

**Małgorzata Szeroczyńska**

**Odstąpienie od uporczywej terapii de lege lata i de lege ferenda**

**Medycyna Paliatywna, 2013, nr 2, str. 31-40**

## **Wstęp**

Decyzje dotyczące odstąpienia od leczenia pacjenta w stanie terminalnym są jednymi z najtrudniejszych w praktyce lekarskiej. Naturalnym bowiem odruchem każdego lekarza jest walka z chorobą i z grożącą pacjentowi śmiercią. Nie po to przecież zostaje się lekarzem, by pozwalać pacjentowi umrzeć, ale właśnie, by zapewnić mu jak najdłuższe życie i to życie w jak najlepszym zdrowiu. Przy rozwoju dzisiejszej medycyny jednak często te dwa cele wcale nie idą w parze. Technika medyczna jest w stanie wielokrotnie przedłużyć życie ludzkie, kosztem jego jakości. Bywa, iż mamy do czynienia wręcz z przedłużaniem wyłącznie biologicznej egzystencji człowieka, czy z przedłużaniem pełnej cierpienia agonii. Należy zadać sobie pytanie, czy naprawdę jak najdłuższe życie pacjenta – niezależnie od jego stanu – stanowi dla współczesnej medycyny najwyższe dobro. Odpowiedź na to pytanie zdaje się być negatywna. Rozsądny i dobry lekarz powinien umieć z pełną pokorą przyjąć, że nie zawsze może pacjenta uleczyć, a także – że nie zawsze świadczenia medyczne, które może pacjentowi zaproponować celem utrzymania go przy życiu, będą mu faktycznie służyć. Wtedy zadaniem lekarza staje się zapewnienie pacjentowi nie terapii za wszelką cenę, ale umierania w godności, bez cierpienia i przy zachowaniu jak najwyższej jakości kończącego się życia.

Powyższe stwierdzenie wydaje się oczywiste, jednakże czytając przepisy polskich ustaw – przede wszystkim Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z 1996 r., Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 1998 r. oraz Kodeksu karnego z 1997 r. – a także orzecznictwo Sądu Najwyższego okazuje się, że kwestia ta nie jest wcale jednoznaczna. Ta niejasność przepisów i ich sądowej interpretacji nie służy ani dobru pacjentów, którzy nie mają gwarancji poszanowania ich praw, ani bezpieczeństwu lekarzy, którzy obawiają się, że za zaniechanie uporczywej terapii wbrew woli pacjenta lub jego rodziny zostaną pociągnięci do odpowiedzialności karnej lub cywilnej. Do słusznego wniosku doszła Teresa Dukiet-Nagórska, stwierdzając, iż kwestie niepodjęcia terapii i jej zaprzestania powinny zostać jednoznacznie uregulowane ustawowo<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Teresa Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, Prawo i Medycyna, 2008, nr 2, s. 24.

Zgodnie z tym założeniem grupa prawników i lekarzy związanych z Warszawskim Hospicjum dla Dzieci przygotowała projekt ustawy, który z jednej strony porządkuje przepisy dotyczące wyrażania zgody i sprzeciwu na leczenie (także w formie uprzedniego oświadczenia woli), w tym również zagadnienia dotyczące zgody zastępczej (wprowadzając m.in. pełnomocnika medycznego oraz kuratora medycznego), z drugiej – reguluje wprost kwestię odstąpienia od leczenia pacjentów w stanie terminalnym, a dokładniej mówiąc – odstąpienia od uporczywej terapii<sup>2</sup>.

Przedmiotowy artykuł ma na celu z jednej strony omówienie obowiązującego stanu prawnego w odniesieniu do tego ostatniego zagadnienia, z drugiej natomiast prezentuje propozycje powyższego projektu dotyczące tej kwestii.

## **I. Odstąpienie od uporczywej terapii według prawa dzisiejszego**

Według obowiązującego obecnie w Polsce prawa nikt już nie ma wątpliwości, że granicą legalności działań medycznych jest wola pacjenta. Jeśli mający pełną zdolność do czynności prawnych, faktycznie zdolny do podjęcia decyzji o swoim leczeniu oraz w pełni poinformowany o potencjalnych skutkach swojej decyzji pacjent nie zgadza się na proponowaną mu terapię, albo w ogóle na żadną terapię, lekarzowi nie wolno podejmować działań leczniczych, nawet gdy skutkiem takiej decyzji może być śmierć pacjenta<sup>3</sup>.

Pytanie, które pozostaje do rozstrzygnięcia, dotyczy pacjentów, którzy choć znajdują się w stanie terminalnym, w pełni podporządkowują się decyzjom lekarzy, żądają od nich wdrożenia wszelkiego możliwego leczenia, albo nie są zdolni z różnych powodów podjąć lub wyrazić decyzji w tym zakresie. Jak długo lekarz ma kontynuować udzielanie świadczeń medycznych takim pacjentom, a kiedy może ich zaprzestać (albo w ogóle nie wdrażać), bez ryzyka narażenia się na odpowiedzialność karną, cywilną czy dyscyplinarną? Obawa lekarzy przed oskarżeniem o spowodowanie śmierci pacjenta poprzez zaniechanie jego leczenia wynika z coraz wobec coraz częstszych i medialnie głośniejszych wystąpień z roszczeniami (choćby nawet nieskutecznymi) rodzin zmarłych pacjentów, zarzucających im, że nie uratowali życia pacjentowi umierającemu, którego nikt i nic nie było w stanie uratować (czego przykładem może być choćby wielokrotne podejmowane postępowanie karne

---

<sup>2</sup> Tekst projektu z uzasadnieniem: <http://www.hospicjum.waw.pl/biblioteka/epidemiologia-polityka-zdrowotna/testament-zycia-pelnomocnik-medyczny/313-projekt-ustawy>

<sup>3</sup> Wątpliwości wobec sformułowania przepisów budzą natomiast kwestia ważności uprzednich oświadczeń woli pacjenta, który w momencie podejmowania decyzji co do swojego leczenia nie jest zdolny takiej świadomej decyzji podjąć lub wyrazić, oraz zagadnienie dopuszczalności uszanowania sprzeciwu odnośnie do proponowanego leczenia wyrażonego przez przedstawiciela ustawowego małoletniego albo ubezwłasnowolnionego pacjenta. Powyższe kwestie pozostają jednak poza nurtem rozważań przedmiotowego artykułu, zostaną więc pominięte.

dotyczące śmierci ojca byłego Prokuratora Generalnego), czy nawet że zabili pacjenta, który przecież już nie żył (żeby tylko wspomnieć o zarzucie zabójstwa dla doktora G.)<sup>4</sup>.

Niestety przepisy Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta żadną miarą nie odpowiadają wprost na to pytanie. Po prostu sformułowane są innym językiem. Poruszają tylko kwestie, kiedy lekarz może przestać leczyć, jakie muszą być spełnione warunki, aby podjęcie przez niego leczenia było legalne. Nie odnoszą się natomiast w ogóle do zagadnienia, kiedy lekarz może przestać leczyć, bo leczenie stało się z medycznego punktu widzenia bezzasadne i jego dalsze kontynuowanie będzie stanowiło przejaw uporczywej terapii, ani jakie warunki (także formalne) powinny być spełnione, by taka decyzja była legalna<sup>5</sup>.

Co więcej, Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty zawiera art. 30<sup>6</sup>, który często (choć błędnie) jest interpretowany jako nakaz leczenia w każdej sytuacji, gdy brak udzielenia (kontynuowania udzielania) świadczeń medycznych może skutkować śmiercią pacjenta. Przy czytaniu powyższego przepisu w oderwaniu od innych regulacji prawnych oraz orzecznictwa zdaje się wprost z niego wynikać, iż na lekarzu ciąży obowiązek przedłużenia za wszelką cenę życia pacjenta umierającego. Oczywiście taka interpretacja jest zdroworozsądkowo bez sensu, a także nie ma oparcia w systemie prawa, ale dojście do takiego wniosku wymaga pogłębionych studiów literatury prawniczej i orzecznictwa.

## **1. Obowiązek leczenia a sens leczenia**

Przede wszystkim wskazać należy, że zgodnie z orzeczeniem Sądu Najwyższego z 4 kwietnia 2007 r.<sup>7</sup> obowiązek wynikający z art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty dotyczy nagłych i niespodziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć. Nie obejmuje natomiast zabiegów, które wprawdzie ratują życie, ale stosowane są u przewlekle chorych, wymagających regularnego poddawania się zabiegom leczniczym. Zgodnie z tym wyrokiem obowiązek aktywnego leczenia zawarty w art. 30 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie dotyczy aktywnego leczenia wobec pacjentów z chorobą przewlekłą, co oczywiście nie oznacza, że lekarz może dowolnie w każdym momencie zaniechać terapii takich pacjentów. Należy bowiem mieć świadomość, że

---

<sup>4</sup> Andrzej Kurkiewicz, Małgorzata Szeroczyńska, *Prawo do umierania w godności*, Prawnik. Dziennik Gazeta Prawna, 2013, nr 56, z 20 marca 2013 r., s. D6.

<sup>5</sup> Dwa przepisy mówiące wprost o odmowie leczenia (art. 38 i 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty) dotyczą zupełnie innych przypadków i nie mogą mieć zastosowania przy decyzjach odstąpienia od uporczywej terapii, stąd nie zostaną w przedmiotowym artykule omówione.

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> V CSK 396/06, Biuletyn SN, 2007, nr 4, s. 15.

odpowiedzialność lekarza za zdrowie i życie jego pacjenta wynika nie tylko z powyższego przepisu, ale ze stosunku cywilnoprawnego, na podstawie którego ma obowiązek troski o pacjenta (umowa cywilna z pacjentem w ramach indywidualnej działalności, umowa o pracę czy zlecenia wobec pacjentów podmiotu leczniczego, a którym została zawarta). Na podstawie tego stosunku, a tym bardziej przez fakt podjęcia leczenia danego pacjenta, lekarz staje się gwarantem jego zdrowia i życia, czyli zgodnie z brzmieniem art. 2 k.k. przyjmuje na siebie szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi, jakim jest śmierć albo pogorszenie zdrowia pacjenta. Tym samym, w przypadku odstąpienia od leczenia, o ile spowoduje to negatywne skutki na zdrowiu lub życiu pacjenta, będzie za nie karnie odpowiedzialny<sup>8</sup>.

Warto w tym miejscu przytoczyć stanowisko wyrażone przez Andrzeja Zolla, który pisze: „jeśli stojące lekarzowi do dyspozycji środki nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby zmniejszyć cierpienia pacjenta, to odpaść musi, wynikający z normy prawnej służącej ochronie tych dóbr, obowiązek lekarza świadczenia usług leczniczych. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie, jako adresat normy wykonać”<sup>9</sup>. Andrzej Zoll wychodzi z założenia, iż zachowanie lekarza tylko wtedy narusza normę prawną, jeśli jest w rzeczywistości skierowane przeciwko chronionemu normą dobru prawnemu, to znaczy powoduje zagrożenie dla tego dobra lub zwiększenie istniejącego już zagrożenia – rozumianego także jako brak zmniejszenia tego istniejącego już zagrożenia<sup>10</sup>. Sytuacja taka nie ma miejsca w przypadku pacjenta w stanie terminalnym – lekarz nie naraża swoim zaniechaniem na niebezpieczeństwo życia tego pacjenta, gdyż i tak znajduje się on w niebezpieczeństwie wynikającym z rozwoju choroby i to w niebezpieczeństwie terminalnym, którego lekarz jest w stanie odwrócić żadnym dostępnym mu działaniem, nawet jeśli pozornie takie możliwości ma, podtrzymując sztucznie u pacjenta funkcje życiowe, czy przedłużając mu (często pełną cierpienia) agonię.

Analogiczne stanowisko zajmuje Marek Safjan, wskazując, że „lekarz nie ma obowiązku podejmowania za wszelką cenę wszelkich możliwych starań, które nie przynoszą już żadnych pozytywnych efektów terapeutycznych, a jedynie wydłużanie umierania i

---

<sup>8</sup> Małgorzata Szeroczyńska, *Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim*, w: Mirosław Górecki (red.), *Prawa umierania i tajemnica śmierci*, Żak, Warszawa, 2010, s. 146.

<sup>9</sup> Andrzej Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna”, 2000, nr 5, s. 33.

<sup>10</sup> Andrzej Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu*, Wyd. Prawnicze, Warszawa 1988, s. 12n.

cierpieniu temu towarzyszących. Takie zachowanie lekarza nie może być w konsekwencji kwalifikowane jako spowodowanie śmierci przez zaniechanie”<sup>11</sup>.

Z powyższej teorii pierwotnej legalności zaniechania bezużytecznego leczenia, wynika wprost, iż nie ma zamachu na dobra prawne, jakimi są życie i zdrowie człowieka, gdy lekarz nie podejmuje działania (albo je wstrzymuje), o ile wedle aktualnego stanu wiedzy medycznej nie miało ono realnych szans powodzenia, czyli doprowadzenia pacjenta do stanu pozwalającego na godne życie. Według Teresy Dukiet-Nagórskiej, podjęcie czy kontynuowanie terapii w takich okolicznościach (bez szans na wyleczenie pacjenta lub przynajmniej złagodzenie jego cierpienia) może wręcz stanowić zamach na prawo do godnej śmierci (jeśli spowoduje zbędne cierpienie lub bezzasadnie przedłuży proces agonii)<sup>12</sup>.

Tak więc zaniechanie leczenia (w tym niepodjęcie albo zaprzestanie zabiegów reanimacyjnych czy resuscytacyjnych) będzie naruszeniem normy prawnej jedynie, jeśli dawało ono z punktu widzenia wiedzy medycznej szansę na uratowanie życia osobniczego człowieka. Jeśli natomiast wdrożone zabiegi miały doprowadzić jedynie do przedłużenia agonii, ich zaniechanie nie może być traktowane jako naruszenie żadnej normy prawnej, a więc skutkować posunięciem ani do odpowiedzialności karnej, ani cywilnej, ani tym bardziej dyscyplinarnej<sup>13</sup>.

Ponadto, warto mieć świadomość, że aby lekarza pociągnąć do odpowiedzialności karnej za przestępstwo skutkowe z zaniechania (spowodowanie śmierci pacjenta z powodu niewdrożenia albo zaprzestania terapii), nie wystarczy samo stwierdzenie braku jego działania oraz wystąpienia negatywnego skutku na zdrowiu lub życiu pacjenta. Niezbędne jest przede wszystkim obiektywne przypisanie mu skutku, czyli trzeba ustalić, czy istniało jakieś pożądane zachowanie alternatywne, stanowiące realizację ciężącego na lekarzu obowiązku, które zapobiegłoby wystąpieniu skutku stanowiącego znamię danego czynu (śmierci, uszczerbku na zdrowiu, czy narażenia na niebezpieczeństwo tych zdarzeń)<sup>14</sup>. Jeśli natomiast działanie lekarza i tak nie zapobiegłoby wystąpieniu negatywnego skutku, a więc nie miał on alternatywy postępowania, albo ta alternatywa (czyli wdrożenie/kontynuowanie uporczywej

---

<sup>11</sup> Marek Safjan, *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, w: *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2003, s. 258.

<sup>12</sup> Teresa Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów*, op. cit., s. 22-25.

<sup>13</sup> Jerzy Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, wyd. Arche, Gdańsk 2002, s. 64; Małgorzata Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Universitas, Kraków 2004, s. 280-282; Andrzej Zoll, *Odpowiedzialność*, op. cit., s. 32; Andrzej Zoll, *Zaniechanie leczenia*, op. cit., s. 33.

<sup>14</sup> Stefan Jaworski, *Regulacje prawne odpowiedzialności karnej lekarza w perinatologii*, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2009, t. 2, z. 3, str. 233.

terapii) tylko by przeciągał proces umierania, ale nie była go w stanie zatrzymać, ani spowolnić w takim stopniu, by pacjent mógł ten proces przeżyć godnie i bez nadmiernych cierpień, nie może być mowy o przypisaniu skutku<sup>15</sup>.

Po drugie, warunkiem odpowiedzialności karnej za naruszenie normy prawnej chroniącej dobro prawne jest zawinienie. W wypadku odpowiedzialności lekarza skupić się należy przede wszystkim na nieumyślności działania (trudno bowiem sobie wyobrazić, że lekarz podejmując jakieś działanie lub go zaniechując kierował się zamiarem spowodowania u pacjenta negatywnego skutku). Elementem statuującym nieumyślność w znaczeniu prawa karnego jest wystąpienie sprzeczności pomiędzy ocenianym zachowaniem a regułami postępowania określonymi przez wiedzę i doświadczenie, w tym wypadku medyczne (wynikające naukowych standardów postępowania, a nie z przepisów prawa). Jeśli niepodjęcie leczenia lub jego zaprzestanie nie naruszało reguł „sztuki lekarskiej”, tym samym nie można mówić o odpowiedzialności lekarza za śmierć pacjenta<sup>16</sup>.

Według powyższych zasad lekarz powinien postępować w przypadku pacjenta w stanie terminalnym, który nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji odnośnie do własnego leczenia, albo który choć zdolny do takiej decyzji – oczekuje na wskazania lekarza, zawierzywszy mu w procesie leczenia, zgadzając się z jego propozycjami, także w zakresie odstąpienia od uporczywej terapii i przejścia na leczenie paliatywne. Pozostaje jednak pytanie, czy lekarz może bez lęku przed odpowiedzialnością podjąć taką decyzję także w sytuacji, gdy pacjent (lub jego rodzina) żąda podjęcia lub kontynuowania aktywnego leczenia, mimo jego daremności i bezzasadności z punktu widzenia medycyny.

## **2. Żądanie leczenia przez pacjenta i sprzeciw wobec orzeczenia lekarza o odstąpieniu od uporczywej terapii**

Nie ulega wątpliwości, że prawo pacjenta do samostanowienia w procesie leczenia wiąże lekarza wyłącznie w aspekcie negatywnym, a więc w zakresie wyrażania sprzeciwu na proponowane leczenie – w takim wypadku lekarz jest związany brakiem zgody pacjenta i poza przypadkami wyraźnie określonymi w przepisach mówiących o przymusowym leczeniu<sup>17</sup> nie ma prawa działać wbrew jego woli, wręcz pod groźbą odpowiedzialności karnej (art. 192 k.k.). w obecnym stanie prawnym w Polsce nie można mówić natomiast o prawie

---

<sup>15</sup> Tomasz Dangel i in., *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytoczne dla lekarzy*, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa, 2011, s. 70.

<sup>16</sup> Agnieszka Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, wyd. Zakamycze, Kraków 1998, s. 83 i n.; Andrzej Zoll, *Zaniechanie leczenia*, op. cit., s. 32.

<sup>17</sup> Przykładowo: przymusowe leczenie chorób zakaźnych, psychiatrycznym, osób pozbawionych wolności, czy badaniach dla potrzeb postępowań karnych, wszystkie te jednak sytuacje należą do wyjątków od reguły, są uregulowane ustawowo i w większości wymagają orzeczenia sądowego.

samostanowienia pacjenta w aspekcie pozytywnym, czyli o prawie podmiotowym żądania od lekarza w wiążący sposób wykonania określonego świadczenia medycznego lub zastosowania określonej metody medycznej. Owszem, uznaje się powszechnie, iż takie życzenie pacjenta powinno być przez lekarza rozważone, ale nie musi być uwzględnione, szczególnie jeśli pozostawałoby w kolizji ze wskazaniami wynikającymi z wiedzy medycznej<sup>18</sup>.

Małgorzata Świdarska stwierdza wprost, że nawet gdyby chory przed utratą przytomności wyraził wolę sztucznego podtrzymywania jego funkcji życiowych bez względu na szanse powrotu do stanu życia, lekarz może podjąć decyzję o zaprzestaniu działań medycznych. Decyzja powinna w tym względzie być oparta nie o wolę pacjenta, ale jedynie o medyczne kryteria dotyczące oceny szans leczniczych<sup>19</sup>. To uprawnienie lekarza do decydowania o zaniechaniu leczenia nawet wbrew woli pacjenta wyłącznie w oparciu o standardy medyczne wynika jednoznacznie z faktu, że pacjent nie dysponuje prawem domagania się stosowania wszystkich możliwych środków medycznych. Jeszcze mniejsze jest w tym względzie uprawnienie członków jego rodziny, w szczególności w przypadku pacjenta dorosłego i nieubezpieczonego, ale także – co warto sobie uprzytomnić – w przypadku rodziców umierającego dziecka (czy przedstawicieli ustawowych pacjenta ubezpieczonego). Ich sprzeciw na propozycję odstąpienia od uporczywej terapii i błagania lub nawet żądania kontynuowania leczenia za wszelką cenę należy potraktować jedynie jako wyraz rozpacz i brak gotowości na śmierć dziecka. Powinno to skutkować udzieleniem i wsparciem psychologicznym, duchowym oraz pełnej informacji, co naprawdę służy dobru pacjenta, a nie prowadzić lekarza – z empatii do ich uczuć lub z lęku przed ich groźbami, czy też dla świętego spokoju i własnego poczucia komfortu psychicznego – do kontynuowania daremnej terapii, wbrew standardom postępowania medycznego.

Nieistnienia pozytywnego aspektu prawa do samostanowienia pacjenta zdają się nie dostrzegać autorzy projektu ustawy bioetycznej z 17 grudnia 2008 roku. Proponują oni, aby w art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry dopisać ust. 2, zgodnie z którym lekarz będzie zobowiązany do podjęcia działań mających charakter uporczywej na wyraźne żądanie samego pacjenta (choć wyłącznie w takim wypadku)<sup>20</sup>. Taki zapis świadczy o przyznaniu prawa pacjenta do samostanowienia w pozytywnym jego ujęciu i to wyłącznie w odniesieniu do uporczywej terapii, a więc z definicji terapii daremnej i niezasadnej z punktu widzenia

---

<sup>18</sup> Eleonora Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza i jej stosunek do odpowiedzialności karnej*, Wyd. Liber, Warszawa 2001, s. 377.

<sup>19</sup> Małgorzata Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, wyd. Dom Organizatora, Toruń 2007, s. 205-206.

<sup>20</sup> Tekst projektu: <http://ekai.pl/wydarzenia/x17354/co-dokladnie-mowi-projekt-ustawy-gowina-caly-tekst-projektu/>

wiedzy medycznej. W świetle obowiązujących zapisów Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej taka propozycja nie wydaje się słuszna, zobowiązuje bowiem lekarza do podejmowania działań tak naprawdę szkodzących pacjentowi (choć być może przedłużających mu biologiczną egzystencję, co przecież wcale nie zawsze oznacza poszanowania dobra chorego), a w dodatku sprzecznych z wiedzą medyczną. Natomiast art. 4 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry wprost zabrania lekarzowi podejmowania działań sprzecznych z ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zasadami etyki zawodowej, Ponadto art. 57 Kodeksu Etyki Lekarskiej wyraźnie mówi, że lekarz nie ma obowiązku, a nawet nie powinien, stosować środków, które są medycznie niewskazane, szkodliwe lub daremne<sup>21</sup>. Wobec powyższego należy opowiedzieć się za samodzielnością lekarza w zakresie decydowania o zaniechaniu uporczywej terapii, niezależnie od woli pacjenta.

Nie ulega również wątpliwości, że podmiotem uprawnionym do podejmowania tego typu decyzji w przypadku konfliktu między lekarzem, który chce odstąpić od leczenia, a pacjentem lub rodziną, którzy się go domagają, nie jest sąd, który zgodnie z brzmieniem Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry może być konsultowany wyłącznie w celu wydania zezwolenia na leczenie (a nie zezwolenia na nieleczenie) – a więc gdy lekarz chce leczyć, a nie gdy chce od leczenia odstąpić (choć oczywiście, jeśli sąd odmówi wydania zezwolenia, to skutkiem będzie zaniechanie leczenia). Doświadczył tego po części, choć ostatecznie na innej podstawie prawnej, Janusz Świtaj, który w 2007 r. wystąpił do sądu o wydanie zezwolenia na przerwanie uporczywej terapii poprzez odłączenie respiratora po śmierci rodziców<sup>22</sup>. Gdyby sądy, zamiast odrzucać jego pismo procesowe z przyczyn formalnych, oparły się na Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry statuujących prawo pacjenta do odmowy terapii i wskazujących na kompetencje sądu do wydania zgody zastępczej, to przyjmując, że Janusz Świtaj faktycznie domagał się jedynie respektowania jego prawa do odmowy leczenia, nie pozostawałoby im nic innego tylko wniosek odrzucić, uznając, że ponieważ pacjent jest zdolny do świadomego podjęcia decyzji, sąd nie ma żadnych kompetencji podejmowania jej w jego imieniu<sup>23</sup>.

Nie oznacza to, że pacjent nie ma żadnej możliwości podważenia zdania lekarza, który stwierdza medyczną niezasadność leczenia. Art. 19 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadza bowiem procedurę sprzeciwu od każdej opinii lub orzeczenia

---

<sup>21</sup> Romuald Krajewski, *Odmowa leczenia – prawa i obowiązki lekarza*, Prawo i Medycyna, 1999, nr 4, s. 15.

<sup>22</sup> Janusz Świtaj, *12 oddechów na minutę*, Wydawnictwo Otwarte, Kraków 2008, s. 129-132.

<sup>23</sup> Małgorzata Szeroczyńska, *Prawo do godnego umierania*, op. cit., s. 161-162.



lekarskiego, o ile mają one wpływ na prawa lub obowiązki pacjenta wynikające z przepisów prawa, w tym także prawo do uzyskania adekwatnych świadczeń leczniczych. Jeśli więc lekarz wyda opinię o zasadności odstąpienia od terapii danego pacjenta i wdrożenia wyłącznie leczenia paliatywnego, a pacjent nie zgadza się z tym stanowiskiem, może w terminie 30 dni od wydania przedmiotowej opinii wnieść za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta uzasadniony sprzeciw do komisji lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazując przepis, z którego wynikają prawa lub obowiązki naruszone przez tę opinię (czyli na przykład konstytucyjną gwarancję prawa do życia – art. 38, czy prawa do ochrony zdrowia – art. 68). Komisja lekarska decyduje na podstawie dokumentacji medycznej pacjenta oraz w miarę potrzeby na podstawie jego osobistego zbadania. Orzeczenie komisji ma zostać wydane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia wniesienia sprzeciwu, i nie służy na nie odwołanie. Uregulowanie w ten sposób zasad wnoszenia sprzeciwu pacjenta – przed ciałem stricte lekarskim, z wyłączeniem innych podmiotów publicznych – wskazuje, że ustawodawca pozostawia decyzje odnośnie do medycznej zasadności leczenia albo nieleczenia specjalistom, a więc samym lekarzom. Jediną granicą, jaką stawia, są zakazy wynikające z prawa karnego, w tym zakaz aktywnego pozbawienia życia<sup>24</sup>.

Jednakże z punktu widzenia pacjentów w stanie terminalnym oraz lekarzy orzekających o odstąpieniu od uporczywej terapii powyższa procedura sprzeciwu jest całkowicie niefunkcjonalna. Przy ścisłej interpretacji przepisów należałoby bowiem z wykonaniem każdego takiego orzeczenia, czyli z faktycznym zaniechaniem daremnego leczenia, czekać 30 dni od poinformowaniu pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o tej decyzji, dając mu ewentualną możliwość wniesienia sprzeciwu, co musiałoby skutkować podtrzymywaniem go przy życiu przez ten okres, a w przypadku wniesienia sprzeciwu przez kolejnych 30 dni oczekiwania na decyzję Komisji<sup>25</sup>. Ponadto trudno sobie wyobrazić, by pacjent w stanie terminalnym był fizycznie i umysłowo w stanie sporządzić pisemny sprzeciw z uzasadnieniem faktycznym i prawnym oraz podaniem odpowiednich artykułów, których normy zostały naruszone, łamiąc tym samym jego prawa podmiotowe. Na 21 kwietnia 2011 r.

---

<sup>24</sup> Tomasz Dangel i in., *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia*, op. cit., s. 82.

<sup>25</sup> Nota bene, wprowadzenie procedury sprzeciwu do polskiego prawa zostało wymuszone orzeczeniem Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu w sprawie Tysiąc c. Polska, czyli w sprawie dotyczącej braku możliwości odwołania od orzeczenia lekarza, że brak jest wskazań medycznych do aborcji. Ewidentnie tak długotrwała procedura nie spełnia wymogów Trybunału, gdyż także w sytuacjach decydowania o usunięciu ciąży czynnik czasowy jest bardzo istotny, a więc postępowanie, które może trwać 30 dni (pomijając nawet kwestię możliwości wniesienia sprzeciwu po 30 dniach), z założenia będzie nieskuteczne, gdyż nawet gdyby było wydane po myśli kobiety, może okazać się na wydane zbyt późno na przeprowadzenie legalnego zabiegu, patrząc z perspektywy trwania ciąży.

żadnemu pacjentowi nie udało się pokonać tych trudności proceduralnych i żaden sprzeciw nie został merytorycznie rozpatrzony<sup>26</sup>.

Ponadto w obowiązującym stanie prawnym brak regulacji wskazującej, kto mógłby wnieść taki sprzeciw w imieniu pacjenta mającego formalnie pełną zdolność do czynności prawnych, ale faktycznie niezdolnego do podjęcia decyzji w tym zakresie (np. nieprzytomnego). Interpretacja przepisów sugerująca, że nikt nie ma takiego uprawnienia – gdyż żaden taki podmiot nie został wymieniony w ustawie – świadczyłaby o tym, że pewna grupa pacjentów została pozbawiona prawa do wniesienia sprzeciwu, co dość łatwo mogłoby prowadzić do zarzutu ich dyskryminacji.

Wszystkie powyższe niejasności przepisów oraz ich niefunkcjonalność stara się usunąć wspomniany na wstępie projekt ustawy.

## **II. Odstąpienie od uporczywej terapii według projektu**

Projekt zakłada wprowadzenie do Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odrębnego rozdziału poświęconego odstępowaniu od uporczywej terapii, a mówiąc dokładniej o orzekaniu o rozpoznaniu stanu terminalnego i procedurze odwołania od tego orzeczenia. Tak więc powiedziane jest wprost, że lekarz nie musi leczyć, jeśli z medycznego punktu widzenia stało się to niezasadne. Wskazane są też warunki podjęcia takiej decyzji (przy jakim rozpoznaniu), procedura jej podjęcia i odwołania przez pacjenta, a także skutki zarówno jej uprawnomocnienia, jak i uchylecia przez instancję odwoławczą. Przede wszystkim jednak jako novum w polskich przepisach projekt proponuje wprowadzenie legalnych definicji stanu terminalnego i uporczywej terapii.

### **1. Definicja stanu terminalnego i uporczywej terapii według projektu**

Projekt definiuje stan terminalny jako nieodwracalny stan spowodowany urazem lub chorobą, która spowodowała poważne, postępujące i trwale pogorszenie zdrowia, przy istnieniu uzasadnionego medycznego przekonania, że leczenie tego stanu byłoby nieskuteczne. Stan terminalny nie jest więc żadną miarą definiowany czasowo, ale poprzez wskazanie z jednej strony nieodwracalności i postępującego charakteru choroby, zmierzającej do nieuchronnej śmierci, z drugiej – brakiem możliwości wyleczenia pacjenta, czy nawet poprawy jego zdrowia do takiego stanu, by przestał znajdować się w stanie terminalnym. Czym odmiennym jest natomiast faza terminalna – której projekt nie definiuje i nie nadaje jej znaczenia prawnego – czyli końcowa faza życia nieuleczalnie chorego pacjenta, gdy w sposób

---

<sup>26</sup> Odpowiedź Rzecznika Praw Pacjenta na zapytanie Rzecznika Praw Obywatelskich, <http://www.sprawy-generalne.brpo.gov.pl/szczegoly.php?pismo=1557312>

nie budzący wątpliwości można przewidzieć, że śmierć nastąpi w ciągu najbliższych dni<sup>27</sup>. Czyli stan terminalny ma szerszy zakres pojęciowy niż faza terminalna, która stanowi jego ostatnią część – to cały okres życia pacjenta, w którym leczenie inne niż paliatywne jest nieskuteczne i medycznie bezzasadne, a więc stanowi będzie uporczywą terapię, niezależnie od długości trwania tego okresu.

Z kolei pojęcie uporczywa terapia projekt definiuje jako stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążące się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta, przy czym uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Definicja ta nie została przez autorów projektów stworzona, ale zapożyczona z wcześniejszego – wspomnianego już wcześniej projektu ustawy bioetycznej tzw. projektu Gowina – i wypracowana została przez Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia<sup>28</sup>.

Co prawda, w definicji uporczywej terapii brak odwołania do stanu terminalnego, ale faktycznie użyte w niej słowa bezpośrednio wskazują, że o stosowaniu uporczywej terapii możemy mówić jedynie wobec pacjentów znajdujących się w tym stanie. Jak słusznie wskazuje bowiem Romuald Krajewski, definicja uporczywej terapii ogranicza zastosowanie tego terminu do okresu „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”, przy czym jako „umieranie” należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci. Z kolei za osobę „nieuleczalnie chorą” uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby lub taka terapia nie istnieje<sup>29</sup>.

Jeśli chodzi o drugi aspekt definicji, czyli bezzasadność medyczną stosowania danych procedur, to dosadnie opisał ją Tomasz Orłowski, stwierdzając: „terapia staje się uporczywa w momencie, kiedy z medycznego i technicznego punktu widzenia staje się nieskuteczna. Znaczy to, że pożądane rezultaty diagnostyczne, terapeutyczne czy minimalizujące objawy patologii organicznych, nie mogą być za pomocą terapii osiągnane. Proporcja przyczyna – skutek zostaje złamana. Dlatego taką nieskuteczną terapię nazwiemy nieproporcjonalną. Terapia nieproporcjonalna z medycznego punktu widzenia, czyli po prostu nieefektywna – nie

---

<sup>27</sup> Tomasz Dangel i in., op. cit., s. 39.

<sup>28</sup> *Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2008, nr 3, s. 77.

<sup>29</sup> Romuald Krajewski, *Komentarz do definicji*, *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2008, nr 3, s. 78.

osiąga już zamierzonego celu (futile). Taka terapia to medical futility. Medyczna skuteczność takiej terapii jest żadna, wysiłek terapeutyczny staje się daremny. Dlatego uciekanie się do takiej terapii pozbawione jest sensu<sup>30</sup>. Mówimy więc o terapii uporczywej, gdy stosowane środki lecznicze nie przywracają/polepszają zdrowia, ale jedynie „przedłużają umieranie” i to umieranie niegodne człowieka, zadające mu więcej cierpień (tak fizycznych, jak i psychicznych, czy duchowych), niż fakt tego przedłużania mógłby mu przynieść korzyści.

W tym miejscu – na tle cytowanej powyżej wypowiedzi Tomasza Orłowskiego – wskazana jest pewna dygresja semantyczna. Chodzi o samą zasadność posługiwania się pojęciem „uporczywa terapia”<sup>31</sup>. Tomasz Orłowski pisze wprost o futile therapy, czyli w poprawnym tłumaczeniu terapii daremnej. Autorzy projektu świadomi niezręczności pojęcia „uporczywy”, które samo w sobie nie musi oznaczać, ani daremny, ani bezskuteczny, ale choćby uparty, postanowili jednak pozostawić je w projekcie bez zmiany lingwistycznej. Kierowali się tak dorobkiem Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, jak i powszechnością używania tego pojęcia w literaturze przedmiotu (tak medycznej, jak i bioetycznej, czy prawnej), a przede wszystkim chęcią zachowania jednolitości językowej tworzonych przepisów z obowiązującymi normami. Co prawda bowiem, termin uporczywa terapia nie występuje w żadnym powszechnie obowiązującym akcie prawnym, ale znajduje się w Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 32). Żeby nie było więc wątpliwości, że projekt odnosi się do tych samych stanów faktycznych co Kodeks Etyki Lekarskiej projekt posługuje się właśnie tym sformułowaniem jako pojęciem legalnym. Oczywiście, sformułowanie terapia daremna stanowi w pełni oddający jego ideę – choć poza prawny – synonim.

Wracając do głównego wątku rozważań na przedmiotową definicją, warte podkreślenia jest, że za przejaw uporczywej terapii mogą być uznane wszystkie świadczenia medyczne, w tym także resuscytacja i użycie respiratora. Powyższa definicja pozwala za uporczywe uznać również karmienie i nawadnianie, jeśli w przypadku danego pacjenta ich wdrożenie lub kontynuowanie nie służy jego dobru, ale wręcz przeciwnie – powoduje dodatkowe cierpienia. Można tu mówić o pewnych formach karmienia lub nawadniania, które nie służą danemu pacjentowi (np. żywienie pozajelitowe), ale także można sobie wyobrazić sytuację, że każda forma karmienia czy pojenia będzie dla danego pacjenta działaniem uporczywym. Ocena w tym zakresie musi być zindywidualizowana i odnosić się nie tylko do

---

<sup>30</sup> Tomasz Orłowski, *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*, 2009, s. 3, [http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski\\_uporczywa\\_terapia\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Orlowski_uporczywa_terapia_1.pdf).

<sup>31</sup> Kazimierz Szewczyk wręcz proponuje od całkowitą rezygnację z tego pojęcia ze względu na tożsamość z leczeniem daremnym; Kazimierz Szewczyk, *Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem*, 2009, s. 8, [http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk\\_uporczywa\\_terapia\\_4.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_4.pdf).

konkretnego pacjenta, jego zdrowia i proponowanych mu metod karmienia czy pojenia, ale wręcz do momentu jej dokonywania, gdyż ze względu na ewoluowanie stanu pacjenta może ona ulegać zmianie – dziś być traktowana jako wypełnianie podstawowych potrzeb fizjologicznych pacjenta – jutro jako przejaw uporczywości terapeutycznej. Poza zakresem pojęcia uporczywej terapii pozostają natomiast działania paliatywne, w tym zabiegi pielęgnacyjne i łagodzenie bólu. Od tego typu działań, nawet gdy mają charakter działań medycznych, nigdy odstąpić nie wolno.

Nie ulega wątpliwości, że oba pojęcia – zarówno stanu terminalnego, jak i uporczywej terapii – są pojęciami nieostryimi. Jednak – jak wskazuje słusznie Marek Wichrowski – ich rozmycie wynika z natury rzeczywistości (w tym przypadku z kontekstu medycznego, który jest zmienny tak ze względu na rozwój choroby poszczególnego pacjenta, jak i postęp w medycynie) i jest obiektywnie nieusuwalne<sup>32</sup>. Ustawodawca musi w tym wypadku poddać się z zaufaniem orzeczeniom lekarzy, którzy będą w praktyce oceniać, czy dany pacjent znajduje się już w stanie terminalnym i czy stosowana wobec niego terapia ma już charakter uporczywy. Oceny te będą się zmieniać w zależności od osoby pacjenta (nawet w przypadku osób cierpiących na tę samą chorobową, okoliczności osobiste pacjentów mogą powodować, że orzeczenie o wystąpieniu u nich stanu terminalnego nastąpi na różnym etapie postępowania choroby), jak i historycznie w zależności od postępu nauk medycznych i zwiększenia się dostępności wysoko standardowych środków leczniczych. Narzucenie lekarzom bardziej precyzyjnych definicji sprawiłoby, że byłyby one nieefektywne wobec pewnej grupy pacjentów, niebieszczących się w ścisłych kategoriach precyzyjnej definicji ustawowej (a tacy by się na pewno znaleźli, niezależnie od sformułowania prawnego) oraz stałyby się niesfunkcjonalne w (zapewne niedługiej) przyszłości, co wymagałoby ich zmiany, co z założenia prowadziłoby do naruszenia zasad powszechności prawa i równości wobec niego, a także jego stabilności.

Oczywiście zaufanie lekarzom, którzy będą orzekać o rozpoznaniu stanu terminalnego i niewdarzaniu/zaniechaniu uporczywej terapii, musi być kontrolowane. Stąd projekt – zgodnie ze wskazaniem orzeczeń Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu – przewiduje procedurę odwoławczą i to dużo skuteczniejszą niż obecna.

## **2. Orzeczenie o stanie terminalnym i tryb odwołania od tego orzeczenia według projektu**

---

<sup>32</sup> Marek Wichrowski, *Analiza logiczna pojęcia „terapia uporczywa”*, *Opieka paliatywna nad dziećmi*, 2009, tom. XVII, s. 53.

Projekt zakłada wprowadzenie do Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odrębnego rozdziału poświęconego postępowaniu w sprawie uporczywej terapii, w którym wprost znalazłoby się stwierdzenie, że lekarzowi wolno w odniesieniu do pacjenta w stanie terminalnym odstąpić od leczenia, które uznaje za przejaw uporczywej terapii, i że taką decyzję wolno mu podjąć niezależnie od stanowiska pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego, pełnomocnika medycznego czy kuratora medycznego. Pacjent albo jego reprezentant będzie mógł natomiast – jeśli nie zgadza się z decyzją lekarza – odwołać się od takiego orzeczenia.

Projekt zakłada, że w przypadku wystąpienia u pacjenta stanu terminalnego lekarz, po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego pacjenta, orzekałby o rozpoznaniu u tego pacjenta stanu terminalnego. O wydaniu takiego orzeczenia i jego przyczynach oraz skutkach oraz przysługujących prawach (w tym prawie do odwołania, ale także prawie do opieki paliatywnej i skutecznego leczenia przeciwbólowego) lekarz informowałby pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego, o ile byłby on przytomny i nie oświadczył wcześniej, że nie chce otrzymywać informacji o stanie swojego zdrowia. Jeśli pacjent byłby nieprzytomny albo skorzystał z prawa do nie-wiedzy, lekarz informowałby tylko jego przedstawiciela ustawowego (w przypadku pacjentów małoletnich), pełnomocnika medycznego (o ile został ustanowiony), albo kuratora medycznego (o ile został wyznaczony przez sąd). Lekarz jest zobowiązany wyjaśnić przyczyny orzeczenia oraz poinformować o przysługujących prawach. W przypadku, gdyby pacjent był niezdolny do podjęcia świadomej decyzji lub wyrażenia woli a nie miał przedstawiciela ustawowego ani pełnomocnika medycznego, czy kuratora medycznego, ani też nie sporządził testamentu życia, lekarz byłby zobowiązany poinformować właściwego miejscowo prokuratora, który miałby uprawnienie w imieniu takiego pacjenta, który sam nie może się reprezentować, ani też nie ma innego reprezentanta, podjąć decyzję odnośnie do ewentualnego odwołania od tego orzeczenia. Przed podjęciem decyzji o wniesieniu odwołania od orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego albo o braku podstaw do jego wniesienia, prokurator musiałby się udać do miejsca pobytu pacjenta i zapoznać na miejscu z jego stanem. Miałby również wgląd w dokumentację medyczną oraz uprawnienie do uzyskania wszelkich niezbędnych informacji od personelu medycznego. Takie same uprawnienia, jeśli chodzi o dostęp do informacji, posiadaliby również przedstawiciel ustawowy pacjenta, jego pełnomocnik medyczny czy kurator medyczny oraz oczywiście sam pacjent, co pozwoliłoby im na w podjęcie świadomej decyzji, czy wnosić odwołanie od orzeczenia lekarza czy nie.

W orzeczeniu o rozpoznaniu stanu terminalnego lekarz, w miarę możliwości po zasięgnięciu w miarę możliwości opinii drugiego lekarza lub zespołu leczącego, mógłby orzec również o niepodejmowaniu resuscytacji w przypadku zatrzymania akcji oddechowej lub krążenia u pacjenta, którego dotyczy orzeczenie. Orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego odnotowywane by było o w dokumentacji medycznej.

Pacjent, który ukończył 16 lat, jeśli nie zgadzałby się z przedmiotowym orzeczeniem, mógłby złożyć, w terminie 24 godzin od powiadomienia o jego wydaniu, odwołanie do konsultanta wojewódzkiego ze specjalności medycznej, właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania orzeczenia o rozpoznaniu u niego stanu terminalnego. W imieniu małoletniego do 16 roku życia oraz małoletniego między 16 a 18 rokiem życia, jeśli nie byłby zdolny do podjęcia świadomej decyzji oraz pacjenta ubezwłasnowolnionego odwołanie mógłby wnieść jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku pacjenta mającego pełną zdolność do czynności prawnych, ale niezdolnego faktycznie do podjęcia świadomej decyzji w tym zakresie lub jej zakomunikowania uprawnienie to miałby odpowiednio jego pełnomocnik medyczny albo kurator medyczny, a w przypadku gdy żadna z tych osób nie została wyznaczona – prokurator.

Na podstawie wniesionego odwołania konsultant wojewódzki niezwłocznie powoływałby konsylium odwoławcze, właściwe do rozpoznania odwołania, w skład którego wchodziłoby trzech lekarzy, w tym przynajmniej jeden o specjalności medycznej, właściwej dla leczenia choroby, która była przyczyną wydania zaskarżonego orzeczenia. W uzasadnionych przypadkach w skład konsylium odwoławczego wchodziłby też specjalista opieki paliatywnej. Dodatkowym warunkiem niezależności kolegium odwoławczego od podmiotu leczniczego, który świadczyłby usług medyczne danemu pacjentowi, byłby obowiązkowo powoływanie w jego skład przynajmniej dwóch osób spoza pracowników lub współpracowników tego podmiotu. Lekarze wybierani by byli do kolegium odwoławczego z listy opracowywanej dorocznie przez konsultantów wojewódzkich.

Konsylium odwoławcze musiałyby się udać do miejsca pobytu pacjenta i wysłuchać go, o ile byłby przytomny. W przypadku, gdyby pacjent nie był przytomny, konsylium odwoławcze także musiałyby się zapoznać z jego stanem w miejscu, w którym przebywa. Ponadto konsylium odwoławcze musiałyby wysłuchać przedstawiciela ustawowego albo pełnomocnika medycznego, albo kuratora medycznego, o ile takie osoby zostały ustanowione. Ponadto mogłyby wysłuchać lekarza prowadzącego oraz inny personel medyczny oraz oczywiście musiałyby się zapoznać z pełną dokumentacją medyczną pacjenta, zarówno

sprzed wystania orzeczenia, jak i z okresu po jego wydaniu. Na wszystkie te czynności konsylium odwoławcze miałyby 24 godziny od wpłynięcia odwołania.

Na podstawie tak zebranego materiału konsylium odwoławcze wydawałoby albo orzeczenie utrzymujące w mocy orzeczenie lekarza o rozpoznaniu stanu terminalnego i nakazywałoby niewdrażanie albo zaniechanie uporczywej terapii albo uchylające zaskarżone orzeczenie lekarza i nakazujące kontynuowanie leczenia. Orzeczenie konsylium odwoławczego byłoby ostateczne i nie służyłoby nikomu w żadnym trybie (także nadzwyczajnym) żadna forma odwołania do jakiegokolwiek organu. Wyłączony w tym zakresie byłby sprzeciw do komisji lekarskiej przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

W przypadku orzeczenia konsylium odwoławczego o kontynuacji leczenia konsultant wojewódzki, który powołał konsylium odwoławcze, wskazywałby podmiot leczniczy, w którym leczenie miałyby być kontynuowane, biorąc pod uwagę także możliwość natychmiastowego objęcia pacjenta leczeniem przez ten podmiot. Wskazanie konsultanta wojewódzkiego traktowałoby się jako odpowiednie skierowanie do leczenia. Wskazany podmiot leczniczy nie mógłby odmówić świadczenia takiego leczenia w oparciu o art. 38 lub 39 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Natomiast do czasu objęcia pacjenta leczeniem przez wskazany podmiot leczniczy lekarz, który wydał uchylone orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego, byłby zobowiązany do kontynuowania leczenia, zgodnie ze wskazaniami konsylium odwoławczego.

Nowe orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego u pacjenta, wobec którego kolegium odwoławcze uchyliło poprzednie orzeczenie tej treści i nakazało kontynuowanie leczenia, mogłoby zostać wydane po stwierdzeniu okoliczności związanych z jego stanem zdrowia, powodujących jego nadmierne cierpienie lub naruszenie jego godności. To kolejne orzeczenie podlegałoby takiej samej procedurze odwoławczej.

Natomiast w przypadku uprawomocnienia się orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego, czyli jeżeli albo odwołanie od tego orzeczenia nie zostało wniesione w terminie albo jeżeli konsylium odwoławcze utrzymało je w mocy, lekarz, po konsultacji z zespołem leczącym, nie wdrażałby albo zaprzestawałby uporczywej terapii (w tym stosowania respiratora) i stosowałby jedynie wobec pacjenta podstawowe zabiegi pielęgnacyjne, łagodzenie bólu i innych objawów, a także karmienie i nawadnianie, o ile służyłyby jego dobru, oraz kierowałby pacjenta do opieki paliatywnej. Orzeczenie to – także w zakresie niepodjęmowania resuscytacji w przypadku zatrzymania akcji oddechowej lub krążenia u pacjenta – byłoby wiąże dla wszystkich lekarzy i całego pozostałego personelu medycznego danej placówki medycznej.



Proponując powyższe rozwiązania projekt ma na celu z jednej strony jednoznacznej rozstrzygnięcie wspomnianych na wstępie wątpliwości co do dopuszczalności odstępowania przez lekarza od uporczywej terapii oraz warunków, które muszą być z medycznego punktu widzenia spełnione, by taka decyzja była legalna. Z drugiej natomiast wprowadza alternatywę dla obecnego systemu sprzeciwu, która ma być zarówno dostępna dla wszystkich pacjentów, w tym niezdolnych do samodzielnego działania w ostatnim stadium choroby, bo przewiduje sposób jego reprezentacji w każdym przypadku, oraz nie zawiera żadnych formalnych wymogów – odwołanie może być ustne i bez uzasadnienia – a także efektywna, bo szybka. Kolegia odwoławcze będą działać na poziomie województwa, co umożliwi im szybkie przemieszczanie się i zminimalizuje koszty ich pracy (projekt przewiduje wyłącznie zwrot kosztów w formie delegacji pracowniczych dla członków kolegiów). Konieczność zapoznania się ze zdaniem wszystkich zainteresowanych oraz stanem pacjenta w miejscu jego pobytu sprawi, że wiedza kolegium będzie pełna i uwzględniać będzie nie tylko informacje zawarte w dokumentacji medycznej, ale także czynnik czysto ludzki. Ponadto konieczność wydania orzeczenia w ciągu doby sprawi, że osoby, które faktycznie znajdują się w stanie terminalnym nie będą zbyt długo poddawane długiej uporczywej terapii, a osoby, wobec których ten stan rozpoznano błędnie, co będzie skutkowało uchYLENIEM tego orzeczenia, szybko znajdą właściwą – bo wskazaną przez specjalistów będących członkami kolegium odwoławczego – pomoc w innej placówce leczniczej, może bardziej przygotowanej technicznie, a na pewno bardziej przekonanej wewnętrznie do kontynuowania leczenia. Dodatkową funkcją tak szeroko dostępnego, łatwego i szybkiego trybu odwoławczego powinno być zapobiegnięcie występowania przez członków rodzin zmarłych pacjentów z oskarżeniami karnymi wobec lekarzy, czy z roszczeniami cywilnymi, że przyczynili się oni do śmierci ich bliskich, bo odstąpili od leczenia. Tryb odwoławczy przeniesiony jest bowiem na okres przed wykonaniem orzeczenia, a więc właściwość decyzji lekarza podlega zbadaniu jeszcze przed śmiercią pacjenta. Ponadto dokonuje jej niezależny od danej placówki leczniczej organ medyczny i to z adekwatną do choroby danego pacjenta specjalnością, co ma zapewnić poprawność dokonywanej weryfikacji medycznej. Dla lekarzy, ale także dla prokuratorów, czy sądów, fakt utrzymania w mocy orzeczenia o rozpoznaniu stanu terminalnego przez kolegium odwoławcze (ale także brak odwołania w przypadku reprezentacji pacjenta przez prokuratora) będzie gwarantował, że nie może być mowy o żadnym przyczynieniu się lekarza do śmierci pacjenta, ale o działaniu w pełni zgodnym ze standardami wiedzy medycznej. Z kolei brak wniesienia takiego odwołania będzie świadczył, że działanie lekarza było zgodne z

wolą pacjenta, który uznał jego racje i nie chciał być dalej leczony, co tym samym stanowić będzie wystarczającą przesłankę legalności działań lekarskich.

Na marginesie warto podkreślić, iż wskazanie, że przy nakazaniu przez kolegium odwoławcze kontynuacji leczenia, następuje zmiana placówki leczniczej ma też na celu poszanowanie swobody sumienia lekarza (zespołu leczącego), który wydał orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego – by nie musiał „na siłę” kontynuować terapii, którą w swojej wiedzy i w swoim sumieniu uznaje za uporczywą. Tak więc proponowane rozwiązania projektu mają służyć zarówno poszanowaniu praw i dobru pacjentów, jak i bezpieczeństwu oraz poszanowaniu praw lekarzy.

### **Zakończenie**

Jak widać z powyższych rozważań, proponowane rozwiązania projektu dotyczące odstąpienia od uporczywej terapii wcale nie wprowadzają regulacji, które byłyby obecnie zabronione. Ich celem jest uporządkowanie istniejącego stanu prawnego oraz wyklarowanie wątpliwości, które obecnie istnieją w doktrynie i orzecznictwie, a także udoskonalenie procedur w celu zwiększenia ich efektywności. Stojąc na stanowisku, iż prawo powinno być proste, funkcjonalne i wskazujące na przejrzystą i szybką procedurę postępowania, autorzy poddają z pokorą ten projekt pod debatę społeczną, celem weryfikacji, czy spełni on zapotrzebowanie tak świadczeniobiorców, jak i świadczeniodawców usług medycznych. Oczekują też konstruktywnych komentarzy i poprawek, a w efekcie końcowym – mają nadzieję na wsparcie dla działań zmierzających do wniesienia w ramach inicjatywy ustawodawczej jak najdoskonalszej wersji tego projektu.