

Najnowsze badania opinii pokazują, że większość Polaków podpisałaby tzw. testament życia. Politycy wciąż jednak uważają, że nasze społeczeństwo nie jest gotowe na regulacje, które od lat obowiązują na Zachodzie



Prawo do umierania w godności

Dr Małgorzata Szeroczyńska
prokurator
Andrzej Kurkiewicz
adwokat

Dobre prawo powinno być jasne, aby wszyscy jego użytkownicy (a nie tylko prawnicy) byli w stanie je zrozumieć, oraz funkcjonalne, by skutecznie spełniało zadanie, dla którego zostało stworzone. Niestety w prawie polskim, a przynajmniej w wielu jego dziedzinach, te dwie podstawowe zasady bardzo często nie są realizowane. Do wyjątków nie należy tutaj prawo medyczne, a w tym przepisy regulujące zasady wyrażania przez pacjenta zgody na leczenie albo sprzeciwiania się proponowanej mu przez lekarzy terapii, w szczególności przez pacjentów w stanie terminalnym.

A właśnie przepisy regulujące stosunki pacjen lekarz powinny być szczególnie proste i efektywne. Służą bowiem osobom z założenia niemającym wykształcenia prawniczego, które muszą działać często pod presją czasu, w stresie i w okolicznościach, gdy to inne wartości, a nie procedury prawne zasługują na największą uwagę. Prawo lekarzom

i pacjentom powinno służyć jako konkretna instrukcja, w jaki sposób ma być udzielona informacja i podjęta decyzja oraz jak powinna być ona udokumentowana, aby obie strony miały gwarancję, że jest wiążąca i że nikt nie zostanie pociągnięty do odpowiedzialności za jej uszanowanie. Co więcej, przepisy powinny podawać taką klarowną instrukcję zarówno dla pacjentów zdolnych do zrozumienia podanej im informacji, przeprowadzenia procesu decyzyjnego oraz wyrażenia woli, ale także, a może przede wszystkim, dla pacjentów tych zdolności pozbawionych – dzieci, osób z niepełnosprawnością intelektualną lub psychiczną, osób nieprzytomnych czy osób, w których proces chorobowy zaburzył te zdolności.

Przepisy obowiązujących ustaw o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, które swoją regulacją obejmują powyższe kwestie, wbrew pozorom wcale takich prostych i jednoznacznych instrukcji nie podają. Wręcz przeciwnie, istniejące przepisy, w szczególności interpretowane w odniesieniu do pacjenta w stanie terminalnym, na pierwszy rzut oka wydają się niejednoznaczne, żeby

nie powiedzieć wewnętrznie sprzeczne. Lekarze, którzy – z racji braku czasu, a także przygotowania – nie są w stanie dokonać pogłębionej analizy obowiązującego prawa, mają z reguły masę wątpliwości dotyczących tego, co im wolno, a czego nie. Podstawową wątpliwością lekarzy jest kwestia, czy powinno przeważać poszanowanie dla autonomii pacjenta, czy nałożony na nich obowiązek ratowania życia w każdej sytuacji. Wątpliwość ta wynika z brzmienia art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Nie ma zaś jednoznacznego wskazania, że lekarz może nie wdrażać leczenia albo zaprzestać leczenia już podjętego w sytuacji, gdy nie prowadzi ono do wyleczenia pacjenta czy poprawy jego stanu zdrowia, ale jedynie przedłuża proces umierania, często wiążąc się z nadmiernym cierpieniem pacjenta, a nawet z naruszeniem jego godności.

Stąd z powyższego przepisu, analizowanego w oderwaniu od innych regulacji oraz orzecznictwa, zdaje się wprost wynikać, że na lekarzu ciąży obowiązek przedłużenia za wszelką cenę życia umierającego pacjenta. Oczywiście taka interpretacja jest, zdroworozsądkowo, bez sensu. Wobec coraz częstszych i medialnie głośniejszych wystąpień z roszczeniami (choćby nawet nieskutecznymi) w związku z nieuratowaniem człowieka, który był nie do uratowania (czego przykładem może być wielokrotnie podejmowane postępowanie karne w sprawie śmierci ojca byłego prokuratora generalnego), trudno jednak się dziwić lekarzom, że boją się odstępować od uporczywej terapii, z punktu widzenia medycyny z definicji bezzasadnej.

Brak obowiązku prowadzenia uporczywej terapii można co prawda wyinterpretować z innych przepisów, w tym przepisów prawa karnego, na co wskazują przedstawiciele doktryny prawniczej, jednakże ich metody argumentacji są rozbieżne i zbyt skomplikowane dla niemających wiedzy prawnej lekarzy i pacjentów. Nie ułatwia tej sytuacji także orzecznictwo Sądu Najwyższego, który w jednym orzeczeniu daje bezwzględny

prymat woli pacjenta, sprzeciwiającego się leczeniu (orzeczenie z 27 października 2005 r., III CK 155/05), a parę lat później nakłada na lekarza obowiązek na siłę przekonywania pacjenta do zmiany zdania (orzeczenie z 7 listopada 2008 r., II CSK 259/08).

Ale chyba największy niepokój w zakresie funkcjonalności obowiązujących przepisów budzi praktyka postępowania z pacjentami nieprzytomnymi lub z innych powodów niezdolnymi do wyrażenia woli lub podjęcia świadomej decyzji w sprawie proponowanego im leczenia. Formalnie przepisy mówią, że jeśli mamy do czynienia z osobą, która nie ma przedstawiciela ustawowego (a takiego posiadają jedynie dzieci oraz osoby ubezwłasnowolnione), to zezwolenie na leczenie musi wydać sąd opiekuńczy, oczywiście z pominięciem przypadków nagłych – brak jest bowiem wskazania innych podmiotów, które miałyby uprawnienie taką decyzję podjąć. Przepis ten należy interpretować bardzo ściśle – zezwolenie sądu ma być na każde, udzielane takiej osobie, świadczenie medyczne, od zwykłego badania, poprzez przeprowadzenie bardziej skomplikowanej diagnostyki, podanie leków, zrobienie zastrzyku, do najbardziej skomplikowanej operacji. Przy czym wydaje się, iż zezwolenie sądu winno wymieniać dokładnie świadczenie, na które jest ono udzielone, a więc nie może być udzielane zezwolenie ogólne na cały proces leczenia, bo to byłoby sprzeczne z zasadą wyrażania świadomej zgody, która ma być udzielona po uzyskaniu wszystkich informacji. W rzeczywistości mamy do czynienia wyłącznie z postępowaniami sądowymi w przypadku małoletnich pacjentów, których rodzice odmawiają zastosowania wobec ich dzieci proponowanego leczenia, oraz w przypadku dorosłych będących świadkami Jehowy i to tylko w odniesieniu do zabiegu związanego z transfuzją krwi. Ostatnio przeprowadzone badania (Patrz: R. Grzejszczak, M. Szeroczyńska, „Praktyka wyrażania zgody zastępczej za pacjentów faktycznie niekompetentnych. Raport z badań”, „Człowiek-Niepełnosprawność-Społeczeństwo”, 2012, nr 4, str. 87–108) wskazują, iż większość lekarzy, mając do czynienia z pacjentem, który z różnych przyczyn nie może samodzielnie wyrazić świadomej zgody, prosi o tę zgodę rodzinę. Co więcej, gdy rodzina się sprzeciwia – usiłuje ją przekonać. Takie postępowanie jest jednoznacznie sprzeczne z prawem, choć nie ma wątpliwości, że dużo bardziej funkcjonalne niż każdorazowe prośbienie o zezwolenie sądu, który z definicji ma mniej wiedzy o pacjencie, jego chorobie, a tym bardziej woli niż członkowie najbliższej rodziny. To jednak nie usprawiedliwia łamania prawa, ale powinno prowadzić do jego zmiany.

Wbrew pozorom ta zmiana, wprowadzająca w sposób jasny, funkcjonalny i bezpieczny dla obu stron instrukcję postępowania gwarantującą w pełni poszanowanie woli pacjenta, który obecnie nie jest w stanie jej wyrazić, jest bardzo prosta i przyjęta od lat szeroko w świecie. Mowa tutaj o oświadczeniach woli na przyszłość (w tym testamentach życia) oraz o pełnomocnictwie medycznym.

Formalnie w prawie polskim brak jest zakazu zarówno sporządzania takich oświadczeń, jak i powoływania pełnomocnika, który w zakresie swojego pełnomocnictwa miałby również kwestię podejmowania w imieniu mocodawcy decyzji co do leczenia tego ostatniego. Co więcej, jeśli chodzi o oświadczenia woli na przyszłość, to we wspomnianym powyżej orzeczeniu z 2005 r. Sąd Najwyższy uznał obowiązek honorowania takich oświadczeń, o ile są jasne i nie ma wątpliwości, że nie zostały odwołane. Brak jednakże konkretnych przepisów w tym zakresie powoduje niemożność zagwarantowania pacjentowi, który takie oświadczenie sporządził, iż lekarz będzie ten dokument respektował. Lekarz zawsze może się (najprawdopodobniej skutecznie) usprawiedliwiać, iż podejrzewał, że pacjent oświadczenie odwołałby, gdyby nie stracił przytomności, wolał więc – dla jego dobra – kierować się zasadą wynikającą z art. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Jeszcze trudniej wykazać wiążącą moc pełnomocnictwa medycznego. Cywiliści uważają wręcz najczęściej, że takie pełnomocnictwo nie może zostać sporządzone, bo decyzja o leczeniu nie jest oświadczeniem woli w znaczeniu prawa cywilnego. Nawet ci, którzy przyznają, że tak można by traktować ten proces decyzyjny, uznają, że pełnomocnik żadnej decyzji podjąć jednak nie może – bo skoro nie jest wprost wymieniony jako podmiot wyrażający zgodę na leczenie, to nie można mu tych kompetencji przekazać. Nie ulega więc wątpliwości, że obie instytucje – zarówno oświadczenie woli, jak i testament życia – powinny być wprost wprowadzone do prawa polskiego. Przyjęcie tego typu regulacji promuje również prawo międzynarodowe, w tym Rekomendacja Komitetu Ministrów Rady Europy CM/Rec(2009)11 o zasadach dotyczących stałych pełnomocnictw oraz uprzednich oświadczeń woli w przypadku utraty zdolności do podejmowania decyzji o znaczeniu prawnym z 9 grudnia 2009 r. oraz art. 9 Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie Rady Europy z Oviedo z 1997 r., którą polski rząd właśnie zamierza ratyfikować.

Już w latach 70. ubiegłego wieku testament życia został uregulowany w niektórych stanach amerykańskich. Pierwszym aktem prawnym poświęconym temu zagadnieniu była ustawa o śmierci naturalnej (Natural Death Act) przyjęta w Kalifornii 30 września 1976 r. Była ona owocem dyskusji zapoczątkowanej historią Karen Quinlan, dziewczyny przez lata utrzymywanej w trwałym stanie wegetatywnym (sąd orzekł, że można ją odłączyć od respiratora). Obecnie wszystkie stany USA mają przyjęte regulacje dopuszczające przynajmniej jedną, a najczęściej obie z omawianych instytucji. W latach 90. podobne regulacje przyjęły stany australijskie i kanadyjskie. Instytucje te przyjęły się również na kontynencie europejskim, czego przykładem mogą być: Dania (1992 r.), Wielka Brytania (testament życia przyjęty w orzecznictwie w 1995 r., pełnomocnik medyczny uregulowany ustawowo w 2005 r.), Węgry (1997 r.), Niemcy (1998 r. – pełnomocnik medyczny, 2009 r. – testament życia), Włochy (2009 r.). Ostatnio kwestię testamentu życia uregulowała Portugalia (2012 r.). Warto też wspomnieć o niedawnych ustawach francuskiej (2005 r.) i hiszpańskiej (2012 r.), regulujących zasady odstępowania od uporczywej terapii, statuujące zasadę niepodważalnego szacunku do woli pacjenta, który żąda odstąpienia od leczenia.

Większość tych regulacji zainicjowana została dramatycznymi historiami nieuleczalnie chorych pacjentów, którzy walczyli do końca – często przed sądami – o swoje prawo do godnej śmierci i szacunku dla autonomii. Warto wspomnieć choćby nazwiska Hiszpana Ramóna Sampedo, którego losy stały się inspiracją filmu „W stronę morza”, Francuza Vincenta Humberta, autora książki „Proszę o prawo do śmierci”, Włoszki Eulany Englaro, niepełnosprawnych Kanadyjek Sue Rodriges i Glorii Taylor, które doszły aż do Sądu Najwyższego Kanady, by dowiedzieć, że mają prawo do decydowania, że nie będą dalej leczone, czy Brytyjek Diane Pretty i Debbie Purdy, które podobne batalie stoczyły z Brytyjską Izbą Lordów, a Diane nawet przed Trybunałem w Strasburgu. Ludzie ci we własnych sprawach odnieśli porażki, ale w efekcie końcowym doprowadzili do zmiany prawa w swoich krajach. W Polsce dyskusję na te tematy usiłował zainicjować Janusz Świtaj, który również dążył do sądowego uznania jego prawa do autonomii w procesie leczenia. Jednakże ani sąd nie miał odwagi zająć w jego sprawie jednoznacznego stanowiska (odrzucając pozew z przyczyn formalnych), ani wśród polityków nie rozpoczęła się praktycznie żadna debata mająca na celu regulację sytuacji, w której znaleźli się Janusz Świtaj i wielu innych polskich pacjentów, a w której może znaleźć się tak naprawdę każdy z nas.

W 2011 r., dostrzegając problem, Polskie Towarzystwo Pediatryczne opublikowało Wytyczne dla lekarzy dotyczące zaniechania i wycofywania się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Dokument opracował zespół lekarzy, etyków i prawników, uwzględniając współczesną wiedzę medyczną, różne poglądy etyczne oraz obowiązujący stan prawny. Podobne wytyczne opublikowało Polskie Towarzystwo Neonatologiczne. Kolejnym krokiem było podjęcie przez grupę lekarzy i prawników skupionych wokół Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci inicjatywy zmiany obowiązującego prawa tak, by uregulować m.in. zagadnienie wyrażania zgody i sprzeciwu na leczenie. Efektem prac, opartych na doświadczeniu i wiedzy zdobytej przy pisaniu wytycznych PTP, jest projekt, który:

- Wprowadza możliwość udzielania pełnomocnictw medycznych oraz sporządzania testamentu życia, a także po raz pierwszy w Polsce zawiera definicje takich pojęć jak „uporczywa terapia”, czy „stan terminalny”. Zakres pojęć uporczywej terapii oraz stanu terminalnego został opracowany na podstawie wskazań nauk medycznych uzupełnionych o wskazania natury etycznej i filozoficznej zawartych w wytycznych PTP.
- Podkreśla prawo pacjenta do umiarkowania w spokoju i godności i porządkuje zasady odpowiedzialności cywilnej za zawinione naruszenie tego prawa, a także reguluje uprawnienia pacjenta oraz osób najbliższych albo wskazanych przez pacjenta do wyrażania woli w zakresie procedur medycznych, jakie mogą być stosowane, do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz podejmowanych procedurach medycznych oraz do zaprzestania określonych procedur medycznych. Zrównuje (z pewnymi ograniczeniami) uprawnienia pacjenta, który ukończył 16 lat, z uprawnieniami pacjenta pełnoletniego.
- Przewiduje możliwość złożenia przez każdego, kto ukończył 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniony, w każdym czasie, generalnego oświadczenia woli dotyczącego stosowania albo niestosowania określonych procedur medycznych w przyszłości. W przypadku gdy określone badanie lub inne świadczenie medyczne będzie objęte takim oświadczeniem, wówczas wiążąca dla lekarza i personelu medycznego będzie wola wyrażona w oświadczeniu. Jest to istotne np. dla osób, którym przekonania filozoficzne lub religijne nakazują powstrzymanie się od określonych form leczenia (np. transfuzji krwi).
- Wprowadza instytucję pełnomocnika medycznego, który z zasady uzyskuje prawo do decydowania w sprawach zdrowia swojego mocodawcy po utracie przez tego ostatniego możliwości samodzielnego podejmowania decyzji. Każdy, kto ukończył 18 lat i nie jest

■ Wprowadza do prawa polskiego jeszcze jedną nową instytucję – testamentu życia, który będzie mógł sporządzić każdy, kto ukończył 16 lat i nie jest ubezwłasnowolniony. Dokument, w formie przewidzianej w załączniku do ustawy i z podpisem poświadczonym notarialnie, z chwilą wystąpienia u pacjenta stanu terminalnego oraz utraty zdolności wyrażenia woli będzie stanowił jego oświadczenie woli o sprzeciwie wobec podejmowania procedur medycznych innych niż podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu oraz karmienie i nawadnianie. Wyrażona wola może również obejmować sprzeciw w odniesieniu do resuscytacji i wspomaganego oddychania i będzie wiązać lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel medyczny.

■ Wprowadza zasady mające zapobiec wdrożeniu u pacjenta uporczywej terapii. Kluczowe dla tego postępowania jest wyłączenie przez lekarza (po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego pacjenta) orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego, a więc nieodwracalnego stanu spowodowanego urazem lub chorobą, powodującego postępujące, poważne i trwałe pogorszenie zdrowia, przy istnieniu uzasadnionej medycznie potrzeby przerwania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne. Oznaczać to będzie niewdrażanie albo zaprzestanie stosowania procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużałyby jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem jego godności. Wobec takiego pacjenta stosowano by jedynie podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służyłyby jego dobru. Pacjent taki byłby kierowany do opieki paliatywnej (hospicyjnej). Postępowanie związane z niewdrażaniem lub zaprzestaniem uporczywej terapii, zgodnie z wymogami wynikającymi z europejskiej konwencji praw człowieka i orzecznictwa trybunału praw człowieka w Strasburgu, przewiduje procedurę odwoławczą gwarantującą weryfikację pierwotnego orzeczenia lekarskiego przez konsylium odwoławcze.

Opracowany przez grupę lekarzy i prawników projekt został przekazany do Kancelarii Prezydenta RP z prośbą o rozważenie możliwości wystąpienia z inicjatywą ustawodawczą. Niestety, prezydent nie wyraził zainteresowania projektem, a z przekazanej przez przedstawicieli kancelarii informacji wynika, że powodem miała być „niegotowość społeczeństwa” na takie rozwiązania. Tezie tej przeczą wyniki badania opinii społecznej opublikowane przez CBOS (komunikat z badań 3/2013) pokazujące, że większość badanych (60 proc.) opowiada się za wprowadzeniem do polskiego prawa testamentu życia, a więc możliwości podpisania oświadczenia, w którym człowiek deklaruje, iż w przypadku trwałej utraty świadomości nie chce, aby stosowano wobec niego działania podtrzymujące życie. Na podpisanie takiego oświadczenia zgodziłoby się – według uzyskanych deklaracji – 51 proc. badanych.

Trzeba zwrócić uwagę, że wniesiony przez klub poselski Ruchu Palikota do laski marszałkowskiej projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz zmianie niektórych ustaw, choć reguluje podobne zagadnienia związane z testamentem życia i zaprzestaniem uporczywej terapii, nie zawiera przepisów gwarantujących prawa pacjenta do weryfikacji orzeczeń lekarskich. Nie daje również wystarczających zabezpieczeń, że oświadczenie pacjenta będzie respektowane, w szczególności przed faktycznym wprowadzeniem rejestru oraz wobec możliwości podważenia treści oświadczenia przed sądem.



Historia sparaliżowanego Hiszpana Ramóna Sampedo stała się kanwą filmu „W stronę morza” z Javierem Bardemem w roli głównej

ubezwłasnowolniony, będzie mógł wyznaczyć na piśmie inną dowolną osobę pełnoletnią i nieubezwłasnowolnioną jako swojego pełnomocnika medycznego. Pełnomocnik medyczny będzie wyrażał w imieniu pacjenta zgodę albo sprzeciw na udzielenie świadczeń zdrowotnych, w tym także na zaniechanie uporczywej terapii.