdyż to także byłoby przestępstwo określone w art. 151 k.k. W odniesieniu do tej regulacji nie przewidziano jednak zastosowania nadzwyczajnego złagodzenia kary, gdyż, jak zauważa E. Zielińska, „może to prowadzić do wniosku, że intencją ustawodawcy była dekryminalizacja pomocnictwa do samobójstwa dokonanego na żądanie oraz pod wpływem współczucia”¹⁴.

Zatem zastosowanie testamentu życia w relacji do art. 151 k.k. także wywołuje uzasadnione wątpliwości z uwagi na sprzeczność z intencją ustawodawcy oraz na fakt, że gdyby nie fachowa pomoc lekarza lub jego namowa, to dana osoba być może nie dokonałaby zamachu na własne życie. Istnieje niebezpieczeństwo, że to właśnie lekarz poprzez nieudzielenie pomocy może nakłaniać do samobójstwa pacjenta, który wcześniej w deklaracji antycypowanej wyraził wolę, aby skrócić cierpienie.

¹³ W. SZKOTNICKI, *Za i przeciw legalizacji eutanazji*, «Palestra» 41.5-6/1997, s. 18.

¹⁴ E. ZIELIŃSKA, *op.cit.*, s. 93 przyp. 8.

Po szóste, dobrym rozwiązaniem byłoby zrównanie testamentów życia w skutkach prawnych ze zgodą antycypacyjną¹⁵. Jak podkreśla T. Dukiet-Nagórska, „polega ona na odbieraniu w czasie, gdy stan pacjenta na to pozwala – zgody warunkowej, czyli na wypadek wystąpienia pewnych okoliczności w trakcie zabiegu operacyjnego lub innej metody o podwyższonym ryzyku, kiedy to pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody”¹⁶. W trakcie wyrażania zgody antycypacyjnej pacjent uzyskuje kompleksowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz możliwych do zastosowania metod leczniczych. Tak więc jego decyzja jest w pełni świadoma, dobrowolna i oparta na informacjach, bowiem otrzymuje on kompleksową wiedzę. W odniesieniu do medycznych oświadczeń pro futuro z pewnością nie można mówić o spełnieniu wyżej wymienionych warunków prawnie skutecznej zgody z uwagi na fakt, że są one składane bez bliższego określenia sytuacji zdrowotnej pacjenta.

Zatem słusznie postuluje M. Syska, że „należałoby przyjąć w ustawie domniemanie, że oświadczenie zostało złożone dobrowolnie i świadomie”¹⁷. Tymczasem, w zgłoszonych projektach ustaw¹⁸ na podstawie przepisów prawnych takiego domniemanie nie można wysunąć. Wobec powyższego aktualne jest twierdzenie N. Pawłowskiej i M. Syski, że „skoro jednak takiego domniemanie brak, lekarz ryzykuje, że z czasem wyjdą na jaw okoliczności ..., które wskazywałyby na to, że oświadczenie tych warunków nie spełniło”¹⁹.

¹⁵ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 60-61.

¹⁶ T. DUKIET-NAGÓRSKA, *Niepodjęcie – zaprzestanie terapii a prawo karne*, «Prawo i Medycyna» 12.1/ 2010, s. 46.

¹⁷ M. SYSKA, *Medyczne oświadczenia 'pro futuro' na tle prawnie porównawczym*, Warszawa 2013, s. 287; N. DUDEK, *Oświadczenia pacjenta 'pro futuro' w świetle rozwiżeń austriackich*, «Prawo i Medycyna» 11.3/2009, s. 104-117.

¹⁸ www.up.wroc.pl/p/uczelnia/02/2_o_ochronie_genomu_ludzkiego.pdf (odczytano: 20 lutego 2014 r.)

¹⁹ N. PAWŁOWSKA, M. SYSKA, *Testament życia*, «Monitor Prawniczy» 9/2009, s. 489; J. KULESA, *Glosa do postanowienia SN z dnia 27.10.2005 r. III CK 155/05, (dot. braku zgody zabieg ratujący życie nieprzytomnej pacjentki w przypadku oświadczenia złożonego przez nią 'pro futuro'*, «Palestra», 51.3-4/2007, s. 316-324.

Po siódme, medyczne oświadczenia pro futuro, w zgodzie z założeniami wyżej wymienionych projektów, przewidują możliwość odstąpienia od stosowania uporczywej terapii na wyraźną prośbę pacjenta. Brak jednak regulacji prawnych zawartych czy to w ustawie z dnia 05.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, czy w ustawie z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁰, które określałyby przypadki oraz warunki, jakie muszą być spełnione, aby lekarz mógł zaprzestać leczenia. Ta teza znajduje potwierdzenie w rozważaniach M. Szeroczyńskiej, która twierdzi, że na podstawie obowiązujących uregulowań prawnych, ale w oderwaniu od pogłębionych studiów literatury prawniczej i orzecznictwa, „na lekarzu ciąży obowiązek przedłużania życia za wszelką cenę”²¹. Ten pogląd podziela również A. Zoll, który pisze, że „jeśli stojące lekarzowi do dyspozycji środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy wykonać”²². Zatem tych obowiązujących regulacji nie należy interpretować jako zgody, by za wszelką cenę przedłużać życie pacjenta kosztem wielkiego cierpienia. Dogłębna analiza stanowiska doktryny pozwala wysunąć takie twierdzenie, chociaż nie wynika ono wprost z przepisów prawnych. Ale takie wnioskowanie jest jak najbardziej zasadne i poprawne.

Również M. Safjan uważa, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i cierpień mu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako

²⁰ Dz.U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

²¹ M. SZEROCZYŃSKA, *Odstąpienie od uporczywej terapii ‘de lege lata’ i ‘de lege ferenda’*, «Medycyna Paliatywna» 2/2013, s. 33.

²² A. ZOLL, *op.cit.*, s. 33 przyp. 3.

spowodowanie śmierci przez zaniechanie”²³. Zatem prawo lekarza do podejmowania decyzji o odstąpieniu od stosowania uporczywej terapii wynika także z faktu, że wyłącznie pacjent nie może decydować i domagać się, aby wobec jego osoby były stosowane wszystkie możliwe środki medyczne. Tutaj w pierwszej kolejności znaczenie mają wskazania medyczne, ich zastosowania oraz ocena szans leczniczych.

Po ósme, *a contrario*, niezasadny jest postulat zawarty we wcześniej wymienionych projektach ustaw dotyczących wprowadzenia do polskiego porządku prawnego medycznych oświadczeń pro futuro, jakoby pacjent wyraził wolę, aby lekarze za wszelką cenę kontynuowali stosowanie nawet uporczywej terapii w celu ratowania jego życia. Takie działanie lekarze stałoby w sprzeczności z art. 4 ustawy z dnia 05.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści, który jednoznacznie zabrania lekarzowi podejmowania działań sprzecznych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej. Dodatkowo art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi o tym, że lekarz nie ma obowiązku stosowania środków (a nawet nie powinien tego robić), które są medycznie niewskazane, szkodliwe lub daremne. Tak więc wprowadzenie regulacji prawnych w takim kształcie byłoby sprzeczne z obowiązującymi już przepisami prawnymi, a tym samym kolidowałoby z samodzielnością zawodu lekarza. Bowiem to lekarz jako gwarant musi zawsze stać na straży bezpieczeństwa pacjenta, wykorzystując aktualną wiedzę medyczną oraz dostępne środki lecznicze w celu ratowania życia i zdrowia, ale nie w związku z narażeniem na zbędne cierpienia, przedłużające jedynie bolesną egzystencję.

Podsumowując, należy jednoznacznie stwierdzić, że najwyższym dobrem dla lekarza powinno być zawsze i bez żadnych wyjątków dobro pacjenta zgodnie z zasadą *ius aegroti suprema lex esto*. Bowiem powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu. Jednakże dbałość o zachowanie dobra pacjenta nie może być utożsamiana z bolesnym i zarazem bezskutecznym przedłużaniem

²³ M. SAFJAN, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, [w:] *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, red. M. SAFJAN, Warszawa 2003, s. 258.

życia ludzkiego wbrew woli chorego, uwłaczającym godności osoby ludzkiej. Medyczne oświadczenia woli *pro futuro* niewątpliwie mogą przeciwdziałać powstawaniu takich sytuacji, ale jednocześnie mogą stanowić odpowiedź na uzasadnioną potrzebę respektowania woli pacjenta, ale tylko i wyłącznie w kontekście przypadków uzasadnionych prawnie, medycznie i etycznie. Szanowanie woli pacjenta, który został należycie poinformowany o stanie zdrowia i możliwościach leczenia, powinno obejmować dopuszczenie go do współuczestniczenia w procesie podejmowania decyzji dotyczących proponowanych metod leczniczych. Zatem *de lege ferenda* należy postulować, aby zdecydowanie taki charakter nadać w polskim prawodawstwie deklaracjom antycypowanym, nazywanymi inaczej testamentami życia.

ADVANCE DIRECTIVES: LEGAL DILEMMAS

Summary

The experience of the European countries and the U.S. has shown that, although in practice the use of advance statements is giving rise to problems for healthcare professionals and patients alike, both legal and medical in nature, they are undoubtedly a manifestation of patients' independence and a sign of respect for their wishes when life or health is at stake. The regulations regarding the introduction of the living will into the Polish legal framework should take into account the patient's choice only with regard to preferred methods of treatment in the event of his loss of consciousness and inability to inform the physician of his preferences of treatment.

Słowa kluczowe: testament życia, zagrożenie życia, oświadczenie woli

Keywords: advance directives, advance statements, living wills