

# Korzyści wynikające z wprowadzenia instytucji pełnomocnika medycznego

## Projekt Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia

Opieka nad pacjentami niezdolnymi do świadomego wyrażenia zgody na leczenie powoduje wiele wątpliwości w praktyce polskiego systemu ochrony zdrowia. Również przepisy prawne nie ułatwiają lekarzom podejmowania działań medycznych wobec chorych, którzy nie mogą lub nie chcą decydować o diagnostyce lub terapii. Wśród tych pacjentów są osoby dorosłe, które z reguły nie mają przedstawiciela ustawowego, uprawnionego do wyrażenia zgody. W związku z tym, poza sytuacjami, gdy pacjent wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej, konieczne jest uzyskanie przez lekarza zezwolenia sądu opiekuńczego. Należy podkreślić, że faktyczne korzystanie ze zgody zastępczej sądu w każdym przypadku, gdy jest ona wymagana mogłoby doprowadzić do paraliżu wymiaru sprawiedliwości i niemożności niezwłocznego uzyskania decyzji sądu. W związku z tym, w praktyce dochodzi niekiedy do nadużyć polegających na leczeniu pacjenta za zgodą opiekuna faktycznego, która w świetle prawa jest z reguły niewystarczająca (może dotyczyć wyłącznie badania, lecz nie terapii), albo do nieuprawnionego działania bez zgody, w okolicznościach, gdy pacjent nie wymaga niezwłocznej pomocy lekarskiej. Ponadto, obecnie obowiązujące przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry nie przewidują możliwości udzielania przez lekarza świadczeń zdrowotnych po uzyskaniu zgody wyrażonej przez pełnomocnika, ustanowionego uprzednio przez pacjenta na podstawie przepisów prawa cywilnego.

W odpowiedzi na powyższe problemy, w celu zwiększenia wpływu pacjenta na decyzje dotyczące leczenia, które będą podejmowane w przyszłości, a także w celu ułatwienia lekarzom opieki nad chorymi, niezdolnymi do wyrażenia zgody, Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia opracowała projekt instytucji pełnomocnika medycznego. W świetle założeń projektu, pełnomocnik medyczny to wybrana przez pacjenta osoba, która reprezentuje jego wolę, stanowisko oraz interesy w sytuacji, gdy sam pacjent nie może lub nie chce tego uczynić samodzielnie<sup>1</sup>. Takiego pełnomocnika mógłby ustanowić każdy, kto ukończył 16 lat, spośród dowolnie wybranych przez siebie osób dorosłych i nieubezważonych, poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej lub ustnie w obecności świadków. Z perspektywy lekarza, pełnomocnik będzie mógł wyrazić zgodę na wykonanie badania lub leczenie wyłącznie po przedłożeniu placówce medycznej oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika medycznego oraz oświadczenia pełnomocnika medycznego o wyrażeniu zgody na bycie pełnomocnikiem. Ponadto, niezbędne jest wystąpienie jednej z dwóch przesłanek, w postaci albo utraty przez pacjenta zdolności do podejmowania decyzji, albo wyrażenia woli, aby decyzje w jego imieniu podejmował pełnomocnik. Należy podkreślić, że zgodnie z projektem na

pełnomocniku medycznym nie będzie ciążył obowiązek opieki nad pacjentem, a jego rola ograniczy się przede wszystkim do podejmowania decyzji dotyczących udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych.

Proponowana instytucja nie została ukształtowana jako rodzaj pełnomocnictwa przewidzianego w Kodeksie cywilnym, lecz jest zupełnie nowym rozwiązaniem przygotowanym na bazie regulacji z zakresu prawa medycznego, zawartych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Zakłada ona przyznanie pełnomocnikowi medycznemu kompetencji w zakresie podejmowania decyzji oraz dostępu do informacji, a także realizacji innych działań w interesie i na rzecz pacjenta. Tak szeroki zakres czynności pełnomocnika uzasadnia konieczność wprowadzenia zmian również w kilku ustawach szczególnych, takich jak: ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, ustawa prawo farmaceutyczne, ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawa o zawodzie fizjoterapeuty, ustawa o działalności leczniczej, a także rozporządzeń. Wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących pełnomocnika medycznego będzie wymagało, niewątpliwie, określenia relacji w jakich pozostaje on w stosunku do przedstawiciela ustawowego pacjenta, którego występowanie z mocy prawa lub na podstawie orzeczenia sądu powinno wykluczać możliwość podejmowania decyzji przez pełnomocnika. Istotna jest również rola pełnomocnika medycznego w zakresie podejmowania decyzji dotyczących udziału pacjenta w eksperymencie medycznym i badaniach klinicznych, która powinna zostać uregulowana w sposób zapewniający pacjentowi możliwość dostępu do eksperymentalnych form terapii, a naukowcom możliwość prowadzenia badań naukowych, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ochrony dobra pacjenta.

Szczegółowa charakterystyka instytucji pełnomocnika medycznego została opisana w pracy opublikowanej w Polskim Archiwum Medycyny Wewnętrznej pt. *Institution of the health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics*, a następnie w rozszerzonej wersji w *Medycynie Praktycznej* pt. *Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia*<sup>1,2</sup>.

Za wprowadzeniem wyżej opisanych zmian w polskim ustawodawstwie przemawiają istotne korzyści dla pacjentów, ich bliskich, lekarzy, placówek medycznych, a także dla poprawy funkcjonowania sądów opiekuńczych. W praktyce, pełnomocnik medyczny będzie mógł podejmować decyzje w sprawach, w których konieczność wykonania badania lub wdrożenia terapii nie budzi wątpliwości, a jedyną barierą dla lekarzy są względy formalne. Zgodnie z aktualnym stanem praw-

nym, u pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody, niewymagających niezwłocznej pomocy lekarskiej, niezbędne jest bowiem, oczekiwanie na zezwolenie sądu opiekuńczego, które w wielu przypadkach powoduje opóźnienie przyjęcia chorego do placówki, wykonania zabiegu lub wypisania ze szpitala. W ten sposób dochodzi do naruszenia dobra pacjenta, a niekiedy także generowane są dodatkowe koszty związane z jego przedłużonym pobytem w podmiocie leczniczym. Problem ten dotyczy także pacjentów spełniających kryteria do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną lub opieką długoterminową, wobec których konieczność uzyskania zezwolenia sądu może stanowić poważną barierę w dostępie do przysługujących im świadczeń.

Wprowadzenie w Polsce instytucji pełnomocnika medycznego może pozwolić członkom rodziny pacjentów, którzy są trwale niezdolni do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a wcześniej ustanowili pełnomocnika, na uniknięcie postępowania sądowego o ubezwłasnowolnienie, na którego wynik trzeba z reguły czekać wiele miesięcy. Z kolei, ograniczenie liczby postępowań prowadzonych przez sądy opiekuńcze, zredukuje wydatki obciążające budżet państwa oraz zmniejszy obciążenie sądów sprawami dotyczącymi zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które może zastąpić zgoda wyrażona przez pełnomocnika medycznego. Również dla lekarzy i podmiotów leczniczych, współpraca z pełnomocnikiem medycznym pacjenta, pozwoli na uniknięcie obciążeń organizacyjnych i administracyjnych związanych z inicjowaniem postępowania przed sądem opiekuńczym, a obowiązki formalne zostaną ograniczone wyłącznie do sporządzenia adnotacji w dokumentacji medycznej oraz wykonania, a także dołączenia do dokumentacji kopii oświadczeń pacjenta i pełnomocnika. Istotną korzyścią, wynikającą z aktywności pełnomocnika jest stworzenie dla lekarza bardziej bezpiecznych pod względem prawnym warunków pracy z pacjentami niezdolnymi do podejmowania decyzji, a dla bliskich tych chorych, uzyskanie możliwości decydowania o leczeniu, jeśli taką wolę uprzednio pacjent wyraził.

Propozycja Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia przewiduje wprowadzenie rozwiązań, które w możliwie najmniejszym stopniu będą obciążały pacjentów, ich bliskich, lekarzy, podmioty lecznicze, a także administrację państwową. W świetle projektu, oświadczenie o ustanowieniu pełnomocnika mogłoby zostać złożone przez pacjenta na piśmie lub ustnie w obecności świadków, a następnie spisane przez świadków. Należy podkreślić, że osoba, posługująca się wobec lekarza fałszywym oświadczeniem, będzie podlegała odpowiedzialności karnej. Zapropionowana forma oświadczenia nie wymaga od pacjenta poniesienia dodatkowych kosztów, ani zaangażowania notariusza, dzięki czemu pełnomocnik medyczny mógłby zostać ustanowiony w dowolnym miejscu i czasie.

W projekcie nie została przewidziana możliwość rejestracji pełnomocników medycznych w formie centralnego rejestru, którego utworzenie i obsługa generowałyby koszty dla budżetu państwa oraz placówek medycznych. Przyjęto koncepcję notyfikacji, polegającej na przedstawieniu lekarzowi lub

podmiotowi leczniczemu oświadczenia o ustanowieniu pełnomocnika oraz oświadczenia o wyrażeniu przez niego zgody. Pełnomocnik mógłby skutecznie podejmować decyzje w imieniu pacjenta dopiero po przedstawieniu lekarzowi lub podmiotowi leczniczemu ww. oświadczeń.

Propozycja Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia zakłada działanie pełnomocnika w razie utraty przez pacjenta zdolności do podejmowania decyzji dotyczących diagnozowania i terapii lub w sytuacji, gdy pacjent wyrazi wolę, aby decyzje w jego imieniu podejmował pełnomocnik medyczny. Pełnomocnik mógłby więc podejmować decyzje również w przypadku, gdy pacjent nie chce być informowany o stanie zdrowia lub z różnych powodów nie chce decydować o swoim leczeniu. Takie rozwiązanie odpowiada potrzebom pacjentów, których stan zdrowia jest dynamiczny i ulega zmianom, związanym z czasową utratą zdolności do podejmowania decyzji. Daje ono pacjentowi gwarancje zachowania prawa do podejmowania decyzji w każdym czasie, w tym prawo do pozbawienia pełnomocnika medycznego takiej możliwości, a także swobodnego odwołania pełnomocnika. Obok nadzoru pacjenta nad pełnomocnikiem medycznym, projekt zakłada również kontrolę sądu opiekuńczego, który może odwołać pełnomocnika, jeśli jego decyzje zagrażają dobru pacjenta. Dzięki temu lekarz i inne osoby z otoczenia pacjenta mogą w razie wątpliwości dotyczących działania pełnomocnika zwrócić się do sądu.

Projekt przewiduje możliwość określenia w oświadczeniu pacjenta listy osób, które w ustalonej przez niego kolejności będą pełniły funkcję pełnomocnika medycznego, na wypadek gdyby osoba wskazana w pierwszej kolejności nie mogła, lub nie chciała być pełnomocnikiem, albo w sytuacji, gdy lekarz nie mógłby się z nią porozumieć. Pacjent, ustalając taką listę będzie przekonany, że w przyszłości jego wola, stanowisko oraz interesy mają zagwarantowaną odpowiadającą jego preferencjom reprezentację.

Proponowana instytucja przewiduje także nadrzędny charakter uprzednich oświadczeń woli, wyrażonych przez pacjenta nad decyzjami pełnomocnika medycznego, co stanowi punkt wyjścia do uregulowania tego rodzaju oświadczeń, a także jest odpowiedzią na istniejące w tym zakresie orzecznictwo sądów.

Propozycja Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, jest zbiorem rozwiązań, których wprowadzenie do polskiego prawa może przynieść wiele korzyści dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia, a jednocześnie, poza wprowadzeniem zmian w przepisach prawa, nie wymaga nakładów finansowych, poważnych zmian administracyjnych i organizacyjnych w podmiotach leczniczych, ani nie obciąża nadmiernie pracowników tych podmiotów obowiązkami. Dodatkowo, może przynieść oszczędności dla budżetu państwa i zmniejszyć zakres zadań lekarzy oraz ryzyko ich odpowiedzialności prawnej, związane z postępowaniem wobec pacjentów niezdolnych do wyrażenia zgody.

Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia jest stałym zespołem ekspertów, składającym się z lekarzy, etyków i prawników, którzy podczas odbywających się cyklicz-

nie seminariów i spotkań wypracowują rozwiązania, definicje i standardy postępowania oraz proponują zmiany w przepisach prawa zmierzające do poprawy sytuacji pacjentów z zaawansowanymi chorobami i ich otoczenia. Grupa działa nieprzerwanie od 2008 r., a jej przewodniczącymi są ks. prof. Wojciech Bołoz z Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, prof. Małgorzata Krajnik z Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz prof. Tomasz Grodzicki z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Członkami Grupy, aktywnie uczestniczącymi w jej pracach są naukowcy z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego: prof. dr hab. Monika Lichodziejewska-Niemierko i dr Leszek Pawłowski z Zakładu Medycyny Paliatywnej oraz prof. dr hab. Ewa Jassem i dr Piotr Janowiak z Kliniki Alergologii.

Do najważniejszych projektów realizowanych przez grupę należało wypracowanie w 2008 r. definicji uporczywej terapii wraz z komentarzem oraz opracowanie w 2016 r. założeń i projektu wprowadzenia do polskiego prawa instytucji pełnomocnika medycznego. W pracach nad pierwszym z projektów brali udział: Wojciech Bołoz, Małgorzata Krajnik (przewodniczący) oraz Anna Adamczyk, Piotr Aszyk, Agnieszka Barczak-Oplustil, Leszek Bosek, Zbigniew Gaciong, Tomasz Grodzicki, Beata Jagielska, Ewa Jassem, Romuald Krajewski, Michał Królikowski, Krzysztof Kusza, Anna Latawiec, Monika Lichodziejewska-Niemierko, Marian Machinek, Michał Myśliwiec, Grzegorz Opolski, Maria Rogiewicz, Piotr Sobański, Jerzy

Wordliczek, Włodzimierz Wróbel i Zbigniew Żylicz<sup>3,4</sup>. Z kolei, w opracowaniu instytucji pełnomocnika medycznego uczestniczyli: Wojciech Bołoz, Małgorzata Krajnik, Tomasz Grodzicki (przewodniczący) oraz Anna Adamczyk, Piotr Aszyk, Agnieszka Barczak-Oplustil, Iwona Filipczak-Bryniarska, Marek Czarkowski, Zbigniew Gaciong, Piotr Janowiak, Ewa Jassem, Romuald Krajewski, Andrzej Kobylński, Dariusz Kuć, Monika Lichodziejewska-Niemierko, Anna Orońska, Leszek Pawłowski, Tomasz Pasierski, Karolina Smoderek, Piotr Sobański, Małgorzata Szeroczyńska i Jerzy Wordliczek<sup>1,2</sup>.

dr Leszek Pawłowski,  
prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko,  
Zakład Medycyny Paliatywnej

### Piśmiennictwo:

<sup>1</sup> Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, et al. *Institution of the health care agent in Polish legislation: position of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics, Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2016, 126 (5), s. 313-320.

<sup>2</sup> Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, et al. *Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, Medycyna Praktyczna* 2016, 330 (5), s. 102-111.

<sup>3</sup> Bołoz W, Krajnik M, et al. *Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, 2(3), s. 77-78.

<sup>4</sup> Bołoz W, Krajnik M, et al. *The definition of overzealous therapy. The consensus of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics, Advances in Palliative Medicine* 2008, 7(3), s. 77-78.

## Komentarz do artykułu

W 3 numerze (marzec 2018 r.) *Gazety AMG* ukazał się artykuł autorstwa studentki V roku WL i jednego z adiunktów Katedry i Kliniki Otolaryngologii, zatytułowany *Blok zajęć z otolaryngologii oczami studentki V roku*. Przeczytałem ten artykuł z mieszanymi uczuciami, ponieważ uważna lektura opisanych spostrzeżeń dotyczących organizacji i przebiegu zajęć, a zwłaszcza zaangażowania asystentów wywołuje wrażenie, że jest to tekst napisany na zamówienie dla celów promocyjnych, tym bardziej, że autorka odbywała ćwiczenia pod bezpośrednim nadzorem kierownika dydaktycznego Katedry i Kliniki Otolaryngologii. Wykorzystanie zależności student – nauczyciel dla promowania tegoż nauczyciela ocenić należy jako uwłaczające obyczajom akademickim.

Czytelnik może ponadto odnieść wrażenie, że dydaktyka w Katedrze i Klinice Otolaryngologii rozkwitła dopiero teraz, pod nowym kierownictwem. Dydaktyka w tej jednostce prowadzona jest nieprzerwanie od 70 lat, kiedy zainicjował ją pierwszy szef Kliniki, profesor Jarosław Iwaszkiewicz. Zadania dydaktyczne – przed- i podyplomowe – realizowane były także w czasie, kiedy kierowałem Katedrą i Kliniką Otolaryngologii w latach 1995-2017. I ja i poprzedni kierownicy Katedry, nie zapominając, że jesteśmy w równym stopniu nauczycielami, jak i lekarzami, dbaliśmy o to, aby zachowana była równowaga pomiędzy działalnością dydaktyczną, naukową i lekarską. Ćwiczenia i seminaria a wcześniej również wykłady prowadzone były systematycznie z wykorzystaniem całej dostępnej bazy dydaktycznej, choć w czasie, kiedy

Klinika zajmowała chylący się ku upadkowi budynek nr 16, prowadzenie zajęć dydaktycznych wymagało szczególnego zaangażowania zespołu. Bez przerywania zaplanowanego ciągu zajęć i bez uszczerbku dla jakości nauczania przeszliśmy trudny okres (marzec 2012 r.) przeprowadzki do nowego budynku CMI i przygotowania nowych pomieszczeń dla studentów. Był to ponadto czas intensywnych prac przygotowujących krajowy zjazd naszego Towarzystwa. Bez zaburzeń, jeżeli nie liczyć nieprawidłowego rozliczenia pensum przez osobę wyznaczoną do tego, Klinika zrealizowała program nauczania w roku akademickim 2016/2017, w którym zajęcia dotyczyły podwójnych roczników. Było to zasługą zaangażowania prawie całego zespołu asystentów i dobrej organizacji pracy na oddziale i bloku operacyjnym, tj. elastycznego połączenia zadań dydaktycznych i usługowych.

W przywołanym artykule autorzy informują, że część zajęć odbywała się w prosektorium Zakładu Medycyny Sądowej, gdzie studenci uczyli się na zwłokach wykonywania tracheotomii i konikotomii. Pomysł ćwiczeń na zwłokach powstał 12 lat temu, a ćwiczenia prowadzone w prosektorium, wysoko oceniane przez studentów także wcześniejszych roczników, zostały w Klinice wprowadzone jako pierwsze w Polsce.

W ostatnim zdaniu autorzy artykułu piszą, że otolaryngologia, jeśli chodzi o przebieg i organizację zajęć *postawiła poprzeczkę bardzo wysoko*. Ja dodam, że nie wyżej niż była dotychczas.

prof. Czesław Stankiewicz,  
emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii