

Tomasz Orłowski

Granice uporczywej terapii

Studia Elckie 12, 59-72

2010

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

GRANICE UPORCZYWEJ TERAPII

Etyka i medycyna, w końcowych fazach życia ludzkiego

Jednym z obszarów gdzie określenie etycznie godnego sposobu postępowania jest szczególnie trudne i brzemiennie w nieodwracalne konsekwencje to przypadki nieuleczalnie chorych pacjentów i stanów terminalnych. Wybór opcji terapeutycznej – czy i jak leczyć, a może leczenia zaniechać, albo w ogóle leczenia nie podejmować, gdyż nosiłoby ono znamiona uporczywej terapii – wymaga opracowania szczególnie jasnych, klarownych i możliwie najbardziej uniwersalnych modeli i standardów, mających na celu ułatwienie podjęcia decyzje odnośnie rozpoczęcia, zaniechania lub wstrzymania terapii. Szczególnie dwa pojęcia: „proporcjonalność terapeutyczna” i „uporczywa terapia” wymagają precyzyjnego zdefiniowania.

Dodatkowo kwestie te stają się niezwykle ważne i aktualne we współczesnej medycynie, gdyż ta dysponując ogromnymi i coraz to skuteczniejszymi możliwościami przedłużania życia, nie zawsze gwarantuje, niestety, pokonanie patologii czy chociażby zminimalizowanie uciążliwych jej objawów. Oczywiście tu każdy przypadek jest inny i wyjątkowy, a to ze względu na syngularność istnienia ludzkiego, różnorodność uwarunkowań, okoliczności i rokowań samej choroby i procesu leczenia oraz osobistych priorytetów tak chorego i jego najbliższych jak i personelu medycznego, który się pacjentem ma opiekować.

Pozwolę sobie zauważyć, że wbrew pozorom mało tu miejsca na kapers i samowolę. Leksykon terminów dotyczących terapii w końcowych fazach życia – proporcjonalność, adekwatność, przesadność, niewspółmierność, uciążliwość, daremność, nieskuteczność, nieużyteczność, znamionuje racjonalność, harmonię, proporcję i ład intelektualny. A sama terapia ma przecież dotyczyć osoby ludzkiej godnej najwyższego szacunku ze względu na sam fakt istnienia – to znaczy niezależnie od jakości tego istnienia. Dlatego każda terapia jako cel nadrzędny musi stawiać sobie dobro pacjenta.

Pytanie o etycznie godne staje się więc pytaniem nie o obligatoryjność zastosowania lub zaniechania takiej czy innej procedury medycznej, ale o sposób najdoskonalszego poszanowania osoby potrzebującej pomocy i ustalenie *hic et nunc* wysiłku terapeutycznego, który stanie się promocją

jej integralnego dobra (dobro życia fizycznego jest nadrzędną, choć nie absolutną wartością).

Taka perspektywa ustalenia proporcjonalności terapeutycznej to nie tylko gra słów, jakby się mogło wydawać na pierwszy rzut oka. To istotny fakt, wart poważnej refleksji. Bo tylko kierując uwagę na osobę pacjenta, prawdę o ontologicznej wartości jego istnienia i jego subiektywnych warunkowaniach można dać nie tylko adekwatną, ale i etycznie godną odpowiedź na jego aktualne (realne) potrzeby. Naturalnie nie neguje się w ten sposób konieczności rzetelnej i obiektywnej oceny sytuacji patologicznej, w jakiej pacjent zwraca się o pomoc (ocena ta należy do kompetencji personelu medycznego) ani się z niej nie rezygnuje – musi ona konieczna poprzedzać moralną refleksję i osąd, co do godziwości zastosowania określonej procedury klinicznej. Próbuję jedynie podkreślić fakt, iż, mimo, że to lekarz wie najlepiej jak leczyć, to dobro pacjenta zostaje ustalone w ramach terapeutycznego dialogu autonomicznych podmiotów: lekarza i pacjenta, gdzie w ostateczności to pacjent odpowiednio poinformowany zdecydowanie, na jakie leczenie nie wyrazić zgody.

Studium to chce być refleksją nad tymi czynnikami, które o uporczywości terapii mogą przesądzić, a w konsekwencji ma nadzieję być pomocnym w wychwyceniu przypadków uporczywej terapii w praktyce medycznej.

Kontekst dyskusji

Lekarzowi, który ma moralny obowiązek zaniechać uporczywej terapii, nie wystarczy podanie samej definicji. Związętem i precyzyjnym określeniu stanu rzeczy – służy temu definicja uporczywej terapii – powinna towarzyszyć dyskusja, której celem będzie dokładne opracowanie konkretnych okoliczności, sytuacji i warunków, w jakich o uporczywości terapii można mówić. Pomoże to, jak słusznie zauważa prof. Romuald Krajewski, lepiej zrozumieć, na czym owa uporczywa terapia polega i pozwoli stwierdzić, kiedy ma ona miejsce. W konsekwencji zaś określenie, co owa „uporczywość” zakłada, stanie się punktem wyjścia do określania zaleceń, wytycznych czy standardów postępowania w takich sytuacjach¹.

Mając bowiem w rozważanej przez nas kwestii wydać osąd nie tylko o nieskuteczności danego wysiłku terapeutycznego – ale i etyczny o jego

Ks. Tomasz Orłowski – dr teologii; adres do korespondencji: tomeko@libero.it

¹ R. Krajewski, *Czy powinno się mówić o „terapii uporczywej”?*, http://ptb.org.pl/pdf/Krajewski_uporczywa_terapia_1.pdf, z dn. 20.X.2009 r.

moralnej niedopuszczalności, uważam za konieczne zwrócić uwagę na fakt, że na ocenę etyczną ma wpływ nie tylko techniczna strona terapii (sposób jej przeprowadzania, środki w tym celu wykorzystane), ale i konkretne okoliczności i zachowanie osób, które w całość terapii są zaangażowane i których ona dotyczy. Ocenie moralnej podlegają nie środki i metody terapeutyczne, jakich używamy, ale konkretne postępowanie, ze szczególnym uwzględnieniem uwarunkowań osoby lekarza i pacjenta, które w terapii uczestniczą. To nie rzeczy czy obiekty materialne podlegają naszej ocenie i nie one posiadają charakterystyki etyczne, ale świadome czyny i zachowanie – czyli sposób, w jaki cały bagaż wiedzy medycznej i osiągnięć technicznych z tej dziedziny wykorzystujemy.

Jasne jest, że o uporczywości terapeutycznej przesądzi wiele czynników: czysto technicznych, a te mogą być obiektywnie ocenione, oraz subiektywnych, gdzie z kolei ocena staje się niełatwa, bo dotyczy pragnień, oczekiwań i doznań osób, pacjenta, który w terapii bierze udział. Dlatego określenie terapii jako uporczywej to jeden, aczkolwiek stopniowy, proces progresywnej i rzetelnej oceny licznych elementów. Oceny, która powinna dokonać się wewnątrz tego, co ośmielę się nazwać „przymierzem terapeutycznym” pomiędzy lekarzem za wszelką cenę wystrzegającym się medycznego paternalizmu, a pacjentem, unikającym nadużycia autonomii i traktowania lekarza już nie jak partnera dialogu, ale jak kolejnego narzędzia, którym dysponować nie w sposób wolny, ale samowolny.

Należy uznać, że w całym procesie terapeutycznym podstawowa odpowiedzialność spoczywa właśnie na pacjencie. To ostatecznie on, odpowiednio poinformowany przez lekarza i personel medyczny, podejmie decyzję – efekt stopniowego procesu, o którym przed chwilą wspominaliśmy – czy proponowany sposób leczenia podjąć, czy może z leczenia zrezygnować? Jako, że również lekarz ma obowiązek pozostać wierny swemu sumieniu, wiedzy i zawodowym przekonaniom, w przypadku niemożliwego do załagodzenia konfliktu między lekarzem, a pacjentem (gdy w grę wchodzi oczekiwanie oraz ocena terapii), przymierze lekarz-pacjent powinno zostać rozwiązane, a sam chory oddany pod opiekę innego specjalisty.

Polska legislacja

Brakuje dziś w Polsce prawnej definicji terminu „uporczywa terapia”. Mówi o niej natomiast Kodeks Etyki Lekarskiej². W ds. 32 tego Kodeksu czytamy: *w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania*

² *Kodeks Etyki Lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel, z dn. 20.X.2009 r.

i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Ustawa o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ w rozdziale VI mówi jedynie o prawie pacjenta do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a w stanach terminalnych o prawie do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień, umierania w spokoju i godności. Pośrednio wskazuje się więc tylko na zakaz podejmowania takich działań terapeutycznych, które naruszałaby godność pacjenta w stanach terminalnych.

Projekt *Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*⁴ definiuje uporczywą terapię jako *stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.* Jest to definicja, które powieliła tę wypracowaną kilka miesięcy wcześniej przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia⁵.

Definicje te mówiąc o umieraniu i nieuleczalnie chorych zdają się ograniczać możliwość uznania terapii za uporczywą wyłącznie w końcowych fazach życia leczonej osoby. Podkreślając jednak nie tylko nadzwyczajność wysiłku terapeutycznego i jego leczniczą nieskuteczność, ale także fakt, że jego stosowanie stanie się dla pacjenta źródłem zbytecznego cierpienia i naruszeniem jego godności zdają się sugerować, że obok nieskuteczność interwencji medycznej w poprawie stanu zdrowia pacjenta istnieją też inne kryteria kwalifikujące daną interwencję jako uporczywą terapię. Uporczywą może stać się terapia, która nie tylko nie osiąga celu leczniczego, a podtrzymuje jedynie funkcje życiowe pacjenta (przedłuża proces umierania), lecz także ta, która staje się powodem nadmiernego bólu i nie przynosi jakiegokolwiek korzyści dla samego pacjenta⁶.

³ *Ustawa o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta*, http://www.prawapacjenta.eu/var/media/File/Ustawa_o_prawach_pacjenta_i_Rzeczniku_Praw_Pacjenta.pdf, z dn. 20.X.2009 r.

⁴ *Projekt Ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw*, <http://www.polskaxxi.pl/Czytelnia/Wartoprzeczytac/Projekt-ustawy-bioetycznej>, z dn. 14.X.2009 r.

⁵ http://www.viamedica.pl/gazety/gazetaV/darmowy_pdf.phtml?indeks=28&in-deks_art=224, z dn. 14.X.2009 r.

⁶ Zastanawiam się, co ma na myśli legislator mówiąc o procedurach medycznych naruszających godności pacjenta. Czy to ogólnie mówiąc dyskomfort, nieposzanowanie

Uporczywość terapeutyczna

Powróćmy jednak do refleksji nad samym dynamicznym procesem osądu, który pozwoliłby dostrzec w danej terapii cechy uporczywości.

W literaturze bioetycznej w stosunku do terapii podtrzymującej czy ratującej życie używa się zazwyczaj przymiotników zwyczajna / nadzwyczajna oraz proporcjonalna/nieproporcjonalna. Niekiedy pary te uważane są za synonimy, częściej próbuje się im przypisać odmienne znaczenie⁷. Terapia proporcjonalna (zwyczajna) jest terapią moralnie powinną, nieproporcjonalna (nadzwyczajna) staje się uporczywą – stosowanie jej staje się fakultatywne, a w niektórych przypadkach wręcz moralnie niedozwolone.

Na co należy zwrócić uwagę chcąc określić uporczywość danej terapii? Jakie okoliczności sprawiają, że leczenie, ponieważ uciążliwe, nieproporcjonalne czy wręcz nieznośne, nazwać należy uporczywym? Innymi słowy, jaki kontekst i uwarunkowania powodują, że sytuacja z cytowanej na wstępie definicji się weryfikuje? Osobiście uważam, iż taki proces osądu powinien obejmować, co najmniej dwie fazy⁸.

a. Proporcjonalność techniczno-medyczna

Pierwszym etapem poprzedzającym wydanie osądu, co do uporczywości danej terapii jest ocena elementu techniczno-medycznego, jaki w terapię jest zaangażowany i który to może być poddany obiektywnej ocenie⁹. Od razu podkreślę, że terapia technicznie nieproporcjonalna *ipso facto* staje się uporczywą terapia.

Zaś o proporcjonalności (nieproporcjonalności) danej terapii decydować w tym wypadku będzie adekwatność (skuteczność) wysiłku (wiedza medyczna i używane sprzęt) w osiągnięciu zamierzonego celu¹⁰. Oczywiście

jego przekonań, gwałt zadany jego autonomii czy preferencjom – wszystko to, co stanowi jego uprzedmiotowienie?

⁷ Zob. S. Leone, *La prospettiva teologica in bioetica*, Istituto Siciliano di Bioetica, Acireale 2002, s. 467-470.

⁸ Por. M. Calipari, *Curarsi e farsi curare. Tra abbandono terapeutico del paziente e accanimento terapeutico*, Ed. San Paolo, Cisinello Balsamo 2006.

⁹ Będąc tą oceną natury czysto technicznej dokonuje jej lekarz i personel zaangażowany w leczenie.

¹⁰ Nie sposób mówić o proporcjonalności zanim nie zostanie dokładnie ustalony cel interwencji medycznej, którym może być diagnoza czy terapia. Ta ostatnia może być nie tylko ukierunkowana na skuteczne leczenie, lecz także, kiedy stanie się ono niemożliwe, na zahamowanie niekorzystnych objawów patologii, zapobieżenie jej nawrotom, maksymalne wydłużenie życia, zminimalizowanie bólu czy kurację paliatywną, rehabilitację itp.

ście w wyborze najodpowiedniejszego sposobu leczenia lekarz na obowiązek posłużyć się niektórymi obiektywnymi kryteriami, do których za chwilę nawiążę. Ogólnie jednak rzecz ujmując o proporcjonalności terapii, rozstrzyga w pierwszym rzędzie jej czysto medyczną skuteczność. Jeśli ta jest zagwarantowana zostaje tym samym spełniony minimalnym warunkiem koniecznym¹¹, aby móc daną terapię uznać za proporcjonalną i w konsekwencji za nieuporczywą.

Dlatego terapia staje się nieproporcjonalną (i jako taka uporczywą) w momencie, kiedy z czysto medycznego i technicznego punktu widzenia okaże się nieskuteczna – pożądane rezultaty diagnostyczne, terapeutyczne czy minimalizujące objawy patologii nie mogą być za pomocą terapii osiągnięte. Proporcja przyczyna – skutek zostaje załamana. Właśnie dlatego taką nieskuteczną terapię nazwiemy nieproporcjonalną. Terapia nieproporcjonalna z medycznego punktu widzenia, czyli po prostu nieefektywna – nie osiąga już zamierzonego celu – staje się daremnym (*futile*) wysiłkiem i jej przydatność medyczna jest żadna. Taka terapia to *medical futility*. Medyczna skuteczność takiej terapii nie istnieje, wysiłek terapeutyczny staje się niewskazany, bo bezskuteczny. Dlatego uciekanie się do takiej terapii pozbawione jest sensu i uzasadnienia medycznego (terapeutycznego) i nosi w sobie poważne znamiona uporczywości. W praktyce medycznej terapię, która w konkretnej sytuacji i w stosunku do danej osoby, okazuje się nieskuteczną i nieadekwatną, biorąc pod uwagę wcześniej zakładane cele, należy określić, jako nieproporcjonalną, co w efekcie czyni daną terapię uporczywą.

A ponieważ nieproporcjonalność dotyczy tu terapii samej w sobie, i to z czysto technicznego punktu widzenia, wypowiadać się o niej może najrzetelniej sam lekarz czy zespół leczący. Ma on znacznie większe kompetencje pozwalające na rzetelne określenie efektywności danej metody leczenia. Dlatego na nim spoczywa obowiązek poprawnej oceny skuteczności medycznej terapii – czy można od niej w sposób racjonalny i uzasadniony oczekiwać zamierzonych uprzednio (bo uznanych za korzystne) efektów. A pacjenci powinni polegać na tych ocenach i do nich się odwoływać.

Kolejnym warunkiem, pozwalającym uznać terapię za proporcjonalną jest dyspozycyjność *hic et nunc*, w tej konkretnej sytuacji, sprzętu medycznego, który zamierza się wykorzystać, ewentualne jego w miarę proste i bezproblemowe pozyskanie. Jeśli pozyskanie najbardziej optymalnego czy wskazanego w danej terapii sprzętu jest bardzo trudne albo wręcz niemożliwe, terapię będzie można uznać za nieproporcjonalną. Automatycznie

¹¹ Choć niewystarczającym.

przybiera ona znamiona uporczywości – rezygnacja z takiej terapii staje się moralnie dopuszczalna, albo wręcz nakazana.

Posiadanie sprzętu nie wystarczy. Potrzebny jest personel, który będzie umiał się nim skutecznie posługiwać. Oto kolejny warunki, bez spełnienia którego terapii nie da się uznać za proporcjonalną.

Żadna terapia nie jest wolna od skutków ubocznych. Te, im mniejszą wyrządzają pacjentowi krzywdę, tym terapia jest bardziej proporcjonalna. Pojawienie się natomiast efektów negatywnych, które stanowiłyby poważne ryzyko dla zdrowia i życia pacjenta (zwłaszcza, jeśli mowa o ryzyku niewspółmiernie wysokim w porównaniu do osiągniętych korzyści), może stać się czynnikiem decydującym o nieproporcjonalności terapii.

Nie bez znaczenia w naszej ocenie jest też analiza środków i zasobów (technicznych, ekonomicznych itp.), które w daną terapię zostaną zaangażowane i w niej wykorzystane. Szczególnie wysokie koszty współczesnej medycyny i związanej ściśle z nią wyrafinowanej technologii powodują, że należy zwrócić uwagę na sprawiedliwe i racjonalne zarządzanie ekonomiczne w publicznej służbie zdrowia. Koszta powinny odnosić się proporcjonalnie m. in. do powagi traktowanej patologii, konieczności zastosowania danej terapii czy gwarancji jej powodzenia. Bardziej proporcjonalna staje się terapia wymagająca mniejszych kosztów i nakładów ze społecznego budżetu, o czym zasada solidarności nas poucza¹². Nie jest obecnie możliwe leczenie wszystkich za wszelką cenę: dość wspomnieć poruszany ciągle problem permanentnego niedoinwestowania służby zdrowia.

b. Subiektywna nadzwyczajność

Wyżej wymienione elementy należy wziąć pod uwagę, określając stopień proporcjonalności danej terapii. Są one bez wątpienia tymi, które poddają się w miarę obiektywnej ocenie. Jednak to nie wszystkie elementy, na które należy zwrócić uwagę. Na proporcjonalność terapii ma bowiem wpływ szereg elementów o wiele bardziej subiektywnych (co nie znaczy – mniej istotnych czy nieprawdziwych), które pojawiają się w każdej terapii. Subiektywnych, bo mniej związanych z techniczną stroną terapii, a bardziej zależnych od podmiotów (szczególnie pacjenta) w terapię zaangażowanych.

¹² W celu uniknięcia wszelkich nieporozumień z całą siłą podkreślam, że życie ludzkie nie może być oceniane za pomocą parametrów czysto ekonomicznych. Byłoby aktem wysoce aroganckim i arbitralnym twierdzić, że życie ludzkie, w zależności od stanu zdrowia, usprawiedliwiałoby użycie mniejszych czy większych nakładów ekonomicznych na jego ratowanie. Dlatego sądzę, że jeśli dana terapia okazałaby się jedynym sposobem ratowania życia pacjenta i terapia ta nie nosiłaby znamion uporczywości użycie jej będzie zawsze proporcjonalne, niezależnie od poniesionych kosztów.

Sadzę, że podstawowym elementem subiektywnym, który może zdecydować o nadzwyczajności terapii jest fakt, iż pacjent w danej terapii (czyli przy użyciu konkretnej terapii wpisanej w całość jego oczekiwań, osobistych uwarunkowań, stanów psychologicznych i emocjonalnych) uważa, ogólnie mówiąc, pewne niedogodności, trudności czy wręcz niemożliwości natury fizycznej, psychicznej bądź moralnej. Tradycja moralna nadaje temu nazwę *quaedam impossibilitas*.

Pozwolę sobie zaznaczyć, że biorąc pod uwagę podstawowe dobro, jakim jest życie i zdrowie pacjenta każda terapia oceniana musi być jako zwyczajna, aż do momentu wystąpienia takich subiektywnych niedogodności, które o jej nadzwyczajności zadecydują. Znaczy to, że wysiłek terapeutyczny, jeśli tylko technicznie proporcjonalny, zawsze musi być uznany za zwyczajny. Chyba, że w jego zastosowaniu, przebiegu i rezultatach zostanie zauważony element, który zostanie oceniony przez odpowiednio poinformowanego i kompetentnego pacjenta za wysoce niepożądany, czyli przesadzający o nadzwyczajności terapii.

Co może powodować pojawienie się owych niedogodności czy trudności? Spójrzmy na powody występujące najczęściej.

Chodzi przede wszystkim o zbyt duży wysiłek i zaangażowanie, którymi dostęp i stosowanie terapii musi być okupione. Mam tu na myśli miejsce, sposób czy czas, jakie do wykonania danej terapii są konieczne. Bez wątpienia wysiłek i zaangażowanie muszą być szczególnie uciążliwe i przykre, aby o nadzwyczajności terapii przesądzić. Każdy bowiem rodzaj terapii zakłada ze strony pacjenta swego rodzaju trud i niesie ze sobą określone niedogodności. Zazwyczaj jednaj przedstawiają się one jako dopuszczalne i akceptowalne, czyli pozbawione znamion nadzwyczajności. Jest to swego rodzaju poświęcenie, którego celem jest ochrona i ratowanie życia.

Nie bez znaczenia jest cierpienie fizyczne, które łączy się ze sposobem leczenia, a którego nie jest się w stanie uśmierzyć¹³. O nadzwyczajności terapii mogą też decydować koszty z nią związane, a które sam pacjent czy jego najbliżsi będą zmuszeni ponieść¹⁴. Jeśli koszty konieczne do prze-

¹³ Oczywiście granica wytrzymałości na ból fizyczny jest nie tylko niezwykle płynna, ale i zmienia się w zależności od wielu czynników, gdzie nie bez znaczenie pozostaje ten psychologiczny. Dlatego tylko sam zainteresowany jest w stanie określić, kiedy ból stanie się na tyle silny, że narusza w znacznym stopniu integralność jego osoby.

¹⁴ Wspominaliśmy już o kosztach społecznych. Tu uwagę zwracamy na koszty indywidualne (osobiste bądź rodzinne) jakich terapia wymaga i jakie muszą być oceniane

prowadzeniem samej terapii czy pozyskaniem sprzętu i preparatów stają się nie do zniesienia czy przekraczają możliwości pacjenta (jego rodziny) terapia traci charakterystykę zwyczajności¹⁵.

Elementy ściśle związane z daną kulturą czy środowiskiem, a także te psychologiczne czy emocjonalne, powodować mogą pojawienie się odrazy czy wstrętu do samej terapii czy jej skutków. To także może usprawiedliwiać odmowę stosowania terapii.

Wskazałem na niektóre elementy, które mogą przesądzić o nadzwyczajności terapii, mimo, iż samo jej zastosowanie jest skuteczne i obiektywnie nie wydaje się być szczególnie niedogodne¹⁶. Może się bowiem okazać, że terapia uważana przez zespół leczący za proporcjonalną (ponieważ adekwatna w stosunku do postawionego celu), zostanie uznana przez samego pacjenta za obciążoną nadzwyczajną niedogodnością (uporczywością)¹⁷. Zgoła podobna sytuacja miałaby miejsce gdyby terapia medycznie skuteczna przez pacjenta została uznana za niepożądaną, biorąc pod uwagę nie tyle samą terapię ile jej końcowe efekty.

W związku z czym nawet jeśli terapia jest technicznie skuteczna, a więc proporcjonalna, a mimo to przez samego pacjenta ocenianej zostanie oceniona, w myśl klasycznej maksymy, jako *moraliter parum pro nihilo reputatur*, staje się automatycznie terapią, w której należy dopatrywać się znamion uporczywości.

na podstawie statusu ekonomicznego samego chorego. Koszta w sposób poważny i daleko sięgający naruszające budżet osobisty mogą stać się czynnikiem przemawiającym za niepodjęciem danej terapii, uciekając się do terapii bardziej przystępnych z ekonomicznego punktu widzenia.

¹⁵ Oczywiście nie ma tu mowy o ustaleniu jakiejś „górną granicy” wydatków, która przekroczona decydowałaby o nadzwyczajności terapii. Wszystko staje się relatywne do osobistej sytuacji pacjenta. Podobnie – jeśli przekroczenie owej granicy nie stanowi zbyt dużego obciążenia ekonomicznego terapia pozostaje zwyczajna.

¹⁶ Subiektywne odstąpienie przez pacjenta od proponowanej terapii, nie jest podważeniem racjonalności proporcjonalnej terapii wynikłej z wiedzy lekarza i możliwych środków medycznych

¹⁷ Terapia medycznie proporcjonalna (skuteczna), może być uznana przez pacjenta za nadzwyczaj uciążliwą – nie gwarantującą osiągnięcia zadowalających celów, których sam pacjent spodziewał się po procesie leczenia. Dlatego sama skuteczność medyczna (obiektywne efekty będące skutkiem wprowadzenia w życie określonej terapii) nie przesądza automatycznie o jej proporcjonalności. Terapia oceniona przez lekarza, jako celowa i skuteczna może zostać przez pacjenta odrzucona, bo uznana za niepożądaną.

Pozwolić spokojnie odejść

To tylko niektóre z czynników będących przyczyną pojawienia się pewnych niedogodności, które z kolei, jeśli zaistniały w poważnym stopniu, mogą decydować o uporczywości danej terapii.

Terapia uznana za technicznie proporcjonalną i nienoszącą w sobie, wedle oceny samego pacjenta, znamion nadzwyczajności staje się terapią obligatoryjną.

Pojawienie się pewnych okoliczności, które zostaną uznane przez pacjenta za szczególnie uciążliwe, może powodować, że nawet terapia proporcjonalna (celowa i skuteczna z medycznego punktu widzenia) przybiera charakter nadzwyczajności (czyli uporczywości). W tym wypadku jej zastosowanie staje się fakultatywne. Udziału w takiej terapii pacjent może odmówić. Bo choć jest ona w stanie skutecznie leczyć procesy patologiczne, to ponieważ oceniana przez pacjenta jako nieadekwatna do jego oczekiwań, zbyt uciążliwa dla niego samego lub jego rodziny (obarczona *quaedam impossibilitas*) staje się w konkretnej sytuacji uporczywą i dlatego nieobowiązkową¹⁸. Nie będzie to niczym innym, jak poszanowaniem woli pacjenta i wyrazem szacunku dla jego autonomii. Taką terapię można przezwyciężyć czy w ogóle jej nie podejmować¹⁹.

Skoro w tym wypadku o uporczywości terapii decyduje nie jej skuteczność medyczna (tej bowiem nie sposób negować), ale brak jej nadzwyczajności, a to według osądu samego pacjenta, staje się oczywiste, że o terapii uporczywej mówić można nie tylko w sytuacji bliskości śmierci, lecz także na każdym etapie choroby. Tak więc uporczywa terapia nie dotyczy wyłącznie sytuacji terminalnych, interwencji podtrzymujących życie i nieuleczalnie chorych pacjentów. Zwracam na to uwagę i dlatego pytam, czy nie wskazane byłoby rozszerzenie interpretacji uporczywej terapii nie tylko do sytuacji bliskości śmierci? Osobiście uważam, że tak. Zawężenie pojęcia uporczywej terapii do stanów terminalnych wydaje się trudnym do usprawiedliwienia nadużyciem. Uporczywe leczenie może, ale niekoniecznie

¹⁸ Być może użycie tego samego środka terapeutycznego i identyczne leczenie tej samej patologii w ocenie innego pacjenta będą wolne od trudności czy niedogodności. W związku z tym terapia stanie się dla niego proporcjonalna i moralnie obligatoryjna.

¹⁹ Terapia może być uporczywa ze względu na jej daremność. Osobiście jednak nie utożsamiam uporczywości z daremnością (nieskutecznością leczenia). Nawet w przypadku terapii skutecznej pacjent po rozważnym namyśle, jeśli uzna, że brzemień procesu leczenia jest zbyt duże, może takiego leczenia odmówić. Bez wątplenia jednak uznanie brzemienia leczenia za zbyt wielkie powinno pociągnąć za sobą zmianę formy troski – teraz już o umiarkowanego podopiecznego – por. K. Szewczyk, *Podsumowanie debaty z subiektywnym akcentem*, http://ptb.org.pl/pdf/Szewczyk_uporczywa_terapia_4.pdf, z dn. 20.X.2009 r.

musi, dotyczyć stanów terminalnych nieuleczalnie chorych pacjentów. Moralnie usprawiedliwione może być także niepodejmowanie czy przerwanie zabiegów, jeśli, według osądu pacjenta, użycie ich związane jest z szeroko rozumianymi „wysokimi kosztami”. I wówczas nie będzie miało ono cech biernej eutanazji, choć rzeczywiście nie przeszkodzi nadejściu śmierci.

I w końcu, chciałbym zaznaczyć, że terapia nieproporcjonalna, czyli nieskuteczna z medycznego punktu widzenia, przybiera zawsze cechy szczególnej uporczywości²⁰. To właśnie nieskuteczność medyczna dyskwalifikuje ją jako terapię. Dlatego stosowanie jej jest moralnie niedozwolone. Pozostaje niedozwolone, nawet jeśli sam pacjent ocenia terapię medycznie nieskuteczną jako subiektywnie proporcjonalną i o nią prosi²¹. Co więcej pacjent takiej terapii nie może się domagać, a gdyby nawet, to jest obowiązkiem moralnym lekarza, który najlepiej może wypowiadać się na temat technicznej nieskuteczności terapii, takiej terapii odmówić. Innymi słowy, personel medyczny nie tylko nie powinien jej wykonywać, ale wręcz powinien powstrzymać się od jej stosowania.

Tego rodzaju terapia jest swego rodzaju przemocą i lekceważeniem umierającego pacjenta, zamachem na jego godność przebrany za terapię. Taka terapia w rzeczywistości nie stanowi już terapii i nie jest już żadnym leczeniem, a staje się torturą²². Pacjent doszedł już do kresu swej egzystencji, w jego przypadku medycyna okazuje się bezsilna, nie ma już sensu zęcać się nad jego gasnącym istnieniem. Uważam, że w tym wypadku powstrzymanie się od terapii jest gestem najpełniej respektującym jego godność i dlatego moralnie właściwym²³. Należy pozwolić choremu spokojnie umrzeć²⁴.

²⁰ Chociaż ani prawo, ani Kodeks Etyki Lekarskiej nie nakładają obowiązku niestosowania terapii uporczywej, nie jest ona działaniem służącym dobru chorego.

²¹ Oczywiście można od tej reguły znaleźć nieliczne wyjątki, choć nie jest tu naszym celem ich rozważanie. Bez wątplenia jednak, nawet jeśli terapia okaże się medycznie nieskuteczna, a jedynie przedłużająca proces umierania, można się do niej uciekać, jeśli jest ona jedynym sposobem *hic et nunc*, w jaki pacjent może zadośćuczynić obowiązkom moralnym miłości i sprawiedliwości, jakie jeszcze na nim spoczywają.

²² „Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar nie korzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia (...). Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie”. Kongregacja do Spraw Nauki Wiary, *Deklaracja o Eutanazji*.

²³ Nie przerywając zwyczajnej opieki, jaka zawsze należy się choremu.

²⁴ „Podobnie jak lekceważeniem chorych byłoby traktowanie ich tak, jak gdyby mieli umrzeć, tak innym rodzajem lekceważenia byłoby traktowanie umierających tak, jak

Co więcej, zastanawiam się, czy w przypadkach medycznej nieskuteczności zamiast mówić o uporczywej terapii nie należałoby mówić o swego rodzaju *medical overzealous intervention*. Taka interwencja to swego rodzaju zaciekłość terapeutyczna – nie znajduje uzasadnienia w celu leczniczym i jako taka musi być kategorycznie zaniechana. W takim przypadku obowiązkiem lekarza jest „terapeutyczne wstrzymanie terapii”²⁵. A to będzie ostatnim gestem szacunku dla odchodzącego z tego świata pacjenta.

Nietrudno chyba zauważyć, że prawne uregulowanie kwestii uporczywej terapii staje się problemem niecierpiącym zwłoki. Tekst ustawy powinien jasno ująć to, co w wyniku poprawnej analizy etycznej uznane zostało za moralnie poprawne i dlatego w sumieniu obowiązujące. Obowiązek takiej etycznej refleksji pozostaje wciąż niezwykle aktualny. Tym bardziej, że warunki dopuszczalności przerwania terapii mogą się z czasem zmieniać. Pragnę bowiem zauważyć, że postęp wiedzy medycznej i rozwój technologii może spowodować, że w przyszłości stać się może zupełnie proporcjonalne to leczenie czy terapia, które dziś wymagają nadzwyczajnych nakładów i wysiłków ze strony personelu medycznego i samego pacjenta. Niezmienna pozostanie tylko nadrzędna zasada ochrony ludzkiego istnienia i poszanowania jego godności aż do momentu naturalnej śmierci, czego konkretnym wyrazem jest zaprzestanie uporczywej terapii. Trzeba zawsze i za wszelką cenę zadośćuczynić pozytywnemu obowiązkowi moralnemu ratowania życia ludzkiego za pomocą terapii i technik medycznych, do których ma się dostęp, pod warunkiem, że racjonalnie oczekiwać można od nich planowanych korzyści (*spes salutis*), a użycie ich nie staje się zbyt uciążliwe dla konkretnego pacjenta. Oba te warunki muszą być spełnione, aby terapia mogła być uznana za proporcjonalną, czyli moralnie obowiązującą. Jeśli przynajmniej jednemu z nich nie jest się w stanie sprostać, terapia staje się nieproporcjonalna – jej stosowanie jest fakultatywne, a w niektórych przypadkach wręcz moralnie złe. I dotyczy to nie tylko stanów terminalnych czy nieuleczalnie chorych pacjentów.

gdyby mieli lub mogli wyzdrowieć”. P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, PAX, Warszawa 1977, s. 162-163.

²⁵ Zob. W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle polskiego prawa*, <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=46416&PHPSESSID=23897FC03FF54473A656E1BECB732A98>, z dn. 19.X.2009 r.

I CONFINI DELL'ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Riassunto

Una delle aree della bioetica dove decidere circa il comportamento eticamente corretto è particolarmente difficile sono i casi del paziente terminale o con la prognosi certamente infausta. La molteplicità dei fattori che in quei casi influenzano la scelta dell'opzione terapeutica richiedono l'elaborazione dei chiari modelli e standard del comportamento utili nel decidere se e come curare, o se e quando sospendere le cure. In modo particolare la nozione del "proporzionalità terapeutica" e "accanimento terapeutico" richiedono una precisa definizione. Il presente studio vuole essere una riflessione non solo sulle stesse definizioni ma soprattutto sul loro sostrato teoretico, che faciliterebbe l'applicazione delle definizioni nella prassi medica ossia l'individuazione dei casi dell'accanimento nella realtà della corsia dell'ospedale.

A che cosa rivolgere attenzione dovendo decidere circa l'accanimento terapeutico? Quali circostanze rendono una cura sproporzionata, tale da potersi chiamare non più terapia ma proprio l'accanimento? Quale contesto deve verificarsi affinché la situazione contemplata nella definizione di "cura proporzionata" non sia più presente.

Personalmente sostengo che l'elaborazione del principio etico circa illiceità di una terapia deve essere preceduto dall'analisi dei due fattori.

In primo ci si deve soffermare sull'efficacia tecnico – medica del trattamento. Essa è la condizione minima che rende una cura proporzionata. E al contrario la mancanza di essa rende una cura sproporzionata e di conseguenza la riveste delle sembianze dell'accanimento. Una terapia diventa sproporzionata dal momento in cui è tecnicamente inefficace. Lo scopo in cui è stata posta in atto non può essere più raggiunto – non è più una terapia ma un'inutile accanirsi sullo stesso paziente. Non basta che una cura sia efficace. Essa deve essere anche qui ed ora disponibile – sia come lo strumento tecnico sia come il personale capace di utilizzarlo. Non esiste poi una terapia immune dai effetti collaterali – questi devono essere accettabili e proporzionati al bene che la stessa terapia apporta.

In secondo bisogna soffermarsi sul elemento più soggettivo, non per questo meno reale o vero. Soggettivo perché riguardante non più elemento tecnico di una terapia ma la valutazione del paziente sulla stessa, sui suoi effetti collaterali, sui risultati e tutto ciò di cui una terapia è composta e che la tradizione morale chiama *quaedam impossibilitas*. Perciò una terapia anche se medicamente efficace (e perciò proporzionata) ma considerata sconsigliata

dallo stesso paziente diventa globalmente sproporzionata. Sconveniente in quanto per. es. richiede troppo sacrificio nei termini dello sforzo (posto, modo, durata) nel partecipare nella terapia, è troppo dolorosa o costosa. Concludo dicendo che:

- una terapia globalmente proporzionata è sempre moralmente obbligatoria.

- una terapia tecnicamente, ma non più globalmente, proporzionata diventa facoltativa ed è moralmente lecito non effettuarla.

- una terapia tecnicamente inefficace e perciò sproporzionata da questo punto di vista e sempre un accanimento terapeutico e diventa moralmente doveroso sospenderla.