



Z doświadczenia wiemy, że umierają inni

Krzysztof Marczewski

Sądzę, że problem wymaga w miarę pilnego uregulowania i to nie z uwagi na Konwencję z Oviedo. Wydaje się, że to ważny dokument, ale nie powinno przejść niezauważone, że większość starych dużych państw Unii Europejskiej nie ratyfikowała jej albo przyjęła rozwiązanie włoskie, tj. ratyfikowała, ale od kilku lat nie może dowieźć ich do Strasburga. Możliwość dysponowania sobą na wypadek stanu nieprzytomności jest częściowo uregulowana, ale prawdopodobnie nie tylko w obszarze medycyny niedostatecznie. Zwłaszcza, że medycyna się zmienia, chyba nawet rozwija. I tak na przykład wiemy, że częstość zaburzeń poznawczych i różnych form demencji istotnie wzrosła, wraz ze starzeniem się społeczeństwa i chyba będzie dalej rosła. Tym samym znacznie zwiększy się odsetek osób niezdolnych do wyrażenia swojej woli w sposób świadomy, tj. po zrozumieniu istoty propozycji terapeutycznej, jaką ktoś wysuwa wobec osoby chwilowo/trwale niezdolnej do wyrażenia woli. Problem leczenia/diagnozowania jest oczywiście szczególnie istotny, ale nie jedyny. Większość instytucji i osób jest chyba gotowa uwzględnić wolę takiej osoby, oczywiście w pewnych granicach wykonalności i bezpieczeństwa prawnego. Jeżeli ktoś wyraziłby życzenie, aby dla ratowania jego życia stosowano nawet najbardziej ryzykowne i drogie metody leczenia, gotów do poświęcenia na to całego swojego majątku, to zgodnie stoją temu na przeszkodzie Konwencja Helsińska (zgoda komisji etycznej na nowe metody) i Narodowy Fundusz Zdrowia (zakaz współpłacenia). Uważam jednak, że nasza debata winna koncentrować się na problemach etycznych tj. ustalić, czego chcemy i czy to jest dobre. Problem wykonalności omawiając w następnym etapie, wydaje się bowiem, że im dalej od łóżka chorego tym trudniej przyjąć do wiadomości i przetworzenia

całą złożoność medycyny. Pisał o tym w swoim czasie Ksiądz Profesor Tischner podając jako przykład chronicznego błędu filozofii.

A teraz do pytań postawionych we wstępie.

1. Jaki jest charakter oświadczeń woli pro futuro?

a. Nie wiem, czy rozumiem pytanie. Słowa pro futuro wydają mi się łatwe do zastąpienia np. oświadczeniem woli na wypadek przyszłej konieczności (potrzeby?) podjęcia decyzji w imieniu osoby wówczas do tego niezdolnej. Takie oświadczenie powinno być wiążące, z zastrzeżeniem możliwości zmiany decyzji przez sąd. Tymczasowo taką decyzję mógłby także zmienić lekarz, o ile widziałby istotne przesłanki przemawiające za tym, że i pacjent (np. po 60 latach od napisania) chciałby ją zmienić. Takie bardzo poważne traktowanie raz wyrażonej woli nakazywałoby odpowiedzialność piszącemu.

2. Czy oświadczenia pro futuro powinny zawierać jedynie elementy negatywne?

Czy należy je utożsamiać jedynie ze sprzeciwem wyrażonym przez pacjenta niezdolnego do podjęcia decyzji?

Zdecydowanie mogą zawierać zarówno elementy negatywne jak i pozytywne (np. gotowość poddania się eksperymentalnej terapii, operowania przez najmłodszego lekarza, prośby o sekcję zwłok w obecności studentów itp.)

3. W jakiej formie powinno być sporządzone oświadczenie pro futuro? Czy do zaakceptowania jest zwykła forma pisemna, czy być może ustawodawca powinien postawić wymóg uzyskania innej formy szczególnej?

Szczególna forma (zwiększająca prawdopodobieństwo rzeczywistego wyboru, a nie uległości wobec nakazów środowiska odrzucającego lub popierającego dany sposób postępowania) nie byłaby zła. Dodatkowo można wprowadzić obowiązek odnawiania takiej woli np. co 10 lat i wiele podobnych rozwiązań idących w kierunku poszanowania swobodnie i świadomie podjętej decyzji.

4. Czy oświadczenie woli pro futuro powinno być dla lekarza wiążące?

Czy lekarz, który zignoruje oświadczenie pro futuro powinien ponieść odpowiedzialność (cywilna, karna, dyscyplinarna)?

To, że lekarzy trzeba karać za wszystko i w każdy możliwy sposób staje się niestety obowiązującą modą. Ale tym razem uważam, że oświadczenie potencjalnego pacjenta powinno być wiążące w podobnym stopniu jak znajdującego się już przed lekarzem. Lekarz w miarę możliwości powinien je uwzględnić, o ile uzna, że pacjent jest świadomy i nie ulega naciskom z zewnątrz, i oczywiście jeżeli jest w stanie takie życzenie (np. podanie drogiego leku, lub całonocne trzymanie za rękę) spełnić. Czy życzenia te wyrażone przed kilkoma dniami (w chwili przyjęcia do szpitala), czy przed kilkoma latami raczej powinno się je realizować. W wypadkach wątpliwych można wstrzymać działanie (zaniechanie) prowadzące do śmierci i przekazać decyzję np. sądowi rodzinnemu. Ale nie zawsze jest łatwe. Nie da się poczekać na decyzję sądu z rozpoczęciem resuscytacji. Ale jako ciekawostkę dodam, że jak dotąd żaden z moich 25 000 pacjentów nie zostawił żadnej dyspozycji.

Z doświadczenia wiemy, że umierają inni.