

Odstąpienie od uporczywej terapii – *de lege lata* i *de lege ferenda**

Withdrawing and withholding futile therapy – de lege lata and de lege ferenda

Małgorzata Szeroczyńska

Prokuratura Rejonowa Warszawa-Śródmieście

Streszczenie

Artykuł omawia obowiązujące przepisy polskiego prawa medycznego dotyczące dopuszczalności i warunków legalności odstąpienia od uporczywej terapii oraz ich interpretację w literaturze prawniczej. Przegląd rozbudowanej, choć niejednolitej w swoich teoriach i wnioskach literatury prawniczej wskazuje, że w polskim systemie prawa pomimo niejasności przepisów dopuszczalne jest podjęcie przez lekarza decyzji o odstąpieniu od uporczywej terapii, nawet jeśli pacjent lub jego rodzina żądają jej kontynuowania, o ile przemawiają za tym względy natury medycznej. Artykuł przedstawia również nieefektywność procedury wniesienia sprzeciwu wobec orzeczenia lekarza do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności w odniesieniu do sprzeciwu wobec decyzji o odstąpieniu od uporczywej terapii. Autorka wskazuje na potrzebę zmian obecnych przepisów, w tym na zasadność wprowadzenia legalnych definicji stanu terminalnego i uporczywej terapii mimo nieuchronnej nieścisłości obu pojęć. W drugiej części tekstu autorka prezentuje rozwiązania projektu zmiany ustaw medycznych przygotowanego przez społeczny zespół lekarzy i prawników pod przewodnictwem dr. hab. Tomasza Dągła w zakresie orzekania o rozpoznaniu stanu terminalnego i procedury odwołania od tej decyzji. Proponowane rozwiązania mają na celu usunięcie wszystkich niedociągnięć obecnych przepisów, nie wprowadzając natomiast żadnych nowych zasad postępowania, które według dzisiejszego prawa byłyby zabronione. Mają służyć bowiem ich sprecyzowaniu i zwiększeniu ich efektywności dla dobra pacjenta i bezpieczeństwa lekarza w imię poszanowania praw człowieka obu stron.

Słowa kluczowe: stan terminalny, uporczywa terapia, projekt ustawy.

Abstract

The paper presents the Polish medical laws concerning the legality of withdrawing or withholding futile therapy and their interpretation by Polish lawyers. The Polish medical law is unclear on this point. But Polish lawyers even if they part from different theories have common conclusion that withdrawing and withholding futile therapy of patient in terminal state is legal and it should be based only on medical assessment. The will of patient or his/her family to continue the therapy is without importance. The paper shows also the inefficiency of the appeal procedure against the physician's decision, especially in context of withdrawing or withholding futile therapy decision. It points out the necessity to reform the law. In the second part the paper presents the law proposition prepared by a group of physicians and lawyers lead by dr hab. Tomasz Dangel. It focuses on two aspects of this project: 1. the legal definitions of terminal state and futile therapy, 2. the procedure of making decisions on withdrawing or withholding futile therapy and the appeal against this decision. The proposed bill should clarify the existing law and assure its efficiency in practice, it introduces none behavior that will be nowadays prohibited. Its main aim is to serve for the benefit of patient and the security of physician in respect for human rights of both parties.

Key words: terminal state, futile therapy, law project.

*Stan prawny i wersja projektu na dzień 15 kwietnia 2013 r.

WSTĘP

Decyzje dotyczące odstąpienia od leczenia pacjenta w stanie terminalnym są jednymi z najtrudniejszych w praktyce lekarskiej. Naturalnym bowiem odruchem każdego lekarza jest walka z chorobą i z grożącą pacjentowi śmiercią. Nie po to przecież zostaje się lekarzem, by pozwalać pacjentowi umrzeć, ale po to właśnie, by zapewnić mu jak najdłuższe życie i to życie w jak najlepszym zdrowiu. Przy rozwoju dzisiejszej medycyny jednak często te dwa cele wcale nie idą w parze. Technika medyczna umożliwia przedłużanie życia ludzkiego kosztem jego jakości. Zdarza się, że mamy do czynienia wręcz z przedłużaniem wyłącznie biologicznej egzystencji człowieka czy z przedłużaniem pełnej cierpienia agonii. Należy zadać sobie pytanie, czy naprawdę jak najdłuższe życie pacjenta – niezależnie od jego stanu – stanowi dla współczesnej medycyny najwyższe dobro. Odpowiedź na to pytanie wydaje się negatywna. Rozsądny i dobry lekarz powinien mieć z pełną pokorą przyjąć, że nie zawsze może pacjenta uleczyć, a także – że nie zawsze świadczenia medyczne, które może pacjentowi zaproponować celem utrzymania go przy życiu, będą mu faktycznie służyć. Wtedy zadaniem lekarza staje się zapewnienie pacjentowi nie terapii za wszelką cenę, ale umierania w godności, bez cierpienia i przy zachowaniu jak najwyższej jakości kończącego się życia.

Powyższe stwierdzenie wydaje się oczywiste, jednakże czytając przepisy polskich ustaw – przede wszystkim ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z 1996 r., ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 1998 r. oraz Kodeksu karnego z 1997 r. – a także orzecznictwo Sądu Najwyższego, można się przekonać, że kwestia ta nie jest wcale jednoznaczna. Ta niejasność przepisów i ich sądowej interpretacji nie służy ani dobru pacjentów, którzy nie mają gwarancji poszanowania ich praw, ani bezpieczeństwu lekarzy, którzy obawiają się, że za zaniechanie uporczywej terapii wbrew woli pacjenta lub jego rodziny zostaną pociągnięci do odpowiedzialności karnej lub cywilnej. Do słusznego wniosku doszła Teresa Dukiet-Nagórska, stwierdzając, że kwestie niepodjęcia terapii i jej zaprzestania powinny zostać jednoznacznie uregulowane ustawowo [1].

Zgodnie z tym założeniem grupa prawników i lekarzy związanych z Warszawskim Hospicjum dla Dzieci przygotowała projekt ustawy, który z jednej strony porządkuje przepisy dotyczące wyrażania zgody na leczenie i sprzeciwu (także w formie uprzedniego oświadczenia woli), w tym również zagadnienia dotyczące zgody zastępczej (wprowadzając m.in. pełno-

mocnika medycznego oraz kuratora medycznego), z drugiej – reguluje wprost kwestię odstąpienia od leczenia pacjentów w stanie terminalnym, a dokładniej mówiąc – odstąpienia od uporczywej terapii [2].

Artykuł ma na celu z jednej strony omówienie obowiązującego stanu prawnego w odniesieniu do tego ostatniego zagadnienia, z drugiej natomiast prezentuje propozycje powyższego projektu dotyczące tej kwestii.

ODSTĄPIENIE OD UPORCZYWEJ TERAPII WEDŁUG OBOWIĄZUJĄCEGO PRAWA

Według obowiązującego obecnie w Polsce prawa nikt już nie ma wątpliwości, że granicą legalności działań medycznych jest wola pacjenta. Jeśli mający pełną zdolność do czynności prawnych, faktycznie zdolny do podjęcia decyzji o swoim leczeniu oraz w pełni poinformowany o potencjalnych skutkach swojej decyzji pacjent nie zgadza się na proponowaną mu terapię albo w ogóle na żadną terapię, lekarzowi nie wolno podejmować działań leczniczych, nawet gdy skutkiem takiej decyzji może być śmierć pacjenta¹.

Pytanie, które pozostaje do rozstrzygnięcia, dotyczy pacjentów, którzy choć znajdują się w stanie terminalnym, w pełni podporządkowują się decyzjom lekarzy, żądają od nich wdrożenia wszelkiego możliwego leczenia albo nie są zdolni z różnych powodów podjąć lub wyrazić decyzji w tym zakresie. Jak długo lekarz ma kontynuować udzielanie świadczeń medycznych takim pacjentom, a kiedy może ich zaprzestać (albo w ogóle nie wdrażać) bez ryzyka narażenia się na odpowiedzialność karną, cywilną czy dyscyplinarną? Obawa lekarzy przed oskarżeniem o spowodowanie śmierci pacjenta poprzez zaniechanie jego leczenia wynika z coraz częstszych i medialnie nagłośnionych wystąpień z roszczeniami (choćby nawet nieskutecznymi) rodzin zmarłych pacjentów, które zarzucają lekarzom, że nie uratowali życia pacjentowi umierającemu, którego nikt i nic nie było w stanie uratować (czego przykładem może być choćby wielokrotnie podejmowane postępowanie karne dotyczące śmierci ojca byłego prokuratora generalnego) czy nawet że zabili pacjenta, który przecież już nie żył (żeby tylko wspomnieć o zarzucie zabójstwa dla doktora G.) [3].

Niestety przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta żadną miarą nie odpowiadają wprost na to pytanie. Po prostu sformułowane są innym językiem. Poruszają tylko kwestie, jakie

¹Wątpliwości wobec sformułowania przepisów budzą natomiast kwestia ważności uprzednich oświadczeń woli pacjenta, który w momencie podejmowania decyzji co do swojego leczenia nie jest zdolny takiej świadomej decyzji podjąć lub wyrazić, oraz zagadnienie dopuszczalności uszanowania sprzeciwu odnośnie do proponowanego leczenia wyrażonego przez przedstawiciela ustawowego małoletniego albo ubezwłasnowolnionego pacjenta. Powyższe kwestie pozostają jednak poza nurtem rozważań niniejszego artykułu, zostaną więc pominięte.

muszą być spełnione warunki, aby podjęcie przez lekarza leczenia było legalne. Nie odnoszą się natomiast w ogóle do zagadnienia, kiedy lekarz może przestać leczyć, bo leczenie stało się z medycznego punktu widzenia bezzasadne i jego dalsze kontynuowanie będzie stanowiło przejaw uporczywej terapii, ani jakie warunki (także formalne) powinny być spełnione, by taka decyzja była legalna².

Co więcej, ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry zawiera art. 30³, który często (choć błędnie) jest interpretowany jako nakaz leczenia w każdej sytuacji, gdy nieudzielenie (niekontynuowanie udzielania) świadczeń medycznych może skutkować śmiercią pacjenta. Przy czytaniu powyższego przepisu w oderwaniu od innych regulacji prawnych oraz orzecznictwa zdaje się wprost z niego wynikać, że na lekarzu ciąży obowiązek przedłużenia za wszelką cenę życia pacjenta umierającego. Oczywiście taka interpretacja jest zdroworozsądkowo bez sensu, a także nie ma oparcia w systemie prawa, ale dojście do takiego wniosku wymaga pogłębionych studiów literatury prawniczej i orzecznictwa.

O BOWIĄZEK LECZENIA A SENS LECZENIA

Przede wszystkim należy wskazać, że zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z 4 kwietnia 2007 r. [4] obowiązek wynikający z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dotyczy nagłych i niespodziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć. Nie obejmuje natomiast zabiegów, które wprawdzie ratują życie, ale stosowane są u przewlekłe chorych wymagających regularnego poddawania się zabiegom leczniczym. Zgodnie z tym wyrokiem obowiązek aktywnego leczenia zawarty w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie dotyczy aktywnego leczenia wobec pacjentów z chorobą przewlekłą, co oczywiście nie oznacza, że lekarz może dowolnie w każdym momencie zaniechać terapii takich pacjentów. Należy bowiem mieć świadomość, że odpowiedzialność lekarza za zdrowie i życie jego pacjenta wynika nie tylko z powyższego przepisu, ale ze stosunku cywilnoprawnego, na podstawie którego ma obowiązek troski o pacjenta (umowa cywilna z pacjentem w ramach indywidualnej działalności, umowa o pracę czy leczenia wobec pacjentów podmiotu leczniczego, z którym została zawarta). Na podstawie tego stosunku, a tym bardziej przez fakt podjęcia leczenia danego pacjenta, lekarz staje się gwarantem jego zdrowia i życia, czyli zgodnie z brzmieniem art. 2 k.k. przyjmuje

na siebie szczególny obowiązek zapobiegnięcia skutkowi, jakim jest śmierć albo pogorszenie zdrowia pacjenta. Tym samym w przypadku odstąpienia od leczenia, o ile spowoduje to negatywne skutki dla zdrowia lub życia pacjenta, będzie za nie karnie odpowiedzialny [5].

Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko wyrażone przez Andrzeja Zolla, który pisze: „jeśli stojące lekarzowi do dyspozycji środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy wykonać” [6]. Andrzej Zoll wychodzi z założenia, że zachowanie lekarza tylko wtedy narusza normę prawną, jeśli jest w rzeczywistości skierowane przeciwko chronionemu normą dobru prawnemu, to znaczy powoduje zagrożenie dla tego dobra lub zwiększenie istniejącego już zagrożenia – rozumianego także jako brak zmniejszenia tego istniejącego już zagrożenia [7]. Sytuacja taka nie ma miejsca w przypadku pacjenta w stanie terminalnym – lekarz nie naraża swoim zaniechaniem na niebezpieczeństwo życia tego pacjenta, gdyż i tak znajduje się ono w niebezpieczeństwie wynikającym z rozwoju choroby i to w niebezpieczeństwie terminalnym, którego lekarz nie jest w stanie odwrócić żadnym dostępnym mu działaniem, nawet jeśli pozornie takie możliwości ma – podtrzymując sztucznie u pacjenta funkcje życiowe czy przedłużając jego (często pełną cierpienia) agonię.

Analogiczne stanowisko zajmuje Marek Safjan, wskazując, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i cierpień temu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako spowodowanie śmierci przez zaniechanie” [8].

Z powyższej teorii pierwotnej legalności zaniechania bezużytecznego leczenia wynika wprost, iż nie ma zamachu na dobra prawne, jakimi są życie i zdrowie człowieka, gdy lekarz nie podejmuje działania (albo je wstrzymuje), o ile wedle aktualnego stanu wiedzy medycznej nie miało ono realnych szans powodzenia, czyli doprowadzenia pacjenta do stanu pozwalającego na godne życie. Według Teresy Dukat-Nagórskiej podjęcie czy kontynuowanie terapii w takich okolicznościach (bez szans na wyleczenie pacjenta lub przynajmniej złagodzenie jego cierpienia) może wręcz stanowić zamach na prawo do god-

²Dwa przepisy mówiące wprost o odmowie leczenia (art. 38 i 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry) dotyczą zupełnie innych przypadków i nie mogą mieć zastosowania przy decyzjach o odstąpieniu od uporczywej terapii, stąd nie zostaną w niniejszym artykule omówione.

³Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

nej śmierci (jeśli spowoduje zbędne cierpienie lub bezzasadnie przedłuży proces agonii) [1].

Tak więc zaniechanie leczenia (w tym niepodjęcie albo zaprzestanie zabiegów reanimacyjnych czy resuscytacyjnych) będzie naruszeniem normy prawnej jedynie wtedy, gdy dawało ono z punktu widzenia wiedzy medycznej szansę na uratowanie życia człowieka. Jeśli natomiast wdrożone zabiegi miały doprowadzić jedynie do przedłużenia agonii, ich zaniechanie nie może być traktowane jako naruszenie żadnej normy prawnej, a więc skutkować pociągnięciem ani do odpowiedzialności karnej, ani cywilnej, ani tym bardziej dyscyplinarnej [6, 7, 9, 10].

Ponadto warto mieć świadomość, że aby lekarza pociągnąć do odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe z zaniechania (spowodowanie śmierci pacjenta z powodu niewdrożenia albo zaprzestania terapii), nie wystarczy samo stwierdzenie braku jego działania oraz wystąpienia negatywnego skutku dla zdrowia lub życia pacjenta. Niezbędne jest przede wszystkim obiektywne przypisanie mu skutku, czyli trzeba ustalić, czy istniało jakieś pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciążącego na lekarzu obowiązku, które zapobiegłoby wystąpieniu skutku stanowiącego zniemię danego czynu (śmierci, uszczerbku na zdrowiu czy narażenia na niebezpieczeństwo tych zdarzeń) [11]. Jeśli natomiast działanie lekarza i tak nie zapobiegłoby wystąpieniu negatywnego skutku, a więc nie miał on alternatywy postępowania albo ta alternatywa (czyli wdrożenie/kontynuowanie uporczywej terapii) tylko by przeciągała proces umierania, ale nie była go w stanie zatrzymać, ani spowolnić w takim stopniu, by pacjent mógł ten proces przeżyć godnie i bez nadmiernych cierpień, nie może być mowy o przypisaniu skutku [12].

Po drugie, warunkiem odpowiedzialności karnej za naruszenie normy prawnej chroniącej dobro prawne jest zawinienie. W wypadku odpowiedzialności lekarza należy się skupić przede wszystkim na nieumyślności działania (trudno bowiem sobie wyobrazić, że lekarz, podejmując jakieś działanie lub go zaniechując, kierował się zamiarem spowodowania u pacjenta negatywnego skutku). Elementem statującym nieumyślność w znaczeniu prawa karnego jest wystąpienie sprzeczności pomiędzy ocenianym zachowaniem a regułami postępowania określonymi przez wiedzę i doświadczenie, w tym wypadku medyczne (wynikające z naukowych standardów postępowania, a nie z przepisów prawa). Jeśli niepodjęcie leczenia lub jego zaprzestanie nie naruszało reguł „sztuki lekar-

skiej”, nie można mówić o odpowiedzialności lekarza za śmierć pacjenta [6, 13].

Według powyższych zasad lekarz powinien postępować w przypadku pacjenta w stanie terminalnym, który nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji odnośnie do własnego leczenia albo który choć zdolny do takiej decyzji – oczekuje na wskazania lekarza, zawierzywszy mu w procesie leczenia, zgadzając się z jego propozycjami, także w zakresie odstąpienia od uporczywej terapii i przejścia na leczenie paliatywne. Pozostaje jednak pytanie, czy lekarz może bez lęku przed odpowiedzialnością podjąć taką decyzję także w sytuacji, gdy pacjent (lub jego rodzina) żąda podjęcia lub kontynuowania aktywnego leczenia, mimo jego daremności i bezzasadności z punktu widzenia medycyny.

ŻĄDANIE LECZENIA PRZEZ PACJENTA I SPRZECIW WOBEC ORZECZENIA LEKARZA O Odstąpieniu od uporczywej terapii

Nie ulega wątpliwości, że prawo pacjenta do samostanowienia w procesie leczenia wiąże lekarza wyłącznie w aspekcie negatywnym, a więc w zakresie wyrażania sprzeciwu na proponowane leczenie – w takim wypadku lekarz jest związany brakiem zgody pacjenta i poza przypadkami wyraźnie określonymi w przepisach mówiących o przymusowym leczeniu⁴ nie ma prawa działać wbrew jego woli, wręcz pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 192 k.k.). W obecnym stanie prawnym w Polsce nie można mówić natomiast o prawie samostanowienia pacjenta w aspekcie pozytywnym, czyli o prawie podmiotowym żądania od lekarza w wiążący sposób wykonania określonego świadczenia medycznego lub zastosowania określonej metody medycznej. Owszem, uznaje się powszechnie, iż takie życzenie pacjenta powinno być przez lekarza rozważone, ale nie musi być uwzględnione, szczególnie jeśli pozostawałoby w kolizji ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej [14].

Małgorzata Świdarska stwierdza wprost, że nawet gdyby chory przed utratą przytomności wyraził wolę sztucznego podtrzymywania jego funkcji życiowych bez względu na szanse powrotu do stanu życia, lekarz może podjąć decyzję o zaprzestaniu działań medycznych. Decyzja w tym względzie powinna być oparta nie na woli pacjenta, ale jedynie na medycznych kryteriach dotyczących oceny szans leczniczych [15]. To uprawnienie lekarza do decydowania o zaniechaniu leczenia nawet wbrew woli pacjenta wyłącznie na podstawie standardów medycz-

⁴Przykładowo: przymusowe leczenie chorób zakaźnych, psychiatrycznych, osób pozbawionych wolności czy wykonywanie badań dla potrzeb postępowań karnych, wszystkie te sytuacje należą jednak do wyjątków od reguły, są uregulowane ustawowo i w większości wymagają orzeczenia sądowego.

nych wynika jednoznacznie z faktu, że pacjent nie dysponuje prawem domagania się stosowania wszystkich możliwych środków medycznych. Jeszcze mniejsze jest w tym względzie uprawnienie członków jego rodziny, w szczególności w przypadku pacjenta dorosłego i nieubezważnionego, ale także – co warto sobie uprzytomnić – w przypadku rodziców umierającego dziecka (czy przedstawicieli ustawowych pacjenta ubezważnionego). Ich sprzeciw wobec propozycji odstąpienia od uporczywej terapii i błagania lub nawet żądania kontynuowania leczenia za wszelką cenę należy potraktować jedynie jako wyraz rozpacz i brak gotowości na śmierć dziecka. Powinno to skutkować udzieleniem im wsparcia psychologicznego, duchowego oraz pełnej informacji, co naprawdę służy dobru pacjenta. Nie powinno natomiast skłaniać lekarza – z empatii lub z lęku przed ich groźbami czy też dla świętego spokoju i własnego poczucia komfortu psychicznego – do kontynuowania daremnej terapii, wbrew standardom postępowania medycznego.

Nieistnienia pozytywnego aspektu prawa do samostanowienia pacjenta zdają się nie dostrzegać autorzy projektu ustawy bioetycznej z 17 grudnia 2008 r. Proponują oni, aby w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dopisać ust. 2, zgodnie z którym lekarz będzie zobowiązany do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii na wyraźne żądanie samego pacjenta (choć wyłącznie w takim wypadku) [16]. Taki zapis świadczy o przyznaniu pacjentowi prawa do samostanowienia w pozytywnym jego ujęciu i to wyłącznie w odniesieniu do uporczywej terapii, a więc z definicji terapii daremnej i niezasadnej z punktu widzenia wiedzy medycznej. W świetle obowiązujących zapisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu etyki lekarskiej taka propozycja nie wydaje się słuszna, zobowiązuje bowiem lekarza do podejmowania działań tak naprawdę szkodzących pacjentowi (choć być może przedłużających mu biologiczną egzystencję, co przecież wcale nie zawsze oznacza poszanowanie dobra chorego), a w dodatku sprzecznych z wiedzą medyczną. Tymczasem art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprost zabrania lekarzowi podejmowania działań sprzecznych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej. Ponadto art. 57 Kodeksu etyki lekarskiej wyraźnie mówi, że lekarz nie ma obowiązku, a nawet nie powinien, stosować środków, które są medycznie niewskazane, szkodliwe lub daremne [17]. Wobec powyższego należy opowiedzieć się za samodzielnością lekarza w zakresie decydowania o zaniechaniu uporczywej terapii, niezależnie od woli pacjenta.

Nie ulega również wątpliwości, że podmiotem uprawnionym do podejmowania tego typu decyzji w przypadku konfliktu między lekarzem, który chce

odstąpić od leczenia, a pacjentem lub rodziną, którzy się go domagają, nie jest sąd, który zgodnie z brzmieniem ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry może decydować wyłącznie o wydaniu zezwolenia na leczenie (a nie zezwolenia na nieleczenie) – a więc w sytuacji, gdy lekarz chce leczyć, a nie gdy chce od leczenia odstąpić (choć oczywiście, jeśli sąd odmówi wydania zezwolenia, to skutkiem będzie zaniechanie leczenia). Doświadczył tego po części, choć ostatecznie na innej podstawie prawnej, Janusz Świtaj, który w 2007 r. wystąpił do sądu o wydanie zezwolenia na przerwanie uporczywej terapii poprzez odłączenie respiratora po przyszłej śmierci rodziców [18]. Gdyby sądy, zamiast odrzucać jego pismo procesowe z przyczyn formalnych, oparły się na ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry statuujących prawo pacjenta do odmowy terapii i wskazujących na kompetencje sądu do wydania zgody zastępczej, to przyjmując, że Janusz Świtaj faktycznie domagał się jedynie respektowania jego prawa do odmowy leczenia, nie pozostawałoby im nic innego, tylko wniosek odrzucić, uznając, że ponieważ pacjent jest zdolny do świadomego podjęcia decyzji, sąd nie ma żadnych kompetencji podejmowania jej w jego imieniu [5].

Nie oznacza to, że pacjent nie ma żadnej możliwości podważenia zdania lekarza, który stwierdza medyczną niezasadność leczenia. Artykuł 19 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza bowiem procedurę sprzeciwu od każdej opinii lub orzeczenia lekarskiego, o ile mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa, w tym także prawo do uzyskania adekwatnych świadczeń leczniczych. Jeśli więc lekarz wyda opinię o zasadności odstąpienia od terapii danego pacjenta i wdrożenia wyłącznie leczenia paliatywnego, a pacjent nie zgadza się z tym stanowiskiem, może w terminie 30 dni od wydania przedmiotowej opinii wnieść za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta uzasadniony sprzeciw do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazując przepis, z którego wynikają prawa lub obowiązki naruszone przez tę opinię (czyli na przykład konstytucyjną gwarancję prawa do życia – art. 38, czy prawa do ochrony zdrowia – art. 68). Komisja Lekarska decyduje na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta oraz w miarę potrzeby na podstawie jego osobistego badania. Orzeczenie Komisji musi zostać wydane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, i nie przysługuje od niego odwołanie. Uregulowanie w ten sposób zasad wnoszenia sprzeciwu pacjenta – przed ciałem *stricte* lekarskim, z wyłączeniem innych podmiotów publicznych – wskazuje, że ustawodawca pozostawia decyzje odnośnie do medycznej zasadności leczenia albo nieleczenia specjalistom, a więc samym lekarzom. Jediną granicą, jaką stawia, są zakazy wynikające z prawa karnego, w tym zakaz aktywne go pozbawienia życia [12].

Z punktu widzenia pacjentów w stanie terminalnym oraz lekarzy orzekających o odstąpieniu od uporczywej terapii powyższa procedura sprzeciwu jest jednak całkowicie niefunkcjonalna. Przy ścisłej interpretacji przepisów należałoby bowiem z wykonaniem każdego takiego orzeczenia, czyli z faktycznym zaniechaniem daremnego leczenia, czekać 30 dni od poinformowaniu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o tej decyzji, dając mu ewentualną możliwość wniesienia sprzeciwu, co musiałoby skutkować podtrzymywaniem go przy życiu przez ten okres, a w przypadku wniesienia sprzeciwu przez kolejnych 30 dni oczekiwania na decyzję Komisji⁵. Ponadto trudno sobie wyobrazić, by pacjent w stanie terminalnym był fizycznie i umysłowo w stanie sporządzić pisemny sprzeciw z uzasadnieniem faktycznym i prawnym oraz podaniem odpowiednich artykułów, których normy zostały naruszone, przez co złamano jego prawa podmiotowe. Na 21 kwietnia 2011 r. żadnemu pacjentowi nie udało się pokonać tych trudności proceduralnych i żaden sprzeciw nie został merytorycznie rozpatrzony [19].

Ponadto w obowiązującym stanie prawnym brak regulacji wskazującej, kto mógłby wnieść taki sprzeciw w imieniu pacjenta mającego formalnie pełną zdolność do czynności prawnych, ale faktycznie niezdolnego do podjęcia decyzji w tym zakresie (np. nieprzytomnego). Interpretacja przepisów sugerująca, że nikt nie ma takiego uprawnienia – gdyż żaden taki podmiot nie został wymieniony w ustawie – świadczyłaby o tym, że pewna grupa pacjentów została pozbawiona prawa do wniesienia sprzeciwu, co dość łatwo mogłoby prowadzić do zarzutu ich dyskryminacji.

Wszystkie powyższe niejasności przepisów oraz ich niefunkcjonalność stara się usunąć wspomniany na wstępie projekt ustawy.

ODSTĄPIENIE OD UPORCZYWEJ TERAPII WEDŁUG PROJEKTU

Projekt zakłada wprowadzenie do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odrębnego rozdziału poświęconego odstępowaniu od uporczywej terapii, a mówiąc dokładniej – o orzekaniu o rozpoznaniu stanu terminalnego i procedurze odwołania od tego orzeczenia. Tak więc powiedziane jest wprost, że lekarz nie musi leczyć, jeśli z medycznego punktu widzenia stało się to niezasadne. Wskazane są też

warunki podjęcia takiej decyzji (przy jakim rozpoznaniu), procedura jej podjęcia i wniesienia odwołania przez pacjenta, a także skutki zarówno jej uprawomocnienia, jak i uchylenia przez instancję odwoławczą. Przede wszystkim jednak jako novum w polskich przepisach projekt proponuje wprowadzenie legalnych definicji stanu terminalnego i uporczywej terapii.

Definicja stanu terminalnego i uporczywej terapii według projektu

Projekt definiuje stan terminalny jako nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która wywołała poważne, postępujące i trwałe pogorszenie zdrowia, przy istnieniu uzasadnionego medycznego przekonania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne. Stan terminalny nie jest więc żadną miarą definiowany czasowo, ale poprzez wskazanie z jednej strony nieodwracalności i postępującego charakteru choroby, zmierzającej do nieuchronnej śmierci, z drugiej – brakiem możliwości wyleczenia pacjenta czy nawet poprawy jego zdrowia do takiego stanu, by przestał znajdować się w stanie terminalnym. Czym odmiennym jest natomiast faza terminalna, której projekt nie definiuje i nie nadaje jej znaczenia prawnego, czyli końcowa faza życia nieuleczalnie chorego pacjenta, gdy w sposób niebudzący wątpliwości można przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu najbliższych dni [12]. Stan terminalny jest zatem pojęciem szerszym niż faza terminalna, która stanowi jego ostatnią część – to cały okres życia pacjenta, w którym leczenie inne niż paliatywne jest nieskuteczne i medycznie bezzasadne, a więc stanowić będzie uporczywą terapię, niezależnie od długości trwania tego okresu.

Z kolei pojęcie uporczywa terapia projekt definiuje jako stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążące się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności, przy czym uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Definicja ta nie została przez autorów projektów stworzona, ale zapożyczona z wcześniejszego wspomnianego już projektu ustawy bioetycznej, tzw. projektu Gowina, a wypracowana została przez Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia [20].

⁵Nota bene, wprowadzenie procedury sprzeciwu do polskiego prawa zostało wymuszone orzeczeniem Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Tysiąc c. Polska, czyli w sprawie dotyczącej braku możliwości odwołania od orzeczenia lekarza, że brakuje wskazań medycznych do aborcji. Ewidentnie tak długotrwała procedura nie spełnia wymogów Trybunału, gdyż także w sytuacjach decydowania o usunięciu ciąży czynnik czasowy jest bardzo istotny, a więc postępowanie, które może trwać 30 dni (pomijając nawet kwestię możliwości wniesienia sprzeciwu po 30 dniach), z założenia będzie nieskuteczne, gdyż nawet gdyby było wydane po myśli kobiety, może okazać się zbyt późno na przeprowadzenie legalnego zabiegu, patrząc z perspektywy trwania ciąży.

Co prawda, w definicji uporczywej terapii brak odwołania do stanu terminalnego, ale faktycznie użyte w niej słowa bezpośrednio wskazują, że o stosowaniu uporczywej terapii można mówić jedynie u pacjentów znajdujących się w tym stanie. Jak słusznie wskazuje bowiem Romuald Krajewski, definicja uporczywej terapii ogranicza zastosowanie tego terminu do okresu „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”, przy czym jako „umieranie” należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle się pogarsza, co nieuchronnie prowadzi do śmierci. Z kolei za osobę „nieuleczalnie chorą” uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby lub taka terapia nie istnieje [21].

Jeśli chodzi o drugi aspekt definicji, czyli bezzasadność medyczną stosowania danych procedur, to dosadnie opisał ją Tomasz Orłowski, stwierdzając: „terapia staje się uporczywa w momencie, kiedy z medycznego i technicznego punktu widzenia staje się nieskuteczna. Znaczący to, że pożądane rezultaty diagnostyczne, terapeutyczne czy minimalizujące objawy patologii organicznych, nie mogą być za pomocą terapii osiągnięte. Proporcja przyczyna – skutek zostaje złamana. Dlatego taką nieskuteczną terapię nazwiemy nieproporcjonalną. Terapia nieproporcjonalna z medycznego punktu widzenia, czyli po prostu nieefektywna – nie osiąga już zamierzonego celu (*futile*). Taka terapia to *medical futility*. Medyczna skuteczność takiej terapii jest żadna, wysiłek terapeutyczny staje się daremny. Dlatego uciekanie się do takiej terapii pozbawione jest sensu” [22]. Mówimy więc o terapii uporczywej, gdy stosowane środki lecznicze nie przywracają lub nie polepszają zdrowia, ale jedynie „przedłużają umieranie”, i to umieranie niegodne człowieka, zadające mu więcej cierpienia (zarówno fizycznych, jak i psychicznych czy duchowych), niż fakt tego przedłużania mógłby mu przynieść korzyści.

W tym miejscu – na tle cytowanej powyżej wypowiedzi Tomasza Orłowskiego – wskazana jest pewna dygresja semantyczna. Chodzi o samą zasadność posługiwania się pojęciem „uporczywa terapia” [23]⁶. Tomasz Orłowski pisze wprost o *futile therapy*, czyli w poprawnym tłumaczeniu terapii daremnej. Autorzy projektu, świadomi niezręczności pojęcia „uporczywy”, które samo w sobie nie musi oznaczać ani daremny, ani bezskuteczny, ale choćby uparty, postanowili jednak pozostawić je w projekcie. Kierowali się dorobkiem Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, jak również powszechnością używania tego pojęcia w literaturze przedmiotu (zarówno medycznej, jak i bioetycznej czy prawnej), a przede wszystkim chęcią zachowania jednolitości językowej

tworzonych przepisów z obowiązującymi normami. Co prawda termin uporczywa terapia nie występuje w żadnym powszechnie obowiązującym akcie prawnym, ale znajduje się w Kodeksie etyki lekarskiej (art. 32). Żeby nie było więc wątpliwości, że projekt odnosi się do tych samych stanów faktycznych co Kodeks etyki lekarskiej, projekt posługuje się właśnie tym sformułowaniem jako pojęciem legalnym. Oczywiście, sformułowanie terapia daremna stanowi w pełni oddający jego ideę – choć pozaprawny – synonim.

Wracając do głównego wątku rozważań nad definicją, warto podkreślić, że za przejaw uporczywej terapii mogą być uznane wszystkie świadczenia medyczne, w tym także resuscytacja i użycie respiratora. Powyższa definicja pozwala za uporczywe uznać również karmienie i nawadnianie, jeśli ich wdrożenie lub kontynuowanie nie służy dobru danego pacjenta, ale wręcz przeciwnie – powoduje dodatkowe cierpienia. Można tu mówić o pewnych formach karmienia lub nawadniania, które nie służą danemu pacjentowi (np. żywienie pozajelitowe), ale można sobie także wyobrazić sytuację, że każda forma karmienia czy pojenia będzie dla danego pacjenta działaniem uporczywym. Ocena w tym zakresie musi być zindywidualizowana i odnosić się nie tylko do konkretnego pacjenta, jego zdrowia i proponowanych mu metod karmienia czy pojenia, ale wręcz do momentu jej dokonywania. Ze względu na zmiany stanu pacjenta czynności dziś traktowane jako wypełnianie podstawowych potrzeb fizjologicznych, jutro mogą stanowić przejaw uporczywości terapeutycznej. Poza zakresem pojęcia uporczywej terapii pozostają natomiast działania paliatywne, w tym zabiegi pielęgnacyjne i łagodzenie bólu. Od tego typu działań, nawet gdy mają charakter działań medycznych, nigdy odstąpić nie wolno.

Nie ulega wątpliwości, że oba pojęcia – zarówno stanu terminalnego, jak i uporczywej terapii – są pojęciami nieostrymi. Jednak – jak wskazuje słusznie Marek Wichrowski – ich rozmycie wynika z natury rzeczywistości (w tym przypadku z kontekstu medycznego, który jest zmienny zarówno ze względu na rozwój choroby poszczególnego pacjenta, jak i postęp w medycynie) i jest obiektywnie nieusuwalne [25]. Ustawodawca musi w tym wypadku poddać się z zaufaniem orzeczeniom lekarzy, którzy będą w praktyce oceniać, czy dany pacjent znajduje się w stanie terminalnym i czy stosowana wobec niego terapia ma charakter uporczywy. Oceny te będą się zmieniać w zależności od osoby pacjenta (nawet w przypadku osób cierpiących na tę samą chorobę, okoliczności związane z pacjentem mogą powodować, że orzeczenie o wystąpieniu u nich stanu terminalnego nastąpi na różnym etapie postępowania cho-

⁶Kazimierz Szewczyk wręcz proponuje całkowitą rezygnację z tego pojęcia ze względu na tożsamość z leczeniem daremnym; Kazimierz Szewczyk, Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem, 2009, s. 8, http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_4.pdf.

roby), jak i historycznie – w zależności od postępu nauk medycznych i zwiększenia się dostępności środków leczniczych o wysokim standardzie. Narzucenie lekarzom bardziej precyzyjnych definicji sprawiłoby, że byłyby one nieefektywne wobec pewnej grupy pacjentów, niemieszczących się w ścisłych kategoriach precyzyjnej definicji ustawowej (a tacy by się na pewno znaleźli, niezależnie od sformułowania prawnego), oraz stałyby się niefunkcjonalne w (zapewne niedługiej) przyszłości, co wymagałoby ich zmiany. To z założenia prowadziłoby do naruszenia zasad powszechności prawa i równości wobec niego, a także jego stabilności.

Oczywiście zaufanie wobec lekarzy, którzy będą orzekać o rozpoznaniu stanu terminalnego i niewdarażaniu lub zaniechaniu uporczywej terapii, nie jest bezwarunkowe i muszą oni podlegać kontroli. Stąd projekt – zgodnie ze wskazaniem orzeczeń Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu – przewiduje procedurę odwoławczą dużo skuteczniejszą niż obecna.

Orzeczenie o stanie terminalnym i tryb odwołania od tego orzeczenia według projektu

Projekt wprowadza wprost stwierdzenie, że lekarzowi wolno u pacjenta w stanie terminalnym odstąpić od leczenia, które uznaje za przejaw uporczywej terapii, i że taką decyzję wolno mu podjąć niezależnie od stanowiska pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego czy kuratora medycznego. Pacjent albo jego reprezentant będzie mógł natomiast odwołać się od takiego orzeczenia, jeśli nie zgadza się z decyzją lekarza.

Projekt zakłada, że w przypadku wystąpienia u pacjenta stanu terminalnego lekarz, po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego pacjenta, orzekałby o rozpoznaniu u tego pacjenta stanu terminalnego. O wydaniu takiego orzeczenia, jego przyczynach i skutkach oraz przysługujących prawach (w tym prawie do odwołania, ale także prawie do opieki paliatywnej i skutecznego leczenia przeciwbólowego) lekarz informowałby pacjenta, o ile byłby on przytomny i nie oświadczył wcześniej, że nie chce otrzymywać informacji o stanie swojego zdrowia, a także jego przedstawiciela ustawowego. Jeśli pacjent byłby nieprzytomny albo skorzystał z prawa do niewiedzy, lekarz informowałby tylko jego przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjentów małoletnich), pełnomocnika medycznego (o ile został ustanowiony) albo kuratora medycznego (o ile został wyznaczony przez sąd). Lekarz jest zobowiązany wyjaśnić przyczyny orzeczenia oraz poinformować o przysługujących prawach. Jeżeli pacjent byłby niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli, a nie miałby przedstawiciela ustawowego ani pełnomocnika medycznego czy kuratora medycznego ani

nie sporządził testamentu życia, lekarz byłby zobowiązany poinformować właściwego miejscowo prokuratora, który miałby uprawnienie w imieniu takiego pacjenta podjąć decyzję odnośnie do ewentualnego odwołania od tego orzeczenia. Przed podjęciem decyzji o wniesieniu odwołania od orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego albo o braku podstaw do jego wniesienia prokurator musiałby się udać do miejsca pobytu pacjenta i zapoznać na miejscu z jego stanem. Miałby również wgląd w dokumentację medyczną oraz uprawnienie do uzyskania wszelkich niezbędnych informacji od personelu medycznego. Takie same uprawnienia, jeśli chodzi o dostęp do informacji, posiadałby również przedstawiciel ustawowy pacjenta, jego pełnomocnik medyczny czy kurator medyczny oraz oczywiście sam pacjent, co pozwoliłoby im na podjęcie świadomej decyzji, czy wnieść odwołanie od orzeczenia lekarza czy nie.

W orzeczeniu o rozpoznaniu stanu terminalnego lekarz, w miarę możliwości po zasięgnięciu opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego, mógłby orzec również o niepodejmowaniu resuscytacji w przypadku zatrzymania akcji oddechowej lub krążenia u pacjenta, którego dotyczy orzeczenie. Orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego byłoby odnotowywane w dokumentacji medycznej.

Pacjent, który ukończył 16 lat, jeśli nie zgadzałby się z przedmiotowym orzeczeniem, mógłby złożyć w terminie 24 godzin od powiadomienia o jego wydaniu odwołanie do konsultanta wojewódzkiego ze specjalności medycznej właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania orzeczenia o rozpoznaniu u niego stanu terminalnego. W imieniu małoletniego do 16. roku życia oraz małoletniego między 16. a 18. rokiem życia, jeśli nie byłby zdolny do podjęcia świadomej decyzji, oraz pacjenta ubezwłasnowolnionego odwołanie mógłby wnieść jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku pacjenta mającego pełną zdolność do czynności prawnych, ale niezdolnego faktycznie do podjęcia świadomej decyzji w tym zakresie lub jej zakomunikowania uprawnienie to miałby odpowiednio jego pełnomocnik medyczny albo kurator medyczny, a w przypadku gdy żadna z tych osób nie została wyznaczona – prokurator.

Na podstawie wniesionego odwołania konsultant wojewódzki niezwłocznie powoływałby konsylium odwoławcze właściwe do rozpoznania odwołania, w skład którego wchodziłoby trzech lekarzy, w tym przynajmniej jeden o specjalności medycznej, właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania zaskarżonego orzeczenia. W uzasadnionych przypadkach w skład konsylium odwoławczego wchodziłby też specjalista opieki paliatywnej. Dodatkowym warunkiem niezależności kolegium odwoławczego od podmiotu leczniczego, który świadczyłby usług medyczne danemu pacjentowi, byłoby powoływanie obowiązkowo w jego skład przynaj-

mniej dwóch osób spoza pracowników lub współpracowników tego podmiotu. Lekarze byłoby wybierani do kolegium odwoławczego z listy opracowywanej dorocznie przez konsultantów wojewódzkich.

Konsylium odwoławcze musiałyby się udać do miejsca pobytu pacjenta i wysłuchać go, o ile byłby przytomny. Gdyby pacjent nie był przytomny, konsylium odwoławcze także musiałyby się zapoznać z jego stanem w miejscu, w którym przebywa. Ponadto konsylium odwoławcze musiałyby wysłuchać przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika medycznego, albo kuratora medycznego, o ile takie osoby zostały ustanowione. Ponadto mogłyby wysłuchać lekarza prowadzącego oraz inny personel medyczny oraz oczywiście musiałyby się zapoznać z pełną dokumentacją medyczną pacjenta, zarówno sprzed wydania orzeczenia, jak i z okresu po jego wydaniu. Na wszystkie te czynności konsylium odwoławcze miałyby 24 godziny od wpłynięcia odwołania.

Na podstawie tak zebranego materiału konsylium odwoławcze wydawałoby albo orzeczenie utrzymujące w mocy orzeczenie lekarza o rozpoznaniu stanu terminalnego i nakazywałoby niewdrażanie albo zaniechanie uporczywej terapii, albo uchylające zaskarżone orzeczenie lekarza i nakazujące kontynuowanie leczenia. Orzeczenie konsylium odwoławczego byłoby ostateczne i nie służyłoby nikomu w żadnym trybie (także nadzwyczajnym) żadna forma odwołania do jakiegokolwiek organu. Wyłączony w tym zakresie byłby sprzeciw do Komisji Lekarskiej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

W przypadku orzeczenia konsylium odwoławczego o kontynuacji leczenia konsultant wojewódzki, który powołał konsylium odwoławcze, wskazywałby podmiot leczniczy, w którym leczenie miałoby być kontynuowane, biorąc pod uwagę także możliwość natychmiastowego objęcia pacjenta leczeniem przez ten podmiot. Wskazanie konsultanta wojewódzkiego byłoby traktowane jako odpowiednie skierowanie do leczenia. Wyznaczony podmiot leczniczy nie mógłby odmówić świadczenia takiego leczenia na podstawie art. 38 lub 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Do czasu objęcia pacjenta leczeniem przez wskazany podmiot leczniczy lekarz, który wydał uchylone orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego, byłby zaś zobowiązany do kontynuowania leczenia zgodnie ze wskazaniami konsylium odwoławczego.

Nowe orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego u pacjenta, wobec którego kolegium odwoławcze uchylilo poprzednie orzeczenie tej treści i nakazało kontynuowanie leczenia, mogłoby zostać wydane po stwierdzeniu okoliczności związanych z jego stanem zdrowia, powodujących jego nadmierne cierpienie lub naruszenie jego godności. To kolejne orzeczenie podlegałoby takiej samej procedurze odwoławczej.

Z kolei w przypadku uprawomocnienia się orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego, czyli jeżeli

odwołanie od tego orzeczenia nie zostało wniesione w terminie albo jeżeli konsylium odwoławcze utrzymało je w mocy, lekarz po konsultacji z zespołem leczącym nie wdrażałby albo zaprzestawałby uporczywej terapii (w tym stosowania respiratora) i stosowałby jedynie podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów, a także karmienie i nawadnianie, o ile służyłyby dobru pacjenta, oraz kierowałby go do opieki paliatywnej. Orzeczenie to – także w zakresie niepodejmowania resuscytacji w przypadku zatrzymania akcji oddechowej lub krążenia u pacjenta – byłoby wiąże dla wszystkich lekarzy i całego pozostałego personelu medycznego.

Proponując powyższe rozwiązania, projekt ma na celu z jednej strony jednoznaczne rozstrzygnięcie wspomnianych na wstępie wątpliwości co do dopuszczalności odstępowania przez lekarza od uporczywej terapii oraz warunków, które muszą być z medycznego punktu widzenia spełnione, by taka decyzja była legalna. Z drugiej natomiast wprowadza alternatywę dla obecnego systemu sprzeciwu, która ma być dostępna dla wszystkich pacjentów, w tym niezdolnych do samodzielnego działania w ostatnim stadium choroby, bo przewiduje sposób ich reprezentacji w każdym przypadku, a dodatkowo nie zawiera żadnych formalnych wymogów – odwołanie może być ustne i bez uzasadnienia. Proponowana forma odwołania jest także efektywna, bo szybka. Kolegia odwoławcze będą działać na poziomie województwa, co umożliwi im szybkie przemieszczanie się i zminimalizuje koszty ich pracy (projekt przewiduje wyłącznie zwrot kosztów w formie delegacji pracowniczych dla członków kolegiów). Konieczność zapoznania się ze zdaniem wszystkich zainteresowanych oraz stanem pacjenta w miejscu jego pobytu sprawi, że wiedza kolegium będzie pełna i uwzględni nie tylko informacje zawarte w dokumentacji medycznej, ale także czynnik czysto ludzki. Ponadto konieczność wydania orzeczenia w ciągu doby sprawi, że osoby, które faktycznie znajdują się w stanie terminalnym, nie będą zbyt długo poddawane długiej uporczywej terapii, a osoby, wobec których ten stan rozpoznano błędnie, co będzie skutkowało uchYLENIEM tego orzeczenia, szybko znajdą właściwą – bo wskazaną przez specjalistów będących członkami kolegium odwoławczego – pomoc w innej placówce leczniczej, może lepiej przygotowanej technicznie, a na pewno bardziej przekonanej wewnętrznie do kontynuowania leczenia. Dodatkową funkcją tak szeroko dostępnego, łatwego i szybkiego trybu odwoławczego powinno być zapobiegnięcie występowaniu przez członków rodzin zmarłych pacjentów z oskarżeniami karnymi wobec lekarzy, że przyczynili się oni do śmierci ich bliskich, bo odstąpili od leczenia, czy z roszczeniami cywilnymi. Tryb odwoławczy przeniesiony jest bowiem na okres przed wykonaniem orzeczenia, a więc słuszność decyzji lekarza podlega zbadaniu jeszcze przed śmier-

cią pacjenta. Ponadto dokonuje jej niezależny od danej placówki leczniczej organ medyczny, i to z adekwatną do choroby danego pacjenta specjalnością, co ma zapewniać poprawność dokonywanej weryfikacji medycznej. Dla lekarzy, ale także dla prokuratorów czy sądów, fakt utrzymania w mocy orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego przez kolegium odwoławcze (ale także brak odwołania w przypadku reprezentacji pacjenta przez prokuratora) będzie gwarantował, że nie może być mowy o żadnym przyczynieniu się lekarza do śmierci pacjenta, ale o działaniu w pełni zgodnym ze standardami wiedzy medycznej. Z kolei brak wniesienia takiego odwołania będzie świadczył o tym, że działanie lekarza było zgodne z wolą pacjenta, który uznał jego racje i nie chciał być dalej leczony, co będzie stanowić wystarczającą przesłankę legalności działań lekarskich.

Na marginesie warto podkreślić, że zasada, iż przy nakazaniu przez kolegium odwoławcze kontynuacji leczenia następuje zmiana placówki leczniczej, ma też na celu poszanowanie swobody sumienia lekarza (zespołu leczącego), który wydał orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego – by nie musiał kontynuować terapii, którą na podstawie swojej wiedzy i w swoim sumieniu uznaje za uporczywą. Tak więc proponowane rozwiązania mają służyć zarówno poszanowaniu praw i dobru pacjentów, jak i bezpieczeństwu oraz poszanowaniu praw lekarzy.

ZAKOŃCZENIE

Jak widać z powyższych rozważań, proponowane regulacje projektu dotyczące odstąpienia od uporczywej terapii wcale nie wprowadzają rozwiązań, które byłby obecnie zabronione. Ich celem jest uporządkowanie istniejącego stanu prawnego oraz wyjaśnienie wątpliwości, które obecnie istnieją w doktrynie i orzecznictwie, a także udoskonalenie procedur w celu zwiększenia ich efektywności. Stojąc na stanowisku, iż prawo powinno być proste, funkcjonalne i wskazywać przejrzystą i szybką procedurę postępowania, autorzy poddają z pokorą ten projekt pod debatę społeczną celem weryfikacji, czy spełni on oczekiwania tak świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców usług medycznych. Oczekują też konstruktywnych komentarzy i poprawek, a w efekcie – mają nadzieję na wsparcie dla działań zmierzających do wniesienia w ramach inicjatywy ustawodawczej jak najdoskonalszej wersji tego projektu.

PIŚMIENNICTWO

1. Dukiet-Nagórska T. O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania, *Prawo i Medycyna* 2008; 2: 17-26.

2. Tekst projektu z uzasadnieniem: <http://www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/epidemiologia-polityka-zdrowotna/testament-zyciapelnomocnik-medyczny/313-projekt-ustawy>
3. Kurkiewicz A, Szeroczyńska M. Prawo do umierania w godności. *Prawnik. Dziennik Gazeta Prawna* 2013; 56 [z 20 marca 2013 r. D 6-7].
4. Wyrok SN z dnia 4 stycznia 2007 r. sygn. V CSK 396/06, *Biuletyn SN*, 2007; 4: 15.
5. Szeroczyńska M. Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim. W: *Prawa umierania i tajemnica śmierci*. Górecki M (red.). Żak, Warszawa 2010.
6. Zoll A. Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo i Medycyna* 2000; 5: 31-38.
7. Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu. *Wyd. Prawnicze, Warszawa* 1988.
8. Safjan M. Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej. W: *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka*. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003.
9. Ciszewski J. Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne. *Wyd. Arche, Gdańsk* 2002.
10. Szeroczyńska M. Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie, *Universitas, Kraków* 2004.
11. Jaworski S. Regulacje prawne odpowiedzialności karnej lekarza w perinatologii, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia* 2009; 2: 231-234.
12. Dangel T, Grenda R, Kaczkowski J i wsp. Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. *Wytyczne dla lekarzy*. Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa 2011.
13. Liszewska A. Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej. *Zakamycze, Kraków* 1998.
14. Zielińska E. Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej. *Wyd. Liber, Warszawa* 2001.
15. Świdzka M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. *Wyd. Dom Organizatora, Toruń* 2007.
16. Tekst projektu: <http://ekai.pl/wydarzenia/x17354/co-dokladniemowi-projekt-ustawy-gowina-caly-tekst-projektu/>
17. Krajewski R. Odmowa leczenia – prawa i obowiązki lekarza. *Prawo i Medycyna* 1999; 4: 13-17.
18. Świtaj J. 12 oddechów na minutę. *Wydawnictwo Otwarte, Kraków* 2008.
19. Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na zapytanie Rzecznika Praw Obywatelskich. Dostępne na: <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/szczegoly.php?pismo=1557312>
20. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 3: 77.
21. Krajewski R. Komentarz do definicji. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 3: 78.
22. Orłowski T. Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii. *Debata: Czym jest uporczywa terapia?* 22.01 – 01.02 2009. Dostępne na: http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf.
23. Szewczyk K. Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem. *Debata: Czym jest uporczywa terapia?* 22.01 – 01.02 2009. Dostępne na: http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_4.pdf.
24. Wichrowski M. Analiza logiczna pojęcia „terapia uporczywa”. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi* 2009, 17: 53-57.