

Terapia końcowego okresu życia – problemy medyczne i prawne. Terapia daremna

Michał Lewandowski

SKALA PROBLEMU

Od wielu lat w Polsce umiera 380–420 tys. osób rocznie, w tym 46% na choroby układu krążenia (dane GUS). Dyskusja na ten temat z punktu widzenia kardiologii wydaje się zatem oczywista i uzasadniona. Zgony na oddziałach intensywnej terapii (OIT) stanowią ok. 34 tys., to zatem populacja, której może dotyczyć tzw. terapia daremna. Skala problemu jest zatem niewyobrażalnie poważna w aspekcie medycznym, etycznym, organizacyjnym i prawnym, nie wspominając o ekonomicznym. Ten ostatni problem przekracza możliwości niniejszego opracowania i celowo zostanie pominięty. Leczenie pacjentów w wieku podeszłym obejmuje obecnie okres nawet 50 lat. Wynika to z faktu, że większość opracowań przyjmuje wiek >65 lat za obszar zainteresowania geriatry. Współczesna nauka zgadza się zaś co do tego, że kres biologicznego życia człowieka to ok. 110 lat.

RYS HISTORYCZNY

Obecnie częściej używa się terminu „terapia daremna”. Określenie to zastąpiło poprzednio stosowane pojęcie terapii uporczywej. Współcześnie funkcjonuje ono od lat 70. XX w., ale sam problem sięga starożytności, a właściwie istnieje od zarania ludzkości. Już w staroegipskich papyrusach z XVII i XVI w. p.n.e. wymienia się choroby nieuleczalne i zaleca się odstępianie od ich leczenia. Sławni myśliciele i lekarze podejmowali w swojej twórczości zagadnienia terapii końca życia. Platon (V/IV w. p.n.e.) uważał, że lekarz nie powinien nadużywać medycyny, gdy chory nalega i chce sownie zapłacić, a nie ma szans na wyleczenie. Hipokrates głosił, że medycyna ma uwalniać od cierpienia i powstrzymać się od działania, gdy choroba całkowicie zawiadnęła organizmem ludzkim. Nurt dopuszczania skracania życia nieuleczalnie chorym można odnaleźć w pismach Arystotelesa i Seneki, a także w literaturze starożytnej Sparty.

DEFINICJE TERAPII DAREMNEJ

Uporczywa (daremna) terapia obejmuje zespół procedur medycznych do podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, przedłużających jego umieranie. Powyższe czynności tracą swoje uzasadnienie z uwagi na łączące się z nim naruszenie dóbr pacjenta. Termin ten oznacza nadzwyczajność środków, brak szans na efekt leczniczy oraz fakt, że ich stosowanie łączy się z cierpieniem. W niektórych definicjach niejako alternatywnie wskazuje się nie na ból zadawany samemu pacjentowi (co często z uwagi na dysfunkcje układu nerwowego nie zachodzi), ale także na fakt cierpienia rodziny.

W doktrynie francuskiej funkcjonuje termin „zaciekłość terapeutyczna”. Należy odróżnić pojęcie zbędnej czy nieuzasadnionej terapii. W pierwszym przypadku

byłoby to podejmowanie działań, które nie miałyby jakiegokolwiek uzasadnienia medycznego (terapeutycznego) z uwagi na nieodwracalność pogorszenia stanu zdrowia. W ostatniej definicji chodzi o brak związku ze stanem zdrowia pacjenta. Często rezygnację z terapii daremnej myli się z eutanazją. Powszechna jest akceptacja, że lekarz, który powstrzymuje się od stosowania reanimacji, uporczywej terapii lub środków nadzwyczajnych, nie dopuszcza się przestępstwa eutanazji.

Ograniczanie terapii daremnej może mieć formę niepodjęcia lub odstąpienia od leczenia – oba działania są porównywalne z medycznego punktu widzenia. Pierwszy z nich polega na nierozpoczynaniu nowych procedur i zabiegów medycznych. Decyzja taka wynika z faktu, że w odmiennym stanie klinicznym chorego byłyby one niewątpliwie uzasadnione, w stanie krytycznym jednak działanie to staje się bezcelowe. Odstąpienie zaś to zaprzestanie realizacji zabiegów leczniczych, które zostały podjęte w przeszłości wobec pacjenta i są wykonywane, ale mimo to nie zapewniają realizacji określonych celów w tej sytuacji.

ŚMIERĆ JEST ZJAWISKIEM UNIWERSALNYM I WIECZNYM

Fragment książki „Czas życia i czas śmierci” Ericha Marii Remarque’a:

„Nie poczuł bólu. Nagle ujrzał tylko przed sobą trawę, jakąś roślinę tuż przed oczami, na wpół zdeptaną, o czerwonych kwiatach i delikatnych płatkach, które stawały się coraz większe; kiedyś już tak było, ale nie wiedział kiedy. Roślina chwiała się, a głowa jego opadała powoli i na tle zwięzającego się widnokregu widział już tylko ją jedną, bezgłośną, zrozumiałą samą przez się, dającą ukojenie i spokój niezmiennością prostych rzeczy; stawała się większa i większa, aż wypełniła całe niebo i oczy jego się zamknęły”.

Przytoczony powyżej, piękny literacki opis śmierci bardzo odbiega od tzw. realnego życia. Nieuleczalna choroba jest nierozzerwalnie związana z bólem chorego i jego rodziny, a dylematy terapeutyczne w takiej sytuacji mogą też doprowadzić do cierpienia członków zespołu leczącego: pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów i przedstawicieli innych profesji biorących udział w terapii. Czasami tylko krok dzieli od zespołu wypalenia zawodowego, działań i zachowań jatrogennych, czasem noszących znamiona terapii daremnej.

Opis tego zespołu pojawił się w anglosaskiej literaturze psychiatrycznej w latach 70. XX wieku. W klasycznej postaci polega oczywiście na utracie zainteresowania pracą i chorymi, wzrastającą odpornością na ich przeżycia czy wreszcie przerażającym zubożeniem. Wśród tych łatwo dostrzegalnych objawów zespołu wypalenia pojawiają się czasem zamaskowane zmiany w decyzjach czy postawie etycznej lekarza. Stosunkowo łatwym sposobem omijania trudnego tematu śmierci jest kontynuowanie terapii bez podejmowania trudnych, ale czasem koniecznych dla dobra chorego decyzji.

Wszystkie polskie i światowe badania ankietowe pokazują, że rezygnacja z terapii daremnej jest zgodna z sumieniem i etyką większości ludzi, ale brakuje zwykle wiedzy, jak zrobić to od strony formalnej. Lekarze często przyznają, że nie chcą, aby pacjent umarł w trakcie ich pracy, bo jest to postrzegane jako osobista klęska lekarza

dyżurnego. Trzeba zrobić wszystko, aby zmienić takie naiwne przekonanie, można natomiast dołożyć starań, aby czas umierania był dla chorych i ich bliskich mniej bolesny.

CZY KAŻDEGO CHOREGO UDA SIĘ ZAWRÓCIĆ Z DROGI DO ŚMIERCI? – FAKTY I MITY NA TEMAT SKUTECZNOŚCI REANIMACJI

Okolo 50 lat temu wprowadzono do praktyki klinicznej masaże serca, zastępczą wentylację płuc oraz defibrylację. Wszystkie te metody stosowano pierwotnie wyłącznie na bloku operacyjnym, gdzie ich skuteczność sięga 60–70%; następnie upowszechniono je w każdym przypadku nagłego zatrzymania krążenia (NZK), niezależnie od przyczyny. Współczesne badania kliniczne wykazują drastycznie gorsze wyniki: po skutecznej resuscytacji wewnątrzszpitalnej szpital opuszcza zaledwie 20% chorych (co trzeci ma poważne defekty neurologiczne bez szans na powrót do normalnego życia) – dane te pochodzą z jednego z dużych uniwersyteckich szpitali w Warszawie. Wyniki resuscytacji pozaszpitalnej są jeszcze gorsze. Poniżej przedstawiam wyniki rejestru europejskiego Sudden Death Expertise Centre (SDEC). W ramach tego badania od maja 2011 r. w Hôpital Européen Georges-Pompidou analizowano 1903 kolejne przypadki NZK. 72% incydentów wystąpiło w domu, z czego 81% w obecności świadków. Czynności resuscytacyjne (CPR) podjęto tylko u 42%. Wyniki analizy danych są następujące: z omawianej grupy przyjęto do szpitala 33% chorych, a wypisano z niego zaledwie 6,8%! Wyniki resuscytacji pozaszpitalnej są zatem złe, a według niektórych prac przeżywalność wynosi zaledwie 2%. Dziś wiemy już z dużą pewnością, że największą szansę na skuteczną reanimację i wynik z najlepszym stanem neurologicznym mają osoby z NZK w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego (OZW), w mechanizmie urazu, krwotoku czy niedrożności dróg oddechowych oraz w przebiegu innych odwracalnych przyczyn. Skuteczność CPR jest natomiast mała, gdy do zatrzymania krążenia doprowadził postęp niewydolności narządowej czy zawałowana choroba nowotworowa.

Oto fragment dokumentu British Medical Association, Resuscitation Council, The Royal College of Nursing z 2017 r. (ostatnia obowiązująca do dziś wersja, aktualizowana okresowo) bardzo dobrze podsumowującego obecny stan wiedzy o resuscytacji: „gdy ktoś doświadcza zatrzymania akcji serca lub oddychania, czynności resuscytacyjne stanowią próbę przywrócenia rytmu serca, procesu oddychania i powrotu krążenia krwi. CPR to czynności inwazyjne i obejmują kompresję klatki piersiowej, impuls elektryczny z zewnętrznego lub wszczepialnego defibrylatora, podawanie leków oraz wentylację. Jeśli są one wdrożone natychmiast, CPR charakteryzuje się znacznym odsetkiem powodzenia w określonych sytuacjach. Ogólnie jednak CPR ma bardzo niski odsetek powodzenia, niesie zaś ryzyko i obciążenie groźnymi objawami niepożądanymi, takimi jak złamania żeber, uszkodzenia organów wewnętrznych, niedokrwienne uszkodzenie mózgu czy inwalidztwo ruchowe. Jeśli zastosowanie CPR jest nieskuteczne w przywróceniu akcji serca, oddychania i krążenia, może to oznaczać, że chory umiera w niegodny i traumatyczny sposób. Jeżeli zatrzymanie akcji serca lub oddychania jest przewidywaną częścią procesu

umierania, a CPR nie będzie skuteczne, to powzięcie i zapisanie z wyprzedzeniem decyzji o niepodjęciu prób resuscytacji pomoże sprawić, że chory umrze w godny i spokojny sposób. Dzięki takiemu postępowaniu chory może spędzić ostatnie godziny lub dni życia w preferowanym miejscu opieki, np. w domu, z pominięciem przyjęcia do szpitala. Taki sposób działania nazywany jest procedurą niepodjęcia resuscytacji lub inaczej nakazem umożliwienia naturalnej śmierci (DNACPR – do not attempt cardiopulmonary resuscitation)”.

SYTUACJE KLINICZNE W KARDIOLOGII Z POTENCJALNYM RYZYKIEM TERAPII DAREMNEJ I MOŻLIWOŚCIĄ ZASTOSOWANIA PROTOKOŁU DNACPR

Poniżej przytaczam tylko najczęstsze sytuacje kliniczne, w których można zastosować protokół DNACPR:

- hipoksemiczne uszkodzenie OUN po zatrzymaniu krążenia
- schyłkowa niewydolność serca
- niewydolność wielonarządowa (stan po CPR, zabiegach kardiologicznych)
- kardiopatia
- powikłania procedur medycznych w kardiologii, np. rozległy udar mózgu, sepsa
- naturalna starość
- inne, rzadsze przyczyny.

PRAWO PACJENTA DO INFORMACJI

W teorii i praktyce nakaz informowania o stanie zdrowia jest jednym z fundamentalnych zadań lekarzy. Taki obowiązek znajduje podstawę prawną w przepisach ustawy o zawodach lekarza i dentysty, ale także ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Także z Kodeksu Etyki Lekarskiej wynika bezpośrednio obowiązek informowania nie tylko o stanie zdrowia, czyli o rozpoznaniu, ale również o możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, następstwach ich zastosowania, zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Zwłaszcza gdy prognozy są złe, informacje przekazane pacjentowi stanowią podstawę udzielenia przez niego świadomej zgody na leczenie. Zgoda nieopowiedziana przekazaniem pełnego zakresu informacji jest prawnie nieskuteczna. Wszystkie powyższe uwagi odnoszą się przede wszystkim do problemów terapii daremnej. Na drugim biegunie tego problemu znajduje się ograniczanie informacji udzielanej pacjentowi. Prawo medyczne przewiduje możliwość ograniczenia informacji w tym zakresie (zrzeczenie się prawa do informacji). Jest ono także regulowane prawnie w ustawach o prawach pacjenta oraz o zawodzie lekarza. Na podstawie tych przepisów chory ma prawo ograniczenia lub całkowitego zaniechania uzyskania informacji. Nie ma w tym przypadku znaczenia, czy postawa taka wynika ze strachu czy obaw. Pacjent może np. stwierdzić, że nie chce znać rokowania, a jest jedynie zainteresowany samym procesem leczenia. Ograniczenie informacji może wynikać także z decyzji samego lekarza w sytuacjach wyjątkowych, jeśli rokowanie jest wyjątkowo niepomyślne dla pacjenta. Wówczas lekarz podejmuje taką decyzję, bo przemawia za tym w jego przekonaniu dobro pacjenta. Istnieje wtedy obowiązek przekazania informacji o stanie zdrowia

osobie upoważnionej przez chorego lub przedstawicielowi ustawowemu. Na wyraźne żądanie pacjenta lekarz ma obowiązek udzielenia mu informacji w pełnym zakresie, nawet gdyby rozpoznanie i rokowanie było bardzo niekorzystne.

STAN PRAWNY W POLSCE W 2019 R. W ZAKRESIE UDZIELANIA POMOCY MEDYCZNEJ

Ustawa zasadnicza nie odnosi się oczywiście bezpośrednio do tych zagadnień, choć znawcy tematu w tym podstawowym akcie prawnym doszukują się stwierdzeń, z których wynikają konkretne implikacje prawne. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w artykule 41 zapewnia wolność i nietykalność osobistą, z tego artykułu zatem można by wnioskować o prawie pacjenta do wolności w zakresie dysponowania swoim zdrowiem oraz niedopuszczania do procedur, na które pacjent nie wyraził zgody.

Podstawowym dokumentem prawnym jest Kodeks karny, którego trzy artykuły przytoczone poniżej w sposób bezpośredni odnoszą się do problematyki terapii końca życia:

- Art. 162 kk: dotyczy ogólnego obowiązku udzielania pomocy lekarskiej. Niewykonanie tego obowiązku pociąga za sobą możliwość odpowiedzialności karnej.
- Art. 150 kk: dotyczy eutanazji. „Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od 3 m-cy do 5 lat”.
- Art. 148 kk: dotyczy odpowiedzialności za zabójstwo z zaniechania, o ile niepodjęcie działań ratowniczych przyspieszy śmierć. Czyn taki podlega karze pozbawienia wolności od 8 do 25 lat lub karze dożywocia.

Kolejnym aktem prawnym jest art. 32 ustawy o zawodzie lekarza z 1998 roku. Lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzielaniu może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Intencja ustawodawcy jest zatem w świetle powyższych sformułowań oczywista. Z drugiej strony te same akty prawne, czyli Kodeks karny i ustawa o zawodzie lekarza wyraźnie precyzują, że każda interwencja medyczna (w tym lekarska) musi być poprzedzona zgodą pacjenta (art. 192 kk). W przypadku braku takowej wyjątkowo ustawa o zawodzie lekarza (art. 32) dopuszcza możliwość przeprowadzenia interwencji medycznej po uzyskaniu zgody przedstawiciela ustawowego (sądu), a w sytuacjach nagłych nawet podjęcia uzasadnionych medycznie działań bez takiej zgody. Istnieje wzór wniosku o wyrażenie zgody zastępczej sądu opiekuńczego na hospitalizację i leczenie w warunkach oddziału intensywnej terapii. Pojawia się tu zatem oczywista sprzeczność, gdyż w praktyce klinicznej nie pyta się chorych o zgodę na podjęcie u nich czynności resuscytacyjnych, gdy dochodzi do zatrzymania krążenia. Z jednej strony ratujemy życie zgodnie z przesłaniem art. 148 i 162 kk i art. 32 ustawy o zawodzie lekarza, z drugiej naruszamy prawo chorego do wyrażenia zgody na takie działania.

W Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o ochronie praw pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (znowelizowanej w 2017 r., ale w innych kwestiach niż terapia końca życia) znalazło się pośrednio odniesienie do tej formy terapii. Zgodnie z art. 20 tej ustawy: „pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności. Pacjent znajdujący się w stanie terminalnym ma prawo do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień”.

Pojęcie terapii daremnej nie występuje w polskim języku prawnym (nie funkcjonuje w żadnej ustawie). Termin „uporczywa terapia” pojawia się natomiast w Kodeksie etyki lekarskiej (KEL) oraz zaleceniach towarzystw medycznych. Kodeks ten i powyższe zalecenia nie stanowią aktu prawnego w ścisłym rozumieniu, lecz jedynie zbiór zasad etycznych. Art. 32 cytowanego kodeksu stanowi: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”. I dalej: „decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

PODSUMOWANIE STANU PRAWNEGO OBOWIĄZUJĄCEGO W NASZYM KRAJU

Brak jasnych uregulowań prawnych w Polsce wobec częstych w praktyce klinicznej scenariuszy stwarza sytuację, w której lekarze kierują się własnym tzw. zdrowym rozsądkiem, światopoglądem, doświadczeniem, osobowością, i ta „dowolność” postępowania oznacza w praktyce prowadzenie terapii daremnej (w większości przypadków) lub ograniczanie terapii, a tym samym balansowanie na granicy obowiązującego prawa. W obliczu śmiertelnej choroby konieczne są zatem plan działania, wyznaczenie celów i granic terapii.

Większość etyków, filozofów, prawników i lekarzy uważa, że stosowanie terapii uporczywej powinno być współcześnie oceniane jako błąd w sztuce, stanowiący naruszenie prawa pacjenta do umierania w godności i spokoju. Tymczasem badania przeprowadzone blisko dekadę temu, a opublikowane m.in. na łamach „Gazety Lekarskiej” w artykule pt. „Uporczywa terapia w projekcie tzw. ustawy bioetycznej – pięć krytycznych konkluzji” pokazują, że ponad 60% polskich lekarzy przyznaje się do działań resuscytacyjnych podejmowanych w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z przyczyny znacznego zaawansowania choroby pacjentów. Motywem tych działań są obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzielenie pomocy.

WPLYW MEDIÓW NA ŚWIADOŚĆ SPOŁECZNĄ

Wiele lat temu zbadano skuteczność zabiegów reanimacyjnych ukazywaną w telewizji (np. w serialach „Ostry dyżur”, „Chicago Hope”, „911”). Na ekranie w większości przypadków były one skuteczne, a 2/3 chorych opuściło szpital w dobrym stanie. Taki scenariusz utrwała się zatem w świadomości widza, gdy tymczasem rzeczywistość jest zgoła odmienna. Powstaje ewidentny rozdźwięk pomiędzy oczekiwaniami chorych i ich rodzin a realnymi możliwościami medycyny. Istnieje zatem potrzeba obalenia tego typu mitów; należy propagować realizm oparty na faktach.

Konieczna jest edukacja w omawianym zakresie lekarzy, pielęgniarek, studentów medycyny, ratowników medycznych i innych zawodów medycznych. Należy dostosować i znowelizować programy nauczania, dotychczasowe dotyczą bowiem diagnostyki i możliwości leczenia, a nie obejmują realnej umiejętności oceny szans wyleczenia. Nadal powszechne jest przekonanie, że trzeba leczyć do końca i za wszelką cenę.

Konieczna jest także edukacja społeczna z bardzo istotnym udziałem środowiska prawniczego, np. w formie debaty publicznej w mediach i internecie.

ROZWIĄZANIA PRAWNE I MEDYCZNE W INNYCH KRAJACH

Na świecie wiele lat temu wprowadzono tzw. testament życia. Z punktu widzenia prawnego jest to oświadczenie woli, czyli testamentowa dyspozycja życiem, dyrektywa pro futuro. Oto przykłady tego typu rozwiązań prawnych w Ameryce i Europie:

- USA 1990 – Prawo pacjenta do samostanowienia (The Patient Self-determination Act)
- Anglia 2005 – Mental Capacity Act.

Na stronach rządowych w tych krajach można znaleźć odsyłacze do sporządzenia takich dokumentów. W Polsce jak dotąd nie dysponujemy takim narzędziem prawnym, choć w projektach ustaw lub zaleceniach towarzystw lekarskich zamieszczono gotowe teksty takiego dokumentu.

Poza Stanami Zjednoczonymi i Wielką Brytanią warto jeszcze przywołać rozwiązania szwajcarskie i hiszpańskie. W tym pierwszym kraju na mocy ustawy z 2004 r. obowiązuje prawo ustanawiające prymat woli chorego nad wszelkimi innymi wartościami chronionymi prawem. Podobnie w Hiszpanii kataloński parlament przyjął w grudniu 2000 r. ustawy regulujące prawo do informowania na temat zdrowia i autonomii pacjenta, które przyznają każdemu człowiekowi prawo do odmowy leczenia. Co więcej, zakładają możliwość składania wcześniej oświadczenia woli dotyczącego zgody na realizację procedury podtrzymywania życia. We Francji od 2005 r. istnieje ustawa, która zalegalizowała wprost ograniczenia terapii przez odstąpienie lub jej niepodjęcie. Nieco bardziej skomplikowane prawnie jest to w Niemczech, choć również tam lekarz nie jest zobowiązany do kontynuacji lub przedłużenia terapii w obliczu procesu śmierci chorego na podstawie zaleceń niemieckich towarzystw medycznych oraz niemieckiego towarzystwa anestezjologii i intensywnej terapii, a także orzeczeń niemieckiego sądu najwyższego.

STANOWISKO KOŚCIOŁÓW I RELIGII W TYM ZAKRESIE

Kościół katolicki od pontyfikatu Piusa XII, Pawła VI i Jana Pawła II (m.in. w encyklice „Evangelium vitae” 1996) dopuszcza rezygnację z uporczywej terapii. W judaizmie według prawa żydowskiego lekarz w okresie terminalnym życia pacjenta nie powinien ingerować w proces umierania ani przez jego skracanie, ani nadmierne wydłużanie. W islamie czy buddyzmie dopuszczalne jest zaniechanie prób sztucznego przedłużania życia.

PODEJMOWANIE DECYZJI W OBLICZU ZBLIŻAJĄCEJ SIĘ ŚMIERCI W PRAKTYCE KLINICZNEJ

Takie dylematy należy rozwiązywać zespołowo, w oparciu o wieloosobowe, interdyscyplinarne konsylium lekarskie. Konieczne są konsultacje z chorym (zwłaszcza gdy ten jest wielokrotnie hospitalizowany), ale także z jego rodziną. Trzeba znaleźć czas na wyczerpującą, taktowną rozmowę i dyskusję, aby uzyskać konsensus. W sytuacjach krytycznych bezwzględnie wymagane są wyczerpujący wpis do dokumentacji medycznej i ewentualnie powiadomienie sądu opiekuńczego o podjętych ustaleniach i decyzjach.

Statystyki polskie są podobne do tych w Europie Zachodniej – ponad 90% lekarzy oddziałów intensywnej terapii potwierdza potrzebę ograniczania leczenia, a 60% rezygnuje z zabiegów, gdyż uznaje je za nieskuteczne czy wręcz szkodliwe dla chorych. Różnica polega jednak na tym, że zaledwie 8% polskich lekarzy przyznaje się, że rejestruje ten fakt w dokumentacji medycznej, podczas gdy w Europie Zachodniej robi to 60%.

POSTĘPOWANIE Z CHORYM W OBLICZU ŚMIERCI

Człowiek zwykle stara się oddalić od siebie świadomość zbliżającej się śmierci. Pomimo tej nieuchronności stosunek do kresu życia jest ambiwalentny; z jednej strony budzi zrozumiały lęk, u części cierpiących pojawia się jednak pewnego rodzaju tęsknota, oczekiwanie na wybawienie. Lekarz jest pierwszą osobą zdającą sobie sprawę ze zbliżania się chorego do kresu życia. Jego obowiązkiem jest ratowanie życia z poszanowaniem godności ludzkiej aż do chwili zgonu. Zdarza się jednak współcześnie, że medycyna pozbawia pacjentów podstawowego prawa do świadomości własnej śmierci. Często zarówno bliscy, jak i lekarze do ostatniej chwili zatają ten fakt przed umierającym. Traktowanie takie pozbawia człowieka wolności, umiera on wtedy w nieświadomości, co z punktu widzenia moralnego jest co najmniej dyskusyjne. Tego typu postępowanie jest nie tylko zwyczajem, lecz także pewnego rodzaju moralnym nakazem. W jaki sposób zatem uświadamiać chorego o powadze sytuacji, gdy lekarz nie jest w stanie uratować jego życia? Nie istnieją tutaj oczywiście ogólne reguły zachowania w takich okolicznościach. Należy z pewnością zbliżyć się do prawdy, ale jednocześnie pozostawić choremu nadzieję, np. na poprawę łaknienia, samopoczucia czy złagodzenia bólu. Nic nie zastąpi tutaj umiejętności i taktu lekarza.

Bardzo duża grupa lekarzy pomimo najlepszej woli niesienia pomocy w okresie terminalnym czuje się bezradna, ponieważ nie ma odpowiedniego przygotowania do tego rodzaju opieki. Program studiów medycznych mimo zajęć prosektoryjnych już na pierwszym roku obejmuje następnie nauczanie zasad diagnostyki i terapii, a nie postępowania z umierającym. Nie ma kto tego uczyć, nie ma w tym zakresie doświadczenia, badań i jednoznacznych poglądów, gdyż każda śmierć jest indywidualna. W krajach zachodnich wiele lat temu pojawiła się nowa gałąź medycyny, tzw. medycyna terminalna, związana z opieką hospicyjną, dziś coraz lepiej zorganizowana w naszym kraju.

Mimo ogromnego zróżnicowania ludzkich osobowości i niezwyklego przebiegu tych ostatnich godzin życia zwykle przebiega ono jednak według dającego się zdefiniować następującego schematu. Jest to zwykle pięć etapów stosunku chorego i jego rodziny do śmiertelnej choroby:

- zaprzeczenie
- gniew i bunt
- negacja, przekonanie, że sytuacja jednak się zmieni
- depresja, utrata nadziei
- akceptacja choroby i śmierci.

Te fazy mają różną długość i mogą wzajemnie się przeplatać. Nie zawsze dochodzi do pełnej świadomości śmierci, albowiem potężny instynkt życia sprawia, że nawet człowiek niezwykle cierpiący czy też udręczony starością pragnie żyć mimo wszystko.

PROPOZYCJE ZMIAN PRAWNYCH W POLSCE

Propozycje zmian w prawie w ostatnich latach dowodzą świadomości problemu oraz zainteresowania środowiska medycznego i prawniczego tematem terapii końca życia. W 2008 r. powstał projekt ustawy bioetycznej – projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz Polskiej Radzie Bioetycznej i zmianie innych ustaw, całościowo omawiający zagadnienia terapii daremnej. W grudniu 2012 r. projekt grupy związanej z WHD (projekt ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i zmianie innych ustaw) zakładał:

- wprowadzenie zasady pełnomocnictw medycznych (pełnomocnik medyczny, kurator medyczny, przedstawiciel ustawowy)
- sporządzanie testamentu życia
- oświadczenie zgody lub sprzeciwu na stosowanie określonych procedur medycznych (Rejestr Biomedyczny)
- wprowadzenie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia – standardów postępowania wycofania się z terapii uporczywej, w tym leczenia respiratorem.

Oba powyższe projekty nie znalazły się jednak na ścieżce legislacyjnej. Warto w tym miejscu przypomnieć, że Konwencja Rady Europy z 4 kwietnia 1997 r. z Oviedo czeka na ratyfikację Polski. Śledzenie polskich zmian w zakresie procesu ustawodawczego dotyczącego terapii daremnej jest możliwe na stronach Rządowego Centrum Legislacji czy stronach Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej; można tam znaleźć wszystkie projekty ustaw i ich prawną historię.

W Europie w ostatnim czasie pojawiła się istotna zmiana poglądów w zakresie kontynuacji terapii. Kwestie te podejmują m.in. wytyczne ESC 2015 postępowania u pacjentów z komorowymi zaburzeniami rytmu oraz zapobiegania nagłym zgonom sercowym (tab. 1).

W przypadku nasilenia niewydolności serca deaktywację kardiowertera-defibrylatora (ICD – implantable cardioverter defibrillator) można rozważyć po wnikliwej

Tabela 1. Rozwiązywanie problemów dotyczących końcowego okresu życia

Zalecenia	Klasa	Poziom
U pacjentów kwalifikujących się do wszczepienia ICD należy rozważyć omówienie problemów dotyczących końcowego okresu życia przed wszczepieniem ICD oraz w istotnych momentach progresji choroby	Ila	C
Należy rozważyć deaktywację ICD, gdy nastąpi pogorszenie stanu klinicznego pacjenta	Ila	C

rozmowie z chorym. Jeśli urządzenie osiąga wskazania do wymiany, nie powinno być ono wymieniane automatycznie – stan chorego powinien ocenić doświadczony kardiolog. Cele leczenia mogą zmieniać się z czasem. Na podstawie rozmowy z pacjentem oraz jego rodziną w planie terapii powinna się znaleźć dokumentacja dotycząca decyzji pacjenta na temat podejmowania resuscytacji. Chory w stanie terminalnym dość często ma implantowany wcześniej kardiowerter-defibrylator serca, co stwarza oczywiste problemy kontynuowania bądź przerywania terapii. Wszczepienie urządzenia związane jest z bólem oraz pogorszeniem jakości życia, w kategoriach dobra chorego jest więc gorszym rozwiązaniem niż brak defibrylatora u pacjentów na nieodwracalnym etapie śmiertelnej choroby. Ryzyko wyładowania defibrylatora zwiększa się w takiej sytuacji z powodu niedokrwienia, zaburzeń jonowych, pobudzenia adrenergicznego czy niestabilności hemodynamicznej. Istnieją statystyki, z których wynika, że 30% wszystkich pacjentów bez defibrylatora nie wyraża zgody na kontynuowanie jakiegokolwiek terapii, a zatem również terapii defibrylatorem. Od 2010 r. istnieje dokument EHRA poświęcony rezygnacji z terapii stymulatorami i kardiowertera-defibrylatora u pacjentów u kresu życia. Wynika z niego jednoznacznie, że chory ma prawo do odmowy poddania się takiemu leczeniu, a także żądania jego przerywania. Decyzja i jasny plan działania powinny być powzięte jeszcze przed implantacją urządzenia, o czym wspomniano już w rozdziale dotyczącym kwalifikacji. Ten sam dokument uwzględnia prawo lekarza do odmowy spełnienia takiej prośby. W takim przypadku chory powinien zostać skierowany do innego specjalisty. Zwykle wyłączenie terapii dotyczy terapii antyarytmicznej i wysokoenergetycznej bez wyłączenia funkcji stymulatora, bowiem długotrwała bradykardia może także dostarczać niepotrzebnych cierpień i pogarszać jakość życia w jego ostatniej fazie.

Pierwsze polskie całościowe opracowanie tych bardzo trudnych zagadnień to „Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci, wytyczne dla lekarzy wydane przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne” opublikowano w 2011 roku. Dotyczą one najmłodszych pacjentów, niewątpliwie najtrudniejszej z punktu widzenia medycyny, etyki i filozofii grupy. W książce tej znajdziemy bardzo dobrze przygotowany gotowy dokument będący testamentem życia w polskiej wersji językowej.

Kolejnym kamieniem milowym w tym zakresie w naszym kraju stał się niezwykle ważny, drugi dokument tego typu opublikowany w 2014 roku. Powstały wówczas „Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji