

# DOKUMENTACJA I PROBLEMY PRAWNE W OPIECE PALIATYWNEJ

---

Agata Wnukiewicz-Kozłowska

Interdyscyplinarna Pracownia Prawa Medycznego  
i Bioetyki

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii

Uniwersytet Wrocławski

# Przepisy dotyczące dokumentacji medycznej

- Wspólne dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych są przepisy dotyczące prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej, zawarte w rozdziale 7 UPP.
- Rozwiązania szczegółowe zawarte są w odpowiednich rozporządzeniach (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania)

# Dokument - istota

- Powinien zawierać informacje (dane)
- Utrwalone pisemnie lub innymi znakami
- Niezależnie od materiału, na którym zostały pozostawione
  
- Innymi słowy istotne cechy dokumentu to
- Oznaczenie wystawcy
- Data i miejsce sporządzenia
- Oświadczenie woli wystawcy/treść dokumentu
- Podpis

# Wymogi minimum dla dokumentu medycznego (art. 25 UPP)

1. Oznaczenie pacjenta
2. Oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych
3. Opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych
4. Data sporządzenia

- Ustawa o prawach pacjenta określa minimalne wymagania dokumentacji. Zgodnie z art. 25 upp: „Dokumentacja medyczna zawiera co najmniej: 1) oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości a) nazwisko i imię (imiona), b) datę urodzenia, c) oznaczenie płci, d) adres miejsca zamieszkania, e) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, f) w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania; 2) oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych; 3) opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych; 4) datę sporządzenia”.

- Artykuł 41 ust. 1 uzl nakłada na każdego lekarza powinność prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Ustęp 2 art. 41 odsyła zaś do upp, przewidując, że: „Sposób prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej przez lekarza określają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. Z tak przyjętej regulacji wynika, że prowadzenie dokumentacji medycznej ma charakter obowiązku ustawowego, którego naruszenie może stanowić podstawę odpowiedzialności prawnej.

- W interpretacji Sądu Najwyższego obowiązek prowadzenia dokumentacji wiąże się z wykonywaniem zawodu lekarza (post. SN z dnia 24.05.2007 r., I KZP 11/07, OSNKW 2007, Nr 6, poz. 48). Trybunał Konstytucyjny wyraźnie wskazał z kolei, że: „obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej dotyczy wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, czyli również zakładów niepublicznych” (wyr. TK z dnia 28.11.2005 r., K 22/05, OTK-A 2005, Nr 10, poz. 118).

# Formy prowadzenia dokumentacji medycznej

- Pisemna
- Elektroniczna
- Uwaga!!! Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, jeżeli prowadzą dokumentację medyczną w formie elektronicznej, muszą również prowadzić ją w formie papierowej
- 31 lipca 2014 roku weszła w życie ustawa z 22 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Wynika z niej, że dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej do 31 lipca 2017 r.



# Rodzaje dokumentacji medycznej

- 1. Indywidualna: wewnętrzna i zewnętrzna
- 2. Zbiorcza

# Podstawowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej

- Wpisu dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia medycznego
- Użytego w art. 455 k.c. termin “niezwłocznie” nie należy utożsamiać z terminem natychmiastowym, termin “niezwłocznie” oznacza bowiem termin realny, mający na względzie okoliczności miejsca i czasu, a także regulacje zawarte w art. 354 i art. 355 k.c. Takie stanowisko zajął Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 30 czerwca 2011 r., sygn. akt III CSK 282/10, LEX nr 898707.

- Wpisy dokonywane są w języku polskim (ew. łacina z tłumaczeniem na polski) w sposób czytelny

- Obowiązuje chronologiczny porządek wpisów

- Każdy wpis wymaga oznaczenia osoby dokonującej wpisu

- Wpis dokonany w dokumentacji medycznej nie może być z niej usunięty, a jeżeli został dokonany błędnie, zamieszcza się przy nim adnotację o przyczynie błędu oraz datę i oznaczenie osoby dokonującej adnotacji

- W dokumentacji papierowej strony są numerowane

- Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości pacjenta, w dokumentacji dokonuje się oznaczenia NN, z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości



- **§ 1.** Dokumentacja medyczna, zwana dalej "dokumentacją", jest prowadzona w postaci elektronicznej lub w postaci papierowej.
- **§ 2.** 1. Dokumentację stanowi:
  - 1) dokumentacja indywidualna - odnosząca się do poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych;
  - 2) dokumentacja zbiorcza - odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych.
- 2. Dokumentacja indywidualna obejmuje:
  - 1) dokumentację indywidualną wewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej "podmiotem";
  - 2) dokumentację indywidualną zewnętrzną - przeznaczoną na potrzeby pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot.
- 3. Dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności:
  - 1) historia zdrowia i choroby;
  - 2) historia choroby;
  - 3) karta noworodka;
  - 4) karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
  - 5) karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
  - 6) karta wizyty patronażowej;
  - 7) karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego.
- 4. Dokumentację indywidualną zewnętrzną stanowią w szczególności:
  - 1) skierowanie do szpitala lub innego podmiotu;
  - 2) skierowanie na badanie diagnostyczne lub konsultację;
  - 3) zaświadczenie, orzeczenie, opinia lekarska;
  - 4) karta przebiegu ciąży;
  - 5) karta informacyjna z leczenia szpitalnego;

# Oświadczenia pacjenta

- W dokumentacji indywidualnej wymagane są:
- Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeń zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia

- Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia

- Oświadczenie pacjenta o wyrażeniu zgody albo zezwolenie sądu opiekuńczego na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego według zasad określonych w rozdziale 5 komentowanej ustawy

# Załączniki

- Każdy dodatkowy dokument dołączony do historii choroby powinien zawierać co najmniej imię i nazwisko pacjenta. Oryginały dokumentów, które pacjent udostępnił na czas pobytu w szpitalu, podmiot leczniczy ma obowiązek zwrócić za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji szpitala.

- W podmiotach przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, takich jak: zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład rehabilitacji leczniczej lub inny zakład leczniczy przeznaczonych dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, jak również w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego prowadzi się dokumentację medyczną, stosując odpowiednio przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

- **§ 37.** <sup>(10)</sup> 1. Do prowadzenia dokumentacji w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakładzie rehabilitacji leczniczej lub innym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, stosuje się odpowiednio przepisy § 13 ust. 1, § 14, § 15, § 17-20, § 22, § 24-26 i § 29-32, z zastrzeżeniem, że **dokumentacja jest sporządzana przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w tym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.**

- **§ 13. 1.** Historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.



- **§ 14.** Historia choroby zawiera pogrupowane informacje dotyczące:
  - 1) przyjęcia pacjenta do szpitala;
  - 2) przebiegu hospitalizacji;
  - 3) wypisania pacjenta ze szpitala.

- **§ 15. 1.** Do historii choroby dołącza się dokumenty dodatkowe, w szczególności:
  - 1) kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej;
  - 2) kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną;
  - 3) kartę obserwacji lub kartę obserwacji przebiegu porodu;
  - 4) kartę gorączkową;
  - 5) kartę zleceń lekarskich;
  - 6) kartę przebiegu znieczulenia, jeżeli było wykonane w związku z udzielonymi świadczeniami zdrowotnymi;
  - 7) kartę zabiegów fizjoterapeutycznych, jeżeli były wykonane;
  - 8) kartę medycznych czynności ratunkowych, w przypadku, o którym mowa w § 52 ust. 2;
  - 9) kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, dołączaną po wypisaniu pacjenta ze szpitala;
  - 10) wyniki badań diagnostycznych, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
  - 11) wyniki konsultacji, jeżeli nie zostały wpisane w historii choroby;
  - 12) protokół operacyjny, jeżeli była wykonana operacja.
- 2. Każdy z dokumentów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, zawiera co najmniej imię i nazwisko pacjenta.
- 3. Do historii choroby dołącza się oświadczenia pacjenta, o których mowa w § 8, jeżeli nie zostały zamieszczone w historii choroby.
- 4. Do historii choroby dołącza się na czas pobytu pacjenta w szpitalu:
  - 1) dokumentację indywidualną zewnętrzną udostępnioną przez pacjenta, w szczególności kartę przebiegu ciąży, karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie, jeżeli są istotne dla procesu diagnostycznego, leczniczego lub pielęgnacyjnego;
  - 2) dokumentację indywidualną pacjenta prowadzoną przez inne komórki organizacyjne szpitala i dokumentację archiwalną szpitala dotyczącą poprzednich hospitalizacji pacjenta;
  - 3) wyniki wcześniejszych badań diagnostycznych, udostępnione przez pacjenta, o ile są istotne dla procesu diagnostycznego lub leczniczego.
- 5. Oryginały dokumentów, o których mowa w ust. 4 pkt 1 i 3, zwraca się za pokwitowaniem pacjentowi przy wypisie, sporządzając ich kopie, które pozostawia się w dokumentacji wewnętrznej szpitala.

- **§ 17. 1.** Historia choroby, w części dotyczącej przyjęcia pacjenta do szpitala, zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
  - 1) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala;
  - 2) numer w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta;
  - 3) tryb przyjęcia;
  - 4) datę przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 5) istotne dane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyniki badań dodatkowych i dane o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienie przyjęcia;
  - 6) rozpoznanie wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego;
  - 7) oznaczenie lekarza przyjmującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.
- 2. W przypadku przyjęcia pacjenta do szpitala na podstawie skierowania, skierowanie dołącza się do historii choroby.
- 3. Skierowanie, o którym mowa w ust. 2, zawiera:
  - 1) oznaczenie podmiotu wystawiającego skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
  - 2) oznaczenie pacjenta, zgodnie z art. 25 pkt 1 ustawy;
  - 3) rozpoznanie ustalone przez lekarza albo położną wystawiających skierowanie;
  - 4) inne informacje, w szczególności wyniki badań diagnostycznych, w zakresie niezbędnym do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
  - 5) datę wystawienia skierowania;
  - 6) oznaczenie lekarza albo położnej wystawiających skierowanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

- **§ 18.** 1. Historia choroby, w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji, zawiera:
  - 1) dane uzyskane z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego;
  - 2) wyniki badań diagnostycznych lub konsultacji;
  - 3) informacje na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu.
- 2. Do historii choroby w części, o której mowa w ust. 1, dołącza się:
  - 1) wyniki obserwacji stanu zdrowia pacjenta w formie karty obserwacji lub wyniki obserwacji przebiegu porodu w formie karty obserwacji przebiegu porodu;
  - 2) informacje o zleceniach lekarskich oraz ich wykonaniu w formie karty zleceń lekarskich;
  - 3) informacje dotyczące procesu pielęgnowania, czynności pielęgniarskich lub położniczych w postaci karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karty indywidualnej opieki prowadzonej przez położną.
- 3. Wpisy w karcie obserwacji lub w karcie obserwacji przebiegu porodu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.
- 4. Wpisy w karcie zleceń lekarskich są dokonywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia są dokonywane przez osobę wykonującą zlecenie.
- 5. Wpisy w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej lub karcie indywidualnej opieki prowadzonej przez położną są dokonywane przez pielęgniarkę lub położną sprawującą opiekę nad pacjentem. Wpisy o wykonaniu zlecenia, czynności pielęgniarskiej lub położniczej są dokonywane przez osobę realizującą plan opieki.
- 6. Wpisy dotyczące monitorowania bólu są dokonywane przez lekarza, pielęgniarkę lub położną.

- **§ 19.** Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala, zawiera:
- 1) rozpoznanie kliniczne składające się z określenia choroby zasadniczej, będącej główną przyczyną hospitalizacji, chorób współistniejących i powikłań;
- 2) numery statystyczne chorób zasadniczych i chorób współistniejących, ustalone według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 3) opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań diagnostycznych i zabiegów oraz operacji, z podaniem numeru statystycznego procedury medycznej, ustalonego według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta;
- 4) epikryzę;
- 5) <sup>(7)</sup> adnotację o przyczynie i okolicznościach wypisania ze szpitala, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) datę wypisu.

- **§ 20.** Historia choroby, w części dotyczącej wypisania pacjenta ze szpitala w przypadku zgonu pacjenta, poza informacjami wymienionymi w § 19 pkt 1-4, zawiera:
  - 1) datę zgonu pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
  - 2) opis słowny stanów chorobowych prowadzących do zgonu wraz z odstępami czasu pomiędzy ich wystąpieniem:
    - a) przyczynę wyjściową albo przyczynę zewnętrzną urazu lub zatrucia,
    - b) przyczynę wtórną,
    - c) przyczynę bezpośrednią;
  - 3) protokół komisji stwierdzającej śmierć mózgową, jeżeli taka miała miejsce;
  - 4) adnotację o wykonaniu lub niewykonaniu sekcji zwłok wraz z uzasadnieniem podjętej decyzji;
  - 5) adnotację o pobraniu ze zwłok komórek, tkanek lub narządów.

- **§ 22.** 1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia na podstawie historii choroby albo karty noworodka kartę informacyjną z leczenia szpitalnego.
- 2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem.
- 3. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz dodatkowo:
  - 1) rozpoznanie choroby w języku polskim;
  - 2) opis wyników badań diagnostycznych lub konsultacji;
  - 3) opis zastosowanego leczenia, a w przypadku wykonania zabiegu lub operacji - datę wykonania;
  - 4) wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia;
  - 5) orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia;
  - 6) adnotacje o produktach leczniczych wraz z dawkowaniem i wyrobach medycznych w ilościach odpowiadających ilościom na receptach wystawionych pacjentowi;
  - 7) terminy planowanych konsultacji, na które wystawiono skierowania.
- 4. W przypadku, o którym mowa w art. 9 ust. 4 ustawy, dopuszcza się podanie rozpoznania w języku łacińskim.
- 5. Karta informacyjna z leczenia szpitalnego w przypadku zgonu pacjenta zawiera dane, o których mowa w § 10 ust. 1 pkt 1-4, rozpoznanie choroby w języku polskim oraz dane, o których mowa w § 20 pkt 1, 2 i 4.
- 6. Dwa egzemplarze karty informacyjnej z leczenia szpitalnego są wydawane pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 pkt 2. Trzeci egzemplarz karty informacyjnej z leczenia szpitalnego jest dołączany do historii choroby.
- 7. W przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, karta informacyjna z leczenia szpitalnego jest dołączana do historii choroby, a jej wydruk w postaci papierowej jest wydawany w dwóch egzemplarzach pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie, o której mowa w § 8 pkt 2.

- **§ 24. 1.** Lekarz wypisujący przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby albo kartę noworodka do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.
- **2.** W przypadku, o którym mowa w § 23 ust. 4, lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz przedstawia zakończoną i podpisaną przez siebie historię choroby do akceptacji i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.



- **§ 25.** 1. Zakończoną historię choroby lub kartę noworodka przekazuje się do komórki organizacyjnej właściwej do spraw dokumentacji chorych i statystyki medycznej.
- 2. Komórka, o której mowa w ust. 1, po sprawdzeniu kompletności historii choroby lub karty noworodka, przekazuje historię choroby do archiwum szpitala.
- 3. W przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2, historia choroby jest przechowywana w komórce organizacyjnej udzielającej świadczenia zdrowotnego przez cały okres leczenia.

- **§ 26.** Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem księgi, zawiera:
- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia pacjenta, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) imię i nazwisko, numer PESEL - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, oraz adres miejsca zamieszkania pacjenta;
- 5) kody resortowe komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał;
- 6) rozpoznanie wstępne;
- 7) rozpoznanie przy wypisie;
- 8) określenie rodzaju leczenia, w tym istotne badania diagnostyczne, wszystkie zabiegi i operacje;
- 9) datę wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta - datę zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) adnotację o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane;
- 12) <sup>(8)</sup> adnotację o okolicznościach, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych określonych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;
- 14) informację o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 15) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- 16) numer karty depozytowej, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 40 ustawy.

- **§ 29.** Księga chorych oddziału, opatrzona numerem księgi, zawiera:
- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer pacjenta w księdze;
- 3) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 4) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 5) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- 6) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d;
- 7) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 8) rozpoznanie wstępne;
- 9) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;
- 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany;
- 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d.

- **§ 30.** Księga raportów lekarskich zawiera:
- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) datę sporządzenia raportu;
- 4) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 5) oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

- **§ 31.** Księga raportów pielęgniarskich zawiera:
- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny wpisu;
- 3) treść raportu, w szczególności imię i nazwisko pacjenta, a w razie potrzeby inne dane pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta, opis zdarzenia, jego okoliczności i podjęte działania;
- 4) statystykę oddziału, w tym liczbę osób przyjętych, wypisanych, zmarłych;
- 5) datę sporządzenia raportu;
- 6) oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

- **§ 32.** Księga zabiegów zawiera:
- 1) oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 2) numer kolejny pacjenta w księdze;
- 3) datę wykonania zabiegu;
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta - jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w razie braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 5) oznaczenie lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a-d, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot - także oznaczenie tego podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1;
- 6) adnotację o rodzaju zabiegu i jego przebiegu;
- 7) oznaczenie lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3.

- , dnia 201 r.
- Oznaczenie komórki organizacyjnej
- podmiotu leczniczego
- Nr księgi głównej<sup>1</sup>
- 
- Imię i nazwisko pacjenta
- Data urodzenia
- PESEL
- **OŚWIADCZENIE**
- Stosownie do wymogu § 8 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) oświadczam, że upoważniam
- ,
- (imię i nazwisko)
- nr tel. , zam. do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia, planowanych i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.
- .....
- podpis, miejscowość i data
- 
- ---

 <sup>1</sup> Jeżeli jest prowadzona

- , dnia 201 r.
- Oznaczenie komórki organizacyjnej
- podmiotu leczniczego
- Nr księgi głównej<sup>1</sup>
- 
- Imię i nazwisko pacjenta
- Data urodzenia
- PESEL
- **OŚWIADCZENIE**
- Stosownie do wymogu § 8 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) oświadczam, że upoważniam
- ,
- (imię i nazwisko)
- nr tel. , zam. do uzyskiwania dostępu do dotyczącej mnie dokumentacji medycznej. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskiwania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mnie dokumentacji medycznej.
- 
- .....
- podpis, miejscowość i data
- 
- \_\_\_\_\_
- <sup>1</sup> Jeżeli jest prowadzona



# Przechowywanie dokumentacji

- Dokumentacja powinna być przechowywana w sposób zapewniający jej poufność, zabezpieczenie przed dostępem osób nieupoważnionych oraz zniszczeniem lub zagubieniem. Sposób przechowywania dokumentacji powinien umożliwiać jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki

# Udostępnianie dokumentacji

- Jednym z elementów realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej jest jej udostępnianie, które odbywa się na zasadach określonych w art. 26-28 upp. Zasadniczo można wymienić **trzy sposoby udostępniania**: przez wgląd do dokumentacji w siedzibie podmiotu udzielającego świadczenia medycznego, przez sporządzenie wyciągów, odpisów lub kopii, za co można pobierać opłatę (metoda jej wyliczania określona jest w art. 28), przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu (należy tutaj pamiętać o sporządzeniu kopii i umieszczeniu ich w dokumentacji przed wydaniem oryginału) – art. 27 upp.

- Wyrazem poszanowania autonomii pacjenta są przepisy art. 26 upp oraz § 8 rozporządzenia o dokumentacji medycznej odnoszące się do informacji i co się z tym wiąże dostępu do dokumentacji. Zgodnie z nimi do historii zdrowia i choroby dołącza się imię i nazwisko osoby upoważnionej przez pacjenta do otrzymywania informacji o stanie jego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą albo oświadczenie o braku takiego upoważnienia, a także oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku jego śmierci, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenie pacjenta o braku takiego upoważnienia. W doktrynie podkreśla się, że forma takiego oświadczenia może być zarówno ustna jak i pisemna, ale z praktyki wyraźnie wynika, że dla jasności sytuacji powinno się jednak zachować formę pisemną (co zresztą nie nastręcza problemów, gdy pacjent wypełnia gotowy formularz, zaznaczając w nim odpowiednie opcje i wypełniając przeznaczone do tego pola a następnie opatrując dokument własnoręcznym podpisem).

Art. 3 ust. 1 pkt 2 UPP: „**osoba bliska** - małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta”

- **Krewni w linii prostej do drugiego stopnia**, to osoby pochodzące jedna od drugiej w dwóch pokoleniach: wstępnymi (rodzice, dziadkowie) i zstępnymi (dzieci, wnuki). Stosunek powinowactwa zaś to relacja między jednym małżonkiem, a krewnymi drugiego. Powinowatymi do drugiego stopnia w linii prostej są zatem: teść i teściowa, dziadkowie współmałżonka, pasierb/pasierbica (dzieci współmałżonka).

- Art. 3 ust. 1 pkt 1 UPP: „**opiekun faktyczny** - osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga

Kazus Terri Schiavo, 28.09.2009

Paul S. Mueller MD MPH

Medycyna Praktyczna 2009/09

- 25 lutego 1990 roku u 26-letniej Terri Schiavo wystąpiło zatrzymanie czynności serca. Przyczyna tego zdarzenia do dzisiaj pozostaje nieznana.<sup>[2]</sup> Terri została zresuscytowana, ale doszło do ciężkiego uszkodzenia mózgu wskutek niedokrwienia i niedotlenienia, w wyniku czego kobieta nie odzyskała przytomności. Ostatecznie rozpoznano u niej trwały stan wegetatywny (*persistant vegetative state* – PVS), charakteryzujący się występującymi naprzemiennie okresami przebudzenia i snu, odruchową reakcją na światło i odruchami gardłowymi. Tomografia komputerowa głowy wykazała ciężki zanik mózgu, a elektroencefalografia ujawniła brak aktywności kory mózgowej. Pomimo zastosowania licznych metod leczenia nie udało się u chorej przywrócić jakichkolwiek funkcji poznawczych ani ruchowych. Ponieważ Terri nie mogła połykać wody ani pokarmów, wykonano przezskórną gastrostomię metodą endoskopową w celu odżywiania i nawadniania pacjentki. Należy zauważyć, że przywrócenie w znaczącym stopniu funkcji poznawczych i ruchowych u osób z ciężką encefalopatią wskutek niedokrwienia i niedotlenienia po 3 miesiącach od rozpoznania PVS zdarza się niezwykle rzadko. I rzeczywiście po zatrzymaniu czynności serca u Terri nie zauważono znaczącego przywrócenia czynności mózgu.<sup>[3]</sup> Ani prowadzone tuż po zdarzeniu śledztwo policyjne,<sup>[4]</sup> ani autopsja wykonana po jej śmierci<sup>5</sup> nie wykazały, aby kobieta była ofiarą przemocy fizycznej.

- W chwili zatrzymania czynności serca Terri była żoną Michaela Schiavo. Na podstawie lekarskiej diagnozy sądy i władze stanu Floryda uznały, że Terri nie jest w stanie samodzielnie podejmować decyzji.[\[8\]](#) Zgodnie z prawem obowiązującym na Florydzie Michael Schiavo był osobą uprawnioną do podejmowania decyzji w imieniu Terri. Co więcej – sądy formalnie przyznały Michaelowi to prawo. Robert i Mary Schindlerowie, rodzice Terri, przez wiele lat nie kwestionowali prawa Michaela do decydowania w imieniu ich córki. W tym czasie Michael mieszkał pod jednym dachem z teściami. Schindlerowie zachęcali go nawet, żeby ułożył sobie na nowo życie i spotykał się z innymi kobietami.[\[9\]](#) W okresie, o którym mowa, Michael zabiegał o intensywne leczenie żony (stosowanie fizjoterapii, terapii zajęciowej, wszczepienie stymulatora wzgórza itp.).

- W roku 1992 stosunki między Michaeliem a Schindlerami zaczęły się psuć. Nie wiemy (i pewnie już się nie dowiemy), co było tego przyczyną.<sup>6</sup> W wyniku tego Schindlerowie zwrócili się do sądu z wnioskiem o odebranie Michaelowi prawa do podejmowania decyzji w imieniu Terri. Złożone w sądzie zeznania potwierdziły, że Michael zawsze działał właściwie i w najlepszym interesie żony, więc sądy podtrzymały jego prawo do decydowania w zastępstwie Terri.[\[10\]](#) W roku 1994 Michael stracił nadzieję, że Terri wyjdzie ze stanu wegetatywnego. Przypomniał sobie, że przed zatrzymaniem czynności serca jego żona mówiła innym, iż gdyby ciężko zachorowała i nie byłoby nadziei na znaczącą poprawę jej stanu, to nie chciałaby być sztucznie podtrzymywana przy życiu[\[11\]](#) – Michael zwrócił się do sądu z prośbą o wydanie zgody na odłączenie sondy, przez którą Terri była odżywiana. Wtedy zaprotestowali Schindlerowie, zapowiadając, że nie zrezygnują ze sztucznego odżywiania Terri, bez względu na jej życzenia.[\[12\]](#) Sądy orzekły, że dowody na to, jakie postępowanie wybrałaby sama Terri (np. że nie chciałaby być sztucznie odżywiana i nawadniana, gdyby się znalazła w PVS) są "jasne i przekonujące".[\[11,13\]](#) W wyniku tego orzeczenia w kwietniu 2001 roku po raz pierwszy odłączono sondę. Co istotne, sądy potwierdziły, że w przypadku, w którym nie znane są życzenia pacjenta, domyślnym postępowaniem powinno być dążenie do zachowania życia (a więc i kontynuowanie terapii podtrzymującej życie).[\[9\]](#)



- W ciągu 4 kolejnych lat przedstawiono liczne petycje, przeprowadzono wiele rozpraw i złożono liczne apelacje. W sprawę Schiavo zaangażowane były sądy wszystkich instancji: Okręgowy Sąd Apelacyjny stanu Floryda, Sąd Najwyższy stanu Floryda i Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, jak również władze wykonawcze i ustawodawcze tak na poziomie stanowym, jak i krajowym (w tym Prezydent i Kongres Stanów Zjednoczonych). Trzykrotnie przerywano podawanie pokarmów i płynów Terri i dwukrotnie je wznowiano. Kobieta zmarła 31 marca 2005 roku, blisko 2 tygodnie po tym, jak po raz trzeci odłączono sondę i nie było już możliwości wniesienia kolejnej apelacji.

- **1.** Pacjent posiadający zdolność do czynności prawnych ma prawo odmowy poddania się leczeniu lub żądać jego zaprzestania, niezależnie od tego czy jest on w stanie terminalnym, czy nie.
- 2.** To samo prawo (egzekwowane za pośrednictwem pełnomocnika) przysługuje pacjentowi nieposiadającemu zdolności do czynności prawnych.
- 3.** Z etycznego i prawnego punktu widzenia nie ma różnicy między niepodjęciem a zaprzestaniem leczenia podtrzymującego życie.
- 4.** Niezastosowanie i zaprzestanie leczenia podtrzymującego życie nie są tożsame ani z samobójstwem przy pomocy lekarza, ani z eutanazją.
- 5.** Prawo do odmowy poddania się leczeniu podtrzymującemu życie lub żądania zaprzestania takiego leczenia nie jest "prawem do śmierci", lecz prawem do "pozostawienia w spokoju".
- 6.** Żaden lekarz, który na życzenie świadomego pacjenta nie zastosował leczenia podtrzymującego życie lub przerwał taką terapię, nie został uznany przez sąd winnym spowodowania śmierci przez zaniedbanie ani winnym morderstwa.
- 7.** Sztuczne nawadnianie i odżywianie należy uznać za rodzaj leczenia a nie za obowiązkową opiekę.

Kazus Diane Pretty, Źródło: Kazimierz Szewczyk, *Bioetyka*, Państwowe Wydawnictwo

PWN, Warszawa 2009.

- U 42 letniej Dianne Pretty w listopadzie 1999 roku zdiagnozowano chorobę neuronów ruchowych. Prowadzi ona do degeneracji komórek nerwowych kontrolujących, między innymi, mięśnie tułowia, kończyn dolnych i górnych, mięśnie mowy i przełyku oraz mięśnie odpowiedzialne za oddychanie. Od dnia diagnozy stan pacjentki gwałtownie się pogarszał. Niewydolność mięśni objęła całe ciało przykuwając pacjentkę do wózka, doprowadziła do utraty mowy i konieczności odżywiania przez sondę. Realna była także groźba zaniku samodzielnego oddychania. Pani Pretty w tej sytuacji uznała, że nie chce doznawać niedogodności powodowanych ostatnim stadium choroby oraz związanych z nim cierpień i utraty kompetencji. Stwierdziła, że póki ma jeszcze resztki autonomii decyzyjnej i kontroli nad swym losem, powinna zakończyć życie z godnością. Jednakże jej stan fizyczny uniemożliwiał szybkie i samodzielnie odebranie życia. Jedynym sposobem dostępnym pacjentce była rezygnacja z nawadniania i odżywiania, na który D. Pretty nie chciała się zgodzić, uznając go za zbyt długotrwały, bolesny i naruszający jej godność. Mąż chorej, Brian Pretty, zaofiarował pomoc w samobójstwie przez podanie żonie letalnej porcji barbituranów.

# Komentarz Mai Grzymkowskiej

- Stanowisko Rady Europy, w której pracach problem eutanazji jest stale obecny, jest wobec jej legalizacji nieprzychylny. W tym duchu działało Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy w 1999 roku wydając Rekomendację nr 1418 w której wzywa do podtrzymania zakazu eutanazji (natomiast zaleca rozwój opieki paliatywnej). Przywołano w § 9 tejże rekomendacji art. 2 z którego, zdaniem Zgromadzenia Parlamentarnego wynika oczywiste zobowiązanie do zapewnienia ochrony życia osób chorych w stanie terminalnym oraz w świetle którego prośba o pomoc w samobójstwie nie stanowi upoważnienia do odebrania życia

- Pytania o „prawo do śmierci” stawia przed prawem poważny dylemat; jak zapewniając każdemu wolność wyboru postawy etycznej, wolność w decydowaniu o sobie nie stworzyć zbyt poważnego zagrożenia dla wartości podstawowych. Można uznać, że w świetle przyjętego przez Trybunał rozstrzygnięcia w sprawie pani Diane Pretty nieprzychylność wobec koncepcji „prawa do śmierci” nie wynika z woli narzucenia określonej moralności i określonej filozoficznej koncepcji życia ludzkiego.
- Prawny zakaz eutanazji ma przede wszystkim charakter gwarancyjny – jej legalizacja rozszerza obszar w którym inny człowiek będzie mógł podjąć działania wymierzone w ludzkie życie, dlatego też uznanie „prawa do śmierci” i nadanie mu podstaw w obowiązującym prawie budzi tak poważne opory.

- Prawnik pani Pretty w dniu 27 lipca 2001 roku wystosował do przedstawiciela rządu – Dyrektora ds. Oskarżeń Publicznych – pismo z prośbą o zagwarantowanie bezkarności męża klientki za udzielenie jej pomocy w zakończeniu życia. Taki krok podyktowały okoliczności prawne. Ustawodawstwo Anglii pomocnictwo osoby drugiej w samobójstwie uznaje za czyn karalny. Dyrektor prośbę odrzucił

- Diane Pretty od odmownej decyzji Dyrektora odwoływała się do sądów, łącznie z Izbą Lordów pełniącą w Anglii rolę Najwyższego Sądu Apelacyjnego oraz Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Apelacje polegały na wskazaniu, że odrzucenie prośby o zezwolenie na pomoc męża w samobójstwie powodki narusza pięć artykułów europejskiej *Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności*. Oba sądy odrzuciły odwołanie pacjentki.

- Orzeczenie niepomysłne dla powódki Europejski Trybunał Praw Człowieka wydał 29 kwietnia 2002 roku . Pani Pretty – poddana sedacji – zmarła w hospicjum z powodu niewydolności oddechowej 11 maja 2002 roku.



# Kazus Vo, Kazus opisał Kazimierz Szewczyk

- Pani Thi-Nho Vo z pochodzenia Wietnamka urodziła się w 1967 roku we Francji. 27 listopada 1991 roku, będąc w szóstym miesiącu ciąży, przyjechała na rutynowe badania do miejskiego szpitala w Lyonie. Tego samego dnia inna pacjentka, pani Rhi Thanh Van Vo, znalazła w tym samym szpitalu i w tej samej poczekalni w celu usunięcia spirali domacicznej. Dr G. – lekarz mający przeprowadzić ten zabieg – wszedł do poczekalni i wywołał pacjentkę słowami „pani Vo”. Przez przypadek pierwszą osobą, która odpowiedziała była Thi-Nho Vo.
- W gabinecie, po krótkim wywiadzie, doktor zanotował, że pacjentka ma duże trudności w posługiwaniu się językiem francuskim. Bez zbadania kobiety, ograniczając się wyłącznie do przejrzenia dokumentacji, lekarz przystąpił do zaplanowanego usunięcia spirali. Podczas wykonywania zabiegu doszło do przebicia worka owodniowego i utraty znacznej ilości wód płodowych. Dr G. zaniepokojony ich wpływem zbadał pacjentkę stwierdzając powiększenie macicy. Po kolejnych badaniach zorientował się w popełnionej pomyłce i niezwłocznie umieścił (ciężarną) panią Vo w szpitalu.
- Po tym zdarzeniu dr G. próbował usunąć spiralę pani Rhi Thanh Van Vo. Zabieg nie powiódł się i zalecono operację w znieczuleniu ogólnym. W czasie przygotowań do niej doszło do kolejnej pomyłki. Do sali operacyjnej przywieziono ciężarną panią Vo. Błędu zamiany pacjentek nie popełniono tylko dzięki interwencji anesteziologa, który rozpoznał pacjentkę.
- Thi-Nho Vo powróciła do szpitala 4 grudnia w celu kontroli przebiegu ciąży. Przeprowadzone badania pokazały utrzymywanie się ubytku wód płodowych i spowodowaną nimi niemożność kontynuowania ciąży. Aborcję z przyczyn zdrowotnych przeprowadzono następnego dnia.

# Kazus Janusza Świtaja, opisał Kazimierz Szewczyk

- 18 maja 1993 roku niespełna wówczas 18-letni Janusz Świtaj w wyniku wypadku motocyklowego doznał urazu z porażeniem czterokończynowym i niewydolnością oddechową [\[1\]](#). W krótkim czasie po wypadku, w dniu osiągnięcia pełnoletniości, pacjent poprosił dyżurującego lekarza o środek nasenny i „definitywne odłączenie od respiratora”. Doktor z oburzeniem odmówił. Jak pisze J. Świtaj, „wydarł się na niego, „zmieszał z błotem” i do końca pobytu w szpitalu był na niego obrażony. „Pienił się. Plótł trzy po trzy, bo co miał powiedzieć, skoro jedyną przyczyną jego reakcji było to, że lękał się dopuścić ten problem do siebie. Że w głębi serca czuł, iż nie znajdzie mocnego argumentu, aby odmówić mej prośbie”. Pacjent prosząc o śmierć zaproponował oddanie swoich narządów do przeszczepów (s. 34).
- Chory po wypadku przebywał w różnych szpitalach do 1999 roku. Opiekujący się nim lekarze, ze wspomnianym wyjątkiem, byli „naprawdę w porządku”. Również pielęgniarki w większości „wykazały troskę i zrozumienie. Zdarzały się też „czarne owce” – „tak zgorzkniałe, wściekłe na swój los i sam fakt istnienia chorych, że za sukces można było uznać, jeśli nie sprawiły przy nadarzającej się okazji jakiejś przykrości pacjentowi” (s. 42).

- Po zakupie respiratora w kwietniu 1999 roku pacjenta przewieziono do dwupokojowego mieszkania w bloku na 8 piętrze. Mieszka w nim wraz z rodzicami sprawującymi nad nim całodobową opiekę przy bardzo niewielkiej zewnętrznej pomocy pielęgniarskiej. Opieka wymaga wiele wysiłku i przychodzi z coraz większym trudem starzejącym się rodzicom. Chory kontaktuje się ze światem za pośrednictwem Internetu stukając w klawiaturę komputera trzymanym w ustach ołówkiem i rozmawiając przez komunikatory.
- O epizodzie zatrzymania oddechu na oddziale intensywnej opieki, utracie przytomności i udanej akcji reanimacyjnej pisał: „Najbardziej[...] żałowałem, że ominęła mnie kolejna okazja, aby odejść. Myślałem wcześniej, żeby spisać jakieś oświadczenie zalecające, aby mnie nie ratowano, jeśli akcja oddechowa, którą samoczynnie prowadziłem się zatrzyma. Nie wiem, czy to by coś dało, ale miałem wrażenie, że przegapiłem okazję. Z drugiej, strony nie miałem pojęcia, jak się do tego zabrać” (s. 77).
- Janusz Świtaj prośbę o odłączenie respiratora ponawiał wielokrotnie, kierując ją do rodziców, odwiedzających go znajomych, premiera, ministra zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, rzecznika praw pacjenta, a nawet kancelarię prezydenta. Wszyscy odmawiali lub – jak twierdzi – „zbywali” go [\[2\]](#).

- Na początku 2007 roku pacjent skierował pismo do Sądu Rejonowego w Jastrzębiu. W „imieniu własnym” wnosi w nim „o wyrażenie zgody na przerwanie [...] uporczywej terapii”. Janusz Świtaj, po przedstawieniu swojej sytuacji i po opisie historii choroby, wyraża troskę o rodziców, którym coraz trudniej, ze względu na wiek opiekować się synem. „Wybiegając w przyszłość – stwierdza – nie wyobrażam sobie dalszego, według mnie bezsensownego, przedłużania uporczywej terapii w szpitalach D[omach] P[omocy] S[połecznej] czy hospicjach. Trudno znosiłem pobyty w szpitalu i pielęgniarki dobrze mnie pamiętają, szczególnie te, które traktowały chorego, kalekę poniżej godności człowieka, a zdarzało się to często, i dlatego biały personel działa na mnie jak czerwona płachta na byka”.
- „Proszę o poważne potraktowanie mojego wniosku, w którym głośno i z rozpaczą proszę o zgodę na przerwanie terapii.”
- Rezygnuje z adwokata z urzędu, gdyż sam osobiście chce wystąpić w tej roli. Swą decyzję uzasadnia tym, że nie zna adwokata, który tak jak on mógłby opowiedzieć o jego „codziennej monotonii, bólu fizycznym i psychicznym bez nadziei na lepsze jutro”, i zna to wszystko, co przeżywa i przeżył.
- Pod koniec wniosku prośba o zaprzestanie uporczywego leczenia zmienia się w „żądanie skrócenia życia”. Píše: „Sens utrzymywania przy nim istnieje tylko pod pewnymi warunkami, kiedy człowiek względnie dobrze funkcjonuje biologicznie, psychicznie, społecznie i ekonomicznie. Ja tych kryteriów nie spełniam” (s.129-132).

- Sąd w Jastrzębiu oddalił wniosek Świtaja powołując się na względy formalne. Poprawione pismo trafiło do sądu w Gliwicach, ten zaś zdecydował o przekazaniu sprawy do Sądu Okręgowego w Warszawie. Za jej przedmiot uznano bowiem ustalenie prawa do żądania od państwa polskiego przerwania uporczywej terapii. Sąd wniosek powoda oddalił .
- Skierowanie listu do sądu w Jastrzębiu obudziło zainteresowanie mediów losem Janusza Świtaja. Jednym z rezultatów tego zainteresowania było podpisanie przez mężczyznę umowy o zatrudnieniu na czas próbny z fundacją Anny Dymnej „Mimo Wszystko”. Fundacja otworzyła także subkonto gromadzące pieniądze na wózek z respiratorem pozwalający pacjentowi opuszczać mieszkanie, za które zakupiono pojazd w listopadzie 2007 roku. Nie bez sporych kłopotów pacjentowi udaje się z niego korzystać.
- Kolejnym efektem zainteresowania wywołanego listem mężczyzny była dyskusja nad tragicznym niedostatkiem instytucjonalnej opieki nad pacjentami, podobnie jak Świtaj, uzależnionymi od pomocy innych osób oraz nad moralnymi aspektami jego prośby. Ton tych wypowiedzi dobrze oddaje tytuł umieszczony na pierwszej stronie jednej z gazet: „Chory żąda eutanazji”. Minister sprawiedliwości pytany o komentarz na temat prośby Świtaja stwierdził, że jest katolikiem i nie dopuści do eutanazji .

- Na pytanie dziennikarki: „Dlaczego pan Świtaj może odmówić brania tabletek, a nie może odmówić dalszego oddychania przez respirator? Marek Safjan był prezes Trybunału Konstytucyjnego i w latach 1991-97 członek Komitetu ds. Bioetyki Rady Europy odpowiedział – „Bo ktoś musiałby ten respirator odłączyć. A to już będzie zadanie śmierci. W dodatku śmierć przez uduszenie wiąże się z olbrzymim cierpieniem, więc trzeba by wcześniej podać mu środki usypiające. Tak więc jego prawo do śmierci pociąga za sobą czyjś obowiązek jej zadania. Czy państwo może na kogoś nałożyć taki obowiązek?”
- Ciekawa jest także odpowiedź M. Safjana na kolejne pytanie: „Czy odłączenie go [J. Świtaja od respiratora – K. Sz.] nie jest pozwoleniem na naturalną śmierć? - Skoro już jest podłączony – to nie. Według prawa można zrezygnować z nadzwyczajnych środków terapii w stanach terminalnych, czyli w sytuacji, gdy mamy do czynienia z procesem umierania, który można co najwyżej przedłużyć. A ten człowiek nie umiera - podłączony do aparatury może żyć wiele lat”
- Jako kontrpunkt tego poglądu mogą posłużyć słowa Janusza Świtaja: „Żeby było jasne: chcę żyć! Ponieważ nie pozwolono mi umrzeć, postanowiłem jakoś urządzić się w moim życiu i nie po to przez te wszystkie lata mordowaliśmy się wraz z rodzicami, bym teraz zmarnował to w efektywnym stylu. Chcę jednak jeszcze dwóch rzeczy. Kawałka życia dla nich, bez tej udręki, którą mają od lat, i godnej śmierci dla siebie, zanim obcy ludzie, od których będę absolutnie zależny, odwiozą mnie w najciemniejszy kąt szpitalnej sali, a mój głos utonie w morzu jęków i westchnień innych nieszczęśników” (s. 135).

# Art. 150 K.K.

- **Art. 150. § 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.

- Zabójstwo eutanatyczne
- Eutanazja czynna: gdy aktywne działanie zabijającego jest przyczyną sprawczą uruchamiającą proces prowadzący do śmierci
- Eutanazja bierna: swoiste przyzwolenie na śmierć, czyli powstrzymanie się – wbrew ciążącemu na sprawcy obowiązkowi od ingerencji w proces umierania



# Art. 150 kk – komentarz Jacka Giezka

- W dogmatyce niemieckiej już przed laty dokonano rozróżnienia dwóch pozornie identycznych postaci zachowania lekarza wobec umierającego pacjenta, z których pierwszą stanowiłoby skracające życie zmniejszenie cierpień, drugą zaś - zmniejszające cierpienia skrócenie życia [zob. K. Roliński, *Prawo do naturalnej śmierci*, Gazeta Prawnicza 1985, nr 9, s. 5]. Niedostrzegalna *prima facie* różnica stanie się oczywista, jeśli zauważymy odmienne rozłożenie akcentów dotyczących zwłaszcza motywacji (współkształtującej przecież stronę podmiotową) wybierającego jedno z tych zachowań lekarza. Otóż w pierwszym przypadku skrócenie życia jest w istocie niechcianym, lecz jedynie przewidywanym i - co najwyżej - akceptowanym skutkiem ubocznym działania zmierzającego do zmniejszenia cierpień umierającego pacjenta, drugi przypadek charakteryzuje natomiast sytuację dokładnie odwrotną. Lekarz dąży bowiem przede wszystkim do skrócenia życia, osiągając - w pewnym sensie "przy okazji" - rezultat przez pacjenta pożądanym, tzn. niosąc mu ulgę w cierpieniu. Istnieją podstawy ku temu, aby pierwszy przypadek (skracające życie zmniejszenie cierpień) traktować jako medycznie wskazany i prawnie dopuszczalny przejaw opieki paliatywnej nad umierającym pacjentem, a jednocześnie przyjąć, że w drugim przypadku (zmniejszające cierpienia skrócenie życia) dochodzi do naruszenia zakazu zabijania. Nie można bowiem uznać za realizację znamion typu określonego w art. 150 § 1 sytuacji, w której środki podawane celem zmniejszenia cierpienia mogą prowadzić do skrócenia życia pacjenta, jeśli lekarz nie dysponuje środkami innymi, które by mogły zmniejszyć cierpienie, nie powodując jednocześnie przyspieszenia śmierci. Lekarz powinien oczywiście poinformować pacjenta o skutkach ubocznych podawanego środka [zob. art. 31 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jedn.: Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.]

c.d.

- Nie może być potraktowane jako zachowanie zabronione pod groźbą kary zaniechanie stosowania procedur nadzwyczajnych zdolnych przedłużyć jedynie etap umierania [zob. A. Zoll, *Zaniechanie leczenia - aspekty prawne*, PiM 2000, nr 5, s. 31 i n.]. Zgodnie z art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej "w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych". Ta norma etyczna stanowi także istotny wzorzec dla oceny prawnej zachowania się lekarza.

- Dwie przesłanki: żądanie pochodzące od umierającego oraz współczucie towarzyszące zabijającemu

## Art. 150 k.k. – komentarz Andrzeja Zolla

- **Trzeba odróżnić zachowanie zmierzające do zmniejszenia cierpień od eutanazji.** Lekarz może, a nawet ma obowiązek zmniejszać cierpienia pacjenta. Nie można uznać za realizację znamion typu określonego w art. 150 § 1 sytuacji, w której środki podawane celem zmniejszenia cierpienia mogą prowadzić do skrócenia życia pacjenta, jeśli lekarz nie dysponuje środkami innymi, które by mogły zmniejszyć cierpienie, nie powodując jednocześnie przyspieszenia śmierci. Lekarz powinien poinformować pacjenta o skutkach ubocznych podawanego środka (zob. art. 31 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty).
-

c.d.

- **Należy także odróżnić eutanazję bierną od poszanowania woli pacjenta na kontynuowanie leczenia.** Lekarz nie może w zasadzie stosować zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta, a tym bardziej wbrew jego woli (zob. art. 32 ustawy powołanej w poprzedniej tezie). Stosowanie zabiegów leczniczych bez zgody pacjenta stanowi czyn zabroniony pod groźbą kary (art. 192). Nie może być potraktowane za zachowanie zabronione pod groźbą kary zaniechanie stosowania procedur nadzwyczajnych zdolnych przedłużyć jedynie etap umierania (zob. A. Zoll, *Zaniechanie leczenia - aspekty prawne*, PiM 2000, nr 5, s. 31 i n.). Zgodnie z art. 32 Kodeksu Etyki Lekarskiej "w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych". Ta norma etyczna stanowi także istotny wzorzec dla oceny prawnej zachowania się lekarza.

c.d.

- W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia (**art. 150 § 2**). Przez wypadki wyjątkowe należy rozumieć **wyjątkowo silny nacisk motywacyjny na sprawcę**, a więc wyjątkowo uzasadnione powody współczucia dla ofiary. W takiej sytuacji motywacyjnej stopień zawinienia uzasadnia redukcję kary, a nawet - przy potępieniu samego czynu przez fakt skazania - odstąpienie od wymiaru kary; zob. K. Bączyk, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo w prawie porównawczym*, PiM 1999, nr 4, s. 66; K. Poklewski-Koziół, *Obowiązek ochrony życia pacjenta a prawo człowieka do godnej śmierci*, PiM 1999, nr 1, s. 108; R. Krajewski, *Przestępstwo eutanazji...*, s. 69 i n.

# Art. 162 k.k.

- **Art. 162. § 1.** Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,
  - podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
- § 2. Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej.
- informacje o jednostce

# Art. 162 k.k. – komentarz A.Zolla

- **Ochrona życia lub zdrowia ludzkiego wymaga** nie tylko powstrzymania się od działań, które mogłyby te dobra zniszczyć lub narazić na niebezpieczeństwo, ale również **aktywności w tych wszystkich wypadkach, gdy życiu lub zdrowiu ludzkiemu grozi niebezpieczeństwo**, aktywności zmierzającej do uchylenia tego niebezpieczeństwa. Jedną z podstawowych norm moralnych, znajdujących powszechną akceptację, jest nakaz udzielenia pomocy człowiekowi, którego życie lub w poważnym stopniu zdrowie narażone jest na niebezpieczeństwo. Ta norma moralna stała się normą prawną, której naruszenie sankcjonowane jest w art. 162 § 1.



c.d.

- Obowiązek udzielenia pomocy człowiekowi znajdującemu się w sytuacji bezpośredniego niebezpieczeństwa utraty życia lub doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie może prowadzić do konfliktu z wyraźną wolą osoby zagrożonej sprzeciwiającej się udzielaniu jej pomocy. Dotyczy to w pierwszym rzędzie pomocy lekarskiej. Lekarz, który uszanuje wolę osoby zagrożonej, oczywiście zdolnej do wyrażenia takiej woli, nie może odpowiadać za przestępstwo z art. 162 par. 1. (patrz E. Zielińska)

• DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ