

Stanowisko Ekspertów ds. Bioetycznych KEP O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii

1. **Życie ludzkie jest wartością podstawową i niezbywalnym dobrem. Niezależnie od okresu i jakości życia człowieka domaga się ono bezwzględnej ochrony od początku procesów życiowych aż do naturalnej śmierci.** W tej ostatniej kwestii powstają pytania o racjonalność i wymiar moralny kontynuowania lub ograniczenia, czy też wręcz przerwania terapii daremnej (po angielsku *futile therapy*), zwanej w kręgu bioetyki katolickiej terapią uporczywą. Brzmiały one wzmocnione uwagą z – wydanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia – Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia (dalej NKPSZ punkt 149): „Ochrona godności umierania oznacza poszanowanie chorego w ostatniej fazie życia, z wykluczeniem zarówno przyśpieszenia śmierci (eutanazja), jak i jej opóźniania poprzez tak zwaną uporczywą terapię”.
2. Pytanie o zasadność stosowania terapii daremnej dotyczy samej istoty zjawiska. **Taką terapię stanowi technicznie możliwe podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści pacjentowi leczonemu na stanowiskach intensywnej terapii medycznej**, przeważnie na oddziale intensywnej terapii, zwanym też oddziałem intensywnej opieki medycznej. „Współczesna medycyna dysponuje bowiem środkami, które mogą sztucznie opóźnić śmierć, jednak bez rzeczywistej korzyści dla pacjenta” (NKPSZ 149). Chodzi o postępowanie, które nie przynosi korzyści terapeutycznych. Gdy mowa o korzyści, nie chodzi o aspekt utylitarny czy relatywizację, lecz o brak korzyści medycznej w postaci klinicznej poprawy stanu zdrowia, ocenianej obiektywnie w badaniu i opartej na doświadczeniu lekarskim lub też w postaci uwolnienia od cierpienia doświadczanego przez pacjenta.
3. **Ograniczenie lub rezygnacja z leczenia mogą przybierać formę niepodjęcia (po angielsku w literaturze przedmiotu *withholding*), czyli niewdrażania kolejnych metod leczenia, lub niezwiększania intensywności metody leczenia już stosowanej, albo formę odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia (po angielsku w literaturze przedmiotu *withdrawing*).**
4. Etycznie odpowiedzialne ratowanie pacjenta w stanie krytycznym przyjętego do szpitala rozpoczyna się od umieszczenia go w oddziale intensywnej terapii i podłączenia do dostępnej aparatury podtrzymującej życie. Takie postępowanie wynika stąd, że niejednokrotnie na tym etapie – ze względu na tryb przyjęcia i niedostatek czasu – nie sposób zdecydować o celowości podtrzymywania funkcji narządów i niepodejmowaniu terapii, która może być daremna, gdyż korzyści terapeutycznej nie będzie. **Ponadto lekarz ma świadomość moralnego obowiązku stosowania dostępnych środków zwyczajnych, a więc pożytecznych dla pacjenta w każdej sytuacji i wchodzących w zakres podstawowej opieki. Lekarz ma także możliwość stosowania – za zgodą pacjenta, najbliższej rodziny lub jego prawnych przedstawicieli – środków nowych, jeszcze niesprawdzonych**, czyli przeprowadzenia tzw. eksperymentu terapeutycznego.
5. Trzeba jednocześnie zauważyć, **że rezygnacja z umieszczenia pacjenta na oddziale intensywnej terapii powinna mieć silne uzasadnienie moralne i być podjęte przez lekarzy przygotowanych, doświadczonych i nie mających żadnych wątpliwości co do obiektywnie beznadziejnych rokowań czy też bezsilności medycyny w danym przypadku.** Innymi słowy, lekarze mają roztropnie urobione przekonanie, że przyjęcie pacjenta na oddziale intensywnej terapii jest tożsame z podjęciem terapii daremnej. **Takie decyzje nie zwalniają jednak z opieki nad pacjentem**, o której jest mowa poniżej (pkt 9).
6. Anestezjolodzy chcieliby uniknąć terapii daremnej, jednakże we współczesnych realiach szpitalnych decyzja odmowna rzadko bywa podejmowana. Wręcz przeciwnie, ujawnia się przekonanie rodziny, lekarzy czy personelu o konieczności podjęcia wszelkich działań wymuszających u pacjenta procesy życiowe. Wszystko po to, aby rozwiązać pojawiające się wątpliwości i uniknąć oskarżeń, że nie podjęto dostępnych działań dla ratowania zdrowia i życia w sytuacji granicznej.
7. **Współczesna bioetyka, także inspiracji katolickiej, uznaje uporczywe podtrzymywanie funkcji narządów, które nie przynosi korzyści pacjentowi, a więc terapię daremną, za błąd postępowania medycznego, o ile**

pacjent nie domaga się wyraźnie podejmowania dalszych działań ratujących życie. W niektórych sytuacjach nie jest to tylko błąd w sztuce, ale także niesie on ze sobą odpowiedzialność moralną, gdyż błąd ten oznacza niepotrzebne zadanie zbędnego lub wydłużanie trwającego już cierpienia pacjentowi. Stwierdzenie błędu uzasadnia działania dla jego eliminacji w postaci podjęcia decyzji o wycofaniu się z terapii daremnej i przejścia do pełnej opieki paliatywnej nad pacjentem, czyli zwyczajnej i proporcjonalnej. **Sytuacja, w której lekarz uznaje, że nie jest w stanie przywrócić funkcji, doprowadzić do poprawy zdrowia i uratować życia, powinna prowadzić do konsultacji z innymi lekarzami i jeżeli to możliwe z pacjentem, w której wyniku zostanie wspólnie podjęta medycznie kompetentna decyzja o zaprzestaniu terapii daremnej.**

8. Kontynuacja terapii daremnej nie jest zasadna medycznie ani etycznie. Byłaby stosowaniem terapii wbrew zasadzie proporcjonalności zabiegów (por. NKPSZ 150). **„W bliskości śmierci, nieuniknionej mimo użytych środków, wolno w sumieniu podjąć decyzje o zaprzestaniu zabiegów, które mogłyby przynieść jedynie tymczasowe i uciążliwe przedłużanie życia, jednak bez przerywania normalnego leczenia, jakie należy się choremu w podobnych wypadkach”** (Kongregacja Nauki Wiary, Deklaracja o eutanazji *lura et bona* nr IV; por. św. Jan Paweł II, Encyklika *Evangelium vitae* 65).
9. **Rezygnacja z uporczywej terapii nie może też oznaczać opuszczenia pacjenta w zakresie podstawowych form opieki** (np. przeciwdziałania odleżynom, podawania środków analgetycznych i przeciwzapalnych) i podtrzymywania procesów życiowych (odżywiania, nawadniania, wentylacji, również w sposób sztuczny), co stałoby się bezpośrednią przyczyną jego śmierci, a więc byłoby eutanazją pasywną.
10. Jeżeli lekarz uczynił to, co tu i teraz możliwe wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta, to ani on sam, ani otoczenie **nie może uznać za niemoralną decyzji o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli o rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji; z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być zakwalifikowane jako eutanazja.** Lekarz nie uważa się w ten sposób za sędziego życia czy śmierci (por. NKPSZ 144), ale daje wyraz swemu człowieczeństwu, profesjonalizmowi i odpowiedzialności etycznej (por. NKPSZ 145).
11. Brak decyzji o zaprzestaniu terapii daremnej może budzić wątpliwości moralne z wielu powodów. Daremne leczenie nierzadko przedłuża lub potęguje cierpienia pacjenta i narusza jego godność przez uprzedmiotowienie: tak ze strony lekarza, jak i rodziny. **Daremne leczenie może też stanowić źródło cierpień i rozterek moralnych osób najbliższych pacjentowi. W jego rodzinie może pojawiać się wrażenie, że człowiek z użyciem współczesnych osiągnięć medycyny jest „panem życia i śmierci”;** z trudem zostaje przyjęty fakt, że człowiek umiera. „Człowiek nie jest panem i sędzią życia, lecz jego wiernym stróżem” (NKPSZ 144), a dopuszczenie do wydłużania terapii daremnej niesie ze sobą ryzyko kształtowania w rodzinie pacjenta postawy roszczeniowej wobec lekarza, służby zdrowia czy samego Boga. Utrudnia także ukazywanie w pełni ludzkiego i chrześcijańskiego zrozumienia przemijalności życia oraz nieuchronności śmierci.
12. **Daremne leczenie prowadzi również do rozterek moralnych i cierpień lekarzy, które wynikają z bezsilności wobec tego, co nieuchronne.** Doświadczenie to potęguje fakt, iż lekarza czeka spotkanie z bliskimi chorego, którym winien wyjaśnienie, że zostały wyczerpane możliwości współczesnej medycyny. W tym kontekście środowisko medyczne zwraca uwagę na niebezpieczeństwo utraty zaufania do służby zdrowia.
13. Wspólnota wierzących nikogo nie może pozostawić w osamotnieniu. Kościół i **każdy wierny jest odpowiedzialny za prawidłową formację sumienia, dlatego trzeba je kształtować także w materii kontynuowania albo ograniczenia czy przerywania terapii daremnej, wyjaśniając w klarowny sposób różnicę między takim postępowaniem lekarza a eutanazją, której nigdy nie wolno akceptować.**

*W imieniu zespołu ekspertów ds. bioetycznych
Konferencji Episkopatu Polski*

(–) bp Józef Wróbel SCJ

Warszawa 27.06.2018