

stawiania ich w dokumentach nauki Kościoła katolickiego. Skutkuje to faktem, że nawet niezwiązana z bezpośrednim podtrzymywaniem życia rezygnację z chemioterapii w zaawansowanym, nierokującym poprawy stadium choroby nowotworowej akceptuje 41% ankietowanych, natomiast 47% wyraża wobec takiego postępowania sprzeciw.

2.1. Terapia daremna a leczenie uporczywe

Zagadnienia końca życia dotyczą tematyki niezwykle skomplikowanej i wskazane we wstępie aspekty nie wyczerpują w pełni stopnia jej złożoności. Dotyczą one nie tylko codziennej pracy lekarzy intensywnej terapii, lecz także etyki, nauk społecznych, doktryny wiary, a w szczególności stopnia wymiaru sprawiedliwości. Mnogość znaczeń oraz czynników wpływających na skomplikowane relacje definicyjne skutkuje w literaturze przedmiotu i codziennej praktyce klinicznej trudnościami w doborze właściwych pojęć. Dla klinicystów to zagadnienie nabiera szczególnego znaczenia wobec wysiłków podejmowanych w celu dostosowania terminologii używanej w Polsce do przyjętej powszechnie w krajach zachodnich i stosowanej w wytycznych, które opracowane zostały w innych językach na potrzeby innych społeczeństw³. Do właściwej identyfikacji zakresu znaczeniowego pojęć, które są stosowane w kolejnych rozdziałach tego podręcznika, należy przyjąć angielskojęzyczne rozumienie jako punkt odniesienia dla terminologii polskiej. W publikacjach zachodnich rzadko spotykane bywa pojęcie terapii uporczywej (*overze-*

alous), co zauważa w Polsce wielu lekarzy specjalizujących się w anestezjologii, medycynie paliatywnej, onkologii, a także bioetyków oraz prawników⁴. W odniesieniu do zagadnień końca życia w literaturze medycznej znacznie częściej stosowane jest pojęcie terapii daremnej (*futile*), które w praktyce klinicznej wydaje się bardziej precyzyjne. Leksykalne znaczenie słowa „daremny” oznacza „niebędący rezultatu, niebędący żadnych wyników”, natomiast „uporczywy” to przymiotnik oznaczający „trudny do usunięcia, utrzymujący się długo lub ciągle powtarzający się”⁵. W przeciwieństwie do określenia „uporczywy” termin „daremny” w swym znaczeniu, ukierunkowany jest bezpośrednio na cel działania. Jest to przymiotnik określający „terapię niebędącą rezultatu” lub „terapię niebędącą żadnych wyników”, a zatem pozbawioną sensu, nieuzasadnioną i bezowocną. Termin ten dla lekarza określa działania, które mimo ich podjęcia nie skutkują uzyskaniem zamierzonego rezultatu, czyli celu terapeutycznego. Przyjmując, że w intensywnej terapii jest nim przede wszystkim przeżycie chorego i odwrócenie niewydolności jego narządów w celu wypisu z OIT, należy przyjąć, iż działaniem daremnym jest leczenie, które nie prowadzi do uchylenia niebezpieczeństwa zagrażającego pacjentowi. Za daremne wobec tego można uznać działanie, które nie prowadzi do uratowania życia pacjenta, a jedynie podtrzymuje je, mimo że nie daje rezultatu wobec nadchodzącej śmierci. Takie rozumienie terapii daremnej jest najbliższe medycznej precyzji tego terminu. Tymczasem w polskim dyskursie publicznym powszechniej wykorzystywanym pojęciem jest uporczywość terapii, która w sensie językowym powinna być rozumiana jako terapia „utrzymująca się, ciągle powtarzająca się”⁶. Jest to określenie,

³ J.E. Ruark, T.A. Raffin and The Stanford University medical centre committee on ethics, *Initiating and withdrawing life support, Principles and practice in adult medicine*, New England Journal of Medicine 1988; 318: 25–30; *Withdrawing and withholding life-sustaining therapy*, The American Thoracic Society, Position paper. Annals of Internal Medicine 1991; 115: 475–85; *Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation and withdrawal of intensive care*, SCCP/SCCM consensus panel Chest 1990; 97: 949–58.

⁴ M. Szeroczyńska, *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*, Medycyna Paliatywna 2013; 2: 31–40; K. Szewczyk, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2009: 364.

⁵ *Darmeny*, [hasło w:] *Słownik języka polskiego*, wyd. 3., Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2013.

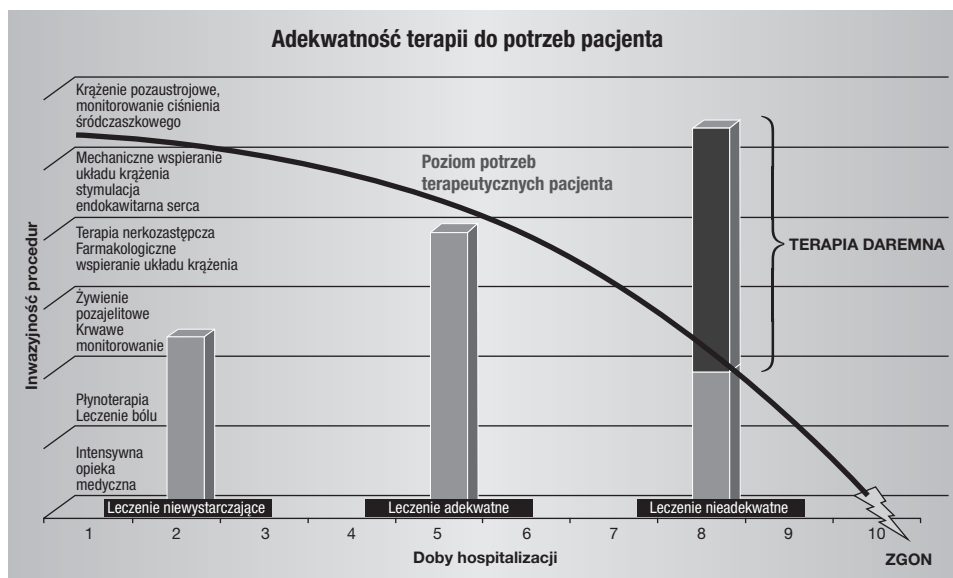
⁶ *Uporczywy*, [hasło w:] *ibidem*.

które w leksykalnym sensie nie tylko nie odnosi się do celów podejmowanego działania, lecz wskazuje jedynie na wymiar jego ciągłości, stałości i powtarzalności. W odniesieniu do praktyki oddziałów intensywnej terapii, w których czas leczenia wyraża się w dniach, tygodniach, a nawet miesiącach, termin ten, w słownikowym znaczeniu, nie znajduje więc uzasadnienia. Wielu pacjentów poddawanych przewlekłej mechanicznej wentylacji, hemodializie czy wspomaganiu układu krążenia leczonych jest w sposób przewlekły, a procedury wobec nich stosowane są wielokrotnie powtarzane. Okoliczność ta wcale nie zmienia faktu, że po upływie wielu dni, a nawet tygodni część pacjentów dochodzi do zdrowia i opuszcza oddział o własnych siłach, a żaden z elementów ich leczenia ze względu na skutek nie pozostawał daremny, choć zapewne był uporczywy i wynikał z konsekwentnego działania zespołu terapeutycznego. Powszechność określenia „uporczywości terapii” jest wynikiem sformułowania tego terminu między innymi w Karcie Pracowników Służby Zdrowia⁷. W dokumencie tym zapisano, że: „Medycyna dzisiejsza dysponuje rzeczywiste środki będącymi w stanie sztucznie opóźnić śmierć, przy czym pacjent nie otrzymuje żadnej realnej korzyści. Jest po prostu utrzymywany przy życiu lub jest się w stanie dać mu jakiś czas życia za cenę kolejnych i ciężkich cierpień. Taki przypadek nazywany niekiedy bywa »uporczywością terapeutyczną«, polegającą na »stosowaniu środków szczególnie wyniszczających i uciążliwych dla chorego, skazując go na sztucznie przedłużaną agonię«”. Formuła ta stanowi wyraz doktryny Kościoła katolickiego, odnoszącej się do zagadnień etycznych końca życia człowieka, i wraz z nauką oraz świadectwem umierania papieża Jana Pawła II w istotny sposób wpływa na kształtowanie znaczeń oraz rozumienia tematyki śmierci w Polsce. Pomijając etyczne aspekty stanowiska teologów, nie da się nie zauważyć, że zawarta w nich definicja „uporczywości leczenia”

niezupełnie odpowiada znaczeniu, jakie ma ona w oddziałach intensywnej terapii. Choć w dokumencie znalazł się fragment wskazujący na brak „jakiegokolwiek realnej korzyści” z prowadzonego leczenia, to jednak w słownikowej definicji „terapii uporczywej” nie ma odniesienia do celu leczenia. Definicja zawarta w dokumencie bardziej odpowiada charakterystyce terapii „nieprzynoszącej korzyści” (*nonbeneficial*), która spotykana jest czasem w literaturze medycznej. Dotyczy to nie tylko kwestii związanych z brakiem odniesienia do celu działania terapeutycznego czy jego oczywistą ciągłością (powtarzalnością), ale także z pewnym emocjonalnym zabarwieniem tego terminu, wskazującym na stosunek lekarza do procesu leczenia pacjenta. „Uporczywość” jako określenie leczenia w pewnym sensie cechuje „zawziętość”, a także spotykany czasem w literaturze termin „zaciekłość terapeutyczna”. Określenia te eksponują intensywny charakter relacji łączącej lekarza z prowadzoną przez niego terapią. Tymczasem z doświadczeń autorów wynika, że w większości wypadków w praktyce szpitalnej mamy do czynienia z brakiem takiego stosunku, a przewlekłość nieuzasadnionej terapii zdecydowanie częściej wynika z biernej postawy lekarza wobec podejmowania decyzji terapeutycznych niż zaciekłości w jego kontynuowaniu. O ile można przyjąć, jak wskazuje w swojej publikacji Małgorzata Szeroczyńska, że „uporczywa terapia” jest na potrzeby polskiego środowiska prawników synonimem leczenia daremnego „w pełni oddającym jego ideę”⁸, o tyle dla praktyki personelu oddziałów intensywnej terapii znaczeniowo istotne powinno pozostać określenie, charakteryzujące daremność prowadzonego działania. Za przyjęciem słuszności poglądu autorki, przedstawiciela środowiska prawniczego, przemawia jedynie istnienie terminu „uporczywej terapii” w art. 32 Kodeksu etyki lekarskiej, który stanowi normatywne odniesienie Ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. W kodeksie zawarte zostały normy określające, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i pro-

⁷ Karta Pracowników Służby Zdrowia, Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, Michaelinum, Watykan 1995.

⁸ M. Szeroczyńska, *op. cit.*



Ryc. 1. Proporcjonalność zakresu działań terapeutycznych w stosunku do potrzeb pacjenta

Źródło: oprac. J. Siewiera

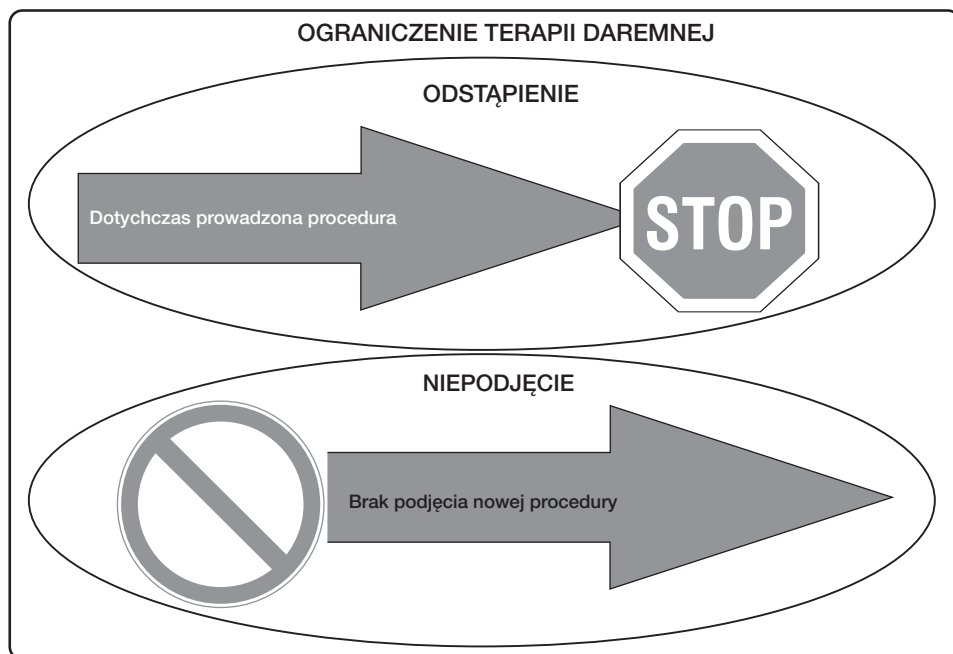
wadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”, a także, że „decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”¹⁰. Ma to do dnia dzisiejszego istotne znaczenie dla organów wymiaru sprawiedliwości we wszystkich sprawach, których istotą są ograniczenia leczenia, także na OIT, dlatego posługiwanie się zamiennie tym terminem jest dopuszczalne, przynajmniej do czasu zmiany tegoż artykułu w lekarskim kodeksie na bardziej precyzyjny.

W terminologii medycznej spotykane są także inne określenia dotyczące tematyki końca życia. Jednak ich zakres znaczeniowy jest albo o wiele szerszy niż pojęcie terapii daremnej (czasem uporczywej), albo zarezerwowany do określenia innych znaczeń, nierzadko zaczerpniętych z nauk prawnych lub społecznych. Najszerzy zakres znaczeniowy ma termin leczenia nieproporcjonalnego (*disproportionate*). Zawiera on zarówno pojęcie terapii zbyt szerokiej w stosunku

do potrzeb, a zatem niewskazanej (*inadvisable*), jak i zbyt wąskiej w stosunku do stanu klinicznego pacjenta i możliwości terapeutycznych, czyli niewystarczającej. Oba te pojęcia wskazują na cechę nieadekwatności (*inadequate*) i w połączeniu ze szkodą (w sensie cywilnoprawnym), jaką mogą oba rodzaje terapii wyrządzać pacjentowi, należy określać je jako niewłaściwe (*inappropriate*) lub po prostu nieprawidłowe (*incorrect*). Terminy te różnią się pod względem znaczeniowym przede wszystkim z punktu widzenia ewentualnego postępowania przed organami wymiaru sprawiedliwości, gdyż o ile „terapia niewłaściwa” jest pojęciem nieostрым, o tyle „nieprawidłowa” wprost wskazuje na wystąpienie błędu medycznego w sensie sądowo-lekarskim i związanej z nim odpowiedzialności lekarza w toku ewentualnego procesu sądowego. Ze względu na ścisły związek terminologii sądowo-lekarskiej, prawniczej oraz klinicznej autorzy niniejszej publikacji zalecają posługiwanie się terminem „terapii daremnej” jako synonimem innych pojęć określających leczenie nieskuteczne (*noneffective*) oraz pozbawione celu terapeutycznego (*pointless*).

⁹ Art. 32 ust. 1 Kodeksu etyki lekarskiej.

¹⁰ Art. 32 ust. 2 Kodeksu etyki lekarskiej.



Ryc. 2. Typy ograniczenia terapii daremnej

Źródło: oprac. J. Siewiera

2.1.1. Ograniczenie terapii daremnej

Z praktycznego punktu widzenia lekarza zdefiniowanie pojęcia terapii daremnej nie wystarcza do jego prawidłowego zastosowania w działalności leczniczej, podobnie jak zrozumienie istnienia choroby nie skutkuje automatycznie poprawą zdrowia pacjenta. Z właściwego rozpoznania daremności terapii musi wynikać decyzja o jej zakończeniu i rezygnacji z wszelkich działań, które pozostają nieskuteczne (*noneffective*) lub pozbawione celowości (*pointless*). Decyzja ta, by mogła wywierać na stan pacjenta oraz jakość jego życia właściwy skutek, musi być wyrażona w działaniu lekarza polegającym na ograniczeniu (*limitation*) elementów terapii uznanych za daremne.

Termin dotyczący ograniczenia terapii jest powszechnie stosowany w medycznym piśmiennictwie naukowym¹¹ w odniesieniu

do tematyki końca życia. Wyraża się w dwóch formach postępowania lekarskiego: niepodjęcia (*withholding*) oraz odstąpienia (*withdrawing*) od określonej metody leczenia¹². Z etycznego punktu widzenia obydwa dzia-

apeutic effort?, Archivos argentinos de pediatría, 2012; 110: 203–204; M.J. Bueno Muñoz, *Limitation of therapeutic effort: Approach to a combined view*, Enfermería Intensiva 2013; 24:167–174; P.M. Peiró, A. Ausina Gómez, M. Tasso Cereceda, *Bioethics limitation of therapeutic effort in paediatrics*, Revista Clínica Española 2012; 212: 305–307.

¹² V. Sanchini, C. Nardini, G. Boniolo, *The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate*, Multidisciplinary Respiratory Medicine 2014; 9: 13; A. Janvier, K. Barrington, B. Farlow, *Communication with parents concerning withholding or withdrawing of life-sustaining interventions in neonatology*, Seminars in Perinatology 2014; 38: 38–46; D. Veshi, *Ethical and legal issues in cases of withdrawing treatment from an incompetent patient in Italy*, Medical Law Review 2013; 32: 577–585.

¹¹ T.P. Silva, *Euthanasia or limitation of ther-*

łania są porównywalne¹³, jednak różnią się istotnie w sferze fizycznie podejmowanych przez personel medyczny czynności oraz ich wpływu na obserwatorów i uczestników procesu ograniczenia terapii.

2.1.2. Niepodjęcie

Niepodjęcie (*withholding*) jest sposobem ograniczenia terapii, który polega na nierozpoczynaniu nowych procedur medycznych. Decyzja podejmowana przez lekarzy dotyczy w tym wypadku niewłączania leczenia nowego, które w innym stanie klinicznym pacjenta być może byłoby wskazane, lub nierozpoczynaniu ani nierozszerzaniu kolejnego cyklu leczenia, które co prawda było uprzednio realizowane, jednak wobec pogarszającego się stanu ogólnego stało się bezcelowe. Najodpowiedniejszym przykładem pierwszego typu powstrzymania terapii może być rezygnacja z przeprowadzenia zabiegu operacyjnego o charakterze onkologicznym w wypadku postępującej, agonalnej niewydolności wielonarządowej. Przykładem drugiego zaś rezygnacja z zabiegu dializy albuminowej umierającego pacjenta, u którego procedury terapii nerkozastępczej były uprzednio wykonywane, jednak wobec rozwijających się objawów niewydolności wątroby stały się daremne i niewystarczające, by powstrzymać naturalną dynamikę procesu śmierci. Termin

niepodjęcia terapii daremnej odnosi się więc w głównej mierze do działań terapeutycznych, które nie będą podejmowane w przyszłości, gdyż z uwagi na postępujący proces umierania, stałyby się bezcelowe i nie przynosiłyby pacjentowi żadnej korzyści. Głównym czynnikiem, na jakim opiera się decyzja ograniczenia terapii w drodze niepodjęcia kolejnych procedur medycznych, jest ich niecelowość wynikająca z rokowania oraz stanu chorego.

2.1.3. Odstąpienie

Inną decyzją dotyczącą ograniczenia terapii jest odstąpienie (*withdrawing*). Polega ono na zaprzestaniu realizacji procedur leczniczych, które zostały wobec pacjenta podjęte w przeszłości, są aktualnie wykonywane, a mimo to nie przyczyniają się do realizacji określonych celów terapeutycznych. Przyczyną tego stanu może być ich nieefektywność lub też całkowity brak skuteczności. Jako przykład może tu posłużyć terapia polegająca na wspomaganiu układu krążenia stałym wlewem amin katecholowych oraz wykorzystaniem kontrapulsacji wewnątrz-aortalnej u pacjenta umierającego z powodu rozległych zmian martwiczko-krwotocznych ośrodkowego układu nerwowego. Podstawą decyzji terapeutycznej jest w tym wypadku nieskuteczność stosowanej metody leczenia w odniesieniu do przyczyny postępującego procesu chorobowego. Odstąpienie od leczenia polega więc na zaprzestaniu wspomagania układu krążenia w drodze rezygnacji z kontrapulsacji wewnątrz-aortalnej oraz zatrzymania wlewu katecholamin.

¹³ A. Valentin *et al.*, *Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine*, *Intensive Care Medicine* 2008; 34: 771–776.