

Asmens teisės nesutikti būti gaivinamu įgyvendinimas: lyginamoji analizė ir tobulinimo perspektyvos

Emilija Norvaišaitė

Vilniaus universiteto Teisės fakulteto
4 kurso studentė
Saulėtekio al. 9, I rūmai, 10222 Vilnius
El. paštas: emilija.norvaisaite@tf.stud.vu.lt

Eglė Žulpaitė

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto
4 kurso studentė
M. K. Čiurlionio g. 21, 03101 Vilnius
El. paštas: egle.zulpaite@tf.stud.vu.lt

Mokslinio straipsnio akademinis kuratorius doc. dr. Dovilė Valančienė

El. paštas: dovile.valanciene@tf.vu.lt

Mokslinio straipsnio praktinis kuratorius Aistė Aleknavičienė

El. paštas: aiste.aleknaviciene@santa.lt

Santrauka. Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatyme paciento teisė nesutikti būti gaivinamu įtvirtinta dar 1997 m., tačiau tik 2020 m., įsigaliojus teisės aktų pakeitimams, buvo detalizuotas procedūrinis reglamentavimas. Vis dėlto praktinis šios teisės įgyvendinimas kelia tiek teisinių, tiek klinikinės praktikos organizacinių iššūkių. Atsižvelgiant į tai, šiame straipsnyje buvo siekiama išanalizuoti asmens teisės nesutikti būti gaivinamu teisinį reglamentavimą Lietuvoje, palyginti jį su užsienio šalimis, nustatyti Lietuvos gydytojų požiūrį ir žinias į esamą teisinį reglamentavimą, išsiaiškinti ar jis yra sėkmingai įgyvendinamas medicininėje praktikoje bei pateikti tobulinimo perspektyvų. Tyrimo objektas yra asmens teisės nesutikti būti gaivinamu įgyvendinimas klinikinėje praktikoje. Atlikta analizė leido pamatyti, jog nors nuo 2020 m. Lietuvos Respublikos teisės aktai detalizuoja su (ne)gaivinimu susijusias procedūras, tačiau praktinis teisės aktų įgyvendinimas išlieka komplikuotas. Anketos, skirtos gydytojams, atsakymų analizės būdu nustatytas dokumentų prieinamumo trūkumas, nepakankamas visuomenės informuotumas, mokymų gydytojams stoka, organizaciniai skirtumai tarp įstaigų, lemiantys skirtingą paciento valios įgyvendinimą. Tad nors teisės aktai numato teisę pacientui atsisakyti gaivinimo – procedūriniai šios teisės reguliavimo

ypatumai kelia rimtus iššūkius paciento autonomijos užtikrinimui. Yra būtini tiek teisinio reglamentavimo, tiek sveikatos priežiūros įstaigų organizaciniai tobulinimai.

Pagrindiniai žodžiai: teisė atsisakyti gaivinimo, beviltiškas gaivinimas, gydytojų konsiliumas, paciento autonomija

The Right to Refuse Resuscitation: Comparative Legal Analysis and Future Development Perspectives

Abstract. *In the Law on the Establishment of Death of a Human Being, and on Critical Conditions, the patient's right to refuse resuscitation has been established since 1997. However, procedural regulation was detailed only from 2020, following amendments to the relevant legal acts. Nevertheless, the practical implementation of this right continues to raise both legal and organisational challenges within clinical practice. In this context, the aim of this article was to analyse the legal regulation of an individual's right to refuse resuscitation in Lithuania, to compare it with foreign jurisdictions, to identify Lithuanian physicians' attitudes and knowledge regarding the existing legal framework, to determine whether this right is successfully implemented in medical practice, and to propose perspectives for improvement. The object of the study covers the right to refuse resuscitation and its implementation in clinical practice. The analysis revealed that although since 2020 Lithuanian legislation has provided more detailed regulation of processes related to (non-)resuscitation, the legal framework remains largely declaratory, and its practical implementation is complicated. The study identified limited accessibility of relevant documents, insufficient public awareness, a lack of training for physicians, and organisational differences between healthcare institutions, resulting in inconsistent implementation of patients' expressed will. Although the law grants patients the right to refuse resuscitation, the procedural specifics of regulating this right pose significant challenges to ensuring patient autonomy. Both legal regulation and organizational improvements within healthcare institutions are necessary.*

Key words: right to refuse resuscitation, futile resuscitation, medical council, patient autonomy

Įvadas

Teisė nesutikti būti gaivinamam įtvirtinta Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatyme (toliau – ŽMNKBĮ). Nors ši teisė numatyta nuo pat tada, kai 1997 m. kovo 25 d. įsigaliojo ŽMNKBĮ, virš 20 metų, t.y. iki pat 2020 m. pradžios ši teisė egzistavo be realaus įgyvendinimo mechanizmo. Tik 2020 m. kovo 6 d. įsigaliojus LR sveikatos apsaugos ministro įsakymo Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“ (toliau – Gaivinimo standartas) pakeitimams, buvo numaty-

tos procedūros, dokumentų formos bei gydytojų konsiliumo vaidmuo įgyvendinant paciento teisę nesutikti būti gaivinamu.

Šio darbo tikslas – išanalizuoti asmens teisės nesutikti būti gaivinamu ir teisės nepradėti gaivinimo teisinį reglamentavimą Lietuvoje, palyginti jį su užsienio valstybių (Jungtinės Karalystės bei Danijos) reglamentavimu, nustatyti Lietuvos gydytojų patirtį, žinias ir požiūrį į esamą teisinį reglamentavimą, išsiaiškinti ar jis yra sėkmingai įgyvendinamas medicininėje praktikoje bei pateikti tobulinimo perspektyvų. Šio tyrimo objektas yra asmens teisės atsisakyti būti gaivinamu įgyvendinimas klinikinėje praktikoje.

Šio darbo uždaviniai:

- Išanalizuoti asmens teisės nesutikti būti gaivinamu teisinio reglamentavimo raidą Lietuvoje;
- Įvertinti dabartinius teisės nesutikti būti gaivinamu procedūrinius įgyvendinimo reikalavimus Lietuvoje;
- Palyginti Lietuvos ir užsienio valstybių (Jungtinės Karalystės bei Danijos) paciento teisės nesutikti būti gaivinamu teisinį reglamentavimą;
- Įvertinti praktinį paciento teisės nesutikti būti gaivinamu įgyvendinimą Lietuvos klinikinėje praktikoje;
- Suformuluoti asmens teisės nesutikti būti gaivinamu įgyvendinimo tobulinimo perspektyvas.

Šio mokslinio straipsnio aktualumą ir originalumą lemia tai, jog paciento teisės nesutikti būti gaivinamu reglamentavimas nuo 2020 m. ŽMNKBĮ pakeitimų įsigaliojimą Lietuvoje nebuvo nagrinėtas. Ne mažiau svarbu tai, jog ši tema analizuojama tarpdisciplininiame – teisės ir medicinos šakų – kontekste ne tik teoriškai, tiriant teisės aktus bei literatūrą, bet ir praktinį teisės aktų įgyvendinimą – sukūrus unikalią anketą, skirtą esminei teisės aktų įgyvendinimo grandžiai – gydytojams. Tai padeda įvertinti problemas, su kuriomis susiduria tiek gydytojai, tiek visuomenė – pacientai ir jų artimieji.

Atliekant tyrimą bei rengiant mokslinį straipsnį taikyti sisteminis, lyginamasis, mokslinės literatūros analizės, lingvistinis, loginis bei skerspjuvio tyrimo metodai:

- Sisteminis – analizuojant įstatymų, poįstatyminių teisės aktų tekstus, vertinant jų visumą.
- Lyginamasis – lyginant Lietuvos teisinį reglamentavimą su užsienio šalių reglamentavimu, siekiant nustatyti reguliavimo panašumus ir skirtumus, galimas tobulinimo perspektyvas.
- Mokslinės literatūros analizės – analizuojant akademinę literatūrą, siekiant atskleisti nagrinėjamų problemų turinį.
- Lingvistinis – atskleidžiant bei aiškinant sąvokas.
- Loginis – nustatant nagrinėjamų problemų priežastinius ryšius bei darant tyrimo išvadas.

- Skerspjuvio tyrimo – vertinant gydytojų patirtis, žinias bei nuostatas dėl sprendimo nepradėti gaivinimo ir paciento teisės nesutikti būti gaivinamam įgyvendinimo procesus.

Reikšmingiausi šaltiniai atliekant tyrimą: Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas, Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas, Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“, Europos Gaivinimo Tarybos 2025 m. gairės bei mokslinė literatūra PubMed duomenų bazėje.

1. Teisės atsisakyti būti gaivinamam reglamentavimas Lietuvoje

1.1. Teisės atsisakyti būti gaivinamam reglamentavimo raida

Teisė atsisakyti gaivinimo yra įtvirtinta Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatyme (toliau – ŽMNKBĮ). Pažymėtina tai, jog ši teisė įstatyme numatyta nuo tada, kai šis aktas buvo priimtas 1997 m. kovo 25 d. ir įsigaliojo tą pačių metų rugsėjo 1 d.¹

Pirminės ŽMNKBĮ redakcijos 11 straipsnio 1 dalies 4 punktas bei 12 straipsnio 3 punktas numatė dvi būtinausias sąlygas, kurioms esant, gaivinimo nepradėjimas ir nutraukimas yra laikomi teisėtais: leidžiama nepradėti gaivinimo, o jei šis pradėtas, jį – nutraukti, jeigu pacientas įstatymų nustatyta tvarka yra pareiškęs nesutikimą būti gaivinamam, ir yra gydytojų konsiliumo (toliau – Konsiliumas) pritarimas.² Tuo tarpu ŽMNKBĮ 11 straipsnio 2 dalyje buvo numatyta, jog kilus bent menkiausiai abejonei dėl gaivinimo nepradėjimo sąlygų, gaivinimas privalo būti pradėtas.³

Nors įstatymas numatė tam tikrą autonomiją pacientui spręsti dėl savo likimo bei gydytojų pareigą įvertinti paciento būklę, praktinis šios teisės įgyvendinimas buvo neįmanomas, nes tuo metu jokiais kitais teisės aktais nebuvo numatyti procedūriniai reikalavimai ir jų įgyvendinimo tvarka. Šis teisinis neaiškumas tęsėsi daugiau nei 20 metų, nes nuo 1997 m. rugsėjo 1 d., kai įsigaliojo ŽMNKBĮ, iki pat 2020 m. sausio 1 d., teisės nepradėti bei nutraukti gaivinimą teisinis reguliavimas nekito, išskyrus tai, jog įsigaliojus 2002 m. balandžio 26 d. pakeitimams, keitėsi minėtų straipsnių numeracija: vietoj ŽMNKBĮ 11 straipsnio teisė nepradėti gaivinimo tapo įtvirtinta ŽMNKBĮ 10 straipsnyje, o teisė nutraukti gaivinimą – ŽMNKBĮ 11 straipsnyje.⁴

2020 m. sausio 1 d. įsigaliojus ŽMNKBĮ pakeitimams, keitėsi ir buvo papildyti ŽMNKBĮ 10 ir 11 straipsniai, o ŽMNKBĮ 2 straipsnio 1 dalyje buvo įtvirtinta nauja

¹ Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas. 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157. *Valstybės žinios*, 1997, 30-712.

² Ten pat.

³ Ten pat.

⁴ Ten pat.

sąvoka – „beviltiškas gaivinimas”.⁵ Svarbu, jog nuo to laiko minėtą teisę reguliuojančios ŽMNKBĮ nuostatos nebuvo keistos, tad iš esmės toliau kartu aptariamas ir dabartinis teisinis reguliavimas.

Įsigaliojus naujai redakcijai buvo išplėstas ŽMNKBĮ 10 straipsnio „Teisė nepradėti gaivinimo” 1 dalies 2 punktas,⁶ tad toliau aptariami minėtos teisės normos pokyčiai.

Pirma, *expressis verbis* įtvirtinta, jog paciento nesutikimo būti gaivinamu forma turi būti rašytinė. Iki to tokio reikalavimo įstatymas ar kiti teisės aktai tiesiogiai nenumatė.

Antra, pradėta vartoti „beviltiško gaivinimo” sąvoka, kurios apibrėžimas įtvirtintas ŽMNKBĮ 2 straipsnio 1 dalyje.

Trečia, tiesiogiai nurodyta, jog į Konsiliumo, kuris sprendžia dėl gaivinimo, sudėtį turi įeiti bent vienas gydytojas anesteziologas-reanimatologas. Ši specialybė įstatymo leidėjo pasirinkta veikiausiai dėl šių gydytojų kompetencijos atpažinti, įvertinti ir gydyti kritinės būklės bei atlikti pradinį ir specialųjį gaivinimą.⁷ Taip pat pastebėtina, jog įstatymo pakeitimų įsigaliojimo metu jokiais teisės aktais nebuvo reglamentuojama, kaip yra sudaromas Konsiliumas bei kas gali inicijuoti jo šaukimą. Tai buvo detalizuota 2020 m. kovo 6 d., įsigaliojus Gaivinimo standarto pakeitimams.⁸

Galiausiai, buvo nurodyta, jog Konsiliumo sprendimas priimamas vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro nustatytais vienos ar kelių žmogaus organų sistemų negrįžtamo pažeidimo, dėl kurio nėra mediciniškai pagrįstos tikimybės pagerinti arba atkurti paciento gyvybiškai svarbių organizmo funkcijų, buvusių iki kritinės būklės, požymiais ir tvarka bei įtvirtinta, jog rašytinio nesutikimo pareiškimo tvarką nustato sveikatos apsaugos ministras.⁹

Nuo 2020 metų ŽMNKBĮ 10 straipsnio 1 dalies 3 punkte atsirado nauja gaivinimo nepradėjimo sąlyga.¹⁰ ŽMNKBĮ 10 str. 1 d. 3 p. nuo 2 p. skiriasi tuo, jog teisės atsisiakyti gaivinimo įgyvendinimą inicijuoja ne pacientas, o jį gydantis gydytojas. Tačiau tam, jog sprendimas įgytų teisinę galią yra reikalingas paciento arba, kai to pacientas pats negali padaryti,¹¹ jo atstovo sutikimas.¹² Atstovavimo klausimus reguliuoja Lie-

⁵ Ten pat.

⁶ Ten pat.

⁷ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1054 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN25:2019 „Gydytojas anesteziologas reanimatologas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, 154-6996.

⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

⁹ Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas. 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157. *Valstybės žinios*, 1997, 30-712.

¹⁰ Ten pat.

¹¹ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo numatytais atvejais.

¹² Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas. 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157. *Valstybės žinios*, 1997, 30-712.

tuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo (toliau – PT-ŽSAĮ) IV skyrius.¹³

Kalbant apie ŽMNKBĮ 11 straipsnio pakeitimus, jame atkartojamas ir sistemiskai pratęsiamas 10 straipsnyje įtvirtintas teisinio reguliavimo modelis, skirtumas tas, jog straipsnis skirtas situacijoms, kai gaivinimas jau pradėtas.¹⁴ Vėlgi, kyla klausimas dėl šios normos aktualumo: sunku įsivaizduoti situaciją, jog kritinės situacijos metu, kai gaivinimo veiksmai yra pradėti, būtų išsiaiškinama, jog pacientas yra išreiškęs valią būti negaivinamu ir yra gydytojų konsiliumo sprendimas. Taip pat abejotinai atrodo situacija, kad gaivinimo metu išaiškėtų, jog yra gydytojų konsiliumo sprendimas, jog gaivinimas prilygtų beviltiskam gaivinimui, kai pats tokio sprendimo priėmimas, jog šis būtų teisėtas, pagal įstatymą reikalauja paciento arba jo atstovo rašytinio pritarimo. Todėl minėtų faktų išaiškėjimas jau vykstant gaivinimui kelia pagrįstą abejonių dėl tokios teisinės konstrukcijos realaus pritaikymo praktikoje. Kita vertus, išaiškėjus minėtoms aplinkybėms, gydytojas anesteziologas-reanimatologas gali nuspręsti dėl gaivinimo trukmės ir apimties,¹⁵ o tai iš dalies palengvina situacijos valdymą.

Apibendrinant, nors paciento teisė atsisakyti gaivinimo ŽMNKBĮ buvo numatyta dar 1997 m., ilgą laiką ji išliko deklaratyvi, nes nebuvo detalizuota jos įgyvendinimo procedūra ir tvarka. Pokyčiai įvyko 2020 metų pradžioje įsigaliojus ŽMNKBĮ pakeitimams, kurių pagrindu vėliau buvo atlikti Gaivinimo standarto pakeitimai.

2.1. Paciento nesutikimo ir paciento arba jo atstovo pritarimo, kad pacientas nebūtų gaivinamas, įgyvendinimo procedūriniai reikalavimai

Nuo 2020 m. ŽMNKBĮ yra numatytos dvi skirtingos teisinės situacijos, t.y. pirma, kai pacientas nesutinka būti gaivinamu bei antra, kai pacientas (ar jo atstovas) pritaria, jog pacientas nebūtų gaivinamas. Abiejų šių teisių realizavimas reikalauja detalaus procedūrinio reglamentavimo tiek pacientų (ar jų atstovų), tiek gydytojų atžvilgiu, todėl šioje darbo dalyje tai ir yra analizuojama. Pagrindinis dėmesys skiriamas Gaivinimo standarto IV skyriui, kuris reglamentuoja, kaip stacionarinių gydymo įstaigų personalas turi elgtis, kai kyla klausimas dėl paciento gaivinimo nepradėjimo ir gaivinimo nutraukimo.

¹³ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Valstybės žinios, 1996, 102-2317.

¹⁴ Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas. 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157. Valstybės žinios, 1997, 30-712.

¹⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1054 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN25:2019 „Gydytojas anesteziologas reanimatologas“ patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2009, 154-6996.

2.1.1. Konsiliumo sušaukimas

Tiek iš ŽMNKBĮ, tiek iš Gaivinimo standarto nuostatų matyti, kad sprendimas dėl gaivinimo nepradėjimo ar jo nutraukimo nėra savarankiškas, jis tiesiogiai priklauso nuo Konsiliumo sprendimo, kuriuo paciento gaivinimas pripažįstamas beviltišku. Tam, jog toks sprendimas būtų priimtas, yra reikalingas gydytojų Konsiliumo sušaukimas. Kalbant apie jo šaukimą, galimos dvi situacijos: pirma, konsiliumo šaukimas paciento iniciatyva, ir antra, konsiliumo šaukimas pacientą gydančio gydytojo iniciatyva.¹⁶

2.1.1.1. Konsiliumo šaukimas paciento iniciatyva

Gaivinimo standarto II skirsnis numato konsiliumo sušaukimo paciento iniciatyva tvarką. Gaivinimo standarto 27 punktą nurodo, jog pacientas, norėdamas inicijuoti Konsiliumo sušaukimą, šiuo klausimu turi kreiptis į jį gydantį gydytoją.¹⁷ Tačiau dar prieš kreipiantis į Konsiliumą, gydytojas privalo atlikti Gaivinimo standarto 28.1-28.3 papunkčiuose nurodytus veiksmus.¹⁸ Pirma, gydytojas turi nuspręsti, ar paciento būklė yra tokia, jog gaivinimas prilygtų beviltiškam gaivinimui ir tai pažymėti paciento medicinos dokumentuose.¹⁹ Antra, su pacientu jam suprantama forma, t.y. atsižvelgiant į paciento amžių ir sveikatos būklę bei paaiškinant specialius medicinos terminus, aptarti jo sveikatos būklę ir informuoti, kad yra galimybė inicijuoti Konsiliumo sušaukimą.²⁰ Trečia, remiantis Gaivinimo standarto IV skyriaus penktojo skirsnio nustatyta tvarka gauti paciento rašytinį nesutikimą būti gaivinamu.²¹

Pažymėtina tai, jog paciento būklės aptarimas ir informavimas apie galimybę inicijuoti konsiliumo šaukimą, taip pat kaip ir rašytinio nesutikimo dėl gaivinimo gavimas, negali būti atliekami per paciento atstovą.²² Taip siekiama užtikrinti, jog paciento priimtas sprendimas būtų informuotas, savarankiškas ir atitiktų jo tikrąją valią.

Kai gydytojas, laikydamasis Gaivinimo standarto nuostatų, atlieka 28 punkte nurodytus veiksmus, šis nedelsdamas, bet ne vėliau kaip per 5 dienas nuo visų veiksmų atlikimo privalo kreiptis į Konsiliumą, o šis turi įvykti kaip įmanoma anksčiau, bet ne vėliau kaip per 5 dienas nuo gydytojo kreipimosi į Konsiliumą dienos.²³

¹⁶ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

¹⁷ Ten pat.

¹⁸ Ten pat.

¹⁹ Ten pat.

²⁰ Ten pat.

²¹ Ten pat.

²² Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

²³ Ten pat.

Pastebėtina, jog iš Gaivinimo standarto 28.1-28.3 papunkčių nuostatų kyla tam tikras neaiškumas dėl pacientą gydančio gydytojo vertinimo reikšmės. Gaivinimo standarte nenurodoma, ar pacientą gydančio gydytojo sprendimas, jog paciento būklė neprilygsta tokiai, kad gaivinimas galėtų būti laikomas beviltišku, reiškia, jog Konsiliumas nėra šaukiamas, ar, visgi, šis gydytojo vertinimas yra laikytinas tik tarpine išvada, tad Konsiliumas turi būti šaukiamas bet koku atveju. Esant neaiškiam teisiniam reguliavimui, kyla rizika dėl skirtingos praktikos susiklostymo sveikatos priežiūros įstaigose. Tai reiškia, jog šios teisės įgyvendinimas gali priklausyti nuo to, kokią sveikatos priežiūros įstaigą pacientas pasirenko. Pirmuoju atveju paciento būklės vertinimas būtų paliekamas pacientą gydančio gydytojo vertinimui, kas, kita vertus, prisideda prie sprendimų priėmimo operatyvumo. Tačiau diskutuotina tai, ar klausimas, susijęs su paciento teise į orią mirtį turėtų būti paliekamas spręsti vienam asmeniui.

2.1.1.2. Konsiliumo šaukimas pacientą gydančio gydytojo iniciatyva

Gaivinimo standarto trečiojo skirsnio 31 punktą numato Konsiliumo šaukimo iniciatyvos teisę pacientą gydančiam gydytojui tais atvejais, kai teikiant sveikatos priežiūros paslaugas paaiškėja, jog paciento sveikatos būklė yra tokia, kad jo gaivinimas galėtų prilygti beviltiškam gaivinimui, tačiau Konsiliumo šaukimo pacientas neinicijuojamas.²⁴ Pastebėtina tai, jog Gaivinimo standartas nenumato atskiros, aiškiai apibrėžtos Konsiliumo šaukimo procedūros gydytojo iniciatyva, todėl praktikoje gali kilti klausimų, kokia apimtimi ir kurios Gaivinimo standarto normos yra taikytinos.

Tad nors Gaivinimo standarte yra nurodyti reikalavimai teisės įgyvendinimui, tačiau kyla neaiškumų dėl tinkamos gydytojo veiksmų atlikimo sekos, o tai sudaro prielaidas nevienodos praktikos susiklostymui nacionaliniu mastu.

2.1.2. Konsiliumo sudarymas ir sprendimo priėmimas

Konsiliumo sudarymo ir sprendimo priėmimo tvarką numato Gaivinimo standarto Ketvirtas skirsnis. Gaivinimo standarto 32 punkte numatyta, jog sprendimą, kad paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam gaivinimui, priima asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovo nustatyta tvarka sudarytas Konsiliumas.²⁵ Tad šia Gaivinimo standarto nuostata kiekvienai gydymo įstaigai suteikiama teisė spręsti dėl Konsiliumo sudarymo tvarkos, tačiau, kaip ir nurodoma ŽMNKBĮ nuostatose bei Gaivinimo standarto 32 punkte, į sudėtį turi įeiti bent vienas gydytojas anesteziologas-reanimatologas, dirbantis toje sveikatos priežiūros įstaigoje.²⁶

²⁴ Ten pat.

²⁵ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

²⁶ Ten pat.

Tiek konsiliumą šaukiant paciento iniciatyva, tiek pacientą gydančio gydytojo iniciatyva, tam, jog Konsiliumas galėtų priimti sprendimą, jog paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam, pacientą gydantis gydytojas Konsiliumui privalo pateikti Gaivinimo standarto 33.1-33.4 papunkčiuose nurodytą informaciją.²⁷

Į Konsiliumo sudėtį įeinantis gydytojas anesteziologas-reanimatologas, įvertinęs gydančio gydytojo Konsiliumui šią pateiktą informaciją, pateikia nuomonę, ar paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam. Gydytojui anesteziologui-reanimatologui pateikus savo nuomonę, Konsiliumas priima vieną iš šių sprendimų: pritarti, kad paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam, arba nepritarti, kad paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam.²⁸ Gaivinimo standarto 36 punktą numato, jog sprendimas priimamas atsižvelgiant į paciento būklę, jo tyrimų rezultatus, gydančio gydytojo nuomonę,²⁹ gydytojo anesteziologo-reanimatologo ir kitų į Konsiliumo sudėtį įeinančių gydytojų nuomonę bei į požymius, numatytus Gaivinimo standarto 36.1-36.3 papunkčiuose.³⁰

Kalbant apie priimto sprendimo įforminimo tvarką, Gaivinimo standarto 37 punktą numato, jog šis, kartu su jį pagrindžiančia informacija, pacientą gydančio gydytojo bei į Konsiliumą įeinančių gydytojų nuomone yra įrašomas paciento medicinos dokumentuose, o tai padarius, apie Konsiliumo sprendimą yra informuojamas pacientas.³¹

Kiek kitaip yra, kai sprendimo priėmimą inicijuoja pacientą gydantis gydytojas. Gaivinimo standarto 37.1. papunktis nurodo, jog toks sprendimas įgyja teisinę galią tik po to, kai pacientas ar jo atstovas³² rašytine forma pritaria, jog pacientas nebūtų gaivinamas.³³ Kalbant apie šio pritarimo tvarką, Gaivinimo standarto 31.1 papunktyje numatyta, jog pacientą gydantis gydytojas su pacientu, ar paciento atstovu jam suprantama forma, atsižvelgdamas į paciento sveikatos būklę ir paciento ar paciento atstovo amžių, paaiškindamas specialius medicinos terminus, turi aptarti paciento sveikatos būklę, Konsiliumo sprendimą ir pasiūlyti pritarti sprendimui, kad pacientas nebūtų gaivinamas.³⁴ Jeigu pacientas arba paciento atstovas nusprendžia pritarti, tuomet turi būti užpildoma paciento arba paciento atstovo pritarimo Konsiliumo sprendimui forma, numatyta Gaivinimo standarto 11 priede.³⁵

²⁷ Ten pat.

²⁸ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

²⁹ Jeigu pacientą gydantis gydytojas neįeina į Konsiliumo sudėtį.

³⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

³¹ Ten pat.

³² Tik Pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymo nustatytais atvejais.

³³ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. *Valstybės žinios*, 2011, 110-5214.

³⁴ Ten pat.

³⁵ Ten pat.

Pastebėtina tai, jog nors Ketvirtas skirsnis reguliuoja sprendimų priėmimą, tačiau gali kilti tam tikrų neaiškumų. Pavyzdžiui, ar tam, jog sprendimas dėl beviltiško gaivinimo būtų priimtas, yra būtinas visuotinis Konsiliumo narių pritarimas, ir jei taip, kaip gydytojai turėtų elgtis paciento atžvilgiu, jei toks susitarimas nebūtų pasiektas.

2.1.3. Gaivinimo standarto įgyvendinimas

Gaivinimo standarto V skyriuje nustatomi bendrieji reikalavimai, susiję su šio teisės akto praktiniu įgyvendinimu sveikatos priežiūros įstaigose. Gaivinimo standarto 45 punktas numato, jog kiekvienos asmens sveikatos priežiūros įstaigos vadovas savo nustatyta tvarka sudaro gaivinimo komandas, tvirtina jų darbo organizavimo tvarką bei gaivinimo protokolus.³⁶ Tad sveikatos priežiūros įstaigoms yra suteikiama diskrecija spręsti dėl šios teisės įgyvendinimo.

Vis dėlto toks pasirinktas reguliavimas kartu suponuoja nevienodos klinikinės praktikos susiklostymo riziką, nes skirtingose sveikatos priežiūros įstaigose gali būti nustatyta (jeigu tai yra padaroma) nevienoda gaivinimo komandų sudarymo, jų veiklos organizavimo bei vidinių protokolų turinio tvarka, o tai gali lemti ir skirtingą paciento teisės atsisakyti būti gaivinamam įgyvendinimą.

Be to, kaip ir ŽMNKBĮ 11 str. 2 d., taip ir Gaivinimo standarto 46 punkte yra numatyta, jog kilus abejonėms, pacientas privalo būti gaivinamas. Ši nuostata, nors ir veikia kaip saugiklis tais atvejais, kai kyla neaiškumų, kita vertus, tai gali lemti įstatymo įtvirtintos paciento teisės nebūti gaivinamam paneigimą.

Todėl galima pastebėti, jog nors nuo 2020 metų teisinis reguliavimas tapo kiek detalesnis, praktinis šios teisės realizavimas yra itin priklausomas nuo sveikatos priežiūros įstaigų viduje esančio reglamentavimo. Reguliavimui nesant, yra didelė paciento valios neįgyvendinimo rizika.

3. Teisės atsisakyti būti gaivinamam reguliavimas užsienio valstybėse

Asmens teisės atsisakyti gaivinimo tema yra aktuali tarptautiniu mastu. Analizuojant skirtingų užsienio valstybių pavyzdžius, galima palyginti, kokia apimtimi ir kaip yra užtikrinama paciento autonomija, kaip ši teisė įgyvendinama bei kaip visa tai yra suderinama su klinikinės praktikos realijomis.

Šiame skyriuje pateikiama Jungtinės Karalystės bei Danijos teisinio reguliavimo modelių analizė, pagrindinį dėmesį skiriant paciento išankstinės valios išreiškimo galimybėms, sprendimų priėmimo formai bei subjektams, dokumentų prieinamumo gydytojams užtikrinimą bei paciento autonomijos ir gydytojo sprendimų priėmimo santykiui.

³⁶ Ten pat.

3.1. Jungtinė Karalystė

Jungtinėje Karalystėje (JK) yra trys dokumentai, susiję su gaivinimo nepraėjimu: 1) sprendimas dėl gaivinimo netaikymo (angl. Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation, toliau – DNACPR); 2) paciento išankstinis gydymo atsisakymas (angl. Advance Decision to Refuse Treatment, toliau – ADRT); 3) rekomenduojamas skubios medicinos pagalbos ir gydymo planas (angl. Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment, toliau – ReSPECT).

DNACPR yra dokumentas, pasirašomas tik gydytojo³⁷, kuris gydytojams nurodo neatlikti gaivinimo, jei pacientui sustotų širdis ar kvėpavimas.³⁸ Pažymėtina tai, jog sprendimas taikomas tik gaivinimo nepraėjimui, tad tai nereiškia, jog pacientui gydymas yra sustabdomas.³⁹

ADRT esmė yra kiek kitokia. Tai rašytinė, į ateitį orientuota, paciento valios išraiška, kurioje pacientas turi teisę iš anksto nurodyti, kokių intervencijų atsisako, jei ateityje to padaryti negalėtų, pavyzdžiui, susirgtų demencija.⁴⁰ Dokumentas yra pasirašomas paciento ir liudininko,⁴¹ taip pat aiškiai nurodoma, jog šis sprendimas galioja net ir tada, jei dėl jo pacientas mirtų.⁴²

ReSPECT yra planas, orientuotas į skubios pagalbos teikimą⁴³. Kitaip nei DNACPR, šis yra paciento ir gydytojo dialogo pagrindu pasirašomas dokumentas. Jo esmė – numatyti paciento prioritetus ir valią dėl gaivinimo pradėjimo, taip pat pateikti individualias gydytojo rekomendacijas. Taip pat yra numatoma dokumento peržiūrėjimo ir atnaujinimo data.

Aptariant dokumentų prieinamumo aspektą, DNACPR ir ReSPECT yra standartizuotos formos, integruotos į paciento medicininius įrašus. Kiek kitaip yra su ADRT – šis dokumentas nėra prieinamas sveikatos priežiūros įstaigose.⁴⁴ Todėl net ir išreiškus

³⁷ Nors ir sprendimą priima gydytojas, yra akcentuojama, jog šis turi būti aptartas su pacientu, jeigu tai leidžia padaryti paciento būklė.

³⁸ The National Health Service (2021). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) decisions [Interaktyvus]. <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation-dnacpr-decisions/>

³⁹ Pavyzdžiui, toliau turi būti teikiama skausmo kontrolė, slauga ar kitos medicininės intervencijos.

⁴⁰ The National Health Service (2023). Advance decision to refuse treatment (living will). [Interaktyvus] <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/planning-ahead/advance-decision-to-refuse-treatment/>

⁴¹ Gydytojo parašas nėra būtinas, tačiau dažniausiai gydytojas padeda tinkamai suformuluoti atsisakymą, jog šis būtų galiojantis.

⁴² The National Health Service (2023). Advance decision to refuse treatment (living will). [Interaktyvus] <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/planning-ahead/advance-decision-to-refuse-treatment/>

⁴³ Resuscitation Council UK. (2024). *ReSPECT*. [Resus.org.uk; Resuscitation Council UK. https://www.resus.org.uk/respect](https://www.resus.org.uk/respect)

⁴⁴ Šie dažniausiai yra saugomi pas pacientus.

valią, jos įgyvendinimas stipriai priklauso nuo dokumento pasiekiamumo einamuoju momentu.

Pastebėtina, jog paciento autonomija JK pasirinktame reguliavimo modelyje nėra absoliuti. Ji labiausiai realizuojama per ADRT, o mažiausiai per DNACPR. Tuo tarpu ReSPECT planas yra labiausiai subalansuotas paciento ir gydytojo autonomijos įgyvendinimo atžvilgiu.

Apibendrinant pastebėtina tai, jog JK, kitaip nei Lietuvoje, teisė atsisakyti gydymo (tame tarpe gaivinimo) gali būti užtikrinta iš anksto, dar iki kritinės būklės.

3.2. Danija

Danijoje paciento teisė atsisakyti gaivinimo yra numatyta Danijos Karalystės sveikatos įstatyme (toliau - SĮ). Įtvirtintos dvi skirtingos galimybės tai padaryti. Pirma, SĮ 25a straipsnio 1 dalis numato išankstinę paciento teisę atsisakyti gaivinimo širdies sustojimo atveju.⁴⁵ Tai gali padaryti bet kuris 60 metų sulaukęs asmuo, gebantis savarankiškai priimti sprendimus.⁴⁶ Pažymėtina, jog toks reguliavimas Danijoje – naujovė, įsigaliojusi po 2023 m. gruodžio 28 d. SĮ pakeitimų.

Antra, SĮ 26 straipsnis įtvirtina paciento teisę iš anksto išreikšti pageidavimus dėl gydymo tais atvejais, jei ateityje pats to nebegalėtų padaryti - „gyvajame testamente“ (dan. Livstestamenten)⁴⁷. Šiuo atveju tai gali padaryti kiekvienas 18 metų sulaukęs asmuo, galintis savarankiškai priimti sprendimus. Įdomu tai, jog nors ir įtvirtinta tokia teisė, SĮ 24a straipsnis numato, jog jei pacientas, kuris nėra nepagydomai sergantis, atšaukia informuotą sutikimą dėl tolesnio gyvenimą pratęsiančio gydymo, sveikatos priežiūros specialistas neprivalo nutraukti gydymo, jeigu nutraukimas sukeltų paciento tiesioginę mirtį ar tai prieštarautų sveikatos priežiūros specialisto etikos nuostatoms.⁴⁸ Tačiau minėtas straipsnis numato, jog tokiu atveju gydytojas turi pareigą nukreipti pacientą pas kitą specialistą, kuris galėtų įgyvendinti paciento apsisprendimą⁴⁹. Tad ši norma Danijoje veikia kaip kompromisas: paciento pasirinkimas gerbiamas, tačiau gydytojas nėra verčiamas atlikti veiksmą, kuris jo požiūriu baigtųsi tiesioginiu mirties sukėlimui.

Danija, nuo Lietuvos bei JK skiriasi tuo, jog paciento išankstinė valia yra registruojama valstybinėje (centralizuotoje) sistemoje. Tad tai nėra vienos gydymo įstaigos dokumentas, kuris priklauso nuo konkrečios gydymo įstaigos vidinių taisyklių, o priešingai - gydytojams prieinamas bet kuriuo metu, įvedus paciento duomenis. Vėlgį, pastebėtina, jog toks modelis yra efektyvus tik pakankamiems administraciniam ir technologiniams resursams esant.

⁴⁵ Danijos Karalystės sveikatos įstatymas (dan. *Sundhedsloven*). 2005 birželio 24 d. Nr. 546. *Lovtidende A*, 2005, 1011.

⁴⁶ Ten pat.

⁴⁷ Ten pat.

⁴⁸ Ten pat.

⁴⁹ Ten pat.

Nors modelis dėl savo ypatumų yra laikytinas pažangus, sudarantis sąlygas paciento autonomijai, tačiau diskutuotinas Lietuvos pasirengimas tokiai išvystytai sistemai. Problemos pastebimos kelios: pirma, konsiliumo sprendimų matomumas elektroninėse sistemose Lietuvoje yra ribotas, nes įstatymas reikalauja paciento arba artimojo sutikimo, todėl dalijimasis informacija be sutikimo būtų neteisėtas⁵⁰. Be to, net jei atsirastų tokia galimybė, pacientas (ar jo atstovas) turi teisę bet kada atšaukti savo sprendimą, o tai kelia klausimą, kas užtikrintų tinkamą atšaukimo registravimą ir dokumentų atnaujinimą. Taip pat pacientų būklė gali keistis, tad sprendimai turi būti priimami einamuoju laikotarpiu. Galiausiai, tokios sistemos sėkmingas veikimas yra tiesiogiai priklausomas nuo resursų.

	Lietuva	JK	Danija
Dokumento forma	Paciento nesutikimo, kad būtų gaivinamas, forma; Paciento arba paciento atstovo pritarimo Konsiliumo sprendimui, kad paciento gaivinimas prilygtų beviltiškam gaivinimui, ir kad pacientas nebūtų gaivinamas, forma.	Sprendimas dėl gaivinimo netaikymo (DNACPR); Paciento išankstinis gydymo atsisakymas (ADRT); Rekomenduojamas skubios medicinos pagalbos ir gydymo planas (ReSPECT).	Paciento atsisakymas gaivinimo širdies sustojimo atveju; „Gyvasis testamentas“.
Asmuo, pasirašantis dokumentą	Pacientas (arba jo atstovas); Paciento gydytojas.	DNACPR – gydytojas ADRT – pacientas ir liudininkas; ReSPECT - pacientas ir gydytojas;	Pacientas (registruojama elektroninėje sistemoje).
Gydytojo diskrecija	Dėl negaivinimo sprendžia gydytojų Konsiliumas.	DNACPR – gydytojo sprendimas; ADRT – gydytojas laikosi paciento nurodymų; ReSPECT – derinama su paciento pageidavimais.	Gydytojui nepritariant paciento sprendimui dėl gaivinimo atsisakymo, pacientas nukreipiamas pas kitą gydytoją.

⁵⁰ Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. *Valstybės žinios*, 1996, 102-2317.

	Lietuva	JK	Danija
Paciento autonomija	Igyvendinimas priklauso nuo Konsiliumo ir gydymo įstaigos tvarkos.	ADRT suteikia didžiausią autonomiją; ReSPECT – paciento ir gydytojo sprendimas; DNACPR – mažiausiai autonomijos.	Paciento valią vykdyti privaloma. Gydytojui su sprendimu nesutinkant, pacientas nukreipiamas pas kitą specialistą.
Elektroninės sistemos naudojimas	Nėra centralizuotos sistemos, dokumentai spausdinami arba įrašomi į paciento medicinos dokumentus.	Dokumentai yra tose įstaigose, kurioms priklauso pacientas; ADRT dažniausiai neprieinamas gydymo įstaigose	Visi sprendimai elektroninėje sistemoje, prieinami specialistams realiu laiku.

4. Skerspjūvio tyrimo rezultatų analizė

Nors 2020 m. sausio 1 d. įsigalioję ŽMNKBĮ įstatymo pakeitimai apibrėžia „bevil-tiško gaivinimo“ sąvoką bei detalizuoja su (ne)gaivinimu susijusius procesus, tačiau teisinis reglamentavimas be praktinio įgyvendinimo užtikrinimo išlieka deklaratyvus.

Dėl šios priežasties svarbu įvertinti analizuotą Lietuvos teisės aktų įgyvendinimą klinikinėje praktikoje – aiškių algoritmų prieinamumą, dokumentaciją, gydytojų pa(-si)rengimą veikti teisės aktuose aprašytose situacijose. Nemažiau svarbu įvertinti tai, jog sprendimus dėl (ne)gaivinimo lemia ne tik gydytojų veiksmai, dokumentacijos buvimas, tačiau ir visuomenės – pacientų ir jų artimųjų – ligos, gydymo bei prognozės supratimas, teisinis informuotumas, moraliniai, religiniai bei etiniai įsitikinimai. Tai gali komplikuoti sprendimų priėmimo bei įstatymo įgyvendinimo procesus.

4.1. Metodika

Siekiant įvertinti šiuos aspektus, atliktas skerspjūvio tyrimas, pasitelkiant anoniminę apklausą, sudarytą iš specialiai parengtų uždaro ir atviro tipo klausimų. Vertinta gydytojų patirtis, žinios bei nuostatos dėl sprendimo nepradėti gaivinimo ir paciento teisės nesutikti būti gaivinamu bei šių procesų teisinio reglamentavimo įgyvendinimas klinikinėje praktikoje. Apklausti gydytojai anesteziologai-reanimatologai, skubios medicinos gydytojai bei šių sričių gydytojai rezidentai. Sudarytos 2 respondentų grupės: gydytojai, dirbantys Vilniaus universiteto Santaros klinikose (toliau – VUL SK) – įstaigoje, kurioje yra parengta ir patvirtinta suaugusiojo gaivinimo procedūra Nr. P 19-2023, numatan-ti įstaigos vidaus darbo organizavimo tvarką, susijusią su paciento (ne)gaivinimu bei specialistai, dirbantys kitose ligoninėse, kur analogiško dokumento nėra. Klausimyną sudarė šios dalys: 1) socio-demografinė informacija, 2) įstaigos organizavimas ir resur-

sai, 3) mokymai ir informacijos šaltiniai, 4) žinios apie paciento teisę nebūti gaivinamam (Likerto skalė), 5) patirtis, 6) asmeninės nuostatos, 7) atviri klausimai apie įstatymo įgyvendinimo kliūtis. Apklausa vykdyta anonimiškai internetu Google Forms platformoje. Statistinei analizei naudota IBM SPSS Statistics programa. Kintamieji pateikti kaip n (%), Likerto skalės kintamieji – mediana (IQR). Grupių palyginimui naudotas Fisher testas, reikšmingu rezultatu laikytas $p < 0,05$. Atvirų klausimų atsakymai analizuoti teminės analizės principu – sugrupavus atsakymus į temas, apskaičiavus temų pasikartojimo dažnį (n (%)). Pateiktos anonimizuotos reprezentatyvios respondentų citatos.

4.2. Rezultatai

Tyrime dalyvavo 46 gydytojai (33 VUL SK ir 13 kitų ligoninių darbuotojų), amžiaus mediana 38,5 (IQR 30-51,5). Kitos demografinės bei profesinės charakteristikos pateiktos 1 lentelėje (lentelė nr. 1).

Lentelė nr. 1

	VUL SK	Kitos ligoninės	Visi respondentai
Amžius (mediana (IQR))	32 (IQR 29-48)	48 (IQR 43-54)	38,5 (IQR 30-51,5)
Pareigos (n (%))			
Gydytojas anesteziologas-reanimatologas	17 (51%)	12 (92%)	29 (63%)
Anesteziologijos-reanimatologijos gydytojas rezidentas	7 (21%)	1 (8%)	8 (17%)
Skubios medicinos gydytojas	4 (12%)	0	4 (9%)
Skubios medicinos gydytojas rezidentas	5 (15%)	0	5 (11%)
Pagrindinė darbo sritis (n (%))			
Intensyvios terapijos skyrius	15 (45%)	9 (69%)	24 (52%)
Operacinė / perioperacinė priežiūra	9 (27%)	4 (31%)	13 (28%)
Skubios pagalbos / priėmimo skyrius	9 (27%)	0	9 (20%)

Įvertinus įstaigos vidaus darbo organizavimą bei dokumentų prieinamumą, respondentų atsakymai skyrėsi (lentelė nr. 2). 61% VUL SK darbuotojų nurodė, jog standartinė dokumento forma rašytiniam nesutikimui būti gaivinamam įstaigoje yra naudojama, tačiau tik 24% patvirtino, jog šis dokumentas skubios situacijos metu yra randamas lengvai. Po 39% kitose ligoninėse dirbančių medikų nurodė, jog forma

naudojama ir randama lengvai. Statistiškai reikšmingas skirtumas tarp grupių rastas nebuvo ($p=0,205$), tačiau duomenys rodo bendrą tendenciją.

Lentelė nr. 2

	VUL SK	Kitos ligoninės	Visi respondentai
Ar Jūsų darbovietėje yra naudojama standartinė dokumento forma paciento rašytiniam nesutikimui būti gaivinamui? (n (%))			
Taip	20 (61%)	5 (38%)	25 (54%)
Ne	7 (21%)	5 (38%)	12 (27%)
Nežinau	6 (18%)	3 (23%)	9 (20%)
Ar paciento rašytinio nesutikimo būti gaivinamui dokumentas yra lengvai randamas skubios situacijos metu? (n (%))			
Taip	8 (24%)	5 (38%)	13 (28%)
Ne	17 (52%)	4 (31%)	17 (46%)
Nežinau	8 (24%)	4 (31%)	12 (26%)

Iš visų respondentų, daugiau nei pusė nurodė, jog per pastaruosius 5 metus mokymai, susiję su teisės nepražėti gaivinimo įgyvendinimu, organizuojami nebuvo (lentelė nr. 3).

Lentelė nr. 3

	Visi respondentai
Ar per pastaruosius 5 metus buvo organizuojami mokymai apie teisės nepražėti gaivinimo įgyvendinimą? (n (%))	
Taip	13 (28%)
Ne	28 (61%)
Mokymai buvo organizuojami, tačiau juose nedalyvavau	5 (11%)

Įvertinus visų respondentų požiūrį į paciento teisę nesutikti būti gaivinamui, mokymus, teisinius procesus (lentelė nr. 4), matoma, jog dalyviai labiausiai pritaria mokymų privalomumui (teigiamai atsakė 83%, mediana 5 (IQR 4-5)) bei papildomam jų poreikiui (89%, mediana 5 (IQR 4-5)). Dauguma gydytojų mano, jog paciento išreikšta valia turėtų turėti didžiausią įtaką sprendžiant dėl gaivinimo nepražėjimo (72%, mediana 4 (IQR 3-5)). Vis tik rezultatai rodo, jog gydytojai jaučia teisinės atsakomybės baimę priimant sprendimą nepražėti gaivinimo (teigiamai atsakė 74%, mediana 4 (IQR 3,25-4,75) bei nepritaria, jog LR teisės aktai aiškiai reglamentuoja jų veiksmus klinikinėje praktikoje (46%, mediana 3 (IQR 2-3)).

Lentelė nr. 4

	Visiškai sutinku / sutinku (%)	Nei sutinku, nei nesutinku (%)	Nesutinku / Visiškai nesutinku (%)	Mediana (IQR)
Yra reikalinga galimybė konsultuotis su teisininku priimant sprendimą nepradėti gaivinimo	37%	26%	37%	3 (IQR 2-4)
Paciento rašytinis nesutikimas turėtų turėti didžiausią įtaką priimant sprendimą nepradėti gaivinimo	72%	22%	7%	4 (IQR 3-5)
Bijau galimos teisinės atsakomybės priimant sprendimą nepradėti gaivinimo	74%	13%	13%	4 (IQR 3,25-4,75)
Priimdamas (-a) sprendimą nepradėti gaivinimo, jaučiu pakankamą institucijos palaikymą	26%	43%	30%	3 (IQR 2-3.75)
Manau, kad Lietuvos Respublikos teisės aktai aiškiai reglamentuoja mano veiksmus, susijusius su teise nepradėti gaivinimo.	6%	48%	46%	3 (IQR 2-3)
Mokymai šia tema privalomi visiems medicinos darbuotojams	83%	7%	11%	5 (IQR 4-5)
Yra reikalingi papildomi mokymai šia tema	89%	9%	2%	5 (IQR 4-5)

Vertindami mokymų trūkumą, respondentai nurodė, jog labiausiai trūksta teisinio reglamentavimo paaiškinimo, tarpdisciplininių (gydytojų, ir teisininkų) bei etinių klausimų ir sprendimų priėmimo mokymų (lentelė nr. 5).

Lentelė nr. 5

Kokio pobūdžio mokymų šiuo metu labiausiai trūksta?	Respondentų skaičius (n (%))
Teisinio reglamentavimo paaiškinimo (įstatymai, teisinė atsakomybė) mokymų	39 (85%)
Klinikinių situacijų analizės mokymų	24 (52%)
Dokumentavimo, formų pildymo mokymų	30 (65%)
Etinių klausimų ir sprendimų priėmimo mokymų	26 (57%)
Tarpdisciplininių mokymų (gydytojai, teisininkai)	32 (70%)
Mokymų apie bendravimą su pacientais ir jų artimaisiais	25 (54%)

Tyrimo atviru klausimu buvo klausiama: „Jūsų nuomone, kas šiuo metu labiausiai trukdo tinkamai įgyvendinti paciento teisę nesutikti būti gaivinamu Lietuvoje?“ Atsakymai suskirstyti temomis bei apskaičiuotas jų dažnis tiriamųjų atsakymuose – didžiausia problema žymima visuomenės informuotumo stoka, stigma bei įsitikinimai (lentelė nr. 6).

Lentelė nr. 6

Citatos tema	Respondentai (n)
Visuomenės informuotumo stoka / stigma / įsitikinimai	21
Mokymų / gydytojų žinių trūkumas	11
Teisinio reglamentavimo neaiškumas / fragmentiškumas / neaiški terminologija	11
Artimųjų įtaka / spaudimas / lūkesčiai	10
Teisinės atsakomybės baimė / kaltės (kaltinimo) baimė	4
Įstaigos vidinės tvarkos / atsakomybės neaiškumas	3
Moralinės / religinės nuostatos	2
Komunikacijos tarp gydytojų ir pacientų bei jų artimųjų trūkumas	2

4.3. Diskusija

2025 metų Europos Gaivinimo Tarybos (toliau – EGT)⁵¹ gairės nurodo, jog tam, kad paciento teisė nesutikti būti gaivinamu bei teisė nutraukti gaivinimą būtų tinkamai įgyvendinta, turi būti užtikrintas efektyvus procesų valdymas, t.y. nuosekliai dokumentuojami išankstiniai priežiūros planai (angl. advance care plans), kurie turi būti lengvai prieinami skubių situacijų metu.⁵² Nors 2020 m. kovo 6 d. įsigaliojo Gaivinimo standarto pakeitimai ir buvo numatytos procedūros bei dokumentų formos, tyrimo duomenys rodo, jog praktinis jų prieinamumas yra problematiškas. Net 27% visų respondentų teigia, jog jų įstaigoje nėra naudojama standartinė dokumento forma paciento rašytiniam nesutikimui būti gaivinamu, o 20% respondentų apie šią formą nežino. Svarbu paminėti, jog VUL SK buvo parengta ir patvirtinta suaugusiojo gaivinimo procedūra Nr. P 19-2023, kuri numato įstaigos vidaus darbo organizavimo tvarką, nurodo būtinas naudoti dokumentų formas, algoritmus, susijusius su (ne) gaivinimu. Nors VUL SK forma naudojama dažniau nei kitose ligoninėse, tačiau procesų valdymas nėra efektyvus nė vienoje ligoninėje. Daugiau nei pusė respondentų, dirbančių VUL SK, teigė, jog paciento rašytinio nesutikimo būti gaivinamu forma nėra lengvai randama skubios situacijos metu, o 24% apie ją nežino. Svarbu įvertinti šios problemos mastą bei galimas pasekmes, jei šių procesų dokumentavimas yra netinkamas arba dokumentai nėra greitai prieinami, o medicinos darbuotojai nėra informuoti apie sprendimą nepradėti gaivinimo. Tai gali lemti arba bandymą gaivinti, prieštaraujantį sprendimui šio veiksmo nepradėti, pažeidžiant etinius ir moralinius principus, arba uždelstą gaivinimą nesant aiškiems nurodymams.⁵³

Pasaulyje vis didesnę reikšmę įgyja į pacientą orientuotas sveikatos modelis, kuris nurodo, jog paciento autonomija turėtų būti pagrindinis sprendimų priėmimo rodiklis.⁵⁴ EGT 2025 metų gairės rekomenduoja priimant sprendimą atsižvelgti ne tik į paciento klinikinę būklę, bet svarbiausia, į paciento valią.⁵⁵ Tam pritaria ir didžioji dauguma tyrime dalyvavusių gydytojų. Tačiau Lietuvoje galiojantys teisės aktai nu-

⁵¹ GREIF, R. et al (2020). Education, Implementation, and Teams: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142 (16_suppl_1), S222–S283. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000896>

⁵² RAFFAY, V. et al (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110734>

⁵³ ALARIK, L., NELSON, M., TERLING, L., THOREN, A., & DJARIV, T. (2025). Hesitate to resuscitate? A cohort study of hesitation to initiate resuscitation for in-hospital cardiac arrests. *Resuscitation*, 210, 110572, 3 [interaktyvus]. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110572>

⁵⁴ ELMER, J. et al (2025). Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 152(16_suppl_2), S323–S352. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001371>

⁵⁵ RAFFAY, V. et al (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110734>

mato, jog gaivinimo galima nepradėti, jeigu pacientas įstatymų nustatyta tvarka yra pareiškęs nesutikimą būti gaivinamam, ir yra gydytojų konsiliumo pritarimas.

Nors mūsų tyrimo duomenimis gydytojai palaiko paciento teisę į autonomiją, tačiau praktinis šios teisės įgyvendinimas kompliktuotas – 74% visų apklausoje dalyvavusių gydytojų jaučia teisinės atsakomybės baimę priimančiam sprendimą nepradėti gaivinimo bei jaučia jų veiksmus reglamentuojančių teisės normų trūkumą. Be to, 90% gydytojų teigia, jog yra reikalingi papildomi mokymai šia tema, nes, pagal tyrimo rezultatus, per pastaruosius 5 metus buvo nepakankamas mokymų skaičius arba jų prieinamumas. 2021 metų ERC gairės pabrėžia mokymų gydytojams svarbą, ypač atkreipiant dėmesį į etinių klausimų nagrinėjimą.⁵⁶ Patvirtintų protokolų nebuvimas, neaiški procedūra, informuotumo stoka didina medicinos darbuotojų neužtikrintumą savo veiksmams.⁵⁷ Dėl šios priežasties didžioji dalis tyrimo dalyvių pabrėžia teisinio reglamentavimo išaiškinimo bei teisinės atsakomybės mokymų, tarpdisciplininių mokymų (tokių, kuriuose dalyvautų ir gydytojai, ir teisininkai), dokumentavimo, formų pildymo mokymų trūkumą. Atviro klausimo analizė atskleidė kokie, gydytojų nuomone, aspektai labiausiai trukdo klinikinėje praktikoje įgyvendinti paciento teisę nesutikti būti gaivinamam – dažniausiai respondentai nurodė visuomenės informuotumo stoką: „Pacientai nėra tinkamai informuojami apie tokią teisę, komunikacija apie gydymo tikslus (angl. goals of care) su pacientais ar jų artimaisiais yra bloga“, su šia tema susijusią stigmą, įsitikinimus, kurie apsunkina ne tik paciento valios išreiškimą, bet ir gydytojų ir pacientų artimųjų komunikaciją. Ne mažiau svarbu ir gydytojų žinių ir mokymų trūkumas: „Svarbu organizuoti mokymus kiekviename skyriuje apie gaivinimą ir negaivinimą, pasitelkiant psichologus. Trūksta viešai prieinamos medžiagos gydytojams, informacijos apie pacientų ir jų artimųjų sprendimų priėmimą“.

4.4. Tyrimo apribojimai

Skerspjuvio tyrimo imtis nedidelė, todėl analizė atlikta daugiausia taikant aprašomosios statistikos metodus, o rezultatai interpretuoti kaip tendencijos, padedančios identifikuoti pagrindines problemas bei kelti hipotezes. Jas tikslinga patvirtinti didesnės apimties tyrimuose, įtraukiant daugiau sveikatos priežiūros įstaigų.

5. Pasiūlymai

Siekiant užtikrinti aiškesnę paciento teisės atsisakyti būti gaivinamam įgyvendinimą, tam siūlomos priemonės, išdėstomos prioritetine tvarka, atsižvelgiant į nustatytas spragas, tyrimo rezultatus ir įgyvendinimo realumą:

⁵⁶ Ten pat.

⁵⁷ GREIF, R. et al (2020). Education, Implementation, and Teams: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142 (16_suppl_1), S222–S283.

- Nacionaliniu lygmeniu rengti bendrą veiksmų seką, kad visose Lietuvos gydymo įstaigose būtų patvirtinti aiškūs vidiniai protokolai, išlaikant vieningą klinikinę praktiką visoje šalyje;
- Užtikrinti greitą paciento rašytinio nesutikimo būti gaivinamu prieinamumą kritinės situacijos metu. Išsaugoti jį ne tik popierine, bet ir elektronine forma. Tai sumažintų veiksmų neužtikrintumą;
- Organizuoti reguliarius mokymus gydytojams apie teisinį reglamentavimą, etinių klausimų sprendimus, dokumentavimą ir formų pildymą;
- Sudaryti galimybę gydytojams reguliariai konsultuotis su teisininkais, siekiant tinkamai įvertinti teisinės atsakomybės klausimus. Tai padėtų mažinti teisinės atsakomybės baimę;
- Vykdyti visuomenės švietimą šia tema, siekiant mažinti stigimą ir didinti informuotumą apie paciento teisę bei jos prasmę.

Išvados

Paciento teisė nesutikti būti gaivinamu daugiau nei dvidešimt metų buvo deklaratyvi, nes nebuvo numatytas jos įgyvendinimo mechanizmas – teisė buvo numatyta tik fragmentiškai, įstatyminiu lygmeniu.

Nors 2020 m. pradžioje Gaivinimo standartuose buvo numatyti reikalavimai teisės atsisakyti būti gaivinamu įgyvendinimui, tačiau išlieka neaišku kaip ir kokia veiksmų seka turi būti taikoma šiai teisei realizuoti.

Užsienio valstybėse (JK ir Danijoje) paciento teisės nesutikti būti gaivinamu reglamentavimo įgyvendinimas organizuojamas efektyviau nei Lietuvoje: priešingai nei JK ir Danijoje, Lietuvoje nėra numatyta teisė asmeniui iš anksto išreikšti valią dėl gaivinimo atsisakymo. Be to, Lietuvoje, kitaip nei Danijoje, gaivinimo atsisakymo formos nėra registruojamos elektroninėje, centralizuotoje sistemoje, kurios leistų gydytojams lengviau ir greičiau sužinoti apie paciento valią.

Paciento teisės nesutikti būti gaivinamu įgyvendinimas Lietuvoje išlieka neefektyvus – daugelyje įstaigų standartinės dokumentų formos nėra naudojamos, nėra patvirtintos vidaus darbo organizavimą numatančios gairės, nenumatomas veiksmų algoritmas. Tai lemia procesų chaotiškumą, nepakankamą paciento autonomijos užtikrinimą bei vieningos klinikinės praktikos visoje šalyje trūkumą.

Gydytojų informuotumas paciento teisės nesutikti būti gaivinamu tema yra nepakankamas – trūksta teisinių žinių bei jas suteikiančių mokymų, kyla etinių dilemų, juntama baimė dėl galimos teisinės atsakomybės, o visuomenės informuotumo stoka ir spaudimas gydytojams apsunkina procesų įgyvendinimą.

Šaltinių sąrašas

Norminiai teisės aktai

Lietuvos norminiai teisės aktai

Lietuvos Respublikos pacientų teisių ir žalos sveikatai atlyginimo įstatymas. 1996 m. spalio 3 d. Nr. I-1562. Valstybės žinios, 1996, 102-2317.

Lietuvos Respublikos žmogaus mirties nustatymo ir kritinių būklių įstatymas. 1997 m. kovo 25 d. Nr. VIII-157. Valstybės žinios, 1997, 30-712.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 21 d. įsakymas Nr. V-1054 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN25:2019 „Gdytojas anesteziologas reanimatologas“ patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2009, 154-6996.

Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 31 d. įsakymas Nr. V-822 „Dėl gaivinimo standartų patvirtinimo“. Valstybės žinios, 2011, 110-5214.

Užsienio norminiai teisės aktai

Danijos Karalystės sveikatos įstatymas (dan. Sundhedsloven). 2005 birželio 24 d. Nr. 546. Lovtidende A, 2005, 1011.

Specialioji literatūra

ALARIK, L., NELSON, M., TERLING, L., THOREN, A., & DJARIV, T. (2025). Hesitate to resuscitate? A cohort study of hesitation to initiate resuscitation for in-hospital cardiac arrests. *Resuscitation*, 210, 110572, 3 [interaktyvus] . <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110572>

ELMER, J. et al (2025). Part 3: Ethics: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 152(16_suppl_2), S323–S352. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001371>

GREIF, R. et al (2020). Education, Implementation, and Teams: 2020 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 142 (16_suppl_1), S222–S283. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000896>

RAFFAY, V. et al (2025). European Resuscitation Council Guidelines 2025 Ethics in Resuscitation. *Resuscitation*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2025.110734>

Kiti šaltiniai

The National Health Service (2021). Do not attempt cardiopulmonary resuscitation (DNACPR) decisions. [Interaktyvus]. <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/do-not-attempt-cardiopulmonary-resuscitation-dnacpr-decisions/>

The National Health Service (2023). Advance decision to refuse treatment (living will). [Interaktyvus] <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/planning-ahead/advance-decision-to-refuse-treatment/>

Resuscitation Council UK. (2024). ReSPECT. Resus.org.uk; Resuscitation Council UK. <https://www.resus.org.uk/respect>

Suaugusiojo gaivinimas. (2023). P-19-2023. Vilniaus universiteto ligoninė Santaros klinikos, 2023.