



Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego

Ks. prof. Wojciech Bołoz. Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Współczesna medycyna dysponuje niezwykłymi możliwościami leczenia przedłużającego ludzkie życie. Terapie te pochłaniają ogromne środki finansowe, często też wiążą się z uciążliwymi zabiegami, ale nie mogą zasadniczo zmienić niepomyślnego przebiegu choroby. Dlatego też pojawia się problem: jak długo chory, jego rodzina i społeczeństwo mają obowiązek podejmowania takich terapii.

Prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania

Nie jest łatwo ustalić, do czego w poszczególnym przypadku choroby zobowiązany jest chory, lekarz lub krewni. Aby ułatwić podejmowanie decyzji, w przeszłości wypracowano pojęcie zwyczajnych i nadzwyczajnych środków medycznych.

Środek zwyczajny to taki sposób leczenia, który jest:

- dostępny finansowo większości ludziom danego kraju;
- nie powoduje nadmiernych, zbyt długich cierpień chorej osoby;
- daje prawdopodobieństwo wyleczenia.

Natomiast **środek nadzwyczajny** ma następujące cechy:

- jest bardzo drogi, czyli przerasta możliwości finansowe chorego, rodziny oraz zwykle usługi świadczone przez społeczną służbę zdrowia;
- może pozostawić poważne i niekorzystne skutki organiczne lub psychiczne (np. operacja mózgu może wywoływać stałe zaburzenia czynności psychicznych);
- daje małą szansę wyleczenia.

Korzystanie z tych ostatnich jest prawem chorego. Nikt jednak nie jest moralnie zobowiązany do ich stosowania. Dziś mówi się raczej o medycznych środkach proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, które powinny być zastosowane w celu przywrócenia zdrowia i ratowania życia lub zaniechane. Rozróżnienie to jest jednak uwarunkowane konkretnymi przypadkami, a kryteria takiego rozróżnienia mają charakter obiektywny i subiektywny.

Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Kryteria subiektywne natomiast to: konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Kryterium podstawowym tego rozróżnienia jest **proporcja pomiędzy środkami i celem, który za ich pomocą chce się osiągnąć**. Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa tak zwanej „uporczywej terapii”, która polega na stosowaniu nadzwyczajnych procedur medycznych (np. urządzeń technicznych i środków farmakologicznych) w celu sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych chorego dotkniętego nieuleczalną chorobą i opóźnieniach jego śmierci. Uporczywa terapia jest nieskuteczna leczniczo, przedłuża umieranie chorego (niekiedy do kilku

miesięcy) oraz wiąże się z bardzo dużymi kosztami materialnymi i nieproporcjonalnymi kosztami osobistymi (cierpienie i ograniczone funkcjonowanie) dla chorego i/lub dla jego rodziny.

Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych (karmienie i nawadnianie, łagodzenie bólu i innych objawów). Decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii podejmuje dobrze poinformowany sam chory, dobrowolnie, po wysłuchaniu uzasadnionej medycznie opinii kompetentnego lekarza, zgodnej z jego wiedzą i sumieniem.

Pojęcie uporczywej terapii i możliwość odstąpienia od niej funkcjonują w dokumentach Kościoła Katolickiego. W sytuacji, *gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. (...) Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci*. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje umysłowe i jest do tego zdolny (przytomny); w przeciwnym razie przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów chorego.

Warto w tym kontekście przytoczyć fragment listu kardynała Villot do Kongresu Międzynarodowej Federacji Katolickich Stowarzyszeń Lekarzy: *Należy podkreślić, że święty charakter życia jest tym, co zakazuje lekarzowi zabijać i równocześnie nakłada na niego obowiązek skorzystania ze wszystkich możliwości swej sztuki, aby walczyć ze śmiercią. Nie oznacza to jednak, że jest on zobowiązany do użycia wszystkich technik umożliwiających przeżycie, które oferuje mu niezmordowanie twórcza nauka. Czy w wielu przypadkach nie byłoby bezużyteczną torturą narzucanie reanimacji wegetatywnej w ostatniej fazie choroby nieuleczalnej?*

Chociaż pojęcie uporczywej terapii i możliwość odstąpienia od niej są dziś w etyce medycznej powszechnie przyjmowane, zagadnienia te wydają się wciąż kontrowersyjne, a związane z nimi pytania nie znajdują jasnych odpowiedzi. Do takich pytań należą następujące:

◆ **Czy odstąpienie od uporczywej terapii oznacza niepodjęcie jej, czy także przerwanie podjętej procedury?**

◆ **Czy lekarz może odstąpić od terapii nieskutecznej (futile) wbrew żądaniu chorego?**



Fot. Szymon Brzóska

◆ Co oznacza „odstąpienie od uporczywej terapii” u terminalnie chorych cierpiących z powodu niewydolności serca, nerek lub płuc?

Miejmy nadzieję, że z czasem uda się znaleźć odpowiedzi również na te pytania.

Warunki rezygnacji z uporczywej terapii

Definicja uporczywej terapii wypracowana przez uczestników II Seminarium Ekspertów w ramach projektu „Granice terapii medycznych”, dnia 29 czerwca 2008 roku brzmi następująco:

Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

Rezygnacja z uporczywej terapii wymaga respektowania następujących zasad:

1. Życie ludzkie jest traktowane jako wartość nieuwarunkowana stanem zdrowia, jakością tego życia, autonomią chorego oraz jego zdolnością do myślenia i wyrażania woli.

2. Rozróżnianie między życiem godnym i niegodnym do jego kontynuowania ma charakter arbitralny, ponieważ godność człowieka nie jest uwarunkowana biologicznym stanem jego organizmu.

3. Rezygnacja z uporczywej terapii może polegać na odmowie jej włączenia lub na zaprzestaniu podjętych procedur.

4. Jedynym uzasadnieniem rezygnacji z uporczywej terapii jest zapewnienie naturalnej i godnej śmierci umierającemu, a nie oszczędności w systemie opieki zdrowotnej.

5. Celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia chorego, ale nieprzedłużanie umierania i opóźnianie nieuchronnej śmierci.

6. Nadzwyczajne i nieefektywne środki medyczne mają charakter obiektywny, uwarunkowany aktualnym stanem rozwoju medycyny i poziomem ekonomicznym kraju.

7. Nieproporcjonalne koszty osobiste uporczywej terapii są uwarunkowane osobowością chorego, jego wrażliwością i odpornością na ból i cierpienie.

8. Rezygnacja z uporczywej terapii jest autonomiczną decyzją chorego, który został dobrze poinformowany o stanie swojego zdrowia i zbliżającej się śmierci.

9. Gdy chory nie może osobiście wyrazić swej woli, rodzina chorego przekazuje lekarzowi opinię o uporczywej terapii, zgodnie z wyrażoną wcześniej postawą chorego.

10. Decyzja lekarza o rezygnacji z włączenia lub o zaprzestaniu uporczywej terapii może być podjęta po osiągnięciu przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie.

11. Decyzja lekarza o rezygnacji z włączenia lub o zaprzestaniu uporczywej terapii powinna być zgodna z obowiązującym systemem prawnym.

12. Wola chorego wyrażona w „Testamencie życia” informuje lekarza o jego życzeniu, lekarz podejmuje decyzję zgodnie ze swoją wiedzą i sumieniem.

13. Nawadnianie i odżywianie traktuje się jako podstawowe działania pielęgnacyjne. Ich zaprzestanie może być spowodowane wyłącznie obiektywnym dobrem chorego, wtedy gdy ich stosowanie ma znamiona uporczywości terapeutycznej.

Przedrukowano za zgodą z:
Advances in Palliative Medicine 2008; 7
(wybrane fragmenty)