



Uporczywa terapia w projekcie tzw. *ustawy bioetycznej* – pięć krytycznych konkluzji

Kazimierz Szewczyk

Prace nad projektem *Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*¹ dawały dogodną okazję do umieszczenia w „prawie medycznym” naszego kraju instytucji testamentowej dyspozycji życiem (TDŻ), pozwalającej pacjentom na zaprzestanie albo niepodejmowanie niechcianego leczenia utrzymującego przy życiu. W obecnym tekście pojęcia „testament życia” i „oświadczenie woli” traktował będę jak synonimy TDŻ.

Pałącą konieczność takiego rozwiązania pokazują badania anestezyjologa-intensywisty Pawła Andruszkiewicza i współpracowników. Wynika z nich, że aż ponad 60% polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych, podejmowanych w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z przyczyny znacznego zaawansowania choroby pacjentów. Motywem tych nieetycznych działań są obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzieleniu pomocy².

Także autorzy projektu *ustawy bioetycznej* – jak ją będę nazywał, zgodnie z przyjętym uzusem – widzą potrzebę nadania mocy prawnej testamentowi życia. W punkcie 15 *Uzasadnienia ustawy* wiążą ją „z ogromną technicyzacją medycyny i zwiększającymi się możliwościami podtrzymywania wybranych funkcji życiowych organizmu, prowadzącymi niekiedy do sztucznego przedłużania agonii i procesu umierania”.

¹ Projekt *ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*; <http://www.polskaxxi.pl/Czytelnia/Warto-przeczytac/Projekt-ustawy-bioetycznej>

² P. Andruszkiewicz i wsp., *Analysis of Attitudes of Physician Towards Decision to Attempt or Not to Attempt CPR in Poland*, „Intensive Care Medicine”, 2006, nr 32, s. 96.

Niestety – jak postaram się wykazać – proponowany produkt regulacyjny nie jest w stanie odpowiedzieć na zasygnalizowane zapotrzebowanie. Ogranicza się wyłącznie do konstrukcji prawnej nazywanej „uporczywą terapią”. Takiego właśnie leczenia pacjent może odmówić składając oświadczenie pro futuro. Uzasadnienie wysuniętej tezy rozpocznę od poszukiwania odpowiedzi na pytanie:

1. Czy uporczywa terapia jest tożsama z daremnym leczeniem?

Zgodnie z definicją podaną w *ustawie*, uporczywa terapia to „stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; nie stanowi uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta”. Czynności pielęgnacyjne a także pojenie i odżywianie nie służą dobru chorego w wypadkach gdy ich stosowanie „przedłuża stan agonalny i łączy się z nadmiernym cierpieniem” czyli nosi „znamiona uporczywej terapii”.

Redaktorzy *ustawy* wskazują, że pojęcie uporczywej terapii wprowadzone do dokumentu „odpowiada definicji wypracowanej w formie konsensusu przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia w ramach projektu badawczego „Granice terapii medycznych”. Według niej: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”.

Definicję tę wraz z *Komentarzem do definicji* napisanym przez członka Grupy Romualda Krajewskiego opublikowała „Medycyna Paliatywna w Praktyce”³.

Jednakże Jarosław Gowin, promotor projektu *ustawy bioetycznej*, wyraźnie podkreśla, że „testament życia odzwierciedla chrześcijańską koncepcję człowieka, bo

³ „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, 2008, nr 3, s. 77 i n;

<http://www.mpp.viamedica.pl/wydanie.phtml?VSID=b63d159e06cf43cd6373a3d9bd996e66>

chodzi tu tylko o prawo do unikania uporczywej terapii”⁴. Z wypowiedzi tej wynika, że na definicję wypracowaną przez Grupę Roboczą wpłynęła nauka Kościoła katolickiego dotycząca warunków godziwości rezygnacji przez chorego z leczenia podtrzymującego życie. Odwołam się do niej w celu zbadania, jak dalece i w jaki sposób „odzwierciedla” tę naukę pojęcie uporczywej terapii zawarte w *ustawie*. Kluczowe dla badań będzie poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy magisterium Kościoła zawęża daremną terapię jedynie do leczenia stosowanego „w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem”.

Jan Paweł II w Encyklice *Evangelium vitae* pisze: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tzw. ‘uporczywej terapii’, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego lub dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem ‘zrezygnować z zabiegów, które spowodowały jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach’. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację kondycji ludzkiej w obliczu śmierci” (65)⁵.

Odsyłacze w cytacie do *Deklaracji o eutanazji*⁶ pokazują dowodnie, że Jan Paweł II mówi o podanej w tym dokumencie zasadzie proporcjonalności środków leczniczych.

Przywołany fragment Encykliki nie wyklucza tezy, że Papież przez uporczywą terapię rozumie procedury nieproporcjonalne (nieadekwatne, nadzwyczajne, przesadne),

⁴ J. Gowin, *Odpowiedź na pytanie czytelnika internetowego wydania „Wprost”*;

http://www.wprost.pl/zapytaj_wprost/

⁵ Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae*, Rzym 1995;

<http://www.da.umk.pl/czytelnia/Evangelium%20Vitae.pdf>

⁶ Kongregacja Nauki Wiary, *Iura et Bona. Deklaracja o eutanazji*, Rzym 1980, „L’Osservatore Romano”, 1980, nr 8.

z których wdrażania lub prowadzenia pacjent może zrezygnować nie tylko w sytuacji bliskości śmierci, lecz także na każdym etapie choroby, jeśli okażą się niewspółmierne do oczekiwanych rezultatów, albo gdy będą zbyt uciążliwe (nawet) dla rodziny chorego. O tym właśnie traktuje pierwsze zdanie cytatu i, częściowo, dwa ostatnie. Trudno w sytuacji bliskości śmierci oceniać szansę rozważanej procedury na poprawę zdrowia. Do tej właśnie sytuacji bez wątplenia odnosi się drugie zdanie fragmentu.

Inaczej rzecz ujmując, zasada proporcjonalności ma także aspekt powszechny – jest regułą odnoszącą się do wszystkich etapów choroby, a nie tylko do jej stanu terminalnego i wyłącznie do osób umierających. Podobnego zdania jest ksiądz Antoni Bartoszek⁷. Interpretację taką uzasadniają sformułowania *Deklaracji*; w kontekście proporcjonalności mówi się tu o:

- a. terapii doświadczalnej,
- b. terapii uznanej za nieproporcjonalną (przez chorego przy wsparciu „naprawdę kompetentnych” lekarzy i rodziny),
- c. leczenia „jeszcze nie wolnego od niebezpieczeństw” i wiążącego się z „nadmiernymi kosztami”,
- d. leczenia w obliczu „zbliżającej się, nieuchronnej śmierci, które „przyniosłoby tylko niepewne i uciążliwe przedłużanie życia”.

Na korzyść proponowanej „rozszerzającej” interpretacji uporczywości leczenia przemawia też wypowiedź Papieskiej Rady Cor Unum. Jej autorzy mówią o uporczywej terapii w stosunku, do której Kongregacja Nauki Wiary w *Deklaracji* „przedstawiła autorytatywnie zasady doktrynalne i moralne”⁸. Stąd wniosek, że uporczywym leczeniem jest leczenie nieproporcjonalne, którego jedną z form jest terapia w sytuacji bliskości śmierci, jedynie przedłużająca umieranie.

Także *Katechizm Kościoła katolickiego* nie zawiera sformułowań jednoznacznie nakazujących zawężenie daremnej terapii do sytuacji bliskości śmierci. Stwierdza się w nim, że „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być

⁷ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Księgarnia św. Wojciecha, Katowice 2000.

⁸ Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, Rzym 1081 w: *W trosce o życie. Dokumenty Kościoła*, red. K. Szczygieł, Biblos, Tarnów 1998, s. 438.

uprawnione. Jest to odmowa 'uporczywej terapii'. Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta” (2278)⁹.

Przytoczone cytaty uzasadniają, jak sądzę, pogląd, że członkowie Grupy Roboczej i redaktorzy *ustawy* zawęzili pojęcie uporczywej terapii do sytuacji bliskiej śmierci; w stosunku do niej będą się posługiwać określeniem „stan terminalny”. Jest to, moim zdaniem, zawężenie nieusprawiedliwione nauką Kościoła.

Jako jeszcze jeden argument na rzecz postawionej tezy może posłużyć art. 32 ust. 1 *Kodeksu etyki lekarskiej*. Przepis ten stanowi: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”.

Przywołany ustęp ma osobliwą „konstrukcję zakresową”. Z jednej strony zawęży uporczywą terapię do stanów terminalnych, z drugiej zaś wyłącza z niej środki nadzwyczajne (=nieproporcjonalne, zgodnie z *Deklaracją o eutanazji*) i reanimację. Cóż zatem pozostaje w obrębie uporczywych procedur po takim ich ograniczeniu. Zaiste niewiele, nawet jeśli przyjmemy, że wyodrębnienie reanimacji podyktowane było względami pragmatycznymi, być może dlatego, że jest to najczęściej w praktyce spotykana procedura daremna; vide podane na początku tekstu rezultaty badań Pawła Andruszkiewicza. Można się domyślać, że uporczywa terapia obejmuje procedury przedłużające umieranie, czyli podejmowane w bezpośredniej bliskości śmierci i okupione cierpieniem pacjenta. Uporczywość definiowana w KEL i uporczywość definiowana w *ustawie* uległy w ten sposób zakresowemu utożsamieniu.

W bioetyce anglosaskiej tak zawężona daremna terapia nazywana jest „medyczną daremnością” (*medical futility*), samo zaś leczenie tego rodzaju terapią daremną (*futile*).

Ożywioną dyskusję nad daremnością leczenia zapoczątkował przypadek pacjentki w stanie trwale wegetatywnym i bliskiej śmierci. Mąż nalegał na utrzymanie jej przy życiu przy pomocy respiratora i sztucznego karmienia: procedur uznanych przez lekarzy za nieskuteczne. Na temperaturę dyskusji i jej rezultaty znacząco wpłynęło rozpoczynające

⁹ *Katechizm Kościoła katolickiego*; <http://www.katechizm.opoka.org.pl/rkkkIII-2-2.htm>

się w tym czasie coraz większe zainteresowanie lekarzy profesjonalnym uprawianiem bioetyki¹⁰. Uznali oni bowiem – nie bez podstaw – że domaganie się przez chorych lub ich przedstawicieli leczenia daremnego jest nieusprawiedliwionym wkraczaniem w prerogatywy lekarzy: wymuszaniem leczenia nieskutecznego (nieużytecznego), co stoi w sprzeczności z integralnością profesjonalną medyków. Stąd decyzję o tym, czy dana terapia jest już daremna czy jeszcze „użyteczna”, w ostatecznej instancji podejmuje nie pacjent – jak w przypadku uporczywej terapii – lecz lekarz wyposażony w odpowiednią wiedzę, umiejętności i doświadczenie.

Uporczywa terapia zawężona do bliskości śmierci (stanu terminalnego) i przedłużająca jedynie ten stan jest równoważna leczeniu daremnemu ze względu na ocenę szans przeżycia¹¹. Za takim rozumieniem uporczywości przemawiają uściślenia z *Komentarza do definicji* Romualda Krajewskiego: „Definicja ogranicza zastosowanie terminu ‘uporczywa’ do okresu ‘umierania’ osoby ‘nieuleczalnie chorej’. Jako ‘umieranie’ należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle się pogarsza, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie. Za osobę ‘nieuleczalnie chorą’ uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej *realne* [kursywa – K.Sz.] szanse na wyleczenie lub zahamowanie postępu choroby, lub taka terapia nie istnieje”.

R. Krajewski, podobnie jak zwolennicy koncepcji daremności leczenia, stwierdza, że to lekarze mają uprawnienia do uznania terapii za daremną. Píše: „Zastosowanie w praktyce definicji terapii uporczywej składa się z dwóch etapów. Pierwszym jest decyzja o uznaniu terapii za uporczywą, która należy do lekarza lub grupy lekarzy”. W drugim etapie rozważana jest decyzja o odstąpieniu od takiego leczenia w procesie konsultacji „dwóch równoprawnych partnerów – pacjenta oraz lekarza”.

W tym miejscu analiz nasuwa się pytanie: czy kontynuacja (względnie wdrożenie) działań daremnych, a więc nieużytecznych w leczeniu, nie jest tożsama z popełnieniem błędu medycznego? Twierdząca odpowiedź na postawione pytanie skłania do konkluzji,

¹⁰ G.E. Pence, *Classic Cases in Medical Ethics*, McGraw-Hill Higher Education, Boston 2000, s. 53.

¹¹ B.A. Brody, A. Halevy, *Is Futility a Futile Concept?*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 1995, nr 2 s. 123 i n.; A. Alichniewicz, *Eutanazja a etyczne podstawy medycyny stanów terminalnych*, w: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 161.

że również takim błędem jest prowadzenie i podejmowanie terapii daremnej zakresowo ograniczonej definicją podaną w *ustawie bioetycznej*.

Za postawionym wnioskiem przemawia, między innymi, następujące zdanie *Komentarza do definicji*: „Uznanie terapii za uporczywą, a więc *w sposób szczególnie nieuzasadnioną* (kursywa – K. Sz.), stanowi dodatkowy argument zwalniający lekarza z obowiązku kontynuacji leczenia i daje mocniejszą podstawę do przeciwstawienia się żądaniom i naciskom”. Terapia daremna jest więc błędem w sztuce medycznej, bo jest leczeniem szczególnie nieuzasadnionym, nieskutecznym, przedłużającym li tylko umieranie, wiążącym się z naruszeniem godności pacjenta i z nadmiernym jego cierpieniem.

Gwoli pełni obrazu dodam, że zawężającą interpretację uporczywości leczenia stosują nie tylko członkowie Grupy Roboczej i redaktorzy *ustawy*. Optuje za nią np. kardynał Javier Lozano Barragán, przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia.

W wywiadzie udzielonym „Naszemu Dziennikowi” stwierdza: „Uporczywa terapia jest każdym zabiegiem medycznym, który jest nieproporcjonalny i niepotrzebny, żeby wyleczyć chorego w obliczu jego nieodległej śmierci i który nie zmierza do niczego innego, jak tylko do przedłużenia *bardzo bolesnej agonii*. W wyniku uporczywej terapii życie chorego zostaje na jakiś czas przedłużone za cenę kolejnych *ogromnych* [kursywa – K.Sz.] cierpień. Nie przeprowadzając uporczywej terapii, pozwala się umrzeć temu choremu w spokoju.[...] Uporczywa terapia nie jest niczym innym jak przedłużaniem bolesnej agonii, która później kończy się śmiercią”¹².

Czy jest jakikolwiek sens zapisywać w ustawie prawo (i to warunkowe) do odmowy takiego „leczenia”? Jego introdukcja doprowadzi do zasygnalizowanych wyżej, paradoksalnych i niemożliwych do zaakceptowania wniosków, a – w konsekwencji – do pytania, czy sensowne jest składanie oświadczeń woli, w których nie zgadzamy się albo zgadzamy na popełnianie medycznego błędu?

¹² J. Tomczak, *Gdzie jesteśmy jako Kościół*, „Nasz Dziennik” z 27 lutego 2007; <http://info.wiara.pl/index.php?grupa=4&cr=0&kolej=0&art=1172557989>

Pomijając milczeniem tę retoryczną kwestię przejdę do następnego zagadnienia, pytając:

2. Czy w społeczeństwach demokratycznych zasada poszanowania autonomii decyzyjnej pacjenta jest „pierwszą pośród równych”?

Przypomnę, że zasada ta ma dwa aspekty: pozytywny – uprawniający pacjenta do stawiania żądań pod adresem lekarza (sytemu opieki zdrowotnej) i negatywny – dający mu prawo odmowy świadczeń medycznych (poza nielicznymi wymienionymi w odpowiednich regulacjach prawnych).

Reguła daremności leczenia należy do grupy pryncypiów ograniczających zakresowo pozytywną stronę zasady autonomii. Natomiast doktryna proporcjonalności terapii limituje negatywny aspekt omawianej zasady, nakładając obowiązek wdrażania i kontynuowania leczenia proporcjonalnego. Obowiązek ten dotyczy jednak ludzi będących członkami Kościoła katolickiego, a także tych, którzy w sumieniu swoim obawiają się, że odmawiając leczenia popełnią samobójstwo. Stąd też zasada proporcjonalności nie powinna być wprowadzana do prawa krajów demokratycznych i neutralnych światopoglądowo ani w szerokiej, ani w zawężonej formie.

W etyce czterech zasad, będącej dominującym sposobem uprawiania bioetyki, zasada autonomii jest pierwszą między równymi¹³. Wagę i pierwszeństwo tego pryncypium pokazują również przykłady wybrane z orzecznictwa:

a. W marcu 1993 roku sędziowie Izby Lordów zezwolili na odstawienie odżywiania i nawadniania Tony’ego Blanda znajdującego się w stanie trwale wegetatywnym. Jeden z sędziów, lord Goff, stwierdził: jest „przyjęte, że zasada samostanowienia wymaga poszanowania życzeń pacjenta, stąd jeśli dorosły pacjent przy zdrowych zmysłach nie zgodzi się, nawet nierozsądnie, na leczenie albo opiekę przedłużającą, albo mogącą przedłużyć jego życie, lekarze odpowiedzialni za jego opiekę muszą zaakceptować jego życzenia, nawet jeśli ich zdaniem takie postępowanie nie leży w najlepszym interesie

¹³ R. Gillon, *Ethics Needs Principles – Four Can Encompass the Rest – and the Respect for Autonomy Should Be “First Among Equals”*, „Journal of Medical Ethics”, 2003, nr 5, s. 307-312.

pacjenta[...]. W tym zakresie zasada świętości ludzkiego życia musi ustąpić zasadzie samostanowienia [...]”¹⁴.

b. Identycznego zdania był kolejny angielski sąd podkreślając, że jednostkowa autonomia i godność są „fundamentalnymi prawami” chronionymi przez art. 3 i 8 *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*. Zdaniem sądu, dokument ten podobnie jak prawo zwyczajowe rozpoznaje, że świętość życia „zajmuje drugie miejsce” wobec autonomii. Godność także można umieścić na tym miejscu (§ 127 orzeczenia)¹⁵.

c. Kalifornijski Sąd Najwyższy rozpatrując sprawę więźnia z kwadriplegią odmawiającego koniecznego w tym stanie leczenia, co narażało go na poważne ryzyko śmierci, orzekł co następuje: „Ponieważ decyzje dotyczące opieki zdrowotnej nieodłącznie dotyczą subiektywnego znaczenia dobrostanu, to prawo jednostkowej autonomii nie może być unieważnione przez mądrość, tj. medyczną racjonalność jednostkowego wyboru. [...] każdy człowiek jest uznawany za pana swojego ciała i może, jeśli jest przy zdrowych zmysłach, jawnie zabronić przeprowadzenia operacji chirurgicznej ratującej życie albo innych medycznych procedur. Lekarz może słusznie wierzyć, że operacja bądź jakiś sposób leczenia jest pożądanym i niezbędnym, jednakże prawo nie pozwala mu zastąpić osądu pacjenta swoim własnym [...]”. Co więcej judykatura i komentatorzy „generalnie odrzucają próby zmierzające do zarysowania różnicy między, na przykład, ‘zwyczajnymi’ i ‘nadzwyczajnymi’ procedurami oraz między stanami ‘terminalnymi’ i ‘nieterminalnymi’ albo między ‘niepodejmowaniem’ i ‘zaprzestaniem’ leczenia. [...] W odniesieniu do kompetentnych dorosłych pacjentów ‘świadome odrzucenie’ (*informed refusal*) przewyższa i unieważnia obowiązek prowadzenia dalszego leczenia”.[...]

„Autonomia pacjenta i etyka medyczna – konkludowali sędziowie – nie są zamienialne; jednej nie można zastąpić drugą”. Etyka medyczna jest „niezbędnym składnikiem i dopełnieniem” autonomii i powinna służyć pobudzaniu a nie ograniczaniu

¹⁴ House of Lord, *Airedale NHS v. Bland*, http://www.swarb.co.uk/c/hl/1993airedale_bland.html

¹⁵ High Court of Justice, *Burke, R (on the application of) v The General Medical Council Rev 1*, [2004] EWHC 1879 (Admin), case No: CO/4038/2003; <http://www.bailii.org/ew/cases/EWHC/Admin/2004/1879.html>

„indywidualnej zdolności rozstrzygnięcia medycznych decyzji w jego lub jej najlepszym interesie”¹⁶.

d. Także w odniesieniu do pacjentów, którzy utracili kompetencję, ich ochrona jest „egzekwowaniem fundamentalnego prawa jednostkowej autonomii”¹⁷.

e. Również w polskim orzecznictwie dysponujemy postanowieniem kluczowym dla przypadków odmowy leczenia podtrzymującego życie. W październiku 2005 roku Sąd Najwyższy rozpatrywał apelację Bogusławy Ł – świadka Jehowy¹⁸. Powódka uległa wypadkowi komunikacyjnemu. W wypadku zginął jej mąż, a pacjentkę nieprzytomną odwieziono do szpitala.

Stan zdrowia Bogusławy Ł. wymagał przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Jednakże przy chorej lekarze znaleźli pisemne, sformalizowane w treści i formie oświadczenie, z którego wynikało, że jest świadkiem Jehowy i kategorycznie nie zgadza się na transfuzję. Mimo to za zgodą sądu rejonowego działającego z urzędu jako sąd opiekuńczy krew przetoczono. Jeden z argumentów tej instancji brzmiał: „wobec nadrzędnej – w systemie społecznych wartości – potrzeby ratowania życia ludzkiego zgoda sądu opiekuńczego na poddanie poszkodowanej czynnościom medycznym wskazanym przez lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii była konieczna i w pełni uzasadniona”.

Sprawa trafiła do sądu okręgowego, który uchylił zaskarżone orzeczenie. Umorzył jednak postępowanie uznając, że wydawanie postanowienia, co do istoty apelacji stało się zbędne gdyż Bogusława Ł. opuściła już szpital, stan jej zdrowia jest stabilny i nie wymaga zabiegów przetaczania krwi.

Odwołanie złożono do Sądu Najwyższego. W swoim postanowieniu Sąd podkreślił, między innymi, iż oddalając apelację sąd okręgowy przeoczył fakt „że w demokratycznym społeczeństwie prawnym wolność jest chroniona w sposób szczególny, w tym także wolność życia prywatnego oraz autonomia dokonywanych wyborów”.

¹⁶ Supreme Court of California, *Daniel Thor v. The Superior Court of Solano County*, 26 lipca 1993;
<http://www.aele.org/law/2007JBDEC/Thor.html>

¹⁷ California Supreme Court, *Wendland v. Wendland*, 8 września, 2001;
<http://www.angelfire.com/ca7/robertsangels/S087265.pdf>

¹⁸ Sąd Najwyższy, *Postanowienie*, Sygn. akt. III CK 155/05, Warszawa 27 października 2005;
[http://pub.sn.pl/ow3_ic.nsf/0/3818a4dbf7e9a916c125736e0028fe28/\\$FILE/III%20CK%200155_05%20publ.pdf](http://pub.sn.pl/ow3_ic.nsf/0/3818a4dbf7e9a916c125736e0028fe28/$FILE/III%20CK%200155_05%20publ.pdf)

Zauważmy, że autonomia obejmuje także wolność do odrzucenia procedur ratujących życie u pacjentów, których można dzięki tym procedurom uratować, jak to miało miejsce w przypadku Bogusławy Ł.

Sąd potwierdził w kontekście oświadczeń pro futuro, iż zasada poszanowania autonomii pacjenta „nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych, itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegu) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go”. Sędziowie odwołując się do piśmiennictwa podkreślili, „że sprzeciw pacjenta powinien być uwzględniany w szczególności wtedy, gdy został uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny, ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły”.

Sąd Najwyższy uznał, że jego stanowisko znajduje potwierdzenie w art. 9 *Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny* („Należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli”).

W projekcie *ustawy bioetycznej* postuluje się wprowadzenie noweli do art. 20 ust.2 *ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*: „Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień oraz niepodejmowania działań mających charakter uporczywej terapii”.

Jeśli dobrze rozumiem intencje autorów projektu *ustawy*, prawo to jest sankcją dla „kwalifikowanej formy sprzeciwu”, jak je nazywa punkt 17 *Uzasadnienia* tego dokumentu. Sprzeciw ten „może być określany jako forma tzw. testamentu życia”. Ma on „być wyrażony na piśmie przez pełnoletniego pacjenta, poinformowanego o ciężkiej chorobie nieuleczalnej, na wypadek utraty zdolności do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, a dotyczy wyłącznie podejmowania działań medycznych

podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby”.

Z perspektywy przywołanych orzeczeń wprowadzenie prawa do odmowy wąsko rozumianej uporczywej terapii jest – eufemistycznie rzecz wyrażając – nieprzystającą do prawnych standardów krajów demokratycznych konstrukcją, niedopuszczalnie ograniczającą zasadę poszanowania autonomii pacjenta. Jest on w istocie biurokratyczną konstrukcją mającą chronić niekompetentnych pacjentów przed daremnym leczeniem, czyli przed popełnieniem błędu przez lekarzy. A i tak ta ochrona jest bardzo nieszczelna, gdyż: „W żadnym wypadku sam sprzeciw pacjenta nie stanowi podstawy do przerwania już rozpoczętej terapii, w szczególności odłączenia aparatury podtrzymującej życie”.

3. Czy już stosowane oświadczenia woli pozwalają na rezygnację z leczenia podtrzymującego życie nie tylko w sytuacji bezpośredniej bliskości śmierci?

Stawiając to nieco retoryczne pytanie chciałem zaakcentować zwrot „nie tylko w sytuacji bezpośredniej bliskości śmierci”. W ten sposób usiłuję, między innymi, zasygnalizować semantyczny zabieg stosowany w projekcie *ustawy bioetycznej*. Podtrzymywanie „funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża umieranie” jest, według mnie, działaniem zmierzającym do „leczenia śmierci”, jak ze smutkiem konstatawał nestor polskiej medycyny Kornel Gibiński¹⁹. Innymi słowy, nie tyle podtrzymujemy w takim stanie funkcje życiowe pacjenta, ile wydłużamy jego umieranie.

TDŻ odrzucające leczenie z całą wyrazistością ujawnia swe znaczenie właśnie w sytuacjach, gdy śmierć nie zagraża bezpośrednio pacjentowi, choć ze względu na nieodwołalność takiej decyzji należy zachować szczególną ostrożność w egzekucji „negatywnych” oświadczeń woli. Tytułem przykładu wspomnę o dwóch dokumentach: angielskim i amerykańskim.

W Anglii ustawa *Mental Capacity Act* wprowadziła instytucję oświadczeń woli zezwalających od października 2007 r. na odmowę leczenia. Na stronach rządowych umieszczony jest odsyłacz do broszury podającej reguły sporządzania takich

¹⁹ K. Bochenek, D. Kortko, *Lekarze leczą śmierć (rozmowa z prof. Kornelem Gibińskim)*, portal „Gazeta.pl” (Katowice); <http://miasta.gazeta.pl/katowice/1,35055,3604550.html>; przedruk w: K. Bochenek, D. Kortko, *Dobry zawód*, Znak, Kraków 2006.

dokumentów²⁰. Dyrektywy pro futuro odrzucające leczenie są jednym z rodzajów oświadczeń woli „prawnie wiążących” i stanowią wyłącznie zastosowanie negatywnego aspektu zasady poszanowania autonomii. Jak stwierdza się w broszurze (s. 4), dorosła kompetentna osoba „może odrzucić leczenie z każdego powodu, nawet jeśli to może prowadzić do jej śmierci”. Natomiast nikt nie jest uprawniony do żądania procedur, które w opinii lekarzy nie leżą w najlepiej pojętym interesie podopiecznego.

Oświadczenie woli o odrzuceniu terapii musi pokazywać „dokładnie” jakiego rodzaju leczenia pacjent nie chce i powinno zawierać wszystkie niezbędne wskazówki dotyczące okoliczności, w których należy zastosować się do takiej odmowy. Takie „uprzednie postanowienia” nie mogą być użyte do:

- żądania działań nielegalnych takich, jak eutanazja czy pomoc w samobójstwie,
- żądania opieki, którą zespół medyczny zajmujący się pacjentem uznaje za niewłaściwą w przypadku danego chorego,
- odmowy doustnego karmienia i nawadniania,
- odmowy, najogólniej mówiąc, opieki paliatywnej: łagodzenia bólu, ciepła, schronienia i czynności pielęgnacyjnych (s. 8).

Drugim dokumentem jest broszura *Pięć życzeń* wydana przez amerykańską organizację Aging with Dignity założoną w 1996 r.²¹. W dokumencie wymienione są trzy okoliczności, w których pacjent może odrzucić leczenie ratujące życie, łącznie z przerwaniem terapii już wdrożonej, albo wyrazić życzenie jego podjęcia. Są to: sytuacja bliskości śmierci (odpowiadająca okolicznościom wyspecyfikowanym w *ustawie bioetycznej*), śpiączka nie rokująca poprawy oraz nieodwracalne ciężkie uszkodzenia mózgu (stan trwale wegetatywny).

Pouczająca w kontekście prowadzonych analiz jest sytuacja czwarta – inne okoliczności, w których pacjent spisujący życzenia *nie chce* być utrzymywany przy życiu. Są to sytuacje, w których chory uznaje, że ciężar i koszty leczenia podtrzymującego życie

²⁰ http://www.direct.gov.uk/en/Governmentcitizensandrights/Death/Preparation/DG_10029683

Age Concern, *Advance Decisions, Advance Statements and Living Wills*;

<http://www.ageconcern.org.uk/AgeConcern/Documents/IS5AdvanceddecisionsOct2007.pdf>

²¹ Aging with Dignity, *Five Wishes* Tallahassee 2007; <http://www.agingwithdignity.org/5wishes.pdf>

są zbyt wysokie i niewarte spodziewanych korzyści. Jak można sądzić, są to sytuacje bliskie zasadzie proporcjonalności środków leczniczych, co nie zawsze znaczy – tożsame.

W podsumowaniu: ta, poprzez jej założyciela wywodząca się z ruchu hospicyjnego organizacja, zachęca do pisania oświadczeń woli na wypadek „ciężkiej choroby”, w tym także testamentowych dyspozycji życiem z wyrażonym życzeniem odmowy terapii podtrzymującej życie w sytuacjach niejednokrotnie dalekich od bezpośredniego zagrożenia śmiercią.

W porównaniu z przykładowo omówionymi dokumentami, polską propozycję testamentu życia należy uznać za wysoce anachroniczną i tak dalece ostrożną, że aż zaprzeczająca idei oświadczeń pro futuro.

4. Pięć krytycznych konkluzji

Ewentualne zaaprobowanie przez parlament podanej w *ustawie* instytucji daremnego leczenia:

- byłyby nadmiernym ograniczeniem (negatywnej strony) zasady poszanowania autonomii pacjenta, nie znajdującym usprawiedliwienia na gruncie obowiązujących w demokracji bioprawa i bioetyki,

- byłyby wprowadzeniem skrajnie rygorystycznej formy regulacji konfesyjnych do ogólnie obowiązującego prawa stanowionego, sprzecznym ze standardami demokratycznego i neutralnego światopoglądowo państwa prawa,

- wbrew nadziejom wyrażonym przez R. Krajewskiego, nie dałoby lekarzom „mocniejszej podstawy do przeciwstawiania się żądaniom i naciskom”, np. wywieranych przez bliskich umierającego; przeciwnie przez swoją zbyt dużą ostrożność i zachowawczość skłaniałoby do podejmowania zasygnalizowanych na wstępie „pozornych resuscytacji”,

- umocniłoby i tak już silne w naszym kraju zrównywanie odmowy leczenia z eutanazją; ta eutanatyczna psychoza żywiąca się „argumentem z dr Mengele”²²

²² L. Śliwa, *Widmo doktora Mengele*, „Gość Niedzielny”, z dnia 23 stycznia 2005;

<http://goscniedzielny.wiara.pl/?grupa=6&art=1106703247&dzi=1104786574>;

M. Cieślak, G. Górny, *Eutanazizm. Eutanazja, czyli śmierć na życzenie, to koniec człowieka*, „Wprost”, z dnia 14 marca 2004, s. 58-63 <http://www.wprost.pl/ar/57916/Eutanazizm/?I=1113>

nieuchronnie prowadzi do negatywnych skutków wspomnianych w poprzednim punkcie i niepotrzebnie zwiększa możliwe do uniknięcia cierpienia chorych,

- jeszcze bardziej wzmocniłoby moralnie szkodliwą i ekonomicznie dewastującą tendencję do „leczenia śmierci”. Wyniszczenie ekonomiczne ilustrują słowa minister zdrowia Ewy Kopacz: „wszystkie leki [onkologiczne], które mogą przedłużyć życie pacjentów *choćby o tydzień lub dwa, bez względu na cenę* znajdują się w katalogu leków dostępnych dla wszystkich” [kursywa – K.Sz.]²³. Natomiast moralną szkodliwość takiej postawy dobrze ujął Paul Ramsey jeden z „ojców założycieli” bioetyki pisząc: „Podobnie jak lekceważeniem chorych byłoby traktowanie ich tak, jak gdyby mieli umrzeć, tak innym rodzajem lekceważenia byłoby traktowanie umierających tak, jak gdyby mieli lub mogli wyzdrowieć”²⁴.

²³ Polska Agencja Prasowa, *Obiecujemy wszystko dla wszystkich*, „Goniec Medyczny. Ekspres Onkologiczny”, nr 115, z dnia 18 kwietnia 2008; <http://www.esculap.pl/ONK/news.html?news=19091>

²⁴ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, tłum. S. Łypacewicz, PAX, Warszawa 1977, s. 162.