

Prawo chorego do umierania w spokoju i godności

Konrad Wroński

Prawa pacjenta stanowią integralną część i konkretyzację szeroko rozumianych praw człowieka oraz są konsekwencją ewolucji, jaka dokonana się w ostatnim półwieczu w sferze tych praw. Jednym z podstawowych praw pacjenta jest prawo do umierania w spokoju i godności.

The patient's right to die in peace and with dignity

Patients' rights are an integral part and embodiment of human rights in their broad meaning, being a ramification of the evolution which occurred throughout the last 50 years within the domain of these rights. One of the basic patients' rights is the right to die peacefully and with dignity.

Słowa kluczowe: prawa pacjenta, prawa człowieka, śmierć

Key words: patients' rights, human rights, death

Wstęp

Prawa pacjenta są integralną częścią praw człowieka. Powstały one wskutek gwałtownego rozwoju wiedzy medycznej, po to, aby zminimalizować poczucie zagrożenia podmiotowych praw i godności jednostki ludzkiej [1-9].

Zagadnienia praw pacjenta są ściśle związane z zagadnieniami ochrony zdrowia i wolności człowieka. Zagadnienia przedmiotowe związane z prawami pacjenta regulowane są przez akty prawne o charakterze międzynarodowym, jak i poprzez ustawodawstwo krajowe [10-12]. W Polsce prawa te są zapisane w: Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, ustawie o zawodzie lekarza, ustawie o zawodzie pielęgniarstwa i położnej, ustawie o zakładach opieki zdrowotnej, ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, ustawie o pobieraniu oraz przeszczepianiu komórek, tkanek oraz narządów, kodeksie etyki lekarskiej, a także w kodeksie postępowania cywilnego i karnego.

Jednym z praw pacjenta w Polsce jest prawo do umierania w spokoju i godności.

Prawo chorego do umierania w spokoju i godności

Zgodnie z artykułem 19 ustęp 1 punkt 5 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej „pacjent ma prawo do: umierania w spokoju i godności”. W tym przypadku słowo „godność” jest używane w sensie człowieczeństwa i odnosi się do odpowiedniego traktowania chorego umierającego

przez personel medyczny. Chodzi o to, by ostatnim chwilom umierającego nie towarzyszyły obojętność i opuszczenie ze strony najbliższych.

Osoba umierająca powinna mieć zapewnioną humanitarną opiekę terminalną, a lekarz powinien w ostatnich chwilach życia łagodzić cierpienie chorego związane z bólem. Mówi o tym artykuł 30 Kodeksu Etyki Lekarskiej, gdzie znajduje się zapis: „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz powinien do końca łagodzić cierpienie chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia.” Łagodzenie bólu, jak i jakość kończącego się życia są szczególnie ważne w przypadku pacjentów onkologicznych.

Po to, aby chory mógł umierać w spokoju i godności, otoczony przez najbliższą rodzinę lub znajomych, w placówce opieki zdrowotnej, w artykule 20 ustęp 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej znajduje się następujący zapis: „W razie pogorszenia się stanu zdrowia chorego, powodującego zagrożenie życia lub w razie jego śmierci, szpital jest obowiązany niezwłocznie zawiadomić wskazaną przez chorego osobę lub instytucję, przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.” Zgodnie z tym artykułem, lekarz, widząc pogarszający się stan zdrowia chorego i możliwość zagrożenia życia, powinien niezwłocznie skontaktować się z rodziną umierającego, o każdej porze dnia czy nocy. W sytuacji zagrożenia życia obecność osoby wskazanej przez pacjenta gwarantuje, że nie będzie się on czuł opuszczony w ostatnich chwilach swojego życia.

W artykule 19a ustęp 2 w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej znajduje się zapis mówiący o konsekwencjach w przypadku zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności: „W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może, na żądanie najbliższego członka rodziny, innego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.” Artykuł 448 Kodeksu cywilnego mówi, że: „W razie naruszenia dobra osobistego sąd może przyznać temu, czyje dobro osobiste zostało naruszone, odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę lub na jego żądanie zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez niego cel społeczny, niezależnie od innych środków potrzebnych do usunięcia skutków naruszenia.”

W przypadku chorych w terminalnym stadium choroby nowotworowej, leczenie powinno się skupić głównie na utrzymaniu odpowiedniej jakości kończącego się życia, między innymi poprzez zwalczanie bólu. W takim przypadku lekarz ma również prawo do odstąpienia od reanimacji, zgodnie z artykułem 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.” Zgodnie z artykułem 38 ustęp 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry: „W przypadku odstąpienia od leczenia lekarz ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej.”

Należy pamiętać, iż w prawie polskim lekarz nie może „pomóc” pozbawić życia osoby w terminalnym stadium choroby. Zakazana jest zarówno eutanazja czynna (śmierć, która jest wynikiem aktywnego działania lekarza), jak i bierna (śmierć, która jest wynikiem nie stosowania odpowiednich środków lub procedur leczniczych). Zgodnie z artykułem 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej: „Lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa.” A w Kodeksie postępowania karnego w artykule 150 znajduje się zapis mówiący iż: „§ 1. Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5. § 2. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.”

Podsumowanie

Obecnie w Polsce trwa debata na temat długości podtrzymywania życia chorych w stanach terminalnych przez lekarzy i aparaturę medyczną. Istnieje zgodność, że lekarz nie powinien stosować „uporczywej terapii” w stosunku do chorego, gdy istnieje pewność, że nie ma szans na przywrócenie pacjenta do życia (artykuł 31 Kodeksu Etyki Lekarskiej). Według profesora Zolla: „leczenie musi być z medycznego punktu widzenia sensowne, to

znaczy muszą występować szanse wyleczenia (utrzymania życia) bądź zmniejszenia cierpienia. Leczenie nie może być podejmowane jedynie dla przedłużania umierania” [13].

Wykaz wykorzystanych aktów prawnych

- I. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 1997 roku
- II. Ustawa o Zakładach Opieki Zdrowotnej z dn. 30 sierpnia 1991 roku ze zmianami z 1992 roku i z 1995 roku
- III. Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 05 grudnia 1996 roku
- IV. Ustawa o zawodach pielęgniarzy i położnej z dnia 19.08.1994 roku
- V. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 26.09.1990 roku w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej lekarzy
- VI. Kodeks Cywilny
- VII. Kodeks Karny

Lek. Konrad Wroński

Klinika Chirurgii Onkologicznej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Regionalny Ośrodek Onkologiczny w Łodzi
ul. Paderewskiego 4; 93-509 Łódź
e-mail: konradwronski@poczta.wp.pl

Piśmiennictwo

1. Wroński K. Prawa pacjenta. *Nowotwory J Oncol* 2007; 3: 326-32.
2. Goodare H, Smith R. The rights of patients in research (editorial, comment). *BMJ* 1995; 310: 1277-8.
3. Liszewska A. Problem zgody pacjenta jako dylemat aksjologiczny. *Prawo i Medycyna* 1999; 1: 85-9.
4. Safjan D. Prawo pacjenta do informacji o rozpoznaniu i prognozowanych metodach leczenia. *Antidotum* 1993; 1: 26-8.
5. Ostrowska A. Prawa pacjenta. *Antidotum* 1996; 6-8: 86-90.
6. Nowicki M. *Europejska Konwencja Praw Człowieka*, wybór orzecznictwa. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck; 1998.
7. Mikołajczyk S. *Prawa pacjenta: wymagania i oczekiwania w stosunku do personelu medycznego*. Poznań: Wydawnictwo Medix, 1994.
8. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2001.
9. Nestorowicz M. *Prawo medyczne*. Toruń: 2000.
10. Wroński K. Znajomość praw pacjenta przez osoby chore leczone w Klinice Chirurgii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Onkologia Polska* 2007; 2: 75-83.
11. Popielski B. *Medycyna i prawo*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 1968.
12. Sośniak M. *Cywilna odpowiedzialność lekarza*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1989.
13. Zoll A. *Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenia w leczeniu*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1988.

Otrzymano i przyjęto do druku: 22 sierpnia 2007 r.