

Anna JACEK

dr n. praw., Zakład Zdrowia Publicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu,
Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski,
Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp. k.

Pomoc chorym w stanach terminalnych. Komentarz do art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej

Art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej są normami etycznymi określającymi pomoc lekarza pacjentom w stanach terminalnych. W art. 30 KEL sprecyzowano, iż: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”.

Artykuł 30 KEL jest związany z prawem pacjenta do umierania w spokoju i godności. Należy wskazać, że powyższe prawo pacjenta zostało określone przez ustawodawcę w art. 20 ust. 2 ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z dnia 6 listopada 2008 r. w zakresie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności¹. Tożsamą regulację zawiera również art. 36 ust. 1 ustawy o *zawodach lekarza i lekarza dentystry* z dnia 5 grudnia 1996 r.², wskazując na prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

Na podstawie art. 23 k.c., prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności należy zakwalifikować do dóbr osobistych pacjenta podlegających szczególnej ochronie. Natomiast art. 24 k.c. określa środki ochrony w przypadku zagrożenia lub naruszenia dobra osobistego. „Przepis ten wymienia i reguluje bardziej szczegółowo roszczenia o zaniechanie i o usunięcie skutków naruszenia (roszczenia niemajątkowe) oraz wskazuje na możliwość dochodzenia także roszczeń majątkowych (o zadośćuczynienie pieniężne lub zapłatę odpowiedniej sumy na cel społeczny, a także o naprawienie szkody majątkowej) na podstawie przepisów odrębnych”³.

Prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności zostało określone w przepisach ustawy o *prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* z dnia 6 listopada 2008 r. W art. 20 ust. 2 powyższej ustawy wskazano, że: „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”⁴. Prawo do umierania w spokoju i godności należy odnieść do

¹ Zob. A. Augustynowicz, A. Budziszewska-Makulska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, Wyd. CeDeWu, Warszawa 2010.

² Dz. U. 2015, poz. 464, dalej: ustawa o zawodzie lekarza.

³ E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), *Kodeks cywilny. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 6, Warszawa 2014, System Informacji Prawej Legalis, dostęp 5.05.2015.

⁴ Dz. U. 2012, poz. 159 ze zm.

nakazu stworzenia takich warunków, aby kres ludzkiej egzystencji nastąpił w sposób godny⁵.

Należy podkreślić, iż w art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wskazano zasadę poszanowania godności każdego człowieka. Godność nie została jednak zdefiniowana w Konstytucji, ani w innych aktach prawnych czy w orzecznictwie sądowym. „Dzieje się tak dlatego, że godność to sfera osobowości konkretyzująca się w poczuciu własnej wartości człowieka i oczekiwaniu szacunku ze strony innych ludzi; poczucie to jest zmienne, kształtują je czynniki zewnętrzne uwarunkowane kulturowo, historycznie, religijnie, a także czynniki wewnętrzne, cechy psychiki człowieka. Godność tak ujęta ma charakter obiektywny, jest cechą przyrodzoną, przysługującą każdemu człowiekowi”⁶. „W tym przypadku słowo «godność» jest używane w sensie człowieczeństwa i odnosi się do odpowiedniego traktowania chorego umierającego przez personel medyczny”⁷. Poszanowanie godności umierającego pacjenta przez lekarza i personel medyczny będzie również związane z jego prawem do informacji dotyczącej jego stanu zdrowia. Pacjent dotknięty nieuleczalną i ciężką chorobą ma prawo wiedzieć m.in. jaki jest stan jego zdrowia, jakie są możliwe metody diagnostyczne i lecznicze, dające się przewidzieć następstwa ich zastosowania albo zaniechania, wyniki leczenia oraz rokowania dotyczące jego stanu zdrowia, tzn. czy jego stan zdrowia może ulec poprawie, jak też czy może się pogorszyć. Pacjent ma prawo również żądać, aby lekarz nie udzielił mu żadnej z powyższych informacji związanych z jego stanem zdrowia. Należy również podkreślić, iż art. 31 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza umożliwia również lekarzowi ograniczenie w sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomysłne dla pacjenta, informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według oceny lekarza przemawia za tym dobro pacjenta (tzw. przywilej terapeutyczny). W przypadku wystąpienia powyższej sytuacji, lekarz informuje przedstawiciela ustawowego pacjenta lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Obowiązkiem lekarza jest jednak udzielenie informacji o stanie zdrowia i o rokowaniu w przypadku, gdy z takim żądaniem wystąpi pacjent.

Ponadto, w przypadku pacjenta w stanie terminalnym szczególnie ważne jest również jego prawo do opieki duszpasterskiej, polegające na umożliwieniu mu przez podmiot leczniczy kontaktu z duchownym swojego wyznania, dodatkowej opieki ze strony osób bliskich, jak również do utrzymywania kontaktu z osobami z zewnątrz.

Analizując prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności należy zwrócić uwagę na wskazanie przez ustawodawcę terminu „pacjenta w stanie terminalnym”. Ustawodawca nie określił jednak w obowiązujących przepisach definicji „stanu terminalnego”. Jedynie w piśmiennictwie medycznym sformułowano kilka definicji stanu terminalnego. J. Pyszkowska precyzuje stan terminalny jako: „Stan znacznego pogorszenia się choroby przewlekłej i nie można już wdrażać leczenia przyczynowego”⁸. Natomiast

⁵ U. Drozdowska, *Prawo Pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Działalność Rzeczników Praw Pacjenta*, w: *Prawo medyczne dla lekarzy psychiatrów*, red. A. Jacek, E. Sarnačka, Wyd. Difin 2014, s. 165.

⁶ B. Banaszak, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz*, wyd. 2, C.H. Beck, Warszawa 2012, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 4.05.2015.

⁷ K. Wroński, *Prawo chorego do umierania w spokoju i godności. Nowotwory*, „Journal of Oncology” 2007, vol. 57, s. 725.

⁸ J. Pyszkowska, *Opieka paliatywna – formy realizacji, zasad współpracy z lekarzem rodzinnym*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2, s. 198.

według A. Kubler jest to: „czas, w którym z dnia na dzień następuje pogorszenie stanu zdrowia, zwłaszcza siły, apetytu i świadomości”⁹. Należy nadmienić, iż często używa się również zamiennika tej definicji tj. terminu „umierania”. „Prawo do umierania wywodzi się bezpośrednio z prawa do życia i do pomocy w sytuacjach ostatecznego zagrożenia, chodzi tu przecież o pomoc na pewnym określonym etapie życia”¹⁰.

Realizacja prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności powinna być związana z zapewnieniem przez lekarza, jak też podmiot leczniczy wszystkich czynności, których celem jest łagodzenie cierpienia pacjentów. Tymi czynnościami są wielokierunkowe specjalistyczne czynności, których celem jest nie tylko uśmierzanie bólu, ale również łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych chorego oraz pomoc jego rodzinie, która nie zawsze potrafi poradzić sobie z nieuleczalną chorobą swojego członka. Uśmierzanie bólu pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym jest również obowiązkiem lekarza wynikającym z art. 30 KEL. E. Zielińska wskazuje, że: „powyższy przepis [art. 30 KEL – przyp. autora] pozwala lekarzowi (bez obawy odpowiedzialności), w miarę pogłębiania się bólu, odpowiednio zwiększać pacjentowi będącemu w stanie terminalnym dawkę środków uśmierzających (np. morfiny) do granic niezbędnych do wyeliminowania cierpień”¹¹. Ponadto, w przypadku pacjentów w stanach terminalnych, istotne jest zapewnienie im również świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, która skupia się na utrzymaniu dobrej jakości kończącego się życia, a nie na przedłużaniu umierania. „Wtedy najważniejsza staje się dobra, jakość umierania”¹². „Opieka paliatywna może być stosowana we wcześniejszej fazie choroby w połączeniu z innymi terapiami mającymi na celu wydłużenie życia, jak np. chemioterapia lub radioterapia, a także obejmuje te badania, które są potrzebne do lepszego zrozumienia i leczenia przykrych komplikacji klinicznych”¹³. Zakres świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁴. Świadczenia te są udzielane pacjentom w hospicjach stacjonarnych lub w oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia oraz w poradniach medycyny paliatywnej. Świadczenia w powyższych zakresach są udzielane pacjentom kompleksowo, obejmując m.in. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, zapobieganie powikłaniom jak też opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną.

⁹ A. Kubler (red. wydania polskiego), *Opieka paliatywna*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, s. 773.

¹⁰ D. Karkowska, *Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Buisness, Warszawa 2012, s. 311.

¹¹ E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 88.

¹² T. Weber, *Daremna czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej? Etyczne aspekty decyzji medycznych*, w: J. Hartman, M. Waligóra, *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, Wolters, Kluwer Buisness, Warszawa 2011, s. 161.

¹³ J. Zajdel, *Prawa Lekarza 2012*, Wyd. Progress, Łódź 2012, s. 76.

¹⁴ Dz. U. 2013, poz. 1347.

Oprócz uśmierzenia bólu, istotna dla pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym jest opieka pielęgnacyjna, którą sprawuje głównie personel pielęgniarstwa mający najczęściej bezpośredni kontakt z pacjentem. Pielęgnacja pacjenta w tzw. stanie terminalnym jest procesem ciągłym obejmującym w szczególności szeroki zakres czynności instrumentalnych i pielęgnacyjnych. Należy nadmienić, iż pacjent znajdujący się w stanie terminalnym może mieć zdiagnozowane kilka chorób, które mogą prowadzić go do stanów przedagonalnych i agonalnych. „Pielęgnowanie chorych terminalnie ma na celu przede wszystkim przyniesienie ulgi w cierpieniu, ochronę godności osobistej, tworzenie humanitarnej atmosfery w ostatniej chwili życia”¹⁵. D. Karkowska słusznie również wskazuje, iż pacjent umierający ma prawo do wsparcia psychologicznego, a w sytuacjach krytycznych, do otrzymania środków psychotropowych umożliwiających wewnętrzne przezwyciężenie problemów natury emocjonalnej.

Zawinione naruszenie prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności może skutkować zasądzeniem przez sąd odpowiedniej sumy pieniężnej na cel społeczny na podstawie art. 448 k.c. W tym przypadku, uprawnionymi do wystąpienia z żądaniem są małżonek, krewni lub powinowaci do drugiego stopnia w linii prostej oraz przedstawiciele ustawy.

Analizując normy etyczne dotyczące pomocy lekarza pacjentom w stanach terminalnych, należy wskazać na art. 31 KEL zawierający bezwzględny zakaz dotyczący stosowania przez lekarza eutanazji, jak też pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa. Eutanazja w Polsce jest zakazana. Zakaz dotyczący stosowania eutanazji oraz pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa został zakwalifikowany przez ustawodawcę w przepisach Kodeksu karnego do grupy przestępstw przeciwko życiu i zdrowiu. Z art. 150 k.k. wynika, iż eutanazja czynna tzn. postępowanie świadome, którego celem jest skrócenie życia chorego podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. „Przestępstwo z art. 150 k.k. ma charakter powszechny, chociaż sprawcą czynu będzie lekarz lub inny członek personelu medycznego”¹⁶. „W polskim prawie karnym eutanazja stanowi uprzywilejowany typ zabójstwa ze względu na szczególną sytuację motywacyjną sprawcy, popełniającego czyn na żądanie ofiary i pod wpływem współczucia”¹⁷. „Dla kwalifikacji na podstawie art. 150 § 1 k.k. wymagane jest, aby do zabójstwa doszło «na żądanie» ofiary oraz «pod wpływem współczucia» dla niej. Oba elementy konstytuujące typ eutanazji muszą wystąpić kumulatywnie, nie wystarczy zatem zabicie osoby nieprzytomnej pod wpływem współczucia, ani żądanie zabicia bez współczucia, np. za pieniądze”¹⁸. W tezie wyroku Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 6 sierpnia 2013 r. sprecyzowano następujące warunki przyjęcia kwalifikacji prawnej zabójstwa eutanatycznego:

1. „Wyrażone przez ofiarę zabójstwa eutanatycznego żądanie pozbawienia jej życia ma być w pełni świadomym, niewątpliwym, bezwarunkowym aktem nieprzymuszonej woli, pochodzącym od poczytalnej osoby dorosłej i jest dla sprawcy zewnętrznym

¹⁵ A. Rumińska, *Pielęgnowanie chorego umierającego*, „Medi. Forum Opieki Długoterminowej” 2011, nr 2(48), s. 19.

¹⁶ A. Marek, *Prawo karne*, Warszawa 2003, s. 431.

¹⁷ A. Grześkowiak, K. Wiak (red.), *Kodeks karny. Komentarz*, C.H. Beck, wyd. 3, Warszawa 2015, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 5.05.2015 r.

¹⁸ Ibidem.

bodźcem do popełnienia czynu. Nie jest zaś żądaniem chwilowa reakcja, wywołana gwałtownym bólem. Wewnętrznym bodźcem jest natomiast współczucie dla ofiary.

2. Nie można mówić o zabójstwie eutanatycznym wówczas, gdy współczucie wywołane jest cierpieniami psychicznymi człowieka takimi jak: straty materialne, wieloletnie kalectwo, zawód miłosny, ani też wtedy, gdy dotyczy innej osoby lub osób, niż ofiara. Nie zawsze tam, gdzie sprawca wprawdzie spotyka się z życzeniem człowieka, by zadano mu śmierć i zabija pod wpływem współczucia, można mówić o spełnieniu znamion występku przewidzianego w art. 150 § 1 k.k.

3. Nie ulega wątpliwości, że w przepisie art. 150 § 1 k.k. chodzi wyłącznie o ważne powody, związane z ciężkim cierpieniem i beznadziejnością sytuacji, w jakiej człowiek cierpiący się znalazł. Nie można wiązać owych ważkich powodów wyłącznie z przypadkami medycznymi¹⁹.

Należy podkreślić, iż w wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. A. Zoll słusznie zauważył, iż „możliwość ta nie jest podyktowana chęcią «legalizacji» eutanazji, lecz koniecznością wzięcia pod uwagę przy wymiarze kary niekiedy skrajnie anormalnej sytuacji motywacyjnej, pod której wpływem może działać sprawca”²⁰.

Ponadto, nie można również za namową lub przez nieudzielenie pomocy doprowadzić takiej osoby do samobójstwa (art. 151 k.k.). „Przepis ten stanowi normę o szczególnym charakterze, gdyż typizuje zachowanie polegające na namowie lub udzieleniu pomocy do popełnienia przez inną osobę czynu, który sam nie stanowi przestępstwa, czyli samobójstwa, ponieważ tradycją polskiego prawa karnego jest bezkarność samobójstwa”²¹.

Natomiast „zaniechanie stosowania środków terapeutycznych podtrzymujących życie (np. leków, aparatury) może być traktowane jako eutanazja bierna, podlegająca również odpowiedzialności karnej (art. 162 § 1 k.k. – zaniechanie niesienia pomocy) i cywilnej”²².

Art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej jest normą wręcz liberalizującą bezwzględny zakaz dotyczący stosowania przez lekarza eutanazji, jak też pomagania choremu w popełnieniu samobójstwa. Art. 32 KEL określa, iż: W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. Na wstępie należy podkreślić, iż art. 32 KEL nie posiada tożsamej regulacji w przepisach ustawy *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* z dnia 5 grudnia 1996 r., jak też w innych aktach prawnych. W artykule określono szczególnie ważną problematykę dla lekarza, jaką jest stosowanie tzw. uporczywej terapii. Art. 32 KEL wskazuje do jakich czynności lekarz nie jest zobligowany w przypadku, gdy pacjent znajduje się w stanie terminalnym. Należą do nich:

- 1) niepodejmowanie reanimacji;
- 2) nieprowadzenie lub przerwanie reanimacji;

¹⁹ II AKa 118/13, System Informacji Prawnej Legalis, dostęp 5.05.2015 r.

²⁰ R. Citowicz, *Prawnokarne aspekty ochrony życia człowieka a prawo do godnej śmierci*, Wydawnictwo Kodeks, Warszawa 2006, s. 147.

²¹ A. Wąsek (red.), *Kodeks karny: część szczególna: komentarz do artykułów 117–221*, t. 1, C.H. Beck, Warszawa 2008, s. 270–271.

²² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń 2004, s. 261.

- 3) niepodjęcie, nieprowadzenie lub przerwanie uporczywej terapii oraz
- 4) niestosowanie środków nadzwyczajnych.

„Przepis ten pozwala lekarzowi samodzielnie – w związku z posiadaną przez niego wiedzą, jak również w oparciu o diagnozę i rokowanie pacjenta – na odstąpienie od leczenia lub zaprzestanie go, jeżeli stan chorego jest stanem terminalnym”²³. „O kierunku podjętych decyzji powinny więc zważyć względy medyczne i zasada humanitarnego stosunku do człowieka”²⁴. Norma wynikająca z art. 32 KEL oznacza też, że lekarz nie ma obowiązku utrzymywania przy życiu pacjenta, u którego nastąpiła tzw. śmierć mózgową. Orzeczenie o śmierci mózgu wymaga wystąpienia łącznie i nieprzerwanie przez 24 godziny następujących objawów: „1) głęboka utrata przytomności przy braku jakichkolwiek reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne, 2) szerokie źrenice niereagujące na światło, 3) bezruch gałek ocznych, 4) całkowite napięcie mięśni wiotkich, 5) trwały bezdech, 6) brak zmian czynności bioelektrycznej (zarejestrowanej elektrokardiograficznie) po celowej stymulacji farmakologicznej, 7) brak czynności bioelektrycznej mózgu ujawniający się w postaci nie zmieniającej się linii izoelektrycznej EEG, 8) brak wypełnienia naczyń mózgu środkiem cieniującym w badaniu radiologicznym, wstrzykniętym dotętniczo”²⁵.

Należy zauważyć, iż powyższy art. 32 KEL wskazuje wyłącznie na kryteria medyczne, którymi powinien kierować się lekarz, podejmując decyzję o zaprzestaniu tzw. uporczywej terapii. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym nie ma możliwości ingerowania w jego decyzję.

Dokonując analizy powyższego artykułu, istotnym jest również sprecyzowanie pojęcia uporczywej terapii. M. Śliwka twierdzi, że „przez uporczywą terapię można rozumieć stosowanie przez lekarza procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, a w szczególności z nadmiernym cierpieniem”²⁶. „Nie stanowi uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta”²⁷. „Uporczywą terapię można również rozumieć jako daremny trud leczenia, które nie przynosi oczekiwanych korzyści, jaką powinna być poprawa zdrowia. To leczenie bez nadziei na osiągnięcie zadowalającego skutku. To syzyfowa praca lekarza, który lecząc, nie osiąga pozytywnego rezultatu, a jakże często naraża swojego chorego na przedłużone i uciążliwe cierpienia”²⁸.

²³ S. Poździoch, M. Gibiński, *Prawa lekarza. Zarys problematyki*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2012, s. 214.

²⁴ A. Gubiński, *Komentarz do Kodeksu etyki lekarskiej*, Zakład Informacyjno-Wydawniczo-Kolportażowy Okręgowej Izby Lekarskiej, Warszawa 1993, s. 100.

²⁵ B. Banaszek, A. Preisner, *Granice ludzkiego życia a jego prawna ochrona*, w: *Prawa i wolności obywatelskie w Konstytucji RP*, C.H. Beck, Warszawa 2002, s. 112.

²⁶ M. Śliwka, *Testament życia oraz zaniechanie uporczywej terapii w projekcie ustawy bioetycznej (uwagi porównawcze)*, „Prawo i Medycyna” 2009, nr 2, s. 22.

²⁷ Op. cit., s. 33.

²⁸ T. Weber, op. cit., s. 163.

Uporczywa terapia jest związana z wieloma dylematami m.in. z ustaleniem do jakiego czasu należy podtrzymywać życie ludzkie lub też ważnością złożonego sprzeciwu pacjenta na leczenie, lub też podtrzymywanie jego dalszego życia, kiedy znajduje się w stanie terminalnym (tzw. testament życia). Są to jednak dylematy, które pozostają nierozwiązane w obowiązujących przepisach prawnych. Aspekty dotyczące tzw. testamentu życia były jednak przedmiotem jedynego postanowienia Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., który stwierdził, iż: „Oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące”²⁹. Z powyższego postanowienia wynika zatem, że dopuszczalne jest stosowanie takich oświadczeń pacjenta.

Należy wskazać, że obowiązujące przepisy tj. ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry, określają obowiązek ratowania przez lekarza życia umierającego pacjenta. Natomiast z drugiej strony art. 32 KEL zwalnia lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. T. Weber uważa, że: „Niestety obowiązek pomocy w stanach zagrożenia życia, a takim jest zatrzymanie krążenia, doprowadza niejednokrotnie do sytuacji, kiedy lekarz ze strachu przed odpowiedzialnością karną podejmuje się reanimacji, która z góry jest skazana na niepowodzenie”³⁰. „Lekarze zaś, z obawy przed postawieniem im zarzutu eutanazji, podejmują i kontynuują terapię także wtedy, gdy nie ma ona jakichkolwiek szans powodzenia, natomiast przedłużając życie pacjenta, niejednokrotnie potęguje jego cierpienia i powoduje niepotrzebne koszty”³¹.

Jak wspomniano wyżej, lekarz zobowiązany jest podtrzymywać życie pacjenta. D. Karkowska słusznie zauważa, że: „lekarz wie dużo więcej o możliwości ratowania ludzkiego życia, szansach przeżycia i dalszego funkcjonowania, powinien rozważyć, czy celowe jest przedłużanie umierania, ponieważ jego obowiązkiem jest dbanie o jakość kończącego się życia i poszanowanie prawa pacjenta do godnej śmierci”³². W związku z tym, istotne jest ustalenie, jak daleko sięgają granice obowiązku podtrzymywania życia ludzkiego. Można spróbować postawić tezę, że momentem, od którego należy powstrzymać się od podejmowania uporczywej terapii i środków nadzwyczajnych, jest chwila, kiedy osoba podejmująca czynności ratujące życie ma przed sobą nie tylko pacjenta umierającego, ale również „istotę, która już nigdy żywym człowiekiem stać się nie może, bowiem sztucznie podtrzymywane są tylko funkcje życiowe poszczególnych komórek lub ich zespołów, a nie funkcje życiowe osoby”³³. Należy pamiętać, że odstępienie od uporczywej terapii nie może w żadnym przypadku spełniać przesłanek eutanazji. Należałoby również zastanowić się nad propozycją M. Nesterowicza, który uważa, iż: „w celu usunięcia wszelkich wątpliwości co do prawidłowości

²⁹ Sygn. akt III CK 155/05.

³⁰ T. Weber, op. cit., s. 165–166.

³¹ T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 17.

³² Por. D. Karkowska, *Ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010.

³³ D. Karkowska, op. cit., s. 314.

diagnozy lekarskiej, stanu chorego, jego szans przeżycia byłoby uzasadnione, aby o odłączeniu aparatów decyzję podejmowało konsylium lekarskie”³⁴.

Znajomość norm etycznych określonych w art. 30–32 KEL, dotyczących pomocy pacjentom w stanach terminalnych jest istotna dla każdego lekarza. Podkreślić należy jednak, iż zasady udzielania tej pomocy są związane z dużymi wątpliwościami z uwagi na to, iż pomoc lekarska ma dotyczyć pacjentów, którzy „znajdują się u kresu swojego życia”. Obowiązujące regulacje dotyczące poruszanej przez mnie tematyki powodują wiele kontrowersji. Z jednej strony przepisy ustawy o zawodzie lekarza nakazują ratowanie życia umierającego pacjenta, natomiast art. 32 KEL zwalnia lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Problemem jest również nieuregulowanie w przepisach ustawy o zawodzie lekarza zaprzestania stosowania przez lekarza tzw. uporczywej terapii. Jedynym kryterium wskazanym w art. 32 KEL, na podstawie którego lekarz może decydować o wyborze stosownej pomocy pacjentowi w stanie terminalnym jest wyłącznie stan zdrowia pacjenta. Skutkiem braku jednoznacznej regulacji jest również dopuszczenie na podstawie art. 30 KEL biernej eutanazji dobrowolnej oraz eutanazji pośredniej, ponieważ pacjent ma prawo do odmowy leczenia, a podanie pacjentowi środków przeciwbólowych przyczyniających się do przyspieszenia zgonu może zostać uznane za „usprawiedliwione” stanem pacjenta i wiedzą medyczną.

Streszczenie

Art. 30–32 Kodeksu etyki lekarskiej są normami etycznymi określającymi pomoc lekarza pacjentom w stanach terminalnych. Znajomość tych norm etycznych jest istotna dla każdego lekarza. Podkreślić należy jednak, iż zasady udzielania tej pomocy są związane z dużymi wątpliwościami z uwagi na to, iż pomoc lekarska ma dotyczyć pacjentów, którzy „znajdują się u kresu swojego życia”. Obowiązujące regulacje powodują wiele kontrowersji. Z jednej strony przepisy ustawy o zawodzie lekarza nakazują ratowanie życia umierającego pacjenta, a z drugiej zwalniają lekarza z obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii, stosowania środków nadzwyczajnych w przypadku pacjentów w stanach terminalnych. Problemem jest również nieuregulowanie w przepisach ustawy o zawodzie lekarza zaprzestania stosowania przez lekarza tzw. uporczywej terapii. Skutkiem braku jednoznacznej regulacji jest również dopuszczenie na podstawie art. 30 KEL biernej eutanazji dobrowolnej oraz eutanazji pośredniej.

Commentary on Art. 30–32 of the Code of Medical Ethics

Summary

Art. 30–32 of the Code of Medical Ethics (CME) are standards defining ethical medical assistance to patients in the terminal stages. Knowing these ethical standards is essential for every physician. It should be emphasized, however, that the rules for granting such aid are associated with large uncertainties due to the fact that medical assistance is intended to patients who „are

³⁴ M. Nesterowicz, op. cit., s. 262.

at the end of their lives". The existing regulations cause a lot of controversy. On the one hand, the rules of the Law on the medical profession require saving the life of a dying patient, on the other hand exempt the physician from the obligation of initiating and performing resuscitation or persistent medical treatment, or exceptional measures for patients in the terminal stages. The Act on the medical profession also fails to regulate the cessation of the so called futile (persistent) treatment. The absence of explicit regulation also results in a clear admission of voluntary passive euthanasia and the indirect euthanasia, on the basis of Art. 30 CME.

