

Wojciech Bołoz

Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego

Przedrukowano za zgodą z: *Advances in Palliative Medicine* 2008; 7

Streszczenie

Od 30 lat w Stanach Zjednoczonych i Europie trwa dyskusja na temat prawa chorego do „godnej śmierci”. Najczęściej podejmuje się w niej następujące zagadnienia: 1) Co oznacza określenie „godna śmierć”?; 2) Czy człowiek ma prawo do godnej śmierci, a jeżeli tak, to na jakiej podstawie?; 3) Jak powinno być realizowane prawo do godnej śmierci? Pojęcie „godna śmierć” jest uwarunkowane założeniami antropologicznymi i bywa rozumiane jako eutanazja lub zgon z zachowaniem integralności osobowej i społecznej. Prawu do śmierci sprzyja zasada autonomii, ale sprzeciwia się mu nienaruszalny charakter prawa do życia, którego nie można się zrzec ani zostać go pozbawionym, również w chorobie terminalnej.

Chory terminalnie i umierający nie przestaje być człowiekiem, posiada on przynależną każdemu człowiekowi godność osobistą i wypływające z niej prawa ludzkie chroniące go w jego konkretnej sytuacji. Dlatego ma on prawo do niedyskryminacji, do autonomii i prawdy. Prawa człowieka umierającego gwarantują mu godne traktowanie w chorobie terminalnej i godne umieranie. Prawa te wymagają, aby umierającego traktować jako osobę aż do śmierci, dostarczać mu informacji o własnym zdrowiu i dopuścić do udziału w podejmowaniu decyzji, umożliwić mu odmowę terapii przedłużających proces umierania.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008; 2: 79–85

Słowa kluczowe: choroba terminalna, uporczywa terapia, prawa umierających, godna śmierć

W 1972 roku Zrzeszenie Szpitali Amerykańskich zredagowało Deklarację Praw Chorego, w której podkreślono między innymi prawo pacjenta do odrzucenia zaproponowanej terapii i do informacji o jej medycznych konsekwencjach [1]. Opublikowana deklaracja zainicjowała w Stanach Zjednoczonych dyskusję poruszającą szereg spraw związanych z prawami pacjenta, w tym również z prawem do godnej śmierci. Dyskusja ta nigdy całkowicie nie wygasła, co jakiś czas ożywa i obejmuje coraz bardziej odległe od Stanów Zjednoczonych kraje. Obecnie dotarła ona nad Wisłę, gdzie podobnie jak wcześniej inne społeczeństwa, poszukuje się odpowiedzi na następujące pytania: 1) Co oznacza określenie „godna śmierć”?; 2) Czy człowiek ma prawo do god-

nej śmierci, a jeżeli tak, to na jakiej podstawie?; 3) Jak powinno być realizowane prawo do godnej śmierci?

Sposoby rozumienia pojęcia „godna śmierć”

Umieranie jest ostatnim, integralnym etapem ludzkiego życia. Postrzeganie śmierci człowieka jako fragmentu jego życia wiele wyjaśnia, ponieważ pozwala zrozumieć, że śmierć człowieka podlega tym samym zasadom, co jego życie. Dlatego też pojęcie „godnej śmierci” ściśle wiąże się z pojęciem „godnego życia”, jest jego uszczegółowieniem. Godność umierania i godność życia są zaś zakotwiczone

Adres do korespondencji: ks. prof. dr hab. Wojciech Bołoz
Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego
ul. Wóycickiego 1/3, blok 19, 01-938 Warszawa
tel./faks (0 22) 569 97 48, e-mail: wboloz@onet.pl



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2008, 2, 3, 79–85
Copyright © 2008 Via Medica, ISSN 1898–0678

w naszym człowieczeństwie, dlatego też sposób ich rozumienia uwarunkowany jest założeniami antropologicznymi.

„Dobra śmierć” jako eutanazja

Określenie „eutanazja” zostało po raz pierwszy użyte około 300 roku przed narodzeniem Chrystusa w komedii „Myrmex” przez greckiego autora Poseidipposa. Napisał on następujące słowa: *Ze wszystkiego, co człowiek usiłuje wyprosić od bogów, nie życzy sobie niczego lepszego jak dobrej śmierci (eutanazji)* [2]. Do języka nowożytnego wyrażenie „eutanazja” wprowadził Francis Bacon w 1605 roku. W swoim dziele „*De dignitate et augmentis scientiarum*” („O godności i wzroście nauki”) wprowadził on określenie „*eutanasia exterior* — eutanazja zewnętrzna”, przez które rozumiał medycznie wspomagane, łagodne i przyjemne rozstanie się z życiem w przypadkach choroby nierokującej nadziei na wyzdrowienie. Ten rodzaj eutanazji, jego zdaniem, przekracza zasadę towarzyszenia umierającemu, jawi się jako zadanie dla lekarzy, które ma obliwującą moc. Przeciwnieństwem do „eutanazji zewnętrznej” jest według niego inny rodzaj eutanazji polegający na duchowym przygotowaniu się do śmierci [2].

Dzisiaj pojęcie eutanazji staje się coraz bardziej wieloznaczne. Najczęściej rozumie się je jako zamierzone, bezpośrednie, aktywne lub pasywne działanie przyspieszające śmierć ludzi chorych, starych i niedorozwiniętych lub też jako wspomagane samobójstwo. W encyklice „*Evangelium vitae*” za eutanazję w sensie ścisłym i właściwym uważa się każdy czyn lub zaniechanie, które ze swej natury lub w intencji działającego powoduje śmierć w celu usunięcia wszelkiego cierpienia. Eutanazję należy rozpatrywać w kontekście intencji oraz zastosowanych metod [3]. Tę ostatnią uwagę o znaczeniu intencji w eutanazji warto zapamiętać, ponieważ wydaje się, że w niektórych przypadkach jest to jedyne kryterium pozwalające odróżnić eutanazję bierną od rezygnacji z uporczywej terapii [4]. W każdej definicji eutanazji zawierają się następujące elementy:

- osoba, której śmierć jest przyspieszona;
- druga osoba, która jest włączona w przyspieszenie śmierci;
- motyw troski lub pragnienie uwolnienia od cierpienia osoby chorej.

Rozróżnienie pomiędzy eutanazją aktywną i pasywną nie zmienia tych elementów, a jedynie stosowane metody. Natomiast bardzo istotna różnica zachodzi między eutanazją dobrowolną a niedobrowolną. O ile bowiem eutanazja dobrowolna zakłada przynajmniej autonomię chorego i jego zgodę na ten akt zabójstwa, to druga pozbawiona jest

nawet tych koniecznych warunków, wymaganych przy wszelkich ingerencjach medycznych dotyczących zdrowia i życia ludzkiego [5]. Taki sposób działania nie godzi się z wymaganiami praw człowieka, szczególnie prawa do życia.

Personalistyczna koncepcja godnej śmierci

Środowiska przeciwnie legalizacji eutanazji o orientacji personalistycznej podkreślają, że śmierć godna oznacza zgon naturalny, będący następstwem nieuleczalnej choroby lub braku możliwości biologicznego organizmu człowieka do kontynuowania życia z powodu starzenia się, bez sztucznego jej przyspieszania lub przedłużania. Tylko taka śmierć nie narusza podstawowego prawa do życia. Godne umieranie oznacza także zachowanie w miarę możliwości integralności osobowej, a więc podstawowych cech przysługujących człowiekowi: świadomości i podmiotowości, które w tej fazie życia ujawniają się przez uczestnictwo chorego w procesie terapeutycznym. Ważnym elementem godnego umierania jest możliwość kontynuowania podstawowych ról i relacji społecznych, a więc kontakt z bliskimi (rodziną i znajomymi), co ułatwia pobyt oczekującego na śmierć w domu rodzinnym zamiast w hospicjum lub szpitalu. Wreszcie, godne umieranie zapewnia brak bólu i innych negatywnych objawów, które niepokoją i dekoncentrują umierającego i utrudniają mu relacje z otoczeniem.

Za tą interpretacją prawa do godnego umierania opowiedział się także Kościół Katolicki: *Prawo do życia ukonkretnia się u śmiertelnie chorego jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej. Nie może ono oznaczać prawa do zadania sobie śmierci, ale do przeżywania śmierci po ludzku i po chrześcijańsku oraz nieuciekania przed nią za wszelką cenę* [6]. *Godność człowieka domaga się, by mógł zakończyć swoje życie, na ile to możliwe, zachowując integralność swojej osobowości i integralność związków, które łączą go z otoczeniem, a przede wszystkim z rodziną* [7].

Prawo człowieka do godnej śmierci

Ponieważ pojęcie „godnej śmierci” podobnie jak pojęcie „godnego życia” uwarunkowane jest założeniami antropologicznymi, dlatego też prawo do godnej śmierci bywa różnie rozumiane. Środowiska utylitarystyczne i preferujące etykę relatywistyczną interpretują prawo do godnej śmierci jako prawo chorego do eutanazji. Ich zdaniem podstawą takiego prawa ma być autonomia człowieka umożliwiająca mu dysponowanie swoją osobą, a więc

również swoim życiem. Zwolennicy etyki personalistycznej i zasady godności człowieka chronionej przez jego prawa uważają, że zgodę na eutanazję nieuleczalnie chorego w imię jego autonomii należy traktować jako nadużycie. Nie ma bowiem wystarczającego powodu, aby w imię autonomii godzić się tylko na rezygnację z prawa do życia w sytuacji choroby terminalnej, nie poszerzając tej zasady na wszystkich ludzi w każdej sytuacji [5]. *Jeżeli rzeczywiście wierzymy w samodeterminację, wtedy kompetentna osoba powinna mieć prawo, aby być zabitym przez lekarza z każdego powodu, który mu odpowiada. Jeżeli wierzymy w uwolnienie od cierpienia, wtedy wydaje się okrutne i karyśne odmawianie mu niekompetencji* [8]. Zasada autonomii upoważniająca do rezygnacji z prawa do życia powinna zatem albo obejmować wszystkie przypadki, albo nie powinno być jej wcale. Ograniczenie tej zasady wyłącznie do nieuleczalnie chorych oznacza jej instrumentalizację. Człowiek posiada nie tylko prawa, ale i obowiązek zachowania praw własnych i respektowania praw innych ludzi w każdej sytuacji, nie tylko wtedy, gdy są one dla nas lub dla innych korzystne. Praw człowieka i obowiązku ich respektowania nie da się od siebie oddzielić [9]. Jeżeli prawo do życia ma charakter nienaruszalny, który sprawia, że nikt nie może się go zrzec, ani tym bardziej zostać go pozbawionym, to nie ma podstaw, aby robić taki wyjątek w sytuacji choroby terminalnej.

Podstawowe prawa człowieka umierającego

W dyskusjach na temat umierania w godności wskazuje się na wiele racji religijnych, etycznych i społecznych przemawiających przeciwko legalizacji eutanazji, a popierających zgodę na rezygnację z uporczywej terapii. Wydaje się jednak, że w stosunkowo małym stopniu przeciwnicy eutanazji odwołują się do najbardziej uniwersalnego kryterium moralnego we współczesnym świecie, którym są prawa człowieka oparte na przekonaniu sformułowanym w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (Art. 1): *Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach. Są one obdarzone rozumem i sumieniem oraz powinny postępować wobec siebie w duchu braterstwa*. Godność człowieka i wyrastające z niej prawa są jedyną znaną i powszechnie uznaną zasadą moralną we współczesnym pluralistycznym świecie, akceptowaną przez ludzi wszystkich światopoglądów, w tym również przez Kościół Katolicki. Katolicką wykładnię praw człowieka oraz ich uzasadnienie przed-

stawił najpełniej papież Jan XXIII w encyklice „*Pacem in terris*”. Pisał on między innymi, że *wszelkie współżycie ludzi, jeżeli chcemy, aby było dobrze zorganizowane i rozwijało się pomyślnie, musi opierać się na podstawowej zasadzie, że każdy człowiek jest osobą, to znaczy istotą obdarzoną rozumem i wolą, wskutek czego ma prawa i obowiązki wypływające bezpośrednio i równocześnie z własnej natury* [10]. Nie bez znaczenia jest to, że jednocząca się Europa od ponad 30 lat postrzega prawa człowieka jako podstawowe elementy europejskiej tożsamości [11].

Prawa człowieka wynikają z jego struktury, dlatego ich liczba jest ograniczona. Podstawą obowiązywalności i nienaruszalności praw człowieka jest godność ludzka, czyli specyficzna wartość i dostojeństwo każdego przedstawiciela gatunku *homo sapiens* uwarunkowane specyfiką człowieka, wyróżniającą go spośród wszystkich stworzeń żyjących na ziemi. Powszechnie uważa się, że istnieją trzy generacje praw człowieka, które były stopniowo uświadamiane: prawa polityczne i obywatelskie chroniące poszczególne osoby przed dyktaturą jednostek i demokratycznej większości (prawa wolnościowe), prawa ekonomiczne i społeczne chroniące przed dyskryminacją nierównego traktowania oraz prawa solidarnościowe gwarantujące równy dostęp do rozwoju [12]. Można też mówić o egzystencjalnych prawach człowieka, czyli zastosowaniu i skonkretyzowaniu praw zawartych w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka do określonej sytuacji egzystencjalnej domagającej się szczególnej ochrony. Istnieje więc konwencja praw dziecka, karta praw rodziny, karta praw pacjenta i karta praw człowieka umierającego.

Chory terminalnie i chory umierający nie przestają być ludźmi, posiadają oni przynależną każdemu człowiekowi godność osobistą i wypływającą z niej prawa ludzkie chroniące ich w konkretnej sytuacji. Dlatego każdy ma prawo do niedyskryminacji, do autonomii i prawdy. Prawa człowieka umierającego jawią się zatem jako prawa gwarantujące godność człowieka aż do śmierci [13].

Prawo do traktowania należącego osobie aż do śmierci

W procesie starzenia się można wyróżnić trzy aspekty: biologiczny (upośledzenie i zanik funkcji komórek oraz tkanek), psychiczny (pogorszenie i zanik funkcji psychicznych), społeczny (stopniowe wycofywanie się z odgrywanych ról społecznych). Szybkość i sposób starzenia się są uwarunkowane zarówno endogennie (kod genetyczny), jak też

zależą od stylu życia i nastawienia psychicznego danego człowieka w okresach poprzedzających starość oraz w okresie starości. Wielki wpływ wywiera także środowisko ludzkie i naturalne, w którym dany człowiek żyje. Rozwój personalizmu w XX wieku uświadomił nam, że należy unikać redukcjonizmu sprowadzającego człowieczeństwo do funkcji biologicznych. W człowieku trzeba dostrzegać *compositum* cielesno-duchowe, które posiada status osobowy i prawo do życia niezależnie od jakości jego funkcji życiowych. Podmiotem prawa do życia jest *istota ludzka w każdej fazie swojego rozwoju, od poczęcia aż do naturalnej śmierci; oraz w każdej kondycji, tak w zdrowiu jak w chorobie, w sprawności jak upośledzeniu, w bogactwie i w ubóstwie* [14].

W czasach relatywizmu narasta tendencja, aby prawo do życia przyznać tylko tym ludziom, którzy cieszą się wystarczająco dobrą jakością życia i funkcjonują na odpowiednim poziomie indywidualnym i społecznym. W odniesieniu do praw człowieka, przede wszystkim zaś prawa do życia, obowiązują dwie podstawowe zasady: nikt nie może arbitralnie przyznawać lub odmawiać praw człowieka jakiegokolwiek istocie ludzkiej; nie wolno też odmawiać jej praw ludzkich ze względu na posiadanie lub brak określonych cech. Kto zatem miałby prawo określać jakość życia chorych terminalnie i kwalifikować jako tych, którzy jeszcze posiadają lub już utracili prawo do życia?

Znanym przeciwnikiem bezwarunkowego przyznawania prawa do życia każdemu człowiekowi jest australijski etyk Peter Singer. Autor ten dokonuje rozróżnienia między człowiekiem a osobą. Osoba, według niego, to żywa istota, która posiada następujące 4 cechy:

- jest istotą świadomą i autonomiczną;
- ma wolę trwania i cieszy się pewnymi przeżyciami;
- posiada zdolność nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych i intelektualnych z innymi istotami;
- posiada krewnych, którzy będą ją opłakiwać po śmierci [15].

Taka definicja osoby pozwala Singerowi zaliczyć wprawdzie płód i urodzone dziecko ludzkie oraz człowieka z demencją do istot przynależnych do gatunku ludzkiego, ale odmawia im statusu osobowego. Takie ujmowanie problemu prowadzi go w konsekwencji do przekonania, że człowiek terminalnie chory, pozbawiony autonomii i świadomości, zasługuje tylko na eutanazję. Ponieważ Singer znajduje wielu zwolenników, dlatego tak ważne jest zagwarantowanie chorym terminalnie i umierającym prawa do statusu osobowego aż do śmierci.

Prawo do informacji o własnym zdrowiu i udziału w podejmowaniu decyzji

Współczesna etyka lekarska i prawodawstwo medyczne podkreślają prawo pacjenta do informacji o stanie jego zdrowia. Akcentując to prawo, nie należy zapominać o tym, aby przekazywanie informacji było dokonywane z życzliwością. Sposób informowania chorego ma bowiem wielkie znaczenie. Tradycja anglosaska podkreśla autonomię każdego człowieka i prawo pacjenta do pełnej prawdy, niezależnie od rokowań. Tradycja europejska każe uwzględnić sytuację chorego. Według obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej *lekarz może nie informować pacjenta o stanie jego zdrowia bądź leczeniu, jeśli pacjent wyraża takie życzenie* (Art. 16). *W razie niepomyślnej dla chorego prognozy lekarz powinien poinformować chorego o niej z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji* (Art. 17). Do anglosaskiego i europejskiego sposobu przekazywania choremu informacji dodaje się niekiedy trzecią formę, polegającą na tym, że lekarz pomaga pacjentowi, aby mógł on sam stopniowo odkrywać prawdę o stanie swojego zdrowia.

Skoro każdy pacjent ma prawo do tego, by być informowanym o swoim stanie zdrowia, to tym bardziej prawo to posiadają wszyscy dotknięci nieuleczalną chorobą. Zbliżająca się śmierć jest bowiem zbyt ważnym wydarzeniem osobowym, aby zatajać przed chorym jej nadejście. Człowiek umierający ma bowiem nie tylko prawa, ale też obowiązki. *Dla każdego człowieka zbliżanie się śmierci niesie z sobą odpowiedzialność za wypełnienie określonych obowiązków, dotyczących stosunków z rodziną, uporządkowania ewentualnych spraw zawodowych, aktualizacji swoich rachunków, swych długów itp.* [7].

Mimo istniejących licznych trudności w komunikowaniu się z terminalnie chorymi, nie należy im odmawiać prawa do informacji o ich stanie. Przemawiają za tym liczne powody:

- szacunek dla człowieka nakazuje, aby przekazać mu dane pozwalające orientować się w stanie swojego zdrowia;
- chory wcześniej czy później wprost lub pośrednio dowie się prawdy o sobie, ale wtedy będzie musiał pozostać z nią sam, bez fachowej pomocy;

- współpraca w fazie terminalnej jest ważna i chory dobrze poinformowany może być do niej bardziej zmotywowany;
- chory powinien mieć możliwość uporządkowania swoich spraw rodzinnych, prawnych i religijnych;
- chory będzie czuł się bezpieczniej, jeżeli w trudnym okresie umierania będzie mógł być otwarty w stosunku do otoczenia;
- zatajanie prawdy obniża autorytet i zaufanie do lekarza i jego współpracowników [16].

Perspektywa śmierci utrudnia i dramatyzuje przekazywanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdziwości. Komunikacja między umierającym i tymi, którzy mu asystują, nie może się opierać na udawaniu. Nigdy nie jest godne umierającego i nie przyczynia się do humanizacji śmierci [6].

Pełna informacja o stanie zdrowia potrzebna jest choremu również po to, aby mógł on brać udział w podejmowaniu decyzji dotyczących stosowanych terapii. Respektowania tej zasady domaga się prawodawstwo medyczne, kodeksy i deklaracje dotyczące etyki lekarskiej. Według tak zwanej Europejskiej Konwencji Bioetycznej każda interwencja medyczna powinna być dokonywana na zasadzie zgody osoby zainteresowanej. *Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej. Przed dokonaniem interwencji osoba zainteresowana otrzyma odpowiednie informacje o celu i naturze interwencji, jak również jej konsekwencjach i ryzyku. Osoba zainteresowana może w każdej chwili swobodnie wycofać zgodę [17].*

Realizacja prawa chorego do informacji o swoim stanie i udziału w podejmowaniu decyzji o stosowanych terapiach ma ważne konsekwencje również w chorobie terminalnej. Dlatego też w sytuacji, kiedy terminalnie chory nie uregulował swoich spraw, można powstrzymać się ze stosowaniem analgezji prowadzącej do ograniczenia świadomości chorego, aby dać mu czas potrzebny do wypełnienia tych obowiązków. Jeżeli jednak chory odmawia ich podjęcia i ob staje przy prośbie o środki przeciwbólowe, lekarz powinien ją spełnić. Postępowanie takie jest uzasadnione przekonaniem, że wypełnienie tych obowiązków przez chorego zależy wyłącznie od jego woli. Pacjent, będąc w pełni świadomym, może również odmówić wypełnienia ciążyących na nim obowiązków [7].

Prawo do odmowy terapii przedłużających proces umierania

Współczesna medycyna dysponuje niezwykle wieloma możliwościami leczenia przedłużającego ludzkie życie. Terapie te pochłaniają ogromne środki finan-

sowe, często też wiążą się z uciążliwymi zabiegami, ale nie mogą zasadniczo zmienić niepomyślnego przebiegu choroby. Dlatego też pojawia się poważny problem, jak długo chory, jego rodzina i społeczeństwo mają obowiązek podejmowania takich terapii. Nie jest łatwo ustalić, do czego w poszczególnym przypadku choroby zobowiązany jest chory, lekarz lub krewni. Aby zainteresowanym ułatwić podejmowanie decyzji, w przeszłości wypracowano pojęcie zwyczajnych i nadzwyczajnych środków medycznych.

Za środek zwyczajny uważa się 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 zwykłe 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 [18].

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 cho-

rego dotkniętego nieuleczalną chorobą i opóźnienia 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 nie trwałe 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* [3]. 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 słuszych interesów chorego [19]. 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?* [7].

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 [20]. 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? Co oznacza „odstąpienie od uporczywej terapii” u terminalnie chorych cier-

piących 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 nie uwarunkowana 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 ekonomicznego 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.
5. McConnell T. Inalienable rights. The limits in medicine and the law. Oxford University Press, Oxford, New York 2000.
6. Pontifical Council for Health Pastoral Care. The Charter for Health Care Workers. Vatican City 1995.
7. Pontifical Council Cor Unum. Some Ethical Questions Relating to the Gravely Ill and the Dying. Vatican 1981.
8. Callahan D. When self-determination runs amok. Hastings Center Report 1992; 22: 52–55.
9. Hill Th. Autonomy and self-respect. Cambridge University Press, New York 1991.
10. John XXIII. Encyclical Pacem in terris (Pacem in terris). Vatican 1963.
11. Chabot J.L. Unia Europejska i prawa człowieka. Społeczeństwo 2001; 10, 1: 27–43.
12. Freemann M. Prawa człowieka. Wydawnictwo Sic, Warszawa 2007.
13. Bołoz W. Bioetyka i prawa człowieka. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2007.
14. John Paul II. Christifideles laici (The lay members). Vatican 1988.
15. Singer P. O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej. PIW, Warszawa 1994.
16. Schweidtmann W. Sterbebegleitung. Menschliche Nähe am Krankenbett. Kreuz Verlag, Zürich 1991.
17. Council of Europe, Convention for Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Biomedicine: Convention of Human Rights and Biomedicine. Oviedo 1997.
18. Bołoz W. Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne. Wydawnictwo ATK, Warszawa 1997.
19. Catechism of The Catholic Church. Published by Doubleday, New York 1995.
20. Aszyk P. Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji medycznych. Rhetos, Warszawa 2006.

Piśmiennictwo

1. Jonsen A.R. The birth of bioethics. Oxford University Press, Oxford, New York 1999.
2. Benzehöfer U. Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. Verlag C.H. Beck, München 1999.
3. John Paul II. Encyclical Evangelium Vitæ (The Gospel of Life). Libreria Editrice Vaticana 1995.
4. Biesaga T. Elementy etyki lekarskiej. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.