



Czy powinno się mówić o „terapii uporczywej”?

Romuald Krajewski

Definicja

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.

Komentarz

Termin „uporczywa terapia” jest używany w Kodeksie Etyki Lekarskiej (art. 32) i w licznych dokumentach dotyczących zagadnień związanych z umieraniem. Dokumenty te nie czynią ścisłego rozróżnienia pomiędzy różnymi określeniami podobnej sytuacji terapeutycznej. Używa się więc również terminów terapia „nieproporcjonalna”, „nadmierna”, „zbyteczna”, „daremna” i podobnych. Brak jednak szczegółowego określenia sytuacji, używanych metod czy środków, sposobu potwierdzania, czy mamy do czynienia z taką sytuacją, wiążących zaleceń co do postępowania w konkretnych przypadkach.

Termin ten nie jest używany w obowiązujących w Polsce przepisach prawnych. Uznanie terapii za „uporczywą” nie oznacza więc obowiązku odstąpienia od niej, ani nie zwalnia od innych obowiązków określonych prawem. Jednak ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty w art. 4 wskazuje, że wykonywanie zawodu musi być zgodne z zasadami etyki zawodowej. Wobec tego przepis art. 32 KEL należy uwzględnić przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych. Jest to jeden z niewielu przepisów, które

określają autonomię lekarzy. W aspekcie oceny etycznej postępowania lekarzy zwalniają z obowiązku stosowania terapii uporczywej i środków nadzwyczajnych w stanach terminalnych oraz podkreśla, że decyzja w tej sprawie należy do lekarza i powinna zależeć od oceny szans leczniczych.

Taki stan przepisów wskazuje, że decyzje dotyczące uporczywej terapii, jak wiele decyzji medycznych, należy oprzeć na ogólnie obowiązujących zasadach. Opracowanie definicji uporczywej terapii jest krokiem w kierunku bardziej szczegółowego określenia na czym „uporczywa” terapia polega i może być punktem wyjścia do określania zaleceń, wytycznych, czy standardów postępowania w takich sytuacjach, a także podstawą do wprowadzania regulacji prawnych.

Definicja zaproponowana przez Grupę Roboczą ogranicza zastosowanie terminu „uporczywa” do okresu „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”. Jako „umieranie” należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan chorego ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie. Za osobę „nieuleczalnie” chorą uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby, albo taka terapia nie istnieje.

Chociaż znacznie bardziej precyzyjna niż sam termin „uporczywa terapia”, definicja pozostawia sporo wątpliwości i niejasności, które nadal w konkretnych sytuacjach muszą być rozstrzygane przez leczonych i leczących. Zwraca uwagę ograniczenie czasu, do którego „uporczywa terapia” może się odnosić. Przyjmując takie ograniczenie unika się bardzo trudnych dyskusji o możliwym przyspieszaniu śmierci. Stwierdzenie, że osoba nieuleczalnie chora jest w okresie „umierania” wskazuje, że zabiegi podtrzymujące życie jedynie przedłużałyby umieranie.

Zarówno po stronie pacjentów, jak i po stronie świadczeniodawców istnieją ważne powody, dla których terapii uporczywej nie należy stosować. Jednak w obliczu trudnych problemów etycznych z bardzo ogólnie i niejednoznacznie określonymi zasadami postępowania, jak ma to miejsce w przypadku terapii uporczywej, zachowanie polegające na unikaniu dyskusji i niepodejmowaniu decyzji jest bardzo częste i racjonalne. Prawdopodobieństwo problemów, zarzutów i roszczeń z powodu

kontynuowania terapii jest nieporównanie mniejsze niż z powodu odmowy lub zaprzestania.

W każdej sytuacji medycznej uczestniczą przynajmniej pacjent i leczący. Każdy z uczestników ma prawa i obowiązki. W przypadku decyzji o niepodejmowaniu lub zaprzestaniu terapii uporczywej szczególne znaczenie będzie miała autonomia uczestników i wynikające z niej prawa. Zaniedbywanie praw, narzucanie woli i obowiązków będą powodem nieporozumień, zarzutów, roszczeń i unikania problemu.

Zastosowanie w praktyce definicji terapii uporczywej składa się z dwóch etapów. Pierwszym jest decyzja o uznaniu terapii za uporczywą, która należy do lekarza lub zespołu. Przyjęta definicja terapii uporczywej może ułatwić podjęcie takiej decyzji. Jeżeli to możliwe, należy korzystać z istniejących wskazówek, wytycznych i standardów w celu stwierdzenia spełnienia wymienionych w definicji kryteriów i podejmować decyzję zespołowo. Drugim etapem jest podjęcie decyzji o odstąpieniu od stosowania terapii uznanej za uporczywą.

Art. 32 i 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty stanowią, że każde działanie diagnostyczne i lecznicze wymaga zgody pacjenta, co oznacza również, że wyrażony przez pacjenta brak zgody (niezgoda, sprzeciw) na jakiegokolwiek elementy leczenia lub leczenie w ogóle, skutkuje dla lekarza obowiązkiem niewykonywania tego leczenia. Obowiązek ten nie jest uzależniony od oceny wartości i celowości terapii przez lekarza, terapia nie musi być uznana przez lekarzy za niecelową, bezwartościową lub uporczywą, aby pacjent mógł jej odmówić. Art. 33 i 35 ustawy wskazują, że decyzja o zastosowaniu albo niezastosowaniu określonej terapii należy jednak do lekarza wówczas, gdy istnieje konieczność niezwłocznego działania, wola chorego (lub jego przedstawiciela) jest nieznana i nie ma możliwości uzyskania zgody bez opóźnienia niezbędnych działań leczniczych.

W praktyce medycznej zdarzają się na co dzień sytuacje, w których odstępuje się od leczenia bez rozstrzygnięcia o jego „uporczywości”. Jeżeli pacjent lub jego przedstawiciel zechce skorzystać z prawa do odmowy leczenia, może zdecydować o rezygnacji z każdej formy terapii i uznawanie terapii za uporczywą nie jest konieczne. Lekarze uznają wiele terapii za niecelowe lub bezwartościowe w konkretnej sytuacji, nie informują o nich pacjentów i nie zalecają ich. Uznanie terapii za uporczywą, a więc w sposób szczególny

niecelową, może stanowić dodatkowy argument, jeżeli sprawa określonej terapii jest omawiana. Ułatwia to pacjentowi podjęcie decyzji oraz zachowanie pełnego porozumienia i współpracy, co jest ważne, jeżeli mimo odmowy zgody na określone procedury leczenie lub opieka są kontynuowane. Leczący mają znacznie większe kompetencje do oceny sytuacji pacjenta i wartości metod leczniczych, a leczeni polegają na tych ocenach. Niewłaściwe więc byłoby przerzucanie wszystkich decyzji w sprawie terapii uporczywej na pacjentów.

Art. 38 i 39 ustawy o zawodach lekarza i lekarzy dentysty określają prawa leczących do odmowy zastosowania terapii. O ile pacjent nie ma obowiązku uzasadnić odmowy leczenia, to lekarze muszą odmowę uzasadnić i wskazać pacjentowi, gdzie mógłby uzyskać pomoc lub przynajmniej opinię innego lekarza. Na możliwość odmowy zastosowania terapii w przypadku lekarzy mają wpływ także obowiązki wynikające z zatrudnienia.

Niezależnie od przyjętych podstaw do odstąpienia od terapii (brak zgody pacjenta, niecelowość i bezzasadność terapii, uporczywość terapii) należy zawsze dążyć do uzgodnienia stanowisk pacjenta i lekarza poprzez przekazanie pełnej informacji o chorobie i o możliwościach leczenia, ewentualnie zasięgnięcie opinii innych lekarzy, dostosowanie sposobu postępowania do oczekiwań i do możliwości. Jeżeli uzgodnienie okaże się niemożliwe, należy jasno określić na czym polega różnica i jakie są możliwe sposoby postępowania. Decyzja pacjenta o odstąpieniu od terapii może być kwestionowana tylko w wyjątkowych okolicznościach (przede wszystkim w stanach ograniczających zdolność do podejmowania decyzji). Decyzja lekarza o odstąpieniu od terapii, której domaga się pacjent wymaga uzasadnienia, które powinno być odnotowane w dokumentacji medycznej i powinna, o ile to możliwe, być podejmowana zespołowo, po zasięgnięciu konsultacji prawnej i etycznej.

Chociaż ani prawo, ani Kodeks Etyki Lekarskiej nie nakładają obowiązku niestosowania terapii uporczywej, zgodnie z definicją nie jest ona działaniem służącym dobru chorego w określonych definicją warunkach. Lekarze mający do czynienia z chorym umierającym powinni szczególnie zwracać uwagę na to, by nie prowadzić terapii bezskutecznej, bezwartościowej (art. 57 Kodeksu) lub uporczywej.

Powyższy komentarz odnosi się do obecnie obowiązującego stanu przepisów. Pozostawiają one w sprawie terapii uporczywej wiele niejasności i powodują, że rzadko używa się tego terminu. Częściej leczący ograniczają zakres świadczeń w terminalnym okresie chorób na podstawie oceny przydatności medycznej. Dyskusję podejmuje się wówczas, gdy pacjent żąda zastosowania albo zaprzestania określonej terapii. Postępowanie takie jest niezadowalające, ponieważ w wielu sytuacjach podejmowane decyzje nie są ujawniane pacjentom, a jednocześnie stosuje się w mniej lub bardziej ograniczonym zakresie leczenie, które poza poczuciem „bycia leczonym” nie może dać pacjentowi korzyści.

Powody do zmiany obecnej sytuacji wynikają z istotnych interesów pacjentów. Najważniejszym jest przestrzeganie i ochrona autonomii, wyrażającej się w omawianej sytuacji w prawie do odmowy leczenia oraz w prawie do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i możliwych sposobach leczenia. Należy tu również prawo do umierania w godnych warunkach, które może być realizowane tylko wówczas, gdy chory posiada wystarczające informacje o swojej sytuacji i może samodzielnie decydować o miejscu, warunkach i zakresie prowadzonej terapii. Również w interesie pacjentów jest niewdrażanie i niekontynuowanie uporczywej terapii przez leczących, ponieważ z definicji przeznaczane na nią środki pacjentów są wydawane niepotrzebnie, nie poprawiają sytuacji leczonych, a pogarszają sytuację licznych potrzebujących, gdyż terapie stosowane u schyłku życia są zwykle bardzo kosztowne.

O „terapii uporczywej” powinno się mówić zarówno w kontekście codziennych decyzji terapeutycznych, jak i w kontekście proponowanych zmian w przepisach prawa. Regulacje bardziej jednoznaczne niż obecnie obowiązujące powinny ułatwić pacjentom korzystanie z przysługujących im praw, zwłaszcza z prawa do autonomii i godnego umierania oraz jednocześnie umożliwić leczącym zachowanie autonomii i dostarczyć dokładniej określonych zasad postępowania. Muszą też uwzględniać zasadę, że właściwe postępowanie w przypadku terapii u chorych umierających powinno być wynikiem równowagi pomiędzy prawami i obowiązkami leczonych i leczących. Brak takiej równowagi spowoduje brak zaufania, unikanie dyskusji oraz decyzji o zaniechaniu terapii uporczywych i w efekcie byłby szkodliwy dla pacjentów.