



Rezygnacja z terapii uporczywej oraz tzw. testament życia

Kilka uwag teologa na kanwie projektu
„Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego
oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw”

Marian Machinek MSF

Proponowany projekt zmian ustawowych ma dotyczyć również kwestii etyczno-prawnych, związanych z kresem ludzkiego życia. W ramach tego zagadnienia w projekcie przywołano definicję terapii uporczywej wypracowaną przez Polska Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia. W wersji zaadaptowanej do projektu ustawy brzmi ona następująco: „Uporczywą terapią jest stosowanie procedur medycznych, urządzeń technicznych i środków farmakologicznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z naruszeniem godności pacjenta, w szczególności z nadmiernym cierpieniem; uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”¹.

Konieczność wypracowania tego rodzaju definicji, jak i rozstrzygnięć dotyczących rozporządzenia pacjenta² uzasadniana bywa dwojako:

¹ Art. 65. 3; por także art. 67.1.

² Stosuję tutaj używany powszechnie w literaturze niemieckiej termin *Patientenverfügung*. Sądzę, że jest on (podobnie jak pojęcie „oświadczenie woli”) pojemniejszy i bardziej

unormowania te są konieczne, by zapewnić lekarzom bezpieczeństwo prawne oraz by chronić autonomię pacjenta. Zabierając głos w tej kwestii, teolog, uznając ważkość obydwu wspomnianych uzasadnień, zwróci uwagę na jeszcze jedno, jak się wydaje, bardziej kluczowe, którego w pracach legislacyjnych nie wolno pominąć: konieczność uzgodnienia proponowanych rozstrzygnięć z całościową wizją etosu lekarskiego.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na dwa kluczowe pojęcia w powyższej definicji terapii uporczywej, od zdefiniowania których będzie zależało jej całościowe rozumienie, ale także teologiczna ocena dopuszczalności jej przerwania. Chodzi mianowicie o pojęcia *godności pacjenta* oraz *dobra pacjenta*. Pojęcia te wcale nie są jednoznaczne i mogą być bardzo różnie rozumiane. Ich wieloznaczność pochodzi stąd, że nie są to pojęcia „neutralne”. Nie sposób ich zdefiniować poza kontekstem określonej koncepcji antropologicznej. Ich rozumienie zakłada bowiem uprzednią odpowiedź na fundamentalne pytanie o wizję człowieka, jego godność i wartość życia ludzkiego oraz wynikające z nich powinności moralne. To, wydawać by się mogło, oczywiste stwierdzenie staje się istotne szczególnie wtedy, gdy pojawia się zarzut uwikłania konfesyjnego całej definicji oraz opartych na niej regulacji, przez co rzekomo rażąco naruszone zostają demokratyczne standardy, jakimi powinien się kierować ustawodawca. Jeżeli stwierdzenie niezbędnego uprzedniego rozstrzygnięcia na płaszczyźnie antropologii jest prawdziwe, to zarzut konfesyjnego uwikłania jest chybiony, gdyż *każde* rozwiązanie w tej materii będzie zakładało *jakiś* rozstrzygnięcia światopoglądowe.

otwarty na różne opcje światopoglądowe, aniżeli terminy „testament życia” czy „testamentowa dyspozycja życiem”. Fakt, że pojęcie „living will” stosowana jest przez wiele środowisk opowiadających się jednoznacznie za legalizacją czynnej eutanazji, nie jest tu bez znaczenia.

Niewątpliwie równie „uwikłane” światopoglądowo (w znaczeniu określonej wizji antropologicznej) jest zadekretowanie, że zasada nieredukowalnej wartości i nienaruszalności życia ludzkiego zawsze musi ustąpić zasadzie samostanowienia. Stwierdzenie to zakłada, że życie ludzkie ma wartość jedynie wtedy, gdy zostanie uznane za wartościowe przez autonomiczny podmiot. *Salus* pacjenta (w klasycznym sformułowaniu głównej zasady działania lekarskiego: *salus aegroti suprema lex esto*) jest tu definiowany wyłącznie przez pacjenta, i to w zasadzie dowolnie. Rzecznicy takich poglądów chętnie zastępują pojęcie *salus* pojęciem *voluntas*. To autonomiczna decyzja pacjenta określa, co jest dla niego dobrem.

W kontraście do takiej koncepcji, klasyczne rozumienie powyższej zasady uwzględnia co najmniej kilka aspektów, które składają się na dobro pacjenta. Będzie to oczywiście *aspekt subiektywny*, definiowany przez samego chorego w oparciu o indywidualne poczucie jakości i sensu życia. Ale nie mniej istotny będzie *aspekt medyczny*, określany przez lekarza w oparciu o wiedzę medyczną i rokowania dotyczące stanu zdrowia. Działania i zaniechania lekarza wobec pacjenta muszą być także spójne z głównymi normami moralnymi dotyczącymi dobra osoby jako osoby. Chodzi przede wszystkim o obiektywną wartość każdego życia ludzkiego (*aspekt osobowy*). Wreszcie nie można zapominać o *aspekcie duchowym*, który uwzględnia świat idei i wartości religijnych³. Samo pojęcie *salus* zostało zaczerpnięte z języka teologii i oznacza pierwotnie *zbawienie*, a więc – nie rozstrzygając o konfesyjnym kolorycie tego pojęcia – ostateczne i najwyższe spełnienie pacjenta jako człowieka. Ten ostatni punkt powinien obejmować w pewnym

³ E. Pellegrino, Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility, w: J. de D. V. Correa, E. Sgreccia (red.), The dignity of the dying person, Citta del Vaticano 2000, s. 229-230.

stopniu także osobę lekarza, gdyż pacjent nie może oczekiwać, że jego dobro będzie realizowane kosztem istotnych wartości religijnych i moralnych lekarza.

Kluczowe pytanie zatem, jakie przy poszukiwaniu rozwiązań prawnych dotyczących kresu życia zadałby teolog, brzmi następująco: które z proponowanych rozwiązań ustawodawczych zapewnia szacunek wobec osoby ludzkiej (i to zarówno osoby pacjenta, jak i osoby lekarza, jak też społecznych standardów szacunku i afirmacji każdej istoty ludzkiej), nie kwestionując jednocześnie fundamentalnej zasady etosu lekarskiego?

Trudno sobie wyobrazić, że wyabsolutyzowaną wizję autonomii jednostki, która samodzielnie i niezależnie decyduje nie tylko o swoim życiu, ale także o momencie swojej śmierci, dałoby się w spójny sposób wbudować w etos lekarski, jeżeli jego naczelną zasadą miałyby pozostać troska o zdrowie i życie chorych⁴. Normy etosu lekarskiego opierają się na założeniu, że życie i zdrowie ludzkie są istotnymi wartościami moralnymi, na tyle cennymi, że mogą stać się przedmiotem moralnych zobowiązań.

Należy przyznać, że takie spojrzenie bazuje na antropologii chrześcijańskiej oraz inspirowanej chrześcijaństwem wizji medycyny. Czy jednak sięganie do tej tradycji przy tworzeniu ustawodawstwa rzeczywiście oznacza niedopuszczalną w demokratycznym państwie konfesjonalizację prawa? Warto podkreślić, że nie tylko obowiązujący etos lekarski, ale także cała wizja służby zdrowia, zbudowana została w oparciu o tradycję judeochrześcijańską z jednej oraz hipokratejską z drugiej strony. Owszem, w ostatnich dziesięcioleciach ujawniła się konieczność redukcji zbyt jednostronnego nachylenia paternalistycznego, co nierzadko było równoznaczne z nieuprawnionym wyłączeniem pacjenta z procesu

⁴ KEL, art 1-2.

decyzyjnego. Czy jednak całkowicie odmienny model medycyny, w którym z kolei lekarz zostałby zredukowany do niemego (w kwestiach normatywnych) świadka i wykonawcy decyzji pacjenta, stanowi pożądaną alternatywą?

Oczywiście, nie ulega wątpliwości, że wartość zdrowia i życia nie istnieje abstrakcyjnie, ale że chodzi zawsze o zdrowie i życie konkretnych chorych. To nie abstrakcyjnie rozumiane życie i zdrowie, ale żyjąca osoba pacjenta jest wartością, którą należy chronić i szanować, uznając przy tym wymagania konkretnej sytuacji zdrowotnej, w jakiej się znajduje. Do ludzkiej kondycji należy nieodwołalnie także śmierć. Stąd nawet przy uznaniu nieredukowalnej wartości życia ludzkiego, moralnie godziwe będzie zaprzestanie działań medycznych tam, gdzie zdrowie ludzkie zostało nieodwołalnie zniszczone, a życie zbliża się do kresu.

W tym kontekście warto bronić ograniczenia w proponowanym projekcie kwestii rezygnacji z terapii uporczywej do sytuacji terminalnej. Jest niewątpliwie prawdą, że w oparciu o nauczanie Kościoła katolickiego nie można zawęzić pojęcia uporczywości terapeutycznej jedynie do sytuacji terminalnej. Jednak nawet, jeżeli może się ona odnosić do innych sytuacji, to nigdy dominującym aspektem nie będzie tu *subiektywnie* odczuwana i definiowana jakość życia pacjenta, ale pod uwagę musi być wzięta *obiektywna*, nieredukowalna wartość ludzkiego życia. W odróżnieniu od sporów dotyczących rezygnacji z terapii poza fazą terminalną, w sytuacji pacjenta umierającego 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. W takich okolicznościach rezygnacja z terapii uporczywej nie będzie więc decyzją o skróceniu życia, ale raczej wyrazem akceptacji nieuchronności

śmierci. Tego rodzaju konwergencja między oceną lekarza a wolą pacjenta nie będzie już tak oczywista poza sytuacją terminalną. W każdym przypadku rozporządzenie pacjenta stanowi *jedno* z kryteriów (obok wymienionych powyżej innych aspektów)⁵.

Warto jeszcze raz podkreślić, że dyskusja na temat granic terapii uporczywej dotyczy nie tylko pewnej szczegółowej kwestii w praktyce medycznej, ale dotyka w bardzo istotnym stopniu całego etosu lekarskiego. Odpowiedzi, jakie zostaną udzielone w tej dyskusji muszą być spójne z zasadniczymi jego zasadami.

⁵ Por. CPME 2008/121 EN/Fr: “If the patient is mentally incapable, the decision should be taken by medically qualified personnel. In this process it should be considered what would be in the best interest of the patient. If the patient’s wish is known, it must be **taken into account** (podkr. MM). The patient’s next in kin should be heard”.