

Testament życia w świetle Europejskiej Konwencji Bioetycznej a możliwość składania oświadczeń *pro futuro* w prawie polskim

Zagadnienie testamentu życia jest ostatnio tematem bardzo popularnym, ale i kontrowersyjnym, a to ze względu na pewne nieścisłości oraz brak konsekwencji w używaniu niektórych terminów w debacie publicznej. Niniejszy artykuł podejmuje próbę wyjaśnienia wątpliwości dotyczących tych pojęć, które są ze sobą oczywiście powiązane przez temat interwencji medycznej bądź też jej braku, w obliczu śmierci pacjenta nieuleczalnie chorego.

Artykuł ten jest także próbą refleksji, czy instytucja testamentu życia, czy ogólnie oświadczeń *pro futuro*, jest w naszym systemie prawnym dopuszczalna. Czy możliwość taką mogą stworzyć postanowienia Europejskiej Konwencji Bioetycznej, która – jak należy nadmienić – nie doczekała się ratyfikacji w polskim systemie prawnym?

Zbadanie problemu zagadnień *pro futuro* jest niezwykle ważne, zarówno z punktu widzenia rozwoju nauk medycznych i biologicznych, jak i nauk prawnych w tym zakresie. Ewentualne ustanowienie instytucji testamentu życia, bądź też jej odrzucenie, w systemie

prawnym musi być poparte uprzednią wnikliwą debatą i analizą, ponieważ zagadnienie to dotyczy bardzo delikatnej materii życia ludzkiego, jaką jest walka o poszanowanie jego godności oraz sama śmierć.

1. O Europejskiej Konwencji Bioetycznej

Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie, przywoływana w literaturze jako Europejska Konwencja Bioetyczna (w skrócie: EKB), została zawarta 4 lipca 1997 roku w Oviedo (w Hiszpanii) i jest częścią systemu Rady Europy¹.

Przed przyjęciem EKB Rada Europy przez kilka lat zajmowała się problemami dotyczącymi ludzkości w związku z rozwojem medycyny i biologii, zarówno podczas sesji Zgromadzenia Parlamentarnego, jak i powołanego w tym celu Komitetu Ekspertów ds. Bioetyki (przemianowanego następnie na Komitet Sterujący ds. Bioetyki). Jednocześnie prace nad tymi zagadnieniami na poziomie krajowym podjęło wiele państw skupionych w Radzie Europy.

Badania nad tematem łączyły się z troską wynikłą z obserwacji znacznego, postępującego w wyjątkowo szybkim tempie rozkwitu nauk medycznych i biologicznych, które bezpośrednio dotyczą człowieka i jego ciała. Unormowanie tego zagadnienia miało na celu uchronienie przed zapomnieniem pierwotnego celu medycyny i nauk o biologii, a także etyczne wykorzystanie dotychczasowego dorobku tych nauk oraz dalszego ich rozwoju. Postęp nauki powinien iść w parze z pełną świadomością wszystkich jego konsekwencji i uwzględnieniem specyfiki delikatnej materii, której nauka ta dotyczy. Nauka powinna być wykorzystywana dla dobra obecnych i przyszłych pokoleń.

¹ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (dalej: EKB), CETS (Council of Europe Treaty Series) No. 164.

EKB jest w Europie podstawowym aktem prawnym dotyczącym bioetyki. Konwencja określa najważniejsze zasady, a protokoły dodatkowe są jej dopełnieniem. Razem tworzą ramy dla ochrony praw człowieka i godności osoby ludzkiej w obliczu rozwoju zastosowań biologii i medycyny.

Termin „prawa człowieka”, który występuje w pełnej nazwie EKB, wywodzi się z zasad ustanowionych w Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności z dnia 4 listopada 1950 r. Obie konwencje, jako części tego samego systemu ochrony praw człowieka, uzupełniają się wzajemnie i oparte są na tych samych prawach oraz ideach. Natomiast zwrot „zastosowań biologii i medycyny” odnosi się do nauk przyrodniczych, jednak w tym wypadku nie dotyczy, co wynika z art. 1 Konwencji, biologii zwierząt i roślin, o ile nie mają związku z medycyną czy biologią człowieka².

Polska podpisała EKB 7 maja 1999 r., lecz nadal nie została ona ratyfikowana³. Na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2009 r. została powołana specjalna komisja mająca na celu analizę postanowień EKB oraz ustawodawstwa polskiego w danej tematyce⁴.

2. Czym jest testament życia?

Zarówno problem eutanazji, jak i tzw. testamentu życia są ostatnimi czasy często poruszane w debacie publicznej jako tematy

² EKB *Explanatory Report*, [w:] Council of Europe Treaty Office, <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>> [dostęp: 12.02.2014].

³ EKB *Chart of signatures and ratifications*, [w:] Council of Europe Treaty Office, <<http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/ChercheSig.asp?NT=164&CM=8&DF=11/2/2007&CL=ENG>> [dostęp: 12.02.2014].

⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2009 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie oraz implementacji przepisów dyrektyw 2004/23/WE, 2006/17/WE i 2006/86/WE dotyczących bezpieczeństwa i jakości w zakresie pobierania, przechowywania i udostępniania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części, Dz. Urz. MZ z dnia 23 października 2009 r.

kontrowersyjne. Można jednak zauważyć, że pojęcia te nie zawsze są właściwie rozumiane – zdarza się bardzo często, że pomiędzy oboma terminami stawia się znak równości⁵.

Eutanazja najczęściej rozumiana jest jako zamierzone, bezpośrednie działanie lub zaniechanie, przyspieszające śmierć ludzi chorych, starych lub niedorozwiniętych⁶. Tego typu definicja ma jednak tę wadę, że nie rozróżnia eutanazji od zabójstwa eutanatycznego. Należy podkreślić, że kwalifikowanie danej czynności jako eutanazji, bądź też nie, opiera się na intencji sprawcy. Intencja taka powinna wynikać ze współczucia i chęci złagodzenia cierpienia pacjenta⁷.

Jeżeli czynność prowadząca do przyspieszenia śmierci będzie miała postać działania, to będziemy mówili w takim przypadku o eutanazji czynnej. Jeśli natomiast czynność taka wyrażona będzie poprzez zaniechanie, to będziemy mieli do czynienia z eutanazją bierną.

W państwach, w których eutanazja jest zakazana, podejście do tego zagadnienia tłumaczy się deontologicznym obowiązkiem poszanowania życia. Nie wartościujemy tu życia. Każde ludzkie życie jest tak samo ważne, nawet jeśli powiązane jest z cierpieniami towarzyszącymi niewyleczalnej chorobie. Z tego punktu widzenia eutanazja jest nie do przyjęcia, ponieważ byłaby pogwałceniem chronionego dobra, jakim jest ludzkie życie. Natomiast w państwach, których ustawodawstwo dopuszcza eutanazję, przyzwolenie na nią wywodzi się z konsekwencjalizmu. Najwyższym chronionym dobrem nie będzie tu życie człowieka, a jego szczęście. Zgodnie z tym poglądem eutanazja dokonana na cierpiącym, nieuleczalnie chorym człowieku jest dopuszczalna, ponieważ jest ona czyniona w celu osiągnięcia szczęścia chorego, poprzez skrócenie cierpień⁸.

⁵ Por. M. Kucharczyk, *Kiedy pozwolić pacjentowi umrzeć? Lekarze chcą zmian w prawie*, [www.tvn24.pl](http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/kiedy-pozwolic-pacjentowi-umrzec-lekarze-chca-zmian-w-prawie,287582.html), <<http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/kiedy-pozwolic-pacjentowi-umrzec-lekarze-chca-zmian-w-prawie,287582.html>> [dostęp: 12.02.2014].

⁶ Por. W. Bołoz, *Bioetyka i prawa człowieka*, Warszawa 2007, s. 144

⁷ M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym*, Warszawa 2013, s. 28.

⁸ M. Sieńko, *Normatywne aspekty eutanazji*, [w:] L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 429 i 431.

Jednym z terminów, który pojawia się przy okazji dyskusji o testamencie życia, jest terapia uporczywa. Polskie Towarzystwo Pediatryczne (PTP) w wytycznych dla lekarzy zaznacza, że termin „terapia uporczywa” jest wysoce nieostry, a pojęcia, którymi próbuje się ów termin zdefiniować – bardzo rozmyte. Dlatego bardzo ważne jest, aby posługując się tym określeniem, pamiętać o jego wadach⁹.

Zgodnie z wytycznymi dla lekarzy, przygotowanymi przez PTP, mówiąc o terapii uporczywej, mamy na myśli takie procedury medyczne, które mają na celu podtrzymywanie funkcji życiowych pacjenta nieuleczalnie chorego, które jednocześnie przedłużają proces umierania i wiążą się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.

Patrząc z nieco innego punktu widzenia, terapią uporczywą będzie działanie podtrzymujące przy życiu pacjenta nieuleczalnie chorego, przy pomocy środków leczniczych zwyczajnych bądź nadzwyczajnych, ale wbrew jego interesom, wbrew naturze, wbrew przekonaniom pacjenta oraz godności istoty ludzkiej¹⁰.

Możemy zatem wyróżnić następujące elementy definicji terminu „terapia uporczywa”:

- 1) Nieuleczalnie chory pacjent – jako podmiot terapii uporczywej,
- 2) Zabiegi medyczne równoznaczne ze sztucznym podtrzymywaniem życia (działaniem wbrew naturze),
- 3) Nadmierne cierpienie pacjenta związane ze wspomnianymi zabiegami,
- 4) Uwłaczanie godności istoty ludzkiej.

Odstąpienie od terapii uporczywej nie wiąże się z pozostawieniem nieuleczalnie chorego na pastwę choroby. Oczywiście jest, że u takiego pacjenta nadal wykonuje się zabiegi pielęgnacyjne, podaje

⁹ Polskie Towarzystwo Pediatryczne, *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, s. 40, <http://www.pedhemat.wroclaw.pl/ptp/images/zalaczniki/Wytyczne_dla_lekarzy_PTP.pdf> [dostęp: 12.02.2014].

¹⁰ Ibidem, s. 40 i 41.

środki przeciwbólowe oraz inne lekarstwa etc. Nie podejmuje się tych czynności, które wiążą się z nienaturalnym przedłużaniem życia w obliczu nieuniknionej śmierci, a które jednocześnie przysparzają więcej bólu oraz naruszają godność chorego. Odstąpienie od terapii uporczywej jest pogodzeniem się z naturalną koleją rzeczy, jaką jest śmierć człowieka. Chodzi tutaj o zapewnienie spokoju i szacunku w ostatnich chwilach życia pacjenta oraz o gwarancję godnego umierania.

Zaprzestanie terapii uporczywej nie jest, jak mogłoby się wydawać, równoznaczne z eutanazją bierną. PTP jako główne kryterium odróżniające te dwa pojęcia wskazują intencję lekarza. Myśl tę rozwija M. Syska, pisząc, że przy dokonywaniu eutanazji intencją lekarza będzie pozbawienie życia chorego, za pomocą zaprzestania wykonywania procedur medycznych, zabiegów pielęgnacyjnych lub karmienia i nawadniania. Natomiast intencją lekarza odstupniającego od uporczywej terapii będzie powrót do normalnego procesu umierania, przy jednoczesnym łagodzeniu cierpienia z tym związanego, za pomocą dostępnych środków¹¹.

Czy wobec powyższego poszanowanie życia ma charakter absolutny? Należy zachować ostrożność, jeżeli chciałoby się odpowiedzieć na to pytanie przecząco. Jest to niebezpieczne z punktu widzenia etyki i mogłoby prowadzić do tragicznych skutków. Wypada też zwrócić uwagę, że terapia uporczywa jawi się jako karykatura walki o poszanowanie życia, co także niesie ze sobą konsekwencje.

Za M. Syską pod pojęciem oświadczeń *pro futuro* rozumiemy zgodę na zabiegi medyczne podjęte „na przyszłość” na wypadek, gdyby klasyczna zgoda pacjenta nie mogła zostać przez niego wyrażona ze względu na stan świadomości, w jakim się znajduje.

M. Syska zauważył, że istotą wyrażenia dyspozycji na przyszłość wcale nie jest odstęp w czasie pomiędzy złożeniem takiego oświadczenia a wykonaniem zabiegu medycznego (czy też zaprzestaniem podejmowania działań leczniczych, pielęgnacyjnych etc. –

¹¹ M. Syska, *Medyczne oświadczenia...*, s. 29.

jeżeli to właśnie takie życzenie wyraził pacjent), a fakt, że dyspozycję taką wydaje osoba, która w danej chwili nie znajduje się bezpośrednio w sytuacji leczniczej.

Oświadczeniem *pro futuro* będzie zatem każde wyrażenie woli osoby, w kontekście medycznym, na wypadek utracenia w przyszłości możliwości samodzielnego stanowienia o sobie, zarówno przez sformułowanie swojej woli bezpośrednio, jak i pośrednio (na przykład poprzez ustanowienie osoby zaufania – osoby decyzyjnej)¹².

Zagadnienie oświadczeń *pro futuro* pojawiło się w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwsze z nich miały postać testamentów życia składanych na wypadek odstąpienia od ewentualnej terapii uporczywej. Pierwotnie zagadnienie testamentu życia obejmowało bezpośrednie oświadczenia woli pacjenta, złożone na wypadek utraty zdolności do podejmowania decyzji, a odnoszące się do zaniechania terapii uporczywej w stanach terminalnych¹³ (tzw. pierwsza generacja oświadczeń *pro futuro*).

Pojawienie się tzw. trzeciej generacji oświadczeń *pro futuro* powiększa zakres przedmiotowy tych oświadczeń. Deklaracje tego typu nie muszą dotyczyć tylko stanów terminalnych, ale wszystkich interwencji medycznych podejmowanych w sytuacji, gdy pacjent nie może podejmować świadomych decyzji.

Druga generacja oświadczeń *pro futuro* odnosi się do wypełnienia woli pacjenta i wprowadza możliwość wyznaczenia przez niego tzw. osoby zaufania, której powierza się wykonywanie części, bądź też całości, uprawnień pacjenta. M. Syska wyróżnia także czwartą generację tego typu dyspozycji, które stanowią całościowy, syntetyczny sposób normowania stosunków zarówno majątkowych, jak i osobistych podmiotu na wypadek utraty przezeń możliwości podejmowania samodzielných decyzji¹⁴.

¹² Ibidem, s. 33 i 35.

¹³ Pacjent w stanie terminalnym to pacjent tuż przed śmiercią.

¹⁴ M. Syska, *Medyczne oświadczenia...*, s. 37-42.

W tym punkcie należałoby zauważyć, że termin „testament życia” może wprowadzać w błąd. Nie jest to bowiem testament, klasycznie rozumiany jako rozporządzenie mieniem, które uzyskuje skuteczność z chwilą śmierci spadkodawcy. Deklaracja taka nie wiąże się też tylko ze stanem terminalnym pacjenta, ale dotyczy wszystkich przyszłych interwencji medycznych¹⁵.

3. Aspekty prawne oświadczeń *pro futuro* w świetle postanowień Europejskiej Konwencji Bioetycznej

Artykuł 5 EKB głosi, że: „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę”¹⁶. Przytoczony artykuł dotyczy zgody pacjenta na interwencję medyczną i poświadcza, że nikogo nie można zmusić do zgody na interwencję medyczną. Człowiek musi mieć zatem możliwość wyrażenia zgody bądź odmowy na zabiegi medyczne z udziałem swojej osoby. Idea testamentu życia jak najbardziej spełnia ten postulat, ponieważ treścią tej dyspozycji jest zgoda, albo jej brak, na czynności medyczne. Nie jest tu istotny odstęp czasu pomiędzy takim zabiegiem a wyrażeniem na niego zgody.

Artykuł 5 uwzględnia także dostęp pacjenta do jasnych i zrozumiałych informacji o danych czynnościach medycznych, na podstawie których ma on podjąć decyzję¹⁷. W przypadku testamentu życia mogą zrodzić się co do tego punktu pewne wątpliwości. Oso-

¹⁵ J. Duda, *Ewolucja koncepcji living will w prawie amerykańskim*, [w:] L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 413 i 414.

¹⁶ EKB (CETS No. 164).

¹⁷ EKB *Explanatory Report*, [w:] Council of Europe. Treaty Office <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>> [dostęp: 13.02.2014].

ba sporządzająca testament życia powinna, w momencie jego przygotowywania, otrzymać niezbędne informacje dotyczące ewentualnych interwencji medycznych, na które się godzi bądź też nie. W praktyce rodzi to trudności, ponieważ testament życia dotyczy wydarzeń przyszłych i niepewnych.

Zgoda na zabieg medyczny może być wyraźna, ale i dorozumiana. Może być też przez pacjenta w każdej chwili wycofana¹⁸.

Artykuł 6 w ustępie 1 EKB wyraża, że: „z zastrzeżeniem art. 17 i 20, interwencja medyczna może być dokonana wobec osoby, która nie ma zdolności do wyrażenia zgody, tylko wtedy, gdy jest to dla niej bezpośrednio korzystne”¹⁹. Oznacza to, iż istnieje kategoria osób, które czy to ze względu na przykład na wiek, czy stan psychiczny nie mogą wyrazić zgody bądź odmowy na interwencję medyczną²⁰. Myślę, że testament życia rozwiązuje ten problem, ponieważ sporządza go osoba mająca pełną zdolność do czynności prawnych, a więc zanim pojawią się przeszkody w podjęciu samodzielnej decyzji.

Interwencja medyczna jest tu zależna od „bezpośredniej korzyści”. W związku z tym, co zostało napisane w punkcie 2 niniejszego artykułu odnośnie terapii uporczywej i stanów terminalnych, można pokusić się o refleksję, czy śmierć może być korzyścią w pewnych warunkach? Myślę, że należy odpowiedzieć na to pytanie twierdząco. To przecież korzyść płynąca ze śmierci stoi za ideą odstępowania od uporczywej terapii. Zgoda na to wynika z przekonania, że naturalna, spokojna śmierć ma większą wartość niż przysparzanie pacjentowi niepotrzebnych cierpień, związanych z nienaturalnym przedłużaniem życia, bądź uderzeniem w godność nieuleczalnie chorego.

Ustęp 3 *in fine* przywołanego artykułu ustanawia natomiast, że „osoba poddana interwencji medycznej powinna, jeśli jest to możliwe, uczestniczyć w podejmowaniu decyzji”. Idea testamentu życia

¹⁸ Ibidem.

¹⁹ EKB (CETS No. 164).

²⁰ EKB *Explanatory Report*, [w:] Council of Europe. Treaty Office <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>> [dostęp: 13.02.2014].

również w tym punkcie jest pewnym rozwiązaniem, gdy mamy do czynienia z osobą, która w obliczu podjęcia czynności medycznych z jakichś powodów nie może świadomie wyrazić, bądź nie wyrazić, na nie zgody.

Artykuł 9 EKB stanowi: „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”²¹. Jest to regulacja bezpośrednio odnosząca się do koncepcji testamentu życia. Norma ta dotyczy przypadków, w których podmioty interwencji medycznych wyraziły na nie uprzednią zgodę, bądź odmowę, na wypadek gdyby nie mogły świadomie podjąć decyzji w tej sprawie. Z wykładni autentycznej omawianego artykułu wynika jednak, że wyrażone wcześniej życzenia pacjenta w stosunku do zabiegów medycznych nie muszą być wzięte pod uwagę. Może to mieć miejsce w sytuacji, gdy od podjęcia decyzji do dokonania interwencji medycznej upłynęło wiele czasu, a medycyna w stosunku do danego przypadku poczyniła znaczny postęp. Lekarz w takiej sytuacji powinien w miarę możliwości dowiedzieć się, czy dyspozycje pacjenta są nadal aktualne²². W praktyce jest to bardzo problematyczne, ponieważ z logicznego punktu widzenia jedynie osoba sporządzająca uprzednio oświadczenie pro *future* w tej kwestii może wydać co do tej sytuacji osąd niebudzący wątpliwości. Oczywiście nie jest to jednak możliwe ze względu na to, że osoba ta utraciła możliwość swobodnego podejmowania decyzji – czy to ze względu na chorobę, czy też demencję starczą. Jednocześnie określenia „upłynęło wiele czasu” jak i „znaczny postęp” są wysoce nieostre, dlatego z praktycznego punktu widzenia powinny zostać doprecyzowane.

Czy postanowienia EKB mogą mieć zastosowanie na gruncie prawa polskiego, pomimo braku ratyfikacji konwencji przez stronę polską? Sąd Najwyższy w orzeczeniu dotyczącym transfuzji krwi

²¹ EKB (CETS No. 164).

²² EKB *Explanatory Report*, [w:] Council of Europe Treaty Office <<http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>> [dostęp: 13.02.2014].

u poszkodowanej w wypadku członkini Chrześcijańskiego Zboru Świadków Jehowy, z dnia 27 października 2005 r. (III CK 155/05), powołuje się na postanowienia EKB, wskazując, że „mogą stanowić istotną wskazówkę interpretacyjną” i dlatego należy uszanować wolę, wyrażoną *pro futuro*, poszkodowanej w wypadku i nie poddawać jej zabiegowi transfuzji krwi.

4. Przeszkody przy sporządzaniu testamentu życia

Argument równi pochyłej jest prawie zawsze przywoływany w obliczu bioetycznych zagadnień dotyczących śmierci. Inaczej nazywany jest „efektem domina”, „efektem kuli śnieżnej” czy „argumentem strasznego skutku”. Chodzi tu o pewne zagrożenie, że usprawiedliwiając przyczynę stojącą na szczycie równi, w konsekwencji możemy też usprawiedliwić skutek, będący na dole owej równi. Przykładowo w kontekście samobójstwa wspomaganego problem równi pochyłej wygląda następująco: aprobatą samobójstwa wspomaganego może spowodować akceptację dobrowolnej eutanazji, a stąd już tylko krok do aprobaty przymusowej eutanazji upośledzonych noworodków. Skutek taki byłby nie do przyjęcia z punktu widzenia naszego systemu praw człowieka. Jeżeli więc skutek jest nie do przyjęcia, nie powinniśmy też akceptować przyczyny²³. Rozumując w ten sposób, możemy pomyśleć, że godząc się na instytucję testamentu życia w systemie prawnym, możemy następnie wprowadzić inne postacie oświadczeń *pro futuro*, i w wyniku ich modyfikacji – wyrażenie, w pewnych sytuacjach, zgody na dobrowolną eutanazję. Jest to problem, gdy pierwotnie nie chcieliśmy zalegalizować eutanazji w systemie prawnym.

²³ B. Wach, *Argument równi pochyłej w debacie o legalizację eutanazji i wspomaganego samobójstwa*, [w:] L. Bosek, M. Królikowski (red.), *Współczesne wyzwania bioetyczne*, Warszawa 2010, s. 131 i 132.

Koncepcja testamentu życia niesie ze sobą wiele problemów natury praktycznej. Wspomniany już był wcześniej, w niniejszym artykule, problem prawa pacjenta do informacji o czynnościach medycznych. Nie można przewidzieć w sposób całkowity, pełny, zdarzeń przyszłych i niepewnych. Dlatego w takich wypadkach informacja o charakterze, celu i skutkach interwencji medycznych nie może być kompletna.

Z podobnych względów wyjątkowo trudne może być w praktyce wyznaczenie granicy terapii uporczywej. Granica ta jest najistotniejszym elementem testamentu życia. Wyznacza moment, do którego podmiot życzy sobie, żeby stosować co do niego zabiegi podtrzymujące życie, a po którym taką interwencję zarzucić. Wydaje się, że nawet podmiot dysponujący specjalistyczną wiedzą medyczną mógłby mieć z tym problem, jeśli chciałby uniknąć operowania pojęciami dalece nieostrymi.

Posługiwanie się terminami nieostrymi jest jednak nieuniknione przy sporządzaniu dyspozycji *pro futuro*, ponieważ, co zostało już kilkakrotnie podkreślone, dotyczą one zdarzeń przyszłych i niepewnych. Pewien brak ostrości pojęć zapewnia możliwość dostosowania wyartykułowanej woli do sytuacji.

Streszczenie

Artykuł dotyczy popularnego ostatnio w debacie publicznej tematu testamentu życia czy oświadczeń *pro futuro* w ogóle.

Pierwsza część artykułu opisuje krótko genezę podpisania Konwencji o ochronie praw człowieka i godności osoby ludzkiej w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny, powody oraz cele jej podpisania, a także jej specyfikę.

Z drugiej części możemy dowiedzieć się, czym jest testament życia, czy łączy się z pojęciem eutanazji, co rozumiemy pod pojęciem terapii uporczywej, a także czym są oświadczenia *pro futuro*.

Część trzecia przywołuje i poddaje analizie poszczególne artykuły omawianej konwencji, które dotyczą wprost oświadczeń *pro futuro*.

Część czwarta poświęcona jest praktycznym problemom, które mogą powstać przy próbie prawnego unormowania zagadnienia testamentu życia.

Living will under the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being and the possibility of giving *pro futuro* statements in the Polish law

Summary

This article applies to the popular – in public debates recently – topic of living wills or *pro futuro* statements in general.

The first part of the article briefly describes the genesis of the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regards to the Application of Biology and Medicine, the reasons and objectives of its signing, as well as specifics of the document.

In the second part, we learn what the living will is, whether it connects with the concept of euthanasia, what is meant by futile medical care and what the *pro futuro* statements are.

The third part recalls and analyses various articles of the discussed Convention, which relate directly to the *pro futuro* statements.

The fourth part is devoted to the practical problems that may arise if attempts to regulate the legal issues regarding the living will are undertaken.

