

Małgorzata A. Świdarska

Wyższa Szkoła Administracji i Biznesu im. Eugeniusza Kwiatkowskiego w Gdyni, Polska

mswid@umk.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0884-5839>

Aspekty prawne terapii daremnej w okresie końca życia

Legal Aspects of Futile Therapy in the Face of the End of Life

Abstract: This article presents legal issues related to therapeutic decisions made by doctors and to euthanasia and assisted suicide, which are prohibited and penalized in the Polish legal system. The paper refers to the terms ‘futile therapy’ and ‘over-zealous treatment’. It was also considered appropriate to refer to the concept of resuscitation, which can be understood narrowly as cardiopulmonary resuscitation or broadly as all activities aimed at potentially reversing the dying process. Completion of resuscitation as it is broadly understood means that (unless there has been recovery) it is considered a futile therapy. *De lege lata* there are no statutory regulations in the Polish legal system that could be directly related to the decision to abandon futile therapy in order to assess its legal legitimacy. The aim of the study is to present the problem of futile therapy *de lege lata* and *de lege ferenda* in the face of the end of life. The article also presents the latest draft of legal regulation regarding futile therapy developed by an interdisciplinary team appointed by the Patients’ Rights Ombudsman in the form of ‘Standards of conduct in medical therapies used in the end-of-life period’.

Keywords: end of life, futile therapy, resuscitation, withholding or withdrawing from therapy

Słowa kluczowe: koniec życia, terapia daremna, resuscytacja, niepodjęcie terapii lub odstąpienie od niej

Wprowadzenie

Polski system prawa nie zawiera definicji okresu końca życia (umierania) człowieka czy też stanu terminalnego¹. Tymczasem śmierć – jak wiadomo – jest zjawi-

1 Czym innym są definicje śmierci, tj. momentu, w którym proces umierania, rozpoczęty często na wiele dni, a nawet wiele tygodni wcześniej, został już zakończony (nastąpiła śmierć mózgu, tj. trwałe nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu albo nieodwracalne zatrzymanie krążenia).

skiem zdysocjowanym, co oznacza, że ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Ma miejsce trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej, co prowadzi do dezintegracji ustroju człowieka jako całości funkcjonalnej. Niektóre funkcje ustroju lub ich części mogą przy tym utrzymywać się przez pewien czas w oderwaniu od innych wcześniej obumarłych². Kluczowe staje się zatem ustalenie momentu, w którym proces chorobowy pacjenta nie tylko przechodzi w etap umierania, ale umieranie to, pomimo zastosowania zaawansowanej techniki podtrzymującej życie, rozpoczęło się nieodwracalnie, to znaczy nie może zostać powstrzymane. Moment nieodwracalnego rozpoczęcia zjawiska umierania może przesądzać o niecelowości i bezskuteczności dalszego stosowania intensywnej terapii. Oznacza to, że dalsze podejmowanie inwazyjnych działań podtrzymujących życie staje się terapią daremną. Moment ten może uchwycić i rozpoznać wyłącznie lekarz. Nie wyłącza to zasadności postulatu stworzenia uregulowań prawnych odnoszących się do decyzji terapeutycznych końca życia. Zwłaszcza za potrzebne uznać należy zdefiniowanie w przepisach o randze ustawy pojęcia terapii daremnej – mimo nieusuwalnej nieodokreśloności tego pojęcia w oderwaniu od okoliczności konkretnego przypadku. Z przepisów ustawy musi wyraźnie wynikać, że lekarz nie ma obowiązku podejmowania ani kontynuowania takich interwencji medycznych, które mają cechy terapii daremnej, czemu powinno odpowiadać prawo pacjenta do niepodjęcia wobec niego takiej terapii, także wówczas, gdy nie wyraził przeciwko niej sprzeciwu.

Artykuł niniejszy ogranicza się do analizy problemów prawnych związanych z podejmowaniem przez lekarzy decyzji terapeutycznych w postaci zaniechania stosowania metod intensywnej terapii wobec nieodwracalnie rozpoczętego procesu umierania³. Decyzje te, po uznaniu pewnych metod leczenia za daremne, zmierzają do niepodjęcia aktywnego leczenia albo też do odstąpienia od takiego leczenia,

Definicje te nie odnoszą się do metody postępowania wobec rozpoczęcia procesu umierania chorego, a stanowią jedynie sformalizowaną, ujętą alternatywnie metodę stwierdzania zgonu pacjenta, czyli dotyczą końca tego procesu. Stanowi o tym art. 43 i art. 43a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1731), a najnowsze ujęcie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu zostało ogłoszone w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. (M.P. z 2020 r., poz. 73). Natomiast nie zostały dotychczas ogłoszone w oparciu o art. 43a ust. 3 pkt 2 u.z.l. kryteria i sposoby stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia poprzedzającego pobranie narządów, wobec czego dla interpretacji tego pojęcia można jedynie odwołać się do nieobowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie uchylonego art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r., poz. 2134) w sprawie tych kryteriów z dnia 9 sierpnia 2010 r. (M.P. Nr 59, poz. 784).

2 Zob. J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015, s. 63.

3 Z uwagi na ramy opracowania pominięto problematykę wprowadzenia do systemu polskiego prawa tzw. oświadczeń *pro futuro* (uprzednich oświadczeń woli), pełnomocnika medycznego i kuratora medycznego. Co do wynikającej z *soft law* potrzeby wprowadzenia do prawa polskiego oświadczeń *pro futuro* – zob. M. Świdarska, *Znaczenie Europejskiej Konwencji Bioetycznej dla*

przy zachowaniu opieki paliatywnej i podstawowej, co należy odróżnić zarówno od eutanazji, jak i wspomaganego samobójstwa, które są w systemie prawa polskiego zakazane i penalizowane (art. 150 i 151 k.k.).

Za celowe uznano odniesienie się w opracowaniu do pojęcia resuscytacji. Pojęcie to może być rozumiane wąsko, wyłącznie jako resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO), albo też szeroko – jako wszelkie działania mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania. Zakończenie szeroko rozumianej resuscytacji (o ile nie nastąpił powrót do zdrowia) oznacza uznanie jej za terapię daremną.

De lege lata nie istnieją żadne uregulowania rangi ustawowej, które można by wprost odnieść do decyzji o zaniechaniu terapii daremnej w celu oceny jej prawnego umocowania.

Do wypełnienia tej luki zmierzał poselski projekt ustawy bioetycznej z 17 grudnia 2008 r. (tzw. projekt Gowina). Został on poprzedzony stworzeniem definicji uporczywej terapii przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia, pracującą w ramach projektu badawczego „Granice Terapii Medycznych”. Grupa ta jednogłośnie wypracowała następującą definicję: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”⁴.

Definicja ta posłużyła do przedstawienia propozycji nowelizacji art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁵, dotyczącego obowiązku leczenia w stanach nagłych, poprzez dodanie ustępu 2, który brzmiał: Do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest na wyraźne żądanie samego pacjenta, oraz ustępu 3, zawierającego przytoczoną definicję terapii uporczywej (w zamierzeniu projektodawców stanowiłaby definicję ustawową). Oprócz tego definicja ta miała być umieszczona w treści art. 3 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶ – w tzw. słowniczku tej ustawy. Projekt ponadto przewidywał następujące brzmienie art. 20 ust. 2 u.p.p.: „Prawo do poszanowania godności obejmuje prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień oraz

prawnej regulacji oświadczeń pro futuro, (w:) Prawa człowieka a wyzwania bioetyczne związane z nowymi technologiami, Warszawa 2018, s. 39–46.

4 Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, vol. 2, nr 3, s. 77.

5 Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1731 (dalej: u.z.l.).

6 Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 1876 (dalej: u.p.p.).

niepodejmowania działań mających charakter uporczywej terapii”. Projektodawcy zaproponowali też zmianę (dość zawile sformułowaną) treści art. 16 u.p.p. poprzez wprowadzenie instytucji wcześniejszego (*pro futuro*) sprzeciwu⁷ pacjenta, który utracił zdolność wyrażania zgody, chorego na ciężką chorobę nieuleczalną, wobec „podejmowania działań medycznych podtrzymujących funkcje życiowe w przypadku bezpośredniego zagrożenia życia będącego wynikiem tej choroby”⁸. Projekt ten był słusznie krytykowany za propozycję wprowadzenia instytucji skutecznego prawnie żądania pacjenta prowadzenia terapii, która z istoty swej jest bezskuteczna i ma wiązać się z bezcelowym cierpieniem lub naruszeniem godności.

Najnowszą próbą⁹, która ma prowadzić do stworzenia rozwiązań prawnych służących uregulowaniu istotnych problemów końca życia, jest Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta (grupa kilkunastu ekspertów: lekarze różnych specjalności, biolodzy, prawnicy, teolodzy, humaniści), opublikowane w 2021 r. Stanowisko przyjęło postać: „Standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia”, liczy 60 stron i składa się z czterech części. W części pierwszej odniesiono się do pojęć życia i śmierci człowieka z perspektywy antropologiczno-etycznej. Część druga dotyczy praw pacjenta umierającego i jego bliskich w obecnym stanie prawnym (które co do zasady nie różnią się od praw innych pacjentów). Część trzecia poświęcona została propozycjom zmian legislacyjnych (wprowadzenie instytucji uprzednich oświadczeń woli *pro futuro*, pełnomocnika medycznego oraz kuratora medycznego dla osoby, która nie powołała pełnomocnika, ponadto wprowadzenie procedury odstępowania od terapii daremnej oraz doprecyzowanie obowiązku leczenia wynikającego z art. 30 u.z.l.). Część czwarta przedstawia dobre praktyki postępowania z pacjentem oraz jego rodziną w terapiach medycznych, stosowanych w okresie kończącego się życia. Stanowisko to nie stanowi jednomyślnie wypracowanej koncepcji, bowiem na końcu zaprezentowane zostały zdania odrębne członków Zespołu co do niektórych kwestii. Do dokumentu dołączony został aneks z wynikami ankiet skierowanych do pacjentów i do personelu medycznego, dotyczącymi procedur zaniechania terapii daremnej, i wzór protokołu postępowania wobec nieskuteczności podtrzymania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii, pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli. Stanowisko Zespołu odnosi się,

7 Sprzeciw ten miał być wyrażony w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

8 Pełny tekst projektu: <https://www.ekai.pl/co-dokladnie-mowi-projekt-ustawy-gowina-caly-takst-projektu/> (22.10.2022).

9 Istniały też inne propozycje, zob. np. projekt ustawy grupy prawników i lekarzy związanych z Warszawskim Hospicjum dla Dzieci, kompleksowo odnoszący się do problemu (oświadczenia *pro futuro*, pełnomocnik medyczny, kurator medyczny, odstąpienie od uporczywej terapii), który przedstawiła M. Szeroczyńska, *Odstąpienie od uporczywej terapii – le lege lata i de lege ferenda*, „Medycyna Paliatywna” 2013, vol. 5, nr 2, s. 36 i n.

jak stwierdzono, między innymi do odstępowania od terapii daremnej i w tym względzie będzie przedmiotem analizy w ramach niniejszego opracowania¹⁰.

Celem artykułu jest przedstawienie problematyki tzw. terapii daremnej *de lege lata* i *de lege ferenda* w obliczu końca życia (*End-of-life*), przy czym należy zaznaczyć, że to ostatnie określenie można odnosić do pacjenta umierającego już od momentu narodzin człowieka i że nie pozostaje ono w żadnej zależności od jego wieku¹¹.

1. Pojęcie terapii daremnej

W prawie polskim nie ma definicji terapii daremnej ani terapii uporczywej. To ostatnie pojęcie funkcjonowało w doktrynie prawa medycznego, bowiem jest wyrażone jako norma deontologiczna¹² w Kodeksie etyki lekarskiej w art. 32, zgodnie z którym w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych (ust. 1). Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych (ust. 2). Norma ta znajduje się w części szczegółowej KEL, w rozdziale I, w dziale zatytułowanym: Pomoc chorym w stanach terminalnych. Poprzedza ją norma art. 30, statuująca obowiązek humanitarnej opieki terminalnej poprzez łagodzenie do końca cierpienia chorych i utrzymywanie jakości kończącego się życia (leczenie paliatywne), oraz norma art. 31, zawierająca zakaz eutanazji i pomocy w samobójstwie. Taka systematyka norm KEL uwydatnia rolę wyróżnienia pojęcia „uporczywej terapii”, które zostało wyodrębnione pomimo współlistniejącego zakazu eutanazji (a zatem odstąpienie od uporczywej terapii nie może być z nią utożsamiane) i niezależnie od współlistniejącego kategorycznego nakazu łagodzenia cierpienia do końca (terapii paliatywnej), także w razie odstąpienia od intensywnej terapii, uznanej za uporczywą.

Termin „uporczywość terapeutyczna” (ang. *over-zealous treatment*) pochodzi ponadto z doktryny Kościoła katolickiego¹³ i został użyty w Karcie Pracowników

10 Dostępne: <https://www.gov.pl/web/rpp/terapije-medyczne-w-okresie-rekomendacje-sie-zycia-zakonczenie-prac-zespołu> lub <https://www.gov.pl/attachment/ff30acaf-6259-41cc...pdf> (17.10.2022).

11 Zob. co do szczególnego charakteru wczesnego kresu życia – A. Kruszecka-Krówka, G. Cepuch, Medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia, „Psychoonkologia” 2016, t. 20, nr 4, s. 197–202, dostępne na: <https://www.termedia.pl/Medykalizacja-smierci-a-prawa-i-godnosc-dziecka-u-kresu-zycia,63,29571,1,0.html>

12 Norma ta zyskuje na doniosłości w związku z brzmieniem art. 4 u.z.l., z treści którego wynika, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie z zasadami etyki zawodowej; zob. E. Zielińska, Powinności lekarza w przypadku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 88–89, gdzie Autorka uznaje normę art. 32 KEL za kontraktyp pozakodeksowy i uważa, że jest on determinowany ochroną godności i prawem do umierania w spokoju i godności.

13 Zob. np. M. Ferdynus, Medical futility or persistent therapy? A dispute over the term and definitions in the polish context, „Analiza i Egzystencja” 2021, nr 53, s. 44 i n.; J. Siewiera, A. Kübler,

Służby Zdrowia, opracowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w 1995 r.¹⁴ w następującej formule: „Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywicie środkami będącymi w stanie sztucznie opóźnić śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za cenę kolejnych i ciężkich cierpień. Taki przypadek nazywany niekiedy bywa uporczywością terapeutyczną polegającą na stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonię”.

Znamienne jest, że mimo iż dokument ten został przywołany przez Rzecznika Praw Pacjenta w przedmowie do wspomnianych „Standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia” z 2021 r., to nie zostało jednak w niej użyte określenie „uporczywość terapeutyczna”. Autor przedmowy (Bartłomiej Chmielowiec – RPP) podkreśla: „(...) realizacja prawa pacjenta do godnej śmierci, a przede wszystkim poszanowanie godności człowieka, polega na zaniechaniu terapii określanej mianem daremnej”. W zasadniczej treści dokumentu konsekwentnie posłużono się pojęciem terapii daremnej, a na stronie 16 pojawia się stwierdzenie: „Wydaje się, że pojęcie terapia daremna wyraźniej oddaje istotę problemu: robić coś, co jest bezcelowe, co jest daremne, jest marnowaniem energii i czasu, a ostatecznie pozostaje szkodliwe, bo zwiększa cierpienie, przedłuża agonię”¹⁵.

W literaturze medycznej na określenie działań bezcelowych w stanach terminalnych od dość dawna używa się pojęcia terapii daremnej, uznając pojęcie terapii uporczywej za nieprecyzyjne i anachroniczne¹⁶.

Przyznając, że to pierwsze pojęcie znacznie lepiej opisuje istotę terapii pozbawionej celu i pożądanego rezultatu¹⁷, nie można tracić z pola widzenia, iż niezależnie

Terapia..., *op. cit.*, s. 18; zob. też G. Mazur, Czy odstępianie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2013, nr 1, s. 6–10, dostępne <https://www.tvmed.pl/tresci/pobierz-plik/11476/7565/MPwP-2013-1-6.pdf> (23.10.2022), gdzie Autor nietrafnie wywodził, iż „uporczywość” opisana w nauce Kościoła katolickiego „wywołuje mniejsze kontrowersje niż »daremnosc« bioetyki anglosaskiej wrażliwej na neutralność światopoglądową” i że dzięki temu będzie łatwiejsza do zaakceptowania przez lekarzy i opinię publiczną. Można dodać, że neutralność światopoglądowa jest cechą ze wszech miar pożądaną przy formułowaniu pojęć prawnych.

14 Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Michalelinum, Watykan 1995; zob. też np. T. Biesaga, Karta Pracowników Służby Zdrowia, https://www.mp.pl/etyka/postawy_etyki_lekarskiej/29785karta-pracownikow-sluzby-zdrowia.

15 Stwierdzenie pojawia się w części I dokumentu, zatytułowanej: „Życie i śmierć człowieka. Perspektywa antropologiczno-etyczna”, s. 16.

16 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 55.

17 Zob. K. Szewczyk, O medycznej daremności proceduralnej i o powodach, dla których należy ją włączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny, dostępne na: bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?I=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53/ (17.10.2022). Autor pokazuje tam tło historyczne pojęcia leczenia daremnego, które było znane w antycznej Grecji, w księgach Hipoc

od użytego określenia najistotniejsze jest – widoczne zwłaszcza począwszy od lat 80. XX w.¹⁸ – dostrzeganie przez doktrynę prawa i bioetykę fenomenu, jakim jest taka kondycja chorego, w której przyczyna wywołująca stan zagrożenia życia nie daje się leczyć, to znaczy jest nieodwracalna, co ma wpływ na odstąpienie od leczenia czynnego.

Decyzje terapeutyczne związane z taką sytuacją nie mają cech eutanazji, bowiem eutanazja (pojmowana jako tzw. zabójstwo eutanatyczne) polega na umyślnym (co najmniej *dolus eventualis*) zabiciu człowieka nieuleczalnie chorego i cierpiącego na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, poprzez podanie śmiertelnej dawki środków farmakologicznych¹⁹. Wyróżniana także niekiedy w literaturze prawa karnego tzw. eutanazja bierna²⁰ polegałaby na czym innym, bowiem wiązałaby się z intencjonalnym zaniechaniem działań terapeutycznych utrzymujących pacjenta przy życiu, które były medycznie uzasadnione i potencjalnie skuteczne (a więc niemające cech daremności), co najmniej przy akceptacji faktu, że może to doprowadzić do śmierci i rzeczywiście tę śmierć sprowadzające, na żądanie pacjenta i pod wpływem współczucia dla niego. Na marginesie niniejszych rozważań zauważyć można, że w praktyce ta ostatnia sytuacja jest niezwykle trudna do odróżnienia od w pełni zgodnego z prawem odstąpienia przez lekarza od takiej terapii wobec sprzeciwu pacjenta, toteż wysoce wątpliwe jest jej wyróżnianie na tle normy art. 150 § 1 k.k.²¹

Rezygnacja z terapii daremnej „stanowi odstąpienie od zakłócania procesu nieodwracalnego umierania przez nieuzasadnione działania medyczne”²². Jak się pod-

kratesa, gdzie nakazywano odejść od chorego, gdy medycyna jest bezsilna, a chory nie rokuje nadziei na wyleczenie. Radykalna zmiana nastąpiła po wejściu w życie Kodeksu etyki lekarskiej Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego z 1847 roku, w którym wprowadzono tzw. przywilej terapeutyczny (ograniczenie informacji przy złym rokowaniu) i zakaz opuszczania chorego umierającego. Po spektakularnych sukcesach medycyny (np. w 1885 r. L. Pasteur ratuje chłopca pogryzionego przez wściekłego psa) widoczna jest postępująca medykalizacja umierania i umocnienie przekonania, że nie ma umierających, są wyłącznie ciężko chorzy (negacja śmierci).

18 Impuls do dyskusji nad koncepcją daremności medycznej dał zwłaszcza przypadek 86-letniej Helgi Wanglie (1989 r.), cierpiącej na duszności spowodowane chronicznym zapaleniem otrzewnej, w imieniu której rodzina zgłaszała żądania aktywnej terapii (karmiono ją przez sondę, wentylowano i podawano antybiotyki w nawrotowym zapaleniu płuc). Kiedy rozpoznano tzw. przetrwały (utrwalony) stan wegetatywny, lekarze uznali daremność dalszej wentylacji, ale rodzina stanowczo zażądała wdrożenia wszelkich możliwych procedur medycznych. W trakcie rozpoznawania sprawy przez sąd pacjentka zmarła, a przyczyną bezpośrednią była sepsa, powikłana niewydolnością wielonarządową; zob. Spis kasusów, Kazus Helgi Wanglie-opis, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ/działy.php?/=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=0&kk=139&k=63 (17.10.2022).

19 Zob. J. Malczewski, Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem, Warszawa 2012, s. 27 i n.

20 Zob. M. Filar, Lekarzkie prawo karne, Kraków 2000, s. 318–319.

21 Przepis ten brzmi: Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

22 Zob. J. Umiasztowski, Aspekty medyczne umierania człowieka, „Medycyna Praktyczna dla Lekarzy” z 28.06.2007 r., dostępne na: https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/33135,aspekty-medyczne-umierania-czlowieka (7.11.2022).

kreśla, poza wszelką dyskusją pozostaje bowiem, że prawo lekarza do zakończenia działań powstaje dopiero z chwilą niewątpliwego stwierdzenia, że proces chorobowy pacjenta nie tylko przechodzi w etap umierania, ale co więcej, umieranie to mimo zastosowania zaawansowanej technologii podtrzymującej życie nie może zostać w sposób przyczynowy powstrzymane. Stan taki przy tym „nie ma charakteru permanentnego, lecz powstaje dopiero wówczas, gdy specjalista anestezjologii (lub konsylium lekarzy specjalistów – przyp. M.Ś.) stwierdzi ponad wszelką wątpliwość, że proces chorobowy pacjenta jest nieodwracalny i ma charakter agonalny”²³.

W literaturze przywoływane są stany faktyczne obrazujące taki stan rzeczy. Tytułem przykładu, T. Szreter – profesor medycyny – ujmując to następująco: „W stanach, w których niemożliwa jest do usunięcia przyczyna stanu zagrożenia życia, lekarz zwolniony jest od stosowania środków nadzwyczajnych. Może pozwolić pacjentowi umrzeć”. Gdy bowiem, jak wskazuje, przyczyna zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej nie da się odwrócić, nigdy nie dojdzie do powrotu wydolnych czynności życiowych i świadomości, a chory na zawsze będzie wymagał stosowania metod intensywnej terapii i pozostanie nieprzytomny (odmóżdżony, odkorowany)”²⁴.

Problem ten obrazują też stany faktyczne przytoczone przez B. Kamińskiego²⁵: „(...)chory z uogólnionymi przerzutami nowotworowymi jest poddawany reanimacji trzy razy z rzędu w kilkugodzinnych odstępach (...). Pacjent oczywiście kończy życie po kolejnej próbie masażu serca, wielokrotnych defibrylacjach i całym zasobie mało humanitarnych metod odżywiania (...). Pacjenci z rozległym wylewem krwi do mózgu i udokumentowanym zniszczeniem ważnych dla życia ośrodków są czasem tygodniami utrzymywani przy życiu dzięki sztucznej wentylacji, masywnym dawkom antybiotyków, żywieniu dojelitowemu, przetaczaniu przetworów krwi itd.”

Z kolei J. Siewiera i A. Kübler jako przykład decyzji dotyczącej niepodjęcia terapii daremnej podają rezygnację z przeprowadzenia zabiegu operacyjnego o charakterze onkologicznym w wypadku postępującej, agonalnej niewydolności wielonarządowej, a ponadto rezygnację z zabiegu dializy albuminowej umierającego pacjenta, u którego procedury terapii nerkozastępczej były uprzednio wykonywane, jednak wobec objawów niewydolności wątroby stały się daremne i niewystarczające, by powstrzymać naturalną dynamikę śmierci. Natomiast za przykład zasadnej decyzji odstąpienia od terapii uznają zaprzestanie wspomagania układu krążenia

23 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 59.

24 Zob. T. Szreter, *Problemy etyczne i ekonomiczne w intensywnej terapii*, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1, s. 98–101; zob. też M. Szeroczyńska, *Odstąpienie...*, *op. cit.*, s. 32 i n., gdzie Autorka pisze: „Zdarza się, że mamy do czynienia wręcz z przedłużaniem wyłącznie biologicznej egzystencji człowieka czy z przedłużaniem pełnej cierpienia agonii”; zob. też T. Dukiet-Nagórska, *O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania*, „Prawo i Medycyna” 2008, nr 2, s. 17 i n.

25 B. Kamiński, *Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 96.

stałym wlewem amin katecholowych oraz rezygnacją z kontrapulsacji wewnątrz-aortalnej u pacjenta umierającego z powodu rozległych zmian martwiczo-krwotocznych ośrodkowego układu nerwowego. Ci sami Autorzy podnoszą, że pojęcie terapii daremnej (ang. *futile therapy, medical futility*) w praktyce klinicznej jest bardziej precyzyjne. W przeciwieństwie do określenia „uporczywy” termin „daremny” jest ukierunkowany na cel i oznacza terapię niedającą żadnych wyników, żadnego rezultatu, nieskuteczną (ang. *noneffective*), pozbawioną sensu, nieuzasadnioną i bezowocną. Dla lekarza jest to równoznaczne z działaniami, które mimo ich podjęcia nie skutkują osiągnięciem celu terapeutycznego (ang. *pointless*). Ponieważ w intensywnej terapii jest nim przeżycie chorego i odwrócenie niewydolności jego narządów, przyjmuje się, że działanie daremne stanowi leczenie, które nie prowadzi do uchylenia niebezpieczeństwa zagrażającego pacjentowi. Za daremne uznaje się działanie, które nie prowadzi do uratowania życia pacjenta, a jedynie podtrzymuje funkcjonowanie tkanek i narządów, mimo że „nie daje rezultatu wobec nadchodzącej śmierci”²⁶.

Jak trafnie wskazuje K. Szewczyk, koncepcja daremności umożliwia pozbycie się frazeologii „cudu medycznego”, a „element paternalizmu tkwiący w *medical futility* minimalizuje traktowanie »daremności« jako ostateczności, jako lekarskiego: *non possumus*”²⁷. Można dodać, że jest to w gruncie rzeczy złudzenie paternalizmu, bowiem stwierdzenie daremności intensywnego leczenia nie wynika z dyskrecjonalnej decyzji lekarzy, ale z bezsilności medycyny wobec naturalnych przemożnych procesów kończącego się życia.

W artykule specjalnym (opracowanym przez grupę ekspertów anestezjologii i intensywnej terapii), który ukazał się w 2014 r. na łamach czasopisma „Anestezjologia. Intensywna Terapia”, zatytułowanym „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii”²⁸, wskazuje się, że „znaczna większość chorych leczonych na OIT (oddziałach intensywnej terapii – przyp. M.Ś.), ponad 80% nie może złożyć świadomego oświadczenia woli dotyczącego leczenia ze względu na ciężki stan kliniczny lub ze względu na podawane leki uspokajające, przeciwbólowe i nasenne, niezbędne

26 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 17 i n., gdzie Autorzy przywołują wiele innych podobnych znaczeniowo określeń, choć zaznaczają, że mają one szerszy zakres, np. leczenie nieproporcjonalne (*disproportionate*) oznacza terapię zbyt szeroką, a zatem niewskazaną (*inadvisable*), jak również zbyt wąską w stosunku do stanu klinicznego pacjenta i możliwości terapeutycznych.

27 K. Szewczyk, Cztery refleksje po lekturze tekstu drugiego Włodzimierza Galewicza, dostępne na: bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?I=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=59 (23.10.2022).

28 A. Kübler, J. Siewiera, G. Durek, K. Kusza, M. Piechota, Z. Szkulmowski, Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2014, t. 46, nr 4, s. 229–234, dostępne na: <https://www.ptpaio.pl/dokumenty/19.pdf>

do prowadzenia prawidłowego leczenia (paliatywnego – przyp. M.Ś.)”. Tym samym, zgodnie z intencją Autorów opracowania, nieodzwonne jest wprowadzenie jako kryterium niepodjęcia dalszej aktywnej terapii lub odstąpienia od niej pojęcia leczenia daremnego, tj. takiego, które nie wywiera skutku terapeutycznego (wobec nieuleczalnej niewydolności narządowej), a może „potęgować dolegliwości chorego”. Autorzy proponują następujące ujęcie (wytyczna trzecia): „Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego”²⁹. Jednocześnie jednak stanowczo podkreśla się, że wszelkie działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie, jak i etycznie oraz prawnie (wytyczna dwunasta).

Analogiczny, obszerniejszy artykuł specjalny na łamach powołanego czasopisma został opublikowany przez grupę ekspertów anestezjologii i intensywnej terapii pediatrycznej w 2021 r. i nosi tytuł: „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej”³⁰. Autorzy zaznaczają, że decyzja o zaprzestaniu terapii daremnej u dziecka należy do jednych z najtrudniejszych dla lekarzy. W Wytycznych znalazło się przykładowe wyliczenie sytuacji klinicznych, w których powinno

29 *Ibidem*, s. 230–231; niektóre szczegółowe tezy cytowanych Wytycznych, w szczególności teza, iż terapia daremna jest błędem w sztuce, nie są – jak się wydaje – w środowisku medycznym powszechnie znane, choć sama idea jest akceptowana; zob. K. Matusewicz, wywiad z prof. n. med. R. Owczukiem: Każde leczenie ma swoje racjonalne granice. Ich przekraczanie to terapia daremna, „Puls Medycyny” z 26.03.2021, dostępne na: <https://pulsmedycyny.pl/kazde-leczenie-ma-swoje-racjonalne-granice-ich-przekraczanie-to-terapia-daremna-1112274> (17.10.2022), gdzie pada następująca odpowiedź na pytanie o to, czy terapia daremna może być uznana za błąd w sztuce: „Taka teza nigdzie dosłownie nie została sformułowana, jednak w mojej ocenie – tak. Bez wątplenia przedłużanie agonii można traktować jako działanie niewłaściwe”.

30 A. Bartkowska-Śniatkowska, E. Byrska-Maciejasz, M. Cettler, M. Damps, K. Jarosz, M. Mierzewska-Schmidt, M. Migdał, I. Ożóg-Zabolska, A. Piotrowski, M. Rawicz, M. Świder, M. Tałałaj, M. Zielińska, Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2021, t. 53, nr 5, s. 369–375, dostępne na <https://www.termedia.pl/czasopisma/-144/pdf-46186> (5.11.2022); znamienne jest, że znacznie wcześniejsze wytyczne Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego pod red. nauk. T. Dangel, dotyczące postępowania na oddziałach pediatrycznych, zatytułowane zostały: Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy., Warszawa 2011, dostępne na: https://ptp.edu.pl/images/zalaczniki/Wytyczne_dla_lekarzy_PTP.pdf; zob. też M. Rutkowska, S. Szczepaniak, W. Walas, D. Pawlik, M. Karwacki, M. Szeroczyńska, G. Knita, Zasady podejmowania decyzji o wszczęciu postępowania paliatywnego w neonatologii, (w:) M. Boryszewska-Kornacka (red.), Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Towarzystwa Neonatologicznego, Warszawa 2021.

się rozważyć, czy postępowanie nie nosi cech terapii daremnej³¹. Zaznacza się tam przy tym, że mimo konsyliarnego trybu podejmowania decyzji i potrzeby ścisłego, empatycznego kontaktu z rodzicami „nie należy wymagać od nich na to (to znaczy na niepodjęcie leczenia lub odstąpienie od niego – przyp. M.Ś.) zgody”³².

Za przyjęciem jako bardziej precyzyjnego pojęcia „terapii daremnej” przemawia fakt, że określenie: „terapia uporczywa” dosłownie (tj. w sensie językowym) oznacza terapię „utrzymującą się, ciągle powtarzającą się”, a zatem akcentowany jest tu raczej wymiar ciągłości, stałości i powtarzalności, a nie cel podejmowanego działania. Jak się podkreśla w literaturze medycznej, „wielu pacjentów poddawanych przewlekłej mechanicznej wentylacji, hemodializie czy wspomagananiu układu krążenia leczonych jest w sposób przewlekły, a procedury wobec nich stosowane są wielokrotnie powtarzane. Okoliczność ta wcale nie zmienia faktu, że po upływie wielu dni, a nawet tygodni część pacjentów dochodzi do zdrowia i opuszcza oddział o własnych siłach, a żaden z elementów ich leczenia ze względu na skutek nie pozostawał daremny, choć zapewne był uporczywy”³³.

Niezależnie od przedstawionych rozbieżności semantycznych zwraca się uwagę w doktrynie prawa medycznego, że pojęcie „uporczywej terapii” używane jest zgodnie z sensem medycznego pojęcia „terapii daremnej”, stanowiąc w gruncie rzeczy jego pozaprawny synonim³⁴.

Postulować należy ujednolicenie terminologii przy rozważaniach dotyczących końca życia poprzez przyjęcie, że bardziej precyzyjne semantycznie, a także „czytelne” dla lekarzy jest sformułowanie: „terapia daremna”, a także wprowadzenie takiego określenia jako terminu języka prawnego w przepisach prawa.

2. Niepodjęcie terapii daremnej lub odstąpienie od niej *de lege lata*

Można odnieść wrażenie – być może przedwcześnie³⁵ – że w debacie publicznej nieco ucichły głosy w dyskusji co do tego, czy zasadne jest przyjmowanie postulatu

31 *Ibidem*, s. 371, gdzie wskazano dużą różnorodność sytuacji klinicznych: takich, gdzie leczenie istnieje, ale jest nieskuteczne (np. nowotwory, SMA), ale też choroby lub stany letalne, będące przeciwwskazaniem do intensywnej terapii (zespół Edwardsa, zespół Patau’a, tj. trisomia chromosomów 18 i 13) albo choroby i stany nieodwracalne, gdzie ryzyko przedwczesnej śmierci wynika z skłonności do powikłań, np. częstych infekcji, zapaleń płuc, zachłyśnięcia (np. ciężkie mózgowe porażenie dziecięce, uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego).

32 *Ibidem*, s. 370.

33 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 18.

34 Zwraca na to uwagę M. Szeroczyńska, *Odstąpienie...*, *op. cit.*, s. 37.

35 Zob. co do gwałtownej reakcji społecznej, a nawet instytucjonalnej, na zaprzestanie daremnej terapii wobec pacjenta z poważnym i nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu na przełomie 2020 i 2021 r. – M. Boratyńska, J. Malczewski, *Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii*, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, nr 1–2 (7), s. 171 i n., gdzie Autorzy dokonują szczegółowej

zaprzeczenia terapii bezcelowej i bezskutecznej, a nawet co do tego, jak taką terapię nazywać. Uwaga skupia się obecnie na procedurach, według których powinno być przeprowadzone postępowanie, które zostanie zakończone decyzją o zaniechaniu dalszej intensywnej terapii. W tej ostatniej sprawie jednak ujawnia się znaczna rozbieżność stanowisk, co będzie przedmiotem rozważań w dalszej części opracowania.

Jak powiedziano, nie ma żadnej regulacji ustawowej określającej, w jakich okolicznościach postępowanie lekarza wobec pacjenta będzie nosić znamiona terapii daremnej ani według jakiej procedury powinien on podjąć decyzję o niepodejmowaniu takiej terapii lub kolejnego stadium terapii albo o zaprzestaniu jej stosowania.

Jedyna regulacja prawna odnosząca się do zaprzestania procedury podtrzymującej życie znajduje się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 16 grudnia 2016 r.³⁶ Dotyczy ona odstąpienia od resuscytacji prowadzonej w warunkach szpitalnych z dostępem do świadczeń udzielanych przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii.

Zgodnie z przepisem § 7 zdanie 2 i 3 tego rozporządzenia lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz anestezjolog podejmuje decyzję o zakończeniu resuscytacji. Lekarz w trakcie specjalizacji przed podjęciem decyzji przeprowadza konsultację z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii.

Ponieważ nie jest to regulacja rangi ustawowej, a jedynie rozporządzenie wykonawcze ustalające pewne wzorce organizacyjne w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych w ramach intensywnej terapii, w żadnym razie nie można traktować przytoczonych norm jako standardu prawnego regulującego terapię daremną. Jest to wyłącznie normatywny wzorzec organizacyjny co do tego, jakiej specjalności lekarz podejmuje decyzję o zakończeniu resuscytacji, i to tylko wówczas, gdy resuscytacji ta prowadzona jest w szpitalu, na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Norma ta pozostawia poza zakresem regulacji wzorce postępowania wobec pacjentów nieuleczalnie chorych u kresu życia, leczonych w innych oddziałach szpitalnych, a także wobec pacjentów m.in. onkologicznych w stanie terminalnym pozostających w domu.

2.1. Pojęcie resuscytacji

Zwraca się uwagę, że pojęcie resuscytacji w swej treści „skupia jak w soczewce podstawowe znaczenie czynności, które podejmowane są wobec pacjentów umiera-

analizy stanu faktycznego i podstaw prawnych rozstrzygnięcia przez angielski sąd w tej sprawie na tle innych zbliżonych spraw w orzecznictwie obcym (kazusy Terri Schiavo, Vincent Lambert, Eluana Englaro).

36 Tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 392, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. z 2022 r., poz. 633).

jących i które mogą stać się daremne w obliczu nieodwracalnego procesu umiarnienia³⁷. Tymczasem może być ono różnie rozumiane.

2.1.1. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa (resuscytacja sensu stricto)

W medycynie pojęcie resuscytacji może być rozumiane zgodnie z definicją umieszczoną w Wytycznych resuscytacji (są to medyczne wytyczne postępowania klinicznego) Europejskiej Rady Resuscytacji (i przyjętych przez Polską Radę Resuscytacji) z 2000 r.³⁸ Według tej definicji resuscytacja to zespół czynności stosowanych u poszkodowanego (w sensie medycznym), u którego wystąpiło podejrzenie nagłego zatrzymania krążenia (NZK), czyli ustanie czynności serca z utratą świadomości i bezdechem. Jego celem jest utrzymanie przepływu krwi przez mózg i mięsień sercowy oraz przywrócenie czynności własnej układu krążenia, co oznacza tzw. resuscytację krążeniowo-oddechową (RKO)³⁹.

Z kolei w artykule dotyczącym aspektów etycznych tak ujętej resuscytacji i decyzji dotyczących końca życia w Wytycznych resuscytacji z 2015 r. została przytoczona definicja terapii daremnej Światowej Organizacji Medycznej (*The World Medical Association – WMA*); według niej jest to terapia, która „nie daje rozsądnej nadziei na wyzdrowienie lub poprawę stanu zdrowia” lub terapia „w wyniku której pacjent na stałe nie odnosi korzyści”. Następnie wskazano tam, że RKO jest uważana za terapię daremną, gdy szanse na „akceptowalnej jakości przeżycie” są minimalne. Głównym i nieodzownym warunkiem stwierdzenia, czy dane postępowanie to terapia daremna, jest obecność lub brak wskazań medycznych odnośnie do planowanej terapii. Decyzja o niepodejmowaniu resuscytacji nie wymaga zgody pacjenta lub jego bliskich, którzy mogą mieć nierealistyczne oczekiwania w stosunku do skuteczności resuscytacji i potencjalnych korzyści z RKO⁴⁰.

37 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 55–56.

38 *Ibidem*, gdzie podkreśla się, że Wytyczne stanowią międzynarodowy zbiór reguł przeznaczonych nie tylko dla lekarzy wszystkich specjalności, ale także pozostałego personelu medycznego: pielęgniarek, ratowników, policjantów, strażaków, a nawet osób nieposiadających wykształcenia medycznego. Wytyczne wydawane są przez Europejską Radę Resuscytacji (tłumaczone na polski i recypowane przez Polską Radę Resuscytacji) cyklicznie, a najnowsze Wytyczne, ze szczegółowym określeniem algorytmów postępowania medycznego, zostały wydane w 2021 r. (roczne opóźnienie z uwagi na pandemię Covid-19) i są dostępne w postaci książkowej: J. Andres, *Wytyczne resuscytacji 2021*, Kraków 2022, *passim*. Orientację co do szerokiego zakresu problemów medycznych przy resuscytacji i szczegółowości wytycznych daje już sam spis treści dostępny na: <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/wytyczne2021pocznatek.pdf> (27.10.2022).

39 RKO zgodnie z Wytycznymi obejmuje zarówno podstawowe, jak i zaawansowane zabiegi resuscytacyjne (np. defibrylację, intubację dotchawiczą, zastosowanie adrenaliny, pozaustrojowe techniki RKO).

40 Zob. L.L. Bossaert, G.D. Perkins, H. Askitopoulou, V.I. Raffay, R. Greif, K.L. Haywood, S.D. Mentzelopoulos, J.P. Nolan, P. van de Voorde, T.T. Xanthos, *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, dostępne na https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/11_Etyka.pdf, s. 384 (9.09.2022).

Interesujące jest, że w podobnym artykule, odnoszącym się do najnowszych Wytucznych resuscytacji z 2021 r.,⁴¹ nie została sformułowana ani przytoczona sama ogólna definicja terapii daremnej, choć ponownie podkreśla się tam, że „nie należy podejmować RKO w przypadku, gdyby była daremna” oraz że „przedłużanie nieuchronnego procesu umierania należy uznać za szkodę (dystanazję⁴²)”. Jednocześnie jednak zwraca się uwagę, że trudność przy formułowaniu ogólnej, abstrakcyjnie ujętej definicji wynika m.in. z tego, iż „(...) ocena daremności zależy od czasu i kontekstu, a często wpływają na nią przekonania religijne czy duchowe. Pacjenci i ich rodziny mogą definiować daremność zupełnie inaczej niż dostawcy usług medycznych. (...) Decyzje stają się jeszcze bardziej złożone w kontekście najnowszych zaawansowanych technologii resuscytacji”.

Prowadzi to Autorów do następującej konstatacji: „Dlatego odchodzi się obecnie od pojęcia daremnej terapii na rzecz szerszej koncepcji działania w interesie pacjenta, zgodnie z którą ocenia się obciążenie w porównaniu z korzyściami”.

Nie jest to nowa koncepcja. Zasada korzyści jest jedną z podstawowych zasad etyki medycznej⁴³. A działanie w najlepszym interesie pacjenta (ang. *patient's best interest*) oznacza podjęcie decyzji po przeanalizowaniu możliwych korzyści dla pacjenta z uwzględnieniem istniejącego ryzyka, przy czym oparte na naukowych dowodach wyuczne klinicznego postępowania ułatwiają personelowi medycznemu decydowanie, jakiego rodzaju postępowanie jest najbardziej odpowiednie. Według tej koncepcji – która przyjmowana jest w *common law* w przypadku pacjentów niezdolnych do samodzielnego podejmowania decyzji o przebiegu leczenia – należy wziąć pod uwagę wszystkie okoliczności mogące mieć znaczenie dla pacjenta. Chodzi tu nie tylko o te kryteria, które osoba decydująca (lekarz) uznaje za istotne, ale też na przykład o zaprezentowane w przeszłości (lub możliwe do rekonstrukcji) stanowisko pacjenta wobec podejmowania pewnych metod leczenia. Rozważa się również hipotetycznie, jakie działanie podjęłaby rozsądna osoba kierująca się najlepszym interesem tego chorego⁴⁴.

41 Zob. S.D. Mentzelopoulos, K. Couper, P. van de Voorde, P. Druwe, M. Blom, G.D. Perkins, I. Lulic, J. Djakow, V. Raffay, G. Lilja, L.L. Bossaert, Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia, dostępne na <https://www.prc.krakow.pl/wytuczne2021/rozd12.pdf>, s. 475–476 (28.10.2022).

42 Określenie to od dawna funkcjonuje w nomenklaturze medycznej. Jak podaje T. Marcinkowski: „Dystanazja to stosowanie zabiegów leczniczych zmierzających do zachowania przy życiu osoby znajdującej się w stanie śmierci osobniczej, której mózg objęty jest nieodwracalnym stanem śmierci biologicznej, zaś ortotanazja to zaniechanie podtrzymywania opisanego stanu”; zob. *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa 1993.

43 Obok takich zasad jak: zasada autonomii pacjenta jako jednostki, zasada nieszkodzenia pacjentowi i zasada sprawiedliwości, a ponadto zasada poszanowania godności i uczciwości; zob. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996, *passim*.

44 Na temat kryterium najlepiej pojętego interesu pacjenta, poczynawszy od omówienia historycznego przypadku *Airedale NHS Trust v. Bland* [1993] IM ER 821 HL, rozstrzyganego przez Izbę Lordów, po art. 4 *Mental Capacity Act* z 2005 r. – zob. M. Boratynska, J. Malczewski, Spór..., *op. cit.*,

W Wytycznych resuscytacji z 2021 r. eksponuje się ponadto regułę, aby wobec pacjentów z podwyższonym ryzykiem NZK lub z ryzykiem niekorzystnego wyniku resuscytacji po NZK oferować tzw. zaawansowane planowanie leczenia (ZPL), tak aby uwzględniać preferencje pacjenta oraz stosować tzw. współodpowiedzialne podejmowanie decyzji (WPD).

Dotyczyć to będzie zwłaszcza terapii pod koniec życia pacjenta, gdy cierpi on na przewlekłe problemy zdrowotne. Do takiego pacjenta również jest odnoszone pojęcie RKO, ale z zastrzeżeniem, że jest ona wobec niego mniej efektywna, tj. częściej kończy się niepowodzeniem. Widoczne jest wtedy przy kryteriach zaprzestania RKO przesunięcie akcentów z analizy *stricte* medycznej na dzielenie odpowiedzialności co do decyzji o jej niepodejmowaniu. Można powiedzieć, że w pewnym stopniu w najnowszych Wytycznych doszła do głosu koncepcja demedycyzacji procesu decyzyjnego prowadzącego do niepodejmowania albo zaprzestania RKO, swoiste „zrzucenie ciężaru” z barków klinicysty wobec możliwej sprzecznej argumentacji co do zaistnienia zjawiska terapii daremnej. Można tu też dostrzec wpływ pandemii Covid-19 (wraz z regułą tzw. dystansu społecznego) na wypuklenie przez środowisko lekarskie roli udokumentowanych (wcześniejszych) oświadczeń woli pacjenta⁴⁵. Może to mieć szczególne znaczenie zwłaszcza wówczas, gdy np. nie zachodzą tzw. jednoznaczne kryteria niepodejmowania RKO⁴⁶. W cytowanym już artykule zatytułowanym: „Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia”, komentującym te najnowsze Wytyczne, stawia się jednak granice samostanowieniu pacjenta, podkreślając, że autonomia jednostki daje jej prawo do odmowy leczenia, ale nie zobowiązuje systemu opieki zdrowotnej do zapewnienia leczenia, które jest daremne lub

s. 189–194 oraz s. 212–218 i cyt. tam literatura. Autorzy zwracają uwagę, że kryterium to ma charakter zobiektywizowany, ale w przeciwieństwie do stosowanego wcześniej *substitute judgement test* nie chodzi tu o „wyspekulowaną pseudowolę”, ale o odtworzenie tzw. autonomii czystej, tj. wcześniejszych sądów samego pacjenta, referowanych tylko przez ustanowionego zastępcę; zob. też N. Karczevska-Kamińska, *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018, s. 108–109.

45 Chodzi tu zwłaszcza o dopuszczalne w niektórych krajach prospektywne podejmowanie decyzji odnośnie do powstrzymania się od RKO w postaci tzw. zleceń DNAR (*Do Not Attempt Resuscitation*) lub DNACPR (*Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation*) lub też AND (*Allow Natural Death*), które powinny być aktualizowane. Wskazuje się bowiem, że „w rzeczywistości pacjenci często adaptują się do występujących u nich ograniczeń zdrowotnych, dlatego wyrażone wcześniej preferencje mogą się zmieniać w czasie; zob. L.L. Bossaert..., *op. cit.*, przypis 28, s. 384.

46 Za jednoznaczne kryteria w Wytycznych z 2021 r. uznaje się m.in.: ewidentne śmiertelne obrażenia bądź pewne oznaki śmierci lub brak możliwości zapewnienia bezpieczeństwa ratownika, ale również „istnienie ważnego i obowiązującego oświadczenia woli o niepodejmowaniu RKO”. Zwraca się przy tym uwagę, że kryteria, które występują jednostkowo (w izolacji), nie powinny decydować o zaprzestaniu RKO: szerokość źrenic, czas trwania RKO, wartości końcowo-wydechowego stężenia CO₂, choroby towarzyszące, wyjściowy poziom mleczanów czy usiłowanie samobójstwa.

nieefektywne kosztowo⁴⁷. Pomijając beзуżyteczny (przynajmniej w skali jednostkowej) argument ekonomiczny, pokazuje to, że żadne przesunięcie akcentów przy procesie decyzyjnym dotyczącym niepodjęcia lub zaprzestania RKO, w tym wola pacjenta, nie usunie zjawiska swoistego przesilenia, gdy działania stają się bezcelowe i bezskuteczne (daremne) i gdy szkody w następstwie wdrożenia RKO przeważają nad korzyściami.

2.1.2. Resuscytacja w sensie normatywnym (resuscytacja *sensu largo*)

Jednak potencjalnie odwracalne nagłe zatrzymanie krążenia (NZK), którego dotyczy definicja RKO, powinno być odróżnione od spodziewanego zatrzymania krążenia i oddechu w stanach terminalnych. Jak się wskazuje, w takich sytuacjach zatrzymanie krążenia nie jest nagłe, a ponadto samo zatrzymanie krążenia jest tylko jedną z wielu form niewydolności narządu lub układu, które mogą świadczyć o przebiegu procesu umierania chorego. Oznacza to, że istnieje duża liczba przypadków, których przytoczona medyczna definicja RKO nie będzie dotyczyła, a zabiegi stosowane wobec takich pacjentów nie będą przez lekarzy rozumiane jako resuscytacja⁴⁸, przynajmniej w ścisłym tego słowa znaczeniu. Pojęcie RKO, mimo przydatności klinicznej jest w takich przypadkach zbyt wąskie.

Szersze znaczenie terminowi „resuscytacja” nadaje natomiast przepis § 2 pkt 7 cytowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z dnia 16 grudnia 2016 r. (tzw. słowniczek). Zgodnie z tym przepisem użyte w rozporządzeniu określenie „resuscytacja” oznacza „działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania”.

Stosownie do treści przytoczonej definicji normatywnej resuscytacja jest rozumiana *sensu largo*, tj. znacznie szerzej niż tylko RKO. Zwraca się uwagę, że proces umierania ujęty w tej definicji „nie dotyczy dysfunkcji lub niewydolności jednego konkretnego układu czy narządu (...), lecz wszelkich niewydolności będących nieodłącznym dowodem toczącego się procesu umierania człowieka”, oraz że takie szerokie rozumienie resuscytacji lepiej odpowiada warunkom prowadzenia terapii podtrzymującej życie na oddziałach intensywnej terapii. Działania mieszczące się w tak ujętej definicji resuscytacji mogą dotyczyć wszystkich procedur terapeutycznych prowadzonych w ramach terapii podtrzymującej życie ze względu na niewydolność oddechową, niewydolność wątroby czy niewydolność wielonarządową⁴⁹. Procesowi umierania zatem nie zostały nadane żadne ramy czasowe, a szeroko ujęta resuscyta-

47 S.D. Mentzelopoulos et al., *Etyka w resuscytacji...*, *op. cit.*, s. 480.

48 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia...*, *op. cit.*, s. 56.

49 *Ibidem*, s. 57, na tle identycznie brzmiącej definicji zawartej w § 2 pkt 7 poprzedzającego obowiązujące, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz.U. z 2013 r., poz. 15).

cja dotyczy wszystkich czynności w okresie umierania chorego, bez względu na czas trwania tego procesu⁵⁰. W szczególności postępowanie to może obejmować, oprócz resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wentylację mechaniczną, elektroterapię serca, terapię nerkozastępczą, pozaustrojowe techniki wspomagania czynności krążenia, oddychania (np. ECMO) i wątroby, stosowanie leków utrzymujących prawidłową funkcję układu krążenia (np. wlew amin katecholowych), a także żywienie pozajelitowe oraz antybiotykoterapię⁵¹.

Powołana już norma § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, przyznająca lekarzowi specjalście anestezjologii i intensywnej terapii uprawnienie do pojęcia decyzji o zakończeniu resuscytacji prowadzonej na tym oddziale, dotyczy resuscytacji w takim szerokim znaczeniu. Wynika to w sposób oczywisty z brzmienia definicji normatywnej tego pojęcia zawartej w przytoczonym wyżej przepisie § 2 pkt 7 tego samego rozporządzenia („działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania”).

Jak już powiedziano, uregulowanie to ma jednak ograniczoną doniosłość, bowiem znalazło się w akcie wykonawczym i dotyczy wyłącznie postępowania na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, wobec czego jest niewystarczające jako podstawa prawna odstępowania od tzw. terapii daremnej.

Uszczegółowienie kryteriów klinicznych niepodejmowania szeroko rozumianej resuscytacji na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z treścią przepisu § 3 tego samego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r., odbywa się według wytycznych tworzonych przez środowisko lekarskie. Według powołanej normy kwalifikacja pacjentów na oddziały anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalach odbywa się zgodnie z aktualnymi Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT), określającymi sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów na oddziały anestezjologii i intensywnej terapii. Norma prawna odsyła tu wyraźnie do kryteriów postępowania klinicznego, tworzonych przez środowisko lekarskie (profesjonalistów).

Najnowsze Wytyczne PTAiIT określające te zasady i kryteria zostały opublikowane 26 lipca 2022 r.⁵² i są skierowane do lekarzy udzielających świadczeń zdrowot-

50 RKO natomiast, zarówno w postaci podstawowych jak i zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych, jest ze względów fizjologicznych ograniczona pewnym zakresem czasowym od chwili ustania krążenia pacjenta.

51 A. Kübler et al., Wytyczne postępowania..., *op. cit.*, s. 229; zob. też A. Bartkowska-Śniatkowska et al., Wytyczne postępowania..., *op. cit.*, s. 373.

52 Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wydane na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, dostępne na: <https://anestezjologia.org.pl/wytyczne-kwalifikacji-oiit/pdf> (6.11.2022).

nych na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, leczących dorosłych i dzieci. Jak podkreślono, w ich treści kluczowa zasada ich opracowania została oparta na kryteriach korzyści zdrowotnych, wynikających z inwazyjnych interwencji leczniczych, od poziomu korzyści najwyższych poprzez mniej spodziewane aż do poważnie wątpliwych albo ich braku (tzw. priorytety).

Priorytet ostatni – czwarty stanowią pacjenci, co do których wiadomo, że nie odniosą korzyści z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Do tej grupy należą osoby niebędące w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, które mogą być poddane leczeniu na innych oddziałach szpitala – tzw. pacjenci zbyt zdrowi, by wnieść korzyści z leczenia na oddziale intensywnej terapii. Do tej samej grupy należą jednak również chorzy z potencjalnie nieodwracalną przyczyną stanu zagrożenia życia lub zdrowia, u których wdrożenie metod dostępnych standardowo na tym oddziale „nie poprawi ich rokowania i nie przerwie nieuchronnie postępującego procesu umierania”, tj. tzw. pacjenci zbyt chorzy, by odnieść korzyść terapeutyczną z intensywnej terapii. Pacjenci tacy powinni być objęci opieką paliatywną⁵³. W omawianej grupie (priorytet czwarty) znajdują się także „osoby, które skutecznie prawnie wyraziły sprzeciw wobec przyjęcia na oddział intensywnej terapii oraz zastosowania metod leczenia i podtrzymywania życia dostępnych jedynie na takim oddziale”⁵⁴. Ostatnia reguła wiąże się ściśle z ochroną autonomii woli pacjenta i ma swoją podstawę prawną w normach art. 16 u.p.p. oraz art. 32 ust. 1 u.z.l.

Jak wskazuje się w omówieniu tych zaleceń, „sygnał o wkraczaniu na obszar terapii daremnej powinien być silnym argumentem przemawiającym za dyskwalifikacją z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Terapia daremna wiąże się dla pacjenta z niepotrzebnym cierpieniem, bólem, lękiem i utratą godności jako Człowieka w obliczu procesu umierania. Działalność intensywnej terapii nie

53 Zostało to również uwypuklone w wytycznych opracowanych przez anestezjologów dotyczących terapii daremnej; A. Kübler et al., *Wytyczne...*, *op. cit.*, s. 230, zob. wytyczna 1: Przyjęcie pacjenta na OIT jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu, skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie.

54 Wśród wybranych sytuacji klinicznych przemawiających „przeciwko” przyjęciu pacjenta na oddział intensywnej terapii są np.: stan wegetatywny lub minimalnej świadomości, pacjenci ze śmiertelnym uszkodzeniem mózgu (niebędący potencjalnymi dawcami narządów), nieodwracalna niewydolność wielonarządowa, choroba nowotworowa w fazie terminalnej lub niepodlegająca leczeniu przyczynowemu, schyłkowe stadium choroby zwyrodnieniowej oraz demielinizacyjnej układu nerwowego u dzieci, zaawansowane genetycznie uwarunkowane zespoły neurodegeneracyjne, zaostrzenie przewlekłej niewydolności oddechowej u dziecka z potwierdzonym nieodwracalnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, zespoły ciężkich złożonych wad wrodzonych u dzieci w stadium schyłkowym; zob. *ibidem*, s. 9.

może być mylona z intensywną opieką medyczną i opieką paliatywną lub działalnością hospicyjną. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia terapii daremnej oraz stosowania środków nadzwyczajnych, w tym podejmowania i prowadzenia resuscytacji⁵⁵. Tyle lekarskie Wytyczne i ich omówienie. W przepisach prawa standardy te – mimo ich doniosłości – nie mają żadnego odzwierciedlenia. Warto zwrócić uwagę, że w ostatnim zdaniu tego wyводу uwzględniono syntetycznie ważne pojęcia dla końca życia i ma ono taki stopień ogólności, że mogłoby posłużyć do skonstruowania normy prawnej.

3. Niepodjęcie terapii daremnej lub odstępnie od niej *de lege ferenda*

Kryteria i procedury medyczne niepodjęcia terapii daremnej lub odstąpienia od niej na podstawie wytycznych poszczególnych medycznych towarzystw naukowych (przywołane wyżej wytyczne specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrów oraz neonatologów, a także ostatnio internistów⁵⁶) są od dawna znane i stosowane w praktyce klinicznej w oparciu o ogólne zasady etyczne i prawne, mimo braku szczegółowych uregulowań prawnych. Towarzyszy temu jednak podwójna niepewność: po pierwsze, niepewność co do trafności rokowania i decyzji o zaprzestaniu aktywnego leczenia, którą jednak da się usunąć, stosując kryteria zawarte w wytycznych oceny i postępowania klinicznego, będących wyrazem stanu współczesnej wiedzy medycznej⁵⁷; i po drugie, niepewność prawna.

Ta ostatnia jest możliwa do usunięcia wyłącznie poprzez uregulowania rangi ustawowej, wprowadzające do systemu prawa polskiego pojęcie terapii daremnej i regulę jej zaniechania. Należy przy tym podkreślić, że szczegółowe medyczne kryteria oceny stanu pacjenta jako terminalnego, a terapii jako daremnej powinny pozostać domeną towarzystw lekarskich z uwagi na oczywisty argument wyłącznej kompetencji w postaci posiadania wiedzy specjalistycznej.

55 *Ibidem*, s. 12.

56 Zob. Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych, dostępne na https://izba-lekarska.org.pl/images/121_etyka_zapobieganie_terapii_daremnej.pdf

57 Zob. interesujące wywody na ten temat z perspektywy filozoficznej – K. Szewczyk, Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania, „Diametros”, grudzień 2010, nr 26, s. 96–135, dostępne na: <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/pdf/diam26szewczyk.pdf>. Autor zwraca uwagę na możliwe trudności co do oceny rokowania i pisze o błędzie „pesymisty” i przeciwstawnym błędzie „optymisty”.

3.1. Pojęcie terapii daremnej w Standardach postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia, opracowanych przez Zespół powołany przy Rzeczniku Praw Pacjenta w 2021 r.

Znaczenie dla stworzenia przyszłych uregulowań prawnych odnoszących się do końca życia (*End-of-life*) może mieć – cytowane we wprowadzeniu do niniejszego opracowania – Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta (interdyscyplinarna grupa ekspertów), opublikowane w 2021 r. w postaci „Standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia”⁵⁸. Odwołano się tam do pojęcia, które jest przedmiotem analizy w niniejszym opracowaniu, stwierdzając, że: „Postępowanie terapeutyczne, które nie osiąga zamierzonego celu, definiowane jest jako terapia daremna (ang. *futile therapy*). W praktyce medycznej określenie to odnosi się zazwyczaj do leczenia podtrzymującego życie. Oznacza ono wówczas postępowanie, które nie przynosi dla pacjenta korzyści terapeutycznych albo wynikające z niego obciążenie znacznie przekracza spodziewany postęp w leczeniu” (s. 15).

Następnie wskazano, że zaprzestanie terapii daremnej może przybrać dwie formy.

Po pierwsze, może to być niepodjęcie terapii (*withholding*), czyli niewdrażanie kolejnych metod leczenia lub niezwiększanie intensywności już stosowanej metody leczenia.

Po drugie, może to przyjąć postać odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia (*withdrawing*) (s. 16).

Słusznie podkreślono przy tym wyraźnie, że odstąpienie od świadczeń medycznych o charakterze daremnym jest prawidłową i zgodną z etyką zawodu procedurą medyczną wobec pacjenta umierającego i „żadną miarą nie stanowi eutanazji czy pomocnictwa w samobójstwie, które w polskim prawie pozostają zakazane” (s. 22).

Podniesiono też, że „wprowadzenie legalnej definicji terapii daremnej oraz procedury odstępowania od tego typu świadczeń medycznych powinno zostać zawarte paralelnie w u.p.p. (z punktu widzenia praw pacjenta) i w u.z.l. (z perspektywy obowiązków lekarza)” (s. 31). Taki wniosek *de lege ferenda* należy uznać za uzasadniony, byłaby to bowiem konsekwentna kontynuacja dwutorowego uregulowania istotnych dla pacjenta i lekarza kwestii w prawie medycznym.

3.1.1. Proceduralne ujęcie terapii daremnej

W części III Standardów (zatytułowanej – Prawa umierającego pacjenta i jego bliskich. Propozycje zmian legislacyjnych) zgłoszono postulat, aby w przepisach rangi ustawowej wprost zawrzeć sformułowanie, że stosowanie terapii daremnej jest nieprawidłowym działaniem medycznym, a ograniczenie terapii wobec pacjenta umierającego w przypadku istnienia ku temu wskazań medycznych jest również

58 Dalej: Standardy.

świadczeniem medycznym, prawidłowym w świetle poszanowania prawa pacjenta do umierania w godności i spokoju. Następnie ponownie podniesiono, że należy wprowadzić legalną definicję terapii daremnej oraz kryteria medyczne umożliwiające ocenę, czy dane świadczenie jest już świadczeniem daremnym, a więc przestało mieć cel leczniczy, a jedynie przedłuża agonię pacjenta (s. 29).

Zasadnie uznano, że najlepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby procedura oceny stanu pacjenta i możliwości terapeutycznych wpisana została do u.p.p. jako rozszerzenie istniejącego już ustępu ustawy (jak to ma miejsce w przypadku ustawowego określenia prawa pacjenta do skutecznego leczenia bólu), przy czym „można byłoby dopuścić jej opracowanie przez poszczególne naukowe towarzystwa medyczne z odeśłaniem ustawowym do przyjętych przez nie rekomendacji postępowania”. Jednocześnie podniesiono, że „procedury takie powinny być uniwersalne dla wszystkich pacjentów z nieuleczalną chorobą ograniczającą przeżycie, niezależnie od miejsca leczenia (...), tak aby żaden pacjent nie był narażony na stosowanie wobec niego terapii daremnej tylko dlatego, że przepisy nie przewidują jej ograniczenia” (s. 29–30).

Uniwersalna procedura oceny stanu pacjenta terminalnego bez względu na miejsce leczenia wymagałaby opracowania takiego standardu postępowania, którego realizacja w praktyce byłaby możliwa nie tylko na którymkolwiek oddziale szpitalnym, ale też poza taką placówką podmiotu leczniczego. Inna rzecz, że wysokospecjalistyczne techniki podtrzymywania funkcji życiowych na ogół są dostępne jedynie na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (intensywnej opieki medycznej, intensywnej terapii neonatologicznej) i to tam najczęściej zachodzi potrzeba wdrożenia wytycznych odnoszących się do zaniechania terapii daremnej.

W analizowanych Standardach zaznaczono wyraźnie, że ocena, czy dane świadczenie będzie daremne, czyli niezasadne z punktu widzenia wiedzy medycznej i dobra danego pacjenta, należy wyłącznie do lekarza. Zaproponowano jednocześnie, żeby dążyć do sytuacji, kiedy decyzję taką (na podstawie wewnętrznych przepisów danej placówki ochrony zdrowia) podejmowałby kolegiálně lekarz prowadzący pacjenta po uzyskaniu opinii: szpitalnej komisji etycznej (SKE), zwoływanej w składzie pozwalającym na dokonanie dogłębnej oceny stanu pacjenta, lub w razie jej braku – konsylium lekarzy specjalistów z zakresu, jakiego schorzenie dotyczy (s. 30).

Ten ostatni postulat jest niejasny. Z propozycji powinno wyraźnie wynikać, że chodzi tu o koncepcję kolegiálněj procedury podejmowania decyzji – a nie o dodatkową „opinię” – i wówczas stanowisko komisji etycznej albo konsylium lekarzy specjalistów wraz ze zdaniem lekarza prowadzącego współtworzyłoby decyzję kolegiálně (współdecydowanie). Odmienna formuła mogłaby bowiem polegać na tym, że decyzja lekarza prowadzącego jest wystarczająca, przy zachowaniu powinności wysłuchania opinii wskazanych ciał kolegiálněnych. Jak sądzić można na podstawie sformułowania: „decyzję taką podejmowałby kolegiálně”, intencją członków Zespołu było rekomendowanie jako fakultatywnego (zależnego od wewnętrznych regulacji placówki medycznej) kolegiálněego współdecydowania: albo wraz ze szpitalną komi-

szą etyczną albo – w razie jej braku – wraz z konsylium lekarzy odpowiednich specjalności.

Wydaje się, że wszelka nadmierna formalizacja procesu podejmowania decyzji co do dalszego stosowania intensywnych procedur przedłużających życie i uzależnienie ich od zewnętrznego – względem kryteriów medycznych – systemu ocen stosowanego przez szpitalne komisje etyczne, nie byłaby dobrym rozwiązaniem. Ponadto uzależnienie procedury od brzmienia wewnętrznych przepisów konkretnej placówki ochrony zdrowia mogłoby prowadzić do niejednolitej ochrony pacjentów, czego projektodawcy chcieliby zapewne uniknąć. Nie oznacza to postulatu wprowadzenia dowolnego i swobodnego trybu podejmowania decyzji, przeciwnie, należy uznać, że celowe jest uregulowanie ustawowe odnoszące się do procedur zmierzających do jej podjęcia, w szczególności wprowadzenie wymogu wspólnej decyzji w wyniku odbytego konsylium lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, ale też w razie potrzeby innych specjalności z zakresu, jakiego schorzenie pacjenta dotyczy. Natomiast za zasadne uznać trzeba pozostawienie poza takim procesem decyzyjnym debat o charakterze światopoglądowym *ab ovo*, trudnych do uniknięcia w instytucjonalnych interdyscyplinarnych ciałach kolegialnych. Zatem lepszym rozwiązaniem wydaje się postulat kolegialnego współdecydowania przez lekarza prowadzącego pacjenta i konsylium lekarzy specjalistów – jeśli to merytorycznie uzasadnione – wielu dziedzin medycyny.

Stworzenie norm ustawowych odnoszących się do terapii daremnej oznaczać powinno *per se* inkorporowanie w ich treści akceptowanego systemu wartości. Dyskusja (skupiona na pytaniach egzystencjalnych, abstrahujących od transcendencji albo z jej uwzględnieniem⁵⁹) toczy się od wielu lat i będzie toczyć się dalej. Nie powinna jednak wpływać na podejmowanie decyzji terapeutycznych już po ustanowieniu norm ustawowych, odnoszących się do terapii daremnej.

Modele proceduralnego ujęcia terapii daremnej są już wypracowane przez środowisko lekarskie i można by je, po odpowiednim dostosowaniu sformułowań (uogólnieniu), podnieść do rangi normy prawnej. Szczególnie klarownie wyrażone stanowisko w tym względzie wynika z powołanych już wyżej Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli

59 Zob. Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, dostępne na: <https://episkopat.pl/en/zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja/>, gdzie uznano że: „jeżeli lekarz uczynił to, co tu i teraz możliwe wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta, to ani on sam, ani otoczenie nie może uznać za niemoralną decyzji o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli o rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji, z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być zakwalifikowane jako eutanazja. Lekarz nie uważa się w ten sposób za sędziego życia i śmierci, ale daje wyraz człowieczeństwu, profesjonalizmowi i odpowiedzialności etycznej”.

na oddziałach intensywnej terapii, opracowanych w 2014 r. przez anestezjologów⁶⁰. Można tu wskazać zwłaszcza na następujące zalecenia (wytyczna czwarta): „Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów stanowi formalną procedurę postępowania na stanowiskach intensywnej terapii. Musi ona zostać zarejestrowana w dokumentacji medycznej (najlepiej w postaci odrębnego protokołu) z dokładnym opisem uzasadnienia decyzji o niepodjęciu lub odstąpieniu od określonego rodzaju postępowania”. W załączniku do Wytycznych został zamieszczony wzór tego protokołu.

Istotne znaczenie ma, że wzór ten jest rekomendowany do stosowania jako właściwy do przeprowadzania procedury niezastosowania terapii lub odstąpienia od niej w analizowanych Standardach (s. 30) i recypowany jako Aneks (s. 58–60). Zaniechano tu jednak jakiegokolwiek uogólnienia (skutkiem czego procedura dotyczy wyłącznie pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli) i przyporządkowano procedurę rezygnacji z terapii daremnej do „stanowisk intensywnej terapii”, co może sugerować (chyba wbrew intencji twórców Standardów), że chodzi tu wyłącznie o oddziały anestezjologii i intensywnej terapii.

Elementem protokołu są: dane pacjenta, stwierdzenie, że z powodu aktualnego stanu klinicznego nie jest on zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli w zakresie postępowania terapeutycznego, stwierdzenie o niewydolności narządowej pacjenta, która ma charakter nieodwracalny i trwały, oraz decyzja o tym, że podejmowanie, a także kontynuowanie określonych metod podtrzymywania funkcji narządów staje się terapią daremną, szkodliwą dla pacjenta. Następnie w protokole ma znaleźć się szczegółowy opis tzw. aspektów klinicznych: rozpoznanie, opis aktualnego stanu klinicznego, problemy terapeutyczne i (w razie potrzeby) opinie konsultantów.

W dalszej kolejności następuje charakterystyka tzw. aspektów etycznych i środowiskowych w postaci planu prowadzenia postępowania paliatywnego, służącego zapewnieniu jak najlepszego komfortu pacjenta (uśmierzanie takich objawów jak: ból, niepokój, duszność, drgawki czy gorączka), a ponadto prowadzenia nawadniania i żywienia pacjenta stosownie do jego potrzeb, a także zapewnienia stałego kontaktu z najbliższymi osobami i innymi osobami wspierającymi w zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych.

Oprócz tego przewiduje się, że dla udokumentowania działania w celu określenia „najlepszych interesów pacjenta”⁶¹ (co stanowi nawiązanie do wspomnianej w związku z Wytycznymi resuscytacji z 2021 r. doktryny *patient's best interest*) w protokole powinna się znaleźć adnotacja o przeprowadzeniu rozmowy ze wskazanymi

60 A. Kübler et al., Wytyczne postępowania..., *op. cit.*, s. 230–231.

61 W doktrynie brytyjskiej używa się właśnie liczby mnogiej: *best interests*; zob. M. Boratyńska, J. Malczewski, Spór..., *op. cit.*, s. 214, gdzie Autorzy zwracają uwagę, że „akcentuje to wielość branych pod uwagę czynników”, przy ważeniu korzyści i uciążliwości, przy czym tylko, gdy bilans ten daje wartość mniejszą lub równą zeru, przemawia to za przerwaniem terapii.

w jego treści (poprzez imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa lub znajomości) członkami rodziny lub osobami najbliższymi. Rozmowa ta polegać ma na omówieniu kilku problemów, w szczególności powinno to być rozpoznanie co do ewentualnych, wyrażonych w przeszłości oświadczeń woli pacjenta co do kontynuowania procedur podtrzymujących życie w sytuacji porównywalnej do obecnej. Ponadto należy też wziąć pod uwagę ewentualne, wyrażone wcześniej życzenia pacjenta odnośnie do postępowania w sytuacji zagrożenia lub schyłku życia, które byłyby znane rodzinie pacjenta lub innym najbliższym mu osobom. Dalej trzeba omówić uznawane przez pacjenta przekonania światopoglądowe, w tym moralne i etyczne, o ile takie manifestował. Należy też poinformować o aktualnym stanie świadomości pacjenta i rokowaniu co do przeżycia, ewentualnie poprawy klinicznej, wyleczenia czy rehabilitacji po opuszczeniu oddziału intensywnej terapii. Według treści Standardów rozmowa z członkami rodziny powinna też dotyczyć „stosowanych aktualnie metod leczenia, w tym skuteczności i inwazyjności oraz planu dalszego postępowania z pacjentem”.

Rozmowa odnosząca się do pierwszych trzech kwestii ma służyć, jak należy sądzić, rekonstrukcji woli pacjenta w sytuacji, gdy jest on pozbawiony możliwości złożenia świadomego oświadczenia woli. Ma to umożliwić lekarzom podjęcie decyzji o zaniechaniu terapii daremnej i wdrożeniu konkretnych metod leczenia paliatywnego oraz interwencji z zakresu opieki podstawowej, biorąc pod uwagę czynnik pozamedyczny w postaci „najlepszego interesu pacjenta”. Oznacza to uwzględnienie jego przekonań, światopoglądu i hipotetycznej woli co do niestosowania określonych procedur medycznych, a także subiektywnych potrzeb u kresu życia, np. potrzeby pożegnania się z rodziną lub innymi osobami bliskimi albo przekazania im dyspozycji co do pogrzebu.

Uznać jednak trzeba, że uwzględnianie woli pacjenta ma granice i nie może prowadzić do akceptowania wszelkich jego życzeń (żądań), zarówno pozbawienia go życia przez wprowadzenie pewnych substancji do jego organizmu przyspieszających zgon (eutanazja), jak i żądań zmierzających do kontynuowania metod intensywnej terapii bez względu na ich użyteczność w świetle wiedzy medycznej. Żadne zasady etyczne nie mogą stanowić uzasadnienia dla skutecznego wywierania presji wobec lekarzy, by stosowali inwazyjne metody terapeutyczne całkowicie pozbawione podstaw i skuteczności w przypadku konkretnego pacjenta. Zmniejsza to szanse przeżycia innych pacjentów, u których stosowanie wysokospecjalistycznych procedur medycznych jest w pełni uzasadnione i może być skuteczne, a którzy nie mają do nich dostępu z uwagi na brak wolnych miejsc na oddziale.

Natomiast zaznaczyć należy, że rozmowa dotycząca trzech ostatnich kwestii (informacja o stanie świadomości pacjenta i rokowaniu, o stosowanych metodach leczenia oraz o planie dalszego postępowania) nie powinna stanowić składowej procesu decyzyjnego lekarzy co do zaniechania terapii daremnej, bowiem osoby bliskie, z którymi się taką rozmowę prowadzi, nie mają kompetencji decyzyjnych i nie „dysponują” osobą pacjenta. Adnotacja o takiej rozmowie może być więc jedynie trak-

towana jako dowód udzielenia informacji osobom do tego uprawnionym w oparciu o normę art. 31 ust. 6 u.z.l. (tzw. osobom bliskim)⁶² i nie wydaje się, by stanowiła nieodzowny element protokołu podjęcia decyzji o zaniechaniu terapii daremnej. Żaden przepis prawa nie nadaje rodzinie ani innym osobom bliskim (z wyjątkiem przedstawiciela ustawowego, ale w granicach przewidzianej przepisami tzw. zgody zastępczej na dokonanie zabiegu medycznego) kompetencji do decydowania o postępowaniu medycznym odnoszącym się do pacjenta, również pacjenta umierającego, nawet wówczas, gdy mają oni prawo do informacji o stanie jego zdrowia i rokowaniu.

Trafnie ujmują ten problem powołane wyżej Wytyczne z 2014 r. opracowane przez anestezjologów i specjalistów intensywnej terapii: „Rodzina (tu trzeba zastrzec: o ile konkretna osoba ma status osoby bliskiej w rozumieniu z art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p., a pacjent, zgodnie z art. 31 ust. 6 u.z.l., jest nieprzytomny albo niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji lub nie ukończył 16 lat albo też osoba ta została przez pacjenta upoważniona do uzyskania informacji – przyp. M.Ś.) powinna mieć pełną świadomość medycznego i etycznego uzasadnienia dla niepodjęcia lub odstąpienia od podtrzymywania czynności narządów, ale nie może być obciążona odpowiedzialnością za tę decyzję” (wytyczna dziewiąta).

Zaznaczyć ponownie wypada, że nie można mitologizować roli i kompetencji rodziny (pojęcie to zresztą nie ma definicji ustawowej i może być rozumiane bardzo szeroko) w sferze decyzji medycznych odnoszących się do pacjenta. Pacjent w stanie terminalnym zachowuje nie tylko wszystkie prawa pacjenta (i zyskuje prawo do umierania w spokoju i godności), ale też wszystkie prawa osobiste, w tym prawo do prywatności i prawo do samostanowienia, obejmujące kompetencję tego pacjenta (lub zastępczo jego przedstawiciela ustawowego⁶³ albo sądu opiekuńczego) do wyrażania zgody na proponowane zabiegi medyczne lub sprzeciwu wobec nich.

62 Co do obowiązku informacji wobec tzw. osób bliskich (przepis art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p. określa zamknięty krąg tych osób w prawie medycznym i są to: małżonek, krewny do drugiego stopnia, powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta) za życia pacjenta w oparciu o normę art. 31 ust. 6 u.z.l. (tj. gdy pacjent nie ukończył 16 lat lub gdy jest nieprzytomny albo gdy jest niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji); zob. M. Świdarska, Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu, (w:) D. Wetoszka (red.), Prawo rodzinne, Warszawa 2022, s. 69.

63 *De lege lata* tzw. opiekun faktyczny (tj. według art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p. osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga) nie jest osobą uprawnioną do wyrażenia zgody zastępczej. Inaczej stanowił art. 17 ustawy o zawodzie lekarza z 28 października 1950 r. (Dz.U. Nr 50, poz. 458), zgodnie z którym opiekun ten mógł udzielić zgody zastępczej na każdy rodzaj zabiegu, w tym zabieg operacyjny. Obecnie w oparciu o art. 32 ust. 3 u.z.l. i art. 17 ust. 2 *in fine* opiekun faktyczny może wyrazić zgodę wyłącznie na badanie pacjenta, przez co należy rozumieć tylko ogólne badanie lekarskie; zob. M. Świdarska, Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007, s. 57–62, również co do konstrukcji *personne de confiance*, zastosowanej w prawie francuskim, nawiązującej do koncepcji pełnomocnika medycznego.

Kolejną częścią składową wzoru protokołu włączonego do Standardów jest tabela, w której umieszczono listę typowych procedur podtrzymujących funkcje życiowe organizmu z adnotacjami o ich ewentualnym niepodjęciu albo odstąpieniu od nich. Są to następujące procedury: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, elektroterapia serca, terapia nerkozastępcza, mechaniczne wspomaganie układu krążenia, farmakologiczne wspomaganie układu krążenia, wentylacja mechaniczna, antybiotykoterapia, zabiegi operacyjne i inne inwazyjne procedury, żywienie parenteralne⁶⁴, pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddychania, pozaustrojowe wspomaganie funkcji wątroby, przetaczanie preparatów krwiopochodnych.

Protokół wieńczy oświadczenie o tym, że niepodjęcie konkretnych procedur terapeutycznych lub odstąpienie od nich jest w pełni uzasadnione oraz że „ich rozpoczęcie lub kontynuacja będą nosiły znamiona terapii daremnej i będą szkodliwe dla pacjenta”. Oświadczenie to podpisują: dwaj lekarze specjaliści z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarz kierujący oddziałem.

Powinno być oczywiste, że bilans korzyści i strat przy decyzji o terapii daremnej nie może mieć bezpośredniego związku z rachunkiem ekonomicznym czy „ekonomią” organizacyjną. Wskazuje się na to wprost w cytowanych Wytycznych z 2014 r., opracowanych przez anestezjologów i intensivistów (wytyczna dziesiąta): „Każda decyzja o ograniczeniu terapii daremnej musi mieć swoje jasne, opisane uzasadnienie i nie może być uwarunkowana kosztami leczenia lub aspektami organizacyjnymi (np. zwolnieniem stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta)”.

Analizowane Standardy opracowane przez Zespół przy RPP przewidują w dalszej ich części, że „odstąpienie od daremnej terapii wymagałoby poinformowania pacjenta o decyzji (...), ale byłoby niezależne od woli pacjenta i nie wymagałoby ani jego zgody, ani zgody jego przedstawiciela ustawowego (w przypadku dzieci i ubezwłasnowolnionych), pełnomocnika medycznego czy kuratora”. Ze stanowiskiem tym należy się zgodzić, bowiem za niewątpliwe uznać trzeba, iż decyzja o zaniechaniu terapii daremnej, a zatem o zaprzestaniu podtrzymywania funkcji narządów nie-

64 Szczególnie kontrowersyjna jest procedura sztucznego nawadniania i żywienia pacjenta (przez zgłębnik nosowo-gardłowy, zwany sondą, kroplówkę, a zwłaszcza odżywianie pozajelitowe – PEG, przy sztucznym odprowadzaniu produktów przemiany materii i antybiotykoterapii), a w szczególności to, czy wchodzi ona w skład terapii podtrzymującej funkcje życiowe, która może okazać się daremna, czy też stanowi element opieki podstawowej, której przeciwieństwem jest „zagłodzenie na śmierć”. Szczegółowo omawiają ten problem M. Boratyńska, J. Malczewski, Spór..., *op. cit.*, s. 178–185; zob. też: Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych, cyt. w przypisie 56, s. 128, gdzie zasadniczo żywienie i nawadnianie (także np. przez zgłębnik żołądkowy) traktuje się jako tzw. opiekę podstawową, niewchodzącą w skład pojęcia terapii daremnej. Jednak zastrzega się, że w okresie umierania (ostatnie dni i godziny) lekarz powinien rozważyć, czy istnieją medyczne wskazania do nawadniania pozajelitowego (np. ocenić, czy taka interwencja zmniejszy splatanie), czy też nawadnianie będzie raczej stanowić obciążenie dla umierającego organizmu.

przynoszącego korzyści pacjentowi, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, szkodliwego dla pacjenta i stanowiącego błąd postępowania medycznego, nie wymaga zgody pacjenta. Taki ewentualny akt woli bowiem nie miałby nic wspólnego z wymaganą przez ustawy zgodą pacjenta, która zawsze dotyczy podjęcia proponowanego przez lekarza leczenia, a nie jego zaniechania (w tym przypadku z uwagi na jego bezcelowość i szkodliwość).

Mimo wydawałoby się niedwuznacznego, przytoczonego wyżej, stanowiska w tej kwestii, do propozycji Zespołu przy RPP zostało zgłoszone – z pozycji teologicznych – zdanie odrębne⁶⁵, gdzie argumentuje się, że zastrzeżenie o braku wymogu zgody pacjenta jest „arbitralne” i stanowi „uderzenie w podstawowe prawa pacjenta” oraz że „nie do przyjęcia jest, że w przypadku jednej z najważniejszych decyzji życiowych pacjentowi chce się odebrać to prawo”, a ponadto, że „mając na uwadze podmiotowość pacjenta, należy podkreślić jego prawo domagania się także kontynuowania terapii uznanej przez lekarza za daremną”.

Wbrew opinii wyrażonej w tym zdaniu odrębnym nie może tu być mowy o „uderzeniu w prawa pacjenta”, bowiem nie istnieje prawo pacjenta do żądania przeprowadzenia konkretnej interwencji medycznej ani prawo pacjenta do sprzeciwu⁶⁶ wobec jej zaniechania czy też prawo do wyrażenia zgody na niepodejmowanie (bezużytecznej) metody terapii lub odstąpienie od niej. Trzeba pamiętać jednocześnie, że zgodnie z wytycznymi lekarskimi ma miejsce planowanie leczenia z wyprzedzeniem (ACP)⁶⁷ i kontynuowanie wszelkiej opieki zapewniającej komfort u kresu życia⁶⁸, a w końcu również, że istnieje możliwość zmiany lekarza. Przyjęcie perspektywy proponowanej przez Autorów tego zdania odrębnego stanowiłoby w gruncie rzeczy zniweczenie dorobku Zespołu.

Inna rzecz, że Zespół w dalszej części wywodu wydaje się sabotować sam siebie. Najpierw zasadnie proponuje się zapewnienie dodatkowych opinii w razie zgłoszenia sprzeciwu przez pacjenta (który obawia się, że lekarz pomylił się w diagnozie albo ma nadzieję, że istnieją inne terapie ratujące mu życie), które mogłyby być wydane

65 Zob. zdanie odrębne: ks. bp dr hab. n. teologicznych J. Wróbel, ks. prof. dr hab. n. teologicznych P. Morciniec, *Standardy...*, *op. cit.*, s. 46. Autorzy zarzucają też cytowanemu stwierdzeniu, że jest „prawnie wygodne”, bo nie dopuszcza sprzeciwu, (?) i paternalistyczne. Otóż nie sposób zarzucać paternalizmowi decyzjom terapeutycznym, które wynikają z dojścia do kresu możliwości, jakimi dysponuje współczesna medycyna.

66 Czym innym jest prawo sprzeciwu wobec opinii lub orzeczenia lekarza o stanie zdrowia pacjenta – art. 31 i n. u.p.p.

67 Zwraca na to uwagę prof. dr hab. n. med. M. Krajnik, podnosząc, że współcześnie preferowanym podejściem w medycynie jest inicjowanie przez lekarza tzw. planowania opieki medycznej z wyprzedzeniem (ang. *Advance Care Planning*); *Standardy...*, *op. cit.*, s. 41–42.

68 Zob. *ibidem*, s. 41, gdzie Autorka dostrzega potrzebę podkreślenia, zwłaszcza w opisie procedury rezygnacji z terapii daremnej, że jest to wybór sposobu postępowania na otoczenie chorego opieką paliatywną, opieką duchową, psychologiczną i społeczną, z dbałością o dobrą komunikację z chorym i jego bliskimi (włączając w to wrażliwość na przewidywaną żalobę).

np. przez konsultanta wojewódzkiego w zakresie danej dziedziny medycyny (również za pomocą komunikacji telemedycznej), co ma doprowadzić do zrozumienia swojej sytuacji przez pacjenta i jej akceptacji. Następnie jednak pojawia się, podkreślona pogrubioną czcionką, konkluzja, która brzmi: „W przypadku trwania pacjenta przy stanowisku, zgodnie z którym ww. terapia (czyli terapia oceniona przez konsylium co najmniej trzech lekarzy jako daremna, po ewentualnych dodatkowych konsultacjach – przyp. M. Ś.) nie powinna być przerywana, należy kontynuować dotychczasowe interwencje medyczne w formie szanującej godność i intymność pacjenta, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy oraz zawodowymi standardami etycznymi” (s. 30–31).

Działanie o takiej charakterystyce, łączące elementy pozostające ze sobą w stanie wzajemnego wykluczania się, byłoby dla lekarzy zadaniem niewykonalnym, a podejmowane ewentualnie działania miałyby charakter pozorny. Pacjent nie ma – i nie powinien zyskać – prawa skutecznego żądania podjęcia lub kontynuowania interwencji medycznych, które są oceniane w świetle aktualnej wiedzy jako błąd medyczny w tym przypadku z tego powodu, że szkodzą pacjentowi, przysparzając cierpienie, nie przynoszą żadnych korzyści, a jedynie sztucznie zakłócają, poprzez stosowanie inwazyjnych metod, rozpoczęty już proces umierania (agonii).

Czym innym jest natomiast bezwzględne prawo każdego pacjenta, wobec którego nie podjęto terapii daremnej lub odstąpiono od niej, znajdującego się na jakimkolwiek oddziale szpitala, w hospicjum, w domu pomocy społecznej, w innej instytucji czy też w domu, do szeroko rozumianej opieki podstawowej, paliatywnej, duchowej i psychologicznej, o ile wyraża na nią zgodę. Wprawdzie prawo to można wywnioskować w drodze wykładni z art. 20 ust. 2 i art. 20a u.p.p. (prawo do poszanowania godności, które obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności oraz prawo do leczenia bólu), to jednak w przepisach ustawy definiujących terapię daremną trzeba wskazać wyraźnie na nieodzowny skutek takiej decyzji w postaci niezwłocznego podjęcia szeroko rozumianej, wieloaspektowej opieki.

Podzielim – ze względów, które wynikały z dotychczasowych wywodów – stanowisko M. Szeroczyńskiej – członka Zespołu przy RPP (wyrażone w zdaniu odrębnym)⁶⁹, że „żaden pacjent nie ma prawa do żądania od lekarza udzielania mu świadczenia, które lekarz uważa za niewłaściwe, nieadekwatne, a w szczególności za szkodliwe. (...) Jednoznacznie musi zabrzmieć, że lekarza nie wiąże żądanie rodziny, by za wszelką cenę leczył ich umierającego bliskiego, pod groźbą interwencji mediów, prokuratury czy sądu. Nie wiążą go w tym zakresie także żądanie, a nawet ewentualne groźby, samego pacjenta. (...) Pacjent jest wolny w szukaniu innego lekarza, który nie uzna dalszego leczenia za daremne, jednak nie ma on możliwości zmuszenia żadnego lekarza do kontynuowania leczenia daremnego”.

69 Zob. *ibidem*, s. 43. Autorka (dr n. prawnych) zaznacza, że w zasadniczym stopniu podpisuje się pod całością Standardów przygotowanych przez Zespół powołany przez RPP.

3.1.2. Procedura sprzeciwu od orzeczenia lekarskiego o odstąpieniu od terapii daremnej *de lege ferenda*

W pewnym stopniu echem stanowiska o konieczności kontynuacji terapii daremnej w razie trwania pacjenta przy zdaniu, że nie powinna być ona przerywana, są kolejne wnioski *de lege ferenda* Zespołu przy RPP. W szczególności w Standardach uznano, że obowiązujące przepisy (art. 31–32 u.p.p.) przewidujące uprawnienie pacjenta do odwołania się (w postaci złożenia sprzeciwu) od opinii albo orzeczenia lekarza⁷⁰ są całkowicie niefunkcjonalne w odniesieniu do osób umierających (s. 31). Wobec tego zaproponowano następujące modyfikacje, które odnosiłyby się do sprzeciwu umierającego pacjenta:

- sprzeciw mógłby mieć każdą formę, np. ustną, i powinien zobowiązywać podmiot wykonujący działalność leczniczą do jego natychmiastowego skierowania do Komisji Lekarskiej działającej przy RPP;
- w przypadku pacjenta pozbawionego zdolności do samodzielnego zgłoszenia sprzeciwu mogłaby go wnieść osoba bliska (przy tym, według Standardów, za takie osoby należałoby uznać także „osoby, które przedstawiają upoważnienie do otrzymywania informacji lub dokumentacji medycznej, złożone również w innym podmiocie leczniczym niż w tym, w którym pacjent obecnie przebywa”) bądź jego pełnomocnik (należy sądzić, że pełnomocnik medyczny) albo kurator (medyczny);
- sprzeciw nie powinien wymagać żadnego uzasadnienia, bowiem jeśli pacjent będący u kresu życia nie zgadza się z decyzją lekarza o odstąpieniu od leczenia przyczynowego z włączeniem opieki paliatywnej, musi mieć zawsze prawo do jej weryfikacji;
- sprzeciw rozstrzygany byłby (przez Komisję Lekarską przy RPP) szybko, nie dłużej niż w ciągu 72 godzin, z obowiązkiem zapoznania się nie tylko z dokumentacją medyczną, ale i wysłuchaniem pacjenta;
- wniesienie sprzeciwu powinno wstrzymywać decyzję lekarzy o ograniczeniu terapii;
- organ rozpatrujący sprzeciw w razie przychylenia się do wniosku pacjenta powinien wiążąco wskazywać podmiot wykonujący działalność leczniczą, gdzie pacjent byłby dalej leczony;
- w celu sprawnego rozpatrywania sprzeciwu należy powołać zdecentralizowane organy decyzyjne, co jest determinowane nakazem szybkiego działania.

Propozycja wprowadzenia nowej nadzwyczajnej procedury sprzeciwu dla pacjenta umierającego, której rezultatem mogłoby być nałożenie na inny podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązku kontynuacji inwazyjnej terapii, uznanej

70 O których stanowi norma art. 2 ust. 1 u.z.l.

pierwotnie przez lekarzy leczących (i konsylium) za bezskuteczną i szkodzącą temu pacjentowi, wydaje się przeczyć istocie pojęcia terapii daremnej i jest oparta na mało realistycznym założeniu o możliwej postawie „roszczeniowej” pacjenta w stanie agonalnym⁷¹. Co innego, gdy chodzi o jego bliskich.

W związku z tym ostatnim przewidywalnym zjawiskiem szczególnie niepokojąco brzmi perspektywa przyznania legitymacji czynnej w takich postępowaniach każdej osobie bliskiej pacjenta w sytuacji, gdy on sam nie jest w stanie wnieść sprzeciwu. Oznaczałoby to przyznanie (i to „lekką ręką”) kompetencji do wpływania na decyzje medyczne dotyczące pacjenta osobom nawet nie uprawnionym do wyrażania zgody zastępczej, a jedynie uprawnionym do uzyskania informacji o jego stanie zdrowia.

Trzeba też podkreślić, że nawet sądy powszechne (w tym opiekuńcze)⁷² nie mają *de lege lata* kompetencji do wydania zezwolenia na zaniechanie terapii (czym innym jest udzielanie tzw. zgody zastępczej lub substytucyjnej na dokonanie zabiegu⁷³) czy też do wydania nakazu podjęcia lub kontynuowania konkretnych interwencji medycznych, których żąda pacjent (w tym pacjent w stanie terminalnym) lub jego przedstawiciel ustawowy, a które przez lekarzy zostały uznane za bezcelowe, bezskuteczne i szkodzące temu pacjentowi.

71 Z drugiej strony zwraca się uwagę, że zaufanie wobec lekarzy, którzy będą orzekać o rozpoznaniu stanu terminalnego i niepodjęciu terapii daremnej lub odstąpieniu od niej, „nie jest bezwarunkowe” i „muszą oni podlegać kontroli” – tak M. Szeroczyńska, *Odstąpienie...*, *op. cit.*, s. 38–40, która szczegółowo referuje inną procedurę sprzeciwu (staranniej opracowaną) wobec orzeczenia o zaniechaniu terapii „uporczywej”, zawartą w projekcie grupy prawników i lekarzy związanych z Warszawskim Hospicjum dla Dzieci z 2013 r. (pod przewodnictwem T. Dangła). Procedura ta zakładała udział prokuratora w przypadku pacjentów niezdolnych do świadomego wyrażenia woli, którego zobowiązany byłby zawiadomić lekarz (po wydaniu orzeczenia o stanie terminalnym). Natomiast pacjenci świadomi (którzy ukończyli 16 lat, a w imieniu pozostałych małoletnich ich przedstawiciele ustawowi), wobec których terapię uznano za daremną, mogliby w ciągu 24 godzin od zawiadomienia o takim orzeczeniu złożyć odwołanie do konsultanta wojewódzkiego, który niezwłocznie powoływałby konsylium odwoławcze. Członkowie konsylium musieliby wysłuchać pacjenta albo – gdyby pozostawał on nieprzytomny – udać się na miejsce, gdzie pacjent przebywa, i zapoznać się z jego stanem. Orzeczenie konsylium odwoławczego byłoby ostateczne. Jeśli podtrzymane zostałoby stanowisko lekarzy o stanie terminalnym, dalsza przyczynowa terapia nie byłaby podejmowana (w tym stosowanie respiratora), wdrożona natomiast zostałaby opieka paliatywna. Ta procedura również zakładała ewentualność kontynuacji leczenia aktywnego przez inny podmiot leczniczy, wskazany przez konsultanta wojewódzkiego. Ewentualne kolejne orzeczenie o rozpoznaniu stanu terminalnego podlegałoby takiej samej procedurze odwoławczej.

72 Niekiedy, machinalnie, uznaje się w literaturze, że tego rodzaju spory są w Polsce objęte kognicją sądu (opiekuńczego), gdy dotyczą „pacjentów z wyłączoną kompetencją decyzyjną” – tak np. M. Boratyńska, J. Malczewski, *Spór...*, *op. cit.*, s. 220.

73 Zob. M. Świdarska, *Zgoda...*, *op. cit.*, s. 54 i n.

3.1.3. Doprecyzowanie obowiązku leczenia

Od dawna zwraca się uwagę⁷⁴, że bezwzględny obowiązek pomocy wynikający z normy art. 30 u.z.l.⁷⁵ dotyczy nagłych i niespodziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć. Chodzi tu o tzw. stany emergentne (urgencyjne), wymagające niezwłocznej reakcji lekarza.

Przepis ten nie nadaje się do stosowania, gdy chodzi o ocenę decyzji o zaniechaniu terapii podtrzymującej funkcję narządów (leczenia przyczynowego, aktywnego) u przewlekle chorych w terminalnej fazie życia.

Nie zmienia to faktu, że treść powołanej regulacji stanowi źródło niepokoju przedstawicieli zawodów medycznych, postrzegających powinność niezwłocznej pomocy jako absolutny obowiązek podejmowania wszelkich czynności niezbędnych dla podtrzymywania czynności życiowych we wszystkich sytuacjach medycznych zagrożenia życia i wobec wszystkich pacjentów, których życie jest zagrożone. Takie wrażenie adresatów norm pogłębia też treść innych przepisów u.z.l., wprawdzie pozwalających na niepodjęcie leczenia lub odstąpienie od niego przez lekarza (art. 38 u.z.l.) albo na powstrzymanie się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem (art. 39 u.z.l.), ale z wyłączeniem sytuacji objętych uregulowaniem art. 30 u.z.l., tj. sytuacji nagłych, emergentnych, w których to istnieje bezwzględny obowiązek działania (chyba że przytomny pacjent świadomie sprzeciwia się interwencjom medycznym).

W związku z powyższym w opracowanych przez Zespół przy RPP w Standardach – nie bez racji – zauważa się, że brak ustawowego wskazania wprost, że lekarzowi wolno zaniechać aktywnego leczenia, a wręcz nie wolno prowadzić daremnej terapii sugeruje, iż w żadnym przypadku nie może on odstąpić od aktywnego udzielania świadczeń medycznych, nawet jeśli skutkują one jedynie przedłużaniem agonii pacjenta (s. 32). Prowadzi to Zespół do sformułowania następującego postulatu: „(...) staje się konieczne jednoznaczne ustawowe wskazanie, że obowiązek wynikający z art. 30 u.z.l. nie odnosi się do leczenia, które nie jest zasadne z medycznego punktu widzenia lub jest niezgodne z wolą pacjenta”.

Należy w pełni poprzeć ten postulat. Trzeba w treści przepisów prawnych *expressis verbis* odróżnić nakaz czynnego leczenia w sytuacjach emergentnych od terapii daremnej. Mimo że wykładnia semantyczna i celowościowa normy art. 30 u.z.l. prowadzi do wniosku, iż dotyczy ona wyłącznie stanów nagłych, co potwierdza orzecznictwo⁷⁶, to argument o potrzebie przejrzystości i pewności prawa pozwala

74 Zob. np. M. Szeroczyńska, Odstąpienie..., *op. cit.*, s. 33.

75 Przepis ten stanowi: 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.

76 Zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 4 stycznia 2007 r., V CSK 396/06, Biuletyn SN, 2007, nr 4, s. 15, gdzie podkreślono, że obowiązek wynikający z normy art. 30 u.z.l. dotyczy nagłych i niespo-

na zaakceptowanie potrzeby wzmocnienia tej tezy poprzez wyraźne uregulowanie. Taka norma mogłaby zostać usytuowana, dla przeciwstawienia, przy regule obowiązku niezwłocznej pomocy poprzez rozszerzenie treści normatywnej art. 30 u.z.l. oraz art. 7 ust. 1 u.p.p., a także włączenie analogicznych przepisów do innych aktów prawnych odnoszących się do pozostałych zawodów medycznych.

Wnioski

Trzeba zmierzać do stworzenia nowych uregulowań prawnych poprzez nowelizację istniejących norm prawa medycznego, tak aby w przepisach ustaw znalazło odzwierciedlenie to, co od dawna wynika z praktyki: możliwości medycyny nie są nieograniczone, a nawet najnowocześniejsze metody leczenia nie mają mocy wskrzeszenia człowieka ani powstrzymania nieodwracalnie rozpoczętego procesu umierania.

Odruchy, które laik postrzega jako przejawy życia, mogą stanowić zgodnie z wiedzą medyczną dowód postępującego procesu umierania, a nawet śmierci człowieka⁷⁷. To, co w intencji obrońców idei bezwzględnej nakazu przedłużania funkcji życiowych ma zmierzać do ochrony życia, staje się złamaniem wszelkich barier naturalności człowieka. W efekcie wdrażane są inwazyjne techniki tylko po to, żeby sztucznie przedłużyć umieranie. Tak to obrazowo, dostosowując słownictwo do masowego odbiorcy, ujął profesor nauk medycznych Ł. Krzych. Na pytanie: „skąd wiemy, że skazujemy pacjenta na cierpienie?”, odpowiedział: „Ten pacjent ma złamane wszelkie bariery fizjologiczne. Nie oddycha samodzielnie, tę czynność wykonuje za niego respirator poprzez system rur wprowadzonych w sposób inwazyjny. Pacjent nie odżywia się samodzielnie, żywienie odbywa się również przy zastosowaniu rur wprowadzonych w jego ciało. Pacjent nie oddaje samodzielnie moczu. Każda funkcja życiowa

dziewanych stanów zagrożenia życia lub zdrowia, których nie można przewidzieć, a zatem przewidziany w tym przepisie obowiązek aktywnego leczenia nie dotyczy terapii wobec pacjentów z chorobą przewlekłą.

77 Zob. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu z dnia 4 grudnia 2019 r. (M.P. z 2020 r. poz. 73); wskazuje się tam w części dotyczącej sposobu przeprowadzania postępowania diagnostycznego, w Uwadze 3 (objawy, które nie wykluczają rozpoznania śmierci mózgu) na następujące odruchy i automatyzmy rdzeniowe pacjentów z dokonaną śmiercią mózgu: – subtelne, okresowe i rytmiczne ruchy mięśni twarzy; – zgięciowe ruchy palców dłoni; – toniczne odruchy szyjne – ruchy szyi, złożone ruchy kończyn inne niż patologiczne zgięcie lub wyprost, zgięcie tułowia, wolny obrót głowy oraz przywodzenie w stawach ramiennych ze zgięciem w stawach łokciowych; takie ruchy zdarzają się podczas próby bezdechu lub po stwierdzeniu śmierci mózgu i odłączeniu respiratora; mogą one przybierać dramatyczną formę (tzw. objaw Łazarza); inne ruchy tułowia, obejmujące asymetryczne ustawienie tułowia z odgięciem głowy do tyłu, zachowane głębokie i powierzchniowe odruchy skórne brzuszne etc.

jest protezowana⁷⁸. Powinno być oczywiste, że takie postępowanie terapeutyczne, o ile nie prowadzi i nie może prowadzić do polepszenia stanu pacjenta, a przeciwnie jego stan stale będzie się pogarszał, stanowi terapię daremną. I że terapia o takiej charakterystyce nie powinna być, z uwagi na stan kliniczny pacjenta, podejmowana albo że może zostać zakończona.

Należy wyrazić w normach ustawowych *expressis verbis* to, na co od dawna zwracają uwagę wybitni przedstawiciele doktryny prawa. M. Nesterowicz pisze: „powstaje jednak pytanie, na które nie można znaleźć odpowiedzi w przepisach prawa – jak dalece lekarz jest obowiązany podtrzymywać kończące się życie, zwłaszcza gdy następuje to sztucznymi środkami i wiąże się z wielkimi cierpieniami pacjenta. Wydaje się, że pewne granice muszą tu być postawione w interesie samego chorego. Sztuczne podtrzymywanie zanikających funkcji życiowych poprzez podłączenie chorego do różnych aparatów stanowi dehumanizację życia, gdy pacjent ma – zgodnie z art. 4 ust. 2 u.p.p. – prawo do umierania w spokoju i godności⁷⁹”.

A. Zoll z kolei stwierdza, że 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. Autor podkreśla, że norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, czego nie jest on w stanie jako adresat normy prawnej wykonać⁸⁰.

Podobne stanowisko zajął M. 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 cierpień mu towarzyszących⁸¹.

Oznacza to, że należy wprowadzić do systemu prawnego normy rangi ustawowej, definiujące terapię daremną i przewidujące procedury podejmowania przez lekarzy decyzji o nierozpoczynaniu takiej terapii lub odstępowaniu od niej. Inaczej rzecz ujmując, normy prawne powinny określać kryteria zgodnego z prawem zakończenia resuscytacji *sensu largo* (tj. rozumianej jako wszelkie działania mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania) jako daremnej. Szczegó-

78 P. Wróbel, Anestezjolog o terapii daremnej i nowych wytycznych OAiIT. Niegodne jest złamanie wszelkich barier, „Rynek Zdrowia” z 24 sierpnia 2022 r., dostępne na: <https://www.rynekzdrowia.pl/uslugimedyczne/Anestezjolog-o-terapii-daremnej-i-nowych-wytycznych-na-OAiT-Niegodne-jest-zlamanie-wszelkich-barier,235938,8.html>.

79 M. Nesterowicz, Prawo medyczne, Toruń 2019, wyd. XII, s. 420; zob. też M. Świdarska, Zgoda..., *op. cit.*, s. 206, gdzie autorka pisała o konieczności postawienia granic, „poza którymi kończy się ratowanie życia pacjenta, a zaczyna dehumanizacja tego życia, a także dehumanizacja procesu umierania”, proponując podniesienie do rangi przepisu ustawy normy art. 32 KEL.

80 A. Zoll, Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 31 i n.

81 M. Safjan, Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej, (w:) Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu, Warszawa 2003, s. 252.

łowe wytyczne odnoszące się do kryteriów medycznych podejmowania takich decyzji powinny być ustalane przez lekarskie towarzystwa naukowe. Istotne jest, by system prawa odróżniał *expressis verbis* pojęcie terapii daremnej od eutanazji i jednocześnie przewidywał wyraźnie nieodzowność wdrożenia szeroko pojętej opieki podstawowej i paliatywnej, precyzując ich zakres znaczeniowy⁸². Konieczne jest także takie ujęcie obowiązku niezwłocznej pomocy przy nagłym zagrożeniu życia lub zdrowia, by niewątpliwe było, że nie jest to równoznaczne z absolutnym obowiązkiem podejmowania wszelkich dostępnych czynności w celu podtrzymania funkcji życiowych w każdej sytuacji i że obowiązek ten nie dotyczy tych stanów klinicznych, w których terapia oceniona została jako daremna. Powinno być oczywiste, że autonomia woli pacjenta (i działających w jego imieniu uprawnionych, z mocy ustawy, podmiotów) nie obejmuje swobody wskazywania sposobów leczenia i przesądzenia o celowości kontynuowania terapii, bowiem wyłącznie do lekarza będącego profesjonalistą należy analiza uzasadnionych w świetle wiedzy medycznej metod terapeutycznych i ich proponowanie. Jednocześnie trzeba uznać za oczywiste, że mieści się w sferze tej autonomii prawo do odmowy poddania się każdemu zabiegowi medycznemu, w tym operacji ratującej życie albo innej procedurze medycznej podtrzymującej funkcje życiowe (szeroko pojętej resuscytacji).

Niewątpliwie czynnikiem podstawowym dla skutecznej realizacji takich postulatów *de lege ferenda* jest edukacja różnych grup społecznych o śmierci, umieraniu i opiece paliatywnej i podstawowej. W Standardach postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia słusznie zwraca się uwagę, że podstawą zmiany funkcjonowania w rzeczywistości „śmierci odwróconej” (przeciętny człowiek ani jego bliscy nie są przygotowani na śmierć, panuje przekonanie o wszechmocy medycyny, a lekarze i osoby wykonujące inne zawody medyczne traktują każdą śmierć pacjenta jako porażkę) jest edukacja. Proponuje się w związku z tym, aby podjąć działania w celu poszerzenia wiedzy wobec osób wykonujących zawody medyczne, ale też niemedycznych specjalistów pracujących z osobami w ostatnim okresie życia, np. kapelanów czy pracowników socjalnych, odnośnie do: śmierci jako naturalnego końca życia, umierania jako jego ostatniego etapu, fazy osvajania się z informacją o rozpoznaniu choroby nieuleczalnej u pacjenta i jego rodziny, ko-

82 Na potrzebę dookreślenia w przepisach pojęcia sedacji paliatywnej zwraca uwagę w zdaniu odrębnym do Standardów opracowanych przez Zespół przy RPP prof. dr hab. n. med. M. Krajnik, wskazując, że po sedację (zgodnie z cytowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii z 16 grudnia 2016 r. sedacja to działanie mające na celu zniesienie niepokoju, strachu oraz wywołanie uspokojenia pacjenta – § 2 pkt 8) „sięga się rzadko w celu złagodzenia ogromnego (nie do zniesienia dla chorego) cierpienia spowodowanego opornymi na leczenie objawami fizycznymi (niemożliwymi do opanowania innymi metodami), poprzez zmniejszenie świadomości pacjenta z nieuleczalną i zaawansowaną chorobą w okresie, gdy śmierć jest nieunikniona i bliska (godziny, dni)” – s. 41.

munikacji z pacjentem i rodziną w ekstremalnym stresie, sposobów przeżywania żałoby.

Uznaje się też zasadnie, że edukacja o śmierci i umieraniu powinna być obowiązkowym elementem nauczania na wszystkich studiach medycznych (zwłaszcza z zakresu opieki paliatywnej), ale też na studiach psychologicznych, pracy socjalnej, filozofii, prawa i seminariów duchownych wszelkich wyznań (s. 32–33 Standardów).

Trzeba zmierzać w ten sposób, w celu stworzenia rozwiązań ustawowych, do konsensusu społecznego w sprawie humanitarnych praktyk medycznych dotyczących kończącego się życia. A także do powszechniejszego uznania faktu, którego nie da się w świetle współczesnej wiedzy medycznej zmienić, że u niektórych pacjentów inwazyjne wspomaganie czynności podstawowych dla życia narządów i układów nie prowadzi do spontanicznego podjęcia czynności przez nie, bowiem uszkodzenie ich funkcji i postępujące pogorszenie stanu zdrowia stało się nieodwracalne⁸³.

BIBLIOGRAFIA

Andres J., *Wytyczne resuscytacji 2021*, Kraków 2022.

Bartkowska-Śniatkowska A., Byrska-Maciejasz E., Cettler M., Damps M., Jarosz K., Mierzevska-Schmidt M., Migdał M., Ożóg-Zabolska I., Piotrowski A., Rawicz M., Świder M., Tałataj M., Zielińska M., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2021, t. 53, nr 5.*

Beauchamp T.L., Childress J.F., *Zasady etyki medycznej*, Warszawa 1996.

Bossaert L.L., Perkins G.D., Askitopoulou H., Raffay V.I., Greif R., Haywood K.L., Mentzelopoulos S.D., Nolan J.P., Van de Voorde P., Xanthos T.T., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, https://www.prc.krakow.pl/wyt2015/11_Etyka.pdf.

Boratyńska M., Malczewski J., *Spór o zaprzestanie daremnej terapii oraz sztucznego odżywiania i nawadniania na przykładzie sprawy polskiego pacjenta RS w Wielkiej Brytanii, „Przegląd Prawa Medycznego” 2021, t. 3, nr 1–2.*

Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008, vol. 2, nr 3.

Dangel T. (red. nauk.), *Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Wytyczne dla lekarzy*, Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Warszawa 2011, https://ptp.edu.pl/images/zalacznik/Wytyczne_dla_lekarzy_PTP.pdf.

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

Ferdynus M., *Medical futility or persistent therapy? A dispute over the term and definitions in the polish context, „Analiza i Egzystencja” 2021, nr 53.*

83 Por. M. Świdzka, *Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3, s. 112.*

- Filar M., *Lekarskie prawo karne*, Kraków 2000.
- Kamiński B., *Racjonalne granice interwencji lekarskiej – wątpliwości medyczne i moralne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.
- Karczewska-Kamińska N., *Przymus leczenia i inne interwencje medyczne bez zgody pacjenta*, Warszawa 2018.
- Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Michaelinum, Watykan 1995.
- Kruszecka-Krówka A., Cepuch G., *Medykalizacja śmierci a prawa i godność dziecka u kresu życia*, „Psychoonkologia” 2016, t. 20, nr 4.
- Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z., *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia. Intensywna Terapia” 2014, t. 46, nr 4.
- Malczewski J., *Eutanazja: gdy etyka zderza się z prawem*, Warszawa 2012.
- Marcinkowski T., *Medycyna sądowa dla prawników*, Warszawa 1993.
- Matuszewicz K., wywiad z prof. n. med. R. Owczukiem, *Każde leczenie ma swoje racjonalne granice. Ich przekraczanie to terapia daremna.*, „Puls Medycyny”, 26.03.2021, <https://pulsmedycyny.pl/kazde-leczenie-ma-swoje-granice-ich-przekraczanie-to-terapia-daremna-1112274>.
- Mazur G., *Czy odstępienie od ratowania życia jest etycznie usprawiedliwione?*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2013, nr 1.
- Mentzelopoulos S.D., Couper K., Van de Voorde P., Druwe P., Blom M., Perkins G.D., Lulic I., Djakow J., Raffay V., Lilja G., Bossaert L.L., *Etyka w resuscytacji i decyzje dotyczące końca życia*, <https://www.prc.krakow.pl/wytyczne2021/rozd12.pdf>.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, wyd. XII, Toruń 2019.
- Rutkowska M., Szczepaniak S., Walas W., Pawlik D., Karwacki M., Szeroczyńska M., Knita G., *Zasady podejmowania decyzji o wszczęciu postępowania paliatywnego w neonatologii*, (w:) M. Boryszewska-Kornacka (red.), *Standardy opieki medycznej nad noworodkiem w Polsce. Zalecenia Towarzystwa Neonatologicznego*, Warszawa 2021.
- Safjan M., *Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej*, (w:) *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu*, Warszawa 2003.
- Siewiera J., Kübler A., *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015.
- Stanowisko Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych, <https://eiskopat.pl/en/zepol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiarne-z-eutanazja/>.
- Szeroczyńska M., *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*, „Medycyna Paliatywna” 2013, vol. 5, nr 2.
- Szewczyk K., *O medycznej daremności proceduralnej i o powodach dla których należy ją wyłączyć w polskie regulacje bioetyczne i system prawny*, bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=53.

- Szewczyk K., Cztery refleksje po lekturze tekstu drugiego Włodzimierza Galewicza, bazy.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=30&i=3&m=19&n=1&z=0&k=59.
- Szewczyk K., Decyzje krytyczne w neonatologii i standardy ich podejmowania, „Diametros”, grudzień 2010, nr 26, dostępne na: <https://diametros.uj.edu.pl/serwis/pdf/diam26szewczyk.pdf>.
- Szreter T., Problemy etyczne i ekonomiczne w intensywnej terapii, „Prawo i Medycyna” 1999, nr 1.
- Świdarska M., Prawo do godnej śmierci w świetle nowej regulacji prawnej we Francji, „Prawo i Medycyna” 2006, nr 3.
- Świdarska M., Zgoda pacjenta na zabieg medyczny, Toruń 2007.
- Świdarska M., Znaczenie Europejskiej Konwencji Bioetycznej dla prawnej regulacji oświadczeń *pro futuro*, (w:) Prawa człowieka a wyzwania bioetyczne związane z nowymi technologiami, Warszawa 2018.
- Świdarska M., Tajemnica medyczna za życia i po śmierci pacjenta oraz pozycja prawna osób bliskich przy jej ujawnianiu, (w:) D. Wetoszka (red.), Prawo rodzinne, Warszawa 2022.
- Umiałowski J., Aspekty medyczne umierania człowieka, „Medycyna Praktyczna dla Lekarzy”, 28.06.2007, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/33135,aspekty-medyczne-umierania-czlowieka.
- Wróbel P., Anestezjolog o terapii daremnej i nowych wytycznych OAiIT. Niegodne jest złamanie wszelkich barier, „Rynek Zdrowia” 24.08.2022, <https://www.rynekzdrowia.pl/uslugimedyczne/Anestezjolog-o-terapii-daremnej-i-nowych-wytycznych-na-OAIT-Niegodne-jest-zlamanie-wszelkich-barier,235938,8.html>.
- Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii z dnia 26 lipca 2022 r. określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wydane na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, <https://anestezjologia.org.pl/wytyczne-kwalifikacji-oiit/pdf>.
- Zielińska E., Powinności lekarza w przypadku zgody na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.
- Zoll A., Zaniechanie leczenia – aspekty prawne, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.