



**PRAWNE ASPEKTY UPRAWNIENÍ I
OGROANICZENIA TERAPII
W ŚWIETLE AKTÓW PRAWNYCH I
ORZECZNICTWA**

dr hab. Monika Urbaniak

SALUS AGREGOTI SUPREMA LEX

- Podstawowym celem- przywrócenie zdrowia, utrzymanie chorego przy życiu
- Granicą legalności czynności medycznych – wola pacjenta

NORMY KONSTYTUCYJNE

- czy prawo do ograniczenia terapii wypływa z gwarancji konstytucyjnych?
- Art. 30
- Art. 38
- Art. 68

ART. 30 U.Z.L.L.D.

- lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.
- czy oznacza nakaz leczenia w każdej sytuacji gdy nieudzielenie świadczeń medycznych może skutkować śmiercią pacjenta?
- Nie dotyczy aktywnego leczenia pacjentów z chorobą przewlekłą

WYROK SĄDU NAJWYŻSZEGO Z DNIA 4 STYCZNIA 2007 R. V CSK 396/06

Świadczeniami zdrowotnymi, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o *zakładach opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) oraz w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o *zawodzie lekarza i lekarza dentysty* (tekst jedn.: Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 ze zm.), zostały objęte w zasadzie stany nagłe i niespodziewane, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). **Nie są nimi zabiegi, które wprawdzie ratują życie, jednak są stosowane u chorych leczonych przewlekle, wymagających regularnego poddawania się zabiegom medycznym.**

ART.20 U.P.P.

- Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych
- Prawo to obejmuje prawo do umierania w spokoju i godności (pojęcie nie doprecyzowane)
- Pacjent w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień
- Uprawnienie pacjenta do otrzymania leczenia paliatywnego rodzi obowiązek lekarza jako gwaranta realizacji tego prawa

ZADOŚĆCZYNIENIE

- **art. 4 ust. 2 u.p.p** w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, pozwala sądowi na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazanych przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 k.c.
- naruszenie prawa pacjenta do godnej śmierci przez zawinione działanie świadczeniodawcy (np. stosowanie środków wysoce inwazyjnych w sytuacji, gdy szanse na wyleczenie pacjenta są znikome), sprzeczne z zapisami ustaw oraz KEL

WYTYCZNE OGRANICZENIA TERAPII DAREMNEJ*

Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści pacjentowi, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określone jest terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego

*Anestezjologia Intensywna Terapia 2014 tom 46 numer 4

ART. 31 KEL – POMOC CHORYM W STANACH TERMINALNYCH

- Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa
- Zakazana jest eutanazja czynna i pomoc w popełnieniu samobójstwa

ART. 32 KEL – POMOC CHORYM W STANACH TERMINALNYCH

*W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia **reanimacji** lub **uporczywej terapii** i stosowania środków nadzwyczajnych.*

Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych

ART. 32 KEL

- Jedyny w systemie prawa polskiego przepis pozwalający na zaniechanie czynności medycznych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia
- wyjątek musi być stosowany zawężająco
- Nie istnieje prawo podmiotowe pacjenta wiążącego żądania od lekarza wykonania określonego świadczenia zdrowotnego

ART. 32 KEL

- Zgoda na niepodejmowanie działania medycznego w postaci reanimacji/uporczywej terapii
- Brak definicji legalnej stanu terminalnego

ART. 32

- Na podstawie art. 32 KEL przerwać wolno uporczywą terapię
- Dopuszcza zaniechanie działań medycznych w przypadku, gdy rokowania są oczywiście złe
- Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych

ZANIECHANIE UPORCZYWEJ TERAPII

- rozumianej jako nieskutecznej, przedłużającej lub potęgującej ból pacjenta, bez szans na wyzdrowienie, gdzie proces umierania już się rozpoczął i wedle wiedzy medycznej śmierć jest nieuchronna, jest w polskim prawie dopuszczalne

UPORCZYWA CZY DAREMNA?

- „Uporczywa” należałoby zastąpić określeniem „daremna”.
- „Daremny” według SJP to: „niedający żadnych wyników”.
- Terapia staje się uporczywa, kiedy z medycznego punktu widzenia jest nieskuteczna

PRÓBA WPROWADZENIA DO OBROTU PRAWNEGO DEFINICJI TERMINU „UPORCZYWA TERAPIA”

- Nowelizacja ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Tzw. „ustawa bioetyczna” (nie została uchwalona)
- Artykuł 77 projektu ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie niektórych innych ustaw określał, że **uporczywa terapia** to *„stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; nie stanowi uporczywej terapii stosowanie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenie bólu i innych objawów oraz karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta*

ZANIECHANIE UPORCZYWEJ TERAPII

- *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna) z 4 kwietnia 1997 r., nie ratyfikowana przez Polskę.*
- **Art. 9 nakazuje brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia pacjenta co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli (tzw. **testament życia**).**
- Rekomendacja 779 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy w sprawie praw chorych i umierających z 1976 r. podkreśla, że lekarz w pierwszej kolejności powinien uwzględnić **wolę pacjenta odnośnie danego leczenia**, a przedłużenie życia ludzkiego jest czynnikiem równie istotnym, co minimalizowanie bólu odczuwanego przez osobę umierającą.
- Rekomendacja 1418 (1999 r.) w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających podkreśla, że prawu do godnej śmierci zagraża m.in. sztuczne wydłużanie procesu umierania przez stosowanie nieproporcjonalnych środków lub prowadzenie dalszej terapii bez zgody pacjenta.
- Dokumenty nie są wiążące, ale wyznaczają kierunek interpretacji obowiązujących przepisów.

TESTAMENT ŻYCIA- OŚWIADCZENIE PRO FUTURO

- Prawo człowieka do złożenia dyspozycji co do braku zgody na leczenie, podtrzymywania życia w sytuacji gdy osoba ta znajdzie się w stanie nierokującym żadnych możliwości wyleczenia czy też w stanie wegetatywnym
- Np. oświadczenia o braku zgody na leczenie czy przetoczenie krwi
- W polskim prawie brak przepisów odnoszących się do możliwości złożenia takiego życzenia
- Uważa się, że życzenia pacjenta powinny być wzięte pod uwagę

INSTYTUCJE Z GRUPY OŚWIADCZEŃ PRO FUTURO

- Pełnomocnictwo (tzw. *proxy, durable power of attorney, personne de confiance*);
- Testament życia (tzw. *living will, advance directives, Patiententestament, testament de vie*)

PROJEKT USTAWY O OCHRONIE GENOMU LUDZKIEGO I EMBRIONU LUDZKIEGO Z 18.06.2009; DRUK SEJMOWY NR 3466/VI

Art. 30a ust. 2 uzlld

Do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na żądanie samego pacjenta, także wyrażone na piśmie przed utratą zdolności do wyrażenia zgody na zabieg medyczny

POSTANOWIENIE SN Z 27 PAŹDZIERNIKA 2005(III CK 155/05)

*„**Oświadczenie pacjenta** wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny i jednoznaczny – wiążące.”*

Przyjmuje się, że oświadczenie Świadka Jehowy, będącego osobą pełnoletnią i zdolną w pełni do czynności prawnych, musi być respektowane, a lekarze powinni być przygotowani na stosowanie alternatywnych metod leczenia.

Decyzja pacjenta może być – w ocenie lekarza – niestuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli (np. art. 15 i 16 KEL), nakazuje ją uszanować

OBOWIĄZEK KONSULTACJI Z INNYM LEKARZEM?

- W przypadku dozwolonego prawem przystępowania do udzielania świadczenia bez zgody pacjenta lub innego uprawnionego podmiotu (np.: rodziców, sądu opiekuńczego) [art. 33](#) i [34](#) u.z.l.l.d. zobowiązuje (w miarę możliwości) do **skonsultowania decyzji z innym lekarzem**
- **Art. 32 takiej procedury nie przewiduje**
- W przypadku ewentualnego powzięcia zamiaru przerwania terapii lub jej niepodejmowania lekarz prowadzący (najczęściej specjalista anestezjologii i intensywnej terapii) powinien skorzystać z instytucji [art. 37](#) u.z.l.l.d. i zwołać konsylium lub co najmniej zasięgnąć opinii drugiego lekarza
- Zmniejsza się ryzyko popełnienia błędu i narażenia się na ewentualny zarzut cywilny, czy też karny.

EUTANAZJA

- Od przerwania uporczywej terapii do oceny, że lekarz dopuścił się eutanazji czy zabójstwa nie jest daleko
- Przepięstwo eutanazji [art. 150](#) k.k.
- „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.
- Przy zabójstwie eutanatycznym sprawca musi działać pod wpływem dwóch racji: żądania ofiary i współczucia dla niej. Sprawca działa tylko w zamiarze bezpośrednim
- Nie wystarczy zgoda ofiary. Inicjatywa musi wyjść od ofiary
- Brak więzi emocjonalnej łączącej sprawcę z ofiarą

ZABÓJSTWO

- Drugim przestępstwem, do którego zbliża się instytucja art. 32 KEL jest zabójstwo.
- Art. 148 kk- zabójstwo tzw. zwykłe.

KONFLIKT WARTOŚCI

- Prawo do ochrony życia versus prawo do samostanowienia?
- Czy mają one charakter absolutny i czy mogą zostać ograniczone przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa w określonych okolicznościach?
- Czy można dopuścić możliwość niechcianego leczenia?
- Czy obok prawa do życia istnieje prawo do godnej śmierci?
- Czy odłączenie od sztucznego odżywiania osoby nieprzytomnej od wielu lat jest dopuszczalne?
- Czy żywienie dojelitowe chorego stanowi uporczywą terapię?
- Jak ocenić działania nie przynoszące poprawy zdrowia chorego i nie wpływające na wyleczenie?