

Wybrane prawne aspekty sedacji

Selected legal aspects of sedation

Rafał Kubiak

Uniwersytet Łódzki

Streszczenie

Sedacja jako metoda łagodzenia cierpień pacjenta może budzić szereg wątpliwości prawnych. Procedura ta nie została bowiem w Polsce uregulowana. W szczególności więc powstaje pytanie, kto może zdecydować o jej zastosowaniu oraz zakończeniu, zwłaszcza jeśli następstwem takiego zaniechania może być śmierć pacjenta.

W artykule rozważane są przepisy prawne, które mogą posłużyć do rozstrzygnięcia tych dylematów. Omówiono kwestie sedacji w kontekście prawa pacjenta do poszanowania godności, w tym umiarkowania w spokoju. Rozważono wymogi dotyczące zgody pacjenta na takie postępowanie oraz przypadki, gdy chory ze względu na swój stan nie może wyrazić skutecznego prawnie oświadczenia. Zaprezentowano tematykę odpowiedzialności karnej za spowodowanie skutków dla życia i zdrowia pacjenta, które mogą nastąpić w wyniku zwiększania dawek leków uśmierzających ból. Przedstawiono możliwość poniesienia takiej odpowiedzialności za zabójstwo, zabójstwo eutanatyczne albo nieumyślne spowodowanie śmierci. Podniesiono także problem zaprzestania reanimacji oraz stosowania uporczywej terapii i w tym kontekście ewentualnej odpowiedzialności karnej za takie zaniechania.

Słowa kluczowe: sedacja, zabójstwo eutanatyczne, zgoda pacjenta, reanimacja.

Abstract

Sedation may cause a number of legal doubts. This procedure has not yet been regulated in Poland. Particularly, one question arises, as for who can decide on its use and end, especially if the consequence of such omission may be the patient's death.

This article considers legal regulations, which may be used to resolve such dilemmas. Therefore, the issue of sedation in the context of the patient's right to respect dignity, including passing away in peace, has been considered. Requirements regarding the patient's consent to such proceedings have also been deliberated, as well as instances when the patient – due to his condition – cannot express his explicit, legally effective statement. The subject matter of criminal responsibility for causing consequence to the life and health of the patient, which may occur as a result of increasing doses of pain-relieving medications was presented.

Key words: sedation, assisted suicide, patient's consent, resuscitation.

Adres do korespondencji:

prof. nadzw. dr hab. Rafał Kubiak, Uniwersytet Łódzki, ul. Eugeniusza 17/4, 93-487 Łódź,
e-mail: rafal.kubiak@umed.lodz.pl

WSTĘP

W literaturze medycznej sedację definiuje się jako „stosowanie środków farmakologicznych w celu przytłumienia świadomości aż do uśpienia chorego cierpiącego z powodu trudnych do opanowania objawów [...], zwłaszcza u schyłku życia”. Tak zwana sedacja paliatywna oznacza zaś „intencjonalne podawanie leków ograniczających świadomość u chorych, których czeka nieuchronnie rychła śmierć, aby zapewnić ulgę w cierpieniu, które jest nie do zniesienia i nie poddaje się leczeniu” [1, s. 2469]. Toteż wśród wskazań do sto-

sowania sedacji podaje się „łagodzenie opornych na leczenie objawów somatycznych (duszność, ból, wymioty) i neuropsychicznych (pobudzenie psychoruchowe, majaczenie, drgawki, stany lękowe [panika])” [1, s. 2469]. Metodę tę wykorzystuje się również u pacjentów umierających w wielkim cierpieniu.

Skutkiem zwiększania dawki leków może być jednak doprowadzenie do śmierci pacjenta wcześniej, niż nastąpiłaby ona z przyczyn naturalnych. Implikuje to szereg wątpliwości i kontrowersji prawnych, m.in. ustalenie, czy lekarz stosujący taką metodę może ponieść odpowiedzialność, w tym nawet karną.

Analizując problematykę sedacji pod względem prawnym, należałoby na wstępie wskazać, że nie jest ona wprost uregulowana w przepisach. Można jednak ją rozważać w oparciu o różne unormowania i konstrukcje, ujęte zarówno w normach prawnych, jak i etyczno-deontologicznych. W szczególności zagadnienie to ma swoje odniesienia do prawa pacjenta do poszanowania jego godności, w tym do umierania w spokoju i godności. Ponadto decyzja o zastosowaniu takiej procedury medycznej wymaga ustalenia kręgu podmiotów, które mogą ją podjąć, a zwłaszcza rozstrzygnięcia, kto i pod jakimi warunkami może zdecydować o zaprzestaniu dalszych czynności medycznych, co w efekcie może doprowadzić do śmierci pacjenta. W tym kontekście powstaje kolejne pytanie – o ewentualną odpowiedzialność za spowodowanie śmierci, a w szczególności za zabójstwo eutanatyczne. Naturalnie tak zarysowana problematyka nie wyczerpuje wszystkich wątków i wątpliwości. Łączy się ona z szerszym zagadnieniem tzw. prawa do umierania [2]. Ograniczone ramy opracowania nie pozwalają jednak na pogłębioną analizę tego zagadnienia. Zostaną więc w nim omówione jedynie wskazane tematy.

PRAWO DO GODNEJ ŚMIERCI

We współczesnym świecie godność człowieka jest traktowana afirmatywnie. Uznaje się bowiem, że stanowi ona fundament wszelkich praw i wolności człowieka. Na wagę tej wartości oraz takie jej rozumienie wskazuje okoliczność, iż została ona podniesiona do rangi konstytucyjnej. Zgodnie z art. 30 Konstytucji RP, przyrodzona i niezbywalna godność człowieka stanowi źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie i ochrona jest obowiązkiem władz publicznych. Naturalnie regulacja ta znajduje swe rozwinięcie w aktach niższej rangi. W szczególności godność człowieka jest traktowana jako dobro osobiste, pozostające pod ochroną prawa cywilnego (art. 23 i 24 Kodeksu cywilnego) oraz karnego (przede wszystkim art. 212–217 Kodeksu karnego). Problematyka ta jest również przedmiotem unormowań medycznoprawnych. Prawo do poszanowania godności zostało bowiem uznane za jedno z praw pacjenta i ujęte w art. 20 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm., zwanej dalej UPP). Przepis ten nakazuje szanowanie godności i intymności pacjenta, zwłaszcza podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Obowiązek ten odnosi się także do końcowej fazy życia chorego. Ustawodawca uznał bowiem, że prawo

do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. W komentarzach do tej regulacji podnosi się, że realizacja tego prawa będzie zależna od tego, czy pacjent w końcowej fazie swego życia jest przytomny, czy też utracił przytomność. W pierwszym wypadku akcentuje się potrzebę przekazania pełnej informacji choremu na temat jego stanu. Ponadto powinno się mu zapewnić wsparcie psychologiczne. W sytuacji, gdy pacjent jest nieprzytomny, znajduje się w stanie terminalnym, zadaniem pracownika medycznego jest odpowiednie zaopiekowanie się nim i zapewnienie pielęgnacji oraz otoczenie osoby umierającej szacunkiem, zachowanie taktu i spokoju, by „ułatwić mu godne zakończenie życia” [3]. Jednym z elementów opieki nad osobą umierającą jest niwelowanie jej cierpień. Dlatego też ustawodawca nakazuje, by pacjent znajdujący się w stanie terminalnym miał udzielane świadczenia zdrowotne zapewniające łagodzenie bólu i innych cierpień (art. 20 ust. 2 zd. 2 UPP). Regulacja ta koresponduje z wymogami deontologicznymi. Już bowiem w przyrzeczeniu lekarskim akcentuje się obowiązek przeciwdziałania cierpieniu. Ponadto powinno się ta jest wyrażona w art. 2 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej (zwanego dalej KEL), który zobowiązuje lekarzy m.in. do niesienia ulgi w cierpieniu. Z kolei art. 30 KEL nakłada na lekarza obowiązek dołożenia wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.

ZGODA NA SEDACJĘ

Niekiedy sposobem na uśmierzenie bólu i umożliwienie godnego odejścia jest zastosowanie wobec chorego sedacji. Procedura ta implikuje jednak szereg problemów prawnych, które nie zostały rozstrzygnięte *de lege lata* (na gruncie obowiązujących przepisów). Pierwsza wątpliwość dotyczy kwestii podmiotów, które mogą podjąć decyzję o jej stosowaniu. Czy decydujące jest stanowisko pacjenta, jego rodziny, czy też rozstrzygnięcia takiego dokonuje lekarz? Udzielenie odpowiedzi na to pytanie wymaga odniesienia się do regulacji prawnych, poświęconych zgodzie pacjenta na zabieg medyczny. Jest to naturalnie problematyka niezwykle rozbudowana i szeroko komentowana w piśmiennictwie i orzecznictwie [4–6]¹.

Nie zagłębiając się jednak w nią nadmiernie, można jedynie wskazać, że zgoda chorego (ewentualnie

¹ W judykaturze szczególnie dużo miejsca poświęca się zagadnieniu uświadomienia zgody i łączącego się z nim obowiązku informacyjnego, jaki spoczywa na lekarzu. Na wymóg w tym zakresie w orzecznictwie zwracano uwagę już w okresie międzywojennym. Jako przykład można podać orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 8 maja 1934 r., w którym Sąd ten uznał, że „lekarz, dokonywujący zabiegu, chociażby nieoperacyjnego, ale mogącego pociągnąć za sobą skutki szkodliwe dla zdrowia pacjenta, obowiązany jest uprzedzić go o ewentualnej szkodliwości zabiegu, oraz uzyskać jego zgodę na dokonanie tego zabiegu” (sygn. akt: II C 3048/33, OSN(C), Nr 5/1935, poz. 184).

innych uprawnionych osób, np. przedstawiciela ustawowego pacjenta małoletniego) warunkuje legalność czynności leczniczych. Wykonanie zabiegu bez zgody (albo wbrew woli) takiej osoby może uzasadniać odpowiedzialność lekarza na płaszczyźnie cywilnej², zawodowej (za tzw. przewinienie zawodowe³), a nawet karnej (art. 192 k.k.⁴). Polskie prawo stoi więc na straży prawa do samostanowienia pacjenta i chroni jego autonomię. Zdaniem E. Zielińskiej [7], uprawnienie to ma wymiar negatywny i pozytywny. Ten pierwszy polega na tym, iż pacjent ma prawo wyrazić sprzeciw wobec proponowanej czynności leczniczej. Taka deklaracja (zakładając, że jest skuteczna prawnie, czyli wyrażona przez osobę kompetentną i znajdującą się w stanie pozwalającym na świadome podejmowanie decyzji) jest dla lekarza wiążąca. Innymi słowy, lekarz musi się zastosować do stanowiska pacjenta. Inaczej przedstawia się sprawa z aspektem pozytywnym. Wyraża się on w tym, pacjent może się zwracać do lekarza o wykonanie danej procedury medycznej. Jednakże lekarz nie musi sprostać oczekiwaniom chorego. W myśl bowiem art. 4 ustawy z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 464, zwanej dalej UZL) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Podobne unormowanie znajduje się w art. 4 KEL, który stanowi, że dla wypełnienia swoich zadań lekarz powinien zachować swobodę działań zawodowych, zgodnie ze swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną. Z regulacji tych wynika zatem, że stanowisko pacjenta, który domaga się wykonania określonego zabiegu, nie jest dla lekarza wiążące, lecz podejmuje on decyzję samodzielnie, kierując się wspomnianymi przesłankami. Rozważania te można odnieść również do stosowania sedacji. W przypadku więc, gdy lekarz planuje taką procedurę, powinien objaśnić jej przebieg i skutki (zgodnie z art. 31 ust. 1 UZL oraz art. 9 ust. 2 UPP) choremu (lub innym osobom po-

dejmującym decyzje terapeutyczne) i poczekać na jego stanowisko. Jeśli pacjent sprzeciwia się takiemu zabiegowi, lekarz nie może go wykonać. Jeśli jednak pacjent (inna uprawniona osoba) zwraca się do lekarza o przeprowadzenie takiej procedury, lekarz nie musi zadośćuczynić tym oczekiwaniom. Rozstrzyga bowiem sam, kierując się aktualną wiedzą medyczną i stanem pacjenta. Swoją decyzję musi jednak uzasadnić i wyjaśnić choremu. Omówione rozwiązania mogą znaleźć zastosowanie oczywiście tylko wówczas, gdy pacjent jest zdolny do przyjmowania informacji i podejmowania z rozeznaniem decyzji terapeutycznych. Sprawa się jednak komplikuje, gdy znajduje się on w stanie, w którym skuteczne złożenie takiej deklaracji jest wykluczone, w szczególności gdy jest nieprzytomny. Analiza prawna takiego przypadku będzie zależna od kilku uwarunkowań, m.in. od tego, czy chodzi o osobę mającą pełną zdolność do czynności prawnych, małoletnią (do 16. roku życia i po przekroczeniu tej granicy wiekowej), oraz od tego, czy osoba przed utratą zdolności do skutecznego podejmowania decyzji wyraziła jakieś stanowisko odnośnie do wykonywania czynności leczniczych w okresie, gdy będzie już nieprzytomna. Nie rozważając tych wszystkich wariantów, warto się skupić tylko na sytuacji, gdy osoba jest pełnoletnia i nieubezwłasnowolniona, lecz nieprzytomna, ewentualnie pozostaje w takim stanie, że nie może wyrazić woli (np. jest pod wpływem leków upośledzających jej percepcję w stopniu wykluczającym rozeznanie). Powstaje wówczas pytanie, czy stanowisko wyrażone przed utratą przytomności jest dla lekarza wiążące, np. o zaniechaniu terapii. Problematyka ta łączy się z szeroko dyskutowaną w doktrynie konstrukcją tzw. oświadczeń *pro futuro* [8–11]. Zdania w tej materii są podzielne, gdyż mogą istnieć wątpliwości, czy uprzednia deklaracja byłaby podtrzymana w stanie, w którym chory się znalazł. Nie rozstrzygając tych kwestii, gdyż wykraczają one znacznie poza obszar niniejszego opracowania, można jedynie wskazać, że w precedensowym postanowieniu z dnia 27 października 2005 r.⁵ Sąd Najwyższy uznał, iż

² Kwestię tę podniósł m.in. Sąd Apelacyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 31 marca 2006 r. (sygn. akt: I ACa 973/05, OSA 2008/1/2) orzekł, że „zabieg medyczny wykonany bez zgody pacjenta jest czynnością bezprawną nawet wówczas, gdy wykonany jest zgodnie z zasadami wiedzy”. Pacjent może więc wteży dochodzić roszczeń cywilnych, w szczególności odszkodowania i zadośćuczynienia. Odrebną podstawę odpowiedzialności cywilnej stanowi art. 4 UPP. Przepis ten pozwala na domaganie się przez pacjenta zadośćuczynienia pieniężnego w przypadku zawnionego naruszenia praw pacjenta, a więc również prawa do wyrażenia zgody na leczenie. Warto podkreślić, że możliwy jest zbieg podstaw odpowiedzialności. Oznacza to, że pacjent może wystąpić z roszczeniami cywilnymi równolegle, na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego (m.in. art. 23 k.c. i art. 448 k.c.), jak i na podstawie powołanego art. 4 UPP. Por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 27 listopada 2014 r. (sygn. akt: I ACa 745/14, LEX nr 1623928).

³ W myśl art. 53 ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.) przewinieniem zawodowym jest naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza. Biorąc pod uwagę, że wymóg uzyskania skutecznej prawnie zgody na zabieg medyczny wynika zarówno z przepisów korporacyjnych, adresowanych do lekarzy, jak i z obowiązujących ich norm deontologiczno-etycznych, postępowanie sprzeczne z tymi regulacjami może być uznane za takie przewinienie i uzasadniać odpowiedzialność przed sądem lekarskim.

⁴ Przepis ten przewiduje alternatywnie grzywnę (do 1 080 000 zł), karę ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2 za wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta. Przesłanką jest to jest ścigane na wniosek pokrzywdzonego.

⁵ Sygn. akt: III CK 155/05, OSNC 2006/7-8/137. Orzeczenie to spotkało się z ożywioną dyskusją w doktrynie. Ogniskowała się ona zasadniczo wokół dwóch zagadnień: czy według prawa polskiego skuteczne jest składanie tzw. oświadczeń *pro futuro* oraz, w przypadku odpowiedzi twierdzącej – jakie powinny one spełniać warunki, by uznać je za wiążące. Zob. J. Kulesza: Glosa do postanowienia Sądu Najwyższego z 27 października 2005 r. *Palestra* 2007; 3-4: 316-324; R. Tymiański: Glosa do postanowienia z 27 października 2005 r. (III CK 155/05). *Przegląd Sądowy* 2008; 3: 116-121; A.T. Olszewski, I. Stańczyk: Glosa do postanowienia z 27 października 2005 r. (III CK 155/05). *Przegląd Sądowy* 2008; 11-12: 217-223.

„oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”. Z orzeczenia tego wynika więc, że lekarz powinien się dostosować do woli chorego, wyrażonej w okresie, w którym mógł on jeszcze skutecznie pod względem prawnym składać oświadczenia. Sprawa komplikuje się jeszcze bardziej, gdy chory przed utratą zdolności do wyrażenia swego stanowiska nie złożył żadnej deklaracji (ewentualnie lekarz jej nie zna), np. pacjent po pęknięciu tętniaka mózgu został przetransportowany do szpitala nieprzytomny. W piśmiennictwie wskazuje się, że w takiej sytuacji lekarz powinien, w miarę możliwości, zrekonstruować wolę chorego. Może się kierować w tym zakresie wcześniejszymi rozmowami z chorym, jego wypowiedziami, odtworzyć stanowisko pacjenta na podstawie informacji uzyskanych od osób mu najbliższych [12, s. 385]. Podobne poglądy można znaleźć także w literaturze niemieckiej, gdzie analizowana jest konstrukcja tzw. zgody domniemanej (*mutmaßliche Einwilligung*⁶). W uproszczeniu można przyjąć, że znajduje ona zastosowanie, gdy nie można ustalić faktycznej woli danej osoby, lecz należy podjąć działania w oparciu o potencjalną wolę. Dotyczy to w szczególności sytuacji, gdy dobrom tej osoby zagraża niebezpieczeństwo. Osoba trzecia uznaje, że konieczne jest niezwłoczne podjęcie czynności ukierunkowanych na ochronę tych dóbr kosztem poświęcenia innego. Znając te okoliczności, przyjmuje, że osoba ta zgodziłaby się na taką interwencję, gdyby знаła przebieg wydarzeń i mogła zająć stanowisko. Zgoda domniemana ma więc znaczenie np. w przypadku pilnych interwencji medycznych, a podmiot kompetentny do wyrażenia zgody nie może tego uczynić (np. jest nieprzytomny). Podjęcie działania w takich okolicznościach obarczone jest ryzykiem błędnego przypuszczenia co do kierunku woli pacjenta. Lekarz powinien więc dołożyć maksymalnej staranności w celu ustalenia, jaka mogłaby być faktyczna wola chorego. W tym zakresie należy uwzględnić indywidualne zapatrywania pacjenta i ukształtowaną na tej drodze jego hierarchię wartości. Lekarz powinien zatem rozwiązać powstały konflikt w sposób

możliwie jak najbardziej zbliżony do domniemanej woli dysponenta dobrem, opartej na jego osobistym wartościowaniu [13]. Lekarz powinien też ocenić, na ile konieczne jest wykonanie określonego zabiegu. Jeśli rozpocznie go zbyt pochopnie, a następnie okaże się, że wola pacjenta była inna, zachowanie takie może być uznane za bezprawne. Jeśli jednak wystąpi pilna sytuacja, lekarz powinien szybko zdekodować potencjalną wolę chorego. W szczególności powinien uwzględnić jego uprzednie deklaracje dotyczące aprobaty albo odmowy danej procedury medycznej. W przewidywaniach tych trzeba brać pod uwagę – jak wspomniano – indywidualne zapatrywania osoby, której dobra są naruszane, nawet jeśli są one niezgodne z odczuciem ogólnym, wykraczają poza przyjęty wzorzec przeciętnego rozsądku [14]. Dopiero gdy nie ma w tym względzie żadnych wskazówek, można się posłużyć modelem osoby rozsądnej, prawidłowo korzystającej z dobra prawnego, czyli rozsądnie decydującej o leczeniu [15].

W przypadku gdy ustalenie domniemanej woli pacjenta nie będzie możliwe, powstaje pytanie, kto mógłby podjąć decyzję o wykonywaniu określonych procedur medycznych, w tym sedacji, zakładając, że pacjent ma pełną zdolność do czynności prawnych i nie posiada przedstawiciela ustawowego, który byłby uprawniony do takich rozstrzygnięć. Warto stanowczo podkreślić, że kompetencji w tym obszarze polskie prawo nie przyznaje członkom rodziny chorego. Zasadniczo uprawnienie takie ma sąd opiekuńczy (art. 32 ust. 8 oraz art. 34 ust. 3 UZL). Jeśli zaś wystąpi przypadek nagły, to możliwe jest skorzystanie z konstrukcji zgody domniemanej, która w polskich przepisach medycznych opisana jest w art. 33 UZL (w odniesieniu do zabiegów prostych, małoinwazyjnych⁷) oraz w art. 34 ust. 7 i 8 UZL (stosowanych w przypadku zabiegów operacyjnych i o podwyższonym ryzyku dla pacjenta⁸). Wówczas, po spełnieniu przesłanek ujętych w tych normach, decyzje terapeutyczne podejmuje samodzielnie lekarz (choć co do zasady ciąży na nim powinność skonsultowania się z innym lekarzem). Podsumowując – można przyjąć, że stosowanie sedacji zasadniczo wymagałoby w takiej sytuacji orzeczenia sądu opiekuńczego. Jedynie wyjątkowo, gdy zwłoka spowodowana rozpatrywaniem sprawy przez sąd gro-

⁶ Na temat konstrukcji zgody domniemanej w doktrynie niemieckiej zob. przykładowo: Müller-Dietz: *Mutmaßliche Einwilligung und Operationserweiterung*, JuS, 1989, ff. 280; Tiedemann: *Die mutmaßliche Einwilligung*, JuS, 1970, ff. 108; C. Roxin: *Über die mutmaßliche Einwilligung*. W: *Festschrift für Hans Welzel zum 70. Geburtstag am 25 März 1974*, Berlin – New York 1974, s. 452 i nast.

⁷ Przepis ten stanowi, że badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Wówczas decyzję o podjęciu czynności medycznych lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem oraz okoliczności te odnotować w dokumentacji medycznej pacjenta.

⁸ Zgodnie z tymi przepisami lekarz może wykonać zabieg operacyjny lub o podwyższonym ryzyku dla pacjenta bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania takiej zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie informuje pacjenta lub zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Okoliczności przeprowadzenia takiego zabiegu opisuje w dokumentacji medycznej.

ziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, możliwe byłoby podjęcie decyzji samodzielnie przez lekarza (w warunkach art. 34 ust. 7 UZL).

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA ZA SPOWODOWANIE ŚMIERCI W WYNIKU STOSOWANIA SEDACJI LUB ZAPRZESTANIA DALSZEJ TERAPII

Kolejny problem, jaki łączy się z wykorzystaniem procedury sedacyjnej, dotyczy możliwości zwiększenia dawki leków, co w efekcie może przyspieszyć śmierć pacjenta, oraz ustalenia, w którym momencie może być zakończone stosowanie tej metody. Innymi słowy, kto i kiedy może zdecydować o zaniechaniu dalszych zabiegów, a tym samym *de facto* o zakończeniu życia chorego. Kwestie te mają zasadnicze znaczenie dla ewentualnej odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko życiu, a więc za zabójstwo (art. 148 k.k.), nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.) oraz tzw. zabójstwo eutanatyczne (art. 150 k.k.). Analizując te zagadnienia należy na wstępie wskazać, że opisy tych czynów są dość pojemne. Tak zwane znamiona czasownikowe określające czynność sprawczą: „zabija” i „powoduje śmierć”, są na tyle semantycznie szerokie, że *prima facie* mogą być wyczerpane także przez lekarza działającego w opisanych wcześniej warunkach. Przykładowo, lekarz, który zwiększa dawkę leku, wiedząc, że może doprowadzić w ten sposób do śmierci chorego i co najmniej na to się godzi, mógłby odpowiadać nawet za zabójstwo (w tzw. zamiarze ewentualnym), a jeśli nie doszłoby do zgonu – za usiłowanie zabójstwa (art. 148 § 1 w zw. z art. 13 § 1 k.k.). Z kolei poniechanie czynności medycznych, w efekcie czego następuje śmierć pacjenta (np. poprzez zaprzestanie karmienia go, odłączenie respiratora), może być kwalifikowane jako zabójstwo przez zaniechanie (jeśli lekarz miał pozycję tzw. gwaranta – art. 2 k.k.) bądź jako tzw. bierna eutanazja. W piśmiennictwie przyjmuje się, że ta ostatnia to „celowe i przemyślane zachowanie się lekarza, którego istotą jest zaprzestanie wobec chorego stosowania medycznych środków i procedur utrzymujących go przy życiu, podjęte w celu spowodowania jego śmierci szybciej, zanim nastąpi ona z przyczyn naturalnych, którego przyczynowym następstwem jest śmierć osoby chorej, podjęte na jej żądanie, jeśli pobudką takiego działania jest współczucie dla chorego” [16, s. 318-319]. Zarówno normy deontologiczne, jak i prawne zabraniają stosowania przez lekarza eutanazji. Zakaz taki wynika wprost z art. 31 KEL, który stanowi, że lekarzowi nie wolno stosować eutanazji ani pomagać choremu w popeł-

nieniu samobójstwa. Z kolei w ujęciu karnoprawnym czyn polegający na zabójstwie eutanatycznym został stypizowany w art. 150 k.k. (zasadniczo za jego popełnienie grozi kara pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat). Warto jednak zauważyć, że w przepisach prawnych, w tym w Kodeksie karnym, nie zdefiniowano pojęcia eutanazji. Konstrukcja zabójstwa eutanatycznego jest zaś zawężona w porównaniu z potocznym rozumieniem tego terminu. Za omawiane przestępstwo odpowiedzialność jest możliwa tylko wówczas, gdy sprawca zabije swą ofiarę **na jej żądanie i pod wpływem współczucia dla niej**. Kodeks nie definiuje pojęcia żądania, ale w literaturze przyjmuje się, że oświadczenie pokrzywdzonego musi być stanowcze i wyraźne. Tym samym znamię to nie będzie wyczerpane w przypadku zgody, prośby lub życzenia. Poza tym żądanie nie może być dorozumiane lub wskazywać jedynie na chwilową decyzję ofiary. Dla swej skuteczności konieczne jest, by zostało sformułowane przez osobę poczytalną i „w pełni władz umysłowych” [17, s. 242]. Warto również podkreślić, że musi ono pochodzić wyłącznie od osoby, która domaga się pozbawienia jej życia. Prezentowane znamię nie zostanie więc zrealizowane, gdy będzie tego domagała się osoba trzecia (np. małżonek pacjenta). Tak ujęty opis czynu determinuje również jego stronę podmiotową, czyli określenie nastawienia psychicznego sprawcy. Nie ulega wątpliwości, że czyn ten może być popełniony wyłącznie umyślnie. Pewne rozbieżności występują natomiast w zakresie postaci zamiaru, jaki ma towarzyszyć sprawcy. Choć niektórzy autorzy [17, s. 245, 18] dopuszczają zamiar ewentualny (czyli sytuację, gdy sprawca przewidując możliwość zabicia ofiary, godzi się na to – w zw. z art. 9 § 1 *in fine* k.k.), należy podzielić stanowisko, iż przestępstwo to może być popełnione jedynie w zamiarze bezpośrednim. Jak bowiem pisze A. Zoll, „sprawca zabija człowieka pod wpływem współczucia dla niego. Celem działania sprawcy jest więc skrócenie cierpienia osoby żądającej pozbawienia ją życia” [16, s. 324, 19, 20]. Kierują więc nim szczególne motywy. Tym samym musi być ukierunkowany na realizację swego celu, jakim jest doprowadzenie do śmierci ofiary. Musi zatem chcieć tego, nie jest zaś wystarczające, by się na to godził. Taka formuła odpowiada zamiarowi bezpośredniemu (art. 9 § 1 *in principio* k.k.).

Rozważania te można odnieść do problematyki sedacji. Biorąc pod uwagę, że – jak wskazano – dla przypisania odpowiedzialności za zabójstwo eutanatyczne konieczne jest żądanie pokrzywdzonego, choćby z tego powodu można wykluczyć możliwość zastosowania omawianego przepisu wobec lekarza. Chory, który jest nieprzytomny albo znajduje się w innym stanie wykluczającym świadome podejmowanie decyzji, z natury rzeczy nie będzie mógł sformułować takiego żądania. Nie będzie zaś sku-

teczne żądanie pochodzące od innych osób. Znamię to nie zostanie więc zrealizowane. Z kolei mając na względzie poczynione ustalenia dotyczące strony podmiotowej omawianego czynu, należy przyjąć, że lekarz wykonując ten zabieg, musiałby być nakierowany na spowodowanie śmierci, dążyć do tego, skutek ten musiałby więc obejmować swą świadomością i tego chcieć. Wydaje się, że również z tego powodu przypisanie odpowiedzialności w analizowanym przypadku nie jest dopuszczalne. Należy zatem odrzucić możliwość stosowania art. 150 k.k. wobec lekarzy, którzy wykonując sedację i zwiększając dawkę leku, doprowadzają ostatecznie do śmierci pacjenta. Powstaje więc pytanie, czy mogą odpowiadać za nieumyślne spowodowanie śmierci albo wręcz za zabójstwo. Dla odpowiedzialności za to pierwsze przestępstwo konieczne jest przypisanie nieumyślności, której elementy konstrukcyjne zostały określone w art. 9 § 2 k.k. W myśl tego przepisu pierwszym warunkiem jest brak zamiaru sprawcy, czyli sprawca nie może obejmować swą świadomością i wolą wyczerpania znamion czynu zabronionego. W przypadku sedacji i zwiększania dawek leków lekarz jednak wie, jakie mogą być skutki zaordynowania danego medykamentu. W jego świadomości może więc odbić się okoliczność, iż skutkiem takich działań może być śmierć pacjenta. Omawiana przesłanka nie będzie zatem spełniona. Po wtóre, do popełnienia czynu musi dojść na skutek niezachowania ostrożności wymaganej w danych okolicznościach. Transponując tę frazę na grunt medyczny, można przyjąć, że lekarz musiałby postąpić niezgodnie z wymogami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej (*contra legem artis*). Innymi słowy, musiałby popełnić błąd medyczny. Przyjmując zaś, że lekarz, który stosuje sedację, wykonuje swe czynności według prawideł wiedzy medycznej, nie narusza owych wymaganych reguł ostrożności. Nie może zatem odpowiadać za przestępstwo nieumyślne (w tym za nieumyślne spowodowanie śmierci). Odpowiedzialność taka mogłaby np. powstać, gdyby przedawkował lek i w konsekwencji doprowadził do zgonu albo błędnie rozpoznał stan pacjenta (mylnie uznając, że jest już beznadziejny) i zaniechał akcji ratunkowej, powodując w ten sposób śmierć chorego. Pozostaje więc jeszcze możliwość zastosowania art. 148 § 1 k.k., czyli przepisu typizującego zabójstwo. Opis tego czynu jest bardzo pojemny, przestępstwo to polega bowiem na zabiciu człowieka. Może więc być popełnione zarówno w zamiarze bezpośrednim, jak i ewentualnym, przez działanie lub zaniechanie. *Prima facie* więc lekarz, który zwiększając dawkę leków, doprowadza do śmierci pacjenta, ewentualnie zaprzestając czynności ratunkowych, powoduje jego zgon, mógłby odpowiadać za ten czyn. Jednakże tezę taką należy odrzucić. W doktrynie prawa karnego przyjmuje

się bowiem, że samo wyczerpanie znamion czynu zabronionego nie jest warunkiem wystarczającym do ustalenia bezprawności zachowania sprawcy i tym samym pociągnięcia go do odpowiedzialności. Konieczne jest ponadto wykazanie, że sprawca naruszył reguły postępowania z dobrem prawnym i je zaatakował. Lekarz, który postępuje *lege artis* i działa w celu leczniczym, nie atakuje takiego dobra. Jest bowiem nakierowany na jego ratowanie. Dlatego też we współczesnym piśmiennictwie karnistycznym przyjmuje się, że zachowanie lekarza jest wówczas legalne pierwotnie, od samego początku (np. lekarz, który amputuje kończynę, mimo że formalnie realizuje znamiona ciężkiego uszczerbku na zdrowiu i powoduje ciężkie kalectwo – art. 156 § 1 pkt 2 k.k., nie poniesie odpowiedzialności za ten czyn, jeśli wykonał taki zabieg w celu leczniczym i przestrzegał standardów medycznego postępowania) [21, 22]. W prawie szeroko traktuje się pojęcie celu leczniczego, który nie jest ograniczony jedynie do czynności diagnostyczno-terapeutycznych [23]. Obejmuje także np. profilaktykę i rehabilitację (art. 2 ust. 1 UZL). Niekiedy jednak nie jest możliwe przywrócenie pacjenta do zdrowia i normalnego funkcjonowania. Wówczas należy przyjąć, że czynność ma cel leczniczy, jeśli nakierowana jest na łagodzenie cierpienia i poprawę jakości życia (w tym kończącego się). Pogląd taki reprezentowany jest m.in. przez M. Filara, który twierdzi, że co do zasady cel leczniczy będzie realizowany, gdy dana czynność ukierunkowana będzie na ratowanie życia lub zdrowia pacjenta. Jednakże, jeśli z powodu jego stanu nie będzie to możliwe, działania powinny służyć zmniejszeniu „jego cierpienia fizycznych albo psychicznych” [16, s. 100]. Podobnie twierdzi A. Liszewska, według której cel leczniczy wystąpi, jeśli zabieg będzie ukierunkowany na ratowanie życia, ochronę zdrowia lub zmniejszenie cierpienia [24]. Pogląd ten podziela także A. Zoll. Jego zdaniem pomoc lekarska może polegać także na zniwelowaniu cierpienia, jeśli nie jest już możliwe uratowanie chorego [25, s. 41]. Takie założenie pozwala zakwalifikować do zabiegów leczniczych również działania paliatywne, a więc także ich odmianę, jaką jest sedacja. Jeśli zatem uznać, że lekarz stosujący taką procedurę działa w celu leczniczym, to nie atakuje dobra prawnego, jakim jest zdrowie i życie pacjenta. Nie może bowiem jednocześnie naruszać i chronić tego samego dobra. Jego zachowanie będzie więc legalne pierwotnie, nawet wówczas, gdy wskutek swego postępowania doprowadzi do śmierci chorego. Naturalnie warunkiem braku odpowiedzialności będzie wykazanie, iż zachowanie sprawcy było zgodne z regułami postępowania z dobrem prawnym. Oznacza to, że lekarz musi zastosować takie procedury, które są wymagane w danych okoliczności przez prawidła wynikające z aktualnej wiedzy medycznej w tym zakresie

(np. poprawnie ustalić stan pacjenta, odpowiednio dawkować leki lub wykonywać inne zabiegi). Naruszenie tych reguł może – jak już wspomniano – prowadzić do odpowiedzialności za czyn nieumyślny przeciwko życiu lub zdrowiu (rozdział XIX k.k.).

Na koniec warto jeszcze się odnieść do problematyki zakończenia stosowanej terapii (np. odłączenia pacjenta od urządzeń podtrzymujących życie). Jeśli efektem takiego poniechania będzie śmierć chorego, może powstać odpowiedzialność prawna, w tym karna. Zagadnienie to na gruncie prawa karnego łączy się z lekarskim obowiązkiem niesienia pomocy. Nie ulega wątpliwości, że powinność ta immanentnie jest związana z wykonywaniem zawodu lekarza. Podkreślają to zarówno akty deontologiczne, jak i prawne. Dla przykładu można wskazać cytowany już fragmentarycznie art. 2 ust. 1 KEL, który stanowi, że „powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu”. Z kolei w ujęciu medycznoprawnym obowiązek ten jest zdefiniowany w szczególności w art. 30 UZL, który nakazuje lekarzom udzielać pomocy pacjentowi w każdym przypadku niecierpiącym zwłoki. Poniechanie realizacji tego obowiązku może skutkować odpowiedzialnością karną za nieudzielenie pomocy (art. 162 k.k.), a jeśli lekarz ma pozycję gwaranta – za skutki takiego powstrzymania się od ratowania pacjenta, a więc np. za spowodowanie śmierci przez zaniechanie. Niestety, przepisy prawne, a zwłaszcza karne, nie określają przesłanek poniechania czynności terapeutycznych, w tym wobec osób znajdujących się w stanach terminalnych, wegetatywnych, pozostających w sedacji. Pewne wskazówki można odnaleźć jedynie w KEL. W myśl art. 32 KEL w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Regulacja ta jest jednak niepełna i budzi w doktrynie wątpliwości. Najmniej powstaje ich w zakresie reanimacji. Jej celem jest bowiem przywrócenie do funkcjonowania układów istotnych dla życia człowieka (oddechowego, krążenia). Jeśli więc ze względu na stan pacjenta osiągnięcie takiego rezultatu nie jest możliwe, stosowanie reanimacji nie jest zasadne. Stąd też według M. Filara, lekarz może wówczas powołać się na tzw. procedurę DNR (*do not resuscitate*). Może zatem odstąpić od reanimacji. Jak uzasadnia autor, „gdy nie można usunąć przyczyny powodującej stan zagrożenia życia, lekarz zwolniony jest

od stosowania nadzwyczajnych środków leczenia [...], zwłaszcza gdy stosowanie takich środków narażać może pacjenta [...] na niepotrzebny ból albo cierpienie” [16, s. 320]. Podobne stanowisko zajmuje A. Zoll, który twierdzi, że lekarz powinien prowadzić akcję reanimacyjną dopóty, dopóki z medycznego punktu widzenia istnieją szanse na uratowanie pacjenta. Zaniechanie czynności medycznych w takich okolicznościach autor uznaje za sprzeczne z normą prawną, co może prowadzić do odpowiedzialności (w tym karnej). Jednakże inaczej przedstawia się sytuacja, gdy podjęta reanimacja prowadziłaby jedynie do przedłużenia procesu umierania. Wówczas – wg A. Zolla – poniechanie dalszych działań nie jest bezprawne, a tym samym nie implikuje odpowiedzialności [25, s. 39-41]. Zgodnie z cytowanym art. 32 KEL lekarz podejmuje wówczas decyzję samodzielnie, kierując się oceną stanu pacjenta i jego szans leczniczych.

Więcej trudności nastręcza analiza drugiej z wymienionych sytuacji, tj. stosowanie uporczywej terapii. Pojęcie to również nie ma swej ustawowej definicji⁹ (nie zostało wyjaśnione także w KEL). Zostało jednak poddane szerszej analizie przez E. Zielińską. Autorka dostrzega, że z redakcji omawianej normy nie wynika wprost, kto jest uprawniony do podjęcia decyzji o zaniechaniu uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Kodeks etyki lekarskiej nie zawiera bowiem takich wskazówek (jak podano, dotyczą one jedynie reanimacji). Zdaniem E. Zielińskiej w przypadku uporczywej terapii ostatecznie powinien rozstrzygać lekarz, kierując się domniemaną wolą pacjenta. Jeśli zaś nie można jej odczytać (np. na podstawie uprzednio wyrażonego stanowiska chorego), wówczas lekarz „może zdać się na własną ocenę co do tego, jak należy postąpić w najlepszym interesie pacjenta” i podjąć samodzielnie decyzję. W odniesieniu do środków nadzwyczajnych autorka wskazuje, że silnie akcentowane prawo do samostanowienia przemawia przeciwko tezie, iżby lekarz jako wyłącznie uprawniony mógł rozstrzygać o zaniechaniu ich stosowania. Powstaje więc pytanie, kto wtedy posiadałby odpowiednie kompetencje. Niestety brak jakichkolwiek regulacji, również ujętych w aktach deontologicznych, nie pozwala na udzielenie wiążącej odpowiedzi. Można wykluczyć jednak udział np. członków rodziny, gdyż ogólnie nie są oni upoważnieni do wyrażania zgody bądź sprzeciwu na leczenie swego krewnego. Autorka rozważa więc możliwość skorzystania z opinii komisji etycznej działającej przy izbie lekarskiej bądź uzyskania zezwolenia sądowego. Jednakże *de*

⁹W jednym z projektów nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, opracowanym przez organizację pozarządową, podjęto próbę ustawowego zdefiniowania pojęcia „uporczywa terapia”. Proponowano jego następujące określenie: „uporczywa terapia – stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które 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”.

lege lata żadna z tych instytucji nie została wyposażona w takie uprawnienia [12, s. 386]. Na gruncie obecnego stanu prawnego nie ma zatem regulacji, która rozstrzygałaby te kwestie. Biorąc pod uwagę, że zagadnienie to ma doniosłe znaczenie praktyczne, pożądane jest zlikwidowanie omawianej luki. Być może właściwe byłoby upoważnienie do podejmowania decyzji sądu opiekuńczego bądź na wzór unormowań obcych wprowadzenie instytucji kuratora albo pełnomocnika medycznego¹⁰. Podmioty takie były proponowane w jednym z projektów nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Jednakże rozwiązania te nie spotkały się z aprobatą i w efekcie projektowi temu nie nadano legislacyjnego biegu.

PODSUMOWANIE

Współczesne polskie prawo nie normuje wprost uwarunkowań dotyczących stosowania sedacji. Brak takich regulacji rodzi zatem wątpliwości i pytania. Na część z nich można znaleźć odpowiedzi, dokonując wykładni systemowej, interpretując więc istniejące przepisy, zarówno medyczno-prawne, jak i np. karne. Można zatem przyjąć, że użycie tej metody wymaga zgody pacjenta lub innych uprawnionych podmiotów, ewentualnie odwołania się do konstrukcji zgody domniemanej. Lekarz, który dokona sedacji i w jej trakcie będzie zwiększał dawkę leków, co ostatecznie doprowadzi do śmierci pacjenta, nie poniesie odpowiedzialności karnej za zabójstwo eutanatyczne, ani za zabójstwo w typie podstawowym. Możliwa jest zaś odpowiedzialność za czyny nieumyślne przeciwko życiu lub zdrowiu, np. nieumyślne narażenie na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 160 § 3 k.k.) bądź nawet za nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155 k.k.). Jednakże może ona wystąpić w sytuacji postępowania medycznego niezgodnego z wymogami wynikającymi z aktualnej wiedzy medycznej, czyli błędu medycznego.

Niektórych problemów nie da się jednak rozwiązać, stosując omawiane metody wykładni. Dotyczy to w szczególności przesłanek zaniechania reanimacji, uporczywej terapii i wykorzystywania środ-

ków nadzwyczajnych. W tym względzie istniejące unormowania etyczno-deontologiczne są wysoce niewystarczające. Konieczna jest więc interwencja ustawodawcy i wprowadzenie takich konstrukcji do porządku prawnego. Projekty takich aktów już się pojawiają. Można więc żywić nadzieję, że wzrastające zainteresowanie prawem medycznym i rosnące potrzeby w zakresie istnienia jednoznacznych wytycznych prawnych adresowanych do lekarzy zainspirują polskiego legislatora do odpowiednich posunięć ustawodawczych.

Autor deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Pilarczyk M. Opieka paliatywna. Postępowanie w wybranych objawach choroby. W: Gajewski P (red.). *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych. Medycyna Praktyczna*, Kraków 2012.
2. Płachta M. „Prawo do umierania”? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania. *Państwo i Prawo* 1997; 3: 53.
3. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. *Komentarz*. Warszawa 2012; 311-313.
4. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2007.
5. Boratyńska M. Wolny wybór. Gwarancje i granice prawa pacjenta do samodecydowania. *Instytut Problemów Ochrony Zdrowia*, Warszawa 2012.
6. Kubiak R. Zgoda na zabieg medyczny. *Kompendium dla lekarzy. Medycyna Praktyczna, Wydawnictwo*, Kraków 2013.
7. Zielińska E. Powinność lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym. *Prawo i Medycyna* 2000; 2: 79.
8. Janiszewska B. Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylematy prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz dopuszczalności oświadczeń pro futuro). *Prawo i Medycyna* 2007; 2: 33-50.
9. Janiszewska B. Praktyczne problemy oświadczeń pro futuro (uwagi po rozstrzygnięciu sprawy). *Prawo i Medycyna* 2009; 4: 46-60.
10. Polewski-Kozieliński K. Oświadczenia woli pro futuro pacjenta jako instytucja prawna. *Państwo i Prawo* 2000; 3: 4-14.
11. Syska M. *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle porównawczym*. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2013.
12. Zielińska E. *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*. Liber, Warszawa 2001.
13. Rudolphi HJ. Okoliczności usprawiedliwiające w prawie karnym. Przyczynek do funkcji, struktury i zasad wyłączenia

¹⁰ Kwestie te, opierając się na prawie francuskim, omawia M. Świdarska. Autorka wskazuje, że przewidziano w nim możliwość ustanowienia przez pacjenta „osoby zaufanej”. Jest ona uprawniona m.in. do uzyskiwania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, asystowania przy udzielanych mu zabiegach medycznych oraz – w razie utraty zdolności do wyrażenia zgody – do podejmowania w jego imieniu decyzji terapeutycznych. Zdaniem M. Świdarskiej pożądane byłoby przeniesienie takiego rozwiązania również do polskiego ustawodawstwa. Znalazłoby ono zastosowanie w szczególności w przypadku chorych posiadających pełną zdolność do czynności prawnych, ale niebędących w stanie kompetentnie wyrazić zgody (np. nieprzytomnych). M. Świdarska, *Zgoda...*, s. 61-62. Dezyderat ten znalazł swe odzwierciedlenie w jednym z projektów nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, sporządzonym przez organizację pozarządową. Planowano w nim wprowadzenie konstrukcji „pełnomocnika medycznego”. Mógłby on zostać wyznaczony przez osobę mającą pełną zdolność do czynności prawnych. Pełnomocnictwo to wymagałoby co do zasady formy pisemnej oraz pisemnej zgody pełnomocnika. Możliwe byłoby ustanowienie tylko jednego pełnomocnika. Byłby on uprawniony do podejmowania decyzji terapeutycznych, gdy stan pacjenta nie pozwalałby mu na samodzielne złożenie oświadczenia. W projekcie proponowano także wprowadzenie regulacji dotyczącej tzw. kuratora medycznego. Byłby on ustanawiany sądownie wobec osoby niezdolnej do wyrażenia zgody, a niemającej przedstawiciela ustawowego. Uzasadnieniem dla jego wyznaczenia byłoby przekonanie sądu o konieczności kontynuowania leczenia. Wówczas o poszczególnych czynnościach medycznych decydowałby taki kurator.

- bezprawności. W: Kaczmarek T (red.). Teoretyczne problemy odpowiedzialności karnej w polskim oraz niemieckim prawie karnym. Materiały Polsko-Niemieckiego Sympozjum Prawa Karnego. Wrocław 1990; s. 90.
14. Baumann J, Weber U, Mitsch W. Strafrecht: allgemeiner Teil. Lehrbuch, Bielefeld 1995; 357-358.
 15. Otto H. Grundkurs Strafrecht: allgemeine Strafrechtslehre. Berlin – New York 1982; 108.
 16. Filar M. Lekarskie prawo karne. Zakamycze, Kraków 2000.
 17. Daszkiewicz K. Przepęstwa przeciwko życiu i zdrowiu. Rozdział XIX Kodeksu karnego. Komentarz. Warszawa 2000.
 18. Górniok O. W: Górniok O, Hoc S, Przyjemski M. Kodeks karny. Komentarz. Tom III. Gdańsk 1999; 95.
 19. Zoll A. W: Zoll A (red.). Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Komentarz do art. 117-277 k.k. Warszawa 2013; 318.
 20. Budyn-Kulik M. Zabójstwo eutanatyczne. W: Warylewski J (red.). System prawa karnego. Tom 10. Przepęstwa przeciwko dobrom indywidualnym. C.H. Beck, Warszawa 2012; 122.
 21. Zoll A. Okoliczności wyłączające bezprawność czynu. Zagadnienia ogólne. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1982; 86-89
 22. Zoll A. Granice legalności zabiegu medycznego. Prawo i Medycyna 1999; 1: 32.
 23. Kubiak R. Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii i praktyki. Medycyna Praktyczna, Kraków 2012; 126-133.
 24. Liszewska A. Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej. Zakamycze, Kraków 1998; 69.
 25. Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988.