



Testament życia i inne oświadczenia pro futuro – głos w dyskusji

Janina Suchorzewska

Bazując na konkretnych i istotnych dla poruszanego zagadnienia pytaniach postawionych przez dr. Śliwkę chciałabym odnieść się do trzech pytań (1,2,5).

1. *Charakter oświadczeń woli pro futuro*

W pełni zgadzam się, że obowiązujące przepisy ogólne kodeksu cywilnego, jak i inne akty prawne prawa medycznego (w tym ostatnia ustawa z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) nie regulują w dostateczny sposób praw pacjenta niekompetentnego do wyrażania swojej woli.

Dotychczasowe doświadczenia w krajach, które wprowadziły ustalenia prawne w tym zakresie, jak i dyskusje wokół tego zagadnienia dowodzą konieczności sprecyzowania nie tylko prawnych ustaleń, ale i ich interpretacji.

Jeśli chodzi o formy podejmowania decyzji na przyszłość, to zarówno forma pełnomocnictwa jak i testamenty życia powinny uzyskać akceptację i ich legalizację. Pełnomocnictwo wszak w naszym prawie jest przyjętą i szeroko rozpowszechnioną formą. Obecność testamentu życia nie wyklucza korzystania z pełnomocnictwa. Można by stworzyć określoną formułę dla tych osób, które chciałyby poza własną wolą, w sytuacjach, które nie byłyby przewidziane w udzielonych przez siebie dyrektywach pro futuro, widzieć udział swoich pełnomocników. Powołuję się tutaj na opracowania międzynarodowe w krajach, gdzie testament życia nie jest

regulowany prawem, a stanowi uznawany dokument jako wspomagający opinię pełnomocnika¹.

O ile pozytywne strony wyrażania woli pro futuro w ogólnym założeniu są rozpoznawalne i powszechnie akceptowane, o tyle rozwiązania szczegółowe uwidaczniają zagrożenia, które powodują, że tylko niektóre kraje zdecydowały się na legalizację „advance directives”.

Wprowadzenie testamentu życia na grunt prawa polskiego wymaga rozważenia zarówno pozytywnych jak i negatywnych (a może raczej kontrowersyjnych) stron tego działania.

Pierwszym elementem w dyskusjach nad tym zagadnieniem są rozważania nad granicą ludzkiej autonomii – tu na pewno napotyka się zróżnicowane poglądy. Próbując jednak znajdować konsensus stanowisk (konieczny, skoro idea ma być powszechna), mój tok myślenia idzie w następującym kierunku:

1. Należy bazować na zasadzie równych praw dla osób kompetentnych do wyrażania swojej woli (tu mamy wyraźne regulacje prawne), jak i osób które utraciły zdolność do jej wyrażania. Ważnym tutaj elementem, od którego zacznę, jest konieczność określenia, czy dyrektywy na przyszłość mają być dyrektywami osób, które doznały *trwałej* niemożności samodzielnego podejmowania decyzji, czy osób, u których jest to *stan przejściowy*. Pierwotne założenia polegały na przekazywaniu woli przez osoby o trwałym braku kompetencji². Jeżeli pozostać przy takim założeniu, to zmieniłby się całkowicie charakter oświadczeń.

Wracając do równych praw osób kompetentnych i niekompetentnych należy wziąć pod uwagę niejednakowe okoliczności, w których realizowana jest wola pacjenta. Tą odmienną okolicznością jest bieżąca informacja, jaka przekazywana jest osobie kompetentnej przed podjęciem decyzji. Przy wyrażaniu woli pro futuro takie możliwości nie istnieją. Wola pro futuro wyrażona zostaje odnośnie działań w sytuacji, która jest jedynie wyobrażeniem, a nie rzeczywistością. Tak więc wprowadzenie zobowiązującej woli pacjenta wymagałoby określenia

¹ Ustalenia na 5 Międzynarodowej Konferencji Stanów Krytycznych w Brukseli w 2003 roku, *Intensive Care Medicine* (2004) 30, 770.

² Capron A.M., *Advances Directives*, Kubse P. Singer (ed), *A Companion to Bioethics*, Blackwell Publishers, Oxford 2001.

szczegółowszych zasad jej realizacji, bądź pozostawienie jej interpretacji lekarzowi. Dla poparcia konieczności rozróżnienia tej odmienności należy powołać się na decyzje kompetentnego pacjenta, który ma możliwość zmiany początkowej decyzji, w miarę uzyskania bardziej szczegółowej informacji, lub zmienić ją zależnie od rozwijającej się sytuacji. Z własnych doświadczeń mogę przytoczyć wiele takich przykładów, kiedy z bardzo wydawałoby się zdecydowanego stanowiska, pod wpływem np. szczegółowych wyjaśnień i bez użycia paternalistycznych nacisków, pacjenci zmieniali swoje początkowe decyzje.

2. Kolejną kwestią jest odniesienie się do okoliczności, w jakich wola niekompetentnego pacjenta ma być realizowana. Pierwszy wariant to wola pacjenta, w sytuacji utraty zdolności do jej wyrażania, dotycząca zakresu działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku krańcowego stadium choroby.

Drugi wariant, szerszy, miałby dotyczyć sprzeciwu lub zgody na podejmowanie działań medycznych w innych okolicznościach niż krańcowe stadium choroby.

Pozwolę sobie tutaj na dygresję dotyczącą słusznej krytyki przez M. Śliwkę art. 16 w projekcie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta, w którym to projekcie jednym z warunków realizacji woli pacjenta jest „poinformowanie wcześniej pacjenta o ciężkiej nieuleczalnej chorobie”. Najdelikatniej mówiąc, to niefortunne sformułowanie można by było zastąpić umieszczeniem w wyrażanej woli pacjenta formuły „jeśli lekarze uznają chorobę za ciężką i nieuleczalną”. Uznanie, czy choroba jest nieuleczalna, winno pozostawać do rozstrzygnięć lekarza. Mam nadzieję, że pacjenci na tyle jeszcze ufają lekarzom, aby im powierzać takie rozstrzygnięcia.

Gdyby istniały obawy, że zamiast zaniechania uporczywej terapii lekarze posługiwać się będą testamentem życia pacjenta, to jakkolwiek nie chcąc wracać do dyskusji o uporczywej terapii wspomnę tylko (po raz kolejny zapewne), że znana wola chorego jest ważnym elementem wspomagającym trudne na podstawie kryteriów medycznych decyzje lekarskie. Wspomaganie decyzji przez poznanie woli chorego jest szczególnie istotne w sytuacjach roszczeniowej rodziny, która najczęściej nie akceptuje rezygnacji z uporczywej terapii.

W drugim wariantcie, w którym wola miałyby dotyczyć sprzeciwu na działania medyczne podtrzymujące funkcje życiowe, nie tylko w sytuacji nierokującej wyzdrowienia, wątpliwości jest znacznie więcej. Posłużę się najprostszym, choć skrajnym przykładem. Co ma czynić lekarz wobec samobójcy, który uprzednio wyraził w testamencie życia swoją wolę w postaci sprzeciwu zastosowania procedur ratujących życie. Poza skrajnością tego przykładu umieszczam wszystkie wątpliwości wynikające z okoliczności (których nie znamy), w jakich przygotowana została pisemna wola pro futuro (np. okresy załamania, zwyczajnego pesymizmu, „zmęczenia życiem” itp.), oraz innych wątpliwości, które wynikają jedynie z wyobrażenia sytuacji, w której realizowana ma być wola pacjenta.

2. Czy oświadczenie pro futura powinno zawierać jedynie elementy negatywne?

Obawiałabym się, czy połączenie w oświadczeniu pro futuro elementów negatywnych

(sprzeciwu) z pozytywnymi (preferencje) jest w ogóle możliwe. Jeżeli bierze się pod uwagę, że idea wyrażania swej woli pro futuro ma szanse upowszechnienia, to nie można pominąć wpływu uwarunkowań socjalnych, a szczególnie takich czynników jak zakres wiedzy, która moim zdaniem byłaby konieczna dla merytorycznie uzasadnionych preferencji (życzeń) wyrażanych pro futuro. Nie mam przekonania o przygotowaniu pod tym względem społeczeństwa do takich decyzji. Ponadto obawiałabym się, że zakorzenione w poprzednim systemie wymagania w stosunku do świadczeń gwarantowanych przez państwo może istotnie rzutować na formę oświadczenia pro futuro dotyczącą preferencji i wyboru takich czy innych procedur medycznych. Może moja wyobraźnia, choć wynikająca z wieloletnich doświadczeń sięga zbyt daleko, ale współczuję lekarzom, którzy musieliby te „życzenia” poddawać merytorycznej weryfikacji i realizować takowe w zależności od aktualnych możliwości ich spełniania.

3. Czy oświadczenie woli pro futuro powinno być dla lekarza wiążące i czy powinien on w przypadku ignorowania takowego ponosić odpowiedzialność (karną, cywilną, zawodową)?

Potwierdzająca odpowiedź na to pytanie niesie w sobie zapowiedź dalszego ograniczenia autonomii lekarza wobec eksponowanej obecnie bardzo silnie autonomii pacjenta. Pozycja lekarza coraz częściej staje się pozycją świadczeniodawcy zakontraktowanych procedur medycznych, ustalanych rozporządzeniem, opłacanych według stawek ustalonych przez płatnika, a także świadczeń wymagających przede wszystkim akceptacji pacjenta. To niedobry kierunek działań. Uważam, że oświadczenia woli pro futuro uregulowane prawem stanowionym powinno mieć charakter ukierunkowujący i wspomagający działania lekarskie. Skoro lekarz ma dokonywać merytorycznej weryfikacji woli wyrażanej pro futuro, to i tak bierze na siebie odpowiedzialność za swoje działania. Nie jest to „ślepe” podporządkowanie się woli pacjenta, ale działanie dla dobra pacjenta, w czym zawiera się również uszanowanie jego woli.