

Marek Wichrowski

Testament życia a odpowiedzialność moralno-prawna lekarza

W „Traktacie logiczno-filozoficznym” Ludwig Wittgenstein wypowiedział tezę tanatologiczną, która określa kryteria demarkacji pomiędzy stanem umierania a śmiercią. „Śmierć nie jest zdarzeniem w życiu. Śmierci się nie przeżywa” (Traktat... 6.4311). Zatem śmierć jest poza „życiem”, jest końcem biografii a zarazem nie przynależy do niej. Śmierć jako fakt umyka pamięci scalającej. Umieranie jako proces zdysocjowany, agonia i inne sytuacje graniczne, kiedy jakość życia staje się dramatycznie i nieodwracalnie niska, to stany rzeczy, które są właśnie owymi „zdarzeniami w życiu”. Przedmiot główny wielkiego strachu nie ustanawia śmierć pojmowana jako fakt. Tematem wielkiego strachu, jakiego doświadczamy, kiedy nasz koniec nie przychodzi zniwiedza, jest rozciągnięty w czasie stan terminalny połączony związkiem przyczynowym ze zdarzeniami poprzedzającymi. Charakter tych ostatnich zależy od kontekstu. Wszak nie rozstrzygamy tutaj, czy przyczyną ma być rak, wypadek motocyklowy, postrzał w głowę, rozległe oparzenia piątego stopnia czy nieszczęśliwy upadek podczas górskiej wycieczki. Poprawnie zdiagnozowany stan terminalny może ciągnąć się miesiącami. Zdarza się, że pacjent, który zdaniem lekarzy „miał” dziś umrzeć, po resuscytacji lub innej interwencji „przeżywa” i wegetuje przez kolejne dni, tygodnie, miesiące. Wtedy na ogół wskaźniki tego, co onkolog nazywa „jakością życia”, notorycznie spadają. Dyskomfort, deprywacja, ból całościowy (niekiedy scalony z najstraszliwszym, odpornym na analgetyki – jatrogennym), patologie związane z terapią, podtrzymujące życie urządzenia intensywistów – to tylko niektóre z przyczyn naszych lęków wyprzedzających. Powinniśmy myśleć o tym w pierwszej osobie liczby pojedynczej. To „ja” mogę „przeżyć” (tzn. nie spełnione zostaną kryteria definicji śmierci pnia mózgowego...) wypadek komunikacyjny i znaleźć się w przetrwałym stanie wegetatywny lub nikłej świadomości, być sparaliżowanym po przerwaniu rdzenia kręgowego lub w wyniku amputacji stracić kończyny. Trudno przeprowadzić precyzyjną klasyfikację stanów organizmu, które utylitarysty określają mianem „życia niegodnego przeżycia”. Wydaje się jednak, że istotnym jest tutaj prosty dualizm: stany terminalne oraz inne o znacząco niskiej jakości życia. Zatem nasze „lęki wyprzedzające” obejmują nie tylko sam proces umierania. Niepokój budzą wszystkie przedłużające się i nieakceptowalne cierpienia „fizyczne” (ból *per se* – obszar zabiegów anestezjologa) i „psychiczne” (depresja kliniczna jako adekwatna odpowiedź na stan organizmu, brak wszelkiej nadziei na poprawę, trwała utrata poczucia sensu egzystencji, perspektywa wegetacji w warunkach wykluczających racjonalne samobójstwo). Dwa człony tego, co Cicely Saunders i Robert Twycross nazwali bólem całościowym, występują najczęściej jednocześnie. W wielu przypadkach pojawia się jedynie „psychiczny” składnik bólu (nie mam na myśli tzw. bólu psychogennego, chociaż ten ostatni może towarzyszyć np. cierpieniom sparaliżowanej ofiary wypadku drogowego!). Każdy powinien sam

odpowiedzieć sobie na pytanie, czy chce tak umierać lub/i wegetować. Czy chce, aby jego życie sztucznie podtrzymywano. Czy zgadza się na terapię, która przedłuży cierpienia. Czy dopuszcza kolejne resuscytacje, okaleczające zabiegi chirurgiczne, użycie respiratora, tracheostomię, odżywianie oraz nawadnianie rurką dożołądkową, powtarzające się kursy chemioterapii i tym podobne. Wreszcie czy wyraża świadomą zgodę na możliwą terapię i jej konsekwencje.

Zarazem, kiedy próbujemy znaleźć wyjście z tej egzystencjalnej matni, winniśmy bezwzględnie przeprowadzić pozornie trywialny test spójności moralnej własnego stanowiska. Przy założeniu, że rozumiemy istotę danej terapii oraz następstwa jej odrzucenia, zastanawiamy się, co ze społecznego – niepartykularnego - punktu widzenia jest korzystniejsze oraz jakie zagrożenia przynosi każde z dwu antagonistycznych rozwiązań (leczenie albo zaniechanie leczenia na żądanie). Przeprowadzamy symulację, która w sensie naukowym angażuje takie dziedziny jak prawo medyczne, ekonomika służby zdrowia, socjologia medycyny i antropologia kulturowa. Po zakończeniu dociekań naukowych dochodzimy do wniosku, że dobre moralnie w prawie medycznym jest rozwiązanie takie a takie. Pierwszy etap testu spójności moralnej stanowiska mamy za sobą – dochodzimy do rozwiązania o charakterze, jeśli wolno tak powiedzieć, „obiektywistycznym”. Rzecz jasna bierzemy pod uwagę możliwe w rozumowaniu błędy o charakterze technicznym. W drugiej fazie testu „obiektywizm” uzupełniamy podejściem partykularnym. I oto znowu wracamy do punktu wyjścia i myślimy w pierwszej osobie liczby pojedynczej. Pytamy banalnie: „co ja bym zrobił w zarysowanej sytuacji?”. Odrzucamy przy tym hipokryzję, egoizm, własne interesy instytucjonalne oraz wszystko, co mogłoby zaburzyć „subiektywne” pole widzenia. Czy przedstawione stany graniczne, przerażająco nędzna jakość życia jest dla mnie (ważne jest owo „ja” a nie „my”) akceptowalna tzn. czy zgodziłbym się na kontynuowanie danej terapii, jeśli następstwa są takie a takie. Jeśli odpowiedzi w dwóch fazach testu moralnej spójności stanowiska są rozbieżne, niechybnie gdzieś popełniliśmy błąd a nasze stanowisko jest niespójne lub sprzeczne wewnętrznie. W interesującej nas klasie sytuacji pytanie dotyczy prawa do decydowania o podejmowaniu terapii. Czyli „tematem” testu spójności moralnej przyjętego stanowiska są dwa rozwiązania: (1) pacjent ma prawo – nawet wbrew opinii lekarza - podejmować decyzje wyprzedzające zaistnienie nieakceptowanego przez niego stanu rzeczy; (2) pacjent takiego prawa mieć nie powinien. Kiedy (1) lub (2) zostanie przyjęte, wtenczas pozostanie wypracowanie trudnych procedur wdrożenia uznanego rozwiązania. W tym kontekście niespójność stanowiska moralnego polegałaby na uznaniu, że inni (społeczeństwo) z uwagi na kolektywny interes nie mają prawa zakazywać stosowania wobec siebie pewnych terapii a „ja” w analogicznych okolicznościach mam do tego prawo z jakiś przyczyn. Postawę taką znamionuje dwulicowość i hipokryzja, chociaż jest ono zrozumiałe w sensie psychologicznym. Stanowisko przeciwstawne jest także niespójne, ale zawierać może pewną interpretację cierpienia, która jest godna szacunku. Otóż niespójność polega tym razem na uznaniu, że inni mają prawo do odmowy terapii, ale ja z tego prawa nie skorzystam świadomie z przyczyn religijnych, kulturowych bądź światopoglądowych. Postawę taką cechuje radykalizm (swoista supererogacja – przebycie cierpienia staje się

obowiązkiem) powiązany z tolerancją dla innych. Oni mają prawo umierać tak, jak uważają za stosowne. W praktyce medycznej przedstawiana postawa nie różni się od rozwiązania oznaczonego powyżej jako (1), bowiem przyzwala, aby każdy decydował o zaniechaniu bądź rozpoczęciu/kontynuowaniu leczenia podtrzymującego życie.

Rozwiązanie (1) stało się po II Wojnie Światowej istotnym składnikiem prawa medycznego cywilizacji Zachodu. Wraz ze zwycięstwem pryncypium autonomii nie rozstrzygnięto jednak sporu o zgodę świadomą na leczenie w warunkach utraty przez pacjenta świadomości. Nie wolno leczyć w sposób zakazany przez pacjenta, ale czy jego głos ma być decydujący także wówczas, gdy utraci on kontakt z otoczeniem i nie będzie zdolny do podjęcia świadomej decyzji? Czy pozostawione przez pacjenta świadectwo przekonań obowiązuje wtedy, gdy ten już jest niezdolnym do przekazywania na bieżąco swoich opinii? I tak oto – prawdopodobnie po raz pierwszy w latach 70. – pojawiło się w etyce medycznej pojęcie „testament życia”.

Na powstanie samej idei testamentu życia zasadniczy wpływ wywarły zmiany w terapii i naukach biomedycznych, jakie miały miejsce w latach 50. i 60. Wymienić winniśmy tutaj następujące procedury: (a) sztuczna wentylacja przy użyciu respiratora przepływowego; (b) zastosowanie pierwszych cytostatyków – chemioterapii w przypadkach onkologicznych; (c) próby leczenia pacjentów w stanie przetrwale wegetatywnym; (d) zmiana „locusa” śmierci – przyjęcie definicji śmierci mózgu jako całości a później definicji śmierci pnia mózgowego wraz z powiązanymi kryteriami i testami diagnostycznymi. Wymienionym towarzyszyła tradycyjna etyka lekarska w postaci swoistego „imperatywu szpitalnego”, który obligował do ratowania życia niezależnie od stanu i woli pacjenta. Częścią owego nakazu lekarskiego była procedura, którą Jan Paweł II określał mianem „terapii uporczywej”. Nowe metody uzupełniał pewien brak (a jak wiemy, „brak jest cechą”, czasami istotną!). Mianowicie lekarze jeszcze w latach 50. nie potrafili skutecznie uśmierzać bólu. Panował tzw. „mit” morfiny jako groźnego narkotyku oraz mylono postaci bólu: chroniczny z ostrym. Drabina analgetyczna i skuteczne nasycenie morfiną organizmu cierpiącego na ból całościowy to procedury, które weszły do powszechnego użytku w szpitalach dopiero w drugiej połowie lat 70. Podkreślić należy jednak, że szkolne błędy w leczeniu bólu zdarzają się nadal w szpitalach, które nie mają charakteru klinicznego. Wynikiem zestrzelenia procedur medycznych i opisanego „braku” była rosnąca grupa pacjentów, którym przedłużano życie w cierpieniu. Często wbrew ich woli przepisywano np. kolejne kursy chemioterapii czy też wykonywano okaleczające zabiegi chirurgiczne bez wyczerpującego poinformowania. Wymienione czynniki są historycznym tłem zgody wyprzedzającej i jako takie nie powinny być pomijane w rzetelnej analizie testamentu życia.

Kolejne czynniki, które umożliwiły późniejsze myślenie o decyzjach zaawansowanych, deklaracjach z wyprzedzeniem, świadectwach uznawanych przez pacjenta wartości, pełnomocnictwach do podejmowania decyzji czy wreszcie - testamentowym dysponowaniu własnym życiem, związane były z wysuwaniem się na pierwszy plan w anglosaskiej etyce medycznej zasady autonomii pacjenta. Wspominałem już o tym. Obecnie przyjrzyjmy się

zmianom w anglosaskim prawie medycznym. Nasze kontynentalne systemy prawne tradycyjnie z opóźnieniem adoptowały część rozwiązań anglosaskich. W XX stuleciu na wokandach sądów północnoamerykańskich miały miejsce istotne rozprawy odszkodowawcze. Kolejne sentencje wyroków sądowych wzmacniały poczucie, że właśnie autonomia jest najważniejszym pryncypium etyki medycznej. Dwa przewody sądowe okazały się kluczowymi dla przełomu w rozumieniu praw pacjenta: *Schloendorff versus The Society of New York Hospital* (1914) oraz *Salgo versus Leland Stanford Jr. University Board of Trustees* (1957). Sędzia Cardozo w kwintesencji wyroku z 1914 roku wypowiedział słynną formułę: „każdy dorosły i zdrowy na umyśle człowiek, ma prawo określać, co stanie się z jego ciałem”. Sędzia Brey w procesie z powództwa pana Salgo pierwszy użył terminu „zgoda świadoma”. Od wydania sentencji wyroku w 1957 pojęcie „informed consent” stało się jednym z najważniejszych pojęć etyki i prawa medycznego. Zgoda świadoma urosła w prawie medycznym do rangi gwaranta skutecznej ochrony prywatności. Nieroztrzygniętym nadal pozostał jednak spór o autonomię w warunkach utraty świadomości.

Czym jest autonomia, jakie są jej granice, kiedy jesteśmy istotami działającymi autonomicznie? Spróbujmy ów spór podsumować oraz zbudować klasyfikacje stanowisk. Otóż wydaje się, że działamy autonomicznie wtedy i tylko wtedy gdy:

(a) czynimy coś intencjonalnie;

(b) ze zrozumieniem stanu rzeczy i własnej w nim sytuacji;

(c) bez kontrolujących wpływów zewnętrznych, a w szczególności bez przymusu.

Niemniej pamiętać należy, że wśród zbioru zasad w pewien sposób rozumianej etyki medycznej obok autonomii istnieje obiektywne dobro pacjenta wraz z zasadą „Primum non nocere” i sprawiedliwością rozdzielczą. Jeśli weźmiemy pod uwagę przede wszystkim dobro i autonomię, to w naturalny i nieuchronny sposób dochodzi do konfliktu pryncypiów. Szacunek dla człowieka oznacza respektowanie osobowej autonomii. Szacunek dla człowieka oznacza też działanie dla jego dobra. Pacjent jest człowiekiem. Jak zatem rozumieć szacunek dla pacjenta? Co jest ważniejsze: autonomiczna wola pacjenta powiązana ze zgodą świadomą czy też jego obiektywne dobro powiązane z wiedzą lekarza ?

Podział stanowisk w konflikcie jest czytelny w swej prostocie. Respekt dla woli pacjenta głosi kierunek bioetyczny, który określamy mianem „libertarianizmu medycznego” (nie należy mylić z libertarianizmem politycznym!). Przeciwnicy w sporze - „paternaliści” - uważają, że szacunek znajduje wyraz w terapii zgodnej z obiektywnym dobrem, którego pacjent z różnych względów może nie zawsze rozumieć. Podejście paternalistyczne wiąże się ściśle z „imperatywem szpitalnym” tradycyjnej etyki medycznej, tej ze wspomnianych lat 50. Paternalizm uzupełnia oczywiście przekonanie, że „zgoda świadoma” nie jest aż tak istotna, bowiem tylko lekarz wie, czym jest właściwe dobro leczonego. Lekarz miłuje i zna swój zawód (greccy lekarze mówili o „filotechni”), działa bezinteresownie („filantropia”) i posiada wiedzę adekwatną. Tylko on potrafi wskazać właściwą formę terapii. Wedle libertarian – a

wbrew paternalistom - „zgoda świadoma” winna znaleźć się w centrum uwagi tych, którzy zajmują się chorymi.

Skupmy teraz uwagę na składnikach interesującego nas pojęcia i procedury. Zgodę świadomą możemy rozłożyć na następujące elementy:

- (a) przedstawienie pacjentowi informacji;
- (b) zrozumienie informacji przez adresata;
- (c) zdolność do wyrażenia zgody;
- (d) sam akt zgody i jego forma.

Każdy z nich powoduje szereg wątpliwości w procesie terapeutycznym. Kluczowe znaczenie w kontekście tematu ma zgoda w warunkach braku świadomości, co na pierwszy rzut oka przypomina sprzeczność w terminach. Wszak mówimy „zgoda świadoma” a teraz słyszymy o „wyrażaniu” lub „nie wyrażaniu” zgody na zabieg w warunkach braku świadomości. I znowu brak staje się istotnym znamieniem stanu rzeczy. W dodatku od wprowadzenia respiratora i innych urządzeń „emergency” do oddziałów szpitalnych systematycznie rośnie liczba pacjentów leczonych i trwale pozbawionych sfery intencjonalnej. Swoją wolę mogli oni wyrazić w przeszłości, kiedy jeszcze działali intencjonalnie, ale „teraz”, po utracie kontaktu ze światem zewnętrznym, trudno jest mówić o jakiegokolwiek formie świadomej zgody! Nie istnieje świadomość lub nie mamy z nią kontaktu, wobec tego nie jest spełniony warunek *sine qua non* samej możliwości wydania jakiegokolwiek zgody! Załóżmy teraz, że wola była wyrażona „na wszelki wypadek” wcześniej. Na przykład wyprzedzająca zmianę stanu rzeczy opinia została eksponowana w obecności świadków na piśmie i uzupełniona analogowym, trudnym do sfałszowania zapisem na taśmie video. W przekazie pacjent umieścił dodatkowo nazwisko osoby, która jest *alter ego* – w mniemaniu chorego ma decydować o jego losie w sytuacji, gdy on, autor dokumentów konstytuujących testament życia, czegoś nie przewidział. Czy i dlaczego oraz w jakim zakresie lekarz powinien lub nie powinien akceptować testament życia i decyzje prawnego reprezentanta?

Jak widać wyraźnie, napotykamy poważne wyzwanie filozoficzno-medyczne, na które dopuszczalną moralnie odpowiedzią jest testamentowe dysponowanie własnym życiem. Najpierw określmy, czym jest przekaz woli wydany przez pacjenta przed utratą (zniszczeniem, zawieszeniem, splątaniem etc. etc.) świadomości a następnie skoncentrujemy się na pewnych trudnościach związanych z wdrożeniem i realizacją procedury testamentowej. Wyrażona przed trwałą utratą przytomności deklaracja „testatora” (termin, wzięty z prawa spadkowego, nie jest metaforyczny!) winna zawierać kilka składników:

- (a) opis terapii jaką testator chce otrzymywać oraz w jakich okolicznościach zdrowotnych;
- (b) terapię, których zabrania niezależnie od okoliczności;
- (c) leczenie którego chce niezależnie od okoliczności;

(d) pełnomocnictwo do podejmowania decyzji w zakresie nie objętym (a), (b) i (c);

(e) ewentualnie specjalne, szczegółowe odmowy leczenia.

Testamentowe dysponowanie życiem, jako procedura posiada szereg zalet. Po pierwsze jest wyrazem szacunku dla prawa pacjenta do odmowy terapii uporczywej. Po drugie zdejmuje odpowiedzialność z lekarza w zakresie przypadków kontrowersyjnych. Po trzecie każdemu pacjentowi (katolik, muzułmanin, Żyd, mormon, prawosławny, ateista, agnostyk etc. etc.) umożliwia działanie zgodne z jego światopoglądem. Po czwarte samo istnienie testamentu wzmacnia potrzebę rozumienia współczesnej medycyny (np. zabiegów intensywnych). Wymienionym przewagom procedury testamentowej towarzyszą jednakowoż pewne wady. Intelktualnym wręcz matactwem byłoby z naszej strony pominięcie w analizie trudności decyzyjno-terapeutycznych, jakie napotykają służby zdrowia w krajach, gdzie testament życia stał się komponentem prawa medycznego. Najważniejsze źródła informacji o praktyce testamentowej znajdują się w kraju, który jako pierwszy zalegalizował procedurę. Zdecydowana większość stanów w federacji północnoamerykańskiej uznała testament życia po przyjęciu 1 grudnia 1991 przez legislaturę federalną aktu prawnego „The Patient Self Determination Act” (PSDA). Dokument ów otwarcie akceptuje deklaracje z wyprzedzeniem, które też określa mianem „living will”. Prawa medyczne poszczególnych stanów implementowały decyzje Kongresu, zgodnie z zasadą nadrzędności medycznego prawa federalnego nad prawem stanowym. Przypomina to nieco relację pomiędzy prawem Unii Europejskiej (symbolizowanym przez „Powszechną Deklarację Praw Człowieka” i „Konwencję bioetyczną”) a prawami medycznymi krajów członkowskich, które wszak mogą się jednak różnić, ale „w ramach” nakreślonych przez ogólne dokumenty i orzeczenia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Dlatego w Unii Europejskiej „koegzystuje” eutanatyczna ustawa holenderska z polskim Kodeksem Karnym i jego artykułem 150, który traktuje o zabójstwie uprzywilejowanym a w Stanach Zjednoczonych to, co jest legalne w stanie Oregon (samobójstwo z asystą) bywa karane wieloletnim więzieniem w innych stanach. W przypadku USA prawo PSDA nie narzucało szczegółów, lecz określało konieczne składniki testamentu życia. Z tej przyczyny w każdym stanie ma on odmienną formę, co rodzi nieporozumienia. W niektórych stanach formularz jest krótki i ogólnikowy (np. Maine, Arizona), w innych rozwlekły i bardzo szczegółowy (np. Minnesota, South Carolina). Składniki wspólne wszystkim testamentom są oczywiste: nazwisko testatora, podpis, podpisy i dane personalne dwóch świadków, nazwisko reprezentanta oraz opisane wcześniej składniki (a) – (e). Trudności powstają dopiero wtedy, gdy lekarz chce zrobić użytek z zapisów testamentowych. Jeśli wątpliwości interpretacyjnych nie budzą zakazy stosowania respiratora w stanie wegetatywnym, wieloletniego sztucznego odżywiania i nawadniania, skrajnie okaleczających operacji czy kolejnych resuscytacji w podeszłym wieku, to należy pamiętać, że wymienione przypadki stanowią drobną część sytuacji granicznych, gdy lekarz musi podjąć decyzję samodzielnie, bowiem nawet pacjenta *alter ego* nie potrafi odpowiedzieć na pytanie o terapię. Przede wszystkim należy wymienić przypadki o zbiorczej nazwie „emergency” - różne krytyczne sytuacje w Oddziałach Intensywnej Opieki Medycznej.

Wyobraźmy sobie takie oto zdarzenie. Erika przywozi motocyklistę, który nosi przy sobie, niczym nieśmiertelnik, testament życia. W dokumencie zabrania stosowania takich technik medycznych, które uratują mu życie ale zarazem prawdopodobnie spowodują skutek uboczny: paraliż. Lekarz zobowiązany jest ratować życie. Wykonuje operację a złe przeczucia motocyklisty materializują się. To, co było prawdopodobne, staje się pewne – pacjent jest sparaliżowany. W okolicznościach nagłego zagrożenia życia doskwiera brak czasu na chłodną analizę, nie mówiąc już o filozoficznych roztrząsaniach na temat „kazu”. Intensywiści robi swoje, zabieg przeprowadza *lege artis*, po czym bez hipokryzji oświadcza, iż ratował życie. Inną wadę upatrujemy w nieprzekładalności niektórych zapisów testatora na kategorie diagnostyczne w warunkach zmian dynamicznych. Klasycznym przykładem jest rozszerzenie pola operacyjnego, gdy pacjent jest nieprzytomny, a decyzja musi zapaść natychmiast. W opisanych warunkach cienka linia oddziela szacunek dla uprzednio wyrażonej woli pacjenta od nieudzielenia mu pomocy. Sprawę wikła jeszcze bardziej cały kompleks problemów psychologicznych składających się na tzw. brak stabilności woli pacjenta. Jak przewidzieć, czy w naniesionych terapiach, nowych okolicznościach chory nie zmieniłby zdania, gdyby był świadom. Nie należy lekceważyć takich dylematów lekarza-zabiegowca. Warto podkreślić, że decyzyjne dylematy mają często charakter techniczny, tj. u ich podstaw znajdujemy ograniczenia nauk medycznych oraz zawarte w organizmie człowieka procesy opisywane w kategoriach teorii chaosu zdeterminowanego, który - jak wiadomo - nie poddaje się procedurom.

Nasze wątpliwości niech nie przesłaniają konkluzji. Przekonani jesteśmy, iż testamentowe decydowanie o terapii jest dobre moralnie a „testament życia” winien stać się elementem prawa medycznego. Niezależnie od wyłożonych powyżej trudności opisane zalety procedury przeważają nad jej wadami a racje i argumenty moralne zwolenników legalizacji testamentu życia są przekonujące. Od strony praktycznej istotne jest to, aby testament życia pełnił właściwą sobie rolę w stanach terminalnych a właśnie sposób umierania może być relatywnie dokładnie od strony technicznej opisany w świadectwie wyprzedzającym. W innych okolicznościach niech decyzję podejmuje lekarz zgodnie z zasadą *primum non nocere*.

Zalecana literatura

Colen B.D., The Essential Guide to a Living Will. How to Protect Your Right to Refuse Medical Treatment, New York 1991

Dangel T., Wichrowski M., Did doctor defy John Paul's II wishes on treatment? (w:) European Journal of Palliative Care, 2007: 14 (5), s. 210 – 213.

Glover J., Causing Death and Savings Lives, New York 1990

Wenberg R.N., Euthanasia, Suicide and the Right to Die, Grand Rapids 1989

Wichrowski M., Prawo na żiźń, Helsińska Fundacja Praw Człowieka, Warszawa 2005

