

JULIA ZYGMUNT

STANDARD POSTĘPOWANIA LEKARZA
WOBEC SAMOBÓJCZY

Próba określenia odpowiedniego standardu postępowania lekarza wobec osoby, która targnęła się na własne życie, jest problematyczna z kilku powodów. Przede wszystkim już *prima facie* jest zauważalna kolizja wartości, jaka zachodzi pomiędzy obowiązkiem udzielenia pomocy z jednej strony a autonomią woli człowieka – z drugiej. Jest to tym bardziej ewidentne, jeżeli czynności ratujących życie ma się podjąć lekarz. Zasygnalizowany problem aksjologiczny sprowadza się do tego, iż najwyższym nakazem etycznym dla lekarza jest kierowanie się dobrem chorego (*salus aegroti suprema lex esto*), czemu z kolei w pewnych przypadkach może przeciwstawiać się sam pacjent jako jednostka samodecydująca o własnym losie. Samobójstwo jest wyrazem woli zakończenia życia, stąd też problematyczne staje się ustalenie sposobu postępowania lekarza w przypadku próby jego ratowania.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że wartość w postaci autonomii woli pacjenta w zakresie samodecydowania o ingerencji medycznej zyskała prawnokarną ochronę. Dokonywanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta jest bowiem przestępstwem stypizowanym w art. 192 k.k. Powszechnie przyjmuje się, że przedmiotem ochrony jest w tym przypadku autonomia pacjenta w sferze jego zdrowia i życia¹, jego prawo do samostanowienia w zakresie poddania się zabiegowi leczniczemu², wolność człowieka od wszelkich ograniczeń integralności jego woli co do przyzwolenia na przeprowadzenie wobec niego zabiegów leczniczych³.

Niezależnie od powyższego, jak słusznie zauważa się w doktrynie, ochrona życia lub zdrowia ludzkiego wymaga nie tylko powstrzymania się od działań, które mogłyby te dobra zniszczyć lub narazić na niebezpieczeństwo, ale również aktyw-

¹ L. Kubicki, *Nowy rodzaj odpowiedzialności karnej lekarza (Przestępstwo z art. 192 k.k.)*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 35; T. Bojarski, (w:) Bojarski, Michalska-Warias, Piórkowska-Flieger, Szwarzczyk, *Kodeks karny 2011*, s. 428.

² M. Mozgawa, M. Kanadys-Marko, *Zabieg leczniczy bez zgody pacjenta*, „Prokuratura i Prawo” 2004, nr 3, s. 26; A. Marek, *Kodeks karny 2007*, s. 377.

³ M. Filar (w:) M. Filar (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, Warszawa 2010, s. 922.

ności w tych wszystkich wypadkach, gdy życiu lub zdrowiu ludzkiemu grozi niebezpieczeństwo, aktywności zmierzającej do uchylenia tego niebezpieczeństwa⁴. Stąd też penalizacji podlega zachowanie polegające na nieudzieleniu pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art. 162 k.k.)⁵. W przypadku osób szczególnie zobowiązanych do ochrony życia lub zdrowia pacjenta zaniechanie takiej pomocy może rodzić odpowiedzialność za odpowiednie przestępstwo skutkowe przeciwko życiu lub zdrowiu (art. 2 k.k.).

Przytoczone typy przestępstw nie pozostają bez wpływu na ocenę standardu postępowania lekarza wobec osoby, która targnęła się na własne życie. Lekarz musi liczyć się z tym, iż narusza normę sankcjonowaną zarówno wówczas, gdy dokonuje zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, jak i w sytuacji, gdy nie podejmuje działań ratunkowych wobec osoby znajdującej się w sytuacji zagrożenia.

Oceny tytułowego zagadnienia nie ułatwia przy tym skomplikowany stan prawny odnoszący się do kwestii uzyskiwania zgody na ingerencję medyczną. Szczegółowe zasady w tym zakresie określają przepisy art. 32–35 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁶ oraz art. 15–19 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷. Wymóg zgody pacjenta na postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze, przewidziano także w art. 15 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej.

Problematyka standardu postępowania lekarza wobec samobójców była już wielokrotnie przedmiotem rozważań i wielu polemik w piśmiennictwie prawniczym. Szczególnie szeroko jest ono omawiane w kontekście autonomii i przymusu leczenia. Wprowadzając należy zastrzec, że wszelkie ustalenia co do standardu postępowania lekarza wobec samobójcy winny uwzględniać szeroko pojmowane prawo pacjenta do samostanowienia, jak również okoliczności konkretnego przypadku. Trafnie podkreśla się, że nie można traktować wszystkich sytuacji w sposób zgeneralizowany, lecz rozważać różne okoliczności⁸.

⁴ A. Zoll (w:) A. Zoll (red.), *Kodeks karny. Część szczególna. Komentarz*, t. II, Warszawa 2008, s. 360.

⁵ Szerzej na ten temat zob. np. R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza za przestępne nieudzielenie pomocy*, „*Studia Iuridica Lublinensia*” 2006, t. VIII, s. 83–102; J. Kulesza, *Lekarski obowiązek pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego (art. 162 k.k.)*, „*Prawo i Medycyna*” 2006, nr 22, s. 104–115; tenże, *Granice obowiązku gwaranta w świetle art. 162 k.k.*, „*Prokuratura i Prawo*” 2006, nr 7–8, s. 108–122; tenże, *O odpowiedzialności karną gwaranta za nieudzielenie pomocy (art. 162 k.k.)*, „*Państwo i Prawo*” 2006, nr 6, s. 44–56; tenże, *Kolizja obowiązków pomocy (art. 162 k.k.)*, „*Prokuratura i Prawo*” 2007, nr 2, s. 28–44; tenże, *O ewolucji lekarskiego obowiązku pomocy na tle obowiązku ogólnoludzkiego*, „*Prawo i Medycyna*” 2007, nr 27, s. 101–111; tenże, *Źródła obowiązku gwaranta a odpowiedzialność karna lekarza za zaniechanie pomocy*, „*Prawo i Medycyna*” 2008, nr 30, s. 14–25; tenże, *Przestępstwo nieudzielenia pomocy w niebezpieczeństwie. Art. 162 k.k. na tle uwag dotyczących § 323c niemieckiego kodeksu karnego*, Łódź 2008; E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy a ryzyko związane z wykonywaniem zawodu (zarys problemu)*, (w:) *Zagadnienia współczesnej polityki kryminalnej*, (red.) T. Dukiet-Nagórska, Bielsko Biala 2006, s. 278–285.

⁶ T.j. Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.

⁷ Dz.U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.

⁸ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, Warszawa 2010, s. 232.

W okresie obowiązywania ustawy o zawodzie lekarza z dnia 28 października 1950 roku⁹, która w marginalnym zakresie odnosiła się do autonomii pacjenta, większość autorów opowiadała się za istnieniem po stronie lekarza bezwzględniego obowiązku ratowania samobójcy, nawet wbrew jego woli.

J. Sawicki poddaje analizie trzy sytuacje:

- 1) samobójca znajduje się w stanie nieprzytomności i w chwili zamachu nie pozostawił żadnego oświadczenia woli dotyczącego podjęcia prób przywrócenia go do życia,
- 2) samobójca znajduje się w stanie nieprzytomności, lecz pozostawił oświadczenie woli napisane przed zamachem, z którego wynika jasno, że sprzeciwia się jakimkolwiek zabiegom leczniczym (np. pozostawił list, w którym prosił, by mu pozwolono spokojnie umrzeć),
- 3) samobójca po zamachu jest jeszcze przytomny i sprzeciwia się jakimkolwiek zabiegom mającym na celu dalsze utrzymanie go przy życiu lub wręcz stawia opór wobec lekarza, który usiłuje go ratować¹⁰.

Zdaniem J. Sawickiego, we wszystkich wymienionych sytuacjach lekarz jest upoważniony, a jeżeli samobójcy grozi bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia – ma obowiązek ratowania¹¹. A. Wąsek zdaje się podzielać ten pogląd, konstatując, że niepodjęcie akcji ratowniczej niedosłzłego samobójcy stanowi przestępstwo niedzielenia pomocy, a w przypadku gwaranta odpowiednie skutkowe przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu¹². Zdaniem W. Kuleszy i W. Wanatowskiej, lekarz ma obowiązek ratowania samobójcy, dokonania zszywania rany, płukania żołądka, mimo braku jego zgody, a nawet pomimo wyrażenia przez niego sprzeciwu wobec akcji ratunkowej. Dopiero po uchyleniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia takiej osoby i odzyskaniu przez nią pełni psychicznej równowagi jej wola co do dalszego leczenia lub zaniechania go powinna być respektowana¹³.

Zwolennicy tego podejścia przedstawiają różnorodne argumenty na jego poparcie. Po pierwsze, jest nim domniemanie, że w momencie przystąpienia do akcji ratowniczej samobójca zmienił zdanie i prosi o ratunek, gdyż taka jest siła instynktu samozachowawczego. Po drugie, sprzeciw na zabieg ratowniczy złożony po próbie samobójczej, choćby pochodził od człowieka przytomnego i w pełni władz umysłowych, nie jest wiążący jako sprzeczny z zasadami moralności i dobrych obyczajów.¹⁴ Po trzecie, niedosłzłego samobójcę należy uznać za osobę

⁹ Dz.U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.

¹⁰ J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment, udzielanie pomocy i przeszczep w świetle prawa*, Warszawa 1966, s. 92.

¹¹ J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment...*, s. 92.

¹² A. Wąsek, *Prawnokarna problematyka samobójstwa*, Warszawa 1982, s. 132.

¹³ W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność prawna lekarza*, Warszawa 1988, s. 18–19.

¹⁴ Do sprzeczności tego rodzaju oświadczeń z zasadami współżycia społecznego odwołuje się również M. Nesterowicz. Tenże, *Glosa do wyroku Cour Administrative d'Appel de Paris z dnia 9 czerwca 1998 r.*, (D.1999.J.277), „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 151.

niezdolną do wyrażenia woli ze względu na upośledzenie procesu decyzyjnego, którego próba samobójcza jest albo przyczyną albo skutkiem, dlatego w każdej sytuacji należy podjąć akcję ratowniczą, nawet wbrew jego woli. Osoba taka nie ma możliwości podjęcia świadomej decyzji z uwagi na anormalny stan psychiczny, który trwa również po zamachu, nawet jeśli samobójca jest przytomny¹⁵.

Trafnie jednak zauważa T. Dukiet-Nagórska, że nie jest wcale oczywiste, iż przedstawione wyżej diagnozy zachowują aktualność w zmienionym stanie prawnym. Słusznie przyjmuje, że na gruncie obowiązującej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jak również ustawy o ochronie zdrowia psychicznego nie ma podstaw do jednolitego traktowania wyróżnionych przez J. Sawickiego sytuacji¹⁶.

Teza o bezwzględnym obowiązku ratowania samobójców nie wytrzymuje krytyki w aktualnym stanie prawnym. W pierwszej kolejności ocenie poddać należy sytuację, w której samobójca jest nieprzytomny, zaś wcześniej nie wyraził jasno swej woli co do podejmowania wobec niego jakichkolwiek czynności leczniczych. W takim przypadku należy opowiedzieć się za bezwzględnym obowiązkiem podjęcia odpowiednich czynności ratowniczych. Taki pogląd prezentują m.in. E. Zielińska¹⁷, M. Filar¹⁸, A. Zoll, T. Dukiet-Nagórska¹⁹ i R. Kubiak²⁰. Podjęte przez lekarza czynności mieścić się będą w zakresie art. 33 lub 34 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Powołane przepisy umożliwiają wykonanie zabiegu bez zgody pacjenta. W przypadku zabiegu operacyjnego lub metody o podwyższonym ryzyku dla pacjenta konieczne jest uzyskanie zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe – po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. Zgodnie z art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry lekarz może wykonać te czynności bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy. Przedstawiona sytuacja jest jednoznacznie uregulowana prawnie i nie powinna budzić wątpliwości w praktyce.

Trudniejszy do rozstrzygnięcia jest przypadek, w którym niedoszły samobójca jest nieprzytomny, lecz przed zamachem stanowczo sprzeciwił się czynnościom

¹⁵ J. Sawicki, *Przymus leczenia, eksperyment...*, s. 92; W. Wanatowska, W. Kulesza, *Odpowiedzialność prawna...*, s. 18–19.

¹⁶ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta a polskie prawo karne*, Warszawa 2008, s. 81.

¹⁷ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 83.

¹⁸ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000, s. 257–258.

¹⁹ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta...*, s. 82.

²⁰ R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 233–234.

lecniczym, w wypadku gdyby przeżył zamach na swoje życie. W doktrynie brak jednolitości poglądów w tym zakresie.

Niektórzy autorzy obstają przy stanowisku, iż pozostawione przez samobójcę oświadczenie pozbawione jest znaczenia. P. Góralski przyjmuje, iż można podjąć czynności lecznicze wobec osoby, która podjęła próbę samobójczą, straciła przytomność, mimo wcześniejszego oświadczenia np. wobec lekarza, że nie chce być ratowana lub pozostawienia listu z takim żądaniem²¹. R. Kubiak konstatuje, iż podobnie jak oświadczenie *pro futuro* – taka deklaracja nie jest wiążąca dla lekarza²². J. Bujny argumentuje, iż jest to uzasadnione wątpliwościami co do stanu psychicznego pacjenta składającego oświadczenie o niepodejmowaniu akcji ratowniczej, jak również brakiem pewności, czy pacjent nie zmieniłby swej decyzji, zwłaszcza jeżeli od momentu złożenia oświadczenia zawierającego sprzeciw do momentu utraty przytomności upłynął jakiś czas²³. Zdaniem A. Liszewskiej, art. 33 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym, może stanowić dla lekarza wykonującego w takim wypadku zabieg leczniczy lub prawne zabezpieczenie przed zarzutem popełnienia przestępstwa z art. 192 k.k. Autorka zwraca uwagę, że w świetle powołanego unormowania istotny jest moment, w którym pacjent wymaga pomocy lekarskiej, a w tym czasie nie jest on w stanie wyrazić swej woli, tzn. nie można w sposób niewątpliwy ustalić, czy w chwili podejmowania czynności ratowniczych, nadal sprzeciwia się leczeniu²⁴.

Można spotkać również mniej kategoryczne wypowiedzi. Według A. Zolla, sytuacja, w której niedoszły samobójca odmawia zgody na podjęcie czynności leczniczych i następnie traci przytomność, objęta jest formułą art. 33 ust. 1 lub 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Powołane przepisy jedynie zezwalają na dokonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta, ale nie zobowiązują do jego zastosowania²⁵. W przypadku pozostawienia przez osobę dorosłą wyraźnego oświadczenia woli zakazującego ratowania życia, decyzję należy pozostawić lekarzowi. Podobny tok rozumowania przedstawia M. Nesterowicz.

²¹ P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty eutanazji*, Kraków 2008, s. 221–223.

²² R. Kubiak, *Prawo medyczne*, s. 233.

²³ J. Bujny, *Prawa pacjenta między autonomią a paternalizmem*, Warszawa 2007, s. 253.

²⁴ A. Liszewska, *Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny*, „Prawo i Medycyna” 1999, Nr 1, s. 88.

²⁵ A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 36. Autor podaje przykład pacjenta, którego stan wymaga przeprowadzenia transfuzji krwi, jednak pacjent przed utratą przytomności, ze względów światopoglądowych, nie zgadza się na to. Zdaniem A. Zolla, lekarz, po utracie przytomności przez pacjenta ma kierować się własnym sumieniem. Brak zgody pacjenta wyklucza odpowiedzialności lekarza za zaniechanie zastosowania transfuzji krwi. Natomiast w wypadku zastosowania transfuzji bez zgody pacjenta odpowiedzialność lekarza wyłączona zostaje na podstawie art. 33 ust. 1 lub art. 34 ust. 7 ustawy o zawodzie lekarza.

Wyróżnia on dwa przypadki. W pierwszym, pacjent przed utratą przytomności nie udzielił zgody na zabieg, wówczas lekarz powinien uszanować jego wolę, chyba że pacjent znajdował się w takim stanie psychicznym, że jego oświadczenia woli nie można uznać za ważne. W drugim, jeśli nieudzielenie świadczenia zdrowotnego nieprzytomnemu pacjentowi groziło śmiercią, lekarz ma prawo do działania, gdyż należy domniemywać, że gdyby pacjent był przytomny, to mógłby zmienić swoją wolę. W przypadku gdy samobójca jest nieprzytomny albo przytomny, lecz w stanie zaburzeń psychicznych, lekarz ma prawo działania na podstawie art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁶.

Wreszcie należy wskazać na tych przedstawicieli doktryny, którzy podnoszą, iż lekarz powinien uszanować sprzeciw, w sytuacji gdy niedoszły samobójca jest nieprzytomny, ale przed zamachem wyraził w sposób niebudzący wątpliwości swoją wolę do niepodejmowania akcji ratowniczej. E. Zielińska jest zdania, że obowiązek ratowania samobójcy występuje wtedy, gdy akt samobójczy pochodzi od osoby małoletniej, chorej psychicznie, pozostającej w stanie zaburzeń psychicznych oraz dorosłego samobójcy, który w chwili podejmowania decyzji przez lekarza jest nieprzytomny, zaś wcześniej nie wyraził jasno stanowiska co do tego, czy chce być ratowany²⁷. T. Dukiet-Nagórska uważa natomiast za celowe postępowanie w myśl dyrektywy *pro vita humana*²⁸.

Ocena przedstawionego zagadnienia sprowadza się w swojej istocie do problemu związania lekarza sprzeciwem *pro futuro*. Oświadczenie takie powinno wiązać lekarza, o ile nie ma wątpliwości co do tego, że zostało złożone przez osobę pełnoletnią, nieubezwłasnowolnioną i zdolną do świadomego wyrażenia zgody. Z aksjologicznego punktu widzenia wydaje się, że w pierwszej kolejności należy ocenić i uszanować wolę pacjenta złożoną nawet na przyszłość, a następnie dopiero, przy założeniu, że nie została ona skutecznie oświadczona, podejmować czynności lecznicze.

Ocenić poddać należy również takie przypadki, w których samobójca jest przytomny po zamachu samobójczym i przeciwstawia się zdecydowanie czynnościom leczniczym. Pojawia się wątpliwość, czy lekarz powinien na zasadach ogólnych uszanować jej decyzję i wstrzymać się od jakichkolwiek działań z nią sprzecznych. W piśmiennictwie dominuje pogląd wedle, którego decydujące znaczenie winien mieć stan psychiczny osoby mającej podjąć decyzję woli w przedmiocie działań lekarza zmierzających do uratowania jej życia lub zdrowia.

Niektórzy autorzy, powołując się na ten argument, kwestionują w ogóle możliwość świadomego wyrażenia woli przez osobę po zamachu samobójczym. R. Kędziora traktuje sytuację bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego życiu osoby po usiłowaniu popełnienia czynu samobójczego za odstępstwo od zasady

²⁶ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2001, s. 98.

²⁷ E. Zielińska, *Powinności lekarza...*, s. 83–84.

²⁸ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta...*, s. 82–83.

kierowania się wolą chorego. Skoro każdy inny człowiek byłby zobowiązany do ratowania człowieka w niebezpieczeństwie, to tym bardziej dotyczy to lekarza. Lekarz, wedle prezentowanego poglądu, ma obowiązek działać w celu odwrócenia niebezpieczeństwa i dopiero dalsze czynności wymagać będą zgody pacjenta. Bezczyność lekarza ze względu na sprzeciw takiej osoby prowadziłaby do odpowiedzialności lekarza za nieudzielenie pomocy²⁹.

Podobnie uważa R. Kubiak, twierdząc, że oświadczenie samobójcy zawierające sprzeciw wobec udzielenia pomocy pozbawione jest prawnej skuteczności. W przypadku osób dokonujących zamachu na swe życie należy domniemywać, że ich stan psychiczny wyłącza możliwość racjonalnego podjęcia świadomej decyzji³⁰.

Podjęcie czynności leczniczych wobec niedoszłego samobójcy dopuszcza również P. Góralski, który pozostaje przytomny w czasie akcji ratowniczej. Jak podkreśla, odmowa poddania się zabiegowi ratującemu życie przez niedoszłego samobójcę stwarza duże prawdopodobieństwo sformułowania jej pod wpływem emocji, które mogą uniemożliwiać ratowanemu prawidłową ocenę skutków takiego oświadczenia. Po przeprowadzeniu czynności ratujących życie w sytuacji jego bezpośredniego zagrożenia, jeśli niedoszły samobójca osiągnie stan, w którym już bez żadnych wątpliwości podejmie decyzję o rezygnacji z dalszego leczenia, wówczas jego zdanie należy respektować, nawet jeśli miałyby to skutkować jego śmiercią³¹. Autor argumentuje, że podjęcie działań ratowniczych wobec niedoszłego samobójcy, który świadomie sprzeciwia się przeprowadzeniu czynności leczniczej, wynika z opowiedzenia się za ratowaniem nieprzytomnych osób, które targnęły się na swoje życie. Jeśli przyjąć, że lekarz ma prawo ratować chorego, który stracił przytomność, to powinien posiadać również przyzwolenie na ratowanie osoby, która będąc jeszcze w stanie przytomności, odmawia przyjęcia tej pomocy. Odmienne rozwiązanie prowadziłoby do paradoksalnych sytuacji, w których lekarze wezwani do wypadku, widząc przytomnego pacjenta, który odmawia poddania się czynnościom ratowniczym, musieliby czekać, aż ten straci przytomność, by udzielić mu stosownej pomocy³². M. Nesterowicz jest również zdania, że z zasady samobójca po zamachu znajduje się w stanie psychicznym wyłączającym możliwość właściwej oceny sytuacji i złożenia niewadliwego oświadczenia woli. Jeśli samobójca po zamachu jest przytomny i w pełni władz umysłowych, należy uszanować jego sprzeciw³³.

Mniej rygorystyczne stanowisko prezentuje A. Zoll, w ocenie którego w przypadku próby samobójstwa osoby dorosłej i przytomnej lekarz musi podporząd-

²⁹ R. Kędziora, *Problematyka zgody pacjenta w świetle polskiego ustawodawstwa medycznego*, „Prokuratura i Prawo” 2003, nr 7–8, s. 52.

³⁰ R. Kubiak, *Przypadki braku wymogu zgody uprawnionego jako przesłanki zabiegów leczniczych i nie-terapeutycznych*, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2000, nr 62, s. 99; tenże, *Prawo medyczne*, s. 233–234.

³¹ P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty...*, s. 221–223.

³² P. Góralski, *Prawne i społeczne aspekty...*, s. 223.

³³ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 98.

kować się woli pacjenta³⁴. J. Kulesza wskazuje, iż lekarz powinien uszanować sprzeciw wobec przeprowadzenia zabiegu, nawet ratującego życie. Jego zdaniem powyższe ma zastosowanie nie tylko do przytomnego samobójcy, czy pacjenta w stanie terminalnym, ale również Świadka Jehowy, który sprzeciwia się koniecznej dla ratowania życia transfuzji krwi³⁵. M. Świdarska podziela pogląd, według którego lekarz nie może podjąć zabiegu medycznego niezbędnego dla ratowania życia w stosunku do dorosłego i przytomnego samobójcy, o ile jego stan psychiczny nie budzi wątpliwości (w szczególności, gdy stopień gwałtowności działania samobójczego nie jest wysoki) i jest on świadomy ryzyka. Lekarz ma jednak obowiązek przekonywania samobójcy o celowości interwencji medycznej³⁶.

Również z rozważań M. Filara wynika, że jeśli osoba usiłująca popełnić samobójstwo jest w stanie pozwalającym na niewadliwe podjęcie decyzji woli w przedmiocie działań lekarza, to lekarz nie ma prawa działania wbrew jej woli i dokonując takich czynności naraziłby się na odpowiedzialność z art. 192 k.k. Jeśli wykazuje ona zaburzenia psychiczne uniemożliwiające jej podjęcie lub wyrażenie decyzji woli, to podjęte przez lekarza czynności mieścić się będą w zakresie art. 34 ust. 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty³⁷. Natomiast w ocenie T. Dukiet-Nagórskiej, jeśli pacjent znajduje się w stanie zaburzeń psychicznych w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, odmowa poddania się interwencji powinna być oceniona jako zachowanie zagrażające jego życiu lub zdrowiu, i w konsekwencji uruchamiać zastosowanie odpowiednich przepisów tej ustawy³⁸.

W kontekście odpowiedzialności karnej lekarza, na podstawie art. 192 k.k., istotne znaczenie ma ustalenie istnienia skutecznego, niewadliwego, wiążącego oświadczenia pacjenta w przedmiocie zgody na leczenie lub jej odmowy. Rolę lekarza w związku z aktem zgody pacjenta postrzega się przez pryzmat oceny stopnia świadomości pacjenta, poinformowania pacjenta oraz odebrania od niego aktu zgody. Ustalenie, czy stan pacjenta pozwala na świadome wyrażenie sprzeciwu, wymaga oceny okoliczności konkretnego wypadku i stanu duchowego pacjenta³⁹. Oprócz wskazań medycznych, przy ocenie stopnia świadomości pacjenta należy uwzględnić również elementy psychologiczno-psychiatryczne⁴⁰. W przypadku samobójcy na lekarzu spoczywa więc obowiązek zdekodowania

³⁴ A. Zoll, *Stan wyższej konieczności jako okoliczność wyłączająca przestępność czynu w praktyce lekarskiej*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 14.

³⁵ J. Kulesza, *Brak zgody pacjenta na zabieg leczniczy, a lekarski obowiązek udzielania pomocy*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 67–68.

³⁶ M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 221.

³⁷ M. Filar, *Lekarskie prawo karne*, s. 257–258.

³⁸ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta...*, s. 82.

³⁹ J. Sawicki, *Przymus poddania się leczeniu. Zasada i wyjątki*, „Państwo i Prawo” 1963, nr 4, s. 637–638.

⁴⁰ S. Niemczyk, A. Łazarska, *Materialnoprawne elementy aktu zgody pacjenta w ujęciu prawnym i medycznym*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 2, s. 63.

woli samobójcy, jak również oceny, czy znajduje się on w stanie umożliwiającym podejmowanie decyzji w sposób świadomy.

Oświadczenia osób, które targnęły się na własne życie, wyrażające sprzeciw wobec czynności leczniczych często są składane w sytuacji znacznego zakłócenia czynności psychicznych odbierającego zdolność rozpoznania znaczenia podejmowanych zachowań. W związku z tym konieczne jest zbadanie okoliczności złożenia oświadczenia⁴¹. W żadnym razie nie można domniemywać, że każdy niedoszły samobójca wykazuje zaburzenia psychiczne, które wykluczają możliwość samostanowienia (wyrażenia zgody na zabieg, czy sprzeciwu). Przykładem mogą być osoby dotknięte nieuleczalnymi chorobami, pacjenci w stanie terminalnym itp.

Podzielić należy pogląd E. Zielińskiej, która w pewnych wypadkach skłonna jest przyjmować dorozumianą wolę samobójcy nieratowania go (tzw. racjonalni samobójcy, jak również osoby, w przypadku których akcja ratownicza może nie zapobiec powstaniu kalectwa, czy upośledzenia umysłowego)⁴².

Już w okresie międzywojennym wyrażano pogląd, iż „nie należy i nie wolno nikogo uszczęśliwiać wbrew jego woli. Prawo nikomu nie zabrania umrzeć czy chorować. Państwo daje jednostce możliwość ratowania się, ale do tego nie zmusza. Uszczęśliwianie wbrew woli nie jest w zasadzie zadaniem lekarza”⁴³. Jeśli osoba potrzebująca pomocy jej sobie nie życzy, a jednocześnie znajduje się w stanie pozwalającym na świadome wyrażenie swej woli, to lekarz powinien uszanować jej sprzeciw, choćby stan chorego był wynikiem zamachu samobójczego. Argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest brak przepisu wprowadzającego przymus leczenia samobójców, jak to ustawodawca przykładowo uczynił w odniesieniu do osób skazanych odbywających karę pozbawienia wolności (art. 117–118 k.k.w.). Wobec tego należałoby przyjąć, iż w odniesieniu do osób, które targnęły się na swe życie, zastosowanie znajdują ogólne zasady dotyczące zgody pacjenta na interwencje medyczne.

Należy się zgodzić ze zgłaszanymi w doktrynie postulatami wypracowania odpowiednich rozwiązań normatywnych wprost i szczegółowo określających warunki, jakie muszą być spełnione, aby lekarz mógł odstąpić od akcji ratowniczej⁴⁴. Przyczyniłoby się to z pewnością do uściślenia obecnie – jak wykazano – nieprecyzyjnego stanu prawnego w tym zakresie. Wydaje się również, że tak istotna kwestia oraz tak wyraźna kolizja wartości powinna znaleźć jednoznaczne rozwiązanie normatywne.

Niezależnie od potrzeby wprowadzenia tego rodzaju regulacji *de lege lata* lekarz w kontakcie z pacjentami, co do których istnieje ryzyko targnięcia się na

⁴¹ A. Zoll, *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi w świetle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 4, s. 5–9.

⁴² E. Zielińska, *Powinności lekarza...*, s. 83–84.

⁴³ Por. S. Popower, *Encyklopedia Prawa Karnego – hasło – lekarz*, 1938, s. 820.

⁴⁴ T. Dukiet-Nagórska, *Autonomia pacjenta...*, s. 83; E. Zatyka, *Lekarski obowiązek udzielenia pomocy*, Warszawa 2011, s. 141.

własne życie, zawsze powinien poinformować ich o konieczności leczenia, starać się nakłonić do udzielenia zgody na leczenie lub przeprowadzić konsultację z psychologiem. Dodać należy, że niezbędne byłoby również upowszechnienie tego rodzaju rozwiązań w środowisku lekarskim. Jak potwierdzają bowiem badania przeprowadzone przez E. Zatykę, lekarze deklarują niewielką znajomość przepisów regulujących zakres obowiązku udzielenia pomocy, jak również granic prawa do odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego⁴⁵.

STRESZCZENIE

W artykule poddano analizie problematykę standardu postępowania lekarza wobec samobójców. Tytułowe zagadnienie skonfrontowano z prawnym obowiązkiem udzielenia pomocy. Zwrócono również uwagę na konsekwencje karne wykonania zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta. Autorka opowiada się za zastosowaniem wobec osób, które targnęły się na własne życie ogólnych zasad dotyczących zgody pacjenta na interwencje medyczne. Postuluje jednocześnie doprecyzowanie przepisów regulujących postępowanie lekarzy wobec samobójców.

SUMMARY

The article analyzes the medical standard of treating suicides. The issue is confronted with the legal obligation to provide emergency assistance. Attention is also drawn to the legal consequences of performing medical procedures without the patient's prior consent. The author opts for treating suicides in accordance with the general rules regarding a patient's consent for the application of medical procedures. She calls for better specification of regulations of medical treatment of suicides.

⁴⁵ E. Zatyka, *Lekarski obowiązek...*, s. 143 i n.