

Prof. dr hab. n. med. Karol Śliwka  
Emerytowany Kierownik Katedry i  
Zakładu Medycyny Sądowej  
UMK w Toruniu  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera  
w Bydgoszczy

Bydgoszcz, 07.11.2014r.

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu DZIEKANAT WYDZIAŁU LEKARSKIEGO	
wpł. dn.	17 LIS. 2014
L.dz. DL/	4867/14
Znak sprawy DL-	

## OCENA

rozprawy doktorskiej lek.med. Jacka Siewiera

n.t. „Kliniczna oraz formalno-prawna ocena postępowania w przypadku braku skuteczności terapii podtrzymującej życie“ sporządzona zgodnie z Uchwałą Rady Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu Nr 435/09/14, podjętą w dniu 25.09.2014r.

Współczesna medycyna cechuje się wdrożeniem do praktyki szeregu metod diagnostyczno-terapeutycznych, skutkujących pozytywnym efektem ratowania bądź przedłużania życia osób, u których doszło do wtórnego osłabienia lub nawet zatrzymania funkcji podstawowych układów, tj. krążenia i oddychania.

Funkcje tych układów pomimo pierwotnego wyłączenia ośrodków koordynujących, znajdujących się w mózgu, mogą być obecnie podtrzymywane poprzez utrzymanie pracy serca stosowną stymulacją elektryczną, mechaniczną czy farmakologiczną, a układu oddechowego poprzez stosowanie odpowiedniej mechanicznej wentylacji płuc. Wymienione wyżej i inne procesy, podtrzymujące dobrostan narządów wewnętrznych skutkują kolejnym w medycynie, po wdrożeniu do praktyki antybiotykoterapii i szczepień ochronnych, krokiem milowym, tj. transplantacją narządów. Wprowadzenie nawet najlepszych technik, pozwalających utrzymywać przez długi okres dobrostan narządów wewnętrznych, nie jest niestety równoznaczne z wygraną walki ze śmiercią. W praktyce każdy początek życia związany jest z początkiem procesów zmierzających do jego śmierci.

Specjalistyczne rozdrobnienie w medycynie wyznaczyło do walki ze śmiercią specjalistów anestezjologii. To również anestezjolodzy, widząc brak możliwości wygranej w każdym przypadku walki ze śmiercią, zaczęli zwracać uwagę na celowość i sens przedłużania życia, zwłaszcza w sytuacjach pierwotnego uszkodzenia mózgu

Siewier  
M. Śliwka  
7-11-2014

koordynującego działanie układów krążenia i oddychania. W dyskusjach nad celowością jak najdłuższego utrzymania życia, niebagatelne znaczenie przypisać również należy światopoglądowi religijnemu.

Niemniej to właśnie na lekarzach pracujących na oddziałach intensywnej terapii ciąży obowiązek nie tylko moralno-etyczny, ale również prawny wyciągnięcia wniosku co do celowości i czasu podejmowania decyzji, co do kontynuowania lub zaprzestania terapii podtrzymującej życie. Przy braku powszechnie aprobowanych zasad postępowania w takich przypadkach, środowisko anestezjologów polskich stworzyło zespół składający się ze specjalistów anestezjologii, prawników, specjalistów medycyny sądowej, przedstawicieli nauk filozoficznych, który stworzył propozycje rozwiązań sposobu postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów.

Jednym z członków tego zespołu jest Doktorant. Celem pracy doktorskiej jest analiza postępowania lekarzy intensywnej terapii, w przypadku nieskuteczności leczenia podtrzymującego życie, w okresie bliskim śmierci takiego chorego. Doktorant zakłada, że ujednoczenie i przyjęcie protokołu ograniczenia terapii wesprze proces definiowania i realizacji zaprzestania uporczywego i daremnego postępowania terapeutycznego, a tym samym wpłynie na zwiększenie bezpieczeństwa prawnego lekarzy anestezjologii, podejmujących takie decyzje kliniczne.

Z uwagi na zaproponowany przez w/w zespół protokół postępowania w odniesieniu do terapii uporczywej (daremnej) miał zostać zaprezentowany w trakcie obrad XVIII Międzynarodowego Zjazdu Zarządu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii we wrześniu br, recenzujący przyjmuje, że przedłożona do recenzji praca ma za zadanie dostarczenie dowodów naukowych, potwierdzających stanowisko wyrażone w dołączonych do rozprawy doktorskiej „Wytycznych postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (Terapii Daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli w oddziałach intensywnej terapii“.

Przedmiotowa rozprawa liczy 145 stron, zawiera zwyczajową konstrukcję w postaci rozdziałów: wprowadzenie, cel i tezy pracy, materiał i metodyka, wyniki, omówienie wyników oraz zakończenie, w których przedstawiono wnioski i propozycję rozwiązań stosowanych w środowisku lekarzy intensywnej terapii. Ponadto do pracy dołączono 3 załączniki:

1 – propozycja treści wytycznych ograniczenia terapii daremnej;

- 2 – streszczenie rozprawy doktorskiej w języku polskim;
- 3 – streszczenie rozprawy doktorskiej w języku angielskim;
- wyjaśnienie skrótów i znaczeń;
- spis tabel, które znajdują się w rozprawie (w ilości 3);
- spis rycin zawartych w rozprawie oraz
- wykaz piśmiennictwa.

W piśmiennictwie Doktorant przywołuje 158 prac, z czego 125 to prace głównie anglojęzyczne i 33 prace polskie.

We wprowadzeniu Doktorant w sposób przystępny omawia istotne problemy nurtujące środowisko lekarskie, omawia wpływ czasu jaki upływa od podjęcia decyzji o zaprzestaniu terapii z uwzględnieniem specyfiki i stanu zdrowia osób przebywających na oddziałach intensywnej terapii i skutków wywołanych podjęciem takiej decyzji, również w środowisku najbliższym choremu. Omawia również zmiany celów terapeutycznych po podjęciu takiej decyzji, która ma zapewnić choremu optymalny komfort życia w ostatnim okresie życia.

W podrozdziale zatytułowanym „Rokowanie“, Doktorant zwraca uwagę na to, że w odniesieniu do ograniczenia intensywnej terapii, kluczowe zagadnienie sprowadza się do pewnej i wiarygodnej oceny rokowania co do przyszłego przeżycia i zdrowia pacjenta. Rokowanie takie nie może opierać się na subiektywnej ocenie stanu zdrowia chorego i winno być oparte nie tylko o aktualny stan kliniczny ale również aktualny stan wiedzy z wykorzystaniem dostępnej technologii medycznej, dających podstawę do kolejnych decyzji terapeutycznych. W tej części pracy Doktorant przywołuje badania skandynawskie, z których wynika, że wobec tych samych pacjentów, różni lekarze w odniesieniu do decyzji o zaniechaniu lub nie terapii, podejmowali działania sprzeczne decyzyjnie. Decyzja o ograniczeniu terapii musi uwzględniać rokowanie, jednak winna opierać się o analizę stanu klinicznego z uwzględnieniem wyników badań laboratoryjnych, obrazowych czy czynnościowych. W podrozdziale „Społeczne czynniki wpływające na złożoność procesu umierania w OIT“, Doktorant omawia zagadnienia związane ze współczesnym postrzeganiem śmierci ewoluującym od czasów najdawniejszych. Okres pojmowania śmierci jako faktu śmierci człowieka został zaburzony rozwojem medycyny, skutkującym nie tylko leczeniem ale również odkładaniem śmierci na czas późniejszy, bowiem postępy farmakologii i technik medycznych pozwalają na utrzymanie funkcji ważnych dla życia narządów. Umieranie

pozostało jednak przykrą rzeczywistością. W dalszym ciągu śmierć jest jednak traktowana jako przegrane walki o życie chorego, a dla rodziny chorego jako wstydliva porażka lekarzy, którzy nie skorzystali ze współczesnej techniki i wiedzy medycznej.

Doktorant zwraca uwagę na brak w naszym kraju umiejętności odróżnienia takich pojęć jak eutanazja od zaprzestania uporczywej terapii. Powołuje się bowiem na wyniki badań CBOŚ z 2012r., z których wynika, że ponad połowa respondentów uważa, że eutanazja to jest odłączenie specjalnej aparatury podtrzymującej funkcje życiowe pacjenta po wypadku, jeżeli jest on w pełni świadomy i sam o to prosi. Utożsamianie „prośby świadomego chorego o pozbawienie życia“ jest niestety najczęstszym błędnym spojrzeniem przedstawicieli naszego społeczeństwa, ale nawet części lekarzy, na zagadnienie eutanazji. Stosowne akta prawne wyraźnie mówią, że jest to zabójstwo, z kręgu przestępstw uprzywilejowanych, ale o prośbie w tych aktach nic się nie mówi. Używa się natomiast pojęcia „żądanie“ i „pod wpływem współczucia“. W dalszej części wprowadzenia doktorant szeroko omawia i rozróżnia pojęcia terapii daremnej, uporczywej, niewskazanej, nieproporcjonalnej, nieprawidłowej, niewłaściwej w odniesieniu do spostrzeżeń co do sformułowań zawartych w polskich aktach prawnych. Ta część pracy jest doskonałym przewodnikiem terminologicznym dla osób nie posiadających wykształcenia prawnego.

Cel pracy został jasno określony. Doktorant pragnie dokonać analizy postępowania lekarzy intensywnej terapii, w przypadku nieskuteczności leczenia podtrzymującego życie w okresie bliskim śmierci takiego chorego. Doktorant zakłada również zaproponowanie stosownej terminologii, podporządkowanej obowiązującym aktom prawnym oraz ustalenie i wdrożenie jednolitego sposobu postępowania w przypadkach ograniczenia terapii podtrzymującej życie.

Do realizacji założonych celów pracy Doktorant z grupy 1449 chorych, leczonych na przestrzeni roku 2013 w 3 oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, wyselekcjonował 243 przypadki zakończone zgonem. Grupa ta została pomniejszona o 17 przypadków z uwagi na przekazanie oryginalnej dokumentacji lekarskiej dla potrzeb organów wymiaru sprawiedliwości lub z uwagi na istotne braki w tej dokumentacji, skutkujące tym, że przypadki te nie mogły być objęte analizę według kryteriów założonych przez doktoranta. Z grupy tej, z uwagi na odmiennosć kryteriów diagnostycznych śmierci stosowanych na oddziałach intensywnej terapii w porównaniu z kryteriami stosowanymi w procesie pobierania narządów do celów transplantacyjnych,

wykluczono dodatkowo 12 chorych. Zatem ostateczna liczba przypadków do realizacji celów pracy zawężona została do analizy 214 dokumentacji medycznych. W odniesieniu do tych chorych, Doktorant analizował i poddał opracowaniu statystycznemu okres ostatnich godzin ich życia, mieszczących się w przedziale 48 godzin. W tym przedziale czasowym, lekarze sporządzający dokumentację medyczną, rejestrowali w stałych 6-cio godzinowych odstępach czasu ciśnienie tętnicze, skurczowe i rozkurczowe oraz tętno, dawki podawanych leków wspomagających układ krążenia, wyniki wybranych badań laboratoryjnych, w tym gazometrycznych krwi tętniczej, jakość i liczbę wdrożonych działań resuscytacyjnych. Dla wyłączenia subiektywnej oceny przy analizie zmian parametrów zmian zachodzących w określonym czasie, posługiwano się matematyczną metodologią obliczenia błędu ocenianych parametrów.

Uzyskane wyniki z przeprowadzonej analizy materiału dołączonego do dokumentacji medycznej wskazują, że w grupie 214 przypadków ograniczenie podejmowania czynności resuscytacyjnych wobec ewentualnego zatrzymania krążenia potwierdzono odpowiednią adnotacją, co w tej dokumentacji miało miejsce w 34 przypadkach. Wyniki przeprowadzonej analizy, poparte statystyką wskazują, że wiek pacjenta utrzymywanego przy życiu nie miał wpływu na odstąpienie od działań resuscytacyjnych. Związek taki występował natomiast w odniesieniu do chorych, u których w czasie wcześniejszego postępowania terapeutycznego dokonano wpisu do historii choroby „nie resuscytować” (DMR). Ten wpis do dokumentacji medycznej miał również wpływ na ograniczenie podaży amin katecholowych, chociaż nie obserwowano takich korelacji z wiekiem chorego. Istotny związek statystyczny, między obecnością wpisu DNR a czasem pobytu chorego na oddziale intensywnej terapii miał również miejsce. Interesującym jest również to, że występował istotnie statystyczny związek pomiędzy ograniczeniem terapii aminami katecholowymi a zmianami poziomu elektrolitów w okresie poprzedzającym zgon pacjentów - zarówno w odniesieniu do jonów potasu jak i do jonów sodu.

Praca zakończona jest 5 nieponumerowanymi wnioskami, wynikającymi w większości z przeprowadzonej analizy dokumentacji medycznej. Jedyne wnioski przedostatni: „Bezpieczeństwo karno-prawne wykonywania zawodu lekarza oddziału intensywnej terapii zależy w istotnym stopniu od prowadzenia przez niego kompletnej, szczegółowej dokumentacji medycznej, związanej z procesem decyzyjnym o rozpoczęciu leczenia paliatywnego oraz rodzaju zastosowanych ograniczeń terapii” nie znajduje

uzasadnienia w analizowanym materiale. Doktorant nie oceniał bowiem procesów związanych z postępowaniem dochodzeniowym prokuratury i nie analizował wyroków sądowych w sprawach związanych z oceną postępowania lekarskiego w przypadkach zaniechania, wdrożenia lub odstąpienia od realizacji procedur przedłużających życie, a więc nie miał możliwości stwierdzić, że na odstąpienie od ścigania lub uniewinnienie od skazania, miał wpływ sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. Również wniosek ostatni o treści „Stworzenie formalnego protokołu oraz wytycznych postępowania w obliczu ograniczenia terapii daremnej na rzecz leczenia paliatywnego jest niezbędnym narzędziem pozwalającym na uprawnienie mechanizmów ochronny dóbr pacjenta oraz bezpieczeństwa prawnego lekarzy” w świetle proponowanego przez zespół autorów protokołu: „Postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów („Terapii Daremnej”) u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii, pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli” niejako jest wnioskiem post factum. Recenzujący domniemywa jedynie, iż Doktorant, który również należał do zespołu autorów tworzących powyższy protokół, dokonał mrówczej analizy dokumentacji medycznej, będącej podstawą do opracowania rozprawy doktorskiej natychmiast po okresie gromadzenia tej dokumentacji medycznej, co czynił od początku stycznia 2013 do końca grudnia 2013r. Być może zatem, zgromadzona dokumentacja medyczna, mogła posłużyć do stworzenia przez przywołany Zespół zasad „Postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów (Terapii Daremnej) ...” w okresie czasu wyprzedzającym zakończenie pracy redakcyjno-wydawniczej, związanej z ostatecznym opracowaniem rozprawy doktorskiej przed wrześniem 2014 roku, kiedy to XVIII Międzynarodowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii zaproponował przyjęcie treści protokołu „Postępowania Wobec Nieskuteczności Podtrzymywania Funkcji Narządów (Terapii Daremnej)....”. Publikacja wyników badań naukowych służyć bowiem może do ustalenia określonych norm prawnych lub ujednoczenia zasad postępowania lekarzy w określonym środowisku albo po ukazaniu się określonych zasad służyć może do poprawy zawartych w tych dokumentach zasad postępowania lub też wskazywać może na ewentualne niedociągnięcia proceduralne lub merytoryczne w takich dokumentach.

W przedmiotowym przypadku doszło zatem do wyprzedzenia czasowego opracowania „Postępowania Wobec Nieskuteczności Podtrzymywania Funkcji Narządów (Terapii Daremnej) u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii, pozbawionych

możliwości świadomego oświadczenia woli”, opracowanych przez zespół autorów w stosunku do rozprawy doktorskiej doktoranta Jacka Siewiera, zatytułowanej „Kliniczna oraz formalno-prawna ocena postępowania w przypadkach braku skuteczności terapii podtrzymującej życie”.

Z uwagi na fakt rozpoczęcia gromadzenia dokumentacji do rozprawy doktorskiej już w roku poprzedzającym ukazanie się wspomnianych wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii jak i udział Doktoranta w Komitecie opracowującym w/w wytyczne, niżej podpisany recenzujący domniemywa, że rozprawa doktorska prowadzona pod kątem realizacji określonego celu została zaplanowana i realizowana w okresie poprzedzającym stworzenie przez wyżej cytowany zespół autorów protokołu „Postępowania Wobec Nieskuteczności Podtrzymywania Funkcji Narządów (Terapii Daremnej) u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii, pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli”, a jedynie względy edytorskie i towarzyszące procesowi wszczęcia i zakończenia procesu doktorskiego, skutkowały wyprzedzającym ukazaniem się wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologicznego i Intensywnej Terapii przed zakończeniem procesu doktorskiego.

Zagadnienia natury jurystycznej zostały omówione poprawnie. Doktorant w przejrzysty sposób prezentuje wybrane aspekty prawne dotyczące uporczywej/daremnej terapii. Poziom merytoryczny oraz redakcyjny nie wzbudza większych uwag. W pracy przytoczono ważniejsze pozycje monograficzne oraz pojedyncze artykuły publikowane w czasopiśmie prawniczych. Doktorant przytacza aktualne wersje tekstów prawnych.

Trafna jest zasadnicza teza, iż system polski w niedostatecznym stopniu odpowiada na pytania, które często padają w praktyce funkcjonowania Oddziałów Intensywnej Terapii i Anestezjologii. Na tym tle nasuwają się jednak pewne spostrzeżenia oraz pytania.

Doktorant trafnie zauważa, iż "jedynie w Kodeksie Etyki Lekarskiej, w artykule 32 znalazł się zapis, odnoszący się do zagadnień daremności terapeutycznej". Stanowi on, że: "W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych". W braku aktów prawa pozytywnego, które regulowałyby wspomniane braki definicyjne, szczególnego znaczenia nabiera ustalenie charakteru prawnego Kodeksu Etyki Lekarskiej. Jak wskazuje się w doktrynie kodeks nie jest pozytywnym źródłem prawa w rozumieniu Konstytucji RP. Trybunał Konstytucyjny w orzeczeniu z dnia 23 kwietnia 2008 r. stwierdził jednak, że: „Postanowienia KEL, ujęte w izolacji od właściwych przepisów ustawowych, należą (...)

do odrębnego porządku normatywnego (deontologicznego) i uzyskują walor prawny w obszarze prawa powszechnie obowiązującego właśnie ze względu na ustawę o izbach lekarskich i w zakresie określonym przez jej przepisy”. Spośród norm prawnych nakładających na lekarza obowiązek postępowania zgodnie z zasadami deontologii zawodowej wskazać należy w szczególności art. 8 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który zobowiązuje osoby wykonujące zawód medyczny, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do kierowania się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorzady zawodów medycznych. Podobnie stanowi art. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który przewiduje, że lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należyłą starannością. Precyzowanie katalogu zasad etyki medycznej należy do samorządu lekarskiego. Zgodnie z treścią art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich zadaniem samorządu lekarzy jest m.in. ustanawianie zasad etyki lekarskiej, dbanie o ich przestrzeganie oraz udzielanie zainteresowanym lekarzom informacji dotyczących ogólnych zasad wykonywania zawodu, zasad etyki lekarskiej, a także o przepisach dotyczących ochrony zdrowia. Zgodnie z art. 8 członkowie izby lekarskiej są obowiązani m.in. przestrzegać zasad etyki lekarskiej, a w myśl art. 53 podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki lekarskiej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu lekarza.

Co więcej, wydaje się, iż zachowanie sprzeczne z zasadami deontologii zawodowej, jako działanie sprzeczne z zasadami współżycia społecznego może przesądzić o bezprawnym zachowaniu lekarza lub innego członka personelu medycznego, a w konsekwencji zostać uznane za czyn niedozwolony. Sąd Najwyższy w orzeczeniu z dnia 1 grudnia 2006 r. stwierdził, iż: „naruszenie przez biegłego rewidenta zasad wykonywania tego zawodu, określonych ustawowo oraz w tzw. normach deontologicznych może być uznane za czyn niedozwolony (...)”.

W opinii piszącego te słowa, powyższego wywodu zabrakło w recenzowanej pracy. Jego dokonanie w większym stopniu wzmocniałoby słuszną argumentację Doktoranta, o konieczności doprecyzowania pojęć zawartych w Kodeksie Etyki Lekarskiej, poprzez prace towarzystw naukowych (w tym Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii).



Na etapie ewentualnej publikacji warto wzbogacić pracę o rozważania natury cywilnoprawnej oraz prawno-medycznej. Uwaga ta dotyczy w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, którą Doktorant cytuje wybiórczo w kilku fragmentach rozprawy. Zabrakło w mojej ocenie wskazania na rolę niedoskonałego art. 20, który przewiduje, iż " 1. Pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. 2. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień." Oczywiście zapis ten nie jest doskonały, nie dotyczy wprost instytucji uporczywej terapii, oraz pozostawia pole do dyskusji na temat jego interpretacji oraz roli towarzystw naukowych. Niemniej jednak nie powinien pozostać bez słowa komentarza. W wielu przypadkach stosowanie uporczywej/daremnej terapii może zostać zakwalifikowane jako naruszenie praw pacjenta oraz jego dóbr osobistych w rozumieniu art. 23-24 kodeksu cywilnego. Uwagi te są o tyle istotne, iż w razie spełnienia przesłanek opisanych w kodeksie cywilnym, stosowanie uporczywej terapii może wiązać się odpowiedzialnością lekarza jak i podmiotu medycznego prowadzącego tego rodzaju działalność. Warto wreszcie dodać, iż art. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przewiduje *expressis verbis*, iż "1. W razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. 2. W razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego."

W części dotyczącej rozważań definicyjnych warto dodać elementy dotyczące oświadczeń składanych przez pacjentów na wypadek utraty świadomości. Przede wszystkim w obcych systemach prawnych zdarzały się sytuacje, gdy zaniechanie dalszej terapii nie wiązało się z negatywną oceną dalszych perspektyw leczniczych, a jedynie z ustaleniem, iż pacjent nie życzyłby sobie dalszej aktywności terapeutycznej. W wielu przypadkach sprzeciw pacjenta wynikał z oświadczenia woli złożonego na wypadek utraty świadomości (tzw. testament życia). Zdarzały się jednak sytuacje, w których sądy rozstrzygały, w braku stosownego dokumentu, w oparciu o tzw. testy subiektywne lub obiektywne, przy pomocy, których rozstrzygano o ewentualnych preferencjach pacjenta.

Na uwagę zasługuje postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r. Sprawa dotyczyła pacjentki, która w wyniku wypadku komunikacyjnego utraciła przytomność. Stan zdrowia kobiety wymagał przetoczenia krwi i preparatów krwiopochodnych. Z pisemnego oświadczenia znalezionego przy uczestnicze, zatytułowanego „Oświadczenie dla służby zdrowia – żadnej krwi” wynikało, że „bez względu na okoliczności” nie zgadza się na „żadną formę transfuzji krwi”, nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczna do ratowania zdrowia i życia. Jednocześnie pacjentka oświadczyła, że przyjmie środki niekwiopochodne zwiększające ilość osocza, leki tamujące krwawienie oraz środki pobudzające produkcję czerwonych krwinek, oraz że zgadza się na inne metody leczenia alternatywnego „bez podawania krwi”. Sąd Najwyższy zauważył, iż:

„Zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że niezgoda pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go. (...) Powszechnie, z powołaniem się na konstytucyjną gwarancję wolności, 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 – niesłuszna, niemniej zasada poszanowania jego woli, wpisana także w deontologię zawodu lekarza (np. art. 15 i 16 kodeksu etyki lekarskiej), nakazuje ją uszanować.”

Na aprobatę zasługuje natomiast fragment pracy poświęcony karnoprawnej kwalifikacji czynu w kontekście ograniczenia daremnej terapii. Doktorant w sposób jasny i przekonujący prezentuje dwie najważniejsze teorie prawne wyłączające odpowiedzialność lekarza dopuszczającego się zaniechania uporczywej terapii (teoria pierwotnej legalności zaniechania bezużytecznego leczenia oraz koncepcja kontratypu pozaustawowego).

Zgodzić trzeba się również z uwagami poczynionymi pod adresem sądów opiekuńczych oraz ich roli w ograniczeniu ryzyka prawnego, na które naraża się lekarz podejmujący decyzję o zaniechaniu uporczywej terapii.

W ocenianej pracy znaleziono drobne, nieistotne merytorycznie błędy językowe takie jak: - błąd stylistyczny na str. 6 w rozdziale „Wprowadzenie”, w zdaniu

rozpoczynającym się od słów: „Obiecujące wyniki terapii podtrzymującej życie pacjentów, poddanych rozległym zabiegom chirurgicznym lub urazom wielonarządowym ...” recenzujący zwraca uwagę, że urazów wielonarządowych można doznać czy też można im ulec, natomiast użycie sformułowania: „poddanych urazom ...”, może sugerować świadome podjęcie czynności zmierzających do zadania urazu, co wypacza sens zawarty w przytoczonym fragmencie.

- w zdaniu wtrąconym rozpoczynającym się od słów: „...dla przedstawicieli ...” pojawił się błąd stylistyczny, który zaburza logikę zdania. Można opacznie zrozumieć, że „...rola lekarza wobec śmierci człowieka ...” jest emanacją woli Boga, podczas gdy śmierć człowieka, zgodnie z regułą kościoła katolickiego, jest emanacją woli Boga. W obu przytaczanych błędach mamy do czynienia - co dla recenzującego jest oczywiste - wyłącznie z błędami stylistycznymi, a sam wywód i myśl przewodnia są prawidłowe, co wynika z szerszego kontekstu materiału zebranego w tym akapicie.

Błąd gramatyczny pojawił się również w innej części „Wprowadzenia” na stronie 12. W zdaniu rozpoczynającym się od słów: „W ocenie rokowania ..... istota problemu sprowadza się do uniknięcia błędów osądu lekarskiego opartych (dopisek recenzenta: zamiast opartego) na heurystycznym, subiektywnym podejściu”. Słowo „opartego” odnosi się do „osądu lekarskiego” (liczba pojedyncza) a nie do „błędów” (liczba mnoga). Błędów językowych o charakterze stylistycznym, gramatycznym, w pracy znajduje się jeszcze kilka, podobnie jak i błędów potocznie zwanych „literówkami”, czyli błędów polegających na przestawieniu lub pominięciu liter w wyrazie, np. w słowie „on” brak litery „e”, w zdaniu rozpoczynającym się od słów: „Znajdują on dziś ....” na stronie 6 „Wprowadzenia”. Znalaziono także kilka przykładów pominięcia zaimków i przyimków, np. na str. 13 w zdaniu rozpoczynającym się w pierwszym wersie od słów: „Wpływ tych czynników .... i w ostateczności proces podejmowanych decyzji, ....” a powinno być: „i w ostateczności na proces podejmowanych decyzji...”. Również w zdaniu rozpoczynającym się na stronie 37 od słów „Wówczas, zgodnie z propozycją E. Zielińskiej...” pominięto literę „w” w słowie „pranych”. Komentarz zamieszczony pod Tabelą 14 (str. 66) rozpoczynający się od słów: „Istnieje wyraźny związek, potwierdzony ...” winien znaleźć się pod tabelą Nr 15. Dobrze byłoby ujednoczyć nazewnictwo dni na pisane słownie lub cyframi (vide str. 75, w zdaniu rozpoczynającym się od słów: „Dla chorych leczonych powyżej 30 Dni ... (dni – przypis recenzującego).... podczas gdy w przedziale do ośmiu dni ...”).

W ocenie recenzującego nadesłana rozprawa doktorska lek. med. Jacka Siewiera stanowi samodzielne opracowanie, oparte o spostrzeżenia diagnostyczno-terapeutyczne zawarte w analizowanej dokumentacji medycznej poczynione przez lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, zaangażowanych w proces terapeutyczno-diagnostyczny chorych. Podjęty przez doktoranta temat badawczy posiada niebagatelne znaczenie dla praktyki, szczególnie dla lekarzy pracujących na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, niemal na co dzień stykających się z problemami natury etycznej, towarzyszącymi terapii podtrzymywania życia. Oryginalność podjętej tematyki sprowadza się głównie do zwrócenia uwagi środowiska prawniczego na problemy przekraczające możliwości terapeutyczne w odniesieniu do takich chorych. Problematyka z pogranicza życia i śmierci nie została bowiem wyraźnie zdefiniowana a tym samym, niekiedy nawet w ocenie skrajnie ciężkich przypadków, budzi się w społeczeństwie podejrzenie zbyt wczesnego odstąpienia od działań medycznych, mających chronić życie. Społeczność reprezentująca takie nastawienie zapomina, że w biologii każde narodziny prowadzą do śmierci. Natomiast owe odstąpienie, lub zaprzestanie zmagania ze śmiercią, o ile znajduje uzasadnienie w obrazie morfologiczno-klinicznym chorego w licznych przypadkach znosi, a co najmniej minimalizuje i skraca okres niepotrzebnych cierpień takich chorych. W miejsce walki ze śmiercią lekarskie środowisko wprowadziło bowiem szeroko rozumianą opiekę paliatywną skutkującą realizacją potrzeb somatyczno-psychicznych chorych, możliwie na jak najwyższym poziomie. Zaprzestanie leczenia podtrzymującego jedynie funkcje podstawowych układów, czyli terapii daremnej, niestety sprowadza się do wytyczenia punktów granicznych, wyraźnie oddzielających skuteczne i mające na celu przywrócenie sprawności somatyczno-psychicznych, przynajmniej na minimalnym poziomie codziennego funkcjonowania, od stanu somatyczno-psychicznego obserwowanego w chwili podejmowania decyzji o kontynuowaniu lub zaprzestaniu takiej terapii. Na to pytanie niestety, również po zapoznaniu się z opracowaniem Doktoranta, dalej nie mamy odpowiedzi. Analiza rozprawy doktorskiej, przeprowadzona pod kątem sposobu jej opracowania, tj. trafności doboru metod i narzędzi badawczych, jak i poprawności formułowania problemów wskazuje, że Doktorant posiada wysoki zasób wiedzy z zakresu podjętego problemu badawczego. Ze względu na uzyskane rezultaty praca ta staje się niejako praktycznym przewodnikiem, pozwalającym przeprowadzić lekarzy, stykających się w codziennej praktyce lekarskiej z problemami terminalnego okresu życia chorych, przez zawile meandry prawne tak aby nie spotkać się z zarzutem

celowego zaniechania wdrożenia lub odstąpienia od działań terapeutycznych. Rozprawa jest napisana zrozumiałym, nawet dla nielekarzy, językiem a dobór literatury, aczkolwiek szeroki, uznać należy za trafny. Z problematyką tą spotykają się lekarze całego świata. Problem ten praktycznie nigdzie nie został rozwiązany stosownie z wymogami prawa karnego, które badane zjawiska najchętniej ocenia w kategoriach jednoznaczności tj. w kategoriach tak lub nie. Natomiast nauki biologiczne, a do takich zaliczyć należy nauki medyczne, takiej jednoznaczności, najprawdopodobniej nigdy nie osiągną.

W ocenie recenzującego rozprawa lek. med. Jacka Siewiera pt. „Kliniczna oraz formalno-prawna ocena postępowania w przypadku braku skuteczności terapii podtrzymującej życie“ spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1. „Ustawy z dnia 14.06.2003r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz.U. Nr 65, poz 595 z póź. zmianami)”.

W tym przekonaniu pragnę przedłożyć Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu wniosek o dopuszczenie lek. med. Jacka Siewiera do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

prof. dr hab. med. Karol Śliwka