

Czy można uśmiercić pacjenta z powodu niskiej jakości życia? Uwagi na tle orzecznictwa Europejskiego Trybunału Praw Człowieka



Janusz Roszkiewicz

Doktor nauk prawnych, radca prawny,
adiunkt w Zakładzie Praw Człowieka
na Wydziale Prawa i Administracji
Uniwersytatu Warszawskiego.

✉ j.roszkiewicz@wpia.uw.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0001-5055-2215>

Can We Take Patient's Life because of its "Low Quality"? Comments on the jurisprudence of the European Court of Human Rights

The subject of the article is the issue of legal protection of the life of patients in a state of minimal consciousness, in a vegetative state or other form of serious health condition. The analyses the problem from the point of view of three high-profile court cases involving the termination of treatment of Vincent Lambert, Charlie Gard and Alfie Evans.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, prawo do życia, śmierć

Key words: futile treatment, right to life, death

[https://doi.org/10.32082/fp.1\(75\).2023.1029](https://doi.org/10.32082/fp.1(75).2023.1029)

1. Wprowadzenie

Ile jest warte ludzkie życie? To pytanie nie jest tylko domeną rozważań filozoficznych, ale wymaga również odpowiedzi ze strony prawników, od których wykładni zależy, kiedy pozabawienie życia zostanie uznane za legalne, a kiedy za działanie bezprawne, wymagające odpowiedzialności karnej i zawodowej. Problem w tym, że przepisy określające granice ochrony życia ludzkiego są zazwyczaj sformu-

łowane bardzo ogólnie. Przykładem tego jest art. 2 ust. 1 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (EKPC), który stanowi, że „prawo każdego człowieka do życia jest chronione przez ustawę”¹. Kim jest jednak „człowiek”? Żaden przepis prawa – ani krajowego, ani międzynarodowego – tego pojęcia nie

1 W angielskiej wersji językowej użyto sformułowania „każdy” (*everyone*), a we francuskiej – „każda osoba” (*toute personne*).

definiuje. Kwestia ta jest problematyczna w kontekście statusu *nasciturus*, czyli dziecka poczętego, przy czym dominuje pogląd, że nie przysługuje mu prawo do życia na równi z ludźmi narodzonymi². Wydaje się natomiast oczywiste, że narodzona istota ludzka jest pełnoprawnym człowiekiem, której przysługuje bezwarunkowe prawo do życia. W praktyce jednak ta oczywistość bywa kwestionowana w przypadku ludzi w ciężkim stanie zdrowotnym, których leczenie nie przynosi widocznych rezultatów. Niektóre sądy

2. Ogólne gwarancje ochrony życia

Artykuł 2 EKPC wymaga, aby prawo chroniło życie każdego człowieka. Po pierwsze, państwu nie wolno pozbawić życia żadnego człowieka, z zastrzeżeniem trzech wyjątkowych sytuacji wymagających bezwzględnie koniecznego użycia siły, tj.: a) w obrobie jakiegokolwiek osoby przed bezprawną przemocą; b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem; c) w działaniach podję-

Wstrzymanie karmienia i nawadniania pacjenta prowadzące do jego śmierci z głodu lub pragnienia zawsze będzie eutanazją bierną.

uznają, że jeżeli w życiu pacjenta jest więcej cierpienia niż radości, to należy je zakończyć – za zgodą pacjenta lub nawet bez niej, jeśli jest niezdolny do jej wyrażenia. W moim przekonaniu taka praktyka orzecznicza stanowi naruszenie art. 2 EKPC oraz przejaw paternalizmu, wypływającego z przekonania, że lekarz i sędzia lepiej wiedzą, jakie życie jest „warte” kontynuacji, a jakie już nie.

W niniejszym artykule przeanalizuję trzy wybrane kazusy pacjentów w ciężkim stanie zdrowotnym, których terapie przzerwano bez ich wyraźnej i poinformowanej zgody, uznając, że nie dają one szansy na osiągnięcie satysfakcjonującej jakości życia. To te kazusy stały się fundamentem przyjętego przez Europejski Trybunał Praw Człowieka (ETPC) poglądu, że to same państwa powinny decydować, czy i w jakim stopniu chcą chronić życie takich pacjentów. Swobodę państw w tym zakresie ograniczają jedynie minimalne gwarancje proceduralne w postaci weryfikacji stanu zdrowia i rokowań pacjenta przez lekarza, zasięgnięcia opinii bliskich oraz kontroli sądowej.

tych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania. Ów katalog ma charakter zamknięty, więc niedopuszczalne jest wywodzenie z tego przepisu jakichś dodatkowych, „dorozumianych” wyjątków³. Przepis nie zawiera klauzuli limitacyjnej, a na dodatek art. 15 ust. 2 EKPC wyraźnie wyklucza możliwość zwolnienia się przez państwo ze zobowiązań w zakresie ochrony prawnej życia. To oznacza, że prawo do życia zalicza się do kategorii praw niedorogownych.

Po drugie, państwo ma pozytywny obowiązek chronienia życia, co przejawia się w szczególności w wymogu penalizacji umyślnego zabójstwa w krajowym prawie karnym. Kwestia konieczności ścigania spowodowania śmierci przez zaniechanie pomocy, w tym również eutanazji, długo pozostawała nierozstrzygnięta w orzecznictwie strasburskim⁴. Z jednej strony ETPC wykluczył możliwość wyprowadzania z art. 2 EKPC prawa człowieka do zdecydowania o własnej śmierci⁵, z drugiej

2 Dominujące stanowisko budzi jednak zasadnicze wątpliwości. Zob. J. Roszkiewicz, *Prawo nasciturusa do życia w prawie konstytucyjnym i prawie międzynarodowym*, „Forum Prawnicze” 2017, nr 4, s. 97–121.

3 Por. J. Gerards, *Right to Life*, w: *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, red. P. van Dijk i in., Cambridge–Antwerp–Portland 2018, s. 362.

4 W. A. Schabas, *The European Convention on Human Rights. A Commentary*, Oxford 2015, s. 128.

5 Wyrok ETPC z 29 kwietnia 2002 r., *Pretty p. Zjednoczonemu Królestwu*, § 39.

strony dopuścił możliwość wyprowadzania takiego prawa z art. 8 EKPC⁶. Przełom nastąpił w 2022 r., kiedy to ETPC wprost stwierdził, że „prawo do życia nie może być interpretowane jako zakazujące warunkowej dekryminalizacji eutanazji”⁷.

3. Wyjaśnienie podstawowych pojęć

Przed przystąpieniem do właściwych rozważań, konieczne jest zdefiniowanie kilku podstawowych pojęć: eutanazji, terapii uporczywej, stanów świadomości oraz śmierci mózgowej.

3.1. Eutanazja a przerwanie terapii uporczywej

Pojęcie uporczywej terapii nie jest zdefiniowane ani w przepisach prawa polskiego, choć były podejmowane próby uregulowania tej kwestii⁸, ani w przepisach prawa międzynarodowego, które ograniczają się jedynie do ogólnikowego zapewnienia „każdemu” prawa do życia⁹ i równie ogólnych gwarancji autonomii pacjenta w podejmowaniu decyzji w sprawie jego

zdrowia¹⁰. Takiej definicji nie zawierają także przepisy prawa francuskiego ani brytyjskiego, na tle których rozstrzygane były głośne spory sądowe dotyczące prawa do życia pacjentów w ciężkim stanie zdrowotnym. Pozostawia to szerokie pole manewru dla lekarzy i sądów, jeśli chodzi o interpretację, w której pomocna jest literatura prawnicza, medyczna i bioetyczna.

Zagadnieniu temu poświęcono wiele uwagi w literaturze polskiej¹¹ i zagranicznej¹², nie ma więc potrzeby

6 W tym samym wyroku w sprawie *Pretty*, § 65–67, a potem także w wyrokach z 20 stycznia 2011 r., *Haas p. Szwajcarii*, § 51 oraz z 14 maja 2013 r., *Gross p. Szwajcarii*, § 60.

7 Wyrok ETPC z 4.10.2022 r., *Mortier p. Belgii*, § 138.

8 Art. 65 pkt 3 projektu ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw (Druk sejmowy VI kadencji Nr 3467), nadający nowe brzmienie art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry: „1. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. 2. Do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na wyraźne żądanie samego pacjenta. 3. Uporczywą terapią jest stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”.

9 Art. 2 EKPC, art. 2 ust. 1 Karty Praw Podstawowych UE, art. 6 ust. 1 Międzynarodowego Paku Praw Obywatelskich i Politycznych.

10 Art. 3 ust. 2 Karty Praw Podstawowych UE, art. 5–9 Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny.

11 R. Krajewski, *Czy powinno się mówić o „uporczywej terapii”*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022); P. Sobanski, *Czym jest uporczywa terapia?*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022); T. Orłowski, *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022); M. Machinek, *Rezygnacja z uporczywej terapii oraz tzw. testament życia*, http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022); K. Szewczyk, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.3.2022); A. Gałęska-Sliwka, *Uporczywa terapia i testamenty życia w projekcie ustawy z dnia 17 grudnia 2008 r. o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*, http://www.ptb.org.pl/pdf/galeska_uporczywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022); A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000; *Eutanazja a opieka paliatywna*, red. A. Biela, Lublin 1996; W. Bołoz, *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997; P. Bortkiewicz, *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej*, Poznań 2000; R. Citowicz, *Prawnikarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Warszawa 2006; R. Fenigsen, *Eutanazja: śmierć z wyboru?*, Poznań 2002; G. Mazur, *Etyczna ocena legalizacji eutanazji w Holandii*, Kraków 2003; M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.

12 Zob. Kongregacja Nauki Wiary Stolicy Apostolskiej, List *Samaritanus bonus* z 14 lipca 2020 r. o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia; E.J. Emmanuel, *The history of euthanasia debates in the United States and Britain*, „Annals of Internal Medicine” 1994, t. 121, s. 793–802; G. Gillet, *Euthanasia from the perspective of hospice care*,

szczególowego omawiania dotychczasowych ustaleń. Istota sporu polega na rozróżnieniu między eutanazją a przerwaniem terapii uporczywej. Rozróżnienie to ma nie tylko znaczenie prawne z punktu widzenia kwalifikacji danego czynu jako zabójstwa eutanatycznego, bądź działania dozwolonego, ale również etyczne, bo eutanazja wciąż budzi kontrowersje i wiąże się z negatywnymi skojarzeniami w wielu społeczeństwach, również tych o dominujących liberalnych poglądach. Nie bez powodu krytycy orzeczeń w sprawach Vincentego Lamberta, Charliego Garda i Alfiego Evansa określali ich przypadki jako formę eutanazji, a obrońcy – jako przerwanie uporczywej terapii.

Eutanazja to celowe uśmiercenie pacjenta doświadczającego cierpienie fizycznych lub psychicznych, na skutek:

- działania bezpośredniego np. przez wstrzyknięcie pacjentowi trucizny przez lekarza (eutanazja czynna),
- działania pośredniego polegającego na wypisaniu recepty na środek farmakologiczny o trującym oddziaływaniu i umożliwieniu pacjentowi samodzielnego zażycia (wspomagane samobójstwo);
- zaniechania polegającego na powstrzymaniu się od czynności terapeutycznych lub pielęgnacyjnych niezbędnych do zachowania życia (eutanazja bierna).

Terapię uporczywą natomiast można zdefiniować jako podejmowanie nadzwyczajnych środków podtrzymywania życia pacjenta cierpiącego na nieuleczalną i śmiertelną chorobę, które nie dają istotnych szans na poprawę jego stanu zdrowia, a powodują jedynie przedłużanie cierpienia. Terapia uporczywa jest więc kwalifikowaną postacią sztucznego podtrzymywania życia, które bez zewnętrznego, technologicznego wsparcia wkrótce doszłoby do nieuchronnego końca. Nie każde jednak sztuczne podtrzymywanie życia jest terapią uporczywą – przykładowo, mechaniczne wspomaganie krążenia dla świadomego pacjenta z ciężką zastoinową kardiomiopatią zakwalifikowanego do przeszczepu serca będzie normalną terapią, natomiast zastosowanie tego samego środka do pacjenta ze śmiercią mózgową będzie stanowiło terapię uporczywą.

„Medicine&Law” 1994, t. 13, s. 263–268; J.A.S. Burgess, *The great slippery-slope argument*, „Journal of Medical Ethics” 1993, t. 19, s. 169–174.

Kwestia, co może stanowić środek „nadzwyczajny”, pozostaje sporna¹³. W niektórych państwach do tej kategorii zalicza się wyłącznie czynności *stricte* terapeutyczne, w szczególności eksperymentalne metody leczenia, a także mechaniczną wentylację (stosowaną, gdy pacjent nie jest w stanie samodzielnie oddychać) czy mechaniczne wspomaganie krążenia (stosowaną w przypadku niewydolności serca) – z zastrzeżeniem wspomnianego wyżej warunku, że nie dają one istotnych szans na poprawę stanu zdrowia. W innych państwach, np. we Francji i Wielkiej Brytanii, za nadzwyczajne czynności terapeutyczne oprócz wyżej wymienionych uznaje się również dożylnie karmienie i nawadnianie pacjenta. Osobiście jestem zwolennikiem pierwszej, węższej definicji – po pierwsze dlatego, że prawo do pożywienia i wody jest w orzecznictwie międzynarodowym od dawna uznawane za nierozdzielnie związane z godnością ludzką¹⁴, której poszanowanie jest zasadą nienaruszalną; po drugie, czynność terapeutyczna z definicji ma służyć leczeniu pacjenta, a podawanie jedzenia i picia samo w sobie niczego nie leczy; po trzecie, gdyby uznać podawanie pożywienia i płynów za formę sztucznego podtrzymywania życia, to *ad absurdum* należałoby uznać, że także karmienie noworodków i niemowląt przez osoby trzecie stanowi formę uporczywej terapii.

Z tego punktu widzenia wstrzymanie karmienia i nawadniania pacjenta prowadzące do jego śmierci z głodu lub pragnienia zawsze będzie eutanazją bierną, a nie przerwanie terapii uporczywej.

3.2. Rodzaje stanów świadomości

Można wyróżnić cztery podstawowe poziomy stanu świadomości. Pierwszy poziom można okre-

13 Zob. Komitet Bioetyczny Rady Europy, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*, Council of Europe 2014, s. 12–13. Por. stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych z 27 czerwca 2018 r., *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii*, <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/> (dostęp: 4.12.2023).

14 Zob. ogólne komentarze Komitetu ONZ Praw Ekonomicznych, Socjalnych i Kulturalnych z: 12 maja 1999 r. (nr 12), pkt 4 oraz z 20 stycznia 2003 r. (nr 15), pkt 1.

ślić jako standardowy: jest to normalna świadomość, którą posiada przeciętny zdrowy człowiek. Drugi to zespół zamknięcia, w którym pacjent zachowuje pełną świadomość siebie i otoczenia, ale z uwagi porażenie wszystkich kończyn nie może się poruszać, a jedynym środkiem komunikacji jest poruszanie gałkami ocznymi i powiekami. Z pomocą odpowiedniej technologii – obecnie dostępnej powszechnie i w dość przystępnych cenach¹⁵ – możliwe jest werbalne wyrażanie myśli przez takiego pacjenta z pomocą programów komputerowych wykorzystujących zapis badania EEG lub rejestrujących ruch gałek ocznych i powiek oraz przypisujących im określone znaczenia. Trzeci to stan

ponieważ stan wegetatywny nie jest przez medycynę uznawany *per se* za śmierć człowieka, natomiast śmierć mózgową – owszem (o czym mowa poniżej).

3.3. Śmierć mózgową

Jak wspomniano powyżej, naturalna śmierć nie jest ograniczeniem prawa człowieka do życia. Czym jest jednak śmierć? W historii prawa medycznego definicja śmierci była kilkakrotnie zmieniana, w zależności od rozwoju nauk medycznych, a nawet obecnie kryteria jej stwierdzenia nie są jednolite¹⁷. Śmierć człowieka przez długi czas wiązano z nieodwracalnym ustaniem krążenia i oddechu (klasyczne kryterium krążeniowo-



Żadne z istniejących kryteriów śmierci nie daje matematycznej, stuprocentowej pewności, że dana osoba jest już rzeczywiście martwa.

minimalnej świadomości, polegający na tym, że pacjent może w niewielkim stopniu sygnalizować swoje emocje (np. płakać, uśmiechać się), a niekiedy nawet wchodzić w niewerbalne interakcje z otoczeniem (np. wykonując ograniczone ruchy głową czy dłońmi). Wreszcie pojawia się stan wegetatywny, w którym pacjent najprawdopodobniej nie posiada żadnej świadomości, bo nie otwiera oczu nawet pod wpływem bardzo silnych bodźców, ani nie daje żadnych oznak psychologicznego kontaktu z otoczeniem. Granica między stanem wegetatywnym a stanem minimalnej świadomości jest jednak płynna, margines błędu diagnostycznego w tej materii szacuje się na aż 37–43%¹⁶. Stan wegetatywny może, ale nie musi występować ze śmiercią mózgu. To rozróżnienie ma fundamentalne znaczenie,

-oddechowe)¹⁸, w latach 60. XX w., z uwagi na rozwój technologii medycznej umożliwiającej przywrócenie krążenia i oddechu, za taki moment uznano nieodwracalne wygaśnięcie funkcji mózgowych (kryterium śmierci mózgowej)¹⁹, w latach 80. XX w. doprecyzowano, że dla stwierdzenia śmierci wystarczy ustanie

15 Przykładowo Tobi Eye Tracker 4C kosztuje około 150 dolarów.

16 Zob.: A. Bender, R.J. Jox, E. Grill, A. Straube, D. Lulé, *Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State. A systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures*, „Deutsches Ärzteblatt International” 2015, nr 14, s. 235–242; P. Nowacki, *Zespół zamknięcia (locked-in syndrome)*, „Polski Przegląd Neurologiczny” 2013, nr 1, s. 24–26.

17 Zob. L. Bosek, *Koniec życia*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 1. *Institucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 573–599.

18 Zob. M. Sośniak, *Śmierć (problematyka lekarsko-prawna)*, „Państwo i Prawo” 1970, nr 3–4, s. 507; T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 20.

19 Przyczyniła się do tego słynna deklaracja z Sydney, czyli komunikat Światowego Stowarzyszenia Lekarzy z 1968 r. na temat śmierci. Deklarację omawiają T. Marcinkowski, *Z zagadnień tanatologii w aspekcie sądowno-lekarskim*, „Nowe Prawo” 1970, nr 7–8, s. 1139 oraz W. Kania, *Kryterium śmierci mózgowej w perspektywie historycznej*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2007, t. 40, nr 2, s. 353. Podobne ustalenia miał komitet wydziału medycyny Uniwersytetu Harvarda – *Report of the Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*,

pracy pnia mózgu (kryterium śmierci pnia mózgu)²⁰. W XXI w. pojawiły się poglądy, że śmierć mózgu jest koniecznym, ale niewystarczającym warunkiem do stwierdzenia śmierci człowieka, który powinien zostać uznany za zmarłego dopiero po pełnej utracie integralności organizmu („unowocześnie” kryterium krążeniowe)²¹. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że żadne z istniejących kryteriów śmierci nie daje matematycznej, 100-procentowej pewności, że dana osoba jest już rzeczywiście martwa. Zawsze więc istnieje jakieś ryzyko, iż osoba żywa zostanie mylnie uznana za zmarłą²². W prawie polskim przyjęte są – alternatywne wobec siebie – kryterium śmierci mózgowej lub kryterium krążeniowe, których szczegółowe definicje określa obwieszczenie Ministra Zdrowia publikowane w „Monitorze Polskim”²³.

4. Sprawa Vincenta Lamberta

Vincent Lambert urodził się 20 września 1976 r. w Châteauroux we Francji. W 2008 r. uległ wypadkowi motocyklowemu, na skutek którego trafił do szpitala w Reims w stanie całkowitego paraliżu, przy zachowaniu minimalnej świadomości. Pacjent miał zachowany rytm okołodobowy, samodzielnie oddychał, odczuwał ból, w ograniczonym stopniu okazywał emocje (np. płakał w chwilach smutku), od czasu do czasu wyjeżdżał z krewnymi na wakacje, opuszczając szpital na wózek inwalidzki. W 2013 r. zaczęła się sześćioletnia batalia sądowa między krewnymi pacjenta o to, czy zachować go przy życiu, czy pozwo-

lić mu umrzeć. Najpierw lekarz prowadzący wszczął tzw. procedurę kolektywną umożliwiającą przerwanie terapii pacjenta, nawet jeśli spowoduje to jego śmierć (art. L. 1110-5, art. L. 1111-4 i art. R. 4127-37 KZP²⁴). Artykuł L. 1110-5 KZP upoważnia lekarza prowadzącego do przerwania terapii, jeżeli podejmowane działanie medyczne jest nieracjonalnie uporczywe (fr. *obstination déraisonnable*²⁵), to znaczy daremne (fr. *inutile*), nieproporcjonalne (fr. *disproportionné*), ograniczające się do sztucznego podtrzymywania życia (fr. *n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie*). Artykuł L. 1111-4 KZP wskazuje, że lekarz może podjąć taką decyzję na życzenie pacjenta, a jeśli nie jest on zdolny do wyrażenia swej woli, po konsultacji z tzw. osobą zaufania wskazaną wcześniej przez pacjenta, członkami rodziny lub inną osobą bliską pacjentowi. Artykuł R. 4127-37 KZP wymaga, aby lekarz prowadzący zasięgnął opinii drugiego, niezależnego od niego służbowo lekarza, a w razie potrzeby, także trzeciego lekarza. Po konsultacji z żoną Vincenta Lamberta lekarz prowadzący na podstawie art. L. 1110-5 KZP uznał terapię mężczyzny za nieracjonalnie uporczywą i w konsekwencji zdecydował o przerwaniu jego odżywiania i zredukowaniu nawadniania²⁶.

Dnia 9 maja 2013 r. Rodzice Lamberta skierowali do sądu administracyjnego w Châlons-en-Champagne tzw. pilny wniosek o ochronę podstawowej wolności (fr. *référé liberté*), domagając się nakazania szpitalowi przywrócenia karmienia, pełnego nawadniania i zapewnienia wszelkiej innej niezbędnej opieki. Dnia 11 maja 2013 r. sąd uwzględnił wniosek, wskazując, że pominięcie rodziców w procesie decydowania o przerwaniu terapii ich syna stanowiło rażąco bezprawne pogwałcenie podstawowej wolności w postaci prawa do życia. Z uwagi na brak wytycznych pacjenta w tym zakresie, jak również brak tzw. osoby zaufania upoważnionej do wypowiedzania się w jego imieniu, ewentualne

„Journal of the American Medical Associations” 1968, nr 6, s. 337–340.

20 Zob. E. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003, s. 87–88; T. Biesaga, *Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci?*, w: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Kraków 2017, s. 94.

21 D.A. Shewmon, *Chronic „brain death”. Meta-analysis and conceptual consequences*, „Neurology” 1998, nr 6, s. 1538 i n.; J.L. Bernat, *The definition and criterion of death*, w: *Ethical and Legal Issues in Neurology. Handbook of Clinical Neurology*, t. 118, red. J.L. Bernat, R. Beresford, Amsterdam 2013, s. 426.

22 L. Bosek, *Koniec życia...*, s. 596–597.

23 Art. 43a ustawy z 5 grudnia 1996 r. – o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2023 r., poz. 1516 ze zm.).

24 Kodeks zdrowia publicznego, fr. *Code de la santé publique*, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/ (dostęp: 30.11.2023).

25 W dosłownym tłumaczeniu „nieracjonalna uporczywość”, określenie to jednak w języku polskim brzmi niezręcznie.

26 Omówienie stanu faktycznego i orzeczeń do 2014 r. wyłącznie na podstawie uzasadnienia omówionego powyżej wyř. ETPC w sprawie *Lambert p. Francji*.

decyzje w tym zakresie powinny być podejmowane z udziałem najbliższych członków rodziny, w tym rodziców. W następstwie orzeczenia lekarz prowadzący zwołał konsylium z udziałem sześciu innych lekarzy, z których pięciu opowiedziało się za przerwaniem terapii. Następnie zwołał zebranie z udziałem członków rodziny, na którym za śmiercią Vincenta Lamberta opowiedziała się jego żona oraz sześcioro siostr i braci męczyzny, przeciw byli rodzice oraz pozostała dwójka rodzeństwa. Na spotkaniu żona i jeden z braci twierdzili, że Vincent Lambert – będący z zawodu pielęgniarzem – miał z nimi rozmawiać na temat opieki nad pacjentami w stanie wegetatywnym lub w stanie minimalnej świadomości, wyrażając przy okazji zdanie, że gdyby jemu przytrafiło się coś podobnego, to nie chciałby być podtrzymywany przy życiu. 11 stycznia 2014 r. lekarz prowadzący ponownie zdecydował o wstrzymaniu karmienia i nawadniania Lamberta, wskazując, że o ile on potrafi to ocenić – „pacjent nie chce żyć”. W odpowiedzi rodzice ponownie złożyli pilny wniosek o ochronę, który sąd administracyjny – w składzie dziewięciu sędziów – uwzględnił 15 stycznia 2014 r., wskazując, że znów doszło do naruszenia podstawowej wolności w postaci prawa do życia. Sąd stwierdził, że nawet jeśli rzeczywiście Lambert wyraził dawniej wolę niepozostawiania przy życiu w stanie daleko idącej zależności od innych, to należy wziąć pod uwagę, iż wyraził taki pogląd w stanie pełnego zdrowia, gdy nie musiał się liczyć z bezpośrednimi konsekwencjami takiej decyzji (tj. z rychłą śmiercią). Sąd uznał, że ocena lekarza prowadzącego w tym zakresie była błędna. Zdaniem sądu tak długo, jak terapia nie powoduje u pacjenta stresu ani cierpienia, nie może zostać uznana za daremnią lub nieproporcjonalną. Na skutek skargi żony i bratanka Lamberta 24 czerwca 2014 Rada Stanu uchyliła wyrok sądu administracyjnego i oddaliła wniosek rodziców o ochronę podstawowej wolności. W uzasadnieniu orzeczenia Rada podkreśliła, że sam fakt pozostawiania w nieodwracalnym stanie nieświadomości ani niezdolność do samodzielnego funkcjonowania, nie powoduje tego, że dalsza terapia jest nieracjonalnie uporczywa. W razie niezdolności pacjenta do zakomunikowania swojej woli decyzja należy do lekarza prowadzącego, który powinien uwzględnić szereg czynników medycznych, takich jak długość i skuteczność terapii, a także nie-

medycznych, jak życzenia pacjenta wyrażone w czasie, gdy był do tego zdolny. Rada podkreśliła, że w sytuacji, gdy brak jest takich życzeń, nie wolno domniemywać, że pacjent nie chciałby być podtrzymywany przy życiu. W przypadku Vincenta Lamberta Rada uznała za wiarygodne twierdzenia żony o jego życzeniu w tym zakresie, potwierdzone przez brata i niezaprzeczone wprost przez rodziców. Powołując się na raport biegłych lekarzy ustanowionych w tym postępowaniu, wskazała, że mózg pacjenta uległ degeneracji, przez co znajdował się on już w stanie wegetatywnym. W takiej sytuacji kontynuację żywienia i nawadniania należało w ocenie Rady Stanu uznać za nieracjonalnie uporczywą terapię.

Dnia 23 lipca 2014 r. rodzice i dwoje rodzeństwa Vincenta Lamberta złożyli skargę do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, wskazując, że przerwanie jego żywienia i nawadniania będzie stanowiło naruszenie art. 2 (prawo do życia), art. 3 (zakaz tortur) i art. 8 (prawo do poszanowania integralności fizycznej) EKPC. W wyroku z 5 czerwca 2015 r. Wielka Izba ETPC – większością 12 do 5 głosów – odrzuciła skargę w zakresie, w jakim wniosli ją w imieniu Vincenta Lamberta, jako niedopuszczalną *ratione personae*, a oddaliła ją w zakresie naruszenia art. 2 EKPC, w zakresie, w jakim został wniesiony przez skarżących we własnym imieniu²⁷. Uzasadniając odrzucenie skargi w części, Trybunał przypomniał, że warunkiem dopuszczalności złożenia skargi w imieniu bezpośredniej ofiary jest spełnienie dwóch przesłanek: ryzyko pozbawienia ofiary efektywnej ochrony jej praw oraz brak konfliktu interesów między ofiarą, a osobami składającymi skargę w jej imieniu. W ocenie ETPC pierwsza przesłanka nie została spełniona, bowiem rodzice mogli wnieść skargę na naruszenie art. 2 EKPC we własnym imieniu. Z kolei druga przesłanka nie została spełniona, bo decyzja lekarza o wstrzymaniu karmienia bazowała na „pewności”, że Vincent Lambert nie życzył sobie podtrzymywania przy życiu, więc w takiej sytuacji nie ma wspólnoty interesów między nim a jego rodzicami²⁸. Rozważając już merytorycznie zarzut naruszenia art. 2 EKPC, Trybunał wskazał na

27 Wyrok ETPC z 5 czerwca 2015 r., *Lambert p. Francji*, HUDOC.

28 § 102–104.

trzy czynniki mające decydujące znaczenie dla oceny, czy państwo wywiązało się z pozytywnych obowiązków w zakresie ochrony życia pacjenta: 1) istnienie prawnej regulacji i praktyki zgodnej z wymagania art. 2 EKPC; 2) wzięcie pod uwagę opinii zainteresowanego, jego krewnych, personelu medycznego; 3) możliwość wystąpienia do sądu w razie wątpliwości co do kwestii, jaka decyzja leży w interesie pacjenta²⁹. Następnie Trybunał porównał problematykę przerwania terapii pacjenta do problematyki ochrony życia nienarodzonych dzieci, wskazując, że w obu kwestiach – z uwagi na brak naukowego, etycznego i prawnego konsensusu w tej materii – państwowi powinien zostać pozostawiony margines swobody, zarówno w zakresie dopuszczenia lub zakazania przerywania sztucznego podtrzymywania życia, jak i w zakresie wyważenia między prawem pacjenta do życia oraz jego prawem do osobistej autonomii³⁰. Trybunał uznał, że granice marginesu swobody w tej sprawie nie zostały przekroczone – w jego ocenie regulacje prawa krajowego w rozumieniu przyjętym przez Radę Stanu były klarowne i gwarantowały wyważenie pomiędzy prawem pacjenta do życia i prawem do autonomii, a proces decyzyjny został przeprowadzony z nadzwyczajną skrupulatnością, wykraczającą ponad minimalne wymagania prawa³¹.

Mimo wyroku ETPC spór rodziny o życie Lamberta pozostawał daleki od rozstrzygnięcia. W latach 2016–2019 toczyły się kolejne procesy sądowe, które zakończyły się podtrzymaniem decyzji o przerwaniu terapii mężczyzny. Rodzice złożyli wówczas skargę do Komitetu Praw Osób Niepełnosprawnych ONZ na naruszenie, który w ramach środków tymczasowych zalecił rządowi wstrzymanie decyzji do czasu wydania rozstrzygnięcia³². Sąd Apelacyjny w Paryżu, mimo ambiwalentnej podstawy prawnej zarządzenia Komitetu³³, uznał je za bezwzględnie wiążące i naka-

zał rządowi jego wykonanie³⁴. Na skutek odwołania rządu Sąd Kasacyjny uchylił orzeczenie Sądu Apelacyjnego, stwierdzając, że nie miał on jurysdykcji do nakazania rządowi podporządkowania się zarządzeniu Komitetu³⁵. 2 lipca 2019 r. lekarz prowadzący przerwał karmienie Vincenta Lamberta, który dziewięć dni później umarł z głodu.

Komentarz

W pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę, że według oficjalnego stanowiska rządu w omawianej sprawie prawo francuskie nie dopuszcza eutanazji, a jedynie zezwala na przerwanie uporczywej terapii. Przyjęta dystynkcja – jak wyjaśniłem powyżej – ma znaczenie nie tylko dla kwalifikacji prawnej, ale również dla oceny moralnej, bo etyczna dopuszczalność przerwania terapii uporczywej jest generalnie powszechnie uznawana, natomiast eutanazja budzi kontrowersje. To rozróżnienie ma jednak w tym przypadku charakter pozorny, ponieważ przepisy prawa francuskiego nie definiują, na czym polega „nieracjonalnie uporczywa” terapia, co przerzuca ciężar ustalenia tej kwestii na lekarzy i sądy. W sprawie Vincenta Lamberta jego lekarz prowadzący, francuska Rada Stanu oraz sam Europejski Trybunał Praw Człowieka przyjęli szerokie rozumienie uporczywej terapii, zaliczając do niej również czynności pielęgnacyjne w postaci podawania pokarmu i płynów. Przy tak szerokiej wykładni granica między przerwaniem „terapii nieracjonalnie uporczywej” a bierną eutanazją rozmywa się.

We wcześniejszym orzecznictwie Trybunał uznał, że kwestia uregulowania początku prawnej ochrony życia ludzkiego mieści się w marginesie swobody państw

dla uniknięcia nieodwracalnej szkody dla ofiary”. Trudno powiedzieć, czy „prośbę” można uznać za środek wiążący, choć przykład orzeczeń Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości i ETPC pokazuje, że kompetencje organów międzynarodowych do zarządzania podejmowania środków tymczasowych interpretuje się szeroko, a więc jako zawierające uprawnienie do wydawania państwom nakazów i zakazów koniecznych zabezpieczenia toku postępowania.

34 Orzeczenie z 20 maja 2019 r.

35 Orzeczenie Sądu Kasacyjnego z 28 czerwca 2019 r., nr 19–17.330.

29 § 143.

30 § 144–148.

31 Zob. zwłaszcza § 166 i 181.

32 Zarządzenie z 3 maja 2019 r., niepubl.

33 Art. 4 (1) protokołu fakultatywnego do Konwencji o ochronie praw osób niepełnosprawnych upoważnia Komitet do wystąpienia do państwa-strony z „prośbą” (ang. *request*) o podjęcie „takich środków tymczasowych, jakie są konieczne

członkowskich³⁶. Państwo więc może, ale nie musi chronić życie człowieka w prenatalnej fazie rozwoju (zarodka, płodu). W sprawie Lambert Trybunał zrobił kolejny krok, uznając, że także kwestia uregulowania końca prawnej ochrony życia ludzkiego jest pozostawiona uznaniu państw członkowskich, przynajmniej jeśli chodzi o pacjentów, których życie wymaga jakiejś

podłączenie do respiratora czy stosowanie środków farmakologicznych nieprzyczyniających się do poprawy zdrowia pacjenta, ale również czynności pielęgnacyjne takie jak karmienie i podawanie płynów. Taka wykładnia klóci się nie tylko z tekstem przepisu, ale również z jego celem – Trybunał, który tak często i tak chętnie odwołuje się do efektywnościowej wykładni przepi-



Przepisy prawa francuskiego nie definiują, na czym polega „nieracjonalnie uporczywa” terapia, co przerzuca ciężar ustalenia tej kwestii na lekarzy i sądy.

formy sztucznego podtrzymywania. W istocie ETPC zezwolił na modyfikowanie zakresu podmiotowego prawa do życia w drodze ustawy. Skoro bowiem akt prawa krajowego może upoważnić lekarza do zaprzestania leczenia lub karmienia pacjenta, którego życie wymaga sztucznego podtrzymywania, nawet bez jego zgody, to znaczy, że taki pacjent przestaje być samodzielnym podmiotem prawa do życia. Pozostawienie swobodnemu uznaniu państw tak fundamentalnej kwestii musi budzić niepokój. Artykuł 2 EKPC gwarantuje prawo do życia „każdemu człowiekowi”, nie różnicując jego ochrony w zależności od stanu świadomości, w jakim się znajduje. Jak już wspomniano, przepis nie zawiera klauzuli limitacyjnej, pozwalającej na różnicowanie ochrony życia z zastosowaniem zasady proporcjonalności, a zamiast tego zawiera zamknięty katalog trzech przypadków, kiedy pozbawienie życia na skutek działania państwa jest dopuszczalne. Wyrok ETPC w sprawie Lambert tworzy zaś w istocie nowy, nieprzewidywany w art. 2 ust. 2 EKPC, przypadek, gdy pozbawienie życia człowieka jest dopuszczalne. Z tego punktu widzenia warunkiem dopuszczalności pozbawienia życia jest konieczność jego „sztucznego podtrzymywania”, które ETPC rozumie szeroko, nie tylko jako

sów EKPC, wskazując na konieczność ich możliwie jak najszerszego rozumienia³⁷, w sprawie dotyczącej najważniejszego ze wszystkich praw człowieka stosuje wykładnię zawężającą, uznając *de facto*, że prawo do życia – wbrew literze art. 2 EKPC – nie przysługuje „każdemu” człowiekowi, a jedynie takiemu, którego życie nie wymaga „sztucznego podtrzymywania”.

Zastrzeżenia budzi również odrzucenie skargi w zakresie zarzutów wniesionych w imieniu Vincenta

37 Co najlepiej widać na przykładzie orzecznictwa dotyczącego art. 8 EKPC, z którego Trybunał wyprowadził m.in. prawo do zmiany nazwiska (wyrok ETPC z 22 lutego 1994 r., *Burgartz p. Szwajcarii*), prawo do poznania własnych korzeni biologicznych (wyrok Wielkiej Izby ETPC z 13 lutego 2006 r., *Odièvre p. Francji*), proceduralne prawo do aborcji (wyrok ETPC z 20 marca 2007 r., *Tysiąc p. Polsce*), prawo do formalizacji stabilnego związku jedнопłciowego (wyrok ETPC z 21 lipca 2015 r., *Oliari i inni p. Włochom*), prawo do seksu w czasie pobytu w więzieniu (wyrok ETPC z 23 czerwca 2015 r., *Costel Gaciu p. Rumunii*), prawo do uznania w kraju pochodzenia skutków prawnych umowy o macierzyństwo zastępcze zawartej za granicą (wyrok ETPC z 26 stycznia 2014 r., *Menesson p. Francji*), prawo osoby z zaburzoną tożsamością płciową do zmiany płci metrykalnej w dokumentach osobistych i rejestrach stanu cywilnego (wyrok ETPC z 11 lipca 2002 r., *Christine Goodwin p. Zjednoczonemu Królestwu*).

36 Wyroki ETPC z: 8 lipca 2004 r., *Vo p. Francji*, § 82; 16 grudnia 2010 r., *A., B. i C. p. Irlandii*, § 241–242, HUDOC.

Lamberta z powodu jej niedopuszczalności *ratione personae*. Takie stanowisko klóci się z dotychczasową niezwykle liberalną wykładnią pojęcia ofiary naruszeń praw konwencyjnych, dopuszczając wniesienie skargi w zastępstwie osoby zmarłej (mimo wygaśnięcia zdolności procesowej) i to nie tylko przez jej krewnych czy spadkobierców, ale również przez organizację pozarządową³⁸. Niezrozumiałe jest uzasadnienie, że rodzice mogli wnieść skargę we własnym imieniu, bo istota sprawy polegała na ochronie praw konwencyjnych Vincenta Lamberta, a nie jego rodziców. Nie przekонуje też tłumaczenie dotyczące konfliktów interesów między Lambertem a jego rodzicami, bo wywodzi się ono z fałszywego założenia, jakoby jego wola odejścia była „pewna” (do czego jeszcze wrócę poniżej). Poza

*in dubio pro vitae humana*³⁹. W sprawie Lamberta niemal wszystkie sądy – z wyjątkiem Sądu Apelacyjnego w Paryżu oraz sądu administracyjnego w Châlons-en-Champagne – rozstrzygnęły wątpliwości na niekorzyść ochrony jego życia. A tych wątpliwości było wiele. Po pierwsze, nie było pewne, czy prowadzona terapia Vincenta Lamberta rzeczywiście nie dawała żadnych szans poprawy jego stanu – nawet sami lekarze nie byli w tej kwestii zgodni, o czym świadczy wynik głosowania konsylium lekarskiego, na którym pięciu opowiedziało się za przerwaniem jego terapii, ale jeden lekarz wyraził sprzeciw. Po drugie, nie było pewne, ile ze świadomości zachował Vincent Lambert – najpierw lekarze stwierdzili u niego stan minimalnej świadomości, a następnie stan wegetatywny, nawet jednak w tym



Wyrok ETPC w sprawie Lambert tworzy w istocie nowy, nieprzewidziany w art. 2 ust. 2 Konwencji, przypadek, gdy pozbawienie życia człowieka jest dopuszczalne.

tym nawet jeśli ów konflikt interesów istniał, to raczej między prawem Lamberta do autonomii, a prawem jego rodziców do utrzymywania z nim więzi rodzinnej (czyli w zakresie zarzutu naruszenia art. 8 EKPC). W tym wypadku odrzucenie skargi można byłoby jeszcze zrozumieć. Ale na czym miałby polegać konflikt interesów pomiędzy Lambertem a jego rodzicami w zakresie naruszenia art. 2 EKPC, skoro przepis ten nakłada na państwa pozytywny obowiązek ochrony każdego życia ludzkiego, niezależny od woli jednostek, a sam Trybunał w omawianym wyroku potwierdził stanowisko z wyroku w sprawie *Pretty*, że prawo do życia nie zawiera aspektu negatywnego tzn. nie wynika z niego prawo do śmierci?

Jedną z najbardziej podstawowych dyrektyw interpretacyjnych związanych z prawem do życia jest zasada

ostatnim przypadku nie stwierdzili u niego śmierci mózgowej, uchodzącej wszak w obecnym stanie wiedzy medycznej za ostateczne kryterium decydujące o tym, czy pacjent może być nadal uważany za człowieka. Po trzecie, nie było pewne, czy sam Vincent Lambert chciał nadal żyć. Podstawy stwierdzenia przez Radę Stanu i przez sam ETPC braku woli życia po stronie Vincenta Lamberta były nadzwyczaj wątpliwe: zeznania jego małżonki i brata dotyczące dwóch rozmów, które miały miejsce grubo ponad pięć lat wcześniej. Ocena wiarygodności tych zeznań jest trudna, bo ETPC ich nie przytoczył, lecz ograniczył się do jednozdaniowej wzmianki z uzasadnienia orzeczenia Rady Stanu, stwierdzającej, że Vincent Lambert miał powiedzieć, że nie chciałby być „sztucznie podtrzymywany przy

38 Wyrok Wielkiej Izby ETPC z 17 lipca 2014 r., *Centre for Legal Resources on behalf of Valentin Câmpeanu p. Rumunii*.

39 Zob. pkt 9.2.4 rekomendacji nr 1418 (1999) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 25 czerwca 1999 r. o ochronie praw i wolności osób śmiertelnie chorych i umierających.

życiu”, gdyby miał znaleźć się w „stanie wysokiej zależności”. Nawet zakładając, że Vincent Lambert rzeczywiście w rozmowie z żoną i bratem wyraził taką wolę, to skąd pewność, że nie zmienił zdania po upływie lat? Jeśli jego przekonania w tej kwestii były tak stanowcze, to dlaczego nie wyznaczył – zgodnie ze znaną mu jako pielęgniarzowi procedurą – osoby

Lambert chciał żyć dalej, którym nie zaprzeczył rząd francuski, a mimo to zostały pominięte przez Trybunał – pięciu sędziów ETPC w zdaniu odrębnym przytoczyła fragment skargi, w której zwrócono uwagę, że pacjenci w stanie ograniczonej świadomości, którzy stracili wolę życia, po wstrzymaniu karmienia umierają w ciągu 10 dni. Tymczasem Vincent Lambert bez



Podstawy stwierdzenia przez Radę Stanu i przez sam ETPC braku woli życia po stronie Vincenta Lamberta były nadzwyczaj wątpliwe.

zauwania ani nie sporządził deklaracji z życzeniami na wypadek takiej sytuacji? Vincent Lambert nie byłby pierwszym pacjentem, który, znalazłszy się w stanie wysokiej zależności, zmieniłby zdanie w kwestii swojej śmierci. W 1985 r. Amerykanin Larry McAfee, również ofiara wypadku motocyklowego, znalazł się w stanie całkowitego paraliżu, jeszcze bardziej uciążliwego od przypadku Lamberta, bo wymagającego – w przeciwieństwie do Lamberta – stałego podłączenia do respiratora. Po 4 latach stracił wolę życia i wystąpił do sądu o zgodę na odłączenie go od respiratora, którą otrzymał. Ku zaskoczeniu opinii publicznej, McAfee jednak zmienił zdanie i zdecydował, że nie skorzysta z tej możliwości⁴⁰. Żył dalej jeszcze przez 6 lat i zmarł śmiercią naturalną. W tym kontekście nie było pewności, że Vincent Lambert również nie zmienił zdania. Mimo to Rada Stanu przyjęła domniemanie, że Lambert nie chciał żyć, zaprzeczając tym samym własnej zasadzie interpretacyjnej, sformułowanej w tym samym orzeczeniu, a zakazującej domniemywania woli pacjenta co do zakończenia jego życia. Co więcej, istniały okoliczności świadczące o tym, że Vincent

jedzenia przeżył 31 dni (w okresie między 10 kwietnia 2013 r. a 11 maja 2013 r.). Jak słusznie wskazała ta część sędziów, „w sprawach tak wielkiej wagi żadna okoliczność, która nie była absolutnie pewna, nie powinna być zostać uznana za wystarczającą. Interpretowanie *ex post facto*, co ludzie mogli lub nie mogli powiedzieć lata wcześniej (w czasie, gdy znajdowali się w doskonałym stanie zdrowotnym) w luźnych rozmowach naraża system na poważne nadużycia”⁴¹.

Kolejną kwestią, której Trybunał nie poświęcił dostatecznej uwagi, jest procedura kolektywna przerwania terapii pacjenta przewidziana w art. L. 1110-5, art. L. 1111-4 i art. R. 4127-37 KZP. Określone w art. L. 1110-5 KZP przesłanki dopuszczalności przerwania terapii mają charakter wybitnie nieostrej: „nieracjonalna uporczywość”, „daremność”, „nieproporcjonalność”, „ograniczające się do sztucznego podtrzymywania życia”. Jeżeli pacjent jest nieprzytomny lub z innych powodów niezdolny do podejmowania decyzji, o przerwaniu jego terapii decyduje samodzielnie lekarz prowadzący. Choć ma on obowiązek wysłuchania stanowiska członków rodziny oraz opinii drugiego lekarza, to nie jest nimi formalnie związany. Lekarz nie jest też związany życzeniami pacjenta wyrażonymi przez niego przed utratą zdolności podejmowania decyzji, ani życzeniami okazywanymi w sposób

40 Orzeczenie Sądu Najwyższego stanu Georgia z 21 listopada 1989 r., *State p. McAfee*. Co ciekawe, katolicki arcybiskup Atlanty, w przedłożonej opinii przyjacielu sądu, wyraził poparcie dla prośby L. McAfee’ego, wskazując, że sztuczne podtrzymywanie oddychania w jego stanie, niedającym szans na poprawę, stanowi terapię uporczywą.

41 § 5 zdania odrębnego sędziów K. Hajiyeva, J. Šikuty, N. Tsotsori, V.A. De Gaetano i V. Gričco.

niewerbalny, choć – zgodnie z wykładnią przyjętą w orzeczeniu Rady Stanu – powinien „przywiązywać szczególną wagę do jakichkolwiek życzeń, jakie pacjent mógł wyrazić wcześniej, niezależnie od ich formy i wydźwięku”. Nawet gdyby więc Lambert przed swoim wypadkiem, a potem cała rodzina jednomyślnie opowiedzieli się za utrzymaniem go przy życiu, lekarz prowadzący nadal mógłby zdecydować o przerwaniu jego karmienia. Jak trafnie zwróciło uwagę pięciu sędziów ETPC w zdaniu odrębnym: „jego życzenia i stanowisko lub życzenia rodziny jedynie dopełniają analizę tego, co lekarz prowadzący postrzega jako medyczną rzeczywistość. Innymi słowy, życzenia

ze swoim aktualnym stanem może, na podstawie szeregu dyskusyjnych domniemań, zostać pozbawiony dwóch niezbędnych do przeżycia świadczeń, jedzenia i wody, a Konwencja jest bezsilna wobec tego faktu”⁴³.

5. Sprawa Charliego Garda

Charlie Gard urodził się 4 lipca 2016 r. Początkowo chłopiec rozwijał się normalnie, ale już 11 października 2016 r. rodzice zmuszeni byli zabrać go do Great Ormond Street Hospital w Londynie (GOSH). U pacjenta zdiagnozowano tzw. zespół MDDS, genetyczną chorobę mitochondrialną, powodującą stopniowe załamywanie się układu nerwowego i mięs-



Sprawa Vincenta Lamberta stanowi przypadek eutanazji, choć pod inną nazwą.

pacjenta w takiej sytuacji nie mają w żadnym razie definitywnego znaczenia dla ostatecznej decyzji”⁴². Takie rozwiązanie nie tylko kłóci się z prawem pacjenta do życia, ale również z tak akcentowanym przez Trybunał prawem do autonomii, czyli prawem do podejmowania decyzji medycznych we własnej sprawie.

W tym kontekście w pełni podzielam opinię mniejszości, że sprawa Vincenta Lamberta „stanowi przypadek eutanazji, choć pod inną nazwą”. Jak słusznie stwierdzono w zdaniu odrębnym do wyroku: „Karmienie osoby, nawet metodą jelitową, jest zwykłą czynnością pielęgnacyjną, a wstrzymanie karmienia i pojenia nieuchronnie powoduje śmierć (która bez tego by nie nastąpiła w dającej się przewidzieć przyszłości). Sprawca może nie pragnąć śmierci danej osoby, ale jeśli chce popełnić czyn lub dąży do zaniechania, które wedle jego wiedzy według wszelkie prawdopodobieństwa skończy się śmiercią tej osoby, to w istocie dąży on do jej zabicia. Bądź co bądź, na tym polega właśnie cała koncepcja pośredniej intencji jako jednego z aspektów *dolus* w prawie karnym”. W świetle wyroku Trybunału „niepełnosprawny człowiek niezdolny do komunikowania swoich życzeń w związku

niowego. Według ówczesnej wiedzy medycznej nie istniała sprawdzona terapia leczenia tej choroby. Trwały jednak badania, o których dowiedzieli się rodzice, zwracając się o poradę do amerykańskiego neurologa, profesora Michio Hirano, który pracował nad tzw. terapią nukleozydową. Problem polegał na tym, że wspomniana terapia powstała z myślą o pacjentach z lżejszą postacią zespołu MDDS, związaną z mutacją genu TK2. Tymczasem zespół MDDS, na który cierpiał Charlie Gard, miał cięższą postać i związany był z mutacją genu RRM2B. Profesor Hirano w rozmowie z rodzicami zaznaczył jednak, że istnieje „teoretyczna możliwość” pozytywnego efektu terapii w leczeniu Charliego, zastrzegając jednak, że musiałby zapoznać się z wynikami rezonansu magnetycznego (MRI), który mógłby potwierdzić, że nie doszło do uszkodzenia mózgu chłopca. Badanie potwierdziło brak strukturalnych uszkodzeń mózgu”⁴⁴.

43 § 1 oraz §§ 9–10 zdania odrębnego.

44 Stan faktyczny ustalono na podstawie informacji podanych w uzasadnieniach orzeczeń sądów brytyjskich w sprawie, a – uzupełniająco – również na podstawie informacji medialnych. To ostatnie było konieczne, bowiem uzasadnienia orzeczeń sądów brytyjskich cechuje swobodny styl, brak

42 § 5 zdania odrębnego. Tamże.

Lekarze GOSH po konsultacji z profesorem Hirano zgodzili się przeprowadzić na miejscu terapię nukleozydową, ale, z uwagi na jej eksperymentalny charakter, musieli najpierw wystąpić o zgodę do komitetu etycznego. Posiedzenie komitetu było dwukrotnie przesuwane, a 13 stycznia 2017 r. lekarze zrezygnowali z zamiaru zastosowania terapii nukleozydowej, uznając ją za daremną z uwagi na nowy objaw: drgawki epileptyczne świadczące o tym, że już doszło do uszkodzenia mózgu. W takiej sytuacji rodzice wyrazili życzenie zabrania syna do szpitala w Nowym Jorku, gdzie profesor Hirano zgodził się przyjąć chłopca. Dnia 30 stycznia 2017 r. rodzice rozpoczęli zbiórkę na pokrycie kosztów podróży i leczenia w USA. Sprawa nabrała tym samym międzynarodowego rozgłosu, dzięki czemu udało się zebrać 1,5 miliona funtów od około 83 000 darczyńców.

Dnia 24 lutego 2017 r. lekarze GOSH zwrócili się do sądu o orzeczenie zgody na odłączenie chłopca od respiratora. W odrębnej procedurze rodzice zostali pozbawieni praw rodzicielskich, a Charliego reprezentował od tego momentu wyznaczony przez sąd opiekun. Dnia 11 kwietnia 2017 r. Wysoki Trybunał Anglii i Walii w składzie jednoosobowym wyraził zgodę, wskazując, że „jakość życia Charliego nie jest w chwili obecna warta podtrzymywania” (ang. *the quality of life that Charlie has at present is not worth sustaining*)⁴⁵. Powołując się na precedens z orzeczenia w innej sprawie z 15 marca 2006 r.⁴⁶, Wysoki Trybunał stwierdził, że życzenia rodziców w przedmiocie życia ich dziecka „jakkolwiek zrozumiałe w ludzkich kategoriach, są całkowicie irrelevantne w kontekście obiektywnego dobra dziecka”. Sąd Apelacyjny 23 maja 2017 r. utrzymał orzeczenie w mocy, dodając od siebie, że „w ostatecznym rozrachunku to sędzia jest tym, kto musi zdecydować o wyborze właściwej ścieżki postępowania dla dziecka”. Dnia 8 czerwca 2017 r. Sąd Najwyższy odmówił rodzicom wyrażenia zgody na złożenie ponownej apelacji z uwagi na brak „spornej kwestii prawnej o istotnym znaczeniu dla

społeczeństwa” (ang. *arguable point of law of general public importance*)⁴⁷. Dnia 27 czerwca 2017 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka w składzie siedmioosobowej Izby odrzucił skargę rodziców jako „oczywiście bezpodstawną” (ang. *manifestly ill-founded*). Podobnie jak w sprawie *Lambert* Trybunał uznał, że rodzice dziecka nie mogą go reprezentować w sprawie o naruszenie jego prawa do życia, nawet jeśli jest ono małoletnie. Mimo to ETPC nie odrzucił skargi z powodu niespełnienia przesłanki *ratione personae*, uznając że „nie widzi takiej potrzeby”⁴⁸. Odwołując się do głównych tez wyroku *Lambert*, Trybunał powtórzył, że w kwestii dopuszczenia bądź wykluczenia dopuszczalności wstrzymania sztucznego podtrzymywania życia pozostawia państwu margines swobody⁴⁹. Odnosząc się do zarzutu blokowania przez szpital możliwości poddania Charliego Gardę terapii nukleozydowej ETPC stwierdził, że „artykuł 2 Konwencji nie może być interpretowany jako wymagający dostępu do niezatwierdzonych produktów leczniczych dla śmiertelnie chorych pacjentów”⁵⁰. Odnosząc się do kwestii przerwania podtrzymywania życia bez zgody pacjenta Trybunał stwierdził, że wszystkie trzy czynniki sformułowane w wyroku *Lambert* dla oceny wywiązania się przez państwo z obowiązku ochrony życia pacjenta, zostały spełnione. Po pierwsze, w prawie brytyjskim istnieją regulacje w zakresie dostępu do terapii eksperymentalnych. Po drugie, w postępowaniu wysłuchano opinii lekarzy i rodziców, a także opiekuna Charliego Gardę, ustanowionego przez sąd do wypowiedzania się w jego imieniu. Po trzecie, decyzja o przerwaniu terapii Charliego Gardę została podjęta przez sąd⁵¹.

Na zaproszenie Wyższego Sądu profesor Hirano, lekarz, którego rodzice darzyli szczególnym zaufaniem, przyjechał do Wielkiej Brytanii, aby osobi-

podziału na część faktyczną i prawną oraz brak zwyczaju wyczerpującego opisywania dotychczasowego przebiegu sprawy.

45 [2017] EWHC 972 (Fam).

46 [2006] EWHC 507 (Fam).

47 Orzeczenie Sądu Najwyższego Zjednoczonego Królestwa z 8 czerwca 2017 r. zapadło w formie ustnej, bez sporządzenia oficjalnego uzasadnienia, na stronie internetowej dostępna jest jedynie pisemna transkrypcja: <https://www.supremecourt.uk/cases/docs/charlie-gard-190617.pdf> (dostęp: 1.03.2022).

48 Postanowienie ETPC z 27 czerwca 2017 r., *Gard i inni p. Zjednoczonemu Królestwu*, § 63–70, HUDOC.

49 § 84.

50 § 85–87.

51 § 89–97.

ście przeprowadzić badanie Charliego Garda w celu ustalenia, czy istnieje szansa na poprawę jego stanu zdrowia. Profesor Hirano stwierdził, że jest już za późno: w międzyczasie doszło bowiem do trwałego uszkodzenia mózgu, a szanse na jego regenerację były w tym momencie bliskie zeru. W tej sytuacji rodzice ustąpili, uznając, że jedyne, co pozostało chłopcu, to opieka paliatywna. 24 lipca 2017 r. Wysoki Trybunał potwierdził wcześniejsze orzeczenie o wyrażeniu

różnicowanie ochrony życia w zależności od jego „jakości” ocenianej według kryteriów ustalanych swobodnie przez władze krajowe (w ramach marginesu swobody orzekania), a w tym przypadku przez sądy, bo prawo brytyjskie tego precyzyjnie nie reguluje. Po drugie, Trybunał uchylił się od istoty problemu stwierdzając, że państwo nie ma obowiązku zapewniania obywatelom dostępu do terapii eksperymentalnych. Trybunał pominął przy tym całkowicie odrębną kwe-

Krytycznie należy ocenić różnicowanie ochrony życia w zależności od jego „jakości” ocenianej według kryteriów ustalanych swobodnie przez władze krajowe.

zgodny na odłączenie Charliego Garda od respiratora⁵². Chłopiec zmarł 28 lipca 2017 r., najprawdopodobniej na skutek niemożliwości oddychania⁵³. Choć rodzice ostatecznie doszli do porozumienia z lekarzami GOSH, to jednak publicznie wyrażali żal, że personel medyczny odwlekał terapię nukleozydową do momentu, aż było za późno na jej zastosowanie.

Komentarz

Sprawa Charliego Garda jest mniej jednoznaczna niż kasus Vincenta Lamberta: jego stan zdrowia był wyraźnie gorszy, wymagał podtrzymywania życia z pomocą respiratora, a jedyna nadzieja na poprawę leżała w eksperymentalnej terapii nukleozydowej, która dotychczas nie była testowana na ludziach. W tym kontekście istniały mocne podstawy do uznania terapii Charliego Garda za uporczywą w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Nie oznacza to jednak, że stanowisko sądów brytyjskich i samego ETPC w tej sprawie nie budzi żadnych zastrzeżeń. Po pierwsze, krytycznie należy ocenić

stąpię, jaką było pytanie, czy państwo – powołując się na swoje wyobrażenie o pożądanej „jakości” życia – może aktywnie blokować decyzję pacjenta lub jego przedstawicieli ustawowych o poddaniu się terapii eksperymentalnej, jak to było omawianej sprawie. Po trzecie, co najmniej dyskusyjna jest teza, że stanowisko rodziców w sprawach ich dziecka jest całkowicie irrelevantne, bo dobro dziecka jest ważniejsze. O ile można się zgodzić z taką tezą w przypadku, gdy wola rodziców narusza prawa dziecka, o tyle trudno ją zaakceptować, gdy ci rodzice występują w obronie najbardziej fundamentalnego prawa ich dziecka do życia. W tym kontekście niefortunne jest też stwierdzenie, że w ostatecznym rozrachunku o sprawach dziecka zawsze ma decydować sędzia. Nie widzę powodów, aby uznać, że sędziowska ocena dobra dziecka jest z automatu trafniejsza niż ocena jego własnych rodziców. Przewaga sędziego nad rodzicami polega na jego wiedzy prawniczej, a przy ocenie dobra dziecka ma ona ograniczone znaczenie zważywszy na to, że ani przepisy Konwencji ONZ z 1989 r. o prawach dziecka, z której pochodzi koncepcja dobra dziecka (ang. *best interest of a child*), ani brytyjskie prawo rodzinne nie określają żadnych szczegółowych zasad oceny, na czym to dobro polega w przypadku decydowania o przerwaniu terapii danego dziecka. Sędzia podejmuje decyzje w takich sprawach, kierując się raczej

52 [2017] EWHC 1909 (Fam).

53 Najprawdopodobniej, bo w praktyce brytyjskich szpitali, w przypadku pacjentów w stanie agonalnym, zdarza się, że odłącza się ich od respiratora oraz wstrzymuje karmienie i podawanie płynów.

osobistymi poglądami na temat pożądanego „jakości” życia, niż twardymi prawnymi kryteriami. Pod tym względem nie różni się od rodziców, którzy też kierują się w takiej sprawie swoimi poglądami – różnica polega na tym, że rodzice lepiej znają swoje dziecko, nie wspominając o tym, że mają przyrodzone prawo do sprawowania opieki nad nim. Po czwarte, postanowienie ETPC w sprawie Charliego Garda stanowi kolejny krok w kierunku zawężenia ochrony życia pacjenta wymagającego sztucznego podtrzymywania życia. O ile bowiem decyzja o przerwaniu terapii Vincenta Lamberta została podjęta na życzenie większej części jego rodziny, z powołaniem się na jego własną opinię wyrażoną kilka lat wcześniej, o tyle decyzja o rezygnacji z terapii Charliego Garda została podjęta wyłącznie przez lekarzy, sędziów i urzędników (zwłaszcza opiekuna). Trybunał, uznając, że skarga na taką decyzję jest „oczywiście bezpodstawna”, zaakceptował bezpośrednią ingerencję państwa w relację rodzinną w celu przyspieszenia śmierci jednego z członków rodziny, na podstawie swojego wyobrażenia na temat pożądanego „jakości” życia, z pominięciem opinii pacjenta i przy sprzeciwie jego krewnych. To już nie jest jedynie przypadek uchylenia się przez państwo od pozytywnego obowiązku ochrony życia, ale intencjonalne dążenie do uśmiercenia jednego ze swoich obywateli z tego powodu, że jakość jego życia w ocenie władz publicznych „nie jest warta podtrzymywania”. Jak wspomniałem powyżej, w przypadku Charliego Garda wiele wskazywało na to, że akurat w tym przypadku wstrzymanie terapii (odłączenie od respiratora) było uzasadnione, ale sam sposób rozumowania sądów i ETPC w tej sprawie jest niebezpieczny, bo pozwala na pozbawianie życia obywateli na mocy orzeczenia sądu, w przypadkach nieprzewidzianych w art. 2 EKPC, na podstawie mglistych kryteriów związanych z oceną „jakości” życia.

6. Sprawa Alfiego Evansa

Alfie Evans urodził się 9 maja 2016 r. w szpitalu dziecięcym w Liverpoolu w Wielkiej Brytanii. Początkowo rozwijał się jak normalne dziecko, ale w pół roku po urodzeniu trafił z powrotem do szpitala, gdzie stwierdzono u niego bliżej nieokreśloną chorobę neurodegeneracyjną połączoną z ciężką epilepsją. Inaczej niż w przypadku Charliego Garda, lekarze ani nie byli

w stanie przypisać objawów do żadnej znanej medycznie choroby, ani ustalić, jaka jest ich przyczyna. Stan chłopca był ambiwalentny: z jednej strony w mózgu chłopca występował poważny deficyt istoty białej, prawdopodobnie nie miał zmysłu węchu i słuchu, wymagał karmienia przez kroplówkę oraz wspomaganie oddychania przez respirator, z drugiej strony otwierał oczy, nawiązywał kontakt wzrokowy z rodzicami, poruszał rączkami, a nawet ziewał. Po kilku miesiącach bezskutecznego leczenia lekarze zaproponowali rodzicom odłączenie chłopca od respiratora. Rodzice wyrazili sprzeciw, podjęli również starania o przewiezienie syna do innego szpitala – w Rzymie lub w Monachium (oba wyraziły wcześniej gotowość przyjęcia chłopca). Lekarze wykluczyli możliwość wypisu dziecka, wskazując, że transport będzie stanowił zagrożenie dla jego zdrowia, a także wystąpili do sądu o odebranie rodzicom praw rodzicielskich oraz wydanie zgody zastępczej na odłączenie chłopca od respiratora.

W toku postępowania sądowego opinie przedstawili lekarze ze szpitala dziecięcego w Liverpoolu, jak również lekarze z innych placówek, których opinii zasięgnęli rodzice. Wszyscy lekarze byli zgodni, że chłopiec cierpi na nieznaną, postępującą, najprawdopodobniej śmiertelną i nieuleczalną chorobę neurodegeneracyjną. Różnica dotyczyła dalszego postępowania – lekarze szpitalni uważali, że w interesie dziecka jest jak najszybsze zakończenie jego życia, natomiast lekarze ze strony rodziców twierdzili, że w interesie dziecka jest opieka paliatywna i spędzenie ostatnich miesięcy życia wraz z rodzicami. Dnia 20 lutego 2018 r. Wysoki Trybunał w składzie jednoosobowym wyraził zgodę na odłączenie chłopca od respiratora. Z jednej strony sąd stwierdził, że „życie posiada wrodzoną wartość, jakkolwiek wątłą lub szczątkową się wydaje”, z drugiej strony uznał, że w świetle opinii lekarzy dalsze leczenie Alfiego Evansa jest daremne (ang. *futile*). Odwołał się przy tym do wytycznych Królewskiego Kolegium Lekarzy Pediatrii dotyczących leczenia dzieci w ciężkim stanie zdrowotnym, w świetle których kontynuacja leczenia nie służy dobru dziecka, jeśli „jakość jego życia jest ograniczona”⁵⁴. Rodzice złożyli apelację, wnosząc o odroczenie rozprawy apelacyjnej

54 [2018] EWHC 308 (Fam).

o kilka tygodni w celu umożliwienia im naradzenia się z prawnikiem. Dnia 1 marca 2018 r. Sąd Apelacyjny w składzie trzyosobowym odmówił odroczenia, a 6 marca 2018 r. oddalił apelację. Dnia 20 marca 2018 r. Sąd Najwyższy w składzie trzyosobowym odmówił wyrażenia zgody na złożenie dodatkowej apelacji przez rodziców, z uwagi na brak „spornej kwestii prawnej o istotnym znaczeniu dla społeczeństwa”⁵⁵. Dnia 28 marca 2018 r. Europejski Trybunał Praw Człowieka odrzucił skargę rodziców na naruszenie praw chłopca – treść postanowienia nie została opublikowana w bazie HUDOC, a w komunikacie prasowym nie podano, jakie zarzuty zostały podniesione w skardze, ani jakie były szczegółowe motywy rozstrzygnięcia. W komunikacie wskazano jedynie, że Trybunał rozpoznał skargę w składzie trzyosobowego komitetu

Sąd Apelacyjny w Londynie utrzymał jego orzeczenie w mocy. Dnia 20 kwietnia 2018 r. Sąd Najwyższy po raz drugi odmówił rodzicom wyrażenia zgody na złożenie dodatkowej apelacji⁵⁸. Dnia 23 kwietnia 2018 r. władze Republiki Włoch przyznały chłopcu włoskie obywatelstwo, wyrażając gotowość do podstawienia samolotu rządowego w celu przewiezienia go ze szpitala brytyjskiego do szpitala w Rzymie, który zgodził się go przyjąć. Tego samego dnia Europejski Trybunał Praw Człowieka odrzucił drugą skargę rodziców (tym razem wiemy, jakie zawierała zarzuty – chodziło o naruszenie prawa dziecka do wolności osobistej zagwarantowanego w art. 5 EKPC), znów nie publikując swego rozstrzygnięcia⁵⁹. Dnia 23 kwietnia 2018 r. o godzinie 21:17 chłopiec został odłączony od respiratora, ale niespodziewanie zaczął oddychać



Kazus Alfiego Evansa jest najmniej jednoznaczny ze wszystkich trzech spraw tu omówionych.

i uznał ją za niedopuszczalną z uwagi na „brak przejawu naruszenia praw i wolności zagwarantowanych w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka”⁵⁶. Dnia 11 kwietnia 2018 r. Wysoki Trybunał Anglii i Walii w składzie jednoosobowym zatwierdził przedstawiony przez lekarzy plan zakończenia życia Alfiego Evansa⁵⁷. Rodzice podjęli nieudaną próbę wypisania syna ze szpitala, a następnie złożyli do sądu wniosek *habeas corpus*, argumentując, że odmowa wypisania stanowi formę bezprawnego pozbawienia wolności w rozumieniu art. 5 EKPC. Wysoki Trybunał w tym samym składzie uznał wniosek za bezpodstawny, a 16 kwietnia 2018 r.

samodzielnie. Choć orzeczenie Wysokiego Trybunału wyrażało zgodę jedynie na odłączenie chłopca od respiratora, to z informacji medialnych wynika, że w tym samym czasie najprawdopodobniej został również odłączony od kroplówki tzn. wstrzymano jego odżywianie i nawadnianie. Następnego dnia rodzice wystąpili do sędziego Wysokiego Trybunału nadzorującego ich sprawę z wnioskiem o zgodę na wyjazd chłopca do Włoch. Sędzia odmówił uwzględnienia wniosku, wskazując, że chłopiec nie ma żadnych związków z Włochami, a poza i tym i tak nie ma dowodów na to, że jego stan może ulec poprawie⁶⁰. Dnia 28 kwietnia 2018 r. o 2:30 nad ranem Alfie Evans zmarł – z informacji medialnych nie wynika, czy na

55 Orzeczenie Sądu Najwyższego Zjednoczonego Królestwa z 20 marca 2018 r., *Thomas Evans and Kate James (appellants), Alder Hey Children’s NHS Foundation Trust (First Respondent) and Alfie Evans (by his Children’s Guardian)*, <https://www.supremecourt.uk/news/permission-to-appeal-determination-in-the-matter-of-alfie-evans.html> (dostęp: 23.02.2022).

56 Komunikat prasowy Sekretarza ETPC z 28 marca 2018 r. nr ECHR 118 (2018).

57 [2018] EWHC 818 (Fam).

58 Orzeczenie Sądu Najwyższego Zjednoczonego Królestwa z 20 kwietnia 2018 r., <https://www.supremecourt.uk/docs/in-the-matter-of-alfie-evans-court-order.pdf> (dostęp: 4.12.2023).

59 Komunikat Sekretarza ETPC z 23 kwietnia 2018 r. (brak numeru).

60 [2018] EWHC 953 (Fam).

skutek uduszenia, czy wstrzymania kroplówki. Miał 23 miesiące.

Komentarz

Kazus Alfiego Evansa jest najmniej jednoznaczny ze wszystkich trzech spraw omówionych w tym artykule: nigdy nie zdiagnozowano jego choroby, co utrudniało ustalenie jego rokowań; nie wiadomo, czy zmarł na skutek odłączenia od respiratora (co mogłoby się kwalifikować jako przerwanie terapii uporczywej), czy też na skutek odłączenia od kroplówki (co stanowiłoby już przypadek biernej eutanazji, niezależnie od formalnej nazwy tego działania w prawie brytyjskim). Zagadkowe jest zwłaszcza to ostatnie działanie, zważywszy na to, że wszystkie sądy brytyjskie w tej sprawie wyrażały zgodę wyłącznie na odłączenie chłopca od respiratora, natomiast nic nie mówiły o wstrzymaniu jego karmienia i podawania płynów.

Postanowienie ETPC w sprawie Alfiego Evansa stanowi przypieczętowanie orzecznictwa strasburskiego w sprawie praw osób, których życie wymaga sztucznego podtrzymywania. Choć nie znamy uzasadnienia rozstrzygnięcia, to z samego faktu odrzucenia skargi jako oczywiście bezpodstawnej, jak również z pomniejszonego składu orzekającego, można wywnioskować, że Trybunał zakwalifikował tę sprawę do kategorii spraw rutynowych (choć rok wcześniej podobną sprawę Charliego Garda potraktował jeszcze jako sprawę większej wagi, o czym świadczyło rozpatrzenie jej w składzie izby). Trudno powiedzieć, co takiego się stało, że problem ochrony życia pacjentów w stanie wegetatywnym lub minimalnej świadomości jeszcze w 2017 r. wymagał rozpatrzenia w składzie izby, pomimo wyroku Wielkiej Izby wyznaczającego standard w tej sprawie, a w 2018 r. stanowił już sprawę rutynową, którą mógł rozpatrzyć trzysobowy komitet. Co takiego się zmie-



Jakość nie powinna być uznawana za kryterium różnicowania prawnej ochrony życia narodzonego człowieka.

Podobnie jak w przypadku Charliego Garda, tak i w tej sprawie widoczne jest, jak sądy brytyjskie różnicują ochronę życia w zależności od jego „jakości”, mierzonej wedle nieokreślonych prawnie kryteriów, ustalanych samodzielnie przez sędziego orzekającego w sprawie. W tym przypadku Wysoki Trybunał, ustalając kryteria, za pomocą których wymierzył „jakość” życia Charliego Garda, odwołał się do wytycznych Królewskiego Kolegium Lekarzy Pediatrików, w których leczenie dzieci w stanie wegetatywnym, stanie minimalnej świadomości bądź z poważnym upośledzeniem zdolności poznawczych uznano za sprzeczne z ich dobrem⁶¹.

niło, że omawiane zagadnienie jeszcze w momencie orzekania w sprawie Charliego Garda miało charakter precedensowy, a kilka miesięcy później, w momencie orzekania w sprawie Alfiego Evansa, stanowiło już „przedmiot ugruntowanego orzecznictwa Trybunału” (art. 28 ust. 1 lit. b EKPC), podlegające rozpoznaniu przez komitet? W moim przekonaniu to orzecznictwo jednak wciąż nie wyjaśnia wielu fundamentalnych kwestii: brak jasnego stanowiska ETPC wobec dyskusyjnej koncepcji uzależniania ochrony życia ludzkiego od jego jakości, jak również brak dostatecznego uzasadnienia prymatu woli lekarzy i sędziów nad wolą rodziny w podejmowaniu decyzji medycznych w sprawie ich bliskich.

Niezależnie od tego, można obecnie mówić o ugruntowaniu orzecznictwa ETPC w tego typu sprawach, co oznacza, że w przyszłości najprawdopodobniej Trybunał będzie hurtem odrzucał jako „oczywiście

61 The Royal College of Paediatrics and Child Health, *Making Decisions to Limit Treatment in Life-limiting and Life-threatening Conditions in Children: A Framework for Practice*, March 2015.

bezpodstawne” skargi krewnych pacjentów w stanie wegetatywnym lub w stanie minimalnej świadomości o naruszeniu ich prawa do życia.

7. Konkluzje

Dylemat między kontynuacją a przerwaniem terapii pacjenta w ciężkim stanie zdrowotnym należy do najbardziej dramatycznych decyzji, jakie stoją nie tylko przed samym pacjentem, ale również przed jego rodziną, lekarzami, a także sędziami interweniującymi w danej sprawie. Oczywiście jest, że jakość życia człowieka jest różna w zależności od jego stanu zdrowia. W moim przekonaniu jednak jakość nie powinna

a stanem minimalnej świadomości, a nawet – choć rzadsze – błędy w diagnozowaniu śmierci mózgowej.

To oczywiście nie oznacza, że art. 2 EKPC powinien być interpretowany w sposób wymagający od państwa sztucznego podtrzymywania życia człowieka w każdych okolicznościach. Granice prawa do ochrony prawnej życia wyznaczają nie tylko prawa ludzi, ale również prawa natury, których zastosowanie nie wymaga upoważnienia prawodawcy. Przyzwolenie na naturalną śmierć pacjenta na skutek przerwania uporczywej terapii co do zasady nie stanowi ingerencji państwa w prawo do życia, bowiem ono w takiej sytuacji jedynie powstrzymuje się przed działaniem.

„Ani wiedza medyczna, ani wiedza prawnicza nie określa obiektywnych czy uniwersalnych kryteriów oceny, które życie jest „warte podtrzymywania”.

być uznawana za kryterium różnicowania prawnej ochrony życia narodzonego człowieka: po pierwsze dlatego, że nie ma ku temu podstaw prawnych (art. 2 EKPC zawiera zamknięty katalog przypadków, kiedy można pozbawić człowieka życia, zaś zła jego jakość do tego katalogu nie należy); po drugie dlatego, że decyzja o kontynuacji bądź przerwaniu terapii uporczywej powinna należeć do samego pacjenta, bo pożądana jakość życia jest kwestią wybitnie indywidualną – są ludzie, którzy nie znieśliby życia w zespole zamknięcia czy stanie minimalnej świadomości, a są ludzie, którzy zachowaliby wolę życia nawet w takim stanie. Jeśli uzyskanie decyzji pacjenta jest niemożliwe (bo jest nieprzytomny albo jest niemowlęciem), to wątpliwości należy rozstrzygać na korzyść kontynuacji życia, a nie śmierci. Ciężar dowodu powinien spoczywać na tych, którzy domagają się przerwania terapii, a nie na tych, którzy chcą jej kontynuacji. Ostrożność w tej kwestii jest pożądana również ze względu na wciąż istniejące ograniczenia wiedzy medycznej, która nie dysponuje 100-procentowo skutecznymi metodami diagnostycznymi, czego dowodem są relatywnie częste błędy w rozróżnianiu między stanem wegetatywnym

Pojęcie przerwania terapii uporczywej należy interpretować ściśle, a mianowicie jako prowadzenie czynności *stricte* medycznych, sztucznie wydłużających życie pacjenta bez istotnych szans na poprawę jego stanu zdrowia. Nie należy natomiast zaliczać do terapii uporczywej czynności pielęgnacyjnych, w szczególności nawadniania i karmienia pacjenta. Przerwanie karmienia i nawadniania pacjenta stanowi w tym kontekście formę eutanazji bierniej.

Pacjent wymagający sztucznego podtrzymywania życia w tym rozumieniu nie korzysta więc z ochrony przewidzianej w art. 2 EKPC, z zastrzeżeniem jednak jednego wyjątku: chyba że w trakcie terapii lub wcześniej wprost pacjent wyraził wolę jej kontynuacji przy pełnej świadomości jej daremności. Wola życia pacjenta wyrażona *hic et nunc* ma charakter absolutny w tym sensie, że nie może zostać przełamana decyzją lekarza, bliskich czy sądu – nie można „odłączyć wtyczki” pacjentowi w sytuacji, gdy sam głośno domaga się dalszego podtrzymywania jego życia. Trudno o bardziej jednoznaczną oznakę „życia” podlegającego ochronie na mocy art. 2 EKPC. Natomiast wola pacjenta wyrażona *pro futuro*, jeszcze zanim

znalazł się on w sytuacji wymagającej sztucznego podtrzymywania życia, może zostać przełamana decyzją sądu, jeśli w świetle okoliczności konkretnej sprawy straciła ona aktualność.

Bardziej skomplikowana jest sytuacja, gdy taki pacjent nie wyraził żadnych życzeń. Przyjście domniemania, że jego życie powinno być podtrzymywane bez względu na wszystko, mogłoby wiązać się z przysparzaniem mu niepotrzebnego cierpienia. Kto powinien więc wówczas decydować o przerwaniu terapii uporczywej? W moim przekonaniu co do zasady powinny decydować osoby najbliższe pacjentowi, tj. w przypadku małoletniego pacjenta – przedstawiciele ustawowi (rodzice), a w przypadku dorosłego pacjenta – wyznaczony przez

- określić definicję terapii uporczywej, wyraźnie odróżniającą przerwanie takiej terapii od biernej eutanazji, która moim zdaniem powinna pozostać zakazana;
- zasady jej kontynuacji i przerywania z uwzględnieniem dobra pacjenta i woli rodziny;
- gwarantować pacjentowi kontynuację terapii uporczywej w sytuacji, gdy jest przytomny i zdolny do podejmowania decyzji w swojej sprawie;
- określić formę i skutki oświadczeń *pro futuro*, składanych przez pacjentów na wypadek utraty przytomności jako wytyczna dla lekarzy co do kontynuacji ewentualnej terapii uporczywej;
- umożliwić pacjentom wyznaczanie pełnomocni-



Unormowania prawa polskiego są dalece niewystarczające – problematyka terapii uporczywej jest uregulowana jedynie szczątkowo.

niego pełnomocnik medyczny, względnie małżonek, jeśli prawo krajowe przyznaje mu status przedstawiciela w takich sytuacjach. Można w takim razie zadać pytanie: dlaczego nie lekarze i sędziowie, jak to przewiduje prawo francuskie i brytyjskie? Bo ani wiedza medyczna, ani wiedza prawnicza, nie określa jakichś obiektywnych i uniwersalnych kryteriów oceny, które życie jest „warte podtrzymywania” – wyobrażenia lekarza czy sędziego na temat „wartości” życia nie są w żaden sposób lepsze od wyobrażeń osób bliskich pacjenta, a mogą być gorsze, bo wszak często to najbliższą wiedzą najlepiej, w czym pacjent upatrywał sensu życia.

Nie można jednak oczywiście wykluczyć sytuacji, w której upoważnieni bliscy będą pod wpływem emocji i wbrew oczywistym faktom domagać się kontynuacji terapii, która nie rokuje żadnych szans powodzenia, a jedynie przedłuża cierpienie pacjenta. W takim przypadku powinna istnieć furtka pozwalająca na interwencję sądu.

W związku z powyższym uważam, że ta dziedzina wymaga kompleksowego uregulowania w ustawie, która powinna:

- ków medycznych na wypadek utraty przytomności;
- przyznać małżonkom prawo do informacji o stanie zdrowia drugiego, a na wypadek, gdy jeden z małżonków nie jest w stanie podejmować samodzielnie decyzji medycznych, przyznać drugiemu małżonkowi rangę przedstawiciela ustawowego tego pierwszego w sprawach medycznych;
- na wypadek braku wyraźnej woli pacjenta wyznaczyć granice swobody decyzyjnej lekarza prowadzącego; przerwanie terapii uporczywej powinno co do zasady następować po uzyskaniu zgody pełnomocnika medycznego (bądź przedstawiciela ustawowego); wola lekarza nie powinna być ważniejsza od woli osób najbliższych pacjenta upoważnionych do podejmowania decyzji medycznych w jego imieniu; jedynie w ściśle określonych, wyjątkowych przypadkach lekarz powinien mieć możliwość wystąpienia do sądu o przełamanie sprzeciwu upoważnionych bliskich.
- Aktualne regulacje prawa polskiego są dalece niewystarczające – problematyka terapii uporczywej jest uregulowana jedynie w szczątkowym zakresie

(art. 31–32 Kodeksu etyki lekarskiej⁶²), granice między przerwaniem takiej terapii a karalną eutanazją bierną są płynne, a rola bliskich w procesie podejmowania decyzji medycznych jest marginalna.

Przyjęcie proponowanych w artykule rozwiązań mieściłoby się w zakresie marginesu swobody wyznaczonego przez Europejski Trybunał Praw Człowieka, który ani nie wyklucza przyjęcia w prawie ścisłej definicji terapii uporczywej, ani nie wymaga bezwzględnego prymatu decyzji lekarzy i sądów nad życzeniami rodziny pacjenta.

Niestety, jednocześnie Europejski Trybunał Praw Człowieka toleruje szerokie rozumienie terapii uporczywej, prowadząc do wykreowania za pomocą pozajęzykowych metod wykładni nowego, niepisanego wyjątku od prawa do życia. Zazwyczaj wykładnia EKPC jako „żywego instrumentu”, zmieniającego się w zależności od czasów i poglądów społeczeństw, służy do poszerzania praw i wolności obywatelskich. Orzeczenia ETPC w sprawach *Lambert*, *Gard* i *Evans* pokazują, że ta metoda interpretacji stanowi broń obojętną, bo może służyć nie tylko do poszerzania, ale również zawężania praw i wolności obywatelskich – w tym wypadku prawa do życia.

Trybunał w Strasburgu, uznając, że kwestia dopuszczalności przerwania terapii człowieka wymagającego sztucznego podtrzymywania życia jest objęta marginesem swobody państw członkowskich, w istocie rzeczy wyłączył spod zakresu podmiotowego art. 2 EKPC całe grupy pacjentów w ciężkim stanie zdrowotnym: nie tylko stanie wegetatywnym i stanie minimalnej świadomości, ale potencjalnie również w zespole zamknięcia i innych stanach, które mogą wymagać sztucznego wspomaganie funkcji życiowych organizmu. Trybunał nie opatrzył bowiem przyjętej w wyroku w sprawie Vincenta Lamberta reguły żadnymi dodatkowymi zastrzeżeniami odnoszącymi się do stanu zdrowia pacjenta. Nie zmienia tego zawarcie w uzasadnieniu rytualnej formułki, zgodnie z którą ów margines nie jest nieograniczony, a Trybunał rezerwuje sobie prawo o oceny, czy państwo wywiązało się ze swoich zobowiązań wynikających z art. 2 EKPC. W kolejnych podobnych sprawach Alfiego Evansa oraz Charliego

Garda Trybunał w ogóle nie skorzystał z tego prawa, uznając skargi rodziców na pozbawienie ich dziecka prawa do życia za „oczywiście bezpodstawne” (mimo że obie sprawy były dalekie od oczywistości).

Prawo do życia powszechnie uznawane jest za prawo najwyższe i najbardziej fundamentalne. Jak jednak pokazują kazusy Lamberta, Garda i Evansa, w praktyce za ważniejsze uznawane jest inne, niezapisane w żadnym traktacie, „prawo” człowieka: prawo do komfortu, i to przysługujące nie tyle nawet samemu pacjentowi, co sprawującym nad nim opiekę lekarzom i sędziom, podejmującym ostateczną decyzję o jego losach w sytuacji, gdy sam nie jest w stanie tego uczynić. Czy jednak komfort jest ważniejszy od samego życia?

Bibliografia

- Bartoszek A., *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000.
- Bender A., R.J. Jox, E. Grill, A. Straube, D. Lulé, *Persistent Vegetative State and Minimally Conscious State. A systematic review and meta-analysis of diagnostic procedures*, „Deutsches Ärzteblatt International” 2015, nr 14, s. 235–242.
- Eutanazja a opieka paliatywna*, red. A. Biela, Lublin 1996.
- Biesaga T., *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 2, s. 20–28.
- Biesaga T., *Reinterpretować czy porzucić harwardzką definicję śmierci?*, w: *Człowiek na granicy istnienia. Dyskusje o śmierci mózgowej i innych aspektach umierania*, red. G. Hołub, P. Duchliński, Kraków 2017, s. 85–104.
- Bołoz W., *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*, Warszawa 1997.
- Bortkiewicz P., *Tanatologia. Zarys problematyki moralnej*, Poznań 2000.
- Bosek L., *Koniec życia*, w: *System Prawa Medycznego*, t. 1. *Instytucje prawa medycznego*, red. M. Safjan, L. Bosek, Warszawa 2018, s. 573–602.
- Burgess J.A.S., *The great slippery-slope argument*, „Journal of Medical Ethics” 1993, t. 19, s. 169–174.
- Citowicz R., *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Warszawa 2006.
- Emmanuel E.J., *The history of euthanasia debates in the United States and Britain*, „Annals of Internal Medicine” 1994, t. 121, s. 793–802.
- Fenigsen R., *Eutanazja: śmierć z wyboru?*, Poznań 2002.
- Gałęska-Śliwka A., *Uporczywa terapia i testamenty życia w projekcie ustawy z dnia 17 grudnia 2008 r. o ochronie genomu*

62 https://nil.org.pl/uploaded_images/1574857770_kodeks-etyki-lekarskiej.pdf (dostęp: 10.12.2023 r.).

- ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, http://www.ptb.org.pl/pdf/gale-ska_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- Gerards J., *Right to Life*, w: *Theory and Practice of the European Convention on Human Rights*, red. P. van Dijk, F. van Hoof, A. van Rijn, L. Zwaak, Cambridge–Antwerp–Portland 2018, s. 353–380.
- Gillet G., *Euthanasia from the perspective of hospice care*, „*Medicine&Law*” 1994, t. 13, s. 263–268.
- Kania W., *Kryterium śmierci mózgowej w perspektywie historycznej*, „*Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*” 2007, t. 40, nr 2, s. 350–363.
- Komitet Bioetyczny Rady Europy, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*, Council of Europe 2014.
- Komitet harwardzki, *Report of the Ad Hoc Committee at Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, „*Journal of the American Medical Associations*” 1968, nr 6, s. 337–340.
- Kongregacja Nauki Wiary Stolicy Apostolskiej, *List Samaritanus bonus* z 14 lipca 2020 r. o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia.
- Krajewski R., *Czy powinno się mówić o „uporczywej terapii”*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- Machinek M., *Rezygnacja z uporczywej terapii oraz tzw. testament życia*, http://www.ptb.org.pl/pdf/machinek_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- Marcinkowski T., *Z zagadnień tanatologii w aspekcie sądowo-lekarskim*, „*Nowe Prawo*” 1970, nr 7–8, s. 1136–1149.
- Mazur G., *Etyczna ocena legalizacji eutanazji w Holandii*, Kraków 2003.
- Nowacka E., *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003.
- Nowacki P., *Zespół zamknięcia (locked-in syndrome)*, „*Polski Przegląd Neurologiczny*” 2013, nr 1, s. 24–26.
- Orłowski T., *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- Roszkiewicz J., *Prawo nasciturusa do życia w prawie konstytucyjnym i prawie międzynarodowym*, „*Forum Prawnicze*” 2017, nr 4, s. 97–121.
- Schabas W.A., *The European Convention on Human Rights. A Commentary*, Oxford 2015.
- Shewmon D.A., *Chronic „brain death”. Meta-analysis and conceptual consequences*, „*Neurology*” 1998, nr 6, s. 1538–1545.
- Bernat J.L., *The definition and criterion of death*, w: *Ethical and Legal Issues in Neurology. Handbook of Clinical Neurology*, t. 118, red. J. L. Bernat, R. Beresford, Amsterdam 2013, s. 419–435.
- Sobański P., *Czym jest uporczywa terapia?*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Sobanski_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- Sośniak M., *Śmierć (problematyka lekarsko-prawna)*, „*Państwo i Prawo*” 1970, nr 3–4, s. 506–517.
- Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze*, Kraków 2004.
- Szewczyk K., *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej*, http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporzcywa_terapia_1.pdf (dostęp: 9.03.2022).
- The Royal College of Paediatrics and Child Health, *Making Decisions to Limit Treatment in Life-limiting and Life-threatening Conditions in Children: A Framework for Practice*, March 2015.
- Zespół Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, stanowisko z 27 czerwca 2018 r., *O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii*, <https://episkopat.pl/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiene-z-eutanazja/> (dostęp: 4.12.2023).