



Testament życia i inne oświadczenia pro futuro – przyczynek do dyskusji

Marcin Śliwka

Wprowadzenie

Do dzisiaj ustawodawcy polskiemu nie udało się uregulować tematyki testamentu życia oraz innych oświadczeń składanych przez pacjenta antycypującego swój przyszły stan zdrowia (tzw. oświadczenia pro futuro). Tymczasem jest to problematyka niezwykle istotna oraz często poruszana zarówno w orzecznictwie, jak i ustawodawstwie państw obcych. Zgodnie z art. 9 Europejskiej Konwencji Bioetycznej (podpisanej, lecz wciąż nie ratyfikowanej przez Polskę) należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest ona w stanie wyrazić swojej woli. W związku z powtarzającymi się głosami o potrzebie zakończenia procesu ratyfikacyjnego kwestia testamentów życia oraz innych oświadczeń pro futuro będzie musiała zostać uregulowana również na gruncie prawa polskiego. Na uwagę zasługuje projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, który zakłada wprowadzenie do polskiego ustawodawstwa instytucji testamentu życia oraz doprecyzowanie pojęcia uporczywej terapii¹. Przytoczony akt, mimo pewnych mankamentów, może stanowić podstawę do dalszej dyskusji na temat oświadczeń woli pro futuro.

¹ Projekt z dnia 17 grudnia 2008 r., tekst dostępny na stronie internetowej: <http://www.polskaxxi.pl/Czytelnia/Warto-przeczytac/Projekt-ustawy-bioetycznej>.

1. Zakres merytoryczny oraz charakter prawny oświadczeń pro futuro

W nauce prawa medycznego wyróżnia się wiele postaci oświadczeń pro futuro. Niewłaściwe wydaje się przy tym stosowanie pojęcia „testamentu życia” dla łącznego omówienia wszystkich instytucji. Uważam, iż zbiorczą nazwą, która precyzyjnie oddaje ich charakter prawny jest tzw. oświadczenie woli pro futuro, względnie oświadczenie woli złożone na przyszłość.

Do najczęściej stosowanych instytucji z grupy oświadczeń pro futuro niewątpliwie należą:

- Pełnomocnictwo (tzw. *proxy, durable power of attorney, personne de confiance*);
- Testament życia (tzw. *living will, advance directives, patiententestament, testament de vie*).

Charakter prawny tych oświadczeń jest zgoła odmienny. Różnią się one przede wszystkim sposobem ustalenia woli pacjenta, który z różnych powodów (utrata świadomości, wstrząs, stan terminalny) nie jest w stanie samodzielnie wyrazić zgody lub sprzeciwu.

W pierwszym przypadku, pełnomocnik podejmuje decyzje dotyczące chorego, w zakresie swojego umocowania, tak jak czyniłby to sam pacjent. Jest oczywiście związany życzeniami wyrażonymi w oświadczeniu. Funkcję tę pełnią często osoby bliskie oraz członkowie rodziny pacjenta. Przykładowo, w prawie węgierskim² za pacjenta nieposiadającego przedstawiciela ustawowego lub ustanowionego pełnomocnika, decyzję podejmuje kolejno małżonek, dzieci, rodzice, rodzeństwo, dziadkowie, wnuki. Ustawodawca wymaga, by osoba wyrażająca zgodę lub sprzeciw zamieszkiwała z chorym. W dalszej kolejności uprawnieni do podjęcia decyzji są członkowie rodziny, którzy nie spełniają tego warunku. W obu przypadkach osoby te muszą korzystać z pełnej zdolności do czynności prawnych. W razie konfliktu między podmiotami w tej samej linii lekarz powinien przychylić się do decyzji, której zrealizowanie wywrze najkorzystniejszy wpływ na zdrowie pacjenta.

O ile w przypadku pełnomocnictwa stosowną decyzję podejmuje pełnomocnik ustanowiony przez pacjenta, o tyle w drugim wola chorego jest ustalana w drodze

² Act CLIV 1997 – zob. <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>.

analizy oświadczenia sporządzonego przez pacjenta, na wypadek utraty świadomości.

Ze względu na brak regulacji szczególnej dopuszczalny zakres merytoryczny oraz charakter prawny oświadczeń pro futuro pozostaje niewiadomy. W konsekwencji nieodzwonne wydaje się stosowanie przepisów ogólnych kodeksu cywilnego, regulujących problematykę oświadczeń woli, oraz odpowiednio ustaw medycznych, zwłaszcza ustaw: z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417, z późn. zm.) oraz z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.)

Niewątpliwie omawiane instytucje wywodzą się z prawa cywilnego, któremu doskonale znane jest zarówno pełnomocnictwo (art. 98-109 k.c.), jak i testament (art. 941-958 k.c.). Nie oznacza to oczywiście, iż przytoczone przepisy mogą być stosowane wprost również w sferze medycznej. Intencją piszącego te słowa jest wskazanie na potrzebę stosowania cywilnoprawnej metody regulacji stosunków wynikających z pełnomocnictwa oraz testamentów życia. Wydaje się natomiast, iż istniejące przepisy kodeksu cywilnego determinowałyby charakter prawny tych instytucji w sytuacji, gdyby ustawodawca zdecydował się na ich wprowadzenie na grunt prawa polskiego.

Uważam, iż zarówno testament życia, jak i pełnomocnictwo udzielone przez pacjenta, należy zaliczyć do grona jednostronnych czynności prawnych, dla skuteczności których wystarczy złożenie oświadczenia woli przez samego pacjenta. Wydaje się, iż w sferze prawa medycznego coraz częściej mamy do czynienia z jednostronnymi czynnościami prawnymi szczególnego charakteru – tzn. czynnościami prawnymi upoważniającymi lekarza do podjęcia określonej interwencji medycznej. W konsekwencji wola chorego (także wyrażona w testamencie życia lub przez pełnomocnika) stanowi upoważnienie dla lekarza, zakreślające pole interwencji medycznej. Podobna dyskusja toczy się od dłuższego czasu odnośnie charakteru prawnego instytucji zgody pacjenta, przy czym coraz częściej przyjmuje się, iż zgodę pacjenta można zaliczyć do tego samego grona czynności prawnych jednostronnych, a przynajmniej stosować do nich przepisy

kodeksu cywilnego o oświadczeniach woli³. Warto w tym miejscu wskazać, iż ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w sposób analogiczny traktuje zgodę i sprzeciw wyrażony przez pacjenta, które są jednym z istotniejszych elementów oświadczeń pro futuro.

2. Zakres merytoryczny

Oświadczenia woli pro futuro, zwłaszcza testament życia, bywają niesłusznie łączone wyłącznie z tematyką prawa pacjenta do godnej śmierci, uporczywą terapią czy wręcz eutanazją. Tak zawężone podejście jest niebezpieczne dla autonomii czy integralności fizycznej pacjenta. Mankamentu tego nie ustrzegli się twórcy projektu ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej ograniczając zakres stosowania testamentu życia jedynie do sprzeciwu wyrażonego na piśmie przez pełnoletniego pacjenta poinformowanego wcześniej o ciężkiej chorobie nieuleczalnej, na wypadek utraty zdolności do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, który odnosi się do podejmowania działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby. Mówiąc krótko, ustawa ogranicza możliwość stosowania testamentu życia jedynie do stanów terminalnych.

Po pierwsze, uważam iż żadna regulacja dotycząca oświadczeń pro futuro nie może sprowadzać się jedynie do aspektu negatywnego, czyli sprzeciwu wyrażonego przez pacjenta. Omawiane instytucje są na tyle szerokie, iż z powodzeniem mogą zawierać także elementy pozytywne, zwłaszcza preferencje jednostki. Od rozsądnego ustawodawcy należy oczekiwać wprowadzenia takiej regulacji, która umożliwi pacjentowi po utracie świadomości, wyrazić nie tylko sprzeciw, ale również zgodę. Ponownie podkreślam, iż są to prawa, z których może już korzystać pacjent polski. Nie powinno przy tym stanowić różnicy, czy jest on w pełni zdolny do podejmowania decyzji, czy na jakimś etapie życia zdolność tą utracił.

³ Na uwagę zasługuje art. 7 pkt. 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), który przewiduje, iż zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest oświadczeniem woli, którego treścią jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych tego, kto składa oświadczenie; zgoda nie może być domniemana lub dorozumiana z oświadczenia woli o innej treści.

Nic więc nie stoi na przeszkodzie, by pacjent przy pomocy oświadczeń woli pro futuro nie tylko wskazał, na jakie świadczenia nie wyraża zgody, ale również wyraził stosowne preferencje odnośnie dalszej terapii. W tym drugim przypadku nie może być mowy o bezwarunkowym związaniu lekarza decyzją pacjenta; ocena merytoryczna życzeń wyrażonych przez pacjenta musi być pozostawiona lekarzowi. Problem ten mógłby rozwiązywać art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który nakłada na lekarza obowiązek wykonywania zawodu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

Zakres merytoryczny oświadczeń pro futuro, zwłaszcza testamentu życia, nie musi ograniczać się jedynie do wyrażania preferencji o charakterze medycznym. Taki dokument mógłby okazać się pomocny w rozwiązywaniu wielu problemów, z którymi od lat borykają się osoby niosące pomoc osobom, które utraciły zdolność do samodzielnego decydowania. Do wyobrażenia są przecież przypadki, gdy w sporządzonym przez siebie oświadczeniu, pacjent wskazuje grono osób uprawnionych od uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia lub określa podmioty, którym lekarz może udostępnić dokumentację medyczną.

Ustawodawstwo państw obcych niekiedy wymaga, by pacjent, który sporządza oświadczenie pro futuro, zajął stanowisko w kwestiach złożonych, sprawiających problemy nie tylko osobom wykonującym zawody medyczne, ale również sądom opiekuńczym. Przykładowo, art. 145B.03 Minnesota Living Will Act zezwala każdemu pacjentowi działającemu z dostatecznym rozeznanem na sporządzenie dokumentu obejmującego swym zakresem preferencje oraz instrukcje dotyczące opieki zdrowotnej. W takim dokumencie pacjent może (choć nie musi) zawrzeć zgodę lub sprzeciw odnośnie stosowania każdej procedury medycznej. Akt ten może zawierać także instrukcje dotyczące opieki zdrowotnej w stanach terminalnych oraz decyzję ustanowienia pełnomocnika, który podejmowałby te trudne decyzje w imieniu chorego. Każde oświadczenie podpisane przez pacjenta musi zawierać ustosunkowanie się do zagadnienia sztucznego odżywiania oraz wskazanie, czy ustanowiony pełnomocnik ma prawo podejmować decyzje w tym zakresie.

3. Forma oświadczenia

Niewątpliwie działania podjęte na podstawie nieprecyzyjnie lub nieprawidłowo interpretowanego oświadczenia pro futuro mogą wyrządzić pacjentowi nieodwracalną szkodę. Należy więc poszukiwać takiego rozwiązania normatywnego, które z jednej strony zapewni możliwość złożenia oświadczeń woli szerokiemu gronu pacjentów, ale jednocześnie będzie zapobiegać niebezpiecznym pomyłkom czy nadużyciom.

Problem ten można również analizować z punktu widzenia osób wykonujących zawody medyczne. Trudno oczekiwać od lekarza czy ratownika medycznego zaprzestania działań ratujących życie ludzkie w sytuacji, gdy pojawiają się wątpliwości odnośnie aktualności oświadczenia pro futuro, czy jego zawartości merytorycznej.

Część z tych problemów może zostać rozwiązana poprzez wskazanie formy w jakiej pacjent powinien złożyć oświadczenie. W prawie porównawczym stosuje się bardzo zróżnicowane rozwiązania. Przytoczona wcześniej ustawa obowiązująca w stanie Minnesota nakłada na pacjenta obowiązek złożenia oświadczenia w obecności notariusza oraz dwóch świadków. Na gruncie prawa niemieckiego, kanadyjskiego oraz polskiego wola pacjenta może zostać uzewnętrzniona zarówno w postaci sformalizowanego dokumentu, jak i swobodniejszej notatki. W kanadyjskiej sprawie *Malette v. Shulman* sąd orzekł o odpowiedzialności lekarza, który przeprowadził transfuzję krwi wbrew treści swobodnie sporządzonej notatki, którą pozostawił nieprzytomny pacjent – Świadek Jehowy⁴. Na tle analogicznego stanu faktycznego podobnie wypowiedział się również polski Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27. 10. 2005 r.⁵: „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 zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go. (...) Decyzja

⁴ 67 D.L.R. (4th) 321 (1990).

⁵ III CK 155/05, PiM 2006 r., nr 4, s. 125, OSNC 2006 r., nr 7-8, poz. 137.

pacjenta może być – w ocenie lekarza – niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować”.

Rozwiązanie zastosowane przez Sąd Najwyższy jest oczywiście dopuszczalne. Z drugiej strony podkreślić trzeba, iż przerzuca ono cały ciężar związany z analizą merytoryczną oświadczenia na osoby wykonujące zawody medyczne. Nie do wyobrażenia jest sytuacja, w której lekarz działając w realiach stanu nagłego, zastanawia się, czy sporządzone przez pacjenta oświadczenie jest prawdziwe oraz aktualne. Uważam, iż docelowo oświadczenie woli pro futuro powinno być składane w którejś z form szczególnych, co w pewnym zakresie zwalniałoby lekarza z ciężaru dokonywania wykładni oświadczenia złożonego przez pacjenta. Przykładowo oświadczenie takie mogłoby być złożone pod rygorem nieważności w formie pisemnej z datą pewną lub z podpisem urzędowo poświadczonym.

Alternatywnym rozwiązaniem problemu formy byłoby umożliwienie pacjentowi złożenia oświadczenia w formie pisemnej, pod warunkiem dokonania odpowiedniej rejestracji (np. w rejestrze sprzeciwów). Do wad takiego rozwiązania należą problemy techniczne związane z prowadzeniem rejestru. Co istotniejsze jednak, rejestr taki najprawdopodobniej mógłby uwzględniać jedynie sprzeciw wyrażony przez pacjenta. Zawarcie w nim również elementów pozytywnych (preferencji pacjenta) jest zadaniem technicznie utrudnionym oraz kosztownym.

4. Wiążący charakter oświadczeń pro futuro

Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej przewiduje nowelizację art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który po ewentualnej nowelizacji, pozwalałby wyróżnić trzy kategorie sprzeciwów:

- sprzeciw co do udzielenia świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu odpowiednich informacji (art. 16 ust. 1),
- sprzeciw wyrażony pro futuro (art. 16 ust. 3); nazywany w uzasadnieniu „sprzeciwem zwykłym”,

- sprzeciw wyrażony pro futuro w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem ciężkiej i nieuleczalnej choroby (art. 16 ust. 5); nazywany w uzasadnieniu „sprzeciwem kwalifikowanym”.

W pierwszym przypadku mamy do czynienia ze sprzeciwem wyrażonym przez pacjenta świadomego. Sprzeciw ten, po przekazaniu choremu informacji, o których mowa w art. 9 ustawy, powinien zostać uwzględniony. Ze względu na brak norm prawnych pozwalających lekarzowi stosować w takiej sytuacji przymus leczenia, decyzja pacjenta powinna zostać uwzględniona, bez względu na to, czym została podyktowana. Prawo to przysługuje zresztą pacjentowi także na gruncie aktualnego stanu prawnego, w szczególności art. 32 i 34 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 15 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Konsekwencją wyrażenia sprzeciwu przez pacjenta działającego z dostatecznym rozeznanieniem jest spoczywający na lekarzu obowiązek zaniechania dalszego leczenia. Ewentualny sprzeciw może być wyrażony ustnie albo poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na brak woli poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom (art. 16 ust. 2). Redakcja tego przepisu nie wzbudza większych kłopotów. Przeciwnie rozstrzygnięte zostały podnoszone w doktrynie wątpliwości, co do formy, w jakiej sprzeciw powinien zostać wyrażony.

Odmiennie sytuacja rysuje się w przypadku sprzeciwu „zwykłego” oraz „kwalifikowanego”. W pierwszym przypadku lekarz nie ma obowiązku podejmowania działań mających charakter świadczeń zdrowotnych wobec pełnoletniego pacjenta, który utracił zdolność wyrażania zgody, jeżeli pacjent ten wcześniej, w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy, wyraził na piśmie sprzeciw na podejmowanie tych działań na wypadek utraty przez niego zdolności do wyrażenia zgody na świadczenie medyczne oraz nie ma informacji o odwołaniu tego sprzeciwu. Co istotne, art. 16 ust. 4 wyłącza odpowiedzialność karną oraz cywilną lekarza, który mimo wyrażonego sprzeciwu podjął działania objęte zakresem sprzeciwu. Szczególnie niefortunnie sformułowany jest końcowy zapis ustępu czwartego, który wyłącza odpowiedzialność zawodową lekarza w razie przełamania sprzeciwu, gdy działał on „w interesie pacjenta”. Czy zapis ten należy rozumieć, jako wyłączenie odpowiedzialności cywilnej i karnej lekarza za działanie objęte zakresem

sprzeciwu, bez względu na to czy zostało podjęte w interesie pacjenta, czy też nie? Oczywiście w każdym przypadku świadczeniodawca powinien kierować się dobrem chorego.

Uważam, iż art. 16 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po ewentualnej nowelizacji w sposób nieuzasadniony ograniczałby prawa pacjentów, którzy utracili świadomość. Skoro pacjent przytomny, zgodnie z treścią planowanego art. 16 ust. 1 i 2 ma pełne prawo wyrazić sprzeciw, to takie samo uprawnienie należałoby zagwarantować także osobom, które taką możliwość utraciły. Trudności w odnalezieniu odpowiedniego instrumentu prawnego, który chroniłby wolność oraz nietykalność cielesną nieprzytomnego pacjenta, nie mogą prowadzić do dyskryminacji. Normy prawa międzynarodowego chronią prawa każdego człowieka, bez względu na to czy jest on przytomny, czy też nie. Zgadzam się z K. Szewczykiem, który w debacie dotyczącej uporczywej terapii toczącej się na stronach Polskiego Towarzystwa Bioetycznego stwierdził: „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”⁶.

Sprzeciw „kwalifikowany” został w projekcie ustawy uregulowany odmiennie. Przede wszystkim ma on charakter wiążący dla lekarza, pod warunkiem, że został w sposób dobrowolny i świadomy wyrażony na piśmie przez pełnoletniego pacjenta poinformowanego wcześniej o ciężkiej chorobie nieuleczalnej, na wypadek utraty zdolności do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne, a odnosi się do podejmowania działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby. W ten sposób proponuje się powiązanie zagadnienia testamentu życia z problemem uporczywej terapii. Związanie lekarza treścią sprzeciwu jest uzależnione od ustalenia, że sprzeciw został wyrażony:

- w sposób dobrowolny i świadomy,
- w formie pisemnej,

⁶ K. Szewczyk, *Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji*, http://www.ptb.org.pl/opinie_uporczywa.html

- przez pełnoletniego pacjenta,
- po poinformowaniu pacjenta o ciężkiej, nieuleczalnej chorobie,
- na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody na świadczenia zdrowotne, a odnosi się do podejmowania działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby.

Cytowany przepis umożliwi osobie śmiertelnie chorej, lecz przytomnej i świadomej, wyrażenie sprzeciwu odnośnie działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby. Poważnym mankamentem cytowanego przepisu jest natomiast pozostawienie poza jego zakresem pacjentów, którzy zostali przyjęci do zakładu opieki zdrowotnej w stanie nieprzytomnym. W myśl art. 16 ust. 5 działania medyczne podtrzymujące funkcje życiowe mogą być zaniechane jedynie po poinformowaniu pacjenta o wystąpieniu ciężkiej i nieuleczalnej choroby. Nawet gdyby pacjent nieprzytomny posiadał wcześniej przygotowane oświadczenie, w którym sprzeciwia się podtrzymywaniu funkcji życiowych, to należałoby je interpretować jako sprzeciw „zwykły”, który nie wiąże świadczeniodawcy. Problem ten ilustrują orzeczenia sądów amerykańskich w głośnych sprawach dotyczących zaniechania terapii. Sprawa *Karen Quinlan*⁷ dotyczyła 21-letniej pacjentki, która na skutek jednoczesnego zażycia valium oraz sporych dawek alkoholu straciła przytomność oraz przez ponad kwadrans przestała oddychać, co skutkowało śpiączką oraz poważnym uszkodzeniem mózgu. W sprawie *Nancy Cruzan*⁸ pacjentka została przyjęta do szpitala po wypadku samochodowym, w stanie nieprzytomnym. W obu przypadkach funkcje życiowe pacjentek były przez wiele lat sztucznie podtrzymywane. Osoby te nigdy nie odzyskały przytomności.

Ponownie należałoby się zastanowić, czy zróżnicowane traktowanie pacjentów, którzy znaleźli się w krańcowym stadium nieuleczalnej choroby, jest uzasadnione. Czy pacjent, który utracił świadomość w szpitalu, powinien być traktowany inaczej

⁷ *Matter of Quinlan*, 355 A.2d 647 (1976).

⁸ *Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health*, 110 S Ct 2841 (1990).

niż chory, który za świadomego funkcjonowania sporządził dokument, w którym sprzeciwił się stosowaniu inwazyjnych procedur podtrzymujących życie?

O prawdziwym testamencie życia można mówić jedynie w sytuacji, w której pacjent składa oświadczenie „na przyszłość”, w sytuacji gdy potencjalne zagrożenie jeszcze się nie zmaterializowało. Akceptując taką możliwość musimy przyjąć do wiadomości, że sprzeciw wyrażony przez pacjenta nie będzie w takim stopniu „poinformowany” jak ten wyrażony po rozmowie z lekarzem. Czy jednak decyzja o zaniechaniu dalszego leczenia ma charakter wyłącznie medyczny? Lord Mustill w sprawie *Airedale NHS Trust v Bland*⁹ zauważył, iż decyzja ta ma w przeważającym zakresie charakter etyczny. Sędzia Thorpe w wyroku wydanym w *Re S (adult: sterilisation)* stwierdził: „Ustalając, co jest dla pacjenta najlepsze, sąd musi przede wszystkim brać pod uwagę jego dobro. Należy stosować argumenty wychodzące poza sferę czysto medyczną”. Warto wskazać, iż na gruncie aktualnego stanu prawnego, polski Sąd Najwyższy dopuścił możliwość wyrażenia sprzeciwu pro futuro, na wypadek utraty świadomości. W wyroku z dn. 27. 10. 2005 r.¹⁰ podkreślono: „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 zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go. (...) Decyzja pacjenta może być – w ocenie lekarza – niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować”.

5. Odpowiedzialność cywilna

Zignorowanie oświadczenia woli pro futuro przez osobę wykonującą zawód medyczny powinno łączyć się z odpowiedzialnością odszkodowawczą. Ewentualna

⁹ 1 All E.R. 821-898 (1993). Zob. także: N. Laneyrie – Dagen, *Największe procesy w historii świata*, Presov 1997 r., s. 308-309.

¹⁰ III CK 155/05, PiM 2006 r., nr 4, s. 125, OSNC 2006 r., nr 7-8, poz. 137. Sprawa dotyczyła sprzeciwu wyrażonego przez Świadka Jehowy. Zob. także, I. Lewandowska, *Niezgoda na ratunek*, Rz. z 29.XII.2005 r. oraz A. Zoll, *Brak zgody pacjenta na zabieg (Uwagi w świetle postanowienia SN z 27 października 2005 r., III CK 155/05)*, PiM 2006 r., nr 4, s. 5.

regulacja powinna zostać w odpowiedni sposób „spięta” z postanowieniami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisami Kodeksu cywilnego. Przypomnijmy, iż zgodnie z treścią art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. Zignorowanie oświadczenia pro futuro może skutkować naruszeniem całego szeregu praw pacjenta. Warto wskazać na te najważniejsze, jak: prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu, prawo do godności i intymności, życia prywatnego¹¹. Warto wreszcie wskazać na treść art. 20 ust. 2 cytowanej ustawy: „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”. Co istotne, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Wnioski

Zasadniczym celem niniejszego wprowadzenia było zidentyfikowanie podstawowych zagadnień dotyczących problematyki oświadczeń pro futuro. Niektóre z postawionych tez mogą wydawać się kontrowersyjne, czy wręcz okazać się nie do zaakceptowania dla pozostałych uczestników debaty, co niewątpliwie uatrakcyjni jej przebieg. Na potrzeby dalszej dyskusji pragnę zaproponować pięć pytań związanych z oświadczeniami pro futuro, które zdają się wzbudzać najwięcej wątpliwości:

1. Jaki jest charakter oświadczeń woli pro futuro?

¹¹ W rozumieniu przewidzianym przez art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, a nie rozdziału 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Czy oświadczenia pro futuro powinny zawierać jedynie elementy negatywne?
Czy należy je utożsamiać jedynie ze sprzeciwem wyrażonym przez pacjenta niezdolnego do podjęcia decyzji?
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?
4. Czy oświadczenie woli pro futuro powinno być dla lekarza wiążące?
Czy lekarz, który zignoruje oświadczenie pro futuro powinien ponieść odpowiedzialność (cywilną, karną, dyscyplinarną)?