

Katarzyna PFEIFER-CHOMICZEWSKA\*

 <https://orcid.org/0000-0002-8123-2342>

## O PRZYDATNOŚCI OŚWIADCZEŃ *PRO FUTURO* DO OCHRONY OSÓB DOTKNIĘTYCH CHOROBAŁ ALZHEIMERA LUB INNĄ CHOROBAŁ OTĘPIENNĄ

### (Streszczenie)

W aktualnie obowiązującym stanie prawnym jedynym środkiem ochrony prawnej osób cierpiących na chorobę Alzheimera lub inną chorobę otępienną jest ubezwłasnowolnienie. By wzmocnić ochronę prawną osób dotkniętych chorobą neurodegeneracyjną, postuluje się kompleksowe uregulowanie tzw. oświadczeń *pro futuro*, czyli oświadczeń składanych na przyszłość. Kategoria oświadczeń *pro futuro* jest bardzo szeroka i obejmuje nie tylko tzw. testamenty życia ściśle związane z problematyką umiarkowania pacjenta, ale również inne oświadczenia mające za przedmiot zwykłe interwencje medyczne. Należy jednak wskazać, że oświadczenia *pro futuro* mogą odnosić się nie tylko do działań medycznych, ale również do kwestii osobistych chorego, niezwiązanych z procesem leczenia. Rozwój choroby Alzheimera lub innej choroby otępiennej stopniowo pozbawia chorego jego zdolności do pojmowania otaczającej rzeczywistości. Mając na uwadze, iż proces ten jest z reguły rozłożony w czasie, uregulowanie oświadczeń *pro futuro* w przypadku takich schorzeń wydaje się szczególnie przydatne.

**Słowa kluczowe:** choroba Alzheimera; oświadczenia *pro futuro*; ochrona prawna; osoby starsze

### 1. Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa jest zjawiskiem, które już od wielu lat jest przedmiotem badań m.in. demografów i socjologów. Zmniejszająca się liczba urodzeń, również w Polsce, a co za tym idzie – rosnący odsetek ludzi starszych sprawiają, że regularnie wzrastać będzie liczba osób zapadających na choroby, w których wiek jest szczególnym czynnikiem ryzyka (tzw. choroby neurologiczne wieku podeszłego)<sup>1</sup>. Zaliczamy do nich przede wszystkim choroby neu-

\* Dr, adiunkt, Uniwersytet Łódzki, Wydział Prawa i Administracji, Katedra Prawa Cywilnego; e-mail: [kpfeifer@wpia.uni.lodz.pl](mailto:kpfeifer@wpia.uni.lodz.pl)

<sup>1</sup> **G. Opala**, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej*, w: **A. Szczudlik** (red.),

rozwyrodnieniowe, wśród których figurują zespoły otępienne z chorobą Alzheimera na czele<sup>2</sup>.

Rosnąca liczba zachorowań na chorobę Alzheimera i inne zespoły otępienne stanowi dziś wyzwanie nie tylko dla medycyny, ale i prawa. Jednym z wielu problemów dotyczących chorób neurodegeneracyjnych jest bowiem ochrona prawna osób dotkniętych tego rodzaju chorobą. Ochrona osób dotkniętych np. chorobą Alzheimera przywodzi na myśl w pierwszej kolejności, przynajmniej polskiemu prawnikowi, ochronę zapewnioną przez ustawodawcę w postaci instytucji ubezwłasnowolnienia (art. 13 i 16 Kodeksu cywilnego; dalej: „k.c.”). Abstrahując od wad i zalet aktualnie stosowanych mechanizmów prawnych, jakim jest chociażby ubezwłasnowolnienie, można stwierdzić, że jest to tak naprawdę ochrona niezależna od woli samego chorego. Jest to ochrona, którą moglibyśmy nazwać mianem „następczej”, gdyż wcielana jest ona w życie najczęściej przez osoby najbliższe chorego, już po zdiagnozowaniu choroby i najczęściej na już zaawansowanym etapie tej choroby. Odmiennym aspektem ochrony jest ochrona, którą moglibyśmy określić jako „uprzednią”, czyli zależną od woli potencjalnie chorego lub już chorego, lecz jeszcze zdolnego do podjęcia świadomej decyzji i do jej wyrażenia. W tym zakresie jednak, polskie rozwiązania prawne wydają się niewystarczające. Szczególnie ważną kwestią wydaje się ochrona na gruncie prawa medycznego. Mając na uwadze kolejne stadia rozwoju choroby otępiennej<sup>3</sup>, prowadzące do stopniowego zaniku możliwości kierowania swoim postępowaniem, pojawia się w związku z powyższym pytanie o możliwość składania oświadczeń na przyszłość, tzw. oświadczeń *pro futuro*, zarówno w odniesieniu do interwencji medycznych, jak i sytuacji niezwiązanych bezpośrednio z działaniami medycznymi.

---

*Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa, maj 2014, s. 8–9, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/publikacje-sytuacja-osob-chorych-na-chorobe-alzheimera-w-polsce-raport-rpo>; stan na 14.05.2017 r. Zob. także: opracowanie GUS, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-osob-starszych-i-konsekwencje-starzenia-sie-ludnosc-polski-w-swietle-prognozy-na-lata-2014-2050,18,1.html>; stan na 29.01.2018 r.

<sup>2</sup> G. Opala, *op. cit.*, s. 9.

<sup>3</sup> M. Barcikowska-Kotowicz, *Obraz kliniczny choroby Alzheimera – charakterystyka trzech stadiów choroby*, w: A. Szczudlik (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa, maj 2014, s. 19–21, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/publikacje-sytuacja-osob-chorych-na-chorobe-alzheimera-w-polsce-raport-rpo>; stan na 14.05.2017 r.

## 2. Zgoda pacjenta jako wymóg interwencji medycznej oraz ochrona następcza osoby dotkniętej chorobą Alzheimera

Współczesna praktyka medyczna i prawo medyczne odchodzą od modelu paternalistycznego zakładającego arbitralność w działaniu lekarza względem chorego, na rzecz poszanowania autonomii pacjenta<sup>4</sup>. Udzielenie świadomej zgody przez pacjenta na przeprowadzenie określonej interwencji medycznej jest podstawowym wymogiem współczesnej praktyki medycznej, co zresztą wyraźnie przewidują przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dalej: u.z.l.l.d.). Zgodnie z przepisem art. 32 u.z.l.l.d. lekarz może przeprowadzić badanie lub udzielić innych świadczeń zdrowotnych, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Z kolei przepis art. 34 u.z.l.l.d. stanowi, że lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody. Na gruncie obowiązujących przepisów prawa, wola pacjenta decyduje nie tylko o możliwości przystąpienia do zabiegu, lecz również wyznacza ona jego zakres i warunki. Co więcej, pomimo istnienia przesłanek do dokonania określonych czynności medycznych, pacjent nie ma obowiązku poddania się im, a lekarz, poza ustawowo przewidzianymi wyjątkami<sup>5</sup>, nie ma możliwości leczenia pacjenta wbrew jego woli. Pacjent może zatem wyrazić swoje stanowisko zarówno w pozytywny sposób, tj. akceptując przeprowadzenie określonego zabiegu, jak również w sposób negatywny – sprzeciwiając się określonym działaniom medycznym.

Zgoda pacjenta, w zależności od powagi interwencji medycznej i ryzyka, jakie pociąga ona za sobą, może być wyrażona konkludentnie lub ustnie (tzw. forma zwykła) lub pisemnie (tzw. forma pisemna). Ponadto, od dnia 23 sierpnia 2018 r., w związku z postępującą informatyzacją systemu opieki zdrowotnej

<sup>4</sup> **M. Ołyńska**, *Oświadczenie pro futuro jako forma wyrażenia woli pacjenta wobec interwencji medycznej*, Prawo i Medycyna 2011/3, s. 82.

<sup>5</sup> Zob. np. art. 33 u.z.l.l.d.: 1. 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. 2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem. 3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta.

i wprowadzeniem Internetowego Konta Pacjenta (dalej: IKP)<sup>6</sup>, w przypadku wyrażenia zgody za pośrednictwem IKP na zabieg operacyjny albo zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, wymagana jest forma dokumentowa (art. 18 ust. 1a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Generalną zasadą w prawie medycznym, odnoszącą się zarówno do interwencji leczniczych, jak i nieleczniczych (np. zabiegi estetyczne), a wyprowadzaną z przepisu art. 32 ust. 1 u.z.l.l.d., jest samodzielne podjęcie decyzji przez pacjenta odnośnie do proponowanego mu świadczenia medycznego. Jest to tzw. zgoda właściwa (typowa), zastrzeżona dla osób dorosłych posiadających pełną zdolność do czynności prawnych<sup>7</sup>, określanych mianem pacjentów kompetentnych. Uzyskanie świadomej zgody jest natomiast znacząco utrudnione lub po prostu wyłączone w przypadku pacjentów niekompetentnych, czyli niezdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji i wyrażenia zgody w sprawie proponowanego im leczenia. Do takiej kategorii pacjentów zaliczyć należy nie tylko osoby, które np. wskutek wypadku znajdują się w stanie śpiączki, lecz także osoby, których zdolności poznawcze zostały ograniczone lub wyłączone na skutek choroby neurodegeneracyjnej (choroby Alzheimera lub innej choroby otępiennej). W takiej sytuacji, w aktualnym stanie prawnym, wola samego chorego jest pomijana, a stosowną decyzję podejmują za niego inne podmioty. W aktualnym stanie prawnym, w zależności od podmiotu wyrażającego zgodę i sposobu jej wyrażenia, wyróżniamy tzw. zgodę kumulatywną oraz tzw. zgodę zastępczą<sup>8</sup>. Zgoda kumulatywna to zgoda, dla której skuteczności potrzebna jest zgoda dwóch lub więcej podmiotów. Z kolei ze zgodą zastępczą mamy do czynienia w sytuacji, gdy ze względu na wiek lub stan zdrowia chorego wyrażenie przez niego świadomej zgody jest niemożliwe lub utrudnione. Wówczas za takiego pacjenta zgodę na czynność medyczną wyraża inny podmiot. Pacjentami niezdolnymi do samodzielnego wyrażenia zgody są małoletni, osoby ubezwłasnowolnione oraz osoby niezdolne do świadomego wyrażenia zgody (art. 32 § 6 u.z.l.l.d.). Najczęściej za pacjenta niekompetentnego zgodę wyrażać będzie jego przedstawiciel ustawowy lub sąd opiekuńczy. Prawo jedynie w wyjątkowych, nagłych sytuacjach dopuszcza działanie lekarza bez zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego czy właściwego sądu (art. 33,

<sup>6</sup> Zob. art. 2 pkt 19 oraz 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r., poz. 1845 oraz z 2018 r., poz. 697 i 1515) dodane przez odpowiednio art. 1 pkt 1 lit. d oraz art. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz.U. 2018.1515) o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

<sup>7</sup> **K. Baron**, *Zgoda pacjenta*, Prawo i Prokuratura 2010/9, s. 48–49.

<sup>8</sup> *Ibidem*, s. 48 i n.

34 ust. 7 w zw. z art. 32 ust. 9, art. 35 u.z.l.l.d.)<sup>9</sup>. W przypadku pacjenta ubezwłasnowolnionego całkowicie, którym może być osoba dotknięta chorobą Alzheimera, przepis art. 32 ust. 4 u.z.l.l.d. wymaga zgody zastępczej przedstawiciela ustawowego na zabieg medyczny, któremu chory ma zostać poddany. Z konstrukcji powyższego przepisu wnioskujemy, że zgoda przedstawiciela ustawowego jest wystarczająca, jeśli osoba ubezwłasnowolniona całkowicie nie jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinii w sprawie badania. Jeśli bowiem osoba ubezwłasnowolniona całkowicie jest w stanie z rozeznaniem wypowiedzieć opinię w sprawie badania, ustawa wymaga obok zgody jej przedstawiciela ustawowego również zgody samego pacjenta. Przepis art. 32 ust. 6 u.z.l.l.d. wskazuje natomiast, że w przypadku gdy osoba ubezwłasnowolniona, lecz dysponująca dostatecznym rozeznaniem, sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jej przedstawiciela ustawowego albo w przypadku niewyrażenia przez niego zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. O ile przepis art. 32 ust. 4 u.z.l.l.d. wyraźnie odnosi się do osoby ubezwłasnowolnionej całkowicie, o tyle przepis art. 32 ust. 6 u.z.l.l.d. używa sformułowania „osoba ubezwłasnowolniona”, co pozwala przyjąć, że chodzi tutaj zarówno o przypadki ubezwłasnowolnienia częściowego i całkowitego.

Regulacje obowiązujące w omawianej materii i postaci udzielanej zgody odnoszą się do przypadków, gdy zaistniały już wskazania do przeprowadzenia określonego zabiegu medycznego bądź też wskazania takie zaistnieją w niedalekiej przyszłości. Problematiczna jest natomiast kwestia wyprzedzania zdarzeń, które mogą lub mogłyby mieć miejsce w przyszłości, a które doprowadzą do utraty lub znacznego ograniczenia możliwości samodzielnego podejmowania decyzji dotyczących zabiegów medycznych czy opieki medycznej w ogóle. Pojawia się zatem pytanie, czy osoba fizyczna może wyrazić na przyszłość swoją wolę dotyczącą określonego leczenia zanim wystąpią wskazania do jego podjęcia.

### 3. Pojęcie oświadczenia *pro futuro*

Wyrażenie na przyszłość woli dotyczącej metody leczenia na wypadek utraty możliwości samodzielnego podjęcia decyzji w momencie zaistnienia wskazań do podjęcia np. określonego zabiegu medycznego wiąże się z szerokim tematem, jakim są tzw. oświadczenia *pro futuro*. W literaturze przedmiotu sporo kon-

<sup>9</sup> **B. Janiszewska**, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnątrzsystemowe*, Warszawa 2013, s. 136 i n.

trowersji budzi już jednak sama terminologia. Nierzadko termin „oświadczenia woli na przyszłość” stosowany jest jako synonim tzw. testamentów życia, które z kolei ściśle związane są z problematyką eutanazji. Wydaje się, że zawężanie terminu „oświadczenie *pro futuro*” do testamentów życia i kwestii umierania jest podejściem nieprawidłowym. Oświadczenia *pro futuro* uznać należy za kategorię o wiele szerszą<sup>10</sup>.

### 3.1. Definicja oświadczeń *pro futuro*

Oświadczenia *pro futuro* bywają w polskiej literaturze definiowane jako szczególna manifestacja woli pacjenta, składana na wypadek utraty przytomności, dotycząca sposobu postępowania lekarzy z pacjentem<sup>11</sup>. Definicja ta wydaje się jednak zbyt wąska. Podzielając pogląd M. Safjana, należy przyjąć, że oświadczenia *pro futuro* składane są raczej na wypadek nieświadomości pacjenta. Jest to zatem kategoria o wiele szersza niż utrata przytomności<sup>12</sup>. Jak wskazał M. Syska, przez nieświadomość należy rozumieć „faktyczną niezdolność do samodzielnego rozeznania sytuacji i podejmowania decyzji”<sup>13</sup>. Autor ten słusznie wskazuje, że „oświadczenia *pro futuro* mogą zostać przewidziane na każdy wypadek, gdy zgoda klasyczna nie może zostać skutecznie wyrażona z przyczyn leżących w stanie świadomości podmiotu zgody”<sup>14</sup>. Ponadto, L. Bosek i P. Sobolewski zwrócili uwagę na kolejną, ważną cechę oświadczeń *pro futuro*. Zdaniem wyżej wskazanych autorów, dla oświadczeń *pro futuro* kluczowe jest to, że są one składane przez osobę, która nie znajduje się bezpośrednio w sytuacji leczniczej, tj. przez osobę, w stosunku do której „w chwili składania oświadczenia, nie zaktualizowały się jeszcze przesłanki dokonania zabiegu, co do dokonania którego wyrażana jest zgoda”<sup>15</sup>.

<sup>10</sup> Tak również: M. Ołyńska, *op. cit.*, s. 81; M. Śliwka, *Testament życia oraz inne oświadczenia pro futuro – wyzwanie dla ustawodawcy polskiego*, w: O. Nawrot, A. Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej. Wybrane problemy bioprawa*, Gdańsk 2015.

<sup>11</sup> Tak np. M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 209.

<sup>12</sup> M. Safjan, *Prawo i medycyna, ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, Warszawa 1998, s. 44.

<sup>13</sup> M. Syska, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawno porównawczym*, Warszawa 2013, wersja elektroniczna Lex, Rozdział I, Podrozdział 2.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> L. Bosek, P. Sobolewski, *Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, SPP 2015/3 (38)–4 (39), s. 7.

Podsumowując, oświadczeniami *pro futuro* są oświadczenia, które składane są na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody i tym samym do samodzielnego podjęcia decyzji. Oświadczenia te mogą dotyczyć preferencji odnośnie do metody leczenia czy podmiotu mającego wykonać zabieg, czy prowadzić leczenie. Ponadto są to oświadczenia, które składane są zanim pojawią się wskazania medyczne do dokonania zabiegu czy prowadzenia leczenia<sup>16</sup>.

### 3.2. Postacie oświadczeń *pro futuro*

W literaturze przedmiotu można spotkać się z różnymi klasyfikacjami oświadczeń *pro futuro*<sup>17</sup>. I tak, ze względu na przedmiot woli wyróżnia się:

- testament życia (ang. *living will*, fr. *testament de vie*) – oświadczenie dotyczące sytuacji ekstremalnych dla pacjenta, gdyż związanych z umieraniem. Oświadczenia te obejmują życzenia lub wskazówki dotyczące postępowania w sytuacjach uporeczywej terapii, eutanazji i przerwania życia. Niektórzy autorzy zaliczają do tej kategorii również oświadczenia DNR (ang. *do not resuscitate*) odnoszące się do przerwania lub rezygnacji z resuscytacji, gdy staje się ona bezcelowa lub niesie ze sobą zagrożenie bardzo poważnych uszkodzeń mózgu, a co za tym idzie ryzyko stanu wegetatywnego lub istotnej niepełnosprawności<sup>18</sup>;
- oświadczenia dotyczące pozostałych zabiegów medycznych – w odróżnieniu od testamentów życia, chodzi tutaj o możliwość wyrażenia zgody lub odmowy na leczenie w tzw. zwykłych, typowych sytuacjach leczniczych. W grę wchodzić będą zatem oświadczenia dotyczące np. rozszerzenia zakresu zabiegu medycznego czy amputacji kończyny. Zdaniem niektórych, oświadczenia te mogą mieć za przedmiot nie tylko określony sposób leczenia, lecz również odnosić się do innych aspektów terapii, np. leczenia w określonym zakładzie opieki zdrowotnej albo leczenia przez konkretnego lekarza<sup>19</sup>;
- pełnomocnictwo do spraw zdrowotnych – ma za przedmiot wskazanie osoby uprawnionej do wyrażania zgody na zabieg w imieniu pacjenta, na wypadek sytuacji, w której ten nie byłby zdolny do samodzielnego podjęcia decyzji i wyrażenia zgody. Pełnomocnika do spraw zdrowotnych określa

<sup>16</sup> *Ibidem*, s. 8.

<sup>17</sup> Zob. obszerną analizę postaci oświadczeń *pro futuro*: M. Syska, *op. cit.*, Rozdział I.

<sup>18</sup> Szerzej nt. testamentu życia zob.: R. Citowicz, *Spory wokół „testamentu życia”*, PiP 2007/1, s. 32–44.

<sup>19</sup> L. Bosek, P. Sobolewski, *Oświadczenia na wypadek...*, s. 5.



się czasem mianem tzw. osoby zaufania, mamy tutaj bowiem do czynienia z relacją opartą na szczególnym zaufaniu między mocodawcą a osobą uprawnioną, którą nierzadko będzie osoba bliska pacjenta. Zaliczenie pełnomocnictwa do spraw zdrowotnych do kategorii oświadczeń *pro futuro* jest jednak kwestią sporną w polskiej doktrynie<sup>20</sup>.

Oświadczenia *pro futuro* można podzielić również ze względu na treść. Wyróżnić wówczas można oświadczenia upoważniające lekarza do podjęcia określonego działania (zgoda *pro futuro*) oraz sprzeciwiające się podjęciu określonego leczenia (sprzeciw/odmowa *pro futuro*). Przy czym oświadczenia *pro futuro* sprzeciwiające się określonej medycynie wydają się najbardziej problematyczne ze względu na dylemat prawno-etyczny, przed jakim stawiają lekarza, a sprowadzający się do odpowiedzi na pytanie, czy dać pierwszeństwo dobru czy woli pacjenta<sup>21</sup>.

Z kolei kryterium interwencji medycznej, do której odnoszą się oświadczenia, pozwala na odróżnienie oświadczeń składanych w abstrakcyjnej sytuacji, tj. w oderwaniu od działania leczniczego, od oświadczeń dotyczących przyszłych, niepewnych skutków konkretnej interwencji medycznej (np. oświadczenia składane przed konkretną operacją chirurgiczną, a odnoszące się jedynie do jej ewentualnych następstw). W tym drugim przypadku M. Syska wskazuje na oświadczenia, które pacjent składa na wypadek, gdyby zachodziła konieczność rozszerzenia zakresu interwencji medycznej, której się poddaje, a nie mógłby decyzji podjąć bezpośrednio i samodzielnie, np. ze względu na narkozę. Oświadczenie to odnosi się do sytuacji (np. rozszerzenia zabiegu), która może, ale nie musi się zrealizować w przyszłości<sup>22</sup>.

#### 4. Oświadczenia *pro futuro* w prawie międzynarodowym i prawie polskim

Oświadczenia *pro futuro* nie zostały do tej pory szczegółowo uregulowane w przepisach prawa międzynarodowego, unijnego ani polskiego.

<sup>20</sup> Szerzej na temat uznania pełnomocnictwa ds. zdrowotnych za oświadczenie *pro futuro* zobacz: **R. Citowicz**, *op. cit.*, s. 32 i n.; **L. Bosek, P. Sobolewski**, *Oświadczenia na wypadek...*, s. 8–9.

<sup>21</sup> Na ten temat zob. szerzej: **B. Janiszewska**, *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, *Prawo i Medycyna* 2007/2, s. 33 i n.

<sup>22</sup> **M. Syska**, *op. cit.*, Rozdział I, pkt 3.2.



Jednym z ważniejszych aktów prawa międzynarodowego w omawianej dziedzinie jest Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec zastosowań Biologii i Medycyny przyjęta przez Komitet Ministrów z dnia 19 listopada 1996 r. (dalej: Europejska Konwencja o Biomedycynie). Polska wprawdzie nie ratyfikowała tego aktu, jednak zawarte w nim rozwiązania mogą dostarczyć cennych wskazówek w razie podjęcia próby wypracowania polskiego rozwiązania, odnoszącego się do problemu oświadczeń *pro futuro*. Europejska Konwencja o Biomedycynie przewiduje w art. 9, że „należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest on w stanie wyrazić swojej woli”. W Raporcie wyjaśniającym do Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencji o prawach człowieka i biomedycynie z 4 kwietnia 1997 r.<sup>23</sup> (dalej: Raport), Komitet Ministrów Rady Europy podkreślił, że art. 9 Europejskiej Konwencji o Biomedycynie odnosi się nie tylko do sytuacji nagłych, lecz ogólnie do przypadków, w których osoba zdolna do rozpoznania znaczenia własnych czynów wyraziła swoją wolę, sprzeciw lub zgodę, z wyprzedzeniem w odniesieniu do sytuacji przewidywalnych, w których osoba ta nie byłaby w stanie samodzielnie podjąć decyzji odnośnie do interwencji medycznej (pkt 60 Raportu). Tak więc, art. 9 Europejskiej Konwencji o Biomedycynie oprócz przypadków nagłych obejmuje swym zakresem również sytuacje, w których dana osoba przewiduje, że może znaleźć się i w których będzie niezdolna do samodzielnego i ważnego powzięcia decyzji. Komitet Ministrów Rady Europy wskazał, tytułem przykładu, na choroby progresywne jak np. starcza demencja (fr. *démence sénile*) (pkt 61 Raportu). Punkt 62 Raportu wyraźnie stwierdza, że wcześniej wyrażone życzenia należy brać pod uwagę, co jednak nie oznacza, że muszą być one koniecznie spełniane. Jeśli bowiem życzenia pacjenta zostały sformułowane na bardzo długo przed interwencją medyczną, a nauka w międzyczasie ewoluowała, uzasadnione będzie pominięcie takich życzeń. W takim układzie personel medyczny (lekarz) ma obowiązek upewnić się, jeśli to możliwe, że uprzednie preferencje pacjenta, w świetle m.in. postępu medycznego, zachowują swoją aktualność.

<sup>23</sup> *Raport wyjaśniający do Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencji o prawach człowieka i biomedycynie z 4 kwietnia 1997 roku*, dostępny w francuskiej wersji językowej: <https://rm.coe.int/16800cce7e>; stan na 28.08.2017 r. oraz w angielskiej wersji językowej: <https://rm.coe.int/16800ccde5>; stan na 28.08.2017 r.

Rekomendacja (2009)11 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie zasad dotyczących pełnomocnictwa opiekuńczego (ang. *continuing powers of attorney*) i dyrektyw antycypowanych na wypadek niezdolności do czynności prawnych (ang. *advance directives for incapacity*; fr. *les directives anticipées ayant trait à l'incapacité*)<sup>24</sup> (dalej: Rekomendacja (2009)11) zachęca Państwa członkowskie do wcielania w życie prawa do samostanowienia osób pełnoletnich mających zdolność do czynności prawnych na wypadek utraty lub ograniczenia w przyszłości rozeznania wskutek m.in. zaawansowanego wieku, poprzez wypracowanie rozwiązań prawnych dotyczących pełnomocnictw opiekuńczych i dyrektyw antycypowanych. Pełnomocnictwo opiekuńcze zdefiniowane zostało jako pełnomocnictwo udzielane przez osobę pełnoletnią posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych na wypadek utraty lub ograniczenia rozeznania. Przez dyrektywy antycypowane rozumie się z kolei instrukcje lub życzenia wydane przez pełnoletniego posiadającego pełną zdolność do czynności prawnych, dotyczące kwestii, które mogą się pojawić w przyszłości na skutek utraty lub ograniczenia zdolności rozeznania. Jednocześnie wskazano, że owe pełnomocnictwa i dyrektywy powinny mieć pierwszeństwo przed innymi środkami ochrony tychże osób. Rekomendacja (2009)11 wskazuje, że przedmiotem pełnomocnictw opiekuńczych i dyrektyw antycypowanych mogłyby być nie tylko kwestie majątkowe i finansowe, ale również kwestie dotyczące zdrowia lub innych osobistych spraw udzielającego pełnomocnictwa czy autora dyrektywy. Mimo iż to od Państwa członkowskiego zależeć będzie, w jakim zakresie dyrektywy antycypowane będą mieć moc wiążącą, to jednak Rekomendacja (2009)11 zaleca, by dyrektywy te traktowane były z należyтым szacunkiem.

Warto również zwrócić uwagę na Rezolucję nr 1859(2012) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy o ochronie praw człowieka i godności przez uwzględnienie wcześniej wyrażonych życzeń pacjenta z dnia 25 stycznia 2012 r., która zawiera w sobie wytyczną, zgodnie z którą „wcześniejsze instrukcje zawarte w dyrektywach antycypowanych i testamentach życia, które pozostają w sprzeczności z prawem, dobrymi praktykami albo są nieadekwatne do stanu, który przewidywał zainteresowany składając oświadczenie, nie powinny być stosowane”.

<sup>24</sup> Rekomendacja (2009)11 Komitetu Ministrów Rady Europy w sprawie zasad dotyczących pełnomocnictwa opiekuńczego i dyrektyw antycypowanych na wypadek niezdolności do czynności prawnych dostępna w wersji francuskiej na: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016805cff5b](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805cff5b); stan na 27.01.2018 r.; w wersji angielskiej: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?p=&id=1563397&Site=CM&direct=true#>; stan na 27.01.2018 r.

W prawie polskim brak jest jakiegokolwiek uregulowania testamentów życia lub oświadczeń *pro futuro* w ogóle. Interesujące jest natomiast, że pomimo braku podstawy prawnej do składania tego typu oświadczeń zarówno w orzecznictwie, jak i literaturze przedmiotu obecny jest pogląd o ich dopuszczalności oraz wiążącym, pod pewnymi warunkami, charakterze. W postanowieniu z dnia 27 października 2005 r. Sąd Najwyższy orzekł, że „oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”<sup>25</sup>. Zdaniem Sądu Najwyższego, oświadczenie składane na wypadek utraty przytomności nie jest zgodą w rozumieniu przepisów u.z.l.l.d., lecz oświadczeniem woli, o którym mówi przepis art. 60 k.c. Kwalifikacja oświadczenia *pro futuro* jako jednostronnej czynności prawnej jest zagadnieniem spornym w doktrynie<sup>26</sup>. Głównymi argumentami podnoszonymi przeciwko dopuszczalności i wiążącej mocy oświadczeń *pro futuro* jest zasada *numerus clausus* jednostronnych czynności prawnych<sup>27</sup> oraz zakaz swobodnego dysponowania dobrami osobistymi takimi jak zdrowie i życie<sup>28</sup>. Wskazuje się również na ryzyko legalizacji eutanazji pasywnej<sup>29</sup>. W odpowiedzi zwolennicy dopuszczalności oświadczeń *pro futuro* wskazują, że niedopuszczalność kreowania nowych rodzajów jednostronnych czynności prawnych odnosi się jedynie do czynności prawnych zobowiązujących lub rozporządzających. Zakazem tym nie są natomiast objęte jednostronne czynności prawne upoważniające. Ponadto, oświadczenia *pro futuro* nie byłyby aktami dyspozycji zdrowiem lub życiem. Miałyby one bowiem na celu pozbawienie innego podmiotu uprawnienia do samodzielnego decydowania o życiu lub zdrowiu pacjenta<sup>30</sup>. Autorzy opowiadający się za dopuszczalnością oświadczeń *pro futuro* wskazują, że ryzyko legalizacji eutanazji biernej jest niewielkie, albowiem „wola pacjenta nie stanowi wystarczającej przesłanki legalizacji każdego zabiegu medycznego. Jeśli określona czynność medyczna jest zabroniona, wola poddania się takiej

<sup>25</sup> Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., sygn. III CK 155/05, dotyczące transfuzji krwi u świadków Jehowy. Na powyższy temat zob. m.in. **N. Karczewska-Kamińska**, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, Rozdział X.

<sup>26</sup> Zob. m.in.: **K. Duszyńska**, *Zarys instytucji oświadczeń pro futuro w prawie polskim i instytucji instrucciones previas w prawie hiszpańskim*, PS 2014/11–12, s. 166–170.

<sup>27</sup> *Ibidem*, s. 166.

<sup>28</sup> O zakazie swobodnego dysponowania dobrami osobistymi takimi, jak zdrowie i życie: **A. Szpunar**, *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, RPEiS 1990/1, s. 47.

<sup>29</sup> **M. Świdorska**, *op. cit.*, s. 211 i n.

<sup>30</sup> **L. Bosek, P. Sobolewski**, *Oświadczenia na wypadek...*, s. 11.

czynności nie pozbawia jej dokonania cechy bezprawności”<sup>31</sup>. A zatem wiążące byłyby tylko takie oświadczenia *pro futuro*, które odnosiłyby się do zabiegów medycznych dopuszczalnych w prawie polskim. Eutanazja do takich czynności medycznych nie należy, o czym świadczy przepis art. 150 Kodeksu karnego.

Konflikt między kluczową dla prawa medycznego zasadą poszanowania autonomii pacjenta oraz zasadą ochrony jego zdrowia i życia dodatkowo utrudnia rozstrzygnięcie sporu wokół dopuszczalności oświadczeń *pro futuro*.

## 5. W kierunku legislacji

Doktrynalna dyskusja tocząca się wokół oświadczeń *pro futuro* skupia się na ich dopuszczalności w odniesieniu do interwencji medycznych. Liczne są również postulaty ustawowego i kompleksowego jej uregulowania, które do chwili obecnej nie doczekały się satysfakcjonującej odpowiedzi<sup>32</sup>. W 2009 r. wpłynął do Sejmu poselski projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw<sup>33</sup>. Projekt ten przewidywał jedynie regulację oświadczeń składanych na wypadek utraty zdolności do podjęcia decyzji, których przedmiotem miały być sprzeciw wobec podejmowania działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem ciężkiej choroby nieuleczalnej. Projekt dawał zatem możliwość wyrażenia sprzeciwu wobec tzw. uporczywej terapii. Niestety, poza zakresem regulacji pozostały inne oświadczenia *pro futuro*, jak chociażby dotyczące preferowanej przez chorego metody leczenia czy podawania określonych preparatów.

Mając powyższe na uwadze, w tym m.in. wyżej cytowane postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., jak również art. 9 Europejskiej Konwencji o Biomedycynie, uważam, że oświadczenia *pro futuro* powinny być respektowane. Przemawia za tym również prawo jednostki do samostanowienia<sup>34</sup>. Aktualnie, w praktyce, oświadczenia *pro futuro* składane są najczęściej przez świadków Jehowy sprzeciwiających się ze względów religij-

<sup>31</sup> *Ibidem*, s. 12.

<sup>32</sup> Zob. m.in.: **K. Poklewski-Koziell**, *Oświadczenia pro futuro pacjenta jako instytucja prawna*, PiP 2000/3, s. 13–14.

<sup>33</sup> Poselski projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, druk sejmowy nr 3467, <http://orka.sejm.gov.pl/SQL.nsf/poskomprocall?OpenAgent&6&3467>; stan na 28.01.2018 r.

<sup>34</sup> Tak **A. Dudzińska**, *Zgoda na działanie medyczne*, PiP 2009/11, s. 77; **J. Pacian**, *Oświadczenia pro futuro – dylematy prawne*, *Zeszyty Prawnicze* 2014/14/4, s. 175.

nych stosowaniu krwi i preparatów krwiopochodnych. Słusznie zatem podnoszą L. Bosek i P. Sobolewski, że „oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażania zgody powinny być traktowane tak samo, bez względu na motywy, jakimi kierowała się osoba składająca takie oświadczenie (wyznanie, światopogląd itd.)”<sup>35</sup>.

Nie ulega wątpliwości, że wprowadzenie kompleksowego uregulowania oświadczeń składanych na przyszłość byłoby w prawie medycznym niezwykle przydatne. Moment złożenia takiego oświadczenia, jak również jego forma należałyby do jednych z ważniejszych zagadnień wymagających ustawowego uregulowania. Należałoby przyjąć, że takie oświadczenie mogłaby złożyć osoba, potocznie rzecz ujmując, w pełni zdrowa, na wypadek zdiagnozowania u niej w przyszłości choroby neurodegeneracyjnej, ale również osoba, u której taką chorobę już zdiagnozowano. Tempo postępowania choroby jest oczywiście kwestią indywidualną i niemożliwe jest abstrakcyjne wskazanie, w jakim czasie od pojawienia się pierwszych symptomów choroby czy też postawienia diagnozy należałoby złożyć stosowne oświadczenie. A zatem, oświadczenie takie powinno być złożone przez zainteresowanego dopóki, dopóty zachowuje on kontakt intelektualny z otoczeniem, rozumie swoje położenie i decyzje, które podejmuje, oraz jest w stanie w sposób dostateczny wyrazić swoją wolę. Istotne jest również, by oświadczenie takie zostało złożone w sposób wolny od nacisków zewnętrznych. Wskazuje się bowiem, że już w początkowym okresie choroby osoby dotknięte otępieniem są szczególnie podatne na sugestie. Ewentualne wątpliwości w zakresie świadomego i swobodnego powzięcia decyzji powinny być rozstrzygane przez sąd opiekuńczy, który już na gruncie aktualnie obowiązujących regulacji medycznych jest podmiotem uprawnionym do ingerencji w proces leczenia pacjentów w określonych sytuacjach.

Ze względu na fakt, że osoba zainteresowana złożeniem takiego oświadczenia wybiega w przyszłość, zalecana byłaby, dla celów dowodowych, przynajmniej forma dokumentowa lub pisemna.

Rozwijająca się cyfryzacja systemu opieki zdrowotnej, przejawiająca się chociażby we wprowadzeniu e-recept, e-zwolnień czy IKP, sprawia, że być może interesującym rozwiązaniem mogłoby być w niedalekiej przyszłości wprowadzenie rejestru oświadczeń *pro futuro*, który umożliwiłby lekarzom i personelowi medycznemu szybki i łatwy wgląd w decyzje podjęte przez pacjenta w okresie sprzed utraty zdolności poznawczych.

<sup>35</sup> L. Bosek, P. Sobolewski, *Rozdział 8. Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, w: M. Safjan (red.), *Zawód lekarza i lekarza dentystry. System Prawa Medycznego, Tom I, Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 511–512.

Jak w przypadku wielu innych schorzeń kreujących rozmaite sytuacje medyczne, tak również w przypadku osób, u których zdiagnozowano chorobę Alzheimera lub inną chorobę otępienną, oświadczenia *pro futuro* mogłyby odegrać ważną rolę, gdy chodzi o możliwość samodzielnego i uprzedniego podjęcia decyzji odnośnie do (nie)przeprowadzenia określonego zabiegu medycznego. Wydaje się jednak, że w przypadku chorób neurodegeneracyjnych oświadczenia *pro futuro* mogłyby być skutecznym środkiem ochrony chorego także w sytuacjach niewymagających interwencji medycznej, a odnoszących się do codziennej egzystencji i funkcjonowania chorego w miarę postępowania choroby. Takie oświadczenie mogłoby zawierać np. życzenia chorego co do umieszczenia go w konkretnej placówce opiekuńczej<sup>36</sup>. Nie ulega natomiast wątpliwości, że oświadczenia *pro futuro* nie mogłyby zawierać wytycznych czy życzeń autora, które byłyby sprzeczne z prawem. Ponadto, w przypadku oświadczeń *pro futuro* odnoszących się do działań medycznych wytyczne autora nie powinny być dla lekarza bezwzględnie wiążące, np. co do sposobu przeprowadzenia określonej procedury czy zabiegu medycznego. W tym zakresie lekarz powinien uwzględniać wskazania aktualnej wiedzy medycznej, dostępne mu metody i środki zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 u.z.l.l.d.).

Funkcję uprzedniej ochrony osób cierpiących na chorobę otępienną mogłaby również pełnić instytucja pełnomocnictwa opiekuńczego, znana obcym porządkom prawnym (np. prawu niemieckiemu czy szwajcarskiemu). Jej wprowadzenie przewiduje przygotowany w 2014 r. przez Ministra Sprawiedliwości projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw<sup>37</sup>. Istota pełnomocnictwa opiekuńczego polega na tym, że osoba dorosła i sprawna psychicznie ustanawia pełnomocnika, który jest upoważniony do dokonywania w imieniu mocodawcy określonych czynności, w tym o charakterze osobistym, gdy mocodawca dozna w przyszłości zaburzeń psychicznych. Głównym argumentem za wprowadzeniem takiego pełnomocnictwa jest, jak wskazano w założeniach do powyższego projektu, poszerzenie obszaru autonomii woli jednostki. Takie pełnomocnictwo pozwoliłoby osobom dotkniętym chorobami neurodegeneracyjnymi, zanim choroba wejdzie w zaawansowaną fazę, zadbać

<sup>36</sup> Tak również: *ibidem*, s. 498.

<sup>37</sup> Projekt ustawy o zmianie ustawy – Kodeks cywilny, ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, ustawy – Kodeks postępowania cywilnego, ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz niektórych innych ustaw, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/208000>; stan na 28.01.2018 r.



z pomocą pełnomocnika, chociaż częściowo, o swoją egzystencję na takim etapie choroby, gdy proces decyzyjny chorego jest poważnie zakłócony, a zdolność pojmowania otaczającej go rzeczywistości jest znikoma lub nieistniejąca.

## Bibliografia

- Barcikowska-Kotowicz Maria**, *Obraz kliniczny choroby Alzheimera – charakterystyka trzech stadiów choroby*, w: Andrzej Szczudlik (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*, maj 2014, Warszawa, s. 19–21, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/publikacje-sytuacja-osob-chorych-na-chorobe-alzheimera-w-polsce-raport-rpo>; stan na 14.05.2017 r.
- Baron Katarzyna**, *Zgoda pacjenta*, Prawo i Prokuratura 2010/9, s. 42–57.
- Bosek Leszek, Sobolewski Przemysław**, *Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, SPP 2015/3 (38)–4 (39), s. 3–16.
- Bosek Leszek, Sobolewski Przemysław**, *Rozdział 8. Oświadczenia na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny*, w: Marek Safjan (red.), *Zawód lekarza i lekarza dentystry. System Prawa Medycznego, Tom I, Instytucje prawa medycznego*, Warszawa 2018, s. 497–514.
- Citowicz Rafał**, *Spory wokół „testamentu życia”*, PiP 2007/1, s. 32–44.
- Dudzińska Anna**, *Zgoda na działanie medyczne*, PiP 2009/11, s. 69–79.
- Duszyńska Katarzyna**, *Zarys instytucji oświadczeń pro futuro w prawie polskim i instytucji instrucciones previas w prawie hiszpańskim*, PS 2014/11–12, s. 165–178.
- Janiszewska Beata**, *Dobro pacjenta czy wola pacjenta – dylemat prawa i medycyny (uwagi o odmowie zgody na leczenie oraz o dopuszczalności oświadczeń pro futuro)*, Prawo i Medycyna 2007/2, s. 33–50.
- Janiszewska Beata**, *Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Ujęcie wewnętrzny-systemowe*, Warszawa 2013.
- Karczewska-Kamińska Natalia**, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- Ołyńska Marta**, *Oświadczenie pro futuro jako forma wyrażenia woli pacjenta wobec interwencji medycznej*, Prawo i Medycyna 2011/3/, s. 81–99.
- Opala Grzegorz**, *Starzenie się społeczeństwa – aktualne dane, prognozy demograficzne i rekomendacje wynikające z polskiej prezydencji w Radzie Unii Europejskiej*, w: Andrzej Szczudlik (red.), *Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport Rzecznika Praw Obywatelskich*, Warszawa, maj 2014, s. 8–16, <https://www.rpo.gov.pl/pl/content/publikacje-sytuacja-osob-chorych-na-chorobe-alzheimera-w-polsce-raport-rpo>; stan na 14.05.2017 r.
- Pacian Jolanta**, *Oświadczenia pro futuro – dylematy prawne*, Zeszyty Prawnicze 2014/14/4, s. 171–181.
- Poklewski-Koziell Krzysztof**, *Oświadczenia pro futuro pacjenta jako instytucja prawna*, PiP 2000/3, s. 4–14.
- Safjan Marek**, *Prawo i medycyna. Ochrona praw jednostki a dylematy współczesnej medycyny*, wyd. Oficyna Naukowa, Warszawa 1998.
- Syska Maciej**, *Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawno-porównawczym*, Warszawa 2013.



**Szpunar Adam**, *Zgoda uprawnionego w zakresie ochrony dóbr osobistych*, RPEiS 1990/1, s. 41–57.

**Śliwka Marcin**, *Testament życia oraz inne oświadczenia pro futuro – wyzwanie dla ustawodawcy polskiego*, w: Oktawian Nawrot, Agata Wnukiewicz-Kozłowska (red.), *Temida w dobie rewolucji biotechnologicznej. Wybrane problemy bioprawa*, Gdańsk 2015.

**Świdorska Małgorzata**, *Zgoda pacjenta za zabieg medyczny*, Toruń 2007.

Katarzyna PFEIFER-CHOMICZEWSKA

#### **ABOUT SUITABILITY OF STATEMENTS *PRO FUTURO* FOR THE PROTECTION OF PERSON WITH ALZHEIMER'S DISEASE OR OTHER TYPE OF DEMENTIA**

(Summary)

As the law now stands, the incapacitation is the only measure of legal protection for people suffering from Alzheimer's disease or other dementia. To strengthen the legal protection of people affected by neurodegenerative disease, a comprehensive regulation of the so-called *pro futuro* statements, i.e. statements made for the future, is needed. The category of *pro futuro* statements is very wide and covers not only the so-called living wills closely related to the subject of the patient's dying, but also other statements that are subject to ordinary medical interventions. However, it should be pointed out that *pro futuro* statements may refer not only to medical activities, but also to personal matters of the patient, unrelated to the treatment process. The progress of Alzheimer's disease or other dementia disease gradually deprives the patient of his ability to understand the surrounding reality. Bearing in mind that this process is usually spread over time, regulating *pro futuro* statements in the case of such diseases seems particularly useful.

**Keywords:** Alzheimer's disease; *pro futuro* statement; judicial protection; old people