



Kilka wstępnych uwag o postępowaniu w stanach terminalnych

Dorota Karkowska

Na dzień dzisiejszy w polskim prawie nie istnieją pozytywne standardy postępowania w stanach terminalnych. Nie wiadomo jak dalece lekarz jest zobowiązany do podtrzymywania kończącego się życia i jak dalece wpływ na to ma wola pacjenta.

Jedyną wskazówką wynikającą z przepisów prawa, jest art. 19 ust. 5 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹, zgodnie z którą pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Szerszy zakres uregulowania tego prawa zawiera Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (niepublikowana) w art. 20 ust. 2 : „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”.

Przyjmując taką regulację, ustawodawca polski tworzy prawo do umierania, natomiast nie można z tego wywieść prawa do śmierci. Jednocześnie ustawodawca nie rozstrzyga w żaden sposób kwestii, „co ma stanowić gwarancję w sensie pozytywnym prawa pacjenta do godnego i spokojnego umierania”.

Termin „osoba w stanie terminalnym” znaczy tyle co „osoba umierająca” i obejmuje swoim znaczeniem pacjentów w dwóch sytuacjach życiowych: 1. nieuleczalnie chorego, co do którego wiadomo z pewnym wyprzedzeniem o zbliżającej się chwili zgonu, oraz 2. pacjenta, który nagle znalazł się w sytuacji „końcowej fazy życia”. Kwestia prawa do umierania z poszanowaniem godności i spokoju pacjenta, zasadniczo dotyczyć będzie każdej z tych sytuacji. Jednocześnie ścierać się tu będą rozmaite sposoby rozumienia nakazu ratowania życia ludzkiego i związanych z tym powinności zawodów

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89., ze zm.

medycznych, a także zasady poszanowania autonomii każdego człowieka w sprawach dotyczących jego integralności².

„Umieranie” (stan terminalny) pojawia się wówczas, gdy nieodwracalnie rozpoczął się proces biologiczny, który w sensie czasowym może trwać długo lub stosunkowo krótko, może dynamizować się i słabnąć. Trzeba zatem zadać pytanie, kiedy nadchodzi moment zaprzestania „uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”, ponieważ dalsze ich stosowanie może doprowadzić do sytuacji, że umieranie nie jest już „godne i spokojne”. Taki moment dla każdego pacjenta jest inny.

Z drugiej strony, z punktu widzenia prawa istotne jest to, że na lekarzu ciąży obowiązek ratowania życia umierającego pacjenta. Norma prawna nakazująca ochronę życia drugiego człowieka zobowiązuje lekarza nie tylko do powstrzymania się od działań godzących w życie pacjenta, lecz także do podjęcia środków zapobiegających jego śmierci. Z tego też powodu podstawowe znaczenie dla klasyfikacji zachowania lekarza ma kwestia – jak daleko sięgają granice obowiązku podtrzymywania przez lekarza życia ludzkiego³? Można spróbować postawić tezę, że momentem, od którego lekarz powstrzymuje się od podejmowania uporczywej terapii i środków nadzwyczajnych jest moment, kiedy lekarz ma przed sobą nie tylko pacjenta umierającego, ale również „istotę, która już nigdy żywym człowiekiem stać się nie może, bowiem sztucznie podtrzymywane są tylko funkcje życiowe poszczególnych komórek lub ich zespołów, a nie funkcje życiowe osoby”⁴.

W polskim prawie nie ma wątpliwości, że życie ludzkie podlega ochronie (np. art. 38 Konstytucji RP). Wątpliwości pojawiają się natomiast przy interpretacji – co do granic obowiązku ratowania (podtrzymywania) życia ludzkiego. Czego dowodem jest sam fakt toczony obecnie dyskusji.

W doktrynie prawa wskazuje się na pewne kryteria pomocnicze umożliwiające ustalenie granic obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego⁵.

² M. Safjan, *Prawo i Medycyna*, Warszawa 1998, s. 16-17.

³ M. Nesterowicz, *Prawo Medyczne*, Wydanie VII, Wydawnictwo „DOM ORGANIZATORA” Toruń 2005.

⁴ M. Świdorska, *Zgoda Pacjenta na zabieg medyczny*, „Dom Organizatora” Toruń 2007 s.204 i nst.

⁵ Kryteria te zostały zaprezentowane przez M. Żelichowskiego, *Eutanazja bierna w prawie polskim- komentarz*, *Medycyna Praktyczna – portal dla lekarzy*, 2001 www.mp.pl/artykuly/index.php?aid., data wejścia na stronę 12.06.2007.

Pierwszym z nich jest kryterium śmierci mózgowej. Zgodnie z Ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz.U. Nr 169, po. 1411 art. **Art. 9. 1.** Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)⁶. Zatem po stwierdzeniu u pacjenta śmierci mózgowej zgodnie ze standardami przywołanej ustawy, nie ma obowiązku dalszego podtrzymywania jego funkcji życiowych, nawet jeśli pracują inne organy. W świetle prawa, lekarz nie ma już do czynienia z żywym człowiekiem i nie ma też obowiązku ochrony życia ludzkiego, zaniechanie w tym przypadku przez lekarza działań ratujących życie pacjenta nie może być oceniane jako zachowanie bezprawne i podlegające karze.

Drugim kryterium są zapisy art. 30 i art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej: art. 30. „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”. Natomiast art. 32.1. stanowi: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”. Kierując się tym kryterium należałoby przyjąć, że obowiązek podtrzymywania ludzkiego życia pacjenta w stanie terminalnym kończy się tam, gdzie zachodzi konieczność wyłączonego: 1) podejmowania „reanimacji”, 2) prowadzenia „reanimacji” (można ją przerwać), 3) podejmowania i prowadzenia „uporczywej terapii” (można ją przerwać) 4) stosowania „środków nadzwyczajnych”.

Przywołane reguły postępowania podejmują się ustalenia granicy, poza którą kończy się ratowanie życia pacjenta, a umieranie nie jest już „godne i spokojne”. Jednak zakres ochrony integralności pacjenta budzi zasadnicze wątpliwości. Po pierwsze, brak doprecyzowania terminu „stan terminalny”, pozostawienie zaistnienia tego faktu ocenie konkretnego lekarza. A zatem pojawia się postulat dodatkowego doprecyzowania tego terminu i niepozostawiania tak ważnej decyzji „w rękach” jednego lekarza. To niewątpliwie wymaga opracowania standardów postępowania, zarówno w interesie

⁶ Generalnie z uwagi na miejsce umieszczenia tej definicji wynika, iż definicja ta została sformułowana do potrzeb transplantacyjnych. Przyjmuje się jednak, że wyznacza ona granice życia ludzkiego w prawie polskim. A.Zoll, Kodeks karny, część szczególna, komentarz do k.k.t.2 pod red.A.Zolla, s. 217.

pacjenta, jak i środowiska medycznego. Po drugie, wskazane standardy etyczne określają, do czego lekarz nie jest zobowiązany w stanach terminalnych, ale nie odwołują się do woli pacjenta. Decydujące tu znaczenie ma kryterium celowości postępowania medycznego, a w szczególności ocena szans przeżycia. Jednocześnie lekarz ma obowiązek kontynuować leczenie pacjenta, mimo współczucia dla jego cierpienia, jeśli istnieją szanse przeżycia. Trzeba również zwrócić uwagę, że lekarz nie musi podtrzymywać życia pacjenta, jeśli nie ma szans przeżycia, nawet gdy pacjent wcześniej tego żądał. Ponieważ jest to wyjątek od nakazu ratowania życia pacjenta, „pozwolenie na śmierć” może być dopuszczalne tylko w okolicznościach „objętych definicją Uporczywej Terapii”. Decyzja taka nie będzie zarzucalna prawnie, pomimo że pacjent swej woli wyrazić nie może, gdy wcześniej jej nie wyraził albo nawet gdy zażądał nieprzerwanego stosowania środków nadzwyczajnych.

Natomiast pozostaje kwestia – prawo pacjenta do żądania wcześniejszego zaprzestania działań, które wydłużają życie, ale które są jednocześnie postrzegane jako przedłużające cierpienie, a w konsekwencji potocznie jako uporczywa terapia. Czy pacjent może wówczas skutecznie odmówić zgody na określony zabieg operacyjny lub inne badanie? Czy może skutecznie wyrazić sprzeciw wobec czynności na wypadek utraty przytomności? A jeżeli tego zrobić nie może, czy wola pacjenta może być zastąpiona wolą osoby upoważnionej przez pacjenta?

Art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty stanowi, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód „zgodnie z zasadami etyki zawodowej”, czyli między innymi art. 30 i 32 KEL. Lekarz musi jednak działać przede wszystkim zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, które określają m.in. zasady wykonywania zawodu lekarza i prawa pacjenta do poszanowania integralności, a w tym prawo do samostanowienia i prawo do godnego i spokojnego umierania. Jeżeli norma KEL pozostaje w sprzeczności z przepisami prawa, należy uznać, że jest ona pozbawiona mocy prawnej, zwłaszcza gdy dotyczy to praw i wolności obywatelskich, gdyż te mogą być uregulowane wyłącznie w ustawach.

W związku z tym, trzecim kryterium są rozwiązania prawne dotyczące zgody pacjenta na dokonywanie (lub nie) interwencji medycznych podtrzymujących jego życie (co wymaga odróżnienia od podtrzymywania umierania). Zgodnie z art. 32 i art. 34 ust.

1 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty – zasadą wykonywania zawodu lekarza jest udzielanie jakiegokolwiek świadczenia zdrowotnego, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, po wyrażeniu zgody przez pacjenta. Jednocześnie, regułą postępowania lekarza jest odstąpienie od wykonywania interwencji medycznej, jeżeli pacjent cofnął udzieloną zgodę. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta statuuje prawo pacjenta do samostanowienia na udzielenie świadczenia zdrowotnego albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej (art.15).

W związku z czym pojawia się pytanie, czy prawo pacjenta do samostanowienia obejmuje również interwencje ratujące życie pacjenta, czy też na lekarzu ze względu na ochronę życia pacjenta ciąży powinność pominięcia jego woli? Z przyjętych dotychczas polskich rozwiązań prawnych wydaje się wynikać wniosek wyższości obowiązku lekarskiego ratowania życia nad poszanowaniem prawa pacjenta do samostanowienia: przykładem jest rozwiązanie pozwalające na podjęcie wobec pacjenta eksperymentu leczniczego, bez zgody pacjenta (jak również bez zgody sądu opiekuńczego) w przypadkach niecierpiących zwłoki i ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia (art.25 ust.8 u.z.l.z). Co można rozpatrywać jako przyzwolenie ustawodawcy na podejmowania czynności „uporczywych”.

Natomiast ustawodawca europejski w art.5 Europejskiej Konwencji Bioetycznej przyjął fundamentalną regułę postępowania – że żadnej interwencji medycznej w zasadzie nikomu nie można narzucić bez jego zgody. Pacjent musi dysponować możliwością udzielania bądź odmowy swojej zgody na jakąkolwiek interwencję medyczną w stosunku do jego osoby. Reguła ta jest postrzegana jako autonomia pacjenta w jego relacjach z osobami wykonującymi zawód medyczny. Obejmuje wszelkie działania dokonywane na osobie ze względów zdrowotnych, a zatem również interwencje podejmowane wobec pacjenta umierającego. Warunkiem kluczowym jest, aby zgoda pacjenta była swobodna i świadoma, udzielona w następstwie obiektywnych informacji ze strony lekarza. Swoboda zgody implikuje swobodę jej cofnięcia w każdej chwili, a decyzja pacjenta powinna być w takim razie uszanowana, po pełnym poinformowaniu go o konsekwencjach cofnięcia zgody. Z tym jednak, że cofnięcie zgody w toku rozpoczętej procedury udzielania świadczenia zdrowotnego może być związane z przyspieszeniem procesu umierania. W doktrynie prawa na tak zarysowany problem

potwierdza się prawo pacjenta do samostanowienia, również co do interwencji ratujących jego życie. Trzeba uznać prawo pacjenta zdolnego do wyrażenia woli, do żądania niepodejmowania lub zaprzestania działań mających na celu przedłużanie kończącego się życia. Respektowanie prawa pacjenta do samostanowienia prowadzi do wniosku, że granice obowiązku ratowania przez lekarza życia wyznacza sam pacjent wyrażając zgodę (lub jej odmawiając). W konsekwencji, sprzeciw pacjenta zwalnia lekarza z obowiązku podejmowania określonych interwencji medycznych. Jednak dzieje się to wszystko za zgodą pacjenta. Natomiast w sytuacji rozciągania pojęcia „uporczywa terapia” poza zakres proponowany w projekcie ustawy bioetycznej, może wyłączyć „wolę pacjenta”. Respektowanie prawa pacjenta do poszanowania integralności, w tym prawa do rzetelnej, obiektywnej i zrozumiałej informacji oraz prawa do samostanowienia w oparciu o te informacje, daje pacjentowi wybór i nie podważa zaufania pomiędzy pacjentem a lekarzem.

Natomiast odrębną kwestią jest respektowanie woli pacjenta na wypadek utraty przytomności. Prawo polskie nie reguluje tego zagadnienia. Za niewystarczające należy uznać powoływanie się w tej kwestii na art. 34 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Przepis ten zawiera regulację dotyczącą postępowania lekarza wobec pacjenta niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, a więc również nieprzytomnego, ale nie przewiduje uwzględnienia ewentualnych wcześniejszych życzeń pacjenta, lecz wymóg zgody substytucyjnej i kompetencje lekarza (obowiązek) do działania bez zgody w sytuacjach nagłego, ciężkiego zagrożenia zdrowia lub życia.

Za wskazówkę interpretacyjną w rozważanej sytuacji uważa się art. 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej: osoba dysponująca rozeznaniem z wyprzedzeniem wyraża swoją wolę, polegającą na wyrażeniu zgody lub sprzeciwu, co do określonych interwencji medycznych na wypadek, kiedy w czasie interwencji nie jest w stanie wyrazić zgody”. Pytanie o jakie tu chodzi sytuacje? Sam artykuł nie odnosi się bezpośrednio do stanów terminalnych, raczej sugeruje inne sytuacje, kiedy pacjent nie jest w stanie wyrazić zgody np. w trakcie operacji na rozszerzenie pola zabiegu. Oczywiście można w drodze wykładni rozszerzającej rozciągnąć zastosowanie tego artykułu również na sytuacje co do „życzeń pacjenta na wypadek utraty przytomności”. Jednak sposób skonstruowania

tego artykułu, jak również same wyjaśnienia poczynione w sprawozdaniu w ramach Komitetu kierowniczego do Spraw Bioetyki (CDBI) zachęcają do dużej ostrożności⁷.

Przede wszystkim artykuł ten wyraźnie mówi „że należy brać pod uwagę”, co sugeruje możliwość pominięcia woli pacjenta. Skłania to do zapytania o przesłanki pominięcia wcześniej wyrażonej woli pacjenta. Zapewne nie może być to jedyne swobodne uznanie lekarza, natomiast za dopuszczalne należy przyjąć zweryfikowanie, czy wcześniej wyrażona wola pacjenta (np. dużo wcześniej wyrażona) zachowuje swą ważność z uwagi na ewolucję nauk medycznych⁸. Sposób zapisu art. 9 wskazuje na konieczność zachowania elastyczności, przy poszanowaniu w miarę możliwości woli pacjenta wcześniej wyrażonej. Odczytywanie tego artykułu jako legalizacji *living will* jest zbyt daleko idące. Rozstrzygnięcie Sądu Najwyższego w orzeczeniu z 27. 10. 2005 r. i sformułowanie tezy: „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”, zawiera zbyt daleko idącą tezę. Z drugiej strony, wyrok ten na „w pewnym sensie przełomowe znaczenie” dla polskiej dyskusji dotyczącej zakresu i obowiązku respektowania woli pacjenta. Orzeczeniem tym zwrócono również uwagę, że decyzje medyczne powinny być podejmowane wobec pacjentów z uwzględnieniem ich przekonań religijnych i formacji kulturowej. Natomiast lekarz nie powinien kierować się wyłącznie swoimi przekonaniem metafizycznymi, czy też zaledwie domniemaniem na temat przekonań metafizycznych pacjenta.

Reasumując, zasada poszanowania autonomii pacjenta nie powinna doznawać żadnych ograniczeń, poza tymi, które są określone *expressis verbis* w obowiązujących przepisach. W konsekwencji ani interes osoby wyrażającej sprzeciw, ani też istotny interes osoby trzeciej nie mogą uzasadniać „przymusu” poddawania się interwencji medycznej. Dlatego wyjątki dopuszczające wszelkie przypadki interwencji medycznej bez zgody pacjenta, powinny być określone enumeratywnie.

⁷ Europejskie Standardy Bioetyczne. Wybór materiałów, oprac. T.Jasudowicz, Toruń 1998 s. 29-30.

⁸ j.w.

Pacjent ma oczywiście prawo nie chcieć być utrzymywany przy życiu w kondycji, której nie akceptuje. Z drugiej strony lekarz ma prawo ratować życie pacjenta, nawet jeżeli czyni to wbrew woli pacjenta. Jednocześnie lekarz ma prawo i obowiązek kierować się zdrowym rozsądkiem w zakresie respektowania wcześniej wyrażonej woli pacjenta. Przede wszystkim z uwagi na asymetrię informacji i niekompetencję pacjenta w sprawach medycznych, co jest generalnie niezaprzeczalnym faktem, który uwydatnia „zakres władzy decyzyjnej” lekarza.

Gdy jednak pacjent znajduje się w stanie krytycznym, bez szans na uniknięcie śmierci, zaprzestanie lekarza jest obowiązkiem bez względu na to, czy pacjent wyraził wcześniej życzenie czy też nie, wymaga tego poszanowanie prawa pacjenta do godnej i spokojnej śmierci. Należy również pamiętać o oznaczeniu roli „osób najbliższych” pacjenta, które na gruncie prawa polskiego są uprawnione do wystąpienia z powództwem cywilnym na wypadek naruszenia prawa pacjenta do godnej i spokojnej śmierci. Może się zdarzyć, że pacjent uczynił ich „wykonawcami” ostatniej swej woli w zakresie zaprzestania uporczywej terapii.

Poruszany problem jest niezwykle złożony, dlatego pytanie jest również o zasięg ingerencji ustawodawcy. „Jednoznaczność prawa nie zawsze pomaga w podejmowaniu racjonalnych decyzji, a czasem wręcz przeszkadza. Ważne jest jednak, by decyzje w takich sprawach były spójne z praktyką zaakceptowaną w danym kraju i środowisku medycznym i społecznym, zwłaszcza gdy zgodność określonych decyzji z prawem była trudna do ustalenia pomimo pozornej jasności przepisów. Dlatego w każdym przypadku, gdy trzeba podjąć tego rodzaju dramatyczną decyzję, lekarz powinien zasięgnąć opinii innego lekarza”⁹.

⁹ J. Hartman, *Bioetyka dla lekarzy*, Wolters Kluwer, Warszawa 2009, s. 110.