



Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem

Kazimierz Szewczyk

Tekst ten stanowi sześciopunktowe podsumowanie toczonej na internetowym forum Polskiego Towarzystwa Bioetycznego debaty zatytułowanej *Czym jest uporczywa terapia?*¹.

1. Odbyta debata pokazała konieczność i praktyczną przydatność interdyscyplinarnej refleksji nad moralnymi dylematami wiążącymi się z decyzjami o zaprzestaniu/niewdrażaniu terapii podtrzymującej życie, definiowaniem leczenia uporczywego i sporządzaniem oświadczeń pro futuro (testamentowych dyspozycji życiem).

Zgodnie z (optymistycznym) poglądem wyrażonym przez Anitę Gałęską-Śliwkę, „już samo podjęcie się tego tematu jest ważnym i niezwykle potrzebnym krokiem w dyskusji, która z czasem przynieść może satysfakcjonujące rozwiązania prawne”². Tym bardziej takie rozwiązania są potrzebne, że daleko nie wszyscy musieliśmy się narodzić, natomiast każdy z nas umrzeć musi (choć trudno w to tak całkowicie uwierzyć).

Konieczność zmiany obecnych uregulowań w interesującym nas obszarze widzi także Romuald Krajewski. I im szybciej taka zmiana nastąpi, „tym lepiej, ponieważ obecne skomplikowane i niejasne przepisy i zależności niszczą zaufanie i wzajemny szacunek [lekarzy i pacjentów – K.Sz.], niezbędne w każdej sytuacji medycznej, na każdym etapie życia i choroby”. Jednakże „Na obecnym etapie społecznej dyskusji o prawie do odmowy leczenia konsekwentna realizacja zasady autonomii leczonych i leczących jest raczej niemożliwa. Zbyt wiele jest jeszcze troski o to, by autonomii nie było za dużo. Duży wpływ sensacyjnie podawanych wiadomości o ‘przyspieszaniu śmierci’ powoduje irracjonalne reakcje i odwracanie uwagi od istoty problemu”³. Wyrażone

¹ http://www.ptb.org.pl/opinie_uporczywa.html

² A. Gałęska-Śliwka, *Uporczywa terapia i testamenty życia w projekcie Ustawy z dnia 17 grudnia 2008 r...*, s. 5.

³ R. Krajewski, *Czy powinno się mówić o „terapii uporczywej” – głos uzupełniający*, s. 4.

przez Autora obawy dotyczą – jak świadczy ostatnie zdanie – przede wszystkim „irracjonalnych” ograniczeń autonomii lekarzy. Spostrzeżenie to prowadzi do kolejnego zagadnienia poruszanego w trakcie debaty:

2. Granic wolności decyzyjnej lekarza, szczególnie w obliczu żądania przez pacjenta przerwania/niepodjęcia leczenia ratującego życie.

R. Krajewski, jak sądzę, mówi o limitowaniu wolności poprzez strach wynikający z równie nieuzasadnionych, co rozpowszechnionych oskarżeń lekarzy o eutanazję⁴. O tym rodzaju obaw wspominałem również i ja w tekście wprowadzającym (s. 14).

Do osłabienia lęków i być może praktycznego wyeliminowania posądzeń sprowadzających się do „argumentu z doktora Mengele” przyczyniłoby się sformułowanie jasnych definicji eutanazji oraz daremnego leczenia i ich introdukcja w prawo stanowione.

Wzorem dla definicji eutanazji mogłyby być ustawy Holandii i Belgii. Na innym miejscu zaproponowałem następujące jej rozumienie: „eutanazja jest to celowe i przemyślane aktywne skrócenie życia (zabójstwo) drugiego człowieka motywowane pragnieniem ulżenia jego cierpieniom, dokonane przez lekarza na dobrowolne i kompetentne żądanie pacjenta”⁵.

Eutanazja tak zdefiniowana byłaby prawnie zabroniona. Przerwanie/niepodjęcie leczenia przez kompetentnego pacjenta, a także zadeklarowane w oświadczeniu pro futuro, nie byłoby w żadnym wypadku eutanazją. Dokonane zakresowe zawężenie omawianej procedury jest także zgodne wytycznymi Etycznego Zespołu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. Według członków Zespołu „eutanazja jest z definicji aktywna”. Sformułowanie „eutanazja bierna” zawiera wewnętrzną sprzeczność, podobnie jak, np. określenie „drewniany kamień”⁶. Należałoby również poniechać takich określeń, jak ortotanazja”; moim zdaniem, jest to typowe „mnożenie bytów bez potrzeby” opakowane w pseudouczony żargon.

⁴ M. Cieślak, G. Górny, *Eutanazizm. Eutanazja, czyli śmierć na życzenie, to koniec człowieka*, „Wprost”, z dnia 14 marca 2004, s. 58-63: <http://www.wprost.pl/ar/57916/Eutanazizm/?I=1113>

⁵ K. Szewczyk, *Bioetyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009 (w druku).

⁶ L. Materstvedt, C. Clark, J. Ellershaw i inni, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View from An EAPC Ethics Task Force*, „Palliative Medicine”, 2003, nr 17, s. 99.

Sformułowanie definicji daremności leczenia wydaje się trudniejszym zadaniem w porównaniu z definicją eutanazji. Jednym z ujęć daremności jest właśnie definicja uporczywości podana w projekcie *ustawy bioetycznej*. Wyraźnie o tym pisze Tomasz Orłowski: „Terapia staje się uporczywa w momencie, kiedy z medycznego i technicznego punktu widzenia staje się nieskuteczna[...] nieskuteczną terapię nazwiemy nieproporcjonalną. Terapia nieproporcjonalna z medycznego punktu widzenia, czyli po prostu nieefektywna – nie osiąga już zamierzanego celu (*futile*). Taka terapia to *medical futility*. Medyczna skuteczność takiej terapii jest żadna, wysiłek terapeutyczny staje się daremny”⁷.

Również ja w wypowiedzi wprowadzającej wskazywałem na tożsamość uporczywości i daremności leczenia. W tym samym tekście (s. 6) stwierdziłem, że daremność jako uporczywość jest równoważna daremności ze względu na ocenę szans przeżycia. Jako taka, musi być ograniczona – używając słów Romualda Krajewskiego – „do okresu ‘umierania’ ‘osoby nieuleczalnie chorej’”⁸.

Z definicją uporczywości podaną w projekcie *ustawy bioetycznej* zgadza się A. Gałęska-Śliwka. Według Autorki w dokumencie tym „zapropozowano spójną i satysfakcjonującą definicję zjawiska uporczywej terapii, przynajmniej w jej ogólnym kształcie” (s. 2).

Moim jednak zdaniem większą poprawność pojęcia „uporczywości/daremności leczenia” osiągnie się poprzez jego poszerzenie o sytuacje bezpośrednio nie zagrażające życiu, czyli o procedury niedające realnych szans wyleczenia. Być może takie właśnie rozszerzenie daremności miał na myśli T. Orłowski pisząc, że proponowana w *ustawie* definicja „chyba niezbyt poprawnie ogranicza” uporczywe leczenie do „stanów terminalnych nieuleczalnie chorych pacjentów” (s. 1). Domysł ten jednak podważa nieco stwierdzenie Autora, że „osobiście zgadza się” z definicją podaną w *ustawie*.

Poszerzenie daremności o świadczenia niedające realnych szans wyleczenia jest zadaniem technicznie skomplikowanym, gdyż wymaga oceny dwu parametrów: wpływu leczenia na chorobę i prognozowanej długości przeżycia pacjenta po zastosowaniu szacowanej procedury (np. 10% szanse na przeżycie 2 lat). Ustalanie parametrów terapii

⁷ T. Orłowski, *Zasada proporcjonalności a problem uporczywej terapii*, s. 3.

⁸ R. Krajewski, *Czy powinno się mówić o „terapii uporczywej”?*, s. 2.

niedającej szans leczniczych jest szczególnie ważne dla onkologów i lekarzy hospicyjnych.

Definiowanie terapii niedającej realnych szans wyleczenia jest trudne także z powodów kulturowych – silnego wyparcia śmierci w naszej cywilizacji. Jednym z jego skutków jest odrzucenie pojęcia „chory umierający” na rzecz kategorii „pacjent ciężko chory”. Dobitną ilustracją tego stanu rzeczy są słowa minister Ewy Kopacz przywołane na końcu mojego tekstu wprowadzającego („wszystkie leki [onkologiczne – K.Sz.], które mogą przedłużyć życie pacjentów choćby o tydzień lub dwa, bez względu na cenę znajdują się w katalogu leków dostępnych dla wszystkich.”).

Sformułowanie takiej poszerzonej definicji daremności może istotnie przyczynić się do poprawy poczucia bezpieczeństwa lekarzy, chroniąc ich przed zarzutem eutanazji. Jak dobitnie konstatują członkowie Standing Committee of European Doctors, „Nikt nie może żądać kontynuacji leczenia daremnego w przedłużaniu życia”⁹. Rewersem przywołanego zakazu staje się nakaz skierowany do lekarza: „Żaden lekarz nie powinien podejmować i kontynuować terapii daremnej ze względu na przedłużanie życia”. Dla pełniejszego komfortu lekarzy należałoby przywołać sformułowanie uzupełnić wyraźnym zakazem leczenia daremnego ze względu na szanse wyleczenia. Po takim uzupełnieniu zakaz brzmiałby: „Żaden lekarz nie powinien podejmować, ani kontynuować terapii daremnej zarówno ze względu na szanse przeżycia, jak i wyleczenia”.

3. Zawężenia uporczywości/daremności do stanu terminalnego zdecydowanie broni Marian Machinek. W „sytuacji pacjenta umierającego – pisze Autor – rezygnacja z działań medycznych, będąca wyrazem jego osobistej decyzji, zazwyczaj nie będzie kolidowała z wiedzą lekarską oraz zasadniczym dla etosu lekarskiego obowiązkiem do ratowania życia”¹⁰. Inaczej mówiąc, w zawężonym pojęciu uporczywości zbiega się aspekt obiektywny decyzji z jej stroną subiektywną. Według M. Machinka aspekt obiektywny decyzji obejmuje stronę medyczną procedury – ocenę jej szans oraz stronę

⁹ Standing Committee of European Doctors, *Withholding or Withdrawing Life Prolonging Treatment*, cyt. za: Norwegian Medical Association, Oslo 2008; <http://cpme.dyndns.org:591/database/2008/cpme.2008-121.en.life.prolonging.treatment.pdf>.

¹⁰ M. Machinek, *Rezygnacja z terapii uporczywej oraz tzw. testament życia*, s. 5.

moralną nastawioną na poszanowanie wewnętrznej, nieredukowalnej obiektywnej wartości życia. Aspektem subiektywnym jest szacowanie przez pacjenta jakości i sensu życia.

Autor twierdzi, że mniej zawężone zdefiniowanie uporczywości grozi dwoma poważnymi negatywnymi skutkami:

a. pozbawi życie ludzkie „niekwestionowanej wartości”, poprzez uzależnienie jej od samodzielnego definiowania przez pacjenta „według swobodnie dobranych kryteriów”;

b. z lekarzy uczyni „usługodawców”, którzy mają „spełniać życzenia klienta”, co pozostanie w sprzeczności z „całościową wizją etosu lekarskiego”¹¹.

Zarzut przywołany w punkcie b. próbowałem zneutralizować sytuując lekarza w roli geografa wartości i praw pacjenta¹². Metaforę tę należy odczytywać w świetle negatywnego aspektu zasady poszanowania autonomii pacjenta. Drogę poprzez krainę cierpienia wytyczają medykom prawa pacjenta i indywidualne systemy wartości ich podopiecznych, jednakże zawsze wytyczanie to musi odbywać się w granicach określonych daremnością leczenia (wymogami wiedzy i sztuki lekarskiej) i zakazem eutanazji (w warunkach kulturowych i ekonomicznych naszego kraju). Te dwa wymogi tworzą rdzeń moralnej integralności profesji lekarskiej i każdego jej członka. W odniesieniu do całości systemu opieki zdrowotnej istotne – i coraz bardziej ważne – staje się ograniczenie ekonomiczne, o którym wspomina T. Orłowski.

Obawę wyrażoną w punkcie a. trzeba traktować bardzo poważnie. Jej istota sprowadza się do pytania: czy przyznanie pacjentom autonomii decyzyjnej – ale w ramach wyżej zarysowanych – pozbawi życie ludzkie wewnętrznej nieinstrumentalnej wartości?

Poszukiwanie odpowiedzi na to pytanie należy, jak sądzę, zacząć od przypomnienia, że życie – mając wartość wewnętrzną – nie urasta tym samym do dobra najwyższego w hierarchii dóbr moralnych. Jest ono jedynie – i aż – wartością, powiedzmy, podstawową, jako fundament pozostałych dóbr, przynajmniej w obszarze ziemskiego bytowania; jedyne, jakie znamy. Pacjent ma prawo, a nawet jest to jego

¹¹ M. Machinek, *Czy życie ludzkie ma wartość? Odpowiedź na polemikę prof. K. Szewczyka*, s. 1-2.

¹² K. Szewczyk, *Polemika bioetyka z wypowiedzią Teologa*, s. 6.

moralny obowiązek, szczególnie w poważnych sytuacjach leczniczych, oszacować wpływ proponowanej przez lekarza terapii na własne życie. Osobom wierzącym rachunek taki nakazuje nauka Kościoła o środkach proporcjonalnych.

Szacowanie brzemienia nakładanego na życie nie musi – i nie powinno – być pomniejszaniem jego wartości, czy nawet jakąś utylitarystyczną oceną jakości istnienia. Jeżeli po dojrzałym namyśle uznam, że brzemień jest zbyt duże, nie pomniejszam wartości obciążanego nim życia, lecz dokonuję wielu innych wyborów, między innymi, godzę się z nieuchronnością śmierci jako etapu życia. Brzemień nakładane terapią zmienia relację życia-dobra do innych ważnych i cenionych przez jednostkę wartości, w tym dobra wspólnego. Rzekłbym nawet, że bycie rozważnym pacjentem zakłada uprzednie uznanie życia za wartość nieinstrumentalną. Niestety, jest ona zbyt często mylona z wartością najwyższą, co grozi jakimś rodzajem „tanatycznej biolatrii” – ubóstwienia życia dokonanego ze strachu przed skończonością. Moim zdaniem jej cień wyziera spoza proponowanej w projekcie *ustawy bioetycznej* definicji uporczywości.

Afirmacja wewnętrznej wartości życia leży u podstaw relacji lekarz – pacjent doby rewolucji bioetycznej. Tradycja hipokratyczna, jak można mniemać, wartościowała życie, natomiast rewolucja kodeksowa była, co najmniej, bliska biolatrii. Wyrażenie przez pacjenta w pełni świadomej zgody, będącej emanacją zasady poszanowania autonomii, potraktować można jak zwieńczenie wspólnego z lekarzem poszukiwania właściwej formy troski o podopiecznego, uwzględniającej jego system wartości i szacowane brzemień życia nakładane leczeniem.

Jeżeli pacjent po rozważnym namyśle i rozmowie z lekarzem stwierdzi, że brzemień jest zbyt duże i odmówi leczenia podtrzymującego życie, jego decyzja nie musi oznaczać umniejszenie wartości życia tak obciążonego planowanym leczeniem. Bez wątplenia jednak uznanie brzemienia nakładanego leczeniem za zbyt wielkie powinno pociągnąć za sobą zmianę formy troski – teraz już o umierającego podopiecznego. Należy otoczyć go płaszczem opieki i dbać pilnie o jakość umierania, nieco tchórzliwie nazywanej jakością życia.

4. Anita Gałęska-Śliwka, Marian Śliwka i ja wskazywaliśmy na niedopuszczalne ograniczenie sfery prywatności i prawa do autonomii przez proponowaną prawną konstrukcję uporczywości w jej formach pro futuro. Wskazywałem również na jej,

łagodnie mówiąc, „nieprzystawalność do prawnych standardów krajów demokratycznych” i „anachronizm” przeczący „idei pro futuro”, z czym *explicite* zgodził się M. Śliwka (s. 7 i 9). I to jest, moim zdaniem, pierwszy z najważniejszych wniosków naszej debaty. Jej przedmiotem był wszakże projekt ustawy, mogący na lata zdefiniować obowiązki lekarzy wobec pacjentów umierających i oświadczeń na przyszłość.

Państwo ma obowiązek ochrony zdrowia i życia obywateli. Jednakże ustawodawca nie może wypełniać tego obowiązku ingerując w kontekstach medycznych zbyt głęboko w sferę światopoglądu i prywatnych wyborów. Dlatego też w orzecznictwie zachodnim pacjent może odmówić leczenia, także ratującego życie, w teorii bez podania powodu. Piszę „w teorii”, gdyż w praktyce sądowniczej kompetentny pacjent, który bez podania rozsądnych racji odrzuca leczenie ratujące życie może być potraktowany przez sąd jak „prawny oksymoron” – określenie zawierające wewnętrzną sprzeczność, w rodzaju „gorący śnieg”¹³ – i niejako automatycznie jego kompetencja będzie poddawana w wątpliwość. Nie można więc wykluczyć przypuszczenia, że odrzucenie przez pacjentów terapii ratującej życie bez żadnych racji uzasadniających tę decyzję jest tylko czysto teoretyczną opcją.

Przyznanie życiu wartości wewnętrznej jest decyzją światopoglądową. Jak próbowałem pokazać, nie pozostaje ona z konieczności w konflikcie z normami prawnymi demokratycznych społeczeństw. Od ustawodawcy należy oczekiwać, aby stanowione prawo sprzyjało kultywowaniu wielości światopoglądów i religii, wykluczając jedynie te, które zagrażają bezpieczeństwu publicznemu albo są źródłem zgorznięcia społecznego. Jednocześnie trzeba w taki sposób opracować regulacje prawne, aby minimalizowały możliwość tzw. emocjonalnego samobójstwa w kontekstach medycznych. Bowiem prawo do odmowy leczenia „powinno być traktowane jak tarcza, a nie jak miecz”¹⁴; tarcza, która chroni przed terapeutycznymi zakusami medyków albo leczniczą gorliwością reprezentantów światopoglądów bliskich biolatryi, a nie miecz wykorzystywany do samobójstwa. Upewnienie się czy pacjent korzysta z odmowy jak z

¹³ M. Stauch, *Comment on Re B (Adult: Refusal of Medical Treatment)* [2002] 2 *All England Reports* 449, „*Journal of Medical Ethics*” 2002, nr 4, s. 233.

¹⁴ J. Keown, *The Case of Ms B: Suicide's Slippery Slope?*, „*Journal of Medical Ethics*”, 2002, nr 4, s. 239.

tarczy wymaga zbadania racji kryjących się za jego decyzją. I tak po raz wtóry dochodzimy do problemu „prawnego oksymoronu”.

5. W wypowiedziach A. Gałęskiej-Śliwki i M. Śliwki pojawiły się wątpliwości, co do wyłączenia z kategorii uporczywości nawadniania i odżywiania, o ile służą dobru chorego. Ten „prawdopodobny ukłon w stronę Kościoła” (A. Gałęska-Śliwka) wymaga obszernej analizy, moim zdaniem – nawet odrębnej debaty na forum PTB. W zdaniu tym upewnia mnie, między innymi, obecne zamieszanie wokół odłączenia od sztucznego pojenia i karmienia Eluany Englaro. Stąd też w obecnym podsumowaniu pomnę milczeniem ten problem.

6. Na koniec moja subiektywna odpowiedź na tytułowe pytanie naszej debaty: „czym jest uporczywa terapia” (zdefiniowana w projekcie *ustawy bioetycznej*)?

Jest to anachroniczna konstrukcja prawna bliska biolatrii i wyrażająca daleko idącą nieufność wobec profesji lekarskiej i jej podopiecznych. Ze względu na tożsamość konstruktów z leczeniem daremnym i nagminne mieszanie uporczywości jako daremności terapii z nieproporcjonalnością leczenia postuluję, aby całkowicie zrezygnować z tego pojęcia.