

Uporczywa terapia przeciwnowotworowa — aspekty etyczne

Futil anticancer therapy — ethical aspects

Ks. Antoni Bartoszek

Wydział Teologiczny, Uniwersytet Śląski, Katowice

Przedrukowano za zgodą z: *Chirurgia Polska* 2011; 13: 42–47

Streszczenie

Podstawową tezą niniejszego artykułu jest stwierdzenie, iż moralnie właściwe decyzje, dotyczące kontynuowania bądź zaprzestania terapii przeciwnowotworowej, będą podejmowane wówczas, gdy w procesie decyzyjnym zostanie uwzględniona zasada proporcjonalności środków, u podstaw której leży prawda o świętości życia i prawda o nieuchronności śmierci. Zgodnie z tą zasadą lekarz nie ma obowiązku stosowania uporczywej terapii, jednak nie wolno mu zaprzestać realizowania opieki zwyczajnej za pomocą środków proporcjonalnych. Rozróżnienie między środkami nieproporcjonalnymi (nieobowiązkowe) a środkami proporcjonalnymi (obowiązkowe) dokonuje się poprzez uwzględnienie zarówno obiektywnych kryteriów medycznych, bardziej znanych lekarzowi, jak i subiektywnych odczuć oraz stanów emocjonalnych pacjenta. Aby to stało się możliwe, potrzebna jest pogłębiona komunikacja interpersonalna między lekarzem i pacjentem, która sprawia, iż zostaną uszanowane autonomia pacjenta, sumienie oraz wiedza lekarza.

Słowa kluczowe: uporczywa terapia, środki proporcjonalne — środki nieproporcjonalne, życie, śmierć, eutanazja

Hematologia 2012; 3, 2: 136–142

Wstęp

W ramach terapii przeciwnowotworowej mogą się rodzić różne dylematy etyczne dotyczące rodzaju proponowanych środków medycznych. W niniejszej pracy opisano wątpliwości, które dotyczą relacji między rozważanym do zaaplikowania środkiem a faktycznym skutkiem, jaki on wywołuje. Chodzi o odpowiedź na pytanie: czy niektóre środki, które proponuje leczenie onkologiczne, nie przynoszą *de facto* więcej skutków ubocznych niż korzyści? Tego

typu dylematy mogą się pojawić na różnych etapach terapii. Intensywność tych wątpliwości może narastać przy podejmowaniu decyzji, dotyczącej przejścia od leczenia onkologicznego do paliatywnego. W kontekście tego przejścia mogą powstać przynajmniej dwa pytania: 1) czy uzasadnione jest stosowanie leczenia onkologicznego, które generuje poważne skutki niekorzystne dla pacjenta, a przynosi jedynie niewielkie przedłużenie życia? 2) w jaki sposób podejmować decyzje o rezygnacji z leczenia przyczynowego na rzecz leczenia objawowego?

Adres do korespondencji: Ks. Antoni Bartoszek, ul. Jordana 18, 40–043 Katowice, e-mail: antbar@poczta.onet.pl

Także w ramach samej opieki paliatywnej powstają pytania, które nie dotyczą wymiaru jedynie medycznego, ale zawierają także aspekt głęboko etyczny, a mianowicie, jak postępować 1) w sytuacji, gdy u pacjenta cierpiącego na nieuleczalną chorobę rozpoznaje się kolejną ciężką chorobę? 2) w przypadku gdy drugorzędne objawy podstawowej choroby mogą być złagodzone odpowiednim zabiegiem chirurgicznym? 3) w sytuacji, w której życie pacjenta zależy od ciągłego sztucznego podtrzymywania życia?¹

Podstawowe założenia antropologiczne

Poszczególne kazusy medyczne wymagają niejednokrotnie pogłębionej refleksji etycznej, gdy rodzi się podstawowe pytanie: **jak w danym przypadku postąpić?** Nie jest to pytanie jedynie o znajomość sztuki medycznej; jest to pytanie, które ma charakter **pytania moralnego**². By móc z kolei precyzyjnie odpowiedzieć na pytanie moralne, potrzebne jest dokonanie dwóch kroków: pierwszy (można go nazwać **zasadniczy**) wymaga odwołania się do fundamentu antropologicznego, drugi (**bezpośredni**) polega na wyprowadzeniu z podstaw antropologicznych właściwej zasady etyczno-moralnej, która staje się bezpośrednim punktem wyjścia do rozwiązania określonego dylematu moralnego. Ten sposób postępowania zakłada, iż z obiektywnej prawdy o człowieku wyprowadza się obiektywną normę moralną; innymi słowy z odpowiedzi na pytanie: **kim jest człowiek?**, rodzi się odpowiedź na pytanie moralne: **jak w określonym przypadku należy postępować?** Choć wobec tego typu sylogizmu w określonych systemach myślowych stawia się zarzuty (np. w filozoficznej wizji D. Hume'a)³, to jednak tutaj prezentowana etyka personalistyczna, nawiązująca do integralnej wizji osoby ludzkiej, stawia jako istotne założenie stwierdzenie, że wolność zależy od prawdy, a wolne decyzje człowieka, aby mogły służyć autentycznemu dobru, powinny w swoich najgłębszych fundamentach odwoływać się do obiektywnej prawdy o człowieku.

Bliższa analiza antropologiczna prowadzi do sformułowania dwóch podstawowych stwierdzeń. Po pierwsze, życie ludzkie z racji tego, iż jest życiem osoby ludzkiej, posiada niezbywalną godność — stanowi podstawową wartość — dlatego charaktery-

zuje się nietykalnością, która prowadzi do stwierdzenia, iż życie jest święte. Po drugie, w to samo ludzkie życie wpisuje się prawda o nieuchronności śmierci, która w żaden sposób nie jest podważona, ani tym bardziej zanegowana przez współczesny rozwój medycyny, mimo że dzięki jej kolejnym osiągnięciom stale podnosi się średnia wieku umierania⁴. Z tych dwóch podstawowych założeń antropologicznych wypływają dwa najważniejsze prawa i obowiązki — prawo i obowiązek życia oraz prawo do godnej śmierci, generujące obowiązek tworzenia takich warunków, w których chory człowiek godnie może odejść.

Obydwa prawa i obowiązki wymagają bliższej analizy. O ile z prawem do życia, jako podstawowym prawem człowieka, większość współczesnych ludzi zgadza się, o tyle nie wszyscy akceptują stwierdzenie, iż człowiek ma obowiązek życia. Zwolennicy skrajnego liberalizmu, który dokonuje swoistej absolutyzacji wolności, przekonują, iż człowiek ma prawo w dowolnym momencie zakończyć swoje życie, czy poprzez samobójstwo, czy poprzez eutanazję, zaś stwierdzenie, iż życie jest obowiązkiem, uznają za tak zwany błąd naturalistyczny (według określenia wspomnianego wcześniej D. Hume'a). Zarzut naturalizmu stawia się między innymi tradycyjnemu nauczaniu Kościoła Katolickiego i polega on na stwierdzeniu, iż z praw biologicznych wyprowadza się normy etyczne⁵. Mówiąc inaczej, człowiek musi czekać na śmierć biologiczną, a nie może sam o niej zdecydować. Koncepcja Hume'a ma swoje głębsze korzenie w pewnych interpretacjach filozofii Kartezjusza, które wychodząc od kartezjańskiego, „Myślę, więc jestem”, tak absolutyzują element świadomościowy, że doprowadzają do całkowitej negacji cielesności w podmiotowej strukturze człowieka. W świetle takich ujęć istotą człowieczeństwa pozostaje sama świadomość oraz wolność, natomiast cielesność staje się pozapodmiotowym surowcem⁶. W ten sposób człowiek jest ujmowany skrajnie dualistycznie — element świadomościowy i wolnościowy zostaje przeciwstawiony ludzkiej cielesności, która przez to niejako zaczyna znikać z istoty człowieczeństwa, a wraz z nią znikają sama śmierć w sensie faktu antropologicznego⁷.

Etyka personalistyczna, przeciwstawiając się takiej wizji, pojmując człowieka jako istotę duchowo-cielesną, co oznacza, iż z jednej strony świadomo-

¹ Przypadki te są wymienione: W: Wilkinson J. *Ethical issues in palliative care*. W: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Doyle D., Hanks G., McDonald N. (red.). Oxford 1994, s. 499.

² Por. Jan Paweł II, Encyklika *Veritatis splendor* (6.08.1993) nr 7 (dalej: *Veritatis splendor* = VS)

³ Por. Zalewski Z. *Jak długo mamy obowiązek żyć? W: Przedłużanie życia jako problem moralny*. Chyrowicz B. (red.) Lublin 2008, s. 41.

⁴ Por. Pasierski T. *Medycyna a przedłużanie życia*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny...*, s. 31–38.

⁵ Por. VS 47.

⁶ Por. VS 48.

⁷ Por. Callahan D. *Zabicie a przyzwolenie na śmierć*, tłum. Malczewski J. W: *Wokół śmierci i umierania...*, s. 177.

mość i wolność są wkomponowane w cielesność, zaś z drugiej strony życie biologiczne jest istotnym elementem podmiotowości człowieka. Można zatem powiedzieć, iż człowiek łączy w sobie zarówno element czynny (świadomość i wolność) oraz element bierny (cielesność). Poza ludzkimi działaniami istnieje jeszcze fizyczna natura (cielesność), która nie zanika, tak jak nie zanika z tej natury śmierć⁸. Obowiązek życia nie jest niczym innym jak uznaniem, iż własną wolnością człowiek nie może całkowicie zapanować nad cielesnością; musi pozostać wobec niej bierny, nie w tym sensie, że nie może na przykład podejmować leczenia, lecz w tym znaczeniu, że nie może zdecydować o momencie własnej śmierci, ani tym bardziej śmierci drugiego. Na płaszczyźnie teologicznej prawdy te są o wiele prostsze do wyjaśnienia. Rozum oświecony wiarą odkrywa bowiem fundamentalną prawdę, iż życie ludzkie jest darem Boga, dlatego u początku i kresu tego życia leży stwórcza wola Boża, zgodnie ze słowami Pisma Świętego, w których Bóg mówi o sobie: „Ja zabiłam i Ja sam ożywiam” (Pwt 32,39).

Analizy dotyczące prawa i obowiązku życia stanowią punkt wyjścia do właściwego rozumienia prawa i obowiązku godnej śmierci. Należy zauważyć, że prawem do godnej śmierci nie jest eutanazja, która przez pewną część społeczeństwa jest postrzegana jako śmierć dobra dla człowieka, gdyż wyzwala go od bólu i cierpienia. Dla niektórych głównym argumentem przemawiającym za eutanazją jest etymologia tego słowa — **eutanazja**, czyli **dobra śmierć**. W świetle wcześniejszych rozważań eutanazja stoi w całkowitej sprzeczności z godnością i świętością życia i staje się *de facto* medyczną imitacją śmierci. Trzeba zwrócić uwagę na działania medyczne, które negując prawdę o nieuchronności śmierci człowieka, również są zaprzeczeniem jego godnej śmierci. Wyrażają się one w uporczywej terapii, czyli działaniach, które nie tyle człowiekowi służą, ile nie pozwalają mu godnie odejść — w spokoju, w miarę możliwości ze złagodzonego bólem. Ten typ działań jest czasem określany mianem **dystanazji**.

Podsumowując dotychczasowe analizy, należy stwierdzić, iż decyzje dotyczące działań medycznych powinny uwzględnić dwie podstawowe prawdy antropologiczne: życie ludzkie jest święte, a w ludzką egzystencję jest wpisana śmierć. Te dwie prawdy ukazują najważniejsze, wspomniane już wcześniej, prawa i obowiązki człowieka: podstawowe

we prawo i obowiązek życia, które powinny być respektowane i realizowane przez każdego człowieka (np. pacjenta oraz jego otoczenie, m.in. lekarzy i rodzinę), oraz prawo do godnej śmierci.

Zasada proporcjonalności środków medycznych

Zachowanie równowagi między dwoma wyżej wymienionymi prawdami antropologicznymi jest możliwe dzięki postępowaniu w oparciu o następującą zasadę, którą można określić mianem **zasady proporcjonalności środków**: „pracownik służby zdrowia jest zobowiązany do zastosowania wszystkich zabiegów «proporcjonalnych». Nie zachodzi natomiast obowiązek odwołania się do zabiegów «nieproporcjonalnych». W zależności od sytuacji chorego można uznać za zwyczajne te zabiegi, w których zachodzi relacja odpowiedniej proporcji między zastosowanymi środkami i osiągniętym celem. Gdzie nie zachodzi proporcjonalność, zabiegi należy uznać za nadzwyczajne”⁹. Ta sformułowana przez Papieską Radę ds. Służby Zdrowia zasada odwołuje się do wypracowanego, przede wszystkim przez etyków chrześcijańskich, podziału na środki zwyczajne i nadzwyczajne. Podział ten przyjął z biegiem czasu nowy kształt — podział na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Powyższa zasada ma charakter ogólny i dotyczy wszystkich stanów chorobowych, bez względu na którym etapie życia pojawia się choroba. Jest stosowana (nieraz w sposób nieświadomiony) powszechnie przez lekarzy, zawsze wtedy, gdy trzeba rozważyć argumenty za i przeciw, uwzględniając korzyści i skutki uboczne poszczególnych zabiegów czy środków medycznych. Zasada ta ma zastosowanie na wszystkich etapach leczenia onkologicznego.

W odniesieniu do sytuacji, gdy pojawia się bliższa perspektywa śmierci, zasada proporcjonalności środków przybiera następującą postać: „gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużanie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych przypadkach należy się choremu”¹⁰. Zasada ta zawiera dwa elementy, które należy traktować łącznie. Pierwszy element to możliwość rezygnacji z uporczywej terapii, czyli ze stosowania środków nieproporcjonal-

⁸ Por. tamże.

⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia*, Watykan 1995, s. 60.

¹⁰ Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji* (5.05.1980) nr 4.

nych. Realizacja uporczywej terapii oznaczałaby jakąś zaciekłość, czy nawet okrucieństwo terapeutyczne, zaś rezygnacja z niej jest wyrazem szacunku wobec nieuchronności śmierci. W tym miejscu trzeba podkreślić, że z punktu widzenia moralnego nie ma znaczenia, czy niekorzystanie ze środków nieproporcjonalnych wyraża się w niepodjęciu terapii (*withholding* lub *do not escalate therapy*) czy też w przerwaniu terapii (*withdrawal*)¹¹. Z kolei z punktu widzenia psychologicznego przerwanie uporczywej terapii jest bardziej obciążające niż niepodjęcie takiej terapii, szczególnie wówczas, gdy przerwanie terapii mogłoby skutkować przyspieszeniem śmierci. Można tutaj pytać, czy rzeczywiście z punktu widzenia moralnego można postawić znak równości między niepodjęciem a przerwaniem uporczywej terapii; czy nie istnieje obowiązek kontynuowania raz rozpoczętej terapii. Często dzieje się tak, że w pierwszej fazie terapii określone środki mają ewidentnie charakter środków proporcjonalnych, a dopiero z biegiem czasu stają się środkami nieproporcjonalnymi. Poza tym w niektórych przypadkach mógłby się pojawić lęk przed bardziej zdecydowaną terapią, a lęk ten wynikałby z tego, iż nie można by już jej w żaden sposób przerwać.

Drugim elementem zasady proporcjonalności środków stosowanej w kontekście zbliżającej się śmierci jest obowiązek stosowania środków proporcjonalnych, czyli zwyczajnych. Ten drugi element zasady proporcjonalności środków ujawnia się między innymi w sytuacji, gdy niemożliwe jest kontynuowanie leczenia przyczynowego i następuje przejście do opieki paliatywnej, która jednak w żaden sposób nie oznacza biernego (z punktu widzenia medycznego) oczekiwania na śmierć, lecz jest stosowaniem osiągniętej medycyny paliatywnej. Nie jest zatem prawdziwe zdanie kierowane czasem do pacjenta, u którego nieuzasadnione jest dalsze lecze-

nie onkologiczne „tutaj już nic da się zrobić”. Niekiedy brzmiące dla niejednego pacjenta jak wyrok zdanie może (i powinno) być zastąpione prezentacją bogatego programu opieki paliatywnej, której istotnymi elementami są: podawanie środków łagodzących objawy choroby, odżywianie, pielęgnacja, a także psychiczno-duchowe wsparcie.

Analizując środki zwyczajne, trzeba się zatrzymać nad zagadnieniem odżywiania sztucznego, realizowanego za pomocą przetoki żołądkowej, zgłębnika nosowo-żołądkowego lub kroplowych wlewów dożylnych. Sztuczne odżywianie przynależy do opieki zwyczajnej i wynika to z samej istoty odżywiania, które zabezpiecza przed śmiercią głodową. W kontekście sztucznego odżywiania zasada proporcjonalności środków brzmi następująco: „pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję”¹². Innymi słowy, moralnie niegodziwe jest niepodawanie w sposób sztuczny pożywienia i płynów, dlatego że pacjent nie umiera, natomiast moralnie właściwe jest zaprzestanie tego działania, dlatego że pacjent już umiera¹³. Szczególnie w tym drugim sformułowaniu widoczne jest rozróżnienie między chorobą przewlekłą, na przykład utrzymującym się stanem wegetatywnym, a sytuacją agonii, gdzie perspektywa śmierci jest bezpośrednia i bliska¹⁴.

Rozróżnienie na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne skłania do zastanowienia się nad ostatecznym sposobem różnicowania tych środków oraz nad kryteriami dla ich właściwej oceny. W rozróżnieniu tym należy uwzględnić 2 typy kryteriów: kryteria subiektywne — znane pacjentowi (pragnienie uniknięcia szoku psychologicznego, lęku, dolegliwości, chęć pozostania w domu wśród najbliższych¹⁵) i kryteria obiektywne — znane lekarzowi (dotyczące samych środków, ich medycznych właści-

¹¹ Por. Suchorzewska J., Basińska K., Olejniczak M. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny...*, s. 66–67; por. także Remenyi M. *Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende — eine ethische Problemeexposition*, „Zeitschrift für Medizinische Ethik” 54 (2008) nr 2, s. 119.

¹² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta pracowników służby zdrowia...* s. 100.

¹³ Taki wniosek można sformułować na podstawie nauczania biskupów amerykańskich; por. Vescovi della Pensylwania, *Nutrizione e idratazione: considerazioni morali e pastorali*. W: *Lettere pastorali. Magistero episcopale*, Verona 1992–1993, k. 332; Episcopato Statunitense, *Nutrizione e idratazione: considerazioni morali e pastorali*. W: *Lettere pastorali* 1992–1993, k. 304–307, s. 312.

¹⁴ Dnia 20.03.2004 Ojciec Św. Jan Paweł II w przemówieniu do uczestników kongresu zatytułowanego „Terapie podtrzymujące życie a stany wegetatywne: postępy nauki i dylematy etyczne” stwierdził, iż podawanie pacjentowi wody i pożywienia, nawet gdy odbywa się w sposób sztuczny, jest zawsze naturalnym sposobem podtrzymania życia, a nie czynnością medyczną. W zasadzie zatem należy to uznawać za praktykę zwyczajną i proporcjonalną, a tym samym za moralnie nakazaną, w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień, „L'Osservatore Romano” 28 (2007) nr 10–11, s. 53. Wypowiedź ta stała się przedmiotem krytyki wielu środowisk z racji tego, iż jakoby była przejawem rewizjonistycznego stanowiska Papieża, które, w przekonaniu niektórych, uniemożliwia analizowanie stanu zdrowia konkretnego pacjenta i jakoby nie pozwalała na stosowanie zasady proporcjonalności środków. Zob. prezentacja krytyki: Schockenhoff E. *Bestandteil der Basispflege oder eigenständige Maßnahme? Moraltheologische Überlegungen zur künstlichen Ernährung und Hydratierung*, „Zeitschrift für Medizinische Ethik” 56 (2010) nr 2, s. 139. Na gruncie polskim krytykę wypowiedzi Papieża przeprowadza Galewicz W. Zob. Tenże, *Decyzje o zakończeniu życia*. W: *Wokół śmierci i umierania*, red. tenże, Kraków 2009, s. 44–45. W krytyce wypowiedzi Papieża autorzy zdają się nie zauważać ostatniej jej części, która brzmi „w zależności od tego, w jakiej mierze i przez jaki czas zdaje się ona służyć właściwym celom, czyli w danym przypadku odżywianiu pacjenta i łagodzeniu jego cierpień” (W. Galewicz nawet jej nie cytuję; por. tamże, s. 43), a w której zasada proporcjonalności jest ukryta. Pojawiają się przecież szczególne sytuacje medyczne, w których sztuczne odżywianie staje się dodatkowym obciążeniem i nie służy swojemu właściwemu celowi. W swojej wypowiedzi Papież potwierdził godność ludzką osób znajdujących się w stanie wegetatywnym, z której wynika obowiązek zapewnienia podstawowego elementu opieki, jakim jest odżywianie i pojenie, zabezpieczające przed śmiercią z głodu lub odwodnienia. Takie stanowisko potwierdziła Kongregacja Nauki Wiary w odpowiedzi na pytanie postawione przez Konferencję Episkopatu Amerykańskiego: „Czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w stanie wegetatywnym, z wyjątkiem przypadków, gdy takie pożywienie nie może być podawane bez powodowania znacznej dolegliwości fizycznej?”. Kongregacja Nauki i Wiary odpowiedziała: „Tak. Podawanie pokarmu i wody, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymywania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakim służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem”. Kongregacja Nauki Wiary, *Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania* (1.08.2007), „L'Osservatore Romano” 28 (2007) nr 10–11, s. 52.

¹⁵ Por. Papieska Rada *Car Unum*, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (27.07.1981) nr 2.4. W: *W trosce o życie*. Szczygiel K. (red.), Tarnów 1998, s. 441.

ciwości, kosztów, medycznego uzasadnienia ich stosowania). W kryteriach natury obiektywnej uwzględnia się także miejsce, gdzie dokonuje się leczenie, gdyż w jednych środowiskach dane leczenie będzie przynależało do środków proporcjonalnych, w innych — do środków nieproporcjonalnych. W podobny sposób uwzględnia się także czas, czyli dany etap rozwoju medycyny — to, co kiedyś było środkiem nieproporcjonalnym, teraz mogło się stać środkiem proporcjonalnym.

Przy podejmowaniu decyzji należy uwzględnić 2 typy kryteriów. Jest to możliwe wówczas, gdy zostanie zbudowana między lekarzem a pacjentem więź interpersonalna, umożliwiająca pogłębioną komunikację. W komunikacji tej chodzi o właściwy przekaz prawdy o stanie zdrowia i o możliwościach leczenia, przy równoczesnym wsłuchaniu się w autentyczne potrzeby pacjenta. W tego typu relacji dokonuje się spotkanie dwóch podmiotów: lekarza i pacjenta — spotkanie dwóch autonomii, które wzajemnie powinny się zrozumieć i uszanować. Warto zauważyć, że w etyce hipokratesowej mocno akcentowano autonomię lekarza, co czasem prowadziło do utrwalenia w relacji lekarz–pacjent układu paternalistycznego. Współczesne tendencje bardziej podkreślają autonomię pacjenta¹⁶, co z jednej strony umacnia układ partnerski (tendencja właściwa), z drugiej jednak, proces ten może uczynić z lekarza zakładnika, skazanego na realizowanie wszelkich żądań pacjenta, także tych moralnie niegodziwych. Dlatego też równocześnie podnoszą się głosy w obronie klauzuli sumienia lekarza, co jest wyraźnym upomnieniem się o szacunek wobec autonomii lekarza¹⁷. Dzisiaj podkreśla się, iż właściwa relacja między pacjentem i lekarzem wyraża się w szacunku pacjenta wobec fachowej wiedzy lekarza, którą ten w sposób kompetentny i przystępny przekazuje, oraz respektowaniu przez lekarza autonomii pacjenta i jego decyzji¹⁸. Uwaga ta jest oczywiście słuszna, jednak trzeba dodać, iż autonomia lekarza objawia się nie tylko w tym, iż posiada i przekazuje w sposób wolny wiedzę medyczną, ale także w tym, iż ma prawo wyrazić sprzeciw wobec takich żądań pacjenta, które uważa za niezgodne ze swoim sumieniem.

W tym miejscu trzeba się zatrzymać nad dwiema sytuacjami, w których ujawnia się wyraźny konflikt między autonomią lekarza a pacjentem. Pierwsza sytuacja prowadzi do pytania: jak postąpić w sytuacji, gdy terapia, która jest medycznie wskazana, równocześnie jest niechciana przez pacjenta?¹⁹ Chodzi tutaj oczywiście o środki proporcjonalne. Ważne jest, aby w tego typu sytuacjach nie podejmować zbyt pochopnych decyzji. Potrzebna jest właściwa komunikacja. W jej ramach możliwa jest ze strony lekarza spokojna i cierpliwa perswazja, która może zaowocować przekonaniem do danej terapii. Innym razem potrzebne będzie poznanie przyczyn odmowy uzasadnionej terapii; mogą to być przyczyny natury psychicznej czy społecznej. Rozwikłanie jakiegoś pozamedycznego problemu może doprowadzić do zmiany decyzji pacjenta wobec dotychczas odrzucanego leczenia.

Co jednak robić w sytuacji, gdy pacjent utrzymuje swoją decyzję odmowy leczenia? W kontekście tej sytuacji ujawniają się dwa stanowiska. Pierwsze opowiada się za pełną akceptacją autonomii pacjenta i można je wyrazić następująco: ponieważ ignorowanie sprzeciwu w pełni świadomego pacjenta jest zachowaniem moralnie nieakceptowalnym, nie może być ono obowiązkiem lekarza²⁰. To stanowisko na pewno jest właściwe w przypadku, w którym pacjent nie zgadza się na podjęcie terapii za pomocą środków proporcjonalnych. Nie można nikogo przymusić przemocą do leczenia. Jednak trudno to stanowisko utrzymać w przypadku, gdy lekarz ma podjąć takie działanie, które będzie przerwaniem terapii zwyczajnej. Trzeba jednak zaznaczyć, że część autorów przekonuje o uszanowaniu woli pacjenta, także i w takim przypadku. Inni jednak przyjmują stanowisko drugie, wyrażające się w prawie do klauzuli sumienia, przy czym wskazują, że możliwe są jej dwie wersje. Pierwszą można określić jako wąsko rozumianą klauzulę sumienia i można ją sformułować następująco: „jeżeli lekarze mają moralne lub religijne obiekcje, które nie pozwalają im uszanować ważnego sprzeciwu pacjenta, mogą oni umożliwić pacjentowi przeniesienie się do innego lekarza”²¹. W tym rozwiązaniu wątpliwy moralnie jest konieczność wskazania innego leka-

¹⁶ Klasyczną w tym względzie jest książka Beauchamp T.L., Childress J.F. *Zasady etyki medycznej*, tłum. Jacóżyński W. Warszawa 1996, w której autorzy wymieniają oraz szeroko omawiają cztery zasady etyki lekarskiej, stawiając na pierwszym miejscu zasadę szacunku wobec autonomii pacjenta. W nurt stawiania na priorytetowym miejscu autonomii wpisuje się m.in. stanowisko K. Szewczyka, który stwierdza, iż „według zasady proporcjonalności podmiotem ostatecznej decyzji uznającej daną procedurę za postępowanie nadzwyczajne w danej sytuacji jest pacjent”. Tenże, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Warszawa 2009, s. 320.

¹⁷ Warto w tym miejscu przypomnieć, iż 7.10.2010 na posiedzeniu Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy przegłosowano rezolucję w sprawie klauzuli sumienia lekarzy, farmaceutów i pracowników służby zdrowia. W rezolucji tej szczególnie ważne jest stwierdzenie: „żaden szpital, placówka czy osoba nie mogą być przedmiotem żadnej presji czy dyskryminacji ani ponosić żadnej odpowiedzialności”, gdy odmówią przeprowadzenia aborcji czy eutanazji lub wzięcia udziału w którymś z tych zabiegów.

¹⁸ Por. Remenyi M. *Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende...*, s. 117.

¹⁹ Por. Galewicz W. *Decyzje o zakończeniu życia...*, s. 20.

²⁰ Por. Gert B., Culver Ch.M., Clouser K.D. *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Chojnacki M. (tłum.). Gdańsk 2009, s. 432–433.

²¹ Jest to stanowisko Millera F.G. oraz Finsa J.J. przywołane przez Galewicza W.; zob. tenże, *Decyzje o zakończeniu życia...*, s. 29. Podobnie skonstruowane prawo do klauzuli sumienia znajduje się w *Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dn. 5.12.1996*. Dz. U. nr 220, poz. 1600 ze zmianami, art. 39.

rza. Takie postępowanie ma bowiem charakter współudziału w złu moralnym. Drugą wersję klauzuli sumienia można określić jako pełną klauzulę. Zgodnie z nią lekarz ma prawo wyrazić sprzeciw wobec decyzji pacjenta, którą według wiedzy i sumienia uznaje za niemoralną i nie ma obowiązku wskazywania na innego lekarza²². Piszący niniejsze słowa opowiada się właśnie za takim rozumieniem klauzuli sumienia²³.

Możliwy jest jeszcze jeden rodzaj konfliktu między autonomią lekarza a autonomią pacjenta, który prowadzi do pytania: jak postąpić w sytuacji, gdy terapia, która jest medycznie niewskazana, jest pożądana przez pacjenta bądź jego rodzinę?²⁴ Chodzi tu o środki nieproporcjonalne. Należy wówczas w spokojnej perswazji przekonywać o daremności działań z punktu widzenia medycznego (*medical futility*)²⁵. Potrzebna jest duża umiejętność przekonywania, nieraz roszczeniowo bądź dystanatywnie rodziny pacjenta²⁶. W ramach pogłębionej komunikacji należy również starać się zrozumieć intencje i motywacje pacjenta bądź rodziny — mogą one być pozamedyczne, ale nie muszą być nieracjonalne, na przykład ktoś pragnie poddać się uporczywej terapii, gdyż przed śmiercią czeka na kogoś bliskiego, który ma przyjechać z bardzo daleka i to dopiero za jakiś określony czas. Potrzebne jest także ukazywanie całościowego programu paliatywnego, gdyż sprzeciw wobec rezygnacji z uporczywej terapii może wypływać z lęku przed pozostawieniem pacjenta samemu sobie. Warto też proponować rezygnację z uporczywej terapii w sposób stopniowy²⁷, aby nie stwarzać pozorów, że chce się pozostawić pacjenta bez opieki medycznej, a nawet, że chce się doprowadzić do eutanazji. Tak bowiem skrajnie może być zinterpretowana postawa lekarza sugerującego zaniechanie pewnych czynności medycznych.

Obrona rozróżnienia między działaniem a rezygnacją

Analizując problem uporczywej terapii przeciwnowotworowej, trzeba dłużej zatrzymać się nad roz-

różnieniem między działaniem medycznym a rezygnacją z tego działania. We wcześniejszych rozważaniach powiedziano, że z punktu widzenia moralnego nie ma różnicy między niepodjęciem działania nieproporcjonalnego a przerwaniem działania. W tym rozróżnieniu obydwa rodzaje postępowania dotyczą ostatecznie tego samego, a mianowicie rezygnacji z uporczywej terapii. Rozróżnienie między działaniem a rezygnacją dotyczy czegoś innego. Chodzi tutaj o wysuwany przez niektórych autorów pogląd, iż rozróżnienie pomiędzy zabiciem pacjenta (w ramach eutanazji czynnej) nie różni się istotowo od zaniechania działania, które powoduje śmierć²⁸. Ci, którzy pozostają w tym nurcie myślowym, twierdzą, że nie można określić eutanazji jako czynu wewnętrznego złego, czyli złego zawsze bez względu na okoliczności²⁹. Twierdzą, że zgoda na śmierć, w skutek zaniechania czynności, w niczym nie różni się od eutanazji czynnej.

Aby odpowiedzieć na ten zarzut, należy najpierw w sposób właściwy zdefiniować eutanazję. W świetle etyki personalistycznej eutanazja oznacza czynność lub jej zaniechanie, która ze swej natury lub w zamierzeniu działającego powoduje śmierć w celu wyeliminowania wszelkiego cierpienia. Tak więc eutanazja wiąże się z intencjami działającego oraz stosowanymi środkami³⁰. W definicji tej wyraźnie widoczna jest alternatywa — czynność lub jej zaniechanie (eutanazja czynna lub eutanazja bierna), a zatem na pierwszy rzut oka zdaje się ona wpisywać w stanowisko wyżej przywołanych autorów, którzy stawiają znak równości między działaniem a zaniechaniem. Jednak definicji tej nie należy odrywać od tego wszystkiego, co zostało wyżej powiedziane na temat rozróżnienia na środki proporcjonalne i nieproporcjonalne. Przywołana definicja eutanazji rzeczywiście mówi o eutanazji czynnej oraz eutanazji biernej, ale za eutanazję bierną uznaje się tutaj rezygnację nie z uporczywej terapii (bo rezygnacja ta jest wyrazem szacunku wobec nieuchronności śmierci), lecz rezygnację ze środków proporcjonalnych, czyli na przykład z podawania pożywienia czy też z lecze-

²² Tak skonstruowane jest prawo do klauzuli sumienia w *Ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z d. 5.07.1996*. Dz. U. nr 253, poz. 2131 ze zmianami, art. 23.

²³ Poszerzającą interpretację klauzuli sumienia zawiera także przywołana wcześniej rezolucja Rady Europy, gdyż nie tylko mówi o pojedynczej osobie, ale także o szpitalach i placówkach, które nie mogą być poddane żadnej dyskryminacji z racji odmowy nieetycznych działań. Takie sformułowanie mocno osłabia obowiązek wskazywania przez powołującego się na klauzulę sumienia innego lekarza i czyni nieuzasadnionym sprzeciw wobec faktu, iż cały szpital może ze względów etycznych odmówić wykonania określonego świadczenia medycznego. Na przykład można tu przywołać stanowisko Szewczyka K., który twierdzi, iż „ustawodawca nie przewidział czegoś w rodzaju *sumienia szpitala* czy innej instytucji systemu opieki zdrowotnej”. Tenże, *Bioetyka*..., s. 225. Trzeba jednak pamiętać, iż szpital to zbiór osób, które posiadają indywidualne sumienia i takie sumienie posiadają także osoby znajdujące się na stanowiskach kierowniczych, np. ordynator czy też dyrektor szpitala. Oni także mogą się powoływać na klauzulę sumienia.

²⁴ Por. Galewicz W. *Decyzje o zakończeniu życia*..., s. 26.

²⁵ *Medical futility* — medyczna daremność, czyli działania, którym towarzyszy znaczna dysproporcja pomiędzy zastosowanymi i uciążliwymi dla chorego metodami czy środkami terapeutycznymi a korzyściami z nich wynikającymi; *de facto* zatem chodzi o uporczywą terapię. Por. Suchorzewska J., Basińska K., Olejniczak M. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny*..., s. 64.

²⁶ Suchorzewska J., Basińska K., Olejniczak M. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka*..., s. 71.

²⁷ W piśmiennictwie światowym spotyka się określenie „redukcja terapii”. Dotyczy to wycofania się ze stosowania pewnych elementów terapii, np. antybiotyków, preparatów krwi lub niepodejmowania inwazyjnych procedur terapeutycznych. Suchorzewska J., Basińska K., Olejniczak M. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka*..., s. 67.

²⁸ Por. Tooley M. *Nieistotne rozróżnienie: zabicie a przyzwolenie na śmierć*, tłum. Malczewski J. W: *Wokół śmierci i umierania*. Galewicz W. (red.). Kraków 2009, s. 165–172.

²⁹ Por. Hartman J. *Bioetyka dla lekarzy*. Warszawa 2009, s. 121.

³⁰ Por. Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji* (5.05.1980) nr 2.

nia noworodka tylko dlatego, że urodził się upośledzony. Tak rozumiana eutanazja bierna jest rzeczywistą eutanazją, której istotą jest zamach na świętość ludzkiego życia. Przedstawiona wyżej definicja eutanazji sprawia, że obejmuje ona rzeczywiście działania wewnętrznie złe³¹, dla których nie może być moralnej akceptacji.

Oczywiście praktyka medyczna zna dramatyczne przypadki, w których rezygnacja z uporczywej terapii może prowadzić do przyspieszenia śmierci. Jednak nie należy tych działań określać jako eutanazję. W takich sytuacjach śmierć pojawia się jako niezamierzony skutek, a jej bezpośrednią przyczyną nie jest rezygnacja z działań medycznych, lecz rozwój choroby w organizmie pacjenta. W tego typu zaniechaniach nie zamierza się śmierci, lecz przyjmuje się, iż nie można jej przeszkodzić³². Decyzja o rezygnacji z uporczywej terapii nie stanowi osądu o tym, że pacjent powinien umrzeć, lecz jest to sąd o granicach umiejętności lekarskich³³. Callahan stwierdza, iż zniesienie rozróżnienia między działaniem a zaniechaniem oznaczałoby monizm technologiczny, a śmierć nie byłaby już faktem biologicznym, lecz stałaby się medycznym artefaktem³⁴. Rozróżnienia między eutanazją czynną a rezygnacją z uporczywej terapii broni Polski Kodeks Etyki Lekarskiej, który z jednej strony stwierdza, iż „lekarzowi nie wolno stosować eutanazji, ani pomagać choremu w popełnieniu samobójstwa” (art. 31), a drugiej strony wyjaśnia, iż „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” (art. 32). Podobnie stwierdza Amerykańskie Towarzystwo Medyczne: „Zamierzone przerwanie życia jednej istoty ludzkiej przez drugą — eutanazja (*mercy killing*) — stoi w sprzeczności z wartościami reprezentowanymi przez zawód lekarza i z polityką Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego. Zaprzestanie stosowania nadzwyczajnych środków przedłużania życia

wtedy, gdy istnieją niepodważalne dowody na to, że śmierć biologiczna zbliża się nieuchronnie, podlega decyzji pacjenta i/lub jego najbliższej rodziny”³⁵. Różnica pomiędzy wypowiedzią Polskiego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego polega na tym, iż o ile polskie normy zdają się bardziej akcentować osąd lekarza (ale trzeba podkreślić, iż nie wykluczają tutaj współdziałania pacjenta w procesie decyzyjnym), o tyle normy amerykańskie wyraźniej akcentują autonomię pacjenta i rodziny (jednak nie wyłączają osądu lekarza).

W podsumowaniu należy stwierdzić, że decyzje dotyczące rezygnacji z uporczywej terapii przeciwnowotworowej w wielu przypadkach nie są łatwym zadaniem. Wymagają nie tylko znajomości sztuki medycznej, ale także wiedzy etycznej, zasadzającej się na dwóch fundamentalnych prawach antropologicznych, a mianowicie, że życie człowieka jest święte oraz że w ludzką egzystencję jest wpisana nieuchronność śmierci. Obcowanie z osobami ciężko chorymi, znajdującymi się nieraz na granicy życia i śmierci, wymaga od lekarza wrażliwości sumienia. Jan Paweł II swego czasu odniósł kategorię sumienia do postawy *czuwania*: „Co to znaczy czuwać? — pytał Papież i zaraz dawał odpowiedź — To znaczy, że staram się być człowiekiem sumienia. Że tego sumienia nie zagłuszam i nie zniekształcam. Nazywam po imieniu dobro i zło. (...) To taka podstawowa sprawa, której nigdy nie można pomniejszyć, zepchnąć na dalszy plan. (...) Jest zaś tym ważniejsza, im więcej okoliczności zdaje się sprzyjać temu, abyśmy tolerowali zło, abyśmy łatwo się z niego rozgrzeszali. Zwłaszcza, jeżeli tak postępują inni. (...) Czuwam — to znaczy dalej: dostrzegam drugiego. Nie zamykam się w sobie, w ciasnym podwórku własnych interesów czy też własnych osądów. Czuwam — to znaczy: miłość bliźniego — to znaczy podstawowa międzyludzka solidarność”³⁶. Do takiej postawy czuwania wezwany jest każdy lekarz.

³¹ VS 80.

³² Por. Remenyi M. *Selbstbestimmtes Sterben und medizinische Entscheidungen am Lebensende...*, s. 119.

³³ Por. Callahan D. *Zabicie a przyzwolenie na śmierć...*, s. 177.

³⁴ Por. tamże, s. 176–180.

³⁵ Cyt. za Steinbock B. *Zamierzone przerwanie życia*. Tomaszewska A. (tłum.). W: *Wokół śmierci i umierania...*, s. 100.

³⁶ Jan Paweł II, Przemówienie do młodych *Apel milenijny jest nadal programem* (Częstochowa 18.06.1983). W: *Musicie od siebie wymagać*, Poznań 1984, s. 280–281.