

Dorota Frańczak¹

Wyższa Szkoła Prawa i Administracji Rzeszowska Szkoła Wyższa w Rzeszowie
ORCID ID: 0000-0001-5238-012X

STOSOWANIE UPORCZYWEJ TERAPII A PRAWO DO UMIERANIA W SPOKOJU I GODNOŚCI

ABSTRACT

Medical futility versus the right to die peacefully and with dignity

The constant advancement of medical sciences brings about legal issues that require regulation. New therapies and medications can affect the prolongation of life for patients with terminal illnesses. The first part of the article discusses the concept of „medical futility”. Next, it addresses matters related to human dignity. The final part concerns the right to die peacefully and with dignity. Discussing such a topic is of vital importance because the attitude of modern society towards death keeps changing. A better understanding of patient’s rights allows for respecting human dignity at the end of life. A better understanding of patient rights contributes to respecting human dignity at the end of life, particularly when a conflict arises between the duty of a doctor to save lives and the right of a patient to die in peace and dignity.

Keywords: medical futility, dignity, patient’s rights, right to die peacefully and with dignity

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, godność, prawa pacjenta, prawo do umierania w spokoju i godności

¹ Radca prawny, asystent w Wyższej Szkole Prawa i Administracji Rzeszowskiej Szkole Wyższej w Rzeszowie. Adres e-mail do kontaktu: dorota.franczak@wspia.eu.

1. Wstęp

Prawo do ochrony życia jest najważniejszym prawem każdego człowieka. Wraz z rozwojem procedur medycznych, pojawieniem się nowych terapii i leków oraz urządzeń technicznych podtrzymywanie życia ludzkiego stało się możliwe przez długi czas². Jednakże konstytucyjne prawo do ochrony życia nie oznacza bezwzględnego nakazu utrzymywania jednostki ludzkiej przy życiu, zwłaszcza jeśli ceną takiego działania mają być niewspółmierny ból i cierpienie oraz brak perspektyw na poprawę stanu zdrowia³.

Celem niniejszego opracowania jest przedstawienie problematyki stosowania uporczywej terapii w kontekście prawa do umierania w spokoju i godności. Punktem wyjścia stały się dywagacje dotyczące znaczenia terminu „uporczywa terapia”, będące tłem dalszych rozważań. Następnie zostały przedstawione kwestie związane z godnością człowieka oraz prawem do umierania w spokoju i godności. Poza obszarem analizy pozostawiono kwestie dotyczące eutanazji, które mogłyby być samodzielną materią badawczą. W pracy posłużono się metodą dogmatyczną polegającą na analizie obowiązującego stanu prawnego, orzecznictwa oraz poglądów doktryny.

2. Stosowanie uporczywej terapii

W polskim porządku prawnym ustawodawca nie definiuje pojęcia uporczywej terapii. Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia wypracowała definicję, zgodnie z którą „uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które tylko 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. Działania podejmowane wobec osób nieuleczalnie chorych powinny być skierowane na poprawę jakości życia, a nie na jego przedłużanie za wszelką cenę. Jednakże definicja ta nie odnosi się do autonomii pacjenta w zakresie podejmowania decyzji dotyczącej stosowania uporczywej terapii. Należałoby uwzględnić prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub prawo do odmowy wyrażenia takiej zgody po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia. Włodzimierz Wróbel wskazuje, że legalna definicja uporczywej terapii powinna zawierać odwołanie wyłącznie do interesu pacjenta, a nie do interesu społecznego, ekonomicznego czy interesu innych osób. Ponadto definicja

2 M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 2, red. E. Zielińska, Warszawa 2019, s. 580.

3 P. Kuczma, *Prawna ochrona życia*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014, s. 42.

4 T. Weber, *Daremma czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Warszawa 2011, s. 163.

uporczywej terapii musi obejmować wyłącznie przypadki, w których nie ma szansy na poprawę stanu zdrowia i bliska jest śmierć⁵.

Autonomia pacjenta sprawia, że ma on prawo wyrazić sprzeciw wobec podejmowanej terapii, ponieważ interwencja medyczna wymaga zgody pacjenta. Jeżeli chory świadomie przeciwstawia się sztucznemu podtrzymywaniu życia, należy uszanować jego wolę. Sąd Najwyższy wskazał, że „zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg jest dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go”⁶.

Problem dotyczący ustalenia woli pojawia się w stosunku do osób nieprzytomnych lub z innych względów niezdolnych do podjęcia decyzji. W takim wypadku należy poszukiwać takich instrumentów prawnych, które chroniłyby autonomię oraz wolność jednostki, a jednocześnie zapobiegałyby nadużyciom. W pierwszej kolejności należałoby ustalić, czy chory złożył oświadczenie *pro futuro* co do stosowania wobec niego procedur podtrzymujących życie. Jeżeli pacjent nie pozostawił żadnych dokumentów, należy ustalić w miarę możliwości, jaką podjąłby decyzję, gdyby był świadomy. Jeżeli odtworzenie woli pacjenta jest niemożliwe, lekarz podejmujący decyzję powinien kierować się najlepszym interesem typowego pacjenta⁷.

Sąd Najwyższy wskazał, że „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«”⁸. Stosowanie uporczywej terapii nie ma na celu ani skracania, ani wydłużania życia chorego. Bywa ona stosowana, gdy w zakresie terapeutycznym nie można już nic zrobić dla pacjenta⁹.

Kodeks etyki lekarskiej wskazuje, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych¹⁰. Pojęcie stanu terminalnego nie zostało prawnie zdefiniowane. W literaturze wskazuje się, że jest to stan znacznego pogorszenia się choroby przewlekłej, gdy nie można już wdrażać leczenia przyczynowego¹¹. Stan terminalny można ująć również dynamicznie jako aktywny i postępujący proces chorobowy, który nie odpowiada

5 W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa [dostęp: 5 kwietnia 2024 r.].

6 Postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05, „Orzecznictwo Sądu Najwyższego Izba Cywilna” 2006, nr 7–8, poz. 137.

7 A. Gałęska-Śliwka, M. Śliwka, *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” 2009, z. 11, s. 28.

8 Postanowienie SN z dnia 27 października 2005 r., III CK 155/05.

9 M. Machinek, *Uporczywa terapia i eutanazja*, <https://wm.pl/Uporczywa-terapia-i-eutanazja,64557> [dostęp: 5 kwietnia 2024 r.].

10 Art. 32 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej, dalej: k.e.l., https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 5 kwietnia 2024 r.].

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

już na leczenie. Jest to proces, który trwa, w przeciwieństwie do śmierci nagłej¹². Odniesienia do pojęcia stanu terminalnego można znaleźć również w orzecznictwie sądowym. Sąd Apelacyjny w Gdańsku wskazał, że „samo stwierdzenie nieuleczalnej, niepoddającej się leczeniu przyczynowemu choroby nie jest wprawdzie stanem nagłym, lecz tak jak wskazała biegła, w ostatnich miesiącach życia, takim stanem być może, zwłaszcza, gdy pacjenci są w stanie ciężkim, bądź bardzo ciężkim. Ten okres życia pacjenta jest określany jako okres terminalny. Pacjent pozostający pod właściwą opieką może mieć ten okres wydłużony a cierpienie ostatniego okresu życia zniesione lub znacznie zmniejszone”¹³. Chory w stanie terminalnym znajduje się w określonej sytuacji klinicznej i społecznej, która wyraża się przez narastające dolegliwości fizyczne, postępujące ograniczenie sprawności ruchowej oraz ograniczenie w pełnieniu ról społecznych¹⁴.

Próba odpowiedzi na pytanie, jak długo należy podejmować uporczywą terapię, było wprowadzenie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych. Środki zwyczajne to środki, których zastosowanie daje racjonalną nadzieję na wyleczenie, a jednocześnie nie powoduje u pacjenta nieznośnego cierpienia. Środki nadzwyczajne natomiast to takie formy leczenia, których użycie nie niesie ze sobą racjonalnej nadziei na wyzdrowienie lub złagodzenie bólu albo które pociągają za sobą skutki uboczne w postaci nieznośnego cierpienia lub stanu niewygody¹⁵. Uporczywą terapię należy odróżnić od terapii nieuzasadnionej, która polega na podejmowaniu działań niemających jakiegokolwiek uzasadnienia medycznego, z uwagi na nieodwracalność pogorszenia stanu zdrowia albo brak związku ze stanem zdrowia pacjenta¹⁶.

Działania podejmowane przez lekarza, mające charakter uporczywej terapii, należy rozważać w kontekście ciążących na nim obowiązków w zakresie udzielania pomocy medycznej¹⁷. Andrzej Zoll wskazuje, 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. Norma prawna nie może od człowieka wymagać czegoś, co nie jest on w stanie jako adresat normy wykonać”¹⁸. W swej istocie stosowanie uporczywej terapii nie służy leczeniu, a jedynie czasowo blokuje umieranie, sztucznie przedłużając nieuniknioną już śmierć¹⁹.

Podstawowym czynnikiem, który decyduje o rezygnacji z uporczywej terapii, są kryteria medyczne, w szczególności rodzaj i zaawansowanie choroby oraz nieskuteczność terapii. Pewne wskazania dotyczące kontynuowania bądź zaprzestania leczenia mogą zawierać również akty prawne, orzeczenia sądów, rozstrzygnięcia Europejskiego Trybunału Praw Człowieka, a także wytyczne towarzystw lekarskich²⁰. Lekarz jest osobą, która

12 M. Kruczkowski, *Sytuacja administracyjnoprawna człowieka w stanie terminalnym*, Warszawa 2023, s. 87.

13 Wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 17 lipca 2015 r., V ACa 177/15, LEX nr 1842235.

14 K. de Walden-Gałuszko, *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa 2014, s. 164.

15 M. Szeroczyńska, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004, s. 51.

16 W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii...*

17 *Ibidem*.

18 A. Zoll, *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 5.

19 E. Schockenhoff, *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, Opole 2014, s. 358.

20 M. Boratyńska, J. Malczewski, *Prawo wobec medycyny...*, s. 580.

ma wiedzę dotyczącą możliwości ratowania ludzkiego życia, szans pacjenta na przeżycie oraz na dalsze funkcjonowanie²¹. Należy zgodzić się z Mirosławem Nesterowiczem, że w celu usunięcia wątpliwości co do prawidłowości diagnozy lekarskiej, dotyczącej stanu chorego i jego szans na przeżycie, decyzję o zaprzestaniu stosowania uporczywej terapii powinno podejmować konsylium lekarskie²². W skład takiego konsylium powinni wchodzić lekarze różnych specjalności, aby wszechstronnie ocenić stan pacjenta i zminimalizować ryzyko popełnienia błędu.

W literaturze medycznej nieuzasadnione czynności medyczne, które nie przynoszą zamierzonego celu terapeutycznego, określane są mianem „terapii daremnej”²³. Daremność leczenia nie wynika z decyzji lekarza, lecz z bezsilności medycyny wobec procesu końca życia. Co prawda termin „uporczywa terapia” nie występuje w żadnym powszechnie obowiązującym akcie prawnym, jednakże tym sformułowaniem posługuje się Kodeks etyki lekarskiej. Ponadto polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia wypracowała legalną definicję uporczywej terapii. De facto pojęcie terapii daremnej jest pozaprawnym synonimem terapii uporczywej²⁴. Należałoby rozważyć wprowadzenie do polskiego porządku prawnego terminu „terapia daremna”. Pozwoliłoby to na ujednoczenie stosowanej terminologii dotyczącej terapii u kresu życia.

3. Godność pacjenta jako wartość prawnie chroniona

Godność jest wartością chronioną konstytucyjnie. Przyrodzona i niezbywalna godność człowieka to źródło wolności i praw człowieka i obywatela. Jest ona nienaruszalna, a jej poszanowanie oraz ochrona są obowiązkiem władz publicznych²⁵. Z zasady poszanowania godności wynika, że człowiek powinien być traktowany jako wolny, autonomiczny podmiot, zdolny do rozwijania swej osobowości i kierowania własnym postępowaniem²⁶. Trybunał Konstytucyjny wskazał, że „konstytucja w całości kształcie swych postanowień daje wyraz pewnemu obiektywnemu systemowi wartości, którego urzeczywistnianiu powinny służyć proces interpretowania i stosowania poszczególnych przepisów konstytucyjnych. Dla określenia tego systemu wartości centralną rolę odgrywają postanowienia o prawach i wolnościach jednostki. Wśród tych postanowień centralne z kolei miejsce zajmuje zasada przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka”²⁷.

Problematyka dotycząca godności została również uregulowana w ustawach dotyczących ochrony zdrowia. Sytuacja prawna i faktyczna pacjentów stwarza większe niebezpieczeństwo

21 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 627.

22 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, Toruń 2004, s. 262.

23 J. Siewiera, A. Kübler, *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015, s. 55.

24 M. Szeroczyńska, *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*, „Medycyna Paliatywna” 2013, nr 5 (2), s. 37.

25 Art. 30 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. z 1997 r. nr 78, poz. 483).

26 Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 30 września 2008 r., K 44/07, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego – Seria A” 2008, nr 7, poz. 126.

27 Wyrok TK z dnia 23 marca 1999 r., K 2/98, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego” 1999, nr 3, poz. 38.

naruszenia ich godności. To właśnie godność wyznacza ramy traktowania pacjenta, zwłaszcza gdy poddany jest przymusowemu leczeniu²⁸. Godności człowieka odpowiadać będzie taki poziom życia, w którym zapewniona będzie jego egzystencja, opieka zdrowotna oraz niezbędne świadczenia ze strony władz publicznych w przypadku starości, choroby i związanej z tym niezdolności do pracy²⁹.

Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych³⁰. W doktrynie prawa intymność jest traktowana jako szczególny element sfery prywatności i bywa zawężana do faktów dotyczących jedynki i jej przeżyć, które w zasadzie nie są przez nią ujawniane nawet osobom najbliższym i których odsłonięcie przed kimkolwiek wywołuje zawsze uczucie wstydu, zakłopotania i udręki³¹.

Prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta przejawiać się będzie w szczególności w podmiotowym podejściu do jego osoby, które wymaga uwzględnienia prawa pacjenta do samostanowienia o kwestiach związanych z leczeniem. Każdy pacjent wymaga indywidualnego podejścia odnośnie do informowania go o stanie zdrowia, możliwych metodach leczenia oraz konsekwencjach ich zastosowania lub zaniechania. Działania te mają sprawić, że pacjent podejmie świadomą decyzję, czy chce być leczony w dany sposób. Ponadto pacjent powinien mieć odpowiedni czas na zastanowienie się i podjęcie decyzji³².

Podczas udzielania świadczeń zdrowotnych lekarz ma obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej pacjenta³³. Szacunek do intymności powinien polegać na minimalizowaniu jej naruszeń do rozmiaru niedającego się uniknąć, organizacji przestrzeni dającej choćby minimum izolacji od otoczenia oraz eliminowaniu obecności osób postronnych w miejscach, gdzie udziela się świadczeń zdrowotnych³⁴.

Wykonywanie każdej interwencji medycznej powinno przebiegać bez zbędnego wydłużania w czasie oraz w miarę możliwości jak najmniej boleśnie. Zadawanie nadmiernego i zbędnego bólu należy uznać za postępowanie naruszające godność pacjenta³⁵. Lekarz nie powinien pozwalać na cierpienie pacjenta, bardziej niż jest to niezbędne dla prawidłowego postawienia diagnozy i zastosowania właściwej terapii³⁶. Poszanowanie godności pacjentów jest szczególnie ważne w przypadku osób umierających, które mają

28 Wyrok TK z dnia 8 listopada 2001 r., P 6/01, „Orzecznictwo Trybunału Konstytucyjnego” 2001, nr 8, poz. 248.

29 R. Michalska-Badziak, *Godność pacjenta jako dobro chronione prawem administracyjnym*, [w:] *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, red. Z. Duniewska, Łódź 2014, s. 102.

30 Art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2023 poz. 1545) – dalej u.p.p.

31 P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, [w:] *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019, s. 431.

32 P. Grzesiewski, [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, 2021, LEX/el, komentarz do art. 20, teza 2.

33 Art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1516).

34 P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, s. 433.

35 M. Boratyńska, *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8, s. 77–78.

36 R. Michalska-Badziak, *Godność pacjenta...*, s. 102.

wyjątkowe potrzeby w zakresie łagodzenia bólu i lęków oraz które ze względu na swój stan nie mogą samodzielnie zadbać o to, aby ich prawa nie były naruszane³⁷.

Zarówno intymność, jak i godność należą do dóbr osobistych pozostających pod ochroną art. 23 Kodeksu cywilnego³⁸. Można stąd wywnioskować, że naruszenie prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta powoduje naruszenie dobra osobistego.

4. Prawo do umierania w spokoju i godności

Prawo do poszanowania godności obejmuje również prawo do umierania w spokoju i godności³⁹. Zapewnienie pacjentowi godnych warunków w ostatnim okresie życia jest zagadnieniem wieloaspektowym, które łączy się z innymi prawami pacjenta. Chory powinien być informowany o każdym fakcie związanym z jego stanem zdrowia oraz o proponowanych metodach leczenia. Na wszelkie podejmowane czynności medyczne powinna zostać uzyskana zgoda pacjenta⁴⁰.

W rekomendacji 1418 (1999) Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony praw człowieka i godności osób śmiertelnie chorych i umierających wskazano, że obowiązek poszanowania i ochrony godności śmiertelnie chorego lub umierającego wynika z nienaruszalności godności ludzkiej na wszystkich etapach życia. Ten szacunek i ochrona znajdują swój wyraz w zapewnieniu odpowiedniego środowiska, które umożliwi człowiekowi umrzeć z godnością. Prawa te są jednak zagrożone przez:

- a. niewystarczający dostęp do opieki paliatywnej,
- b. nieuwzględnianie potrzeb psychologicznych, społecznych i duchowych,
- c. sztuczne przedłużenie procesu umierania przez stosowanie nieproporcjonalnych środków medycznych lub kontynuowanie leczenia bez zgody pacjenta,
- d. brak ciągłego kształcenia i wsparcia psychologicznego dla pracowników służby zdrowia pracujących w medycynie paliatywnej,
- e. niedostateczną opiekę oraz wsparcie dla krewnych i przyjaciół śmiertelnie chorych lub umierających pacjentów,
- f. obawy pacjentów przed utratą autonomii i stanem się ciężarem dla ich krewnych lub instytucji,
- g. niewystarczające środki na opiekę dla śmiertelnie chorych lub umierających⁴¹.

Śmierć godna to taka, która niesie jak najmniej cierpienia i poniżenia⁴². Pacjent ma prawo do leczenia bólu, a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany

37 B. Gulla, B. Izydorczyk, R. Kubiak, *Godność i intymność pacjenta: aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków 2019, s. 277.

38 Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.).

39 Art. 20 ust. 2 u.p.p.

40 A. Wołoszyn-Cichocka, *Ochrona praw pacjenta: studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 270.

41 Parliamentary Assembly, Recommendation 1418 (1999). *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*, <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=16722> [dostęp: 6 kwietnia 2024 r.].

42 M. Lang, *Prawo najbliższych do czuwania przy umierającym jako element prawa do godnej śmierci*, [w:] *Obliczca Temidy. Aspekty prawne ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, red. I. Zgoliński, Bydgoszcz 2013, s. 75.

podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia⁴³. Podejmowane względem pacjenta działania powinny zapewnić mu maksymalny komfort i godne warunki w okresie kończącego się życia⁴⁴.

W opiece nad pacjentem będącym w stanie terminalnym szczególne znaczenie ma postępowanie personelu medycznego. Osoby wykonujące zawód medyczny powinny okazać cierpliwość pacjentowi, który przedstawia swoje dolegliwości oraz wypowiada się na temat przebiegu leczenia i rokowań⁴⁵. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania⁴⁶.

Prawo do umierania w spokoju i godności przysługuje pacjentowi niezależnie od tego, czy jest on świadomy czy nieświadomy swojego stanu, a także czy umiera nagle czy na skutek nieuleczalnej i ciężkiej choroby. 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 wiąże się z oceną szans leczniczych⁴⁷. Należy zaznaczyć, że Kodeks etyki lekarskiej wyznacza pewne normy postępowania, których lekarz powinien przestrzegać. Należałoby rozważyć zatem, czy możliwość rezygnacji przez lekarza z prowadzenia uporczywej terapii nie powinna być uregulowana w przepisach o randze ustawowej.

Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej, zwłaszcza w sytuacji pogarszania się stanu zdrowia lub zagrożenia życia. W wielu przepisach prawnych, regulujących stosunek państwa polskiego do poszczególnych wyznań, zagwarantowano zatem możliwość korzystania z posługi duchownej i realizacji wolności religijnej. Pacjent ma prawo do bezpośredniego kontaktu z duchownym wyznawanej religii, udziału w celebracjach religijnych oraz przyjmowania sakramentów⁴⁸. W przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest niezwłocznie umożliwić choremu kontakt z duchownym nawet poza ustalonymi godzinami jego wizyt. Jeżeli byłaby to pora nocna lub kontakt z duchownym wyznania pacjenta byłby utrudniony, podmiot wykonujący działalność leczniczą powinien dochować należytej staranności, aby taki kontakt umożliwić⁴⁹. Opieka duszpasterska może być niezwykle istotna w procesie przeżywania choroby, a w szczególności na etapie końca życia. Prawo do opieki duszpasterskiej ma zapewnić pacjentowi wsparcie, które pozwala na przeżycie choroby zgodnie z jego przekonaniem religijnymi i osobistymi wartościami.

Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska⁵⁰. Została ona zdefiniowana jako małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca

43 Art. 20a u.p.p.

44 D. Karkowska, *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 627.

45 D. Karkowska, *Ustawa o prawach pacjenta*, s. 310.

46 Art. 30 k.e.l.

47 Art. 32 k.e.l.

48 R. Kubiak, *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej*, „Medycyna Paliatywna” 2019, nr 11 (1), s. 35–38.

49 A. Wołoszyn-Cichočka, *Ochrona praw pacjenta: studium publicznoprawne*, Lublin 2017, s. 277–278.

50 Art. 21 ust. 1 u.p.p.

we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta⁵¹. W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego szpital powinien niezwłocznie skontaktować się z osobą bliską pacjenta, aby nie czuł się on opuszczony w ostatnich chwilach swojego życia⁵². Prawo pacjenta nieuleczalnie chorego do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych opiera się na potrzebie zapewnienia pacjentowi wsparcia emocjonalnego. Prawo to jest ściśle związane z zapewnieniem pacjentowi godności w ostatnich chwilach życia.

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami⁵³. Uwzględniając osiągnięcia techniki, należałoby zapewnić pacjentom również dostęp do Internetu⁵⁴. Kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz mogą ograniczyć korzystanie z praw pacjenta: w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu⁵⁵. Ograniczenie prawa do kontaktu powinno mieć miejsce tylko w wyjątkowych okolicznościach. Zwłaszcza w czasie epidemii lub pandemii należy chronić takie wartości jak życie i zdrowie pacjentów, osób odwiedzających oraz personelu medycznego. Wątpliwości może budzić ograniczenie prawa do kontaktu z bliskimi pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych ze względu na możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego. Priorytetem powinno być zapewnienie pacjentowi godnych warunków podczas przebywania w podmiocie leczniczym, a możliwości organizacyjne nie powinny prowadzić do nieproporcjonalnego ograniczania praw pacjentów.

Prawo do umierania w spokoju i godności obejmuje swoim zakresem kilka kluczowych zagadnień, takich jak: prawo do wolności od uporczywej terapii, prawo do łagodzenia bólu i innych cierpień, prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu wobec proponowanej terapii oraz ochrona tzw. autonomii informacyjnej. W przypadku chorych w stanach terminalnych lekarz powinien postępować z należyтым wyczuciem i delikatnością. W sytuacjach wyjątkowych, jeżeli rokowanie jest niepomyślne dla pacjenta, lekarz może ograniczyć informację o stanie zdrowia i o rokowaniu, jeżeli według jego oceny przemawia za tym dobro pacjenta. W takim przypadku lekarz powinien poinformować o stanie zdrowia pacjenta jego przedstawiciela ustawowego lub osobę upoważnioną przez pacjenta. Jednakże na żądanie chorego lekarz ma obowiązek udzielić mu wymaganej informacji⁵⁶. „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 godności”⁵⁷.

51 Art. 3 ust. 1 pkt 2 u.p.p.

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

53 Art. 33 ust. 1 u.p.p.

54 D. Karkowska, *Prawa pacjenta...*, s. 774.

55 Art. 5 u.p.p.

56 M. Śliwka, A. Gałęska-Śliwka, *Prawo do godnej śmierci pacjentów niezdolnych do podjęcia decyzji*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2012, t. 6, nr 1, s. 17–18.

57 M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, s. 420.

5. Zakończenie

Życie i zdrowie oraz godność człowieka są wartościami chronionymi przez Konstytucję RP. Prawa pacjenta są uszczegółowieniem fundamentalnych praw człowieka i pochodną jego prawa do ochrony zdrowia⁵⁸. Każdy pacjent ma prawo do poszanowania godności, które obejmuje również prawo do umierania w spokoju i godności.

W doktrynie prawa uporczywa terapia rozumiana jest jako nieuzasadnione medycznie kontynuowanie leczenia, które nie może dać pozytywnego rezultatu i jedynie przedłuża cierpienie chorego oraz narusza godność pacjenta. Ustawa o zawodzie lekarza stanowi, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Natomiast Kodeks etyki lekarskiej wskazuje, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Do polskiego systemu prawnego powinny zostać wprowadzone normy rangi ustawowej, które definiowałyby pojęcie stanu terminalnego. Warto również rozważyć zastąpienie terminu „terapia uporczywa” określeniem „terapia daremna”, zgodnym z terminologią stosowaną w naukach medycznych. Pozwoliłoby to na ujednoczenie nomenklatury. Ponadto przepisy prawa powszechnie obowiązującego powinny określać procedury umożliwiające odstąpienie od terapii daremnej. Regulacje prawne dotyczące zaprzestania stosowania terapii daremnej pozwoliłyby na zmniejszenie dylematów etycznych oraz przyczyniłyby się do respektowania praw pacjenta.

Szczegółowego uregulowania wymaga również instytucja odmowy wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych przez pacjentów znajdujących się w stanach terminalnych. W przypadku pacjentów nieprzytomnych, którzy nie są w stanie samodzielnie podejmować decyzji, istotne jest uwzględnienie ich wcześniejszych życzeń i wyrażonej woli. Uwzględnienie autonomii pacjenta w stanie terminalnym odnośnie do podejmowania decyzji dotyczących leczenia jest kluczowym elementem ochrony godności i praw pacjenta.

Ostatnie chwile życia każdego człowieka powinny przebiegać w warunkach poszanowania godności. Stosowanie uporczywej terapii może skutkować niewspółmiernym cierpieniem oraz bolesnym przedłużaniem życia. W przypadku gdy nie ma szansy na poprawę stanu zdrowia, stosowanie uporczywej terapii narusza prawo pacjenta do umierania w spokoju i godności.

⁵⁸ A. Ostrzyżek, *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4, s. 65.

Bibliografia

- Boratyńska M., *Znieczulenie na życzenie pacjenta*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 8.
- Boratyńska M., Malczewski J., *Prawo wobec medycyny końca życia*, [w:] *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, cz. 2, red. E. Zielińska, Warszawa 2019.
- de Walden-Gałuszko K., *Podstawy opieki paliatywnej*, Warszawa 2014.
- Gałęska-Śliwka A., Śliwka M., *Stan wegetatywny, eutanazja, zaniechanie uporczywej terapii*, „Państwo i Prawo” 2009, z. 11.
- Grzesiewski P., [w:] *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, red. D. Karkowska, 2021, LEX/el, komentarz do art. 20.
- Gulla B., Izydorczyk B., Kubiak R., *Godność i intymność pacjenta: aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków 2019.
- Karkowska D., *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Karkowska D., *Ustawa o prawach pacjenta. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, [w:] *System prawa medycznego. Regulacja prawna czynności medycznych*, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, Warszawa 2019.
- Kruczkowski M., *Sytuacja administracyjnoprawna człowieka w stanie terminalnym*, Warszawa 2023.
- Kubiak R., *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej*, „Medycyna Paliatywna” 2019, nr 11 (1).
- Kuczma P., *Prawna ochrona życia*, [w:] *Realizacja i ochrona konstytucyjnych wolności i praw jednostki w polskim porządku prawnym*, red. M. Jabłoński, Wrocław 2014.
- Lang M., *Prawo najbliższych do czuwania przy umierającym jako element prawa do godnej śmierci*, [w:] *Oblicza Temidy. Aspekty prawne ochrony zdrowia. Zagadnienia wybrane*, red. I. Zgoliński, Bydgoszcz 2013.
- Machinek M., *Uporczywa terapia i eutanazja*, <https://wm.pl/Uporczywa-terapia-i-eutanazja,64557>.
- Michalska-Badziak R., *Godność pacjenta jako dobro chronione prawem administracyjnym*, [w:] *Dobra chronione w prawie administracyjnym*, red. Z. Duniewska, Łódź 2014.
- Nesterowicz M., *Prawo medyczne*, Toruń 2004.
- Ostrzyżek A., *Prawo do ochrony zdrowia w świetle artykułu 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku*, „Prawo i Medycyna” 2005, nr 4.
- Pyszkowska J., *Opieka paliatywna – formy realizacji zasad współpracy z lekarzem rodzinnym*, „Przewodnik Lekarza” 2007, nr 2.
- Schockenhoff E., *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, Opole 2014.
- Siewiera J., Kübler A., *Terapia daremna dla lekarzy i prawników*, Wrocław 2015.
- Szeroczyńska M., *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie*, Kraków 2004.
- Szeroczyńska M., *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*, „Medycyna Paliatywna” 2013, nr 5 (2).
- Śliwka M., Gałęska-Śliwka A., *Prawo do godnej śmierci pacjentów niezdolnych do podjęcia decyzji*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2012, t. 6, nr 1.
- Weber T., *Daremna czy uporczywa terapia w medycynie paliatywnej*, [w:] *Etyczne aspekty decyzji medycznych*, red. J. Hartman, M. Waligóra, Warszawa 2011.
- Wołoszyn-Cichocka A., *Ochrona praw pacjenta: studium publicznoprawne*, Lublin 2017.

Wroński K., *Prawo chorego do umierania w spokoju i godności*, „Journal of Oncology” 2007, nr 57.

Wróbel W., *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/46416,rezygnacja-z-uporczywej-terapii-w-swietle-polskiego-prawa.

Zoll A., *Zaniechanie leczenia – aspekty prawne*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5.