Robert Twycross
Emerytowany wykładowca medycyny paliatywnej, Uniwersytet w Oksfordzie, Wielka Brytania

Pozwolić odejść

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2009; 8: 1: 3–6

Od redakcji

Poniższy artykuł powstał na podstawie wykładu doktora Roberta Twycrossa pt. „Śmierć bez cierpienia?" wygłoszonego w październiku 2008 roku podczas II Kongresu Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Duża część tego materiału zostanie zamieszczona w *Symptom Management in Advanced Cancer* (wydanie czwarte 2009). Współautorami tej publikacji są Andrew Wilcock i Claire Stark Toller, którym wyrażamy uznanie i wdzięczność za wkład pracy.

Artykuł ten stanowi uzupełnienie prac opublikowanych w *Advances in Palliative Medicine* (tom 7, nr 3) poświęconych potrzebie wyważonego podejścia do kwestii podtrzymywania życia, której przeciwstawia się zgodę na śmierć, jak również konieczności unikania uporczywej terapii podtrzymującej życie u pacjentów w ostatnim stadium choroby. Autor, podczas swojej blisko 40-letniej pracy, poświęcił się prawie wyłącznie opiece paliatywnej, co jeszcze bardziej podkreśla wartość poniższego tekstu.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009; 3, 4: 161–165

Wstęp

Zasada „czasami wyleczyć, często przynieść ulgę, zawsze zapewnić komfort" w zwięzły sposób podsumowuje oczekiwania społeczne wobec pracowników służby zdrowia. Ma on zastosowanie także w medycynie paliatywnej, mimo że w tym wypadku możliwość wyleczenia ogranicza się do dolegliwości wtórnych. Zważywszy, że pierwotna choroba jest nieuleczalna, w jej końcowym stadium kładzie się stanowczy nacisk na przyniesienie ulgi i zapewnienie komfortu choremu.

Etyka lekarska i opieka paliatywna

W relacjach między pracownikiem służby zdrowia a pacjentem brak jest równowagi sił. Dlatego też postępowanie pracowników służby zdrowia jest regulowane przez kodeks etyki zawodowej, co daje nadzieję na uniknięcie nadużywania przez nich przewagi siły. Te same kardynalne zasady opieki medycznej mają zastosowanie we wszystkich obszarach, od położnictwa do geriatrii i od pomocy doraźnej do opieki paliatywnej. Są nimi:

— szacunek dla autonomii pacjenta i wyborów przez niego dokonywanych;
— podejmowanie działań mających korzystny, dobroczynny wpływ;
— minimalizowanie działań szkodliwych;
— właściwe użycie dostępnych środków [1].

Wymienione cztery zasady stosuje się, mając na uwadze szacunek dla życia i akceptując ostateczną nieuchronność śmierci [2]. W praktyce należy zatem rozważyć trzy kwestie, które powinny pozostawać w równowadze, pamiętając przy tym, że każda z nich zawiera w sobie pewną sprzeczność:

— potencjalne korzyści wynikające z leczenia wobec potencjalnego ryzyka i obciążeń, jakie się z nim wiążą;
— starania mające na celu ochronę życia przy jednoczesnym zaniechaniu takich działań podtrzymujących życie, których konsekwencją są obcią-

Adres do korespondencji: dr Robert Twycross, DM FRCP
Director, palliativedrugs.com Ltd. Emeritus Clinical Reader in Palliative Medicine
Oxford University, United Kingdom
e-mail: robert.twycross@palliativedrugs.com
Tłumaczenie: mgr Joanna Mrówczyńska

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2009, 3, 4, 161–165
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

żenia przewyższające potencjalne korzyści, i zapewnieniu komfortu umierania;
— potrzeby jednostki w odniesieniu do potrzeb społeczeństwa.

Dodatkowo, zarówno w pomocy doraźnej, jak i w medycynie paliatywnej potrzebne jest wyczucie, które działania są rzeczywiście pilne. Stąd obecna w medycynie paliatywnej Zasada Emancypacji:

„Nie można szczędzić wysiłku w celu uwolnienia osoby umierającej od cierpienia, które jest nie do zniesienia, przenika świadomość i dominuje, nie pozostawiając miejsca na nic innego" [3].

Autonomia pacjenta

Lekarze często zachowują się tak, jak gdyby pacjenci mieli obowiązek zaakceptować zalecany sposób leczenia. Jednak zgodnie z prawem nikt nie jest zobligowany do poddania się leczeniu, nawet jeżeli konsekwencją odmowy może być wcześniejsza śmierć [4, 5]. Tym samym lekarz ma obowiązek przedyskutować z pacjentem możliwe sposoby terapii i ich ewentualne skutki uboczne oraz uzyskać jego świadomą zgodę przed przystąpieniem do leczenia.

Bez tej zgody lekarz naraża się na zarzut naruszenia nietykalności osobistej [6]. Jeżeli pacjent nie jest w stanie wyrazić bądź odmówić zgody, prawnym obowiązkiem lekarza jest podjęcie takiego leczenia, które w jego przekonaniu najlepiej służy dobru chorego [7]. Częstymi stanami uniemożliwiającymi udzielenie zgody przez pacjenta są: ciężka depresja, delirium (ostry zespół mózgowy) oraz demencja.

Zasada podwójnego efektu

Zasadę podwójnego efektu opisywano różnorako [8–11]. Jej sens można ująć następująco:

„Pojedyncze działanie mające dwa możliwe do przewidzenia efekty — pozytywny i szkodliwy — nie zawsze jest moralnie zabronione, jeżeli efekt szkodliwy jest niezamierzony i nie ma innego sposobu na osiągnięcie pożądanego rezultatu".

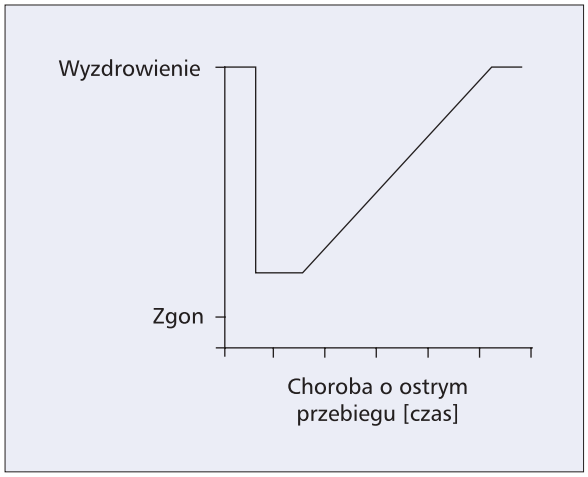
Autorstwo powyższej zasady przypisuje się św. Tomaszowi z Akwinu, XIII-wiecznemu teologowi i filozofowi [12]. Początkowo wypowiadano ją w odniesieniu do samoobrony. Jeżeli zostanę zaatakowany i bronię się, a w wyniku tego napastnik odniesie poważne obrażenia lub zginie, mogę się powołać na powyższą zasadę w odpowiedzi na zarzut ciężkiego uszkodzenia ciała lub zabójstwa. Jest to więc uniwersalna zasada, do której można się odwołać, aby uzyskać uniewinnienie w sytuacji, gdy działanie podjęte w dobrej wierze, z zamiarem niesienia pomocy, przynosi niezamierzoną szkodę. Bez tej zasady praktykowanie medycyny nie byłoby możliwe. Ma ona kluczowe znaczenie, ponieważ każdy rodzaj leczenia wiąże się z nieodłącznym ryzykiem i czasem negatywne skutki są niemożliwe do uniknięcia.

Dyskusja na temat zasady podwójnego efektu skupia się często wokół kwestii związanych ze stosowaniem morfiny lub leków o podobnym działaniu w celu uśmierzenia bólu u chorych terminalnie. Sprawia to fałszywe wrażenie, że stosowanie morfiny w tych konkretnych okolicznościach jest strategią obarczoną wysokim ryzykiem [13]. Tymczasem morfina (oraz inne silne opioidy), odpowiednio stosowane, są lekami bardzo bezpiecznymi, prawie zawsze bezpieczniejszymi niż niesteroidowe leki przeciwzapalne. Stosowanie obu grup leków przeciwbólowych jest usprawiedliwione, pod warunkiem że ich skuteczność w uśmierzeniu bólu przewyższa ryzyko wystąpienia poważnych efektów niepożądanych. Co więcej, doświadczenie kliniczne wskazuje, że pacjenci, u których łagodzi się ból, żyją dłużej, niż miałoby to miejsce w warunkach wycieńczenia i zniechęcenia spowodowanego przez ostry, nieprzerwany ból.

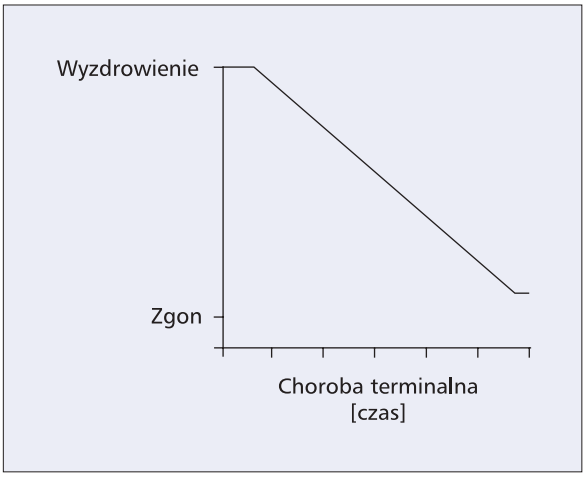
Niemniej jednak, zamierzonym celem leczenia zawsze musi być przyniesienie ulgi w cierpieniu, a nie śmierć pacjenta. Oczywiste jest, że chociaż w ekstremalnych sytuacjach dopuszczalne jest większe ryzyko, należy stosować takie środki, z którymi wiąże się mniejsze zagrożenie życia lub wystąpienia szkodliwych efektów. A zatem, w sytuacjach ekstremalnych, chociaż możliwe są silna sedacja i podawanie leków utrzymujących pacjenta w stanie nieświadomości (gdy łagodniejsze środki nie przynoszą już ulgi), za niedopuszczalne uważa się przyspieszenie zgonu poprzez podanie śmiertelnego zastrzyku (eutanazja).

Właściwe leczenie

Aby osiągnąć właściwą równowagę między „walką o życie" a „zgodą na spokojną śmierć", lekarze nieustannie muszą mieć na uwadze niezaprzeczalny fakt, że ostatecznie wszyscy pacjenci muszą umrzeć. Istotnym elementem sztuki lekarskiej jest więc umiejętność podjęcia decyzji, kiedy pozwolić na śmierć bez dalszych przeszkód. Lekarz nie ma prawnego ani etycznego obowiązku ochrony życia „za wszelką cenę" [14]. Kiedy oczywisty jest już fakt, że pacjent umiera, priorytety się zmieniają. Jeżeli dalsze leczenie można opisać już tylko jako przedłużanie procesu umierania, nie ma już obowiązku kontynuować takiej terapii [15, 16]. Lekarz nie ma ani obowiązku, ani prawa do podejmowania uporczy-



Rycina 1. Graficzne przedstawienie choroby o ostrym przebiegu. Przewiduje się dalszy ogólnie dobry wpływ danego sposobu leczenia na stan pacjenta. Reanimacja jest ważna i umożliwia choremu przetrwanie początkowego kryzysu. Powrót do zdrowia jest wspomagany przez naturalne mechanizmy obronne organizmu: pacjent kończy rehabilitację samodzielnie, bez dalszego wsparcia medycznego



Rycina 2. Graficzne przedstawienie choroby terminalnej. Przewiduje się pogorszenie stanu pacjenta. Choroba o ostrym przebiegu i choroba terminalna są więc oddzielnymi jednostkami patofizjologicznymi. Interwencje terapeutyczne, które można opisać najlepiej jako przedłużanie cierpienia umierania, są bezowocne i niewłaściwe

wych działań przedłużających proces umierania. Podstawowym celem opieki paliatywnej nie jest przedłużenie życia, ale sprawienie, aby było ono tak komfortowe i sensowne, jak to tylko możliwe.

Ponieważ istnieje etyczny imperatyw kontynuowania opieki medycznej, nie należy formułować pytania: leczyć czy nie leczyć? Powinno ono raczej brzmieć następująco: jaki sposób terapii jest właściwy, biorąc pod uwagę jej dalszy wpływ na stan pacjenta oraz jego sytuację osobistą i społeczną? Postępowanie właściwe w opiece doraźnej może być niewłaściwe w przypadku osób umierających (ryc. 1, 2). Sondy żołądkowe, wlew dożylny, antybiotyki, resuscytacja i wspomaganie oddechu (oraz wiele innych interwencji medycznych) wprowadzono do praktyki medycznej początkowo jako środki wspomagające do stosowania w pomocy doraźnej i w leczeniu chorób przewlekłych, pacjentowi od stanu krytycznego aż do powrotu do zdrowia. Za niewłaściwe postępowanie uważa się, ogólnie rzecz biorąc, stosowanie tych samych środków w przypadku chorych, którzy nieodwołalnie zbliżają się do śmierci; ogólne obciążenia (osobiste, społeczne, finansowe) takiego leczenia przewyższają jego potencjalne korzyści i jest (lub staje się) ono bezcelowe.

Tak więc zalecenia terapeutyczne bazują na rozważeniu możliwych zalet (korzyści) i wad (ryzyka, obciążeń) występujących w przypadku danego pacjenta. Lekarz nie działa rutynowo i w praktyce zwykle ma do dyspozycji kilka równorzędnych, możliwych do wykorzystania metod działania. Argumenty przemawiające za danym sposobem leczenia wiążą się z jego przewidywaną skutecznością. Jest to źródło rozważań nad konsekwencjami i implikacjami dla pacjenta, jego rodziny i społeczeństwa jako całości. Innymi słowy, lekarz stara się, opierając na faktach biologicznych i społecznych, którymi dysponuje, zaproponować pacjentowi najwłaściwszą formę opieki, na co duży wpływ ma to, jaka jest w danym przypadku prawdopodobna prognoza. Śmierć jest dla wszystkich zjawiskiem nieuchronnym, ostatecznie więc lekarz nie ma innego wyboru niż „pozwolić działać naturze".

Opieka medyczna stanowi pewną ciągłość — od całkowitego wyleczenia, do łagodzenia objawów. Wiele rodzajów leczenia zawiera w sobie całe spektrum. W znacznym stopniu dotyczy to radioterapii, w mniejszym — chemioterapii i chirurgii. Przy podejmowaniu jakiejkolwiek formy leczenia ważne jest, aby dostrzegać wyraźnie jej cel terapeutyczny. Przy decydowaniu, jakie postępowanie jest właściwe, trzeba uwzględniać następujące zagadnienia kluczowe:

— dalszy wpływ danego sposobu terapii na stan pacjenta;
— cel terapeutyczny i korzyści wynikające z każdej formy leczenia;
— niepożądane (szkodliwe) efekty uboczne terapii;
— potrzebę nieprzedłużania procesu umierania.

Chociaż nie można całkowicie zignorować możliwości niespodziewanej poprawy, istnieje wiele okazji, w których właściwe jest „dać śmierci szansę". W miarę zbliżania się momentu śmierci potrzeba nawadniania i odżywiania organizmu staje się minimalna i niewłaściwym postępowaniem jest zmuszanie kogoś do przyjmowania płynów i pokarmu. Utrata przez pacjenta zainteresowania i wyraźna niechęć stanowią ważną część procesu odchodzenia.

Opis przypadku

Kobieta, lat 96, w zaawansowanym stadium choroby Alzheimera, została przyjęta do szpitala z podejrzeniem zapalenia płuc. Od 2 lat była przykuta do łóżka i miała kilka odleżyn, a od wielu miesięcy nie była w stanie mówić i nie rozpoznawała siostry (swojej głównej opiekunki w domu). W przeszłości założono jej gastrostomię. Przez ponad 2 tygodnie leczono ją silnymi antybiotykami i preparatami przeciwgrzybiczymi podawanymi dożylnie. Siostra pacjentki poprosiła wówczas, aby chorą wypisano do domu i pozwolono jej umrzeć. Wywołało to konsternację wśród lekarzy („kryzys etyczny"), ponieważ wypisanie pacjentki uniemożliwiało kontynuację dożylnego podawania atybiotyków i nawadnianie.

Powyższy przypadek ilustruje, że niektórzy lekarze nadal praktykują medycynę, kierując się ślepo zasadą opóźniania śmierci „za wszelką cenę". Kobietę leczono bardzo drogimi antybiotykami, których dzienny koszt sięgał kilkuset euro. Jednak w jakim celu? Wydaje się, że lekarze nie przeanalizowali implikacji demencji jako nieuleczalnej, postępującej choroby. Niewłaściwe leczenie zaczęło się prawdopodobnie 2 lata wcześniej, kiedy pacjentka nie mogła już samodzielnie jeść i nie przyjmowała pokarmu od swoich opiekunów (oraz prawdopodobnie zaciskała zęby, aby uniemożliwić karmienie). Wówczas, zamiast zaakceptować to jako część naturalnego procesu „zamykania się", typowego dla zaawansowanej demencji, podjęto interwencję, stosując przedłużającą proces umierania gastrostomię*. Gdy u pacjentki rozwinęło się zachłystowe zapalenie płuc, zamiast uznać to za typowy etap końcowy demencji, wprowadzono niewłaściwe i nadmiernie kosztowne środki. W jakim celu?

Autor niniejszej pracy sugeruje, aby określić tego rodzaju interwencje jako „bezmyślną" lub „natrętną" medycynę — leczenie, które należy traktować raczej jako przedłużanie procesu umierania niż podtrzymywanie życia w jego pełni. Zaangażowani w opisaną sytuację lekarze nie uwzględnili w praktyce klinicznej faktu, że ostatecznie każda istota ludzka musi umrzeć. W wyniku takiego podejścia do śmierci dopuszczono się dopiero po wielu tygodniach intensywnej (i bardzo kosztownej) terapii. Owszem, lekarze stanęli w obliczu „kryzysu etycznego", ale był on wywołany przez nich samych. O wiele lepiej byłoby, gdyby na długo przed ostateczną zgodą na śmierć zaakceptowali rzeczywistość, zaoferowali chorej zapewniającą komfort opiekę paliatywną i pozwolili jej na naturalną śmierć, nie stawiając jej dalszych przeszkód.

Środki zwyczajne *v.* nadzwyczajne

Koncepcja środków zwyczajnych i nadzwyczajnych ukształtowała się po raz pierwszy w XVI wieku [17].

1. Środki zwyczajne tradycyjnie są opisywane jako takie, które nie są szczególnie uciążliwe, a zatem:
   — większość osób w danej społeczności może sobie na nie pozwolić;
   — nie powodują nadmiernego lub przedłużającego się cierpienia pacjentów;
   — mają duże szanse skuteczności.
2. W przeciwieństwie do nich, środki nadzwyczajne to takie, które są lub mogą być uciążliwe, a zatem:
   — są drogie;
   — mogą wywołać poważne skutki uboczne, na przykład paraliż czy przetokę;
   — mają małe szanse skuteczności [18].
3. Koncepcja ta może być przydatna teologom, którzy doradzają innym, do zaakceptowania jakich form leczenia powinni się czuć zobligowani. Jak była mowa wcześniej, nie skupia ona jednak na sobie uwagi lekarzy w procesie podejmowania decyzji. O jej przyjmowaniu może świadczyć rosnąca częstość używania terminów takich jak „proporcjonalny", „nieproporcjonalny" czy „bezowocny". Odzwierciedlają one wzrost akceptacji dla potrzeby przyzwolenia na naturalną śmierć w końcowym stadium choroby [19]. Jak to jednak ilustruje opisany przypadek, środowisko lekarskie ma jeszcze przed sobą długą drogę w tym zakresie.

*Autor przedstawia problem żywienia w sposób bardzo kontrowersyjny, odbiegający od zaleceń Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) oraz od uznawania karmienia jako opieki podstawowej. Patrz: artykuł redakcyjny oraz *ad vocem* (artykuł redakcyjny 2 i komentarze) na początku numeru (przyp. red.).

Piśmiennictwo

1. Beauchamp T., Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York 1994; 206–211.
2. Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. Br. Med. J. 1994; 309: 184–188.
3. Roy D.J. Need they sleep before they die? J. Palliat. Care 1990; 6: 3–4.
4. Re T. (adult: refusal of treatment). All England Reports 1992.
5. Re M.B. (an adult: medical treatment). Family Court Reports 1997: 541.
6. Fleming J.G. Law of torts. Wyd. 9. LBC Information Services 1998; 29.
7. Anonymous. Mental Capacity Act 2005: Elizabeth II. Chapter 9. Reprinted May and December 2006; May 2007. Dostępne na: www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/20050009.htm.
8. Dunphy K. Sedation and the smoking gun: double effect on trial. Prog. Palliat. Care 1998; 6: 209–212.
9. Thorns A. A review of the doctrine of double effect. Eur. J. Pall. Care 1998; 5: 117–120.
10. Randall F., Downie R. Palliative care ethics. A companion for all specialties. Wyd. 2. Oxford University Press, Oxford 1999: 119–121.
11. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. Wyd. 5. Oxford University Press, Oxford 2001; 128––132, 161.
12. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. Wyd. 5. Oxford University Press, Oxford 2001; 160.
13. Gilbert J., Kirkham S. Double effect, double bind or double speak? Palliat. Med. 1999; 13: 365–366.
14. BMA. Withholding or withdrawing life-prolonging medical treatment. Guidance for decision making. BMA, London 1999.
15. Gillon R. End-of-life decisions. J. Med. Ethics 1999; 25: 435–436.
16. London D. Withdrawing and withholding life-prolonging medical treatment from adult patients. J. Royal Coll. Physic. London 2000; 34: 122–124.
17. Aszyk P. Withholding or withdrawing of medical treatment — historical perspective. Adv. Pall. Med. 2008; 7: 101–106.
18. Bołoz W. Abandoning persistent therapy as a realisation of rights of the dying. Adv. Pall. Med. 2008; 7: 93–100.
19. Machinek M. The issue of overzealous treatment in view of Church's. Adv. Pall. Med. 2008; 7: 107–114.