

REZYGNACJA Z TERAPII PODTRZYMUJĄCEJ ŻYCIE

- Piotr Grzegorz Nowak -

W wyniku z rozwoju technologii medycznych, mniej więcej od lat sześćdziesiątych, gdy powstawały pierwsze oddziały intensywnej terapii, lekarze zaczęli się borykać z problemem, czy zawsze należy robić wszystko, co możliwe, by ratować ludzkie życie. Niekiedy zaawansowane środki techniczne, takie jak respirator, zamiast leczyć, jedynie nieznacznie przedłużają proces umierania. W innych okolicznościach interwencje medyczne mogą wprawdzie znacząco odwlec śmierć, jednak bez żadnej korzyści dla pacjenta lub za cenę dodatkowych cierpień. Czy w takich sytuacjach dopuszczalna jest rezygnacja z terapii podtrzymującej życie? Mimo że burzliwa debata na ten temat wciąż trwa, udało się dotychczas osiągnąć zgodę, że rezygnacja z podtrzymywania życia jest dopuszczalna dla przynajmniej jednej grupy pacjentów. Jest tak, gdy spełnione są łącznie następujące warunki:

(1) terapia, z której się rezygnuje, jest świadomie i dobrowolnie odrzucana przez samego pacjenta; (2) (...) jest również przez lekarza oceniana jako niestosowna (bezużyteczna, bezcelowa, daremna); (3) pacjent, którego postanawia się nie podtrzymywać przy życiu, jest już i tak umierający czy też bliski śmierci; (4) rezygnacja z możliwej terapii przedłużającej o pewien krótki czas jego życie polega na jej niepodjęciu czy też zaniechaniu; (5) tym, z czego się rezygnuje lub czego się nie podejmuje, jest stosowanie nadzwyczajnych środków podtrzymujących przy życiu nie zaś podtrzymywanie życia za pomocą środków zwyczajnych, w tym zwłaszcza przez sztuczne odżywianie oraz nawadnianie (Galewicz 2009: s. 21) .

Niestety na oddziałach intensywnej terapii rzadko zdarza się, że wszystkie pięć warunków jest spełnionych. 80% pacjentów tych jednostek, ze względu na ciężki stan lub ze względu na podawane leki uspokajające, przeciwbólowe czy nasenne, nie jest zdolnych złożyć świadomego oświadczenia woli.

Jedną z klasycznych propozycji, jak postępować z tego typu pacjentami, pochodzi z artykułu Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę? autorstwa Joanne Lyn i Jamesa F. Childressa. Choć dotyczy ona osób poddawanych specyficznej formie terapii – sztuczному odżywianiu i nawadnianiu – to jednak propozycję tę można zastosować także w stosunku do chorych poddawanych innym formom intensywnych oddziaływań leczniczych. Można więc powiedzieć, że rezygnacja z terapii jest dopuszczalna wtedy, gdy jest ona: (a) fizjologicznie daremna, a więc nie prowadzi nawet do jej bezpośredniego celu, czyli, jak w przypadku leczenia na oddziale intensywnej terapii, nie prowadzi do zastąpienia lub też przywrócenia zaburzonej funkcji pewnego narządu; lub (b) jest daremna w takim sensie, że pacjent nie może odnieść z niej korzyści ponieważ

utracił zdolność do bycia odbiorcą jakichkolwiek dóbr (np. znajduje się w trwałym stanie wegetatywnym); czy wreszcie (c) terapia jest daremna w znaczeniu aksjologicznym, gdy, jeśli nawet osiąga swój cel fizjologiczny, to jednak „wszystko razem wzięwszy przynosi pacjentowi więcej szkód aniżeli korzyści, a zatem nie wychodzi mu w sumie na dobre”.

Polskie regulacje prawne, choć dopuszczają rezygnację z terapii podtrzymującej życie, nie są zbyt precyzyjne, jeśli chodzi o określenie warunków, jakie muszą być spełnione, aby taka decyzja była usprawiedliwiona. Kodeks Etyki Lekarskiej zawiera zapis mówiący, iż

1. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. 2. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Przepis ten nie wyjaśnia, w jakich warunkach rzeczywiście można zrezygnować z leczenia, nie jest też jasne, jakie środki można uznać za zwyczajne, a jakie za niezwyczajne. Na domiar złego cytowana regulacja całkowicie przerzuca ciężar decyzji na barki lekarza. Jak zauważa Włodzimierz Galewicz, bez pomocy przedstawicieli pacjenta czy szpitalnej komisji etycznej lub sądu lekarz może jedynie oceniać, czy leczenie jest dla pacjenta korzystne w wąskim – fizjologicznym – sensie, nie może jednak wiedzieć, czy wyjdzie ono pacjentowi, ogólnie biorąc, na dobre. Taka ocena wymaga bowiem odwołania się do kategorii dobrostanu, która wiąże się m.in. z sądami na temat pragnień i planów życiowych.

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT) próbowało doprecyzować te przepisy i w 2014 roku wydało wytyczne eksplikujące pojęcie terapii daremnej. Niektóre z nich budzą jednak kontrowersje. Dokument ten zakłada, że lekarz może zrezygnować z leczenia, które nie jest korzystne dla pacjenta. W przytaczanej już tutaj wypowiedzi podczas dyskusji na forum Interdyscyplinarnego Centrum Etyki UJ Włodzimierz Galewicz zauważył, że sposób, w jaki w wytycznych rozumie się korzyść, może budzić wątpliwości. Precyzując to pojęcie, autorzy nie odwołują się do żadnego z trzech klasycznych ujęć daremności (a, b, c), a zamiast tego proponują instytucjonalną definicję, która utożsamia korzyść z możliwością opuszczenia oddziału intensywnej terapii przez pacjenta. W konsekwencji to, jakie leczenie jest korzystne, a jakie nie, ma więc zależeć od regulaminu danego szpitala.

Inną wadą powiązania daremności z szansą na opuszczenie przez pacjenta oddziału intensywnej terapii jest przekreślenie możliwości stwierdzenia, że terapia jest daremna w przypadkach takich, jak słynny kazus Karren Quinlan, a więc w sytuacjach, gdy pacjent może odzyskać zdolność do samodzielnego oddychania pomimo trwałej utraty świadomości. Trudno sobie bowiem wyobrazić, aby jakikolwiek regulamin unieвозмоżliwia wypisanie z oddziału intensywnej terapii osób, które mogą funkcjonować bez pomocy specjalistycznej aparatury. Bez wątplenia są zresztą także inne przypadki, kiedy to zastosowanie terapii może doprowadzić do stanu umożliwiającego opuszczenie oddziału, a mimo to skłonni bylibyśmy uznać ją za daremną, np. dlatego, że przynosi ona pacjentowi tylko dodatkowe cierpienie i jedynie nieznacznie wydłuża jego życie. Także w takich przypadkach regulacje zaproponowane przez PTAiIT nie dają żadnych podstaw do rezygnacji z podtrzymywania życia.

Podsumowując, wytyczne PTAiT w obecnym kształcie nie są pomocne przy podejmowaniu decyzji o zakończeniu życia w sytuacjach innych niż wtedy, gdy terapia jest bezcelowa w wąskim rozumieniu. O ile lekarze potrafią stwierdzić, czy dana interwencja medyczna jest daremna w sensie fizjologicznym, to jednak nie ich rolą jest samodzielnie oceniać, czy np. pacjent w stanie wegetatywnym może być odbiorcą jakichś dóbr, lub czy obciążenia związane z terapią przeważają korzyści, które z niej płyną.

Literatura

- Galewicz W. (2009), *Decyzje o zakończeniu życia*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 9–82.
- Kübler A., Siewiera J., Durek G., Kusza K., Piechota M., Szkulmowski Z. (2014), *Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii*, „Anestezjologia Intensywna Terapia”, 46 (4): 229–234.
- Lyn J., Childress J.F. (2009), *Czy pacjenci zawsze powinni otrzymywać pożywienie i wodę*, [w:] *Wokół śmierci i umierania. Antologia bioetyki*, t. 1, W. Galewicz (red.), Universitas, Kraków: 139–153.

Piotr Grzegorz Nowak – asystent naukowy oraz doktorant w Zakładzie Badań nad Etyką Zawodową w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego, a także członek zarządu Polskiego Towarzystwa Bioetycznego.

Tekst powstał dzięki finansowaniu z Fundacji na rzecz Nauki Polskiej na podstawie Umowy nr 139/UD/SKILLS/2015 o wykorzystanie Nagrody przyznanej w konkursie eNgage w ramach projektu SKILLS współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.