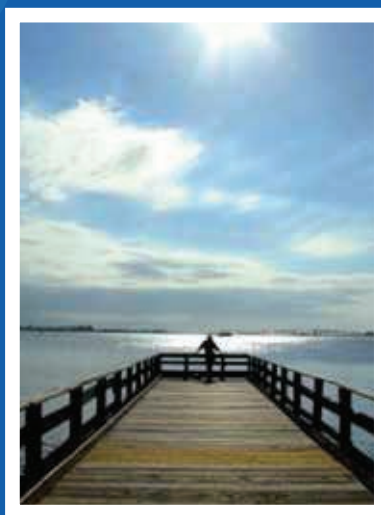


Dylematy etyczne końca życia

– problem uporczywej terapii



Pod redakcją
Władysława Sinkiewicza, Małgorzaty Krajnik
Rafała Grabowskiego

BYDGOSKA IZBA LEKARSKA • KOMISJA BIOETYCZNA

Dylematy etyczne końca życia

- problem uporczywej terapii

Dylematy etyczne końca życia

– problem uporczywej terapii

Pod redakcją
Władysława Sinkiewicza, Małgorzaty Krajnik
Rafała Grabowskiego

Bydgoska Izba Lekarska
Komisja Bioetyczna
Bydgoszcz 2013

RECENZENCI:

Prof. dr hab. Roman Ossowski – Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Prof. dr hab. Paweł Bortkiewicz – Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

KOREKTA:

Hanna Borawska

PROJEKT OKŁADKI:

Iwona Dombrowska

Bydgoska Izba Lekarska
Komisja Bioetyczna
ul. Powstańców Warszawy 11
85-681 Bydgoszcz
tel./fax: (52) 376-30-06

W publikacji wykorzystano zdjęcie z serwisu Stock.XCHING

WYDAWCA, REALIZACJA POLIGRAFICZNA:
Bydgoski Dom Wydawniczy MARGRAFSEN s.c.
85-808 Bydgoszcz, ul. Białogardzka 11A

ISBN 978-83-63921-96-5

Spis treści

Wprowadzenie – jak umierać z godnością?	7
<i>Władysław Sinkiewicz</i>	
Komentarz do definicji uporczywej terapii	13
<i>Romuald Krajewski</i>	
Znaczenie godności człowieka w bioetyce	17
<i>Wojciech Bołoz</i>	
Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę. Punkt widzenia etyka	33
<i>Wojciech Bołoz</i>	
Umieranie jako diagnoza – zasady wyboru optymalnego postępowania lekarza opiekującego się umierającym	47
<i>Małgorzata Krajnik</i>	
O terapii nieproporcjonalnej bez uświadomionej zgody chorego, nadmiernej, a wreszcie uporczywej w onkologii i medycynie paliatywnej	65
<i>Zbigniew Żylicz</i>	
Gdy chory nalega, aby kontynuować uporczywą terapię.....	77
<i>Maria Rogiewicz, Małgorzata Krajnik</i>	

Duchowo-religijne potrzeby osób u kresu życia. Zadania dla zespołów ochrony zdrowia i pomocy społecznej	89
<i>Piotr Krakowiak</i>	
Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym	109
<i>Marcin Śliwka</i>	
Uporczywa terapia w świetle zakazu zabójstwa eutanatycznego	125
<i>Michał Królikowski</i>	
Noty o autorach	145

Władysław Sinkiewicz

Wprowadzenie – jak umierać z godnością?

Pragniemy podjąć rozważania dotyczące dylematów etycznych związanych z kwestią uporczywej terapii. Uporczywą terapię, według definicji, określa się jako „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta [1].

Naszemu spotkaniu towarzyszy więc zasadnicze pytanie – jak umierać z godnością?

W toczącej się społecznej dyskusji dotyczącej warunków godziwości rezygnacji przez chorego z leczenia podtrzymującego życie ujawniły się dwa różne punkty widzenia. W opozycji do stanowiska środowisk, które uznaje godziwość śmierci jako najwyższe kryterium na podstawie decyzji pacjenta, druga strona, kierująca się wartościami chrześcijańskimi, podkreśla, że każda osoba ludzka w każdym okresie swego życia, od poczęcia aż do naturalnej śmierci, jest wartością świętą i nienaruszalną. Przeciwno tej wartości nie wykracza jednak ten, kto w obliczu nieuchronnej śmierci nie stosuje nieproporcjonalnych i nadzwyczajnych środków, ale ogranicza się do łagodzenia objawów i przez zapewnienie podstawowej opieki ułatwia godne umieranie. Uporczywa terapia nie może więc być zabiegiem medycznym, który jako nieracjonalny i niepotrzebny zmierza do przedłużenia bolesnej agonii, kończącej się zgonem.

Podjęcie nieadekwatnych i niepotrzebnych działań u chorego, którego życie zmierza ku nieuchronnemu końcowi, jest często spotykanym działaniem podejmowanym przez lekarzy. Z opublikowanych badań wynika, że aż ponad 60 proc. polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych, w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z powodu znacznego zaawansowania nieodwracalnej choroby. Motywem tych nieetycznych działań są najczęściej obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzieleniu choremu pomocy [2]. Jak konstatował ten problem wielki, niekwestionowany autorytet polskiej medycyny, prof. Kornel Gibiński, podtrzymywanie funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża umieranie, jest działaniem zmierzającym do, cytuję, „leczenia śmierci”. Innymi słowy, nie tyle podtrzymujemy w takim stanie funkcje życiowe pacjenta, ile wydłużamy jego umieranie [3].

Ścisłe określenie uporczywej terapii nie jest łatwe i w znacznym stopniu zależy od stanu chorego, przewidywanego okresu postępującej choroby czy też sytuacji, w której zastosowana terapia, dotychczas skuteczna, z czasem staje się szkodliwa i powiększa cierpienia pacjenta, zakłócając proces jego umierania.

Pomocą w decyzjach przy podejmowaniu ryzykownych terapii jest odróżnienie środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, albo inaczej – środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych. Za zwyczajne uważa się te środki, których zastosowanie daje racjonalną nadzieję na wyleczenie, a jednocześnie nie powoduje cierpienia lub stanu niewygody. W przeciwieństwie, środki nadzwyczajne są formami leczenia, których stosowanie nie przynosi racjonalnej nadziei na wyzdrowienie, zwiększając cierpienie lub niewygodę pacjenta [4]. Taką uporczywą, nieproporcjonalną terapią może stać się chemoterapia, gdy okazuje się nieskuteczna i pogarsza stan chorego oraz nasila jego cierpienie z powodu przykrych objawów ubocznych. Podobnie nadzwyczajnymi środkami stają się ryzykowne zabiegi operacyjne w niektórych ciężkich stanach terminalnych, zabiegi endoskopowe,

naczyniowe czy też reanimacja, stosowanie respiratora, kardiowersji elektrycznej czy kardiostymulacji u chorych w okresie krańcowego wyniszczenia lub w stanie terminalnym z powodu uogólnionej choroby nowotworowej lub innej o jednoznacznie złym rokowaniu, kiedy istnieje pewność, że działanie takie nie może już pomóc. Rezygnacja z uporczywej terapii nie jest jednoczesną rezygnacją ze zwykłego leczenia, do którego, nawet w stanach terminalnych, można zaliczyć stosowanie antybiotyków w przypadkach infekcyjnych, leczenie odleżyn, leczenie niewydolności krążenia i oddychania, stosowanie środków przeciwbólowych, uspokajających, leczenie bólu totalnego lub stosowanie innych form opieki paliatywnej przynoszących ulgę w cierpieniu [5].

Jan Paweł II odmówił poddania się uporczywej terapii jako kuracji nieproporcjonalnej i niepotrzebnej. Jego słowa: „Pozwólcie mi odejść do domu Ojca” poruszyły serca ludzi na całym świecie. W relacji kard. Javiera Barragana, przewodniczącego Papieskiej Rady Duszpasterstwa Służby Zdrowia, zwanego watykańskim ministrem zdrowia, Ojciec Święty 30 marca 2005 r. nie chciał ponownie pojechać do Kliniki Gemelli, gdzie w ciągu kilku tygodni był dwa razy. Papież zapytał wówczas lekarzy: „Jeśli zawiezicie mnie do Gemelli, będziecie w stanie mnie wyleczyć?”. Kiedy usłyszał negatywną odpowiedź, powiedział: „Zostanę tutaj, zawieram się Bogu”.

Rezygnacji z uporczywej terapii nie należy porównywać czy też utożsamiać z eutanazją. Celem zaniechania uporczywej terapii nie jest pozbawienie życia, ale wręcz przeciwnie – zapewnienie choremu godnych warunków umierania, kiedy śmierć jest nieuchronna i nie można jej zapobiec. Tymczasem eutanazja jest negowaniem szacunku do śmierci naturalnej i zastąpieniem jej śmiercią sztucznie wywołaną.

Współczesna medycyna w swym burzliwym rozwoju i lawinowym postępie przynosi nie tylko niewątpliwe sukcesy, ale i nowe, dotychczas nieistniejące, problemy.

Dzisiaj lekarz ma szerokie pole działania, podejmując decyzje o poważnych zabiegach ratujących życie, o reanimacji czy też intensywnej terapii. Może też z nich zrezygnować, zezwalając na naturalną śmierć chorego. Czy zawsze korzystamy z tych rozlicznych możliwości terapeutycznych w sposób odpowiedzialny, nie naruszając godności drugiego człowieka, i pamiętamy, że każda medyczna decyzja jest decyzją etyczną, bo dotyczy drugiego człowieka?

W opinii społecznej medycyna stała się wszechmocna, stąd, gdy ktoś umiera, natychmiast zapada decyzja o umieszczeniu go w szpitalu. Mówi się nawet dzisiaj o tzw. „medykalizacji” śmierci. W konsekwencji wysokiego przekonania o skuteczności intensywnej terapii resuscytacja stała się zabiegiem poprzedzającym niemal każdy zgon. Powszechnie uważa się, że człowiek powinien nie tylko umierać w szpitalu, ale najlepiej na oddziale intensywnej terapii, bo na tym oddziale są największe szanse przeżycia. Rodzi to poważne konsekwencje, nie tylko medyczne, ale również ekonomiczne i społeczne, gdyż oddziały powołane do ratowania życia w stanie bezpośredniego zagrożenia są często zapelnione chorymi w stanie nieodwracalnej choroby, co rzutuje na ograniczenie ich właściwej roli z powodu braku miejsca dla osób mających szansę przeżycia. Rodzi to dodatkowo wiele problemów i frustracji, utrudniając podejmowanie przez personel medyczny właściwych działań [6].

Istotnym wsparciem dla lekarza podejmującego trudne decyzje powinna być świadomość, że postępuje nie tylko w oparciu o dostępną wiedzę i dotychczasowe doświadczenie zawodowe, ale również w zgodzie z własnym sumieniem, opartym na nieprzemijających uniwersalnych wartościach, wolnych od relatywizmu moralnego.

Piśmiennictwo

1. Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds Problemów etycznych Końca Życia. *Advances in Palliative Medicine*. 2008:7.
2. P. Andruszkiewicz i wsp. Analysis of attitudes of physicians towards decision to attempt or not to attempt CPR in Poland. *Intensive Care medicine*. 2006:32:96.
3. K. Bochenek, D. Kortko. *Dobry zawód*. Znak, Kraków 2006.
4. M. Szeroczyńska. *Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie: studium prawnoporównawcze*. Kraków, Universitas, 2004:51.
5. J. Umiastowski. *Uporczywa terapia*. W: A. Muszala, red.: *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański*. Głos Kościoła. Radom, Polwen, 2005: 492–494.
6. J. Suchorzewska i wsp. *Trudne decyzje wobec umierającego człowieka – refleksje klinicysty*. W: *Przedłużanie życia jako problem moralny*. Towarzystwo Naukowe KUL. 2008.

Romuald Krajewski
w imieniu Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia

Komentarz do definicji uporczywej terapii¹

Termin „uporczywa terapia” jest używany w *Kodeksie Etyki Lekarskiej* (art. 32) i w licznych dokumentach dotyczących zagadnień związanych z umieraniem. Nie jest natomiast wykorzystywany w obowiązujących w Polsce przepisach prawnych. Uznanie terapii za uporczywą nie oznacza obowiązku odstąpienia od jej stosowania, ale umożliwia podjęcie decyzji o jej zaprzestaniu.

Definicja ogranicza zastosowanie terminu „uporczywa” do okresu „umierania” osoby „nieuleczalnie chorej”. Jako „umieranie” należy rozumieć terminalny okres choroby, w którym stan pacjenta ciągle pogarsza się, co nieuchronnie prowadzi do śmierci w krótkim i dającym się przewidzieć terminie. Za osobę „nieuleczalnie chorą” uważa się pacjenta, u którego wyczerpano możliwości terapii dającej realne szanse wyleczenia lub zahamowania postępu choroby lub taka terapia nie istnieje.

Zastosowanie w praktyce definicji terapii uporczywej składa się z dwóch etapów. Pierwszym jest decyzja o uznaniu terapii za uporczywą, która należy do lekarza lub grupy lekarzy. Definicja terapii uporczywej może ułatwić podjęcie takiej decyzji. Jeżeli to możliwe, należy korzystać z istniejących wskazówek, wytycznych i standardów w celu stwierdzenia spełnienia wymienionych w definicji kryteriów. Drugim etapem jest podjęcie decyzji o odstąpieniu od stosowania terapii uznanej za uporczywą. Cały proces dotyczy dwóch równoprawnych

¹ Przedrukowano za zgodą z: „Medycyna Paliatywna w Praktyce” 2008; t. 2, nr 3, s. 77–78.

partnerów – pacjenta oraz lekarza. Mają oni prawa oraz obowiązki. Realizowane u konkretnego pacjenta postępowanie lecznicze będzie wynikiem autonomicznych decyzji przynajmniej dwóch lub większej liczby uczestników procesu terapeutycznego.

Art. 32 i 34 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry stanowią, że każde działanie diagnostyczne i lecznicze wymaga zgody pacjenta, co oznacza również, że wyrażony przez pacjenta brak zgody (niezgodą) na jakiegokolwiek elementy terapii lub leczenie w ogóle skutkuje dla lekarza obowiązkiem niestosowania tego leczenia. Obowiązek ten nie zależy od oceny wartości i celowości terapii przez lekarza. Nie musi być ona uznana przez lekarzy za niecelową, bezwartościową lub uporczywą, aby pacjent mógł jej odmówić. Art. 33 i 35 ustawy wskazują, że decyzja o zastosowaniu lub niezastosowaniu określonego leczenia należy jednak do lekarza wówczas, gdy istnieje konieczność niezwłocznego działania, wola chorego (lub jego przedstawiciela) jest nieznana i nie ma możliwości uzyskania zgody bez opóźnienia niezbędnych działań leczniczych.

Art. 38 i 39 ustawy określają prawa leczących do odmowy zastosowania terapii. O ile pacjent nie ma obowiązku uzasadnienia odmowy leczenia, to lekarze muszą odmowę uzasadnić i wskazać pacjentowi, gdzie mógłby uzyskać pomoc lub przynajmniej zasięgnąć opinii innego lekarza. Na możliwość odmowy zastosowania terapii w przypadku lekarzy wpływają także obowiązki wynikające z zatrudnienia.

W praktyce medycznej zdarzają się na co dzień sytuacje, w których odstępuje się od leczenia bez rozstrzygnięcia o jego „uporczywości”. Poinformowany pacjent może zrezygnować z każdej formy terapii. Lekarze uznają wiele terapii za niecelowe lub bezwartościowe w konkretnej sytuacji i nie polecają ich pacjentom lub odmawiają ich zastosowania. Uznanie terapii za uporczywą, a więc w sposób szczególny nieuzasadnioną, stanowi dodatkowy argument zwalniający lekarza z obowiązku kontynuacji leczenia i daje mocniejszą podstawę do przeciwstawienia się żądaniom i naciskom.

Niezależnie od przyjętych podstaw do odstąpienia od terapii (brak zgody pacjenta, niecelowość i bezzasadność leczenia, uporczywość terapii) należy zawsze dążyć do uzgodnienia stanowisk pacjenta i lekarza poprzez przekazanie pełnej informacji o chorobie i o możliwościach leczenia, ewentualnie zasięgnięcie opinii innych lekarzy, dostosowanie sposobu postępowania do oczekiwań oraz możliwości. Jeżeli uzgodnienie okaże się nieosiągalne, należy jasno określić, na czym polega różnica i jakie są możliwe sposoby postępowania. Decyzja pacjenta o odstąpieniu od terapii może być kwestionowana tylko w wyjątkowych okolicznościach (przede wszystkim w stanach ograniczających zdolność do podejmowania decyzji). Decyzja lekarza o odstąpieniu od terapii, której domaga się pacjent, wymaga uzasadnienia i należy to odnotować w dokumentacji medycznej. O ile to możliwe, decyzję o zaniechaniu leczenia powinno się podejmować zespołowo, po konsultacji prawnej i etycznej.

Chociaż ani prawo, ani *Kodeks Etyki Lekarskiej* nie nakładają obowiązku niestosowania terapii uporczywej, zgodnie z definicją nie jest ona działaniem służącym dobru pacjenta i lekarze opiekujący się chorym umierającym powinni zwrócić szczególną uwagę na to, by nie prowadzić terapii bezskutecznej, bezwartościowej (art. 57 KEL) lub uporczywej.

Wojciech Bołoz

Znaczenie godności człowieka w bioetyce

Prawa człowieka gwarantujące jednostce podstawowe warunki życia i rozwoju oraz minimum respektu ze strony władz i innych współobywateli stały się we współczesnym świecie obowiązującym standardem cywilizacyjnym. Ich pozycja w kulturze i polityce jest tak znacząca, że nawet potężne państwa nie mają dziś odwagi przyznać się do ich łamania, a napiętnowane z tego powodu przez opinię międzynarodową – gwałtownie zaprzeczają. I jeżeli nawet równoległe z promocją praw człowieka istnieją różne sposoby ich interpretacji, liczne przykłady hipokryzji przy stosowaniu w praktyce oraz jawne łamanie¹, to sam fakt istnienia powszechnie uznanych, międzynarodowych kryteriów moralno-prawnych trzeba uznać za zjawisko pozytywne. Pomagają one bowiem rozróżnić dobre i naganne traktowanie poszczególnych osób, tworzą świat powszechnie akceptowanych wartości i powszechnie zrozumiałego języka.

¹ Jan Paweł II uważał, że deklaracje rządów i grup społecznych dotyczących praw człowieka rozmijają się jaskrawo z faktami, szczególnie w zakresie respektowania prawa do życia każdego człowieka. Por. Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae” (O wartości i nienaruszalności życia ludzkiego)*, Rzym 1995, nr 18.

Prawa człowieka są uszczegóławiane i adaptowane do różnych dziedzin, dzięki temu mamy prawa rodziny, prawa dziecka i oczywiście prawa pacjenta. Ta ostatnia adaptacja praw człowieka jest tak zakorzeniona we współczesnej praktyce medycznej, że są one podnoszone do rangi ustawy parlamentarnej (jak ostatnio w Polsce).

Związek praw człowieka z jego godnością

Prawa człowieka są ściśle związane z jego godnością. Związek praw człowieka i godności ludzkiej został wyraźnie i jednoznacznie potwierdzony w prawie międzynarodowym. Daje temu wyraz *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka*, głosząc: „Wszystkie istoty ludzkie rodzą się wolne i równe w godności i prawach” (art. 1). Przypisywana ludzkim istotom godność wynika stąd, że są one „obdarzone rozumem i sumieniem oraz powinny postępować wobec siebie w duchu braterstwa” (tamże). Również *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych*, przyjęty przez Zgromadzenie Ogólne ONZ w 1966 r., stwierdza w ust. 2. preambuły, że „prawa te wynikają z przyrodzonej godności człowieka”. Podobnie stanowi Akt końcowy KBWE z 1975 r.² Związek praw i godności człowieka jest zatem przyjmowany w prawie międzynarodowym jako oczywisty.

Europejska Konwencja Bioetyczna wprowadziła określenie „istota ludzka” (art.1, 2) jako ekwiwalent pojęć „człowiek” i „osoba ludzka”. Sprawozdanie wyjaśniające do *Europejskiej Konwencji Bioetycznej* zawiera następującą uwagę: „Konwencja wykorzystuje również termin «istota ludzka», głosząc konieczność ochrony istoty ludzkiej w jej godności i w jej tożsamości. Stwierdzono, że powszechnie przyjęta jest

² Por. M. Piechowiak, *Filozofia praw człowieka*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 1999, s. 78.

zasada, zgodnie z którą godność ludzka oraz tożsamość gatunku ludzkiego powinny podlegać poszanowaniu od zapoczątkowania życia” (pkt. 19)³.

Prawa człowieka, gwarantujące jednostce zaspokajanie podstawowych potrzeb wynikających z natury ludzkiej, obowiązują dlatego, ponieważ jednostka ta należy do gatunku charakteryzującego się specyficznymi cechami – rozumnością i intencjonalnością. Dają one człowiekowi wyjątkowe możliwości działania i równocześnie nakładają na niego proporcjonalną odpowiedzialność, także za inne gatunki. Ta wyjątkowa pozycja człowieka, zaprzeczająca zasadzie biorówności, stanowi o jego godności. Ludzka godność jest specyficzną wartością, którą posiadają wszystkie ludzkie istoty, ponieważ należą do gatunku ludzkiego. Wszyscy ludzie posiadają tę wartość w tym samym stopniu, co owocuje konsekwencją, że mają oni te same prawa⁴. Brak cech rozumnej natury (rozumności oraz intencjonalności) u konkretnego przedstawiciela gatunku ludzkiego, który jeszcze nie, już nie lub nigdy ich nie posiada, nie oznacza, że nie jest on osobą. „Może istnieć tylko jedno kryterium bycia osobą: biologiczna przynależność do rodzaju ludzkiego. Dlatego też początku i końca osoby ludzkiej nie można oddzielić od początku i końca ludzkiego życia”⁵.

Na obecnym etapie refleksji etycznej najbardziej zrozumiałym i nośnym argumentem dla większości ludzi są prawa człowieka i stanowiąca o ich obowiązywalności godność ludzka. Z tego też powodu daje się zauważyć zwrot ku argumentacji godnościowej w biomedycynie zarówno w USA⁶, jak też w Europie. *Europejska konwencja bioetyczna*, będąca najważniejszym dokumentem Unii Europejskiej w dziedzinie

³ *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*, oprac. T. Jasudowicz, Toruń 1998, s. 21.

⁴ Por. L. Nordefelt, *Dignity of the Elderly: An introduction*, “Medicine, Health Care and Philosophy”, 6 (2003), s. 99.

⁵ R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, Oficyna Naukowa, Warszawa 2001, s. 305.

⁶ Por. L.R. Kass, *Life, Liberty and Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco 2002.

bioetyki, celowo nawiązuje do *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*⁷. Również Kościół katolicki w swoim nauczaniu wskazuje na godność i prawa człowieka jako racje domagające się ochrony i promocji zdrowia i życia człowieka⁸.

Związek praw człowieka i jego godności znakomicie widoczny jest w przypadku praw pacjenta. Jeżeli prawa zapisane są w ustawie parlamentarnej, otrzymują one sankcję prawa stanowionego, ostatecznie jednak obowiązywalność praw pacjenta zakorzeniona jest w godności człowieka chorego, co zostało wyrażone w ostatniej edycji *Kodeksu Etyki Lekarskiej*.

Historia idei godności człowieka

Historia idei godności jest bogata i wielowątkowa. Pierwszym źródłem zawierającym dane na temat godności człowieka jest niewątpliwie Księga Rodzaju Starego Testamentu. I chociaż nie można w niej znaleźć samego terminu „godność”, to jednak zawiera ona ideę tego pojęcia, ponieważ mówi o stworzeniu człowieka na obraz i podobieństwo Boga, dzięki czemu człowiek uzyskał wyjątkową pozycję w świecie (por. Rdz 1, 26–27). Teksty biblijne zawierają również szereg innych wypowiedzi wskazujących na wysoki status człowieka⁹.

W tradycji filozoficznej za pierwszego piewcę godności człowieka uważany jest Protagoras (ok. 480–410 przed Chr.). Jest on autorem tzw.

⁷ Por. W. Bołoz, *Jaka bioetyka dla Europy i Polski na początku dwudziestego pierwszego wieku?*, w: *Życie i zdrowie człowieka w tradycji i kulturze polskiej*, red. W. Bołoz, E. Wolnicz-Pawłowska, Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2004, s. 147.

⁸ „Niezbywalne prawa osoby winny być uznawane i szanowane przez społeczeństwo cywilne i władzę polityczną. Owe prawa człowieka (...) tkwią w naturze ludzkiej i są ściśle związane z osobą na mocy aktu stwórczego, od którego osoba bierze swój początek. Wśród tych podstawowych praw należy wymienić (...) prawo do życia i integralności fizycznej każdej istoty ludzkiej od chwili poczęcia aż do śmierci”, *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Pallotinum 1994, nr 2273.

⁹ Por. F.J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, RW KUL, Lublin 2001, s. 23.

homo-mensury, zdania głoszącego, że „człowiek jest miarą wszystkich rzeczy”. Według Sofoklesa (ur. 495 przed Chr.), autora *Antygony*, pojedynczy człowiek góruje także nad zorganizowanym społeczeństwem politycznym. Stoicy podkreślali, że ludzie uczestniczą w naturze pierwszego bytu ogarniającego i z tego powodu wszyscy mają tę samą naturę będącą podstawą ich braterstwa. Cyncero (106–43 przed Chr.) pisał o godności jako przymiocie osób zajmujących stanowiska w życiu społecznym i politycznym. Najbardziej jednak znana jest jego wypowiedź w dziele zatytułowanym *De republica*, podkreślająca, że prawo naturalne wyraża uprawnienia i obowiązki będące wymogami godności człowieka. Seneka uważał, że godność przysługuje każdemu człowiekowi, nawet niewolnikom dlatego, ponieważ posiada on duszę wskazującą na partycypację w bóstwie¹⁰.

Pojęcie godności związane było mocno z teologią patrystyczną i filozofią średniowieczną. W okresie nowożytnym na szczególną uwagę zasługuje E. Kant (1724–1804), ponieważ wniósł on swój wkład w rozwój pojęcia godności człowieka. Kant ujmował tę godność w oderwaniu od doświadczenia i uznawał ją za wartość absolutną, niemającą ekwiwalentu. Powszechnie jest znana jego wypowiedź wskazująca podstawę i skutki godności osoby: „Osoba jest celem samym w sobie, to jest nie może być nigdy przez kogokolwiek (nawet samego Boga) traktowana jedynie jako środek”¹¹.

Do godności i praw człowieka przywiązuje duże znaczenie Kościół katolicki. W dokumentach Soboru Watykańskiego II pojęcie „godność” pojawia się 88 razy. Według *Konstytucji duszpasterskiej o Kościele w świecie współczesnym* (KDK), godność osoby ludzkiej, jej niezwykłość i wrodzone dostojeństwo wynikają stąd, że przerasta ona wszystkie

¹⁰ Por. tamże, s. 21 nn.

¹¹ E. Kant, *Krytyka praktycznego rozumu*, Warszawa 1972, s. 211.

rzeczy, które są na ziemi¹². Godność ta przynależy na stałe człowiekowi jako wrodzona, wynikająca z faktu „bycia człowiekiem”¹³.

Znaczenie treściowe godności

Chociaż sformułowanie „godność człowieka” posiada w prawie międzynarodowym charakter centralny i jest często spotykane w najważniejszych dokumentach, nie posiada ono jednak powszechnie uznawanej definicji. Niektórzy uważają nawet, że „godność” jest pojęciem bezużytecznym i może być wyeliminowana bez żadnej straty, ponieważ można ją zastąpić autonomią człowieka, stanowiącą o jego osobowym statusie¹⁴. Chociaż można przyjąć, że pojęcie „godności” jest ubogie w treść, to jednak nie oznacza, że jest ono pustą formułą, ale co najwyżej wskazuje na jego formalny charakter, który sprawia, że nie da się z niego wyprowadzić pozytywnych norm moralnych¹⁵. Brak w prawie międzynarodowym powszechnie akceptowanej teorii godności można uznać za słabość, ale sytuacja ta ma również pewne zalety. Ten brak bowiem chroni przed traktowaniem godności jako pojęcia systemowego i jego odrzuceniem. Dlatego też dokumenty międzynarodowe nie odwołują się do teorii godności ludzkiej, ale do powszechnie dostępnego doświadczenia. Na tej podstawie *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* stwierdza: „Uznanie przyrodzonej godności oraz równych

¹² Por. *Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym*, w: *Sobór Watykański II. Konstytucje, dekrety, deklaracje*, Wydawnictwo Pallotinum, Poznań 1968, nr 21.

¹³ Por. W. Bołoz, *Personalistyczne uzasadnianie norm moralnych w dokumentach Soboru Watykańskiego Drugiego*, Warszawa 1981 (maszynopis), s. 62.

¹⁴ Por. R. Macklin, *Dignity is a useless concept*, „British Medical Journal” 2003, nr 327, s. 1419–1420. Utożsamienie autonomii z godnością jest pochodną tzw. funkcjonalnej koncepcji osoby, która odmawia statusu osobowego człowiekowi trwale pozbawionemu autonomii (np. w śpiączce) i jest sprzeczna z koncepcją personalistyczną.

¹⁵ K. Lehmann, *Prawo do bycia człowiekiem. Podstawowe zagadnienia współczesnej bioetyki*, „Społeczeństwo” 12 (2002), nr 6/52, s. 688.

i niezbywalnych praw wszystkich członków wspólnoty ludzkiej jest podstawą wolności, sprawiedliwości i pokoju na świecie” (*Wstęp*, a).

Godność jako uniwersalna i centralna właściwość osoby

Godność ludzka jest rzeczywistością, którą najlepiej można poznać przez zrozumienie różnicy pomiędzy człowiekiem a innymi gatunkami istot żywych. Zwierzęta stanowią określoną wartość, ponieważ wykazują specyficzne cechy: potrafią przystosować się do środowiska, zorganizować sobie samodzielne życie, posiadają relacje między sobą, mają własne życie psychiczne. Brakuje im jednak tych przymiotów, które sprawiają, że człowiek ma status osoby i moralnego podmiotu.

Człowiek przerasta świat zwierząt, posiada wyjątkowe uzdolnienia: racjonalność i zdolność wolnego wyboru, posiada zdolność metodycznego poznania i odczuwania obowiązków moralnych, jest jedynym podmiotem kreatywnej twórczości, za którą jest zdolny ponosić odpowiedzialność. Zwierzęta jedynie przystosowują się do środowiska, człowiek to środowisko potrafi zmieniać według własnej koncepcji¹⁶. Te przymioty przysługują każdej ludzkiej jednostce. Choroba może wprawdzie uszkodzić organizm człowieka i uniemożliwić ujawnienie się u niego tych cech, ale go ich nie pozbawia. Dlatego też, chociaż u człowieka cenimy określone właściwości, to jednak nie one sprawiają, że człowieka nazywamy osobą, ale sposób istnienia ich nosiciela, który posiada rozumną naturę¹⁷. Godność jest konsekwencją sposobu istnienia ludzkiej osoby. Dlatego też ma charakter ontyczny (wrodzony), uniwersalny, niezbywalny, trwały i zobowiązujący. Istnienie tej godności jest niezależne od jakichkolwiek ocen. Ona po prostu jest. Godność człowieka zobowiązuje do szacunku każdej ludzkiej osoby, natomiast prawa ludzkie są wskazówkami, na czym ów szacunek polega.

¹⁶ Por. F.J. Mazurek, *Godność osoby ludzkiej podstawą praw człowieka*, s. 18.

¹⁷ Por. R. Spaemann, *Osoby. O różnicy między czymś a kimś*, s. 38 nn.

W świetle powyższego można przyjąć następującą definicję ludzkiej godności: „Jest to wysoki status (pozycja) moralny, posiadany przez każdą istotę ludzką. Godność człowieka jest wartością daną, nieodłączną od ludzkiej istoty i niezależną od jakiegokolwiek cechy, która może się zmieniać i posiadać różne stopnie. Podstawę tego statusu można znaleźć w takich uzdolnieniach jak abstrakcyjne myślenie, język, sumienie i wolna wola, które istota ludzka może rozwijać i praktykować, o ile nie jest ograniczona przez chorobę, przymus lub nakaz. Posiadanie ludzkiej godności niesie ze sobą pewne niezmiennne obowiązki dotyczące wszystkich innych ludzi, do których należy obowiązek szacunku dla życia, wolności i bezpieczeństwa osób, oraz dotyczące zwierząt i całej natury: odpowiedzialne zarządzanie. Chrześcijańskie rozumienie godności człowieka dodaje to tego obowiązek czci dla Boga”¹⁸.

Godność integruje osobowość niezależnie od doświadczeń, stanowi komponent poczucia sensu życia i powinności. Pozwala przetrwać w sytuacjach trudnych, a nawet granicznych. Chroni przed zawłaszczeniem i zniewoleniem¹⁹.

Godność osobista

Chociaż wszyscy ludzie posiadają jednakową godność ontyczną, to jednak różnią się godnością moralną czy cechami osobowości zdobytymi i utrwalonymi w pozytywnym moralnie działaniu. Tę doskonałość można także uzyskać przez pracę nad sobą, wychowanie i oddziaływanie środowiska. Ten rodzaj godności nie jest wrodzony, ale nabywany w różnym stopniu. Ponieważ ludzie różnią się pod względem godności moralnej,

¹⁸ Por. W. P. Cheshire, Jr, *Toward a Common Language of Human Dignity*, “Ethics & Medicine”, 18 (2002) 2, s. 10.

¹⁹ Z. Chlewiński, Z. Zaleski, *Godność*, w: *Encyklopedia Katolicka*, T. 5, kol. 1231.

która jest ich osobistą cechą, dlatego godność ta nazywana bywa osobistą lub osobowościową²⁰.

Godność kulturowa

Człowiek nie jest tylko bytem natury, ale także bytem społeczno-historycznym, a więc bytem uwarunkowanym kulturowo. Z tego powodu godność osobista może być rozważa jako sposób uczestnictwa w kulturze i bywa nazywana godnością kulturową. Pierwszym i najważniejszym tworem kultury jest rozwinięta osobowość człowieka.

Godność społeczno-obywatelska

Godność osobista człowieka może być rozpatrywana indywidualnie, ale także ze społecznego punktu widzenia, jako uczestnika życia społecznego. Udział w życiu społecznym można rozpatrywać z punktu widzenia zasług dla społeczności, co bywa nagradzane w rozmaity sposób (medale, pomniki itd.). Na udział w życiu jakiejś społeczności można także popatrzeć pod kątem praw i możliwości dawanych jej uczestnikom. Prawa obywatelskie przysługujące z tego tytułu są podstawą godności społeczno-obywatelskiej. Godność ta uwarunkowana jest rozwojem społeczności państwowej, jej demokratyzacją, systemem społecznym i gospodarczym, wreszcie jej zasobnością. Dlatego też przynależność do określonej społeczności może być przedmiotem pożądanego lub wstydu.

Poczucie godności

Człowiek nie tylko jest nosicielem godności osobowej i osobisto-społecznej, ale także może być jej świadomy oraz przeżywać ją w swoim

²⁰ Problematykę godności wzięła za przedmiot swojej pracy doktorskiej Magdalena Środa. Jej książka *Idea godności w kulturze i etyce*, Warszawa 1993, stanowiąca przerobioną wersję doktoratu, ukazuje, zgodnie z tytułem, znaczenie godności w etyce, a także różne jej ujęcia i aspekty.

wnętrzu. Jest to psychologiczny wymiar godności, który ujawnia się głównie w dwóch aspektach: oceniającym i wolitywnym. Poczucie godności bywa różnie definiowane. A oto najbardziej znane ujęcia poczucia godności:

„Pozytywna postawa wobec siebie samego”.

„Osobisty sąd o wartości, który wyraża się w nastawieniu, jakie jednostka utrzymuje wobec siebie samej. Jest to rodzaj subiektywnego doświadczenia, które jednostka komunikuje innym drogą kontaktów werbalnych i innych ekspresyjnych zachowań”.

„Szacunek wobec siebie danej osoby, który: a) zawiera poczucie własnej wartości oparte na przekonaniu, że jej koncepcja dobra i planu życiowego jest warta realizacji; b) implikuje zaufanie do własnych zdolności mogących sprostać stawianym sobie wymaganiom” (J. Rawls)²¹. Deformacja poczucia godności polega na absolutyzowaniu jednego elementu: zdolności, urodzenia, majątku, etc. lub na zaniżaniu poczucia własnej wartości, co jest spowodowane przyczynami psychologicznymi.

Godność człowieka a autonomia

Rozumienie godności człowieka ucierpiało przez połączenie tego pojęcia z pojęciem autonomii. W dziedzinie etyki pojęcie autonomii wprowadził E. Kant (1724–1804). Autonomia, według Kanta, to możliwość i zadanie człowieka do samookreślenia się jako istota rozumna. Autonomia oznaczała w jego rozumieniu przede wszystkim autonomię woli, która jest dla siebie prawem²². Autonomia moralna jest zatem samookreśleniem się

²¹ M. Środa, *Idea godności w kulturze i etyce*, s. 129. Autorka ta przytacza sformułowane przez J. Kozielskiego (*Godność a charakter człowieka*, „Więź” 1984, nr 5, s. 22) tzw. cechy człowieka godnego. Są to: postępowanie zgodne z własnym systemem wartości; niezwracanie uwagi na doraźne korzyści (wysoka ocena prawdy); umiejętna obrona własnej tożsamości i indywidualności; silna kontrola emocjonalna; wierność sobie; mała podatność na manipulację i propagandę; spokój, bezinteresowność, powściągliwość; wzniosłość i piękno zachowań. Tamże, s. 142.

²² Por. A. Holderegger, *Autonomie*, w: H. Rotter, G. Virt, *Neues Lexikon der christlichen Moral*, s. 59–66.

człowieka z uwzględnieniem powszechnej zasady moralnej wyrażającej się w imperatywie kategorycznym²³. Pojęciem przeciwstawnym jest „heteronomia”, czyli prawo pochodzące z zewnątrz człowieka, które mimo to go wiąże i określa jego sposób postępowania.

Współcześnie ten element uniwersalny przy definiowaniu autonomii jest pomijany. Przez autonomię rozumie się „prawo i możliwość dowolnego wyboru”²⁴. Autonomia tak rozumiana jest zatem samookreśleniem, samokontrolą, samokierowaniem²⁵. Dlatego nie może już być ona nazywana autonomią według Kanta, ale pokantowską. Tak rozumiana autonomia została najpierw uznana za warunek konieczny godności człowieka, a później tę godność z autonomią utożsamiono. Zwolennicy takiej koncepcji autonomii, np. utylitaryści, odmawiają godności człowiekowi pozbawionemu samodzielności, przyznają ją natomiast posiadającym autonomiczne cechy zwierzętom.

Godność człowieka w bioetyce europejskiej

Poszukiwania specyficznie europejskich rysów bioetyki rozpoczęły się stosunkowo niedawno. Za początek tych poszukiwań uważa się rok 1989, kiedy to Unia Europejska zainicjowała kooperację z krajami Europy Środkowej i Wschodniej w celu ochrony praw człowieka. W tym samym czasie zaczęto uzgadniać politykę w dziedzinie ubezpieczeń zdrowotnych, przepisów dla przemysłu farmaceutycznego, zasad

²³ Imperatyw kategoryczny stanowi sąd rozumu w dziedzinie moralności o charakterze uniwersalnym, pozwalającym na ocenę wszelkich maksym ludzkiego postępowania. Pełni on rolę wzorca, do którego należy dostosować wszelkie zasady regulujące ludzkie postępowanie. Ten imperatyw kategoryczny według Kanta brzmi: „Postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem”. Por. Z. Kuderowicz, *Kant*, Wiedza Powszechna, Warszawa 2000, s. 65.

²⁴ L.R. Kaas, *Life, Liberty and Defence od Dignity. The Challenge for Bioethics*, s. 16.

²⁵ Por. B. Secker, *The Appearance of Kant's Deontology in Contemporary Kantianism: Concepts of Patient Autonomy in Bioethics*, „Journal of Medicine and Philosophy” 24 (1999) 1, s. 48.

transplantacji organów itd. Punktem zwrotnym w procesie artykułowania europejskiej perspektywy w zakresie bioetyki jest *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w kontekście zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie*, zwana potocznie *Europejską Konwencją Bioetyczną* (EKB)²⁶. 19 listopada 1996 r. Komitet Ministrów Rady Europy zatwierdził ostateczną wersję konwencji, która następnie została przedłożona do podpisania 4 kwietnia 1997 r. w Owidio (Hiszpania)²⁷.

Krytyka *Europejskiej Konwencji Bioetycznej* sprawia, że negatywna opinia o niej jest dość mocno rozpowszechniona. Tymczasem dokument ten jest znaczącym krokiem w dziedzinie ochrony życia na płaszczyźnie ogólnoeuropejskiej. Jest to owoc wieloletniej współpracy międzynarodowych grup doradczych, ludzi, którzy świadomie szukali wspólnych kryteriów dla norm w dziedzinie bioetyki. Pomijając aborcję i eutanazję, co do których nie można było znaleźć konsensusu dla całej Europy, konwencja zawiera normy regulujące ochronę życia w wielu innych dziedzinach. Chociaż rozwiązania te są niewystarczające, mają one jednak tę wielką zaletę, że istnieją i mogą być akceptowane prawie w całej Europie. Przez ratyfikację EKB normy te zostaną włączone w prawodawstwo nawet tych krajów, które w ogóle nie posiadają żadnych uregulowań w dziedzinie bioetyki. Natomiast braki konwencji mogą z powodzeniem być uzupełnione przez akty prawne parlamentów krajowych, co zresztą zostało przewidziane, a nawet zalecone w dokumencie²⁸. Dalsze zmiany, które są potrzebne i wskazane, mogą być pro-

²⁶ Angielska nazwa dokumentu brzmi: *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*.

²⁷ Por. Por. J. Raber, *Geneza europejskiej konwencji o biomedycynie*, „Przegląd Powszechny”, Numer specjalny, (1997) 5, s. 16.

²⁸ „Każde Państwo i Wspólnota Europejska, w czasie podpisywania albo składania dokumentu ratyfikacyjnego mogą zgłosić zastrzeżenia do któregośkolwiek artykułu Konwencji, w takim stopniu, w jakim ich prawo wewnętrzne nie jest zgodne z tym artykułem. Zgłaszanie zastrzeżeń o charakterze ogólnym nie jest dopuszczalne”. Art. 36.1.

ponowane przez wszystkie państwa członkowskie Rady Europy. EKB powinna być traktowana jako pierwszy krok do międzynarodowego uregulowania problematyki bioetycznej²⁹.

Warto zauważyć, że konwencja celowo została tak sformułowana, by nawiązywała do Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka z 10 grudnia 1948 r., która mówi o „przyrodzonej godności oraz równych i niezbywalnych prawach człowieka”, i kompatybilna jest z europejskim personalizmem³⁰. Dlatego niektórzy uważają nawet, że EKB jest znakiem postępującego odrodzenia duchowego Europy³¹.

Wypracowana przez Radę Europejską i promowana przez Komisję Europejską EKB jest wyrazem tzw. harmonizacji, czyli różnych przedsięwzięć próbujących uwzględnić różnorodność systemów wartości, kultur oraz interesów politycznych i ekonomicznych społeczeństw europejskich w procesie integracji. W latach 1995–1998 przeprowadzony został duży projekt badawczy, koordynowany przez Centre for Ethics and Law w Kopenhadze, poświęcony specyfice bioetyki europejskiej i prawa medycznego BIOMED II, w którym brały udział 22 ośrodki naukowe, głównie z Europy. Ostatnie spotkanie grupy odbyło się w listopadzie 1998 r. w Barcelonie, na którym został przedstawiony dokument, zwany *Deklaracją Barcelońską*, zawierający ostateczne wyniki prac grupy. Według tego dokumentu, bioetyka europejska charakteryzuje się czterema połączonymi ze sobą ideami lub zasadami, zakorzenionymi w europejskiej kulturze. Są to: autonomia, godność, integralność i wrażliwość (*autonomy, dignity, integrity, vulnerability*). Idee te lub zasady powinny być traktowane jako punkt wyjściowy dla prawa dotyczącego sfery ludzkiej jak też w odniesieniu do zwierząt, roślin i naturalnego

²⁹ „Aby uwzględnić osiągnięcia nauki, Komitet powinien zbadać Konwencję nie później niż pięć lat po jej wejściu w życie, a następnie w określonych przez siebie odstępach czasu”. Art. 32.4.

³⁰ Por. O. de Dinechin, *Założenia etyczne europejskiej konwencji o biomedycynie*, „Przegląd Powszechny”, Numer specjalny, (1997) 5, s. 24.

³¹ Por. A. Pompidou, *Czy europejskie poszukiwania etyki biomedycznej to znak odrodzenia duchowego?*, „Przegląd Powszechny”, Numer specjalny, (1997) 5, s. 18–20.

środowiska³². Wymienione cztery zasady są często określane jako tzw. „mantra barcelońska”³³.

Europejska koncepcja bioetyki, nawiązująca do *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*, oparta na godności ludzkiej i chroniących ją prawach człowieka, lepiej zabezpiecza przed nadużyciami biomedycyny niż bioetyka amerykańska. Ta ostatnia koncepcja jest naznaczona anglosaskim utylitaryzmem³⁴. Nie oznacza to oczywiście, że należy się opowiadać bezkrytycznie za wszystkimi europejskimi rozwiązaniami w dziedzinie bioetyki.

Za europejską wizją bioetyki przemawia również fakt, że w USA narasta krytyka dotychczasowej koncepcji bioetyki i trwają poszukiwania nowych rozwiązań³⁵. Wychodząc naprzeciw tym oczekiwaniom, 28 listopada 2001 r. prezydent G.W. Bush powołał do istnienia The President’s Council on Bioethics³⁶, której przewodniczącym zamianował L.R. Kassa, zwolennika powrotu w bioetyce do godności i praw człowieka³⁷.

³² Pełna nazwa programu brzmi: *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw* (1995–1998). J.D. Rendtorff, *Basic Ethical Principles in Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability – Towards a Foundation of Bioethics and Biolaw*, „Medicine, Health and Philosophy”, (2002) 5, s. 235–244.

³³ Por. H.-M. Sass, *Introduction: European Bioethics on Rocky Road*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 26 (2001) 3, s. 215–224.

³⁴ Por. C. Delkeskamp-Hayes, *Respecting, Protecting, Persons, Humans, and Conceptual Muddles in the Bioethics Convention*, „Journal of Medicine and Philosophy”, 25 (2000) 2, s. 152 nn.

³⁵ Więcej na temat różnic pomiędzy amerykańską i europejską koncepcją bioetyki: W. Bołoz, *Jaka bioetyka dla Europy i Polski na początku dwudziestego pierwszego wieku?*, s. 129–150.

³⁶ “The Council shall advise the President on bioethical issues that may emerge as a consequence of advances in biomedical science and technology. In connection with its advisory role, the mission of the Council includes the following functions: 1. to undertake fundamental inquiry into the human and moral significance of developments in biomedical and behavioral science and technology; 2. to explore specific ethical and policy questions related to these developments; 3. to provide a forum for a national discussion of bioethical issues; 4. to facilitate a greater understanding of bioethical issues; and 5. to explore possibilities for useful international collaboration on bioethical issues”. (www.bioethics.gov/reports/executive.html)

³⁷ Por. L.R. Kass, *Life, Liberty and Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*.

Zalety i braki kryterium godności osoby ludzkiej

Traktowanie osoby jako „źródła moralności”, a w konsekwencji także uzasadnianie norm moralnych poprzez odwoływanie się do godności osoby ludzkiej, jest dlatego stosowane dzisiaj tak często, ponieważ posiada ono wiele zalet. Godność osoby nie odnosi się do natury ludzkiej rozumianej abstrakcyjnie, ale dotyczy konkretnych ludzi, przez co staje się bardziej oczywista. „Stwierdzenie, że źródłem praw jest przyrodzona godność człowieka, każe brać pod uwagę i uznać konkretną osobę i jej dobro za rację istnienia prawa”³⁸. Ponadto, osoba ludzka, mając wymiar indywidualny i społeczny, może być podstawą moralnego odniesienia zarówno dla pojedynczych ludzi, jak i dla całych społeczeństw. Uzasadnianie norm moralnych przez odwoływanie się do godności osoby ludzkiej nie dopuszcza również żadnych wyjątków, obejmuje wszystkich ludzi bez względu na rasę, religię etc. Wreszcie domaga się ono szczególnego respektowania tych ludzi, których godność została zagrożona: ubogich, uciskanych i wykorzystywanych. Przytoczone powyżej racje sprawiły, że osoba ludzka uważana jest dziś za „miejsce” i płaszczyznę umożliwiającą spotkanie etyki świeckiej i etyki religijnej³⁹.

Mimo tych niewątpliwych zalet uznawania osoby za źródło normatywności i uzasadniania norm moralnych przez odwoływanie się do godności osoby ludzkiej, istnieją również pewne niebezpieczeństwa z tym związane. Bowiem „wyrażenie «godność/wielkość ludzka» nie jest też wolne od pułapek”⁴⁰. Niebezpieczeństwo takie stanowi możliwość ilościowej interpretacji godności osoby. Nie można bowiem stawiać człowieka na szczycie

³⁸ Por. M. Piechowiak, *Filozofia praw człowieka*, s. 88.

³⁹ Por. M. Vidal, *Absolutna wartość osoby miejscem spotkania i zespolenia etyki świeckiej z moralnością religijną*, w: *Moralność chrześcijańska*, red. P. Góralczyk, Poznań–Warszawa 1987, s. 139-140.

⁴⁰ Por. tamże, s. 137.

hierarchii bytów wyłącznie z tej racji, że ma on doskonałość większą od zwierząt, ale z racji na inną jakość tej doskonałości. Dalszym zagrożeniem jest skrajny optymizm skłaniający do zapomnienia o negatywnej stronie historii ludzkiej. Trzeba jednak przyznać, że mimo wymienionych wyżej niebezpieczeństw, wyrażenie „godność osoby” obiektywizuje całą treść moralną człowieka: 1) ukazuje wartość bytu ludzkiego; 2) proponuje etykę uzasadnionego optymizmu; 3) pozwala ustalić prawidłowe związki pomiędzy etyką a religią.

We współczesnej etyce dominują dwie koncepcje: utylitarystyczna etyka wykluczania grup i jednostek ludzkich oraz etyka godnościowa powszechnej akceptacji życia. Pierwsza uzależnia godność ludzką od interesów i użyteczności człowieka, druga natomiast ujmuje tę godność jako powszechnie przynależny atrybut⁴¹. Dlatego też może ona być nazwana etyką chroniącą każdego człowieka. Jest to etyka, której potrzebuje współczesny świat.

⁴¹ Por. G. Altner, *Ethik der Ausgrenzung und Ethik der universalen Lebenszusage. Gegensätze zwischen utilitaristischer und theologischer Ethik*, w: *Bioethik und Menschenbild bei Juden und Christen. Bewährungsfeld Anthropologie*, red. W. Kraus, Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 1999, s. 74.

Wojciech Bołoz

Rezygnacja z uporczywej terapii czy utrzymywanie życia za wszelką cenę. Punkt widzenia etyka

Śmierć jest doświadczeniem uniwersalnym, niezależnym od szerokości geograficznej i cywilizacji, w której żyją ludzie. Dlatego też refleksje ich przedstawicieli na tematy związane ze sposobem postępowania lekarskiego w chorobie śmiertelnej, postawy wobec śmierci i umierania noszą cechy podobieństwa.

Krótką historia poszukiwania dobrej śmierci

Śmierć wszędzie postrzegana jest jako zjawisko konieczne, przed którym nie można uciec, ale może być ona oczekiwana lub przedwczesna. W Chinach już w VII w. przed Chr. rozróżniano śmierć we właściwym czasie, po osiągnięciu wysokiego wieku (*shou*) oraz śmierć przychodzącą zbyt wcześnie, w młodości (*yao*)¹. Umieranie może też być mniej lub bardziej trudne, związane z cierpieniem, samotnością i opuszczeniem lub łagodne. Dlatego już V w. przed Chr. grecki poeta Kratinos stosuje przymiotnik *euthanatos* na określenie człowieka zmarłego śmiercią, która

¹ Por. W. Bauer, *Das Stirnrunzeln des Totenkopfes. Über die Paradoxie des Todes in der frühen chinesischen Philosophie*, w: *Der Tod in den Weltkulturen und Weltreligionen*, red. C. von Barloewen, Insel Verlag, Frankfurt am Main 2000, s. 309.

nastąpiła szybko i w miarę bezboleśnie. Odtąd dobra, bezbolesna i łagodna śmierć (eutanazja) była pożądana w świecie antycznym². W średniowiecznej chrześcijańskiej Europie tęsknota za dobrą śmiercią przyjęła postać *ars moriendi* (sztuki umierania), o której znanym dziełem w literaturze polskiej jest pochodzący z XV w. *Dialog Mistrza Polikarpa ze Śmiercią*. Literatura nurtu *ars moriendi* pełniła funkcję, którą dzisiaj nazwalibyśmy pedagogiką tanatologiczną. Oswajała ona z tematem śmierci i przygotowywała na jej przyjęcie. Miała charakter głównie religijny i duchowy, dlatego podkreślała, że najlepszym przygotowaniem do dobrej śmierci jest moralne życie, ponieważ stanowi ono zapowiedź religijnego zbawienia³.

Francis Bacon w dziele *De dignitate et augmentis scientiarum* (O godności i wroście nauki, 1605 r.) wprowadził określenie *eutanasia exteriore*, przez co rozumiał medycznie wspomagane, łagodne i przyjemne rozstanie się z życiem w przypadkach choroby nierokującej nadziei na wyzdrowienie⁴. Ten rodzaj eutanazji, jego zdaniem, przekracza zasadę towarzyszenia umierającemu, jawi się jako zadanie dla lekarzy, które ma obliwującą moc. Przeciwnieństwem do „eutanzji zewnętrznej” jest, według niego, inny rodzaj eutanazji polegający na duchowym przygotowaniu się do śmierci.

Problematyka ściśle eutanatyczna zaczęła być podejmowana w literaturze po opublikowaniu przez Karola Darwina dzieła *O pochodzeniu gatunków* (1859), którego konsekwencją było uznanie człowieka za jeden z elementów strumienia życia i włączenie go w naturalną ewolucję wszelkich form życia. O ile jednak Darwin wprowadził i propagował pojęcie „naturalnej selekcji” w odniesieniu do innych gatunków, to w stosunku do człowieka dopuszczał także, za E. Häcklem (1834–1920), „selekcję sztuczną”, której rzekomo domaga się cywilizacja. Według

² Por. U. Benzehöfer, *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, Verlag C.H. Beck, München 1999, s. 17.

³ Por. H.R. Kassel, *Ars Moriendi. Eine Sterbekunst aus der Sorge um das ewige Heil, w: Ars Moriendi. Erwägungen zur Kunst des Sterbens*, red. H. Wagner, Herder 1989, s. 15–44.

⁴ Por. U. Benzehöfer, *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, s. 66.

Darwina bowiem, słaby i chorowity człowiek był wśród dzikich ludzi szybko eliminowany, natomiast „my wnosimy przytułki dla idiotów, kalek i chorych. Ustanawiamy prawa chroniące biednych, a nasi lekarze oferują swoje umiejętności, aby podtrzymywać życie chorych tak długo, jak to jest możliwe”⁵.

W latach trzydziestych XX w. zostały powołane do istnienia pierwsze organizacje proeutanatyczne. W 1935 r. powstało w Wielkiej Brytanii stowarzyszenie Voluntary Euthanasia Legalization Society, a w 1938 r., wzorem angielskim, Euthanasia Society of America. Realizacji praktycznej selekcja sztuczna doczekała się dopiero w latach 1939–1945 w III Rzeszy, gdzie przymusowej eutanazji poddano około od 5 do 8 tys. dzieci i przynajmniej 90 tys. dorosłych, głównie psychicznie chorych i niepełnosprawnych.

Proces norymberski potępił niehumanitarną działalność niemieckich lekarzy w III Rzeszy, a przez to wstrzymał także refleksję nad poszukiwaniem „dobrej śmierci”, rozumianej jako eutanazja. *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* (1948) uwypukliła bowiem nienaruszalne prawo każdego człowieka do życia, którego nie można się samemu zrzec ani pozbawić go kogokolwiek przez osoby trzecie. Wyłomu w tej interpretacji praw człowieka dokonała amerykańska Society for the Right to Die, która głosiła, że człowiek posiada także prawo do decydowania o swojej śmierci, co miało być zgodne z trzema elementami amerykańskiego prawodawstwa: prawa do kontrolowania własnego ciała, prawa do prywatności i obowiązku działania na rzecz wolności⁶. Tendencja ta posiada filozoficzne afiliacje z ideami T. Hobbesa, który był pierwszym nauczycielem teorii prawa do śmierci. Twierdził on mianowicie, że człowiek ma prawo do

⁵ K. Darwin, *O pochodzeniu gatunków*, cyt. za: U. Benzehöfer, *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*, s. 79.

⁶ Por. M. Blocher, *The Right to Die?, Caring Alternatives to Euthanasia*, Moody Press, Chicago 1999, s. 92.

nieograniczonej wolności, która pozwala mu nawet na odebranie sobie życia i nikt nie może mu w tym przeszkodzić⁷.

We współczesnej praktyce medycznej i prawie medycznym zaakceptowana została zasada autonomii pacjenta, rozumiana bardziej lub mniej restrykcyjnie, co znalazło swój wyraz w powszechnie akceptowanej zasadzie *informed consent*. Obecnie trwa dyskusja, czy zasada autonomii pacjenta powinna dotyczyć tylko terapeutycznych procedur medycznych, czy też może zostać rozciągnięta na decyzje określające czas i sposób umierania, co oznacza prawo do eutanazji. Ten radykalny sposób poszukiwania dobrej śmierci jest ryzykowny, ponieważ przekreśla on nienaruszalne prawo człowieka do życia, które należy do aksjologicznego kanonu cywilizacji zachodniej. Dlatego też wielką uwagą cieszą się takie poszukiwania godnej śmierci, które ograniczają zaciekłość leczniczą i dopuszczają niepodejmowanie lub rezygnację z uporczywej terapii. Poszukiwania te bowiem są bardziej zgodne z zachodnią cywilizacją i tradycją medyczną respektującą prawo do życia.

Szczególna wartość ludzkiego życia

W przeciwieństwie do współczesnych egalitarystów, chcących zrównać wszystkie gatunki organizmów pod względem ich wartości, zdecydowana większość myślicieli świata zachodniego dostrzega prymat ludzkiego życia, ponieważ tylko człowiek wybiera cel swego życia i dąży do niego, dobierając odpowiednie środki (Arystoteles, 384–322 przed Chr.); nie jest zdeterminowany w wyborach, sam określa swoje życie i ponosi za nie odpowiedzialność (G. Pico de Mirandola, 1463–1494); może sięgać po wszystko, co najwyższe i najniższe i tym różni się od

⁷ Por. L.R. Kass, *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco 2002, s. 204.

zwierząt (Gianozzo Manetti 1396–1459). Z tych powodów życie ludzkie postrzegane jest jako wyjątkowe, którego należy bronić, za wszelką cenę.

Ponieważ życie jest tak cennym dobrem dla człowieka, dlatego istnieje ścisły obowiązek etyczny, aby je chronić i promować. Obowiązek ten dotyczy każdego człowieka i obejmuje swoim zakresem życie i zdrowie własne oraz innych ludzi, proporcjonalnie do spoczywającej na nim odpowiedzialności za to życie oraz posiadanych możliwości. Wynika z tego, że odpowiedzialność za własne życie i zdrowie oraz powierzonych nam bliskich jest większa niż za życie osób trzecich. Większa też jest odpowiedzialność osób profesjonalnie zajmujących się ochroną zdrowia za powierzonych im pacjentów.

Dystanazja – bezwarunkowa obrona ludzkiego życia

Dystanazja jest postawą akcentującą wartość życia ludzkiego, którego należy bronić za wszelką cenę. „Pacjent winien poddać się terapii bez względu na to, jak trudne do zniesienia będą środki zastosowane podczas leczenia, szczególnie wtedy, gdy medycyna może pomóc choremu”⁸. Podstawą zobowiązania do leczenia jest troska o życie i zdrowie. W średniowieczu znane są postawy nakazujące leczenie bez granic. Uzasadnienia takiej postawy bywały zróżnicowane. Posługując się dzisiejszym językiem, można powiedzieć, że zdecydowanym zwolennikiem uporczywości terapeutycznej był Antonin z Florencji (1389–1459). Obowiązek leczenia do śmierci spoczywający na lekarzu wynika, według niego, z natury zawodu lekarskiego. Uważał on, że każdy lekarz jest przyjacielem natury i dlatego nie ma prawa rezygnować z leczenia pacjenta aż do śmierci, bez oglądania

⁸ P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji etycznych*, Wyd. Rhetos, Warszawa 2006, s. 126.

się na skuteczność stosowanych terapii. Czasem bowiem zdarza się, że wbrew oczekiwaniom udaje się wyleczyć zagrożonego śmiercią pacjenta.

Obowiązek leczenia pacjenta do końca, nawet bez jego zgody, najczęściej jednak miał swoje źródło w obawie przed możliwością przyspieszenia śmierci pacjenta. Niepodejmowanie leczenia lub przerywanie na życzenie pacjenta rozpoczętej terapii wiązało się z niebezpieczeństwem spowodowania jego śmierci, co oznaczałoby zabójstwo lub samobójstwo chorego. To zaś było postrzegane jako naruszenie piątego przykazania Dekalogu, które przypisywało prawo decydowania samemu Bogu. Samobójstwo zatem i zabójstwo dla uniknięcia bólu w tym życiu uważano za większe zło, ponieważ wystawiało zainteresowanych na cierpienie po śmierci.

Przytaczając średniowieczne postawy bezwarunkowej obrony życia, należy zauważyć, że nie były one powszechne, a nawet nie dotyczyły głównego nurtu myśli chrześcijańskiej. Największe autorytety umysłowe chrześcijańskiego świata, Augustyn z Hippony i Tomasz z Akwinu, uważały, że można przerwać leczenie, jeżeli nie wyleczy ono pacjenta. W sytuacji gdy interwencja lekarska nie tylko nie chroni pacjenta przed śmiercią, ale ją przyspiesza, należy powstrzymać się od leczenia.

Leczenie do granic możliwości terapeutycznych

Medycyna w każdym okresie jej rozwoju dysponowała zróżnicowanymi możliwościami leczenia. Terapie te pochłaniały ogromne środki finansowe, często były związane z uciążliwymi zabiegami i nie przynosiły pacjentowi spodziewanej poprawy zdrowia.

Dostrzegając ten problem już Hipokrates, który w traktacie *O sztuce (lekarskiej)* postawił przed medycyną następujące zadania: „Najpierw określę, co uważam za lecznictwo. Otóż jest nim zupełne uwolnienie osób cierpiących od chorób, co do chorób zaś – złagodzenie tych ostrzejszych oraz niepodejmowanie leczenia takich chorych, którzy

zostali pokonani przez chorobę, przy pełnej świadomości tego, czemu lecznictwo nie jest w stanie poddać”⁹. Hipokrates broni lekarzy potępianych za niepodjęcie leczenia osób *pokonanych przez choroby*, uważając, że postępują oni słusznie¹⁰.

Problem obowiązku ratowania zdrowia i życia oraz ograniczonych możliwości medycyny dostrzegali także średniowieczni myśliciele. Wtedy bowiem podniesiono kwestię szczegółowych obowiązków chorego i rodziny na rzecz ratowania zdrowia. Ponieważ leczenie już wtedy bywało tak kosztowne, że mogło zrujnować ekonomicznie chorego i rodzinę, dlatego stawiano praktyczne pytanie, jak długo chory i jego rodzina mają obowiązek podejmowania takich terapii, aby chronić życie i zdrowie. Aby ułatwić zainteresowanym podejmowanie decyzji w obliczu choroby, wypracowane zostało pojęcie medycznych środków zwyczajnych i nadzwyczajnych, które powinny lub tylko mogą być zastosowane celem przywrócenia zdrowia i uratowania życia.

Po raz pierwszy rozróżnienie leczniczych *środków zwyczajnych i nadzwyczajnych* wprowadził hiszpański moralista Domingo Banez (1528–1604). Komentując wypowiedzi św. Tomasza z Akwinu na temat obowiązku troski o życie i zdrowie, stwierdził on: „Chociaż człowiek winien zachować swe własne życie, nie jest zobowiązany posługiwać się środkami nadzwyczajnymi, ale pospolitym pożywieniem i odzieniem, zwyczajnymi lekarstwami, znosić jakiś przeciętny i zwyczajny ból, nie zaś znosząc nadzwyczajny i straszny ból ani ponosząc nadzwyczajne koszty w stosunku do swojego statusu społecznego”¹¹. Wprowadzone przez Baneza rozróżnienie nie straciło swojej aktualności do dzisiaj, z tym jednak zastrzeżeniem, że samo pojęcie *środków zwyczajnych i nadzwyczajnych* zmienia się wraz z rozwojem cywilizacyjnym i medycznym. Niektóre środki medyczne, które

⁹ Hipokrates, *O sztuce (lekarskiej)*, w: tenże, *Wybór pism*, tłum. i red. M. Wesoły, Prószyński i Ska, Warszawa 2008, t. 1, s. 106.

¹⁰ Por. tamże, s. 110.

¹¹ Cyt. za: P. Aszyk, *Granice leczenia. Etyczny problem odstąpienia od interwencji etycznych*, s. 46.

dawniej uchodziły za nadzwyczajne, dziś są już zwyczajnymi, ponieważ są ogólnie dostępne lub rozwój technik medycznych pozbawił je związanych z nimi bólu i ryzyka. Pojęcie to może zmieniać się także w zależności od warunków miejscowych, od zamożności i poziomu rozwoju danego kraju.

Istnieją jednak obiektywne kryteria pozwalające zaliczyć dany środek do odpowiedniej klasy. I tak za środek zwyczajny uważa się taki sposób leczenia, który: 1) jest dostępny finansowo większości ludzi danego kraju; 2) nie powoduje nadmiernych, zbyt długich cierpień chorej osoby; 3) daje prawdopodobieństwo wyleczenia.

Drugi element – zbyt wielkie i długie cierpienie – jest dziś w znacznej mierze nieaktualny, ze względu na rozwiniętą anestezjologię, która umożliwia opanowanie bólu przy pomocy środków znieczulających. Jednak i dzisiaj pacjent bywa poddawany uciążliwym zabiegom, które w konsekwencji przynoszą mu wiele cierpienia. Ze względu na wartość zdrowia i życia, każdy człowiek zobowiązany jest do stosowania zwyczajnych środków umożliwiających mu powrót do zdrowia i do zachowania życia. Kto by świadomie odrzucił te środki, działałby w sposób nieodpowiedzialny w tak ważnej dziedzinie, jaką są wartości witalne.

Za nadzwyczajny natomiast uważa się taki środek leczniczy, który: 1) jest bardzo drogi, tj. przerasta możliwości finansowe chorego, rodziny oraz zwykłe usługi świadczone przez społeczną służbę zdrowia; 2) może pozostawić poważne i niekorzystne skutki organiczne lub psychiczne (np. operacja mózgu może wywoływać stałe zaburzenia czynności psychicznych); 3) daje małą szansę wyleczenia. Korzystanie z takich nadzwyczajnych środków leczniczych jest prawem chorego, ale nie obowiązkiem. Nikt jednak nie jest moralnie zobowiązany do ratowania swojego zdrowia i życia przy ich zastosowaniu¹².

¹² Por. J. Visser, *Theologia moralis secundum doctrinam S. Alfonsi de Liguorio*, Marietti 1956, t. 1, s. 528–529.

Zmodyfikowane rozróżnienie na lecznicze środki zwyczajne i nadzwyczajne stosowane jest aktualne w obszarze katolickiej myśli etycznej, a nawet w oficjalnych dokumentach Kościoła katolickiego. Obecnie zwraca się uwagę na obiektywne i subiektywne kryteria oceny. „Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości. Kryteria subiektywne: konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Kryterium podstawowym tego rozróżnienia jest proporcja pomiędzy środkami i celem, który przy ich pomocy chce się osiągnąć”¹³.

Spółeczna służba zdrowia ma obowiązek zapewnić każdemu zwyczajne środki lecznicze. Byłoby rzeczą niegodziwą, gdyby dla nielicznych stosowano środki nadzwyczajne, skutkiem czego brakowałoby środków zwyczajnych dla większości obywateli. Wydaje się jednak, że w niektórych przypadkach byłoby uzasadnione wziąć pod uwagę osobę chorą i zastosować względem niej środki nadzwyczajne na koszt społecznej służby zdrowia. Użycie takich środków byłoby uzasadnione np. w przypadku chorej matki małych dzieci. Należy jednak przyjąć ogólną zasadę, że nie ma podziału na życie ludzkie bardziej i mniej godne istnienia. Niestety, z racji ograniczonej dostępności środków w społecznej służbie zdrowia, lekarze muszą dokonywać dramatycznych wyborów, komu przydzielić taki lub inny aparat, który może choremu uratować zdrowie, a nawet życie.

¹³ Por. Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających* (27 VII 1981), nr 2.4.2, w: *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Wydawnictwo Biblos, Tarnów 1998, s. 441.

Ortotanazja – synteza etyczna szacunku dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci

Termin *ortotanazja* został użyty po raz pierwszy w 1950 r. przez doktora Boskana di Liegi. Oznacza on nową kulturę umierania, umożliwiającą godne przeżywanie śmierci. Prof. Kick, wykładowca w Harvardzie, proponował, aby rzeczywistość tę określać mianem *benemortasia*¹⁴. Sformułowanie to jednak jest dosłownym łacińskim odpowiednikiem „eutanazji” i mogłoby stać się przyczyną nieporozumień, więc zostało odrzucone. O ortotanazji można mówić dopiero wtedy, gdy są spełnione następujące warunki:

- 1) umierający otoczony jest opieką medyczną, aby mu ulżyć w cierpieniu i przedłużyć jego życie;
- 2) śmierć człowieka postrzegana jest jako wydarzenie osobowe;
- 3) umierającemu umożliwia się przeżycie śmierci w sposób świadomy i godny;
- 4) umierający ma zapewnioną opiekę religijną;
- 5) umierający ma zapewnioną terapię przeciwbólową¹⁵.

W tak rozumianej ortotanazji zawarta jest synteza etyczna szacunku dla ludzkiego życia i prawa do godnej śmierci człowieka, ponieważ godność człowieka domaga się również, „by mógł on zakończyć swoje życie, na ile to możliwe, zachowując integralność swojej osobowości i integralność związków, które łączą go z otoczeniem, a przede wszystkim z rodziną”¹⁶.

Warunkiem „godnej śmierci” jest także rezygnacja z tzw. „uporczywej terapii”, czyli stosowania uciążliwych i kosztownych zabiegów

¹⁴ Por. M. Vidal, *Eutanazja wyzwaniem dla sumienia*, w: *Nadzieje i zagrożenia współczesnej rodziny*, red. W. Kawecki, Kraków 1995, s. 170.

¹⁵ Por. tamże, s. 172.

¹⁶ Papieska Rada Cor Unum, *Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających*, nr 2.2.2.

medycznych, które nie rokują właściwych skutków. „Jest to sprzeczne z godnością umierającego i zadaniem moralnym przyjęcia śmierci oraz pozwoleniem na jej naturalny przebieg. Śmierć jest nieuniknionym faktem życia ludzkiego; nie można opóźnić jej bezużytecznie, chroniąc się przed nią za wszelką cenę”¹⁷. Rezygnacja z nadzwyczajnych i nieproporcjonalnych środków medycznych nie może być uważana za samobójstwo, ale za przyjęcie naturalnej śmierci¹⁸. Decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii powinien podjąć chory. W przypadku zaś jego niezdolności do odpowiedzialnego działania decyzja ta leży w kompetencji osób działających dla dobra pacjenta¹⁹.

W sytuacji zatem, „gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach”²⁰, bowiem pokarm i napój, podawane także sztucznie, należą do normalnych zabiegów zawsze należnych choremu, jeśli nie są ciężarem dla chorego; ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję²¹.

Rezygnacja z uporczywej terapii²² wymaga respektowania jednak określonych zasad:

1. Rezygnacja z uporczywej terapii może polegać na odmowie jej włączenia lub zaprzestania podjętych procedur.

¹⁷ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 119.

¹⁸ Por. tamże, nr 65.

¹⁹ Por. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, 2278.

²⁰ Jan Paweł II, *Encyklika „Evangelium vitae”*, nr 65.

²¹ Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, nr 120.

²² Definicja uporczywej terapii wypracowana przez uczestników II Seminarium Ekspertów w ramach projektu *Granice terapii medycznych*, dnia 29 VI 2008 r.: „Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta.

2. Uzasadnieniem rezygnacji z uporczywej terapii jest zapewnienie naturalnej i godnej śmierci umierającemu.
3. Celem rezygnacji z uporczywej terapii nie jest skrócenie życia chorego, ale nieprzedłużanie umierania i opóźnianie nieuchronnej śmierci.
4. Nadzwyczajny i nieefektywny charakter środków medycznych ma charakter obiektywny, uwarunkowany jest aktualnym stanem rozwoju medycyny i poziomu ekonomicznego kraju.
5. Nieproporcjonalne koszty osobowe uporczywej terapii uwarunkowane są osobowością chorego, jego wrażliwością i odpornością na ból i cierpienie.
6. Rezygnacja z uporczywej terapii jest autonomiczną decyzją chorego, który został dobrze poinformowany o stanie swojego zdrowia i zbliżającej się śmierci.
7. Gdy chory nie może osobiście wyrazić swej woli, pełnomocnik chorego przekazuje lekarzowi opinię o uporczywej terapii, zgodnie z wyrażoną wcześniej postawą chorego.
8. Decyzja lekarza o rezygnacji z włączenia lub o zaprzestaniu uporczywej terapii może być podjęta po osiągnięciu przez chorego stanu krytycznego, przewidzianego przez scenariusz umierania w danej chorobie.
9. Nawadnianie i odżywianie traktowane jest jako podstawowe działania pielęgnacyjne. Ich zaprzestanie może być spowodowane wyłącznie obiektywnym dobrem chorego, wtedy, gdy ich stosowanie ma znamiona uporczywości terapeutycznej²³.

Kończąc te rozważania nad granicami leczenia, warto odwołać się do przemyśleń niedawno zmarłego wybitnego polskiego lekarza, prof. Andrzeja Szczeklika. Uważał on, że nic nie buduje lepiej zaufania i bezpieczeństwa między lekarzem i pacjentem jak głębokie przekonanie

²³ Por. W. Bołoz, *Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja prawa człowieka umierającego*, „Medycyna paliatywna w praktyce”, t. 2 (2008) nr 3, s. 84.

społeczne, że lekarz do końca będzie bronił dobra pacjenta, jego zdrowia i życia, jego godności. Dlatego Profesor odwołuje się do przekonania, że lekarz jest depozytariuszem, ostatnim depozytariuszem ludzkiej godności, któremu pacjent zawiera swoje zdrowie, życie, swoje człowieczeństwo. I to jest powód, dla którego Profesor uważa, że lekarz nie może być opłaconym pomocnikiem w zadawaniu śmierci, nie może dokonywać eutanazji czy wspierać samobójstwa. „Zwolennik eutanazji i wspieranego samobójstwa opiera swój pogląd na przekonaniu o niepodważalności rozpoznania postawionego przez lekarza. Gdybyś ty wiedział, miły Czytelniku, ile razy ja się w swoim wyrokowaniu lekarskim myliłem! Ile razy – bywało w ciągu roku! Gdyby śmierć miała zależeć od mojego osądu lekarskiego (wspartego – zapewne zgodnie – przez grupę pokrewnych specjalistów), ileż mniej ludzi chodziłoby dziś po ziemi!”²⁴.

²⁴ A. Szczeklik, *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Wyd. Znak, Kraków 2009, s. 100.

Małgorzata Krajnik

Umieranie jako diagnoza – zasady wyboru optymalnego postępowania lekarza opiekującego się umierającym

Wprowadzenie: podejmowanie decyzji medycznych

W dzisiejszych czasach w krajach rozwiniętych tylko kilka procent ludzi umiera z powodów nagłych, niespodziewanych. Zdecydowana większość umrze w wyniku chorób przewlekłych lub postępującego latami zniedołężnienia. Można by sądzić, że w takim razie najczęściej jest czas i możliwość, aby obserwując chorego i przebieg jego chorowania, trafniej wnioskować, czy zbliża się on do swojego umierania. Mowa tutaj o prognozowaniu. Już w 1934 r. Hutchinson [1] wymieniał trzy podstawowe umiejętności kliniczne w medycynie: stawianie diagnozy, leczenie i prognozowanie. Gwałtowny rozwój metod terapeutycznych i diagnostycznych przysłonił znaczenie prognozowania, tym bardziej że obraz naturalnej historii postępu choroby „skomplikował się” właśnie przez różnego typu interwencje medyczne. Rzadko też lekarze uczeni są tej umiejętności, tak jakby była ona mniej istotna. Medycyna paliatywna próbuje przeciwstawić się tej tendencji. *Oxford Textbook of Palliative Medicine* przypomina, że prognozowanie w przypadku chorób ograniczających przeżycie ma podstawowe znaczenie z wielu powodów [2]. Chory i jego bliscy, dzięki prawdziwym informacjom uzyskanym od lekarza, będą mogli zastanowić się nad tym, co jest dla nich ważne, jakie są ich cele,

realne nadzieje, sprawy i zadania do wypełnienia. Chory będzie miał szansę wejść w proces „dojrzewania” do umierania i podsumowania swojego życia. Lekarz i chory wspólnie będą mogli ustalić plan działania, optymalny ze względu na sytuację kliniczną chorego, jak i na jego priorytety. Mowa tu o procesie (bo w chorobach przewlekłych ograniczających życie powinien to być proces) i trudzie podejmowania decyzji co do wyboru postępowania, które jest w jak najlepszym „interesie chorego”. Ten obustronny trud (przy czym obie strony mają być „po tej samej stronie”!) zdefiniowania i zastosowania optymalnego dla chorego w obecnej jego sytuacji leczenia i opieki to pewnego rodzaju negocjacje. Negocjacje pomiędzy tym, co jest w głowie lekarza, a tym, co jest w sercu chorego. To, co w głowie lekarza, można by przedstawić w taki sposób: lekarz jeszcze nie usiadł do rozmowy z chorym, zna tylko jego dokumentację, wyniki badań. Zastanowił się, jakie są rekomendacje co do sposobu postępowania, jakie możliwe metody, może przedyskutował je ze swoimi kolegami. Ma też świadomość co do etapu chorowania swojego pacjenta i potrudził się o prognozowanie. To, co w sercu chorego – to on sam jako człowiek niepowtarzalny, zasługujący na szacunek, wolny i mający prawo do wolności decyzyjnej, ze swoją jedyną na świecie historią życia, emocjami, ludźmi wokół, lękami i nadziejami. Te dwie strony (będące „po tej samej stronie”) muszą się wzajemnie wysłuchać i usłyszeć. Czyli w procesie szukania i podejmowania optymalnych rozwiązań konieczna jest dobra komunikacja pomiędzy lekarzem a chorym i czas przeznaczony na tę komunikację. Przy czym pełna odpowiedzialność za skuteczność komunikacji spoczywa na lekarzu. Musi on nie tylko zadbać o dobre spotkanie (spokój, czas, warunki intymności, sposób przekazywania informacji i słuchania chorego, wsparcie emocjonalne itd.), ale upewnić się, że chory to usłyszał i dobrze zrozumiał (zasada: ATA, czyli *ask-tell-ask*). Co więcej, lekarz musi się też upewnić, że on sam dobrze zrozumiał chorego! Medycyna paliatywna podsuwa tutaj różnego typu pomocne narzędzia. Jedno z nich to pytanie otwarte

z nurtu Terapii Wzmacniającej Godność Chorego, tzw. *The Patient Dignity Question* (PDQ), które lekarz stawia sam sobie podczas każdego etapu leczenia i opieki nad chorym: „Co powinienem wiedzieć o Tobie jako o osobie, aby móc Ci jak najlepiej pomóc?” (*What do I need to know about you as a person to give you the best care possible?*) [3, 4]. Okazuje się, że to proste pytanie ułatwia identyfikowanie czynników i uwarunkowań istotnych w planowaniu i prowadzeniu leczenia, które, o ile lekarz nie zada sobie tego pytania, same „nie przychodzą mu do głowy”.

Czyli w procesie podejmowania decyzji medycznych istotny jest wkład lekarza i chorego oraz komunikacja pomiędzy nimi. Jest jeszcze szereg innych czynników pomagających lub utrudniających wybór optymalnej terapii. Na przykład: naciski ze strony innych osób (rodzina), dostępność metod, obciążenie finansowe, emocje lekarza (czyli nie „głowa”), rutyna („w karetce zawsze reanimujemy”), bezmyślność.

Powróćmy jednak do zasadniczej kwestii, jaką są rozważania na temat uporczywej terapii. Definicja wprost określa, że ta terapia nie jest „w najlepszym interesie” chorego, ponieważ jedynie przedłuża jego umieranie i wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta [5]. A jednak jest stosowana, i to często, zwłaszcza w warunkach szpitalnych. Tu od razu należy dodać, że istnieje wyjątek od tej definicji, czyli sytuacja, gdy to, co nam wydaje się uporczywą terapią, może być w interesie chorego. Dzieje się to wtedy, gdy chory dobrze znający i rozumiejący swoją realną sytuację, prosi mimo to o leczenie, które w naszej ocenie jest uporczywe, z powodów, które są dla niego bardzo ważne, nadrzędne. Lekarz ma obowiązek upewnić się, że ta prośba nie wynika z faktu, że chory został okłamany co do swojej sytuacji, czy w ogóle jej nie zna, nie rozumie lub ją wypiera. Musi postarać się usłyszeć racje chorego (na przykład, że za wszelką cenę chce doczekać przyjazdu z zagranicy swojego dziecka). Musi rozważyć, czy możliwe jest zastosowanie/kontynuacja terapii, czy nie jest ona szkodliwa, sprzeczna z wiedzą medyczną, z jego sumieniem.

Ta problematyka została bardziej szczegółowo omówiona w innym rozdziale tej książki: *Gdy chory nalega, aby kontynuować uporczywą terapię...*

Natomiast w dalszej części przyjrzymy się temu, co obecnie uważa się za optymalne leczenie/opiekę nad umierającym i jak należy się do tego przygotować, aby nie narażać chorych w okresie umierania na postępowanie niebędące w ich „najlepszym interesie”.

Prognozowanie: trajektorie zbliżania się do śmierci

Koncepcja trajektorii zbliżania się do śmierci pomaga w przyjrzeniu się sytuacji chorego w odniesieniu do przebiegu jego chorowania [6]. Lekarz nie tylko skupia się na rozwiązywaniu obecnych problemów medycznych chorego, ale stara się je odnieść do całej historii chorowania, próbując zdefiniować, w jakim okresie chory się znajduje i jak to może przebiegać dalej. Uświadomienie sobie, że nieuchronnie chory zbliża się do swojego umierania zdecydowanie pomaga (a przynajmniej powinno) w procesie urealniania celów leczenia/opieki. Trzeba zadać sobie pytanie, czy celem realnym jest jeszcze wyleczenie chorego, czy jest to już niemożliwe? Czy też celem głównym staje się troska o jego komfort i jakość życia? I co w tym miejscu, w jakim znajduje się chory, może być optymalnym sposobem postępowania?

Rycina 1. przedstawia w sposób uproszczony cztery różne trajektorie zbliżania się do śmierci [6]. W przypadku konkretnego chorego trajektoria często jest wypadkową tych „wzorcowych”, dlatego że chory może cierpieć z powodu licznych chorób, które mają różne trajektorie oraz ze względu na wpływ wyboru różnych terapii. Na przykład implantowanie defibrylatora/kardiowertera lub zastosowanie mechanicznego wspomaganie serca zmienia przebieg umierania. Śmiertelny uraz czy nagła śmierć sercowa to przykłady pierwszej

trajektorii (Rycina 1A). Kolejne trzy odzwierciedlają już przewlekłe chorowanie na choroby nieuleczalne, czyli takie, które nie dają uzasadnionej nadziei na wyleczenie i które doprowadzą do przedwczesnej śmierci. Pierwsza z tych trajektorii obrazuje postępujące pogarszanie się stanu chorego z przyspieszonym końcowym okresem pogorszenia (fazą terminalną) kończącym się śmiercią (Rycina 1B). Tak często wygląda przebieg choroby nowotworowej, której nie daje się wyleczyć. Zwykle stopniowo postępuje osłabienie, a w ostatnim okresie (średnio kilku miesięcy) przed śmiercią widoczne jest przyspieszenie ograniczenia aktywności. Ta widoczna faza terminalna zarówno dla opiekunów medycznych, jak i dla samego pacjenta i jego rodziny bywa odbierana jako zapowiedź zbliżającej się nieuchronnie śmierci. W pewnym sensie „ułatwia” to podejmowanie decyzji medycznych oraz zwiększa szansę, że chory, i jego bliscy będą mogli przygotować się do umierania i śmierci. Należy jednak pamiętać, że chory, pomimo optymalnego wsparcia, może nigdy nie zaakceptować nieuchronności swojej śmierci.

Śmierć chorego na nowotwór może być skutkiem samej choroby nowotworowej, powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym, ale także innych niezwiązanych z rakiem zaburzeń [7]. Śmierć spowodowana bezpośrednio chorobą nowotworową w połowie przypadków wynika z zakażeń, np. z zapalenia płuc. Kolejną bezpośrednią przyczyną śmierci w chorobie nowotworowej są niewydolności narządowe. Wynikają one z obturacji masami guza, zastąpienia zdrowej tkanki naciekami nowotworowymi albo są konsekwencją zawałów jako powikłań zatorowo-zakrzepowych. Kolejnym czynnikiem prowadzącym do śmierci jest wyniszczenie nowotworowe i jego skutki, takie jak immunosupresja, ograniczenie aktywności fizycznej i osłabienie mięśni oddechowych, co zwiększa ryzyko zapalenia płuc. Pacjent może też umrzeć w wyniku powikłań zakrzepowo-zatorowych, które są konsekwencją zaburzeń krzepliwości, ograniczonej ruchomości czy też bezpośredniego wpływu guza uciskającego na naczynia żyłne lub

rozwijającego się w świetle naczyń. Śmierć może też nastąpić w obrazie masywnego krwotoku, w wyniku zaburzeń krzepnięcia i fibrynolizy lub zespołu wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, małopłytkowości (np. w naciekaniu szpiku) albo też nacieczenia naczyń krwionośnego przez guz. Inne przyczyny bezpośrednio prowadzące do śmierci to zaburzenia metaboliczne (hiperkalcemia, hiponatremia, hipoglikemia), wzrost ciśnienia śródczaszkowego, tamponada lub zawał serca oraz nagła śmierć sercowa. Jak widać, w końcowym okresie życia u chorych na nowotwory mogą wystąpić różne wydarzenia, będące bezpośrednią przyczyną śmierci [7]. Jeśli lekarz będzie skoncentrowany jedynie na „naprawianiu” kolejnych zaburzeń i nie odniesie tego, co się dzieje, do sytuacji chorego, nie zastanowi się (a powinien to już zrobić wcześniej, i to razem z chorym), co jest w jego „najlepszym interesie”, wtedy ryzyko stosowania uporczywej terapii jest największe. Kolejna trajektoria zbliżania się do śmierci to postępujące pogarszanie się stanu chorego przerywane nagłymi incydentami zaostrzeń [Rycina 1C] [2, 6]. Nieraz ratuje się chorego z wielu ostrych załamań, aż jedno z nich okaże się tym końcowym. Wydaje się, że taki obraz charakteryzuje zbliżanie się do śmierci w przebiegu AIDS, POChP czy niewydolności serca. Tutaj faza terminalna i przewidywanie śmierci jest trudniejsze do określenia. Odnieśmy to do pacjentów z niewydolnością serca [8]. Chory może umrzeć albo w mechanizmie nagłego zgonu sercowego, albo z powodu postępującej dysfunkcji serca jako pompy, lub też z różnych przyczyn niekardiogennych. Obecnie zmniejszyło się prawdopodobieństwo pierwszego scenariusza ze względu na częstsze wszczepianie kardiowerterów-defibrylatorów (ICD), zabezpieczających chorych przed przedwczesną śmiercią w przebiegu zaburzeń rytmu. Niewątpliwie przedłuża to życie, ale zmienia także scenariusz umierania. Bardziej prawdopodobne staje się umieranie z powodu przyczyn współistniejących lub z dysfunkcji serca jako pompy. W tym ostatnim obrazie stopniowe pogarszanie się stanu chorego bywa przerywane ostrymi epizodami (np. obrzękiem płuc), z których

jeden okazuje się końcowym. Te nagłe załamania stanu zdrowia wiążą się z hospitalizacją i intensywnym leczeniem. Moment śmierci jest często nieprzewidywalny, przygotowanie chorego i bliskich do nieuchronności i bliskości śmierci częściej zaburzone niż w chorobach nowotworowych. Trudniej jest podejmować decyzję o odstępowaniu czy niewdrażaniu terapii, większe są dylematy etyczne. W tej trajektorii szczególnie widać, jak nowoczesna medycyna, ratując życie chorego (do pewnego momentu) i przedłużając je, może zarazem utrudniać przygotowanie do śmierci i jej akceptację.

I ostatnia trajektoria (Rycina 1 D) długotrwałego, postępującego pogarszanie się stanu chorego. Taki obraz postępującego zniedołężnienia, ograniczania aktywności fizycznej i/lub poznawczej jest drastycznie widoczny na przykładzie chorych z chorobą Alzheimera lub z otępieniem na podłożu zmian miażdżycowych. Mogą oni umrzeć na skutek infekcji, powikłań sercowo-naczyniowych albo też przyczyn jatrogennych. Warto pamiętać, że ciągle niedostrzeganym scenariuszem prowadzącym do śmierci w tej grupie chorych są skutki urazów w wyniku złego traktowania.

Trajektorie, pomimo że są dużym uproszczeniem, pomagają w „planowaniu naprzód”, w przewidywaniu problemów, w zaplanowaniu modelu optymalnej opieki nad chorym i w procesie przygotowywania się do umierania i śmierci.

Warto podkreślić znaczenie tego przygotowania. Jest to zgodne z filozofią opieki paliatywnej, która promuje afirmację życia przy akceptacji nieuchronnej śmierci jako naturalnego procesu. W przełożeniu na praktykę kliniczną oznacza to, że jednym z dwóch głównych celów postępowania lekarza (i innych członków zespołu) opiekującego się chorym jest dbałość o jak najlepszą jakość życia, którym chory żyje w tej chwili. Oznacza to satysfakcjonujące łagodzenie objawów, zadbanie o atmosferę bezpieczeństwa, zaufania i słuchania, wsparcie psychologiczne, społeczne i duchowe, starania, by chory, jeśli chce, mógł być twórczy (muzykoterapia, terapia sztuka). To wszystko ma

służyć jak najlepszemu przeżywaniu każdej chwili życia przez chorego. Drugim głównym celem, jednoczasowym z poprzednim, jest pomoc w jak najlepszym przygotowaniu się do śmierci, do której nieuchronnie chory się zbliża [9]. Warto pamiętać, że zadowalające leczenie objawów czy wsparcie psychiczne, duchowe czy społeczne jest nie tylko realizacją tego pierwszego celu (jakości życia), ale i drugiego. Przez taki sposób odpowiednio wczesnego działania zmniejszamy ryzyko nasilania się dolegliwości i problemów w okresie umierania. Niewątpliwie przygotowywaniem do umierania będzie proces „planowania naprzód” z chorym (w wielu krajach sformalizowany jako pisemne przedterminowe polecenia i/lub wyznaczenie medycznego pełnomocnika). W Polsce nie ma jeszcze takich możliwości respektowanych prawnie. Nie zwalnia to lekarza ze starań i troski o to, aby jak najlepiej zrozumieć swojego chorego – wspomniane już pytanie (PDQ): „Co powinienem wiedzieć o Tobie jako o osobie, aby móc Ci jak najlepiej pomóc?”. Lekarz powinien porozmawiać z chorym, gdzie chciałby być, co chciałby zrobić, co jest dla niego najważniejsze, czego nie chciałby, aby mu robiono itd. Wszystko to służy zaplanowaniu postępowania w okresie umierania, prowadzonego w jak „najlepszym interesie” chorego i unikaniu uporczywej terapii. Aspektem praktycznym przygotowywania się do umierania chorego będzie także zastanowienie się lekarza nad tym, jaki jest najbardziej prawdopodobny scenariusz umierania, jakich problemów można się spodziewać, a jakich da się uniknąć, na przykład, jeśli prawdopodobny jest scenariusz śmierci w przebiegu ostrej nasilonej duszności (z obturacji dróg oddechowych w wyniku krwawienia do guza przytchawiczego prowadzącego do jego nagłego powiększenia). Nieprzygotowanie się do takiego przebiegu umierania spowoduje, że albo chory będzie cierpiał, albo będą stosowane metody postępowania niekoniecznie w „najlepszym interesie” chorego, a za to spełniające kryteria uporczywości terapeutycznej. Ponadto, cel, jakim jest pomoc choremu w przygotowaniu się do śmierci, powinien też przejawiać

się w trosce o stworzenie warunków umożliwiających choremu dojście do akceptacji, że będzie umierać (o ile to możliwe); w pomocy w osiągnięciu ważnych celów (czasem realizacja marzeń, na które dotychczas nie miał czasu), w pojednaniu (z Bogiem, z bliskimi, ze sobą), przebaczeniu czy podsumowaniu swojego życia.

Okres umierania – rekomendacje dotyczące optymalnej opieki nad umierającym

Ważne jest postawienie diagnozy, że chory jest w fazie agonalnej. Nie jest to wcale łatwe. Trochę ułatwione zadanie ma lekarz, który opiekował się do tej pory chorym, widział jego przebieg chorowania i wejścia w fazę terminalną. Więcej doświadczeń i badań w tym zakresie pochodzi z obserwacji chorych na chorobę nowotworową. Większość „objawów fazy umierania” rozwija się w chorobie nowotworowej stopniowo. Natomiast jeśli pojawiają się nagle, należy pomyśleć o przyczynach potencjalnie odwracalnych, takich jak np. krwawienie, zakażenie czy hiperkalcemia, i wdrożyć odpowiednie działanie przyczynowe.

W okresie ostatnich godzin/dni obserwuje się [9, 10, 11]:

- ogromne osłabienie (chory leży w łóżku, trzeba mu pomóc we wszystkim);
- senność (chory przesypia większość czasu);
- problemy z połykaniem (pije płyny małymi łykami, nie połyka tabletek); najczęściej trzeba zmienić drogę podawania leków z doustnej na podskórną;
- coraz krótsze okresy uwagi;
- może dochodzić do nietrzymania moczu i stolca lub retencji moczu (utrata kontroli zwieraczy); stopniowo zmniejsza się objętość oddawanego moczu;

- mogą pojawić się tzw. rzężenia umierającego jako skutek gromadzenia się śliny w tylnej części gardła z powodu niemożności jej przełykania;
- skóra jest coraz zimniejsza, lepka w dotyku, może pojawiać się sińca na kończynach i wokół ust;
- oddechy są płytsze, wolniejsze, zmienne w amplitudzie (często jako oddech Cheyne-Stokesa);
- tętno coraz słabiej wyczuwalne, szybkie;
- niższe ciśnienie tętnicze niezwiązane z hipowolemią;
- utrata zdolności do zamknięcia oczu (zapadnięcie gałek ocznych, niemożność domknięcia powiek);
- rozluźniają się mięśnie twarzy i nos staje się „dominujący”;
- widzenie osób zmarłych – jest to część tzw. *Nearing Death Awareness*, czyli doświadczeń/przeżyć chorego, które pomagają mu zaakceptować śmierć; nieraz mogą mieć miejsce wiele dni, tygodni przed umieraniem; uwaga – chory jest w pełni świadomy! Lekarz musi wykluczyć, że nie są to halucynacje [12, 13];
- ostatecznie dochodzi do zatrzymania czynności układu krążenia oraz oddechowego i zaniku odruchu rogówkowego.

W wielu krajach europejskich przyjęto wytyczne opieki nad umierającymi; wśród nich jednym z najpopularniejszych jest dokument: *Liverpool Integrated Care Pathway for the Dying Patient* (LCP) [Tabela 1] [10]. Przestrzeganie zasad LCP ma zapewnić optymalną opiekę nad umierającymi przebywającymi w różnych miejscach, przede wszystkim w szpitalach. W pierwszym okresie LCP spotkało się z ogromną krytyką i lękami ze strony opinii publicznej (przede wszystkim w Wielkiej Brytanii). Związane to było w dużej mierze z nadużyciami pod postacią zbyt pochopnego stawiania diagnozy umierania i to przez niedoświadczonych lekarzy, automatycznego i bezmyślnego odstawiania różnych metod leczenia, braku monitorowania itd. W związku z tym wprowadzono uściślenia do LCP – np. to, że rozpoznanie umierania stawia doświadczony lekarz specjalista, po dyskusji w zespole (rola

pielęgniarki) i uważnym wykluczeniu przyczyn potencjalnie odwracalnych; że lekarz weźmie pod uwagę, że czasem stan chorego może się nawet poprawić – prawdopodobnie na skutek odstawienia większości z dotychczas stosowanych leków! W związku z tym ta ocena musi być prowadzona ciągle, postępowanie modyfikowane itd.

Podsumowując, właściwe postępowanie lekarza w okresie umierania jego chorego to:

- rozpoznanie umierania (wykluczenie przyczyn odwracalnych) i ciągła ocena tej sytuacji;
- zaprzestanie stosowania leków/procedur nieistotnych; odstąpienie od terapii uporczywych; powinno się to omówić z chorym/bliskimi wcześniej, w okresie zbliżania się do umierania;
- włączenie leczenia łagodzącego objawy (np. analgetyki, anksjolityki, leki przeciwwymiotne, leki zmniejszające duszność);
- upewnienie się co do właściwej drogi podawania leków;
- upewnienie się, czy zalecono leki „w razie potrzeby”;
- regularna ocena objawów;
- przygotowanie na możliwość wystąpienia sytuacji kryzysowych;
- w przypadku opornych na leczenie objawów fizycznych prowadzących do ogromnego cierpienia w okresie umierania rozważenie sedacji paliatywnej, o ile jest zgodna z życzeniem chorego (istnieją dokładne protokoły warunkujące zastosowanie tego typu postępowania w wybranych przypadkach; warto poprosić o konsultację specjalistę medycyny paliatywnej);
- dbałość o dobrą komunikację z chorym (jeśli możliwa) i z bliskimi;
- monitorowanie, czy spełniane są potrzeby psychiczne i duchowe chorego i jego bliskich;
- opieka nad rodziną po śmierci chorego (np. sposób powiadomienia o śmierci ich bliskiego; umożliwienie im i danie czasu na pożegnanie się ze zmarłym (modlitwę, pobycie ze zmarłym) także w warunkach szpitalnych).

W ostatnich latach bardzo wiele mówi się o jakości życia naszych chorych. Dobrze by było, aby równie „modne” stało się badanie jakości umierania. Jedno z najbardziej uproszczonych narzędzi takiej oceny stosowanych w medycynie paliatywnej (*The Quality of Dying Apgar*) wyraźnie wskazuje, że stosowanie uporczywej terapii (z wyjątkiem sytuacji, gdy dzieje się to na wyraźną prośbę chorego mającego swoje nadrzędne racje, o czym była mowa wyżej) i przeciąganie agonii jest jednym z podstawowych parametrów warunkujących niską jakość umierania [Tabela 2] [14].

Wnioski

Czy rolą lekarza jest walka ze śmiercią za wszelką cenę także w sytuacji, gdy ta śmierć jest nieuchronna i bliska? Czy naprawdę można traktować uporczywą terapię jako postępowanie w „najlepszym interesie” chorego? Z całym przekonaniem można powiedzieć, że nie. Świadczy o tym choćby trud wypracowywania rekomendacji co do właściwego leczenia i opieki nad umierającymi.

Rolę lekarz, który ocenia, że jego chory zbliża się nieuchronnie do śmierci, widzę w ten sposób:

- podejmuje on działania, aby łagodzić objawy i rezygnuje z pewnych działań, przyzwalając na naturalną nieuniknioną śmierć;
- dba o jakość życia, którym chorym żyje obecnie, ale i pomaga w przygotowaniu do śmierci, która jest nieunikniona i coraz bliższa;
- ma świadomość, że nie tylko powinien zadbać o bezpieczeństwo umierania chorego, ale dać przestrzeń na wzrastanie pod koniec życia;
- bierze sobie do serca to, że umożliwienie spokojnego umierania jest jednym z jego celów i „sukcesów” lekarskich.

Piśmiennictwo

1. Hutchinson R. Prognosis. *Lancet* 1934, 226:697–8.
2. Glare P. et al. Predicting survival in patients with advanced disease. W: Hanks G. et al. (red.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Oxford University Press, USA; 4 edition, 2011, s. 81–110.
3. Chochinov i wsp. Dignity therapy: A novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol.* 2005;23(4):5520–5525. doi: 10.1200/JCO.2005.08.391.
4. <http://dignityincare.ca/en/toolkit.html>
5. Bołoz W., Krajnik M. (Przewodniczący) oraz członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia: Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. W: „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, nr 2/2008, s. 77–78.
6. Lynn J. Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA* 2001;285: 925–932.
7. Hoskin P., Makin W. *Oncology for Palliative Medicine*. Wyd. 2. Oxford University Press 2003.
8. Sobański P., Krajnik M., Opolski G. (red.). *Opieka paliatywna w niewydolności serca*, ViaMedica, Gdańsk 2011.
9. Krajnik M. Świadoma zgoda chorego w opiece paliatywnej. W: Bołoz W., Krajewski R. (red.). *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz–pacjent. Wyzwania i bariery rozwojowe w Polsce*. Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich, Warszawa 2012; s. 137–151.
10. Elleshaw J. & Wilkinson S. *Care of the dying. A pathway to excellence*. II ed., Oxford University Press, 2011.
11. Ferris F.D., von Gunten C.F., Emanuel L.L. Competency in end-of-life care: last hours of life. *J. Palliative Medicine* 2003; 6: 605–613.
12. Callanan M & Kelley P, *Final Gifts*. New York, NY: Bantam Books; 1992.
13. Mazzarino-Willett A. Deathbed phenomena: Its role in peaceful death & terminal restlessness. *Am J Hosp Palliat Med* 2010; 27 (2):121–133.
14. Cohen L.M., Poppel D.M., Cohn G.M., Reiter G.S. A very good death: measuring quality of dying in end-stage renal disease. *J Palliat Med* 2001;4:167–172.

Tabela 1. *The Liverpool Integrated Care Pathway for the Dying Patient* [10]

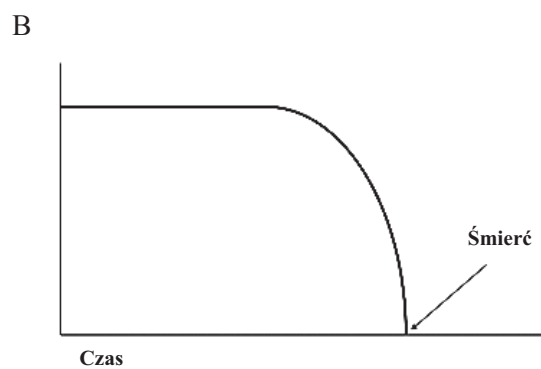
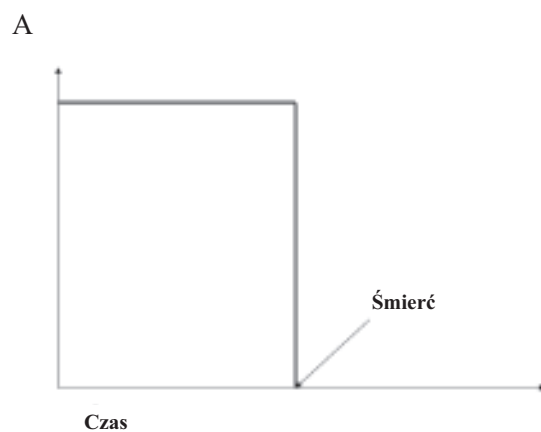
Zalecenia oparte na <i>The Liverpool Integrated Care Pathway for the Dying Patient</i>
<p>1. Rozpoznanie umierania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leżący w łóżku z powodu osłabienia • Podsypiający • Płynny może przyjmować tylko małymi łykami • Nie jest w stanie połykać tabletek – Dodatkowo – zespół interdyscyplinarny jest zgodny, że to umieranie – Nie zawsze właściwe dla chorych nienowotworowych – Konieczne wykluczenie potencjalnie odwracalnych przyczyn – Pogorszenia stanu chorego (np. hiperkalcemia, odwodnienie, infekcje)
<p>2. Początkowa ocena i wdrożenie aktywnej opieki</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ocena/modyfikacja dotychczasowego leczenia (np. zamiana drogi doustnej na podskórną) • Zaprzestanie stosowania leków/procedur nieistotnych • Leczenie objawowe zgodnie z rekomendacjami • Ocena potrzeb psychicznych i duchowych pacjenta i opiekunów • Komunikacja z rodziną
<p>3. Kontynuacja oceny i opieki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pomiar komfortu pacjenta (bez bólu, niepobudzony, oddychanie nieutrudnione przez gromadzącą się wydzielinę, nie odczuwa nudności/nie wymiotuje, duszność i inne objawy dobrze kontrolowane) • Procedury/leczenie (jama ustna wilgotna, czysta; komfort mimo zaburzeń oddawania moczu) • Leki (podawane właściwie i bezpiecznie) • Zapobieganie odleżynom • Postępowanie przeciw zaparciom/biegunkom • Wsparcie psychiczne (czy chory w sposób właściwy zdaje sobie sprawę z sytuacji; czy rodzina jest przygotowana na bliską śmierć chorego, aby możliwe było osiągnięcie spokoju i akceptacji) • Ocena potrzeb duchowych
<p>4. Opieka nad rodziną po śmierci chorego.</p>

Tabela 2. Ocena jakości umierania według *The Quality of Dying Apgar* [14]

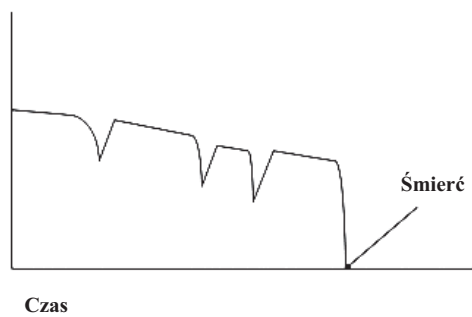
Parametr	Skala
Ból (w ostatnim tygodniu życia)	0 – ból bardzo nasilony i powodujący cierpienie 1 – w jakimś stopniu ból powoduje cierpienie 2 – brak bólu lub nie jest źródłem cierpienia
Inne objawy (w ostatnim tygodniu życia)	0 – objaw bardzo nasilony i powodujący cierpienie 1 – w jakimś stopniu objaw powoduje cierpienie 2 – brak objawu lub nie jest on źródłem cierpienia
Planowanie naprzód (w ostatnim tygodniu życia) W jakim stopniu starano się postępować zgodnie z wolą pacjenta, jeśli chodzi o wybór: czy stosować postępowanie ukierunkowane na wydłużanie życia za wszelką cenę, nawet gdy oznacza to więcej bólu i dyskomfortu, czy skupić się na leczeniu bólu i łagodzeniu dyskomfortu, jak to tylko możliwe, nawet gdy oznacza to rezygnację z wydłużania życia za wszelką cenę?	0 – brak formalnego przedstawiciela chorego lub wola chorego nie została udokumentowana czy też przedstawiona słownie personelowi medycznemu sprawującemu opiekę 1 – pośrednio 2 – wyznaczono formalnego przedstawiciela chorego lub jego wola została udokumentowana czy też przedstawiona słownie personelowi medycznemu sprawującemu opiekę
Pokój/godność (w ostatnim tygodniu życia) Czy udało się spełnić to, co chory zamierzał, co było dla niego ważne, zgodnie z jego wolą? Czy chory był świadomy, logiczny, był w stanie pożegnać się z bliskimi, dokończyć zaczęte sprawy, zaspokoić swoje duchowe potrzeby? Czy chory zmarł tam, gdzie chciał? Czy pozostawił rodzinę pojednaną?	0 – w większości brak pokoju/godności 1 – w większości z pokojem/z godnością 2 – z pokojem/w pełni z godnością
Czas agonii Czy agonია była przeciągana?	0 – przeciągana 1 – pośrednio 2 – nieprzeciągana

Rycina. 1. Trajektorie umierania, na podstawie [6].

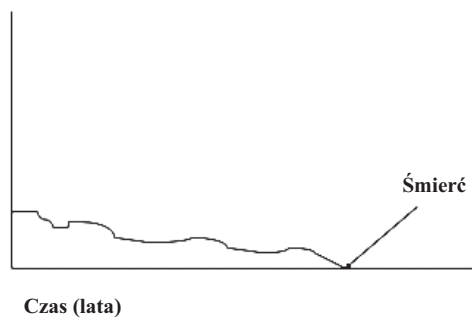
A. – śmierć nagła, niespodziewana; B – postępujące pogarszanie się stanu chorego z przyspieszonym końcowym okresem pogorszenia, kończącym się śmiercią (czyli z fazą terminalną); C – postępujące pogarszanie się stanu chorego przerywane nagłymi incydentami zaostreżeń; D – długo trwające postępujące pogarszanie się stanu chorego.



C



D



Zbigniew Żylicz

O terapii nieproporcjonalnej bez uświadomionej zgody chorego, nadmiernej, a wreszcie uporczywej w onkologii i medycynie paliatywnej

29 czerwca 2008 r. Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia, pracująca w ramach projektu badawczego „Granice Terapii Medycznych”, jednogłośnie wypracowała następującą definicję uporczywej terapii:

„Uporczywa terapia jest to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”. Bołoz W. i wsp. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2008; 2, 3:77–78.

Pomimo wysiłków Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia, terapia uporczywa w onkologii i w medycynie paliatywnej nie została, jak dotąd, dobrze zdefiniowana. Polscy eksperci, którzy wypracowali definicję uporczywej terapii, powiązali ją bezpośrednio z okresem umierania. Wydaje się jednakże, że warto przyjrzeć się także terapii stosowanej wcześniej, którą można by określić jako „leczenie nieproporcjonalne bez uświadomionej zgody chorego” (leczenie

nieproporcjonalne podjęte z uświadomioną zgodą/wolą chorego jest jak najbardziej właściwe etycznie), „leczenie nadmierne” czy wreszcie „uporczywe”. Wydaje się, że u podstaw każdej z tych terapii leży kilka podobnych problemów. Po pierwsze, nie może być uznawana zasada, że cel uświęca środki, na przykład leczenie zapalenia płuc antybiotykami. Jeżeli zapalenie płuc zaistnieje u zdrowego człowieka, na skutek nabytej infekcji, to logicznym i bezspornym postępowaniem jest jak najszybsze włączenie antybiotyków. To będzie niewątpliwie terapia proporcjonalna, nawet gdyby takie leczenie nie odniosło skutku. Jeżeli jednak to zapalenie płuc wystąpi u 86-letniego umierającego chorego z rozsianą chorobą nowotworową, złamaniem szyjki kości udowej i trudnym do zwalczania bólem, to decyzja o leczeniu antybiotykami powinna być głęboko przeanalizowana i przedyskutowana w zespole. Jaki jest cel tego leczenia? Czy celu tego życzy sobie pacjent i czy w ogóle leży on w jego szeroko pojmowanym interesie? Tak więc określenie leczenia jako nieproporcjonalne, nadmierne czy uporczywe w większej mierze zależy od kontekstu klinicznego, w jakim znajduje się chory.

W zasadzie granice tego, co można i jak należy postępować w onkologii, wyznaczają wytyczne i standardy leczenia. Te wytyczne powstają na podstawie badań klinicznych lub w wyniku procesu porozumienia się specjalistów danej dziedziny. Nie mogą to być specjaliści amerykańscy czy brytyjscy, ale lokalni specjaliści, znający dobrze realia życia w swoim kraju. Oprócz kontekstu klinicznego, jest także kontekst kulturowy i ekonomiczny. Stąd też przestroga, aby nie kopiować bezkrytycznie pracy innych, oszczędzając na czasie. Wytyczne, z jednej strony, to zbiór danych, jak należy postępować w danym kontekście klinicznym, a z drugiej – czy taka terapia może i powinna być pokryta ze środków przeznaczonych na leczenie. Wadą wytycznych i standardów jest to, że nie uwzględniają indywidualnej sytuacji pacjenta i są w pewnym sensie jednakowe dla wszystkich chorych. Inną wadą wytycznych i standardów jest to, że takie postępowanie nie zakłada w istocie porozumiewania się z chorym.

W wielu obszarach postępowania terapeutycznego nie ma, jak dotąd, wytycznych lub też brakuje dowodów klinicznych na poparcie zasad postępowania przedstawionych jako rekomendacje eksperckie. Są one jednak przyjmowane przez wielu lekarzy, a także przez chorego jako prawda absolutna. Trzeba podkreślić, że niezbędna jest tutaj dobra komunikacja z chorym i danie mu przestrzeni, aby mógł dokonać świadomego wyboru.

Onkolog, aby uzyskać wyniki podobne do przewidywanych w wytycznych, musi leczyć w ten sam sposób, według jednolitego protokołu, dajmy na to dziesięciu chorych. Być może tylko czterech z nich będzie odczuwało polepszenie stanu przewidziane/obiecane w wytycznych. Sześciu innych zgodzi się na to leczenie i otrzyma je, ale nie będzie odczuwało żadnej poprawy. Dwóch albo trzech za to będzie odczuwało (czasowe lub trwałe) pogorszenie na skutek toksyczności leków. Nie ma jeszcze sposobu na to, żeby badaniem klinicznym móc wyeliminować z leczenia tych sześciu chorych, w przypadku których leczenie nie przyniesie odpowiedniego skutku. Coś takiego lekarz leczący powinien wyczuć, ale trudno mu się dziwić, kiedy patrzy na każdego chorego w sposób bardzo optymistyczny i przez to robi to, czego pacjent od niego oczekuje. W wielu sytuacjach lekarzowi bardzo trudno jest prowadzić obliczenia „korzyści i szkód”. Czy remisja guza u 5 proc. chorych na średnio trzy miesiące przy 60 proc. chorych odczuwających silne działania uboczne – to dobrze czy źle? Gdzie jest granica tego, co rozsądne i dopuszczalne, a gdzie zaczyna się leczenie nadmierne lub uporczywe?

Chory 56 lat, z zawodu lekarz. Rozpoznanie: bardzo zaawansowany chłoniak wielkokomórkowy, z zajęciem niemal wszystkich kręgów piersiowych i lędźwiowych. Chory jest otyły, ma cukrzycę typu 2. Pomimo wszystkich parametrów choroby rokujących negatywnie, hematolodzy rozpoczynają intensywną chemioterapię. Nie decydują się na radioterapię, ponieważ byłaby zbyt rozległa. Chory cierpi z powodu silnego

bólu, jest leczony wysokimi dawkami morfiny. Po chemioterapii są długie okresy depresji szpiku i wiele powikłań infekcyjnych. Guz zmniejsza nieco swoją objętość. Chory kwalifikowany jest do przeszczepu komórek macierzystych szpiku po stymulacji filgastrimem. Przeszczep w końcu okazuje się niemożliwy. Po roku leczenia, w czasie którego chory był 24 dni w domu i przy każdej okazji transportowany był ambulanssem w trybie nagłym z powrotem do szpitala, leczenie zostaje przerwane. Chory przekazany do hospicjum. Umiera dwa dni później.

W powyżej opisanym przypadku leczono chorego może dlatego, że był lekarzem, wbrew wszelkim wytycznym, i prawdopodobnie dlatego, że choremu trudno było się zgodzić na „nieleczenie”. Nikt z zespołu hematologów nie przyszedł do chorego porozmawiać i przedyskutować „za i przeciw” leczeniu. Zgoda uzyskana od chorego była udzielana po niepełnym i nieprawdziwym poinformowaniu go o możliwych wynikach, przy przemilczeniu możliwych komplikacji. Chory sam nalegał na coraz bardziej intensywną chemioterapię, powtarzał rodzinie, że „nie wszystko jest stracone, że on im pokaże...”. W podobnych przypadkach dochodzi do zatarcia się granic pomiędzy leczeniem paliatywnym, mającym na celu czasowe zmniejszenie aktywności i rozrostu guza bez nadmiernych i trwałych działań ubocznych, a przez to objawów z tą aktywnością związanych (i przedłużeniem życia, o ile jest to możliwe), a leczeniem radykalnym, mającym na celu całkowitą eliminację choroby i wyleczenie. W ten sposób u chorych, którzy według wytycznych i standardów nie mają szans na poprawę stanu zdrowia, dochodzi do intensyfikacji leczenia. Dodajmy tutaj: w dobrej wierze. Niesformułowanie realnego celu leczenia, nieuzyskanie uświadomionej zgody na to leczenie, a także przedstawienie choremu rzeczywistości w różowych kolorach i niemożność popatrzenia choremu prosto w oczy i zakomunikowania mu (bolesnej) prawdy – to właśnie elementy prowadzące do włączenia terapii niezgodnie z zasadami etyki.

Skąd się w ogóle bierze pomysł na włączenie leczenia nieproporcjonalnego bez uświadomionej zgody chorego, terapii nadmiernej, a nawet uporczywej? Nie jest to wytworem wyłącznie starań lekarzy, którzy chcą za wszelką cenę pomóc choremu, podejmując wszelkie ryzyko. W języku angielskim utarło się powiedzenie *benefit of the doubt* (w sprawach wątpliwych przesadzamy na korzyść chorego). To także problem samych chorych, którzy nie akceptują perspektywy nieuleczalności choroby i widma zbliżającej się śmierci i chcą zrobić wszystko, nawet przekroczyć granice rozsądku, pomimo wątpliwości lekarzy, i poddać się terapii. W ostatnio opublikowanym badaniu dotyczącym chemioterapii raka płuca i raka jelita grubego odpowiednio 68 i 81 proc. chorych, pomimo ich poinformowania, nie rozumiało lub nie dopuszczało do swojej świadomości, że chemioterapia ich nie wyleczy. Presja chorego i rodziny na lekarza może być w takiej sytuacji olbrzymia. Żyjemy w czasach, kiedy etos walki z chorobą, niepoddawanie się jest wysoko społecznie cenione. Kto nie walczy, nie wygrywa nigdy. Kto walczy, może czasem wygrać, a jak ma pecha, to przegra. W tym kontekście największa presja dotyczy dzieci i młodzieży chorych na nowotwór. Im nie wolno się poddać, bo mają jeszcze całe życie przed sobą. W rzeczywistości wiele dzieci jest leczonych uporczywie i niepotrzebnie cierpi. Na ten temat niemal nie wolno nam dyskutować. Niepodjęcie leczenia porównuje się czasem do eutanazji, świadomego dążenia do szybszej śmierci.

W rozważaniach o genezie leczenia nieproporcjonalnego bez uświadomionej zgody chorego, terapii nadmiernej czy wręcz uporczywej nie należy zapominać o presji ze strony przemysłu farmaceutycznego, wprowadzającego na rynek nowe i drogie leki, które czasem pomagają. Tak więc lekarz chce pomóc, pacjent chce przeżyć, a przemysł chce zarobić na sprzedaży leków. Wszystkie te „chcienia” idą w tym samym kierunku i powodują, że te siły się sumują. A budżety niemal wszystkich krajów rozwiniętych pękają w szwach i nie są w stanie tego „chcienia”

udźwignąć. Stąd też ostrożne wołania o zdefiniowanie tego, co jest, a co nie jest terapią nieproporcjonalną, nadmierną, uporczywą. W tych dyskusjach w centrum uwagi stawia się „dobro chorego”, a koszty leczenia są najczęściej traktowane jako temat tabu.

Zastanówmy się, co by było, gdyby terapia onkologiczna była dobierana indywidualnie dla każdego pacjenta z osobna? Prawdopodobnie wyniki leczenia (liczba remisji, zmniejszenie objętości guza, przeżycie chorego, działania uboczne) byłyby na ogół te same lub lepsze, ale nie można by ich było w żaden sposób ze sobą porównać. Stąd nie byłoby wiadomo, co jest lepsze, a co gorsze. Wyników takiego leczenia nie można by opublikować, a już zupełnie nie można by porównać z wynikami innych ośrodków, stąd postęp w oczach onkologów byłby o wiele powolniejszy.

Dla lekarzy onkologów wzorem postępowania są protokoły leczenia raka jądra, jedyne tak naprawdę nowotworu w 98 proc. wyleczalnego chemioterapią, nawet jeżeli znajduje się on w zaawansowanej fazie. W przypadku tego nowotworu, na drodze długoletnich badań klinicznych, ustalono dokładnie dopracowane protokoły leczenia. Odstąpienie od protokołu leczenia, np. „bo pacjent ma tego dnia urodziny”, jest nie do pomyślenia, bo wtedy jego szanse na wyleczenie drastycznie spadają. Zasad wypracowanych w leczeniu raka jądra u młodych mężczyzn nie można jednak przekładać na wszystkie inne formy chemioterapii. W większości chemioterapia ma znaczenie paliatywne, co znaczy, że może w pewnych warunkach opóźnić rozwój guza, zmniejszyć jego symptomy, a także, w niektórych przypadkach, przedłużyć choremu życie. W tych warunkach przerwa w leczeniu z powodu urodzin czy rocznicy ślubu w niewielki sposób wpływa na ostateczny wynik leczenia, a może choremu ułatwić proces adaptacji do zbliżającej się śmierci. Koszt, jaki chory powinien zapłacić za ten ewentualny efekt, nie powinien być zbyt wysoki i proporcjonalny do realnej sytuacji i rokowania. Co znaczy, że chory w czasie i po leczeniu nie powinien cierpieć

z powodu silnych i trwałych działań ubocznych. Nie wolno nam zapominać o zasięgnięciu informacji, co jest ważne dla chorego i czy przed podjęciem wyboru został uczciwie poinformowany i dokonał go świadomie. Wielu chorych, jak już wspomniano powyżej, pomimo mniej lub bardziej rzetelnego poinformowania ich o rokowaniu, zawsze ma nadzieję, że znajdzie się jakiś cudowny sposób wyleczenia choroby. Stąd też ocena chorego i jego wolny wybór nie zawsze są wolne. Stąd już znowu krok do nadmiernej i uporczywej terapii.

Z punktu widzenia opieki paliatywnej nad terminalnie chorym chemioterapia czy radioterapia nie są już takie ważne, a na pewno są potencjalnie toksyczne. Może powstać nawet przekonanie, że onkologia w ogóle niewiele jest warta i że przynosi chorym tylko cierpienie. Takie spaczone spojrzenie na rzeczywistość spowodowane jest tym, że na oddziałach paliatywnych widzimy wyłącznie tych, „którym się nie udało”. Cała rzesza chorych, których wyleczono z ich choroby, wymyka się obserwacji specjalistów medycyny paliatywnej. Specjaliści onkolodzy mogą mieć z kolei inne wypaczone spojrzenie na chorego, dlatego że właśnie ich najbardziej intensywne kontakty odbywają się z chorymi, „którym się udało”, a nie widzą lub nie biorą udziału w prowadzeniu opieki nad chorymi umierającymi. Chorzy terminalnie, z postępującą chorobą są zwykle odsyłani do innych instytucji (jak hospicja, domy opieki nad przewlekle chorymi) lub do domu. Tak więc, aby uniknąć nieporozumień i różnych spojrzeń na rzeczywistość, warto by było, gdyby onkologia i opieka paliatywna w dużej mierze się zintegrowały. Problemy chorych powinny być omawiane na wspólnych spotkaniach, a ich indywidualne życzenia brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji. Może dzięki temu udałoby się zrównoważyć dążenie do leczenia za wszelką cenę z postępowaniem ukierunkowanym w większym stopniu na jakość życia chorego. U chorych leczonych na oddziale medycyny paliatywnej zasadniczym problemem może być terapia, do której kiedyś istniały wskazania, ale w chwili obecnej przestały być one uzasadnione. Tak

więc terapia kiedyś oceniana jako użyteczna, może stać się terapią nieużyteczną, a nawet uporczywą.

Chora lat 52 z rakiem piersi i licznymi przerzutami na prośbę onkologa przerywa leczenie. Według onkologa, żadne już leczenie nie przyniesie korzyści. Onkolog kieruje ją do poradni medycyny paliatywnej. Jej rokowanie określa się na 2 do 3 miesięcy. Jedno z pierwszych pytań chorej dotyczy poziomu cholesterolu we krwi. Chora od kilku lat przyjmuje simwastatynę i bardzo surowo przestrzega diety.

Trudno oczekiwać, że leczenie simwastatyną w tych warunkach przyniesie realne korzyści chorej, za to może spowodować działania uboczne, np. bóle mięśni lub też wejść w interakcje z innymi lekami, stosowanymi np. w łagodzeniu objawów. Chora daje lekarzowi bardzo wyraźny sygnał, że jej proces adaptacji do tego, co się niedługo wydarzy, jest jeszcze daleko „w polu”. Może to być właściwy moment na rozpoczęcie rozmowy z chorą na ten temat. Chorzy bardzo często „przywiązani” są do takiego leku. Obawiają się szybkiego pogorszenia stanu ogólnego i śmierci po jego zatrzymaniu. Argumentem może być: „a przecież ten lek z początku tak wspaniale działał...”. Przerwanie bezsensownej terapii jest czasem niezmiernie trudne. Omawiana pacjentka zmarła kilka tygodni po odstawieniu simwastatyny, ale nie zmarła z powodu hipercholesterolemii, lecz w wyniku postępującej choroby, pomimo jej leczenia przyczynowego.

Znów więc pojawia się problem porozumiewania się z chorym i uzyskania od chorego i rodziny świadomej zgody na zaprzestanie leczenia. Tylko to może zapobiec skargom i niezadowoleniu rodziny w przypadku, gdyby chory szybko po takiej zmianie leczenia zmarł. O wiele częściej odstawienie niepotrzebnych leków, które kiedyś w dobrej wierze i z dobrych wskazań zostały przepisane, powoduje efekt odwrotny, a mianowicie poprawę stanu ogólnego chorego, zwiększenie zasobów jego energii i polepszenie samopoczucia. Ciekawe badanie przeprowadzono

na 119 chorych geriatrycznych. Ich leczenie zostało przeanalizowane przez grupę specjalistów i doprowadziło to do zatrzymania 332 leków. Po pewnym czasie 10 proc. tych leków trzeba było od nowa wprowadzić, ale w sumie tych 119 chorych było obserwowanych przez 12 miesięcy. Grupę kontrolną stanowiło 71 chorych geriatrycznych, u których nie starano się odstawić żadnych leków. Umieralność w grupie kontrolnej po 12 miesiącach wyniosła 45 proc., podczas gdy w grupie badanej 21 proc. ($p < 0.001$). Aż 30 proc. chorych z grupy kontrolnej musiało być hospitalizowanych, podczas gdy z grupy badanej tylko 11,8 proc. osób. Warto więc podkreślić, że racjonalne zaprzestanie stosowania niemającego sensu medycznego nie tylko nie powoduje szybszego zgonu chorego, ale przeciwnie – przedłuża życie, zwiększa jego komfort i zmniejsza liczbę przyjęć do szpitala. Ani chorzy, ani lekarze takie powiązania nie zawsze rozumieją. Lekarzowi łatwiej jest zlecić nowy lek, niż odstawić inny.

Najwięcej dyskusji na temat terapii nadmiernych czy też uporczywych dotyczy sytuacji, gdy zaprzestanie leczenia wiąże się czasowo ze zgonem chorego.

Chory w podeszłym wieku z rakiem oskrzela z powikłaniem ropowicy klatki piersiowej. Wprowadzono dren międzyżebrowo i podłączono do urządzenia ssącego. Chorego w stanie ciężkim przetransportowano do hospicjum. Tam okazało się, że chory po wprowadzeniu drenu zaczął skarżyć się na silne bóle w czasie oddychania. Bóle te w żaden sposób nie reagowały na podawanie morfiny i innych alternatywnych opioidów. Chory błagał o wyciągnięcie drenu. Po rozmowie z chorym i z rodziną lekarz leczący dren usunął. Chory zmarł po godzinie, bez bólu, w pełni świadomy, otoczony przez kochającą go rodzinę.

Decyzja usunięcia drenu nie została podjęta pochopnie, bez zgody, ale na usilną prośbę chorego. Czy leczenie ropowicy opłucnej w tej sytuacji można by zdefiniować jako terapię uporczywą? Wydaje się, że

tak. Czy wyciągnięcie drenu można by interpretować jako eutanazję? Wydaje się, że nie. Celem zabiegu wyciągnięcia drenu było uśmierzenie bólu, a nie przyspieszenie śmierci chorego.

W praktyce wiele problemów w podejmowaniu decyzji dotyczy postawy rodziny, której się wydaje, że chorego trzeba ratować za wszelką cenę. W rzeczywistości bliscy potrzebują najczęściej poczucia, że zrobili wszystko, co było w ich mocy, żeby przeciwstawić się chorobie. Bardzo często w takiej sytuacji ulega się naciskom rodziny, czasem pod groźbami poskarżenia się prokuratorowi. Jednak taka postawa to już rzeczywista uporczywa terapia i powinno się tego unikać. W medycynie paliatywnej wszystko polega na zaufaniu, jakim rodzina darzy lekarza. Często mozolnie budujemy kredyt zaufania, po to żeby właśnie ten kredyt „spieniężyć” w takiej krytycznej sytuacji. Jeżeli tego zaufania nie ma, bo chora na przykład leży w hospicjum dopiero od kilku godzin lub dlatego, że relacja chory-rodzina-lekarz od początku się nie układa, podejmowanie decyzji o zaprzestaniu uporczywej terapii jest niemożliwe i może doprowadzić do bardzo przykrych sytuacji. Potrzebne jest tu wycucie i empatia.

Innym problemem jest uszanowanie przez lekarzy wcześniej wyrażonej woli chorego, np. w formie testamentu życia. Ten problem jest jeszcze mało znany w Polsce. Powinniśmy jednak mieć świadomość, że w przyszłości na pewno stanie się ważnym elementem podejmowania decyzji przez lekarza.

Wnioski

W powyższym artykule zsumowano praktyczne argumenty, które powinny pomóc w podjęciu decyzji o tym, czym jest, a czym nie jest w onkologii i medycynie paliatywnej leczenie nieproporcjonalne bez uświadomionej zgody chorego, terapia nadmierna czy wreszcie uporczywa. Wydaje się, że najważniejsze jest tu zrozumienie tego, czego

chory i rodzina oczekują, jakie są ich motywy i zrozumienie sytuacji. Rodzina bardzo często będzie nalegać na lekarza, aby terapię, nawet gdyby była uporczywa, kontynuować. Trudność polega też na tym, że decyzję o zaprzestaniu uporczywej terapii wiele osób postrzega jako eutanazję, czyli celowe przyspieszenie zgonu chorego. Wykształcenie lekarzy, a także społeczeństwa w dyskusjach na tematy związane z końcem życia jest niezmiernie potrzebne. Pochodzimy z kręgu kulturowego, w którym niełatwo jest się zgodzić na to, że chory ma wolność decyzyjną. Wiele decyzji podejmuje się w sposób autorytatywny, nawet wbrew woli chorego lub chorego się o to w ogóle nie pyta.

Piśmiennictwo

1. Bołoz W. i wsp. Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*. 2008;2, 3:77–78.
2. Telio D., Fernandes K., Ma C., et al. Salvage chemotherapy and autologous stem cell transplant in primary refractory diffuse large B-cell lymphoma: outcomes and prognostic factors. *Leuk Lymphoma*. 2012;53:836–41.
3. Kim Y.R., Kim J.S., Min Y.H., et al. Prognostic factors in primary diffuse large B-cell lymphoma of adrenal gland treated with rituximab-CHOP chemotherapy from the Consortium for Improving Survival of Lymphoma (CISL). *J Hematol Oncol* 2012;5:49.
4. Weeks J.C., Catalano P.J., Cronin A., et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012;367:1616–25.
5. Garfinkel D., Zur-Gil S., Ben-Israel J. The war against polypharmacy: a new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J* 2007;9:430–4.

Gdy chory nalega, aby kontynuować uporczywą terapię...

Dlaczego tak się może zdarzyć?

Zgodnie z definicją uporczywej terapii, dotyczy ona stosowania procedur, które nie zmieniają na korzystniejszą sytuacji pacjenta, a jedynie przedłużają jego umieranie i nie służą jego dobru [1]. Jeśli „nie są w najlepszym interesie chorego”, to w takim razie dlaczego bywają stosowane? I dlaczego w ogóle dyskutujemy nad tym, czy istnieją sytuacje, które wręcz usprawiedliwiałyby sięganie po nie?

Najczęściej wdraża się lub kontynuuje leczenie, które spełnia kryteria uporczywości terapeutycznej, z powodu obaw lekarzy (aby nie być oskarżonym o zaniedbanie) albo ponieważ rezygnacja z uporczywej terapii błędnie kojarzona jest z eutanazją. Często dzieje się to z powodu pewnego rodzaju rutyny, na przykład powiązanej z miejscem („w karetce zawsze się reanimuje”). Czasem z powodu nacisków rodziny na lekarza i związanej z nimi chęci uniknięcia (przez lekarza) kłopotów z jej strony po śmierci chorego. Niekiedy jednak kontynuuje się uporczywą terapię na skutek prośby samego chorego.

Warto zaznaczyć, że zgodnie z *Kodeksem Etyki Lekarskiej*, „uznanie terapii za uporczywą nie oznacza obowiązku odstąpienia od jej stosowania, ale umożliwia podjęcie decyzji o jej zaprzestaniu” [2]. Jest to ciągle temat kontrowersyjny i dużo jest pytań, na które do tej pory nie ma odpowiedzi.

Na przykład: „Czy lekarz może odstąpić od terapii nieskutecznej wbrew żądaniu chorego?” [3].

Warto przyjrzeć się sytuacjom, przyczynom, stanom emocjonalnym, doprowadzającym do tego, że chory żąda włączenia lub kontynuacji postępowania, które nosi już cechy terapii uporczywej. To żądanie może być skutkiem nieposiadania przez chorego realnej wiedzy o swojej sytuacji. Chory może nie wiedzieć, że choroba ma niepomyślne rokowanie, albo że ze względu na brak oczekiwanych efektów leczenia należy go zaprzestać. Może też zdarzyć się tak, że ze względu na postęp choroby lub stan jej zaawansowania nie można nawet podjąć leczenia przyczynowego, a chory właśnie tego oczekuje.

Może zaistnieć też zupełnie inna sytuacja, w której chory ma realną wiedzę na temat swojego schorzenia, ale uważa, że tak długo, jak żyje, postęp choroby może się zatrzymać, albo może zdarzyć się spontaniczna remisja, cud. Wreszcie, chory uważa, że poradzi sobie z uciążliwym leczeniem i jego skutkami, ponieważ ma różne sprawy do załatwienia, pragnienia do zrealizowania, oczekiwania i/lub nie jest gotowy do rozstania się z życiem. Innym powodem nalegania na kontynuowanie uporczywej terapii może być przekonanie, że jeżeli zrezygnuje, to sprawi zawód rodzinie. Wreszcie, dla chorego ważnym może być to, że ciągle jeszcze chce pomagać innym, także poprzez udział w eksperymentalnych terapiach, nawet za cenę uciążliwości dla siebie samego. Paradoksalnie, właśnie ta ostatnia sytuacja, choć prawdopodobnie najrzadsza w codziennej praktyce klinicznej, bywa spotykana w ośrodkach medycyny paliatywnej prowadzących badania kliniczne. Zdarza się wtedy, gdy wstępnie oceniono prognozę chorego zgodnie z kryteriami włączenia do badania na przykład na powyżej trzy miesiące, ale doszło do szybszego pogorszenia stanu chorego, a śmierć stała się bliska i nieunikniona. Lekarz musi z dużą wrażliwością ocenić sytuację, przede wszystkim to, czy prowadzenie badania (w zależności oczywiście od jego metodologii, założeń itd.), o ile w ogóle jest możliwe ze względu na stan chorego i cele badawcze, nie zwiększa cierpienia chorego. Lekarz z dużą

wrażliwością powinien wytłumaczyć choremu, iż trzeba zaprzestać np. podawania badanego leku albo włączyć postępowanie mające na celu złagodzenie obecnych jego dolegliwości, co spowoduje konieczność przerwania badania. Zdarza się, że usłyszy wtedy od pacjenta, iż prosi on o to, aby kontynuować badanie, nawet jeśli w sumie prowadzi to do zwiększenia jego cierpień, ponieważ chce „coś zostawić po sobie” albo „zrobić coś dobrego dla innych”. Te dylematy, jak zaznaczono wcześniej, czasami stają przed specjalistami medycyny paliatywnej i jest to związane w ogóle ze specyfiką prowadzenia badań klinicznych w opiece paliatywnej. O ile w innych dziedzinach medycyny śmierć pacjenta-uczestnika badania jest traktowana zawsze jako poważne zdarzenie niepożądane, to w medycynie paliatywnej jest ona w większości przypadków „zdarzeniem naturalnym, spodziewanym, oczekiwanym”. W ostatnich latach podkreśla się specyfikę prowadzenia badań w opiece paliatywnej, także dotyczącą powyższych sytuacji [4, 5]. Zagadnienie to przytoczono w obecnym rozdziale nie po to, aby przedstawiać dylematy specjalistów medycyny paliatywnej, ale by ukazać, jak wyraźna, zdeterminowana, zaskakująca i skłonna do poświęceń postawa chorych może odpowiadać za naleganie na kontynuowanie terapii, która stała się „wbrew ich interesowi”. W dalszej części rozdziału autorzy odnoszą się będą jednak do innych, spotykanych częściej w ogólnej praktyce klinicznej sytuacji żądania przez pacjenta uporczywej terapii.

Kto jest odpowiedzialny za tę sytuację? Znaczenie zakłóceń w komunikacji

Najczęściej „odpowiedzialność” za to, że chory nalega na uporczywą terapię, wiąże się z różnego typu zakłóceniami w komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem. Temu, że powstały tego typu zakłócenia, mogą być winni zarówno lekarz, jak i pacjent. Odpowiedzialność pacjenta może być związana z nieposiadaniem od lekarza prawdziwej

informacji. Lekarz mówił o sytuacji, natomiast pacjent słuchał, ale nie usłyszał. Mogło to wiązać się też z mechanizmami obronnymi, pełniącymi rolę adaptacyjną lub dezadaptacyjną. Mechanizmy obronne o charakterze adaptacyjnym są uruchamiane zazwyczaj, gdy otrzymujemy niekorzystną, czyli trudną informację, do której przyjęcia potrzebny jest czas. Jeżeli zdarzy się tak, że mimo upływającego czasu mechanizmy obronne utrzymują się, mówimy o ich roli dezadaptacyjnej, utrudniającej przyjęcie do wiadomości prawdy. Mechanizmy obronne to między innymi racjonalizacja, zaprzeczanie, wypieranie, bagatelizowanie, tłumienie, zachowania magiczne, projekcja.

Pacjent może naciskać na lekarza, aby ten stosował uporczywą terapię również z powodu wcześniejszych doświadczeń osobistych. Na przykład, doskonale pamięta, kiedy ktoś z jego bliskich chorował i był w podobnej jak on sytuacji. Wówczas, mimo iż lekarz uważał, że sytuacja jest beznadziejna, determinacja i upór chorego (prośba o leczenie) przekonały lekarza i wszystko dobrze się skończyło. Prośby o uporczywą terapię mogą też wynikać z zakłóceń komunikacji związanych z nieumiejętnością budowania relacji pacjent-lekarz, lekarz-pacjent. Pacjent nie ma wtedy zaufania do lekarza.

Odpowiedzialność lekarza za zakłócenia w komunikacji z chorym może być związana z brakiem wiedzy lub wiedzą niepełną o funkcjonowaniu pacjenta w roli chorego. Co to znaczy? Lekarz powinien wiedzieć, czy jest to pierwsza, czy kolejna poważna choroba jego pacjenta. Następnie, czy fakt zachorowania wyzwała w pacjencie ducha walki („dam sobie radę”), czy raczej przekonanie, że „i tak mi się nie uda, bo zawsze w życiu miałem pod górkę”, albo też wręcz potraktowanie choroby jako ulgi, zwolnienia z podejmowania ważnych decyzji.

Odpowiedzialność lekarza za zakłócenia w komunikacji z chorym może dotyczyć także braku wiedzy lub wiedzy niepełnej o funkcjonowaniu chorego w rodzinie przed zachorowaniem. Czy był on głównym żywicielem, podporą i wsparciem, głową rodziny? Choroba może to radykalnie zmienić. Fakt bycia chorym może dla pacjenta oznaczać, że

sprawił on zawód rodzinie, a jego bliscy nie są przygotowani na przejęcie tych ról i związanych z nimi zadań. On po prostu teraz nie może ich zostawić. Ponadto, sam lekarz może przyczyniać się do zakłóceń w porozumiewaniu się z chorym poprzez uruchamianie własnych mechanizmów obronnych, takich jak unikanie, projekcja, wypieranie, racjonalizacja, pomniejszanie, bagatelizowanie, dystansowanie. Również wcześniejsze doświadczenia osobiste i profesjonalne lekarza wpływające na nieumiejętność budowania relacji lekarz-pacjent mogą stać się powodem zaburzeń komunikacji. Istotną rolę mogą odgrywać trudności z akceptacją lub w ogóle brak zgody na prawo chorego do wolności decyzyjnej. Jakiego pacjenta zazwyczaj lekarz obawia się najbardziej, szczególnie w tej specyficznej sytuacji, kiedy to chory prosi o „leczenie za wszelką cenę”? Taki chory nazywany jest przez personel medyczny „trudnym pacjentem”. Czyli pacjentem, któremu przypisuje się wrogość, wybuchowość, konfliktowość, zmienność emocjonalną, perfekcyjność i sztywność, narzekanie i nieufność, obsesyjność, milczenie.

Rola wielowymiarowości cierpienia chorego

W kontekście sytuacji końca życia i nalegania pacjenta na wprowadzenie lub kontynuację postępowania, które spełnia kryteria terapii uporczywej, warto przyjrzeć się bliżej zagadnieniu cierpienia chorego. Pół wieku temu Dame Cicely Saunders wprowadziła pojęcie „ból totalnego”, czyli bólu, który ogarnia całego człowieka, łamie go, pozbawia nadziei i poczucia sensu. Każda ze sfer człowieka: somatyczna, psychiczna, społeczna, duchowa, może być zarzewiem takiego cierpienia. Szczególnie u kresu życia problemy z tych sfer są ze sobą powiązane i niekiedy trudne do rozróżnienia. Ta wielowymiarowość cierpienia chorego zbliżającego się do końca swojego życia ma istotne znaczenie także w aspekcie podejmowania decyzji medycznych i wsłuchiwanie się w wolę, życzenia chorego co do sposobu postępowania, w jego potrzeby, lęki, motywacje.

Czym innym jest sytuacja, gdy chory prosi o terapię z powodu jasno sprecyzowanych, przemyślanych, ważnych dla niego celów („bardzo mi zależy, aby mój syn zdążył dojechać i się ze mną pożegnać”). Czym innym, gdy naleganie na „leczenie za wszelką cenę” wynika z rozpacz czy z lęku przed karą. W tym drugim przypadku mamy niewątpliwie do czynienia z bólem duchowym. Kryzys duchowy częściej spotykany jest u chorych, którzy nie mieli czasu „dojrzeć duchowo” w chorobie, przygotować się także w tym aspekcie do swojej śmierci (np. do tej pory cały czas i swoją energię kierowali tylko i wyłącznie na walkę z rakiem „za wszelką cenę”). Lub też są konfrontowani nagle, może wbrew ich woli, z sytuacją bliskiego, nieuniknionego umierania. Ból duchowy przejawiający się lękiem przed spotkaniem z Bogiem może dotyczyć szczególnie osób, które nie potrafią Mu zaufać, które stawiały sobie bardzo wysokie wymagania i teraz uważają, że nie sprostały tym zadaniom, że zmarnowały swoje życie. We wszystkich tych sytuacjach wskazana byłaby interwencja i specjalistyczna pomoc w zakresie wsparcia duchowego [6]. Należy tu podkreślić, że „duchowość” rozumiana jest szerzej niż „religia”, stąd duchowo mogą cierpieć także osoby, które nie identyfikują się z żadną religią [7]. W takich przypadkach będą to zwykle pytania o sens, o relacje z innymi i ze sobą, o bycie z innymi, otwarcie jakiejś przestrzeni. To są bardzo trudne tematy dla lekarza, ale nieuniknione, jeśli ma on do czynienia z chorymi u kresu życia. Wspominano już wcześniej o tym przenikaniu się problemów i potrzeb chorego z różnych sfer, o tym, jak trudno je rozdzielić, jak mocno mogą wpływać na podejmowanie decyzji przez chorego. Dla przykładu, ojciec rodziny, w której choruje dziecko, może cierpieć w sferze psychicznej i socjalnej, ale prawdopodobnie także w duchowej, bo trudno mu będzie zamknąć swoje życie, gdyż nie dokończył swojego zadania (dziecko nadal go bardzo potrzebuje). Ta sama sytuacja może jednak wyglądać zupełnie inaczej, gdy na przykład wspomniany ojciec potrafi zaufać Bogu, że nie opuści jego bliskich, gdy wierzy, że nadal (z Nieba) będzie się opiekował swoim dzieckiem. I wtedy, zamiast

kryzysu duchowego, można zauważyć wzrastanie w sferze duchowości w okresie zbliżania się do śmierci i w czasie umierania.

Podsumowując, lekarz nie jest w stanie sam poradzić sobie z wszelakimi potrzebami umierającego. Powinien jednak zdobyć odpowiednią wiedzę (na przykład na temat etapów dojrzewania duchowości chorego pod koniec życia czy też etapów żałoby „po sobie samym”, które często chory przechodzi, zbliżając się do swojej śmierci). Powinien doskonalić się w empatii i skutecznej komunikacji. Powinien wreszcie zadbać o możliwość współpracy z dobrymi specjalistami z innych dziedzin (np. z osobą duchową, psychologiem, pracownikiem socjalnym). I zdawać sobie sprawę, że cierpienie odczuwane w różnych wymiarach może bardzo konkretnie wpływać na podejmowanie decyzji przez chorego [8].

Co lekarz może zrobić, aby rozpocząć dialog na temat „uporczywej terapii”?

Przed rozmową na temat urealniania wiedzy pacjenta, lekarz powinien zadać sobie pytanie: „Jak doszło do takiej sytuacji?”. Powinien też zadbać o to, aby używać w rozmowie terminów, które są zarówno zrozumiałe dla chorego, jak i obrazują realną sytuację. Na przykład opisując terapię określeniami takimi, jak: proporcjonalność, adekwatność, przesadność, niewspółmierność, uciążliwość, daremność, nieskuteczność, nieużyteczność...

Lekarz powinien również słuchać biernie i aktywnie. Co to znaczy? Biernie słuchanie to słuchanie w milczeniu, co daje pacjentowi czas na zastanowienie się, co dalej ma mówić. To utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem. Dzięki temu można dostrzec kontekst bezsłowny; jest on ważny przez cały czas spotkania, ale szczególnie na początku. W biernym słuchaniu istotną rolę odgrywa zapamiętanie słów i zdań, ważnych dla wypowiedzi. Lekarz powinien

również słuchać aktywnie. To znaczy, wysłuchać i powtórzyć wypowiedź pacjenta własnymi słowami, dzięki którym chory wie, że został zrozumiany. Dobrze słuchający lekarz to lekarz cierpliwy, wrażliwy, otwarty, obiektywny, dokładny, który umie stworzyć atmosferę aprobaty i zrozumienia. Na drodze do zbudowania relacji lekarz-pacjent są bariery komunikacyjne, o których lekarz powinien wiedzieć, ponieważ one sprawiają, iż pomimo jak najlepszych intencji, niemożliwe jest porozumienie się. Do barier komunikacyjnych należą: osądzanie, decydowanie za innych, uciekanie od cudzych problemów. Osądzanie może przybierać formę krytyki, obrażania chorego, orzekania, chwaleń. Decydowanie za innych to rozkazywanie, grożenie, moralizowanie, zadawanie niewłaściwych pytań. Natomiast uciekanie od cudzych problemów może przybierać formę doradzania, zmieniania tematu, pocieszania.

Lekarz powinien pamiętać, że przez cały czas choroby pacjentowi towarzyszy cierpienie, o którym była już mowa, oraz lęk. Wpływ na nasilenie lęku u pacjenta ma przyjmowana przed zachorowaniem postawa wobec śmierci, stopień zaangażowania religijnego i przebieg choroby. W sytuacji, gdy naciska on na stosowanie mało uzasadnionej medycznie terapii, tylko po to by odsunąć swój koniec tak daleko, jak się da, lęk jeszcze się nasila. Chory boi się, że lekarz może nie zgodzić się z nim, uniemożliwiając przez to osiągnięcie celów, dla których chory artykułuje swoją prośbę.

Lekarz musi być przygotowany na to, że może usłyszeć od chorego: „Proszę...”, „Daj mi...”, „Nie odmawiaj mi...”, „Miej litość...”, „Kontynuuj, bo ja mam...”, „Potrzebuję siebie do...”. Lekarz ma jednak świadomość, że powinien działać w najlepszym interesie chorego, dla jego dobra. Na dobro pacjenta, według Edmunda Pellegrini, składają się cztery elementy [za Biesaga, 9]:

- a) dobro medyczne określone wskazaniami medycznymi;
- b) dobro postrzegane przez pacjenta według jego planów życiowych oceny własnej sytuacji;

- c) dobro pacjenta jako osoby;
- d) dobro duchowe pacjenta.

Lekarz jednak ma swoje prawa i swoje dobro, podobnie jak i pacjent. Jest to więc sytuacja, kiedy mamy do czynienia z konfliktem interesów. Lekarz chce „zabrać”, a pacjent mówi: „Nie zabieraj mi”. Są po dwóch stronach barykady. Jak dwie autonomiczne osoby po dwóch stronach, kiedy to jedna nie jest w stanie zrozumieć drugiej, choć się stara. Zarówno pacjent, jak i lekarz chce być w porządku, chociaż dla każdego znaczy to co innego. Autonomia pacjenta nie może też oznaczać niewolnictwa lekarza. Autonomia lekarza nie może oznaczać ślepego posłuszeństwa, podporządkowania się pacjenta. Potrzebna jest wzajemność. Co to znaczy w praktyce? Lekarz powinien brać pod uwagę wolę pacjenta, to znaczy wiedzieć (lub się dowiedzieć), co chory wie, czego i dlaczego chce. Pacjent z kolei powinien docenić starania lekarza, wziąć pod uwagę jego opinię, kompetencje zawodowe, zdawać sobie sprawę, że lekarz liczy się ze swoim sumieniem jak i moralną integralnością.

Wzajemność może być bazą do budowania przymierza. Bardzo ważnym elementem budowania tego przymierza jest stałość, warunkująca poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta. Chory chce wiedzieć, kto do końca będzie się nim opiekował. Chce być wysłuchany i uspokojony. Chce mieć wpływ na własne życie. Oczekuje wskazówek praktycznych, uszanowania swojej autonomii. I chce być dotykany w trakcie badania z szacunkiem i troską. Pacjent obawia się pociechy, pouczenia i przymusu. Pociechy, czyli pobłażliwego poklepywania i mówienia: „Wszystko będzie dobrze...”, „Nie ma się czym martwić”. Pouczenia, czyli wszelkich nakazów w stylu: „Ma pan zrobić to i to...”, „Jak pan nie zrobi tego i tego, to będzie to i to...”. Przymusu, czyli „Dla własnego dobra musi pan się zgodzić na to”, „Nie może pan tego zrobić nam, bliskim...”. Lekarz budujący relację niezbędną do zawarcia przymierza powinien wystrzegać się paternalizmu. Oznacza to, że lekarz nie powinien być w roli tego, który wszystko wie (czyli

jest „wielepkim”), który tylko informuje (a nie rozmawia) chorego o tym, co będzie robił, a chory ma ślepo mu zawierzyć. Z kolei przymierze ze strony pacjenta opiera się na wystrzeganiu się nadużywania własnej autonomii. To znaczy, że chory nie powinien traktować lekarza jako narzędzia do samowolnej realizacji.

Uzgodnienia w ramach przymierza

Jeśli terapia jest nieskuteczna, staje się uporczywa, ale chory o nią prosi, to lekarz ma prawo odmówić. Wymaga to jednak uzasadnienia, które będzie zrozumiałe dla chorego, możliwe do zaakceptowania (choć niekoniecznie przekona pacjenta). Powinno to być odnotowane w dokumentacji wraz z dokładnym uzasadnieniem, dlaczego lekarz, pomimo próśb chorego, nie wprowadził danej terapii lub z niej zrezygnował. Lekarz może zasięgnąć konsultacji prawnej i etycznej, aby wzmocnić poczucie własnej wiarygodności lub spokoju sumienia. Może wskazać choremu inne możliwości lub miejsca (ośrodki, lekarzy), gdzie może zasięgnąć opinii. Warto jednak rozważyć w sytuacji, gdy chory mimo to prosi o terapię uporczywą, czy może można... Bo jest to jedyny sposób, aby pacjent mógł zrealizować... Co zrealizować? Ważne dla niego cele, potrzeby, doczekać się wizyty bliskiej osoby itd. Niektórzy chorzy mogą mieć głęboką potrzebę uczynienia czegoś dla dobra innych. Przykładem może być wspomniana już sytuacja prowadzenia badań klinicznych w opiece paliatywnej, wtedy gdy w sposób niezamierzony chory włączony do badania wchodzi w okres umierania, ale prosi o kontynuację stosowania badanej terapii po to, aby mieć swój wkład w naukę. Może być to jego bardzo specyficzny testament. I może się to odnosić do chorych, którzy uważają, że zmarnowali życie i że nic innego po nich nie zostanie.

Kiedy można rozwiązać przymierze?

Jeżeli jednak nie można dojść do żadnego porozumienia pomiędzy lekarzem a chorym, ponieważ każdy z nich „ciągnie w swoją stronę”, wtedy trzeba rozwiązać przymierze. W takim przypadku warto rozważyć przekierowanie chorego pod opiekę innego specjalisty. Lekarz powinien cenić sobie wierność swojemu sumieniu, czyli to, aby postępować zgodnie z własnym przekonaniem, czym jest dobro, a czym zło. Powinien opierać się na własnej wiedzy medycznej, regularnie pogłębianej. Jest zmuszony także brać pod uwagę realia własnego funkcjonowania, na przykład potrzebę realizowania odpowiednich procedur. Jeżeli nie będzie tego respektował, to narazi się na różnorakie kłopoty.

Podsumowanie

Trudno racjonalnie wytłumaczyć, dlaczego chory może domagać się uporczywej terapii, szczególnie jeśli zdaje sobie sprawę z tego, że jest ona daremna. Nie jesteśmy jednak w sytuacji chorych... Stąd lekarz powinien doskonalić w sobie umiejętność empatii, dążenie do zrozumienia, z pełną świadomością, że nie jest ono możliwe w pełni do osiągnięcia, ponieważ nie jest on zwierciadlanym odbiciem pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Wojciech Bołoz i Małgorzata Krajnik (przewodniczący) oraz członkowie Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Definicja Uporczywej Terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2:77
2. Krajewski R. Komentarz do definicji. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2:78
Bołoz W. Rezygnacja z uporczywej terapii jako realizacja praw człowieka umierającego. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008; 2:79–85.
4. Krouse R.S., Eason A.M., Angelos P. Ethical Considerations and Barriers to Research in Surgical Palliative Care. *J Am Coll Surg* 2003;196: 469–474.
5. Oxford Textbook of Palliative Medicine. Fourth Edition. Hanks G, Cherny NI, Christakis NA et al (red.) Oxford University Press, Oxford 2011.
6. Firth P. Spiritual distress. W: *Palliative Medicine*, red. D. Walsh, Kanada 2009; s. 59–63
7. P. en Vermoeidheid; S. en Rowu, Richtlijnen voor de Praktijk, 2010, s. 637–62.
8. Krajnik M. Świadoma zgoda chorego w opiece paliatywnej. W: Krajewski R. i Bołoz W. (red.). *Realizacja zasady informed consent w kontekście relacji lekarz pacjent*, Warszawa 2013, w druku.
9. Biesaga T. Wobec uporczywej terapii. *Medycyna Praktyczna* 2005;11–12, s. 26–29.

Piotr Krakowiak

Duchowo-religijne potrzeby osób u kresu życia. Zadania dla zespołów ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Potrzeby duchowe i opieka religijna u kresu ludzkiego życia

W ostatnim stuleciu odkrycia medycyny, a także urbanizacja i anonimowość społeczna spowodowały izolację choroby od życia i medykalizację umierania. Taka sytuacja stała się wyzwaniem dla duszpasterstwa, które próbując nadażyć za szybkimi zmianami, szukało sposobów unowocześnienia swoich metod. Ekumenicznym projektem specjalizacji dla duchownych i świeckich kapelanów oraz opiekunów duchowych jest znany w krajach anglosaskich projekt CPE (*Clinical Pastoral Education*), łączący bogactwo tradycji duchowo-religijnych z psychologią. W Polsce opieka duszpasterska jest obecna w ochronie zdrowia, ale brakuje jednolitego systemu szkolenia duszpasterzy. Inspiracją do jego modyfikacji w instytucjonalnej i domowej ochronie zdrowia i pomocy społecznej są dobre doświadczenia z opieki paliatywno-hospicyjnej. Aby przyjrzeć się podjętym w ostatnich latach działaniom, warto rozpocząć od krótkiej analizy religijności w Polsce oraz zdefiniowania duchowych i religijnych aspektów opieki nad osobami u kresu życia w ochronie zdrowia i pomocy społecznej.

Polskie społeczeństwo jest uważane tradycyjnie za religijne. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, dominują w nim wyznania chrześcijańskie. Pierwszym pod względem liczebności wyznaniem w Polsce jest katolicyzm z 86,9 proc. wiernych. Prawosławie wyznaje 1,31 proc. mieszkańców, a protestanci stanowią 0,38 proc. wierzących Polaków. Kolejną grupą wyznaniową są świadkowie Jehowy (0,34 proc.), buddyzm

praktykuje około 0,04 proc. Polaków, islam 0,013 proc., a judaizm jest religią 0,004 proc. mieszkańców naszego kraju¹. Choć dominującą religią jest katolicyzm, to wobec zmian społecznych i kulturowych ważna jest wrażliwość wobec zmieniających się potrzeb duchowo-religijnych i różny stopień przynależności pacjentów do wspólnot wiary. Badania dotyczące zmian potrzeb duchowo-religijnych przeprowadzono w tradycyjnie katolickiej Irlandii. Wyniki oraz poszukiwania najlepszych rozwiązań wobec nowych potrzeb opracowano w publikacji, dostępnej również w wersji elektronicznej, *A question of faith – the relevance of faith and spirituality in health Care*². Obok wrażliwości na różnorodność wyznaniową i kulturową, istotne jest również rozróżnienie potrzeb duchowych, uznawanych za jedną z powszechnych potrzeb każdej osoby, od potrzeb religijnych, związanych z przynależnością do danej wspólnoty. Definicje obu pojęć są przydatne dla dalszej części tego wywodu.

Duchowość i religijność w głównych systemach religijnych

Przez wieki terminy ‘religijny’ i ‘duchowy’ były synonimami, gdyż osoby dbające o duchowość należały do wspólnot systemu religijnego. Bogata rzeczywistość obu pojęć jest obszarem badań filozofii i teologii, psychologii i kulturoznawstwa, ale także medycyny i innych nauk szczegółowych. Duchowość i religijność w różnych religiach mają różne znaczenia. W judaizmie duchowość oznacza połączenie pierwiastka boskiego z codziennością. W islamie odnosi się ona do zaniknięcia siebie. W buddyzmie chodzi o pielęgnowanie dyspozycji moralnych. Dla cywilizacji zachodniej o korzeniach chrześcijańskich duchowość leży w centrum doświadczenia religijnego. Dynamiczne modele duchowości

¹ Zob. *Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2009–2011*, GUS Warszawa 2013, za: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_pol_2009-2011.pdf

² Zob. *A question of faith – the relevance of faith and spirituality in health Care*, Ireland 2011, za: www.hse.ie/eng/services/Publications/Your_Service,_Your_Say_Consumer_Affairs/Reports/questionoffaith.pdf

widzą ją jako spoiwo doktryny, liturgii, dyscypliny i życia, będących w interakcji³.

Historia terminu ‘duchowość’ bierze swoje początki z łacińskiego *spiritualitatis* – wywodzącego się od czasownika *spiritus* i od przymiotników *spiritualis* i *spiritalis*, od greckich: *pneuma* i *pneumatikos*. W dzisiejszym rozumieniu termin użyto po raz pierwszy w XVII w., jako opis subiektywnych praktyk religijnych, łącząc termin ‘duchowość’ z pojęciem ‘mistycyzm’⁴. Dzisiaj to pojęcie używane do opisania niematerialnej części rzeczywistości, od psychoterapii, przez medytacje, doświadczenia grup modlitewnych i wspólnot religijnych. Liczne definicje starają się objąć różne wizje duchowości we współczesnym świecie. „Duchowość odnosi się zawsze do naszego bezpośredniego doświadczenia religijnego, a to doświadczenie jest zwykle zakorzenione w jakiejś szczególnej jego formie: żydowskiej, islamskiej, chrześcijańskiej, buddyjskiej czy ogólnoludzkiej”⁵. Pochodzący od niego przymiotnik: duchowy: 1. dotyczący ducha, umysłu, myśli, uczuć, odnoszący się do życia psychicznego, wewnętrznego; intelektualny, kulturalny, moralny, uczuciowy, niematerialny; odnoszący się do religii, kościoła: dotyczący ducha, duszy (w rozumieniu religijnym), związany z duchowymi posługami⁶. Definicja jednego z systemów opieki zdrowotnej brzmi: „Duchowość – egzystencjalny konstrukt włączający wszelkie sposoby, w jakie osoba ludzka nadaje znaczenie i układa sens swojego istnienia w kontekście wierzeń, wartości i relacji. Czasami bywa rozumiana w kontekście transcendencji lub inspiracji. Udział we wspólnocie wiary może, ale nie musi być częścią duchowości jednostki”⁷.

³ M. Wright, *Hospice care and models of spirituality*, EJPC, 2004, 11(2), s. 75–77.

⁴ Zob. A. Pangrazzi, *Vivere il tramonto*, Torino 2006.

⁵ J. Wolski Conn, *Towards Spiritual Maturity*, w: C.M. LaCugna (red.), *Freeing Theology: The Essential of Theology in Feminist Perspective*, red. C.M. LaCugna, San Francisco, CA 1993, s. 237.

⁶ *Słownik języka polskiego*, CD wersja 1.0., Warszawa 1996.

⁷ Canadian Hospice Palliative Care Association. A Model to Guide Hospice Palliative Care, accessed June 21, 2009: www.chpca.net/resource_doc_library/model_to_guide_hpc/, wersja sierpień 2013.

‘Religijność’ wydaje się trudniejsza do zdefiniowania, gdyż nie jest pojęciem jednoznacznym. Religia pochodzi od łacińskiego terminu *religio*, utworzonego zarówno od czasownika *religare* – połączenie i ściśle związanie z Bogiem, jak i *relegere* – pilne powtarzanie i przestrzeganie tego, co ma związek z czcią Boga⁸. Religijność – to zbiór tradycji, rytów i prawd wiary, które przyjmujemy dzięki kulturowej przynależności do wspólnoty. Zależnie od miejsca urodzenia, mamy tożsamość islamską, hinduską, buddyjską, żydowską, chrześcijańską⁹. Wright, dzięki analizie religijności, pozwala ją dostrzec w rozumieniu przedmiotowym, jako zespół prawd, czynności obrzędowych i norm postępowania strzeżonych przez instytucje oraz podmiotowe przeżywanie religijności, jako relacja człowieka z transcendencją poprzez przeżycie religijne¹⁰. Chlewiński ujmuje religijność jako aspekt osobowości, który dotyczy sfery postaw i działalności jednostki. Jego zdaniem, podobnie jak mówi się o ‘osobowości społecznej’, można też mówić o ‘osobowości religijnej’. Zakładając, że religijność, podobnie jak uspołecznienie, należy do właściwości konstytuujących osobę ludzką, możemy powiedzieć, że każdy człowiek jest w szerokim sensie „religijny”, czyli ma jakiś stosunek do wartości transcendentnych¹¹.

Różne tradycje duchowe i religijne odnoszą się do problemów cierpienia, w tym także do zagadnień związanych z kresem ludzkiego życia. Według duchowej ze wspólnoty żydowskiej, opieka duchowa w ochronie zdrowia stanowi sposób pomocy chorym w kryzysie związanym z leczeniem w znalezieniu pokoju wewnętrznego, odzyskaniu siły i równowagi¹². Także w Polsce, badając wpływ religii na zdrowie pacjentów, dostrzega się jej inspirację na zachowania prozdrowotne, wzorce psychospołeczne i przekonania. Religijność poprawia umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych i wpływa na zmniejszenie smutku,

⁸ W. Łydka, *Religia*, w: *Słownik teologiczny*, red. A. Zuberbier, Katowice 1989, s. 198.

⁹ A. Pangrazzi, *Vivere il tramonto*.

¹⁰ M. Wright, *Hospice care and models of spirituality*.

¹¹ Z. Chlewiński, *Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność*, Poznań 1991.

¹² M.J. Hart, *Spiritual care*, w: *Palliative Care*, red. E.L.L. Librach SL, Philadelphia 2007, s. 524–539.

dzięki czemu wzrasta poczucie sensu i dobrostan fizyczny chorego. Nie ma jednak jednoznacznych przesłanek co do tego, jaka forma opieki duchowej może najlepiej złagodzić przykre doznania związane z końcem życia¹³. „Duchowość jest definiowana jako umiejętność i tendencja unikalna dla każdego człowieka. Kieruje ona osobę w kierunku wiedzy, miłości, sensu, pokoju, nadziei, transcendencji, łączności, współczucia i dobrostanu. Zawiera w sobie zdolność jednostki do tworzenia, rozwoju i rozwinięcia systemu wartości. Oznacza poszukiwanie ostatecznego znaczenia w życiu osoby poprzez udział w obrzędach religijnych, wiarę w Boga, rodzinę, naturę, racjonalizm, humanizm i sztukę. Duchowość jest dostępna z różnych perspektyw, włączając w to psychoduchową, religijną i transpersonalną”¹⁴. Szczegółowe podziały i klasyfikacje opieki duchowej i religijnej w ochronie zdrowia, sposoby diagnozowania potrzeb duchowych i oceny jakości pomocy duchowej wykraczają poza ramy tej pracy. Ukazanie problematyki cierpienia w głównych systemach religijno-duchowych pomoże zilustrować podobieństwa i różnice w opiece nad osobami u kresu życia.

Chrześcijaństwo: Dobra Nowina objawiona przez Jezusa i spisana w Ewangeliach jest przez wspólnotę Kościoła strzeżona jako depozyt wiary. Jej najistotniejszym elementem jest misterium męki, śmierci i zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. Szczególną próbą przybliżenia chrześcijańskiego sensu ludzkiego cierpienia jest *Salvifici Doloris* Jana Pawła II, W komentarzu przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie pisze on: „Idąc za ewangeliczną przypowieścią, można by powiedzieć, że cierpienie, które pod tylu różnymi postaciami obecne jest w naszym ludzkim świecie, jest w nim obecne także i po to, ażeby wyzwać w człowieku miłość, ów właśnie bezinteresowny dar z własnego «ja» na rzecz innych ludzi, ludzi cierpiących. Świat ludzkiego cierpienia przyzywa niejako bez przestanku inny świat: świat ludzkiej miłości

¹³ J. Janiszewska, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, „Pol. Merk. Lek.” 2006; t. 21, nr 122, s. 197–200.

¹⁴ K.A. Bryson, *Spirituality, meaning and transcendence*, “Palliative and Supportive Care”. 2004;2, s. 322.

– i tę bezinteresowną miłość, jaka budzi się w jego sercu i uczynkach, człowiek niejako zawdzięcza cierpieniu. Nie może człowiek: «bliźni» wobec niego przechodzić obojętnie. W imię najbardziej nawet podstawowej ludzkiej solidarności, tym bardziej w imię miłości bliźniego musi się «zatrzymać», «wzruszyć», postępując tak, jak ów Samarytanin z ewangelicznej przypowieści. Przypowieść sama w sobie wyraża prawdę głęboko chrześcijańską, ale zarazem jakże bardzo ogólnoludzką. Nie bez przyczyny również w języku świeckim nazywa się działalnością samarytańską wszelką działalność dla dobra ludzi cierpiących i potrzebujących pomocy»¹⁵.

Islam: jego podstawą jest przekonanie, że każdy człowiek powinien przyjąć życie w pełni, w tym także cierpienie, jako zgodę na wolę Bożą. Oznacza to całkowite poddanie się woli Allacha. Zarówno cierpienie, jak i śmierć są wpisane w Boży plan, a wierny powinien je przyjąć, nawet jeśli nie rozumie ich sensu i znaczenia. Także wobec cierpienia niewinnych dzieci religia zachęca do złożenia nadziei w Bogu, który jest miłosierny. Cnotą, którą powinien się charakteryzować każdy muzułmanin, jest cierpliwość¹⁶.

Buddyzm: prawda na temat cierpienia jest najpełniej zawarta w czterech szacownych prawdach, które dotyczą natury i powodów powstawania cierpienia, warunków jego eliminacji i drogi przezwyciężenia. Źródłem cierpienia są przyjemności fizyczne, egzystencjalne, a także nieistnienie, które prowadzi do powtórnego narodzenia w cyklu transmigracji, prowadzącego do dalszego poszukiwania przyjemności. Warunkiem eliminacji cierpienia jest porzucenie przyjemności i uwolnienie się od wszystkich związków z nią. Droga do uzyskania ideału, uwalniającego od cierpienia, jest naśladowanie ośmiu ideałów

¹⁵ Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List Apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, w: *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego* red. P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel, Gdańsk 2008, s. 326–346.

¹⁶ A. Pangrazzi, *Vivere il tramonto*, s. 107.

czystości: spojrzenia, myśli, słów, działania, wspierania, wysiłków, uwagi, medytacji¹⁷.

Hinduizm: w jego sercu jest prawo Karmy, według którego każda osoba jest sprawcą swojego przeznaczenia poprzez swoje myśli, słowa i czyny. Wobec wizji reinkarnacji choroba i cierpienie są postrzegane jako sposoby oczyszczenia, które przynosi wzrost duchowy i moralny. Ghandi, ilustrując to, mawiał, że człowiek jest uczniem, a cierpienie jest jego nauczycielem. Dla hinduisty śmierć nie jest wydarzeniem tragicznym, gdyż nie jest ono ostateczne. Jest to przejście, by przez tę podróż uzyskać wszystkie nauki potrzebne w życiu. „Dla hinduisty jest istotne, by przeżywać śmierć w świadomości i jasności umysłu, dlatego bywają odrzucane środki uśmierzające ból, które mogłyby zakłócić pracę umysłu¹⁸.

Prawo do opieki duchowo-religijnej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej

W *Karcie Praw Pacjenta* z 1994 r., stworzonej w oparciu o *Deklarację Praw Pacjenta WHO* (Światową Organizację Zdrowia), już w prawach ogólnych czytamy: „Każdy ma prawo do poszanowania wyznawanych przez niego wartości moralnych i kulturowych oraz do poszanowania swoich przekonań religijnych i filozoficznych”. W prawach szczegółowych kilkakrotnie jest mowa o opiece duszpasterskiej i duchowej: „Pkt 7. Pacjent ma prawo do opieki duszpasterskiej duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwienia uczestnictwa w obrzędach religijnych w szpitalu, a w sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia powodującego w jego odczuciu zagrożenia życia, aby szpital niezwłocznie zawiadomił wskazane osoby lub instytucje oraz duchownego wyznawanej przez siebie religii i umożliwił z nimi

¹⁷ K. Mizzuno, *Concetti fondamentali del buddismo*, Assisi 1990.

¹⁸ S.H. Giri, *Tradizione hinduista*, w: AA.VV., *Salute, malattia e morte nelle grandi religioni*, Torino 2002.

osobisty kontakt”. „Pkt 13. Szpital umożliwi kontakt pacjenta z wybranym przez niego duszpasterzem”¹⁹.

Konstytucja RP stanowi, że jednym z podstawowych praw chorych przebywających w zakładach opieki zdrowotnej jest prawo do opieki duszpasterskiej. W art. 53 zapisano, iż: „Każdemu zapewnia się wolność sumienia i religii”. Wolność religii obejmuje wolność wyznawania lub przyjmowania religii według własnego wyboru oraz uzewnętrzniania indywidualnie lub z innymi, publicznie lub prywatnie, swojej religii przez uprawianie kultu, modlitwę, uczestniczenie w obrzędach, praktykowanie i nauczanie. Wolność religii obejmuje także posiadanie świątyn i innych miejsc kultu w zależności od potrzeb ludzi wierzących oraz prawo osób do korzystania z pomocy religijnej tam, gdzie się znajdują. Zgodnie z tym artykułem Konstytucji RP, pacjenci znajdujący się w szpitalu mają prawo do korzystania z pomocy religijnej. Podobny zapis znajduje się również w art. 19, ust. 3, pkt 3 Uzo: „W zakładach opieki zdrowotnej przeznaczonych dla osób wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych pacjent ma również prawo do opieki duszpasterskiej”. Upp z 2008 r. precyzyjnie określa prawo do opieki duszpasterskiej. Rozdział 10 to *Prawo pacjenta do opieki duszpasterskiej*, a w nim artykuły: „36. Pacjent w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej ma prawo do opieki duszpasterskiej. 37. W sytuacji pogorszenia się stanu zdrowia lub zagrożenia życia, stacjonarny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym. 38. Stacjonarny zakład opieki zdrowotnej ponosi koszty realizacji praw pacjenta, o których mowa w art. 36 i 37, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej”²⁰.

Każda ze wspólnot czy wyznań rządzi się swoimi prawami, mając na mocy porozumień pomiędzy państwem a związkami wyznaniowymi swobodny dostęp do duszpasterskiej troski o swoich wiernych. Struktury duszpasterstwa chorych posiadają wyznawcy prawosławia, wierni

¹⁹ *Deklaracja Praw Pacjenta WHO*: www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html, wersja sierpień 2013.

²⁰ Upp: www.orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/283_u.htm, wersja sierpień 2013.

ewangelicko-augsburscy oraz grekokatolicy²¹. Katolickie duszpasterstwo w służbie zdrowia nadzoruje Biskup z Konferencji Episkopatu Polski, którego wspomagają Krajowi Duszpasterze Służby Zdrowia, Apostolstwa Chorych, Niepełnosprawnych, Hospicjów. Pomimo wyzwań i problemów, każdy chory przebywający w zakładzie opieki zdrowotnej, niezależnie od przynależności do grupy wyznaniowej, ma prawo do opieki duszpasterskiej. Kierownicy placówki medycznej prowadzonej przez administrację rządową lub samorządową mają prawny obowiązek zapewnienia choremu wykonywania praktyk religijnych i kontaktu z przedstawicielami swojego wyznania na terenie szpitala²².

Duchowo-religijną opiekę powinni zapewniać kapelani będący osobami duchownymi skierowanymi do tej pracy przez wspólnoty religijne oraz świeccy terapeuci i doradcy duchowi (*pastoral counselors*). Przygotowania do sprawowania tej funkcji obejmują studia teologiczne i psychologiczne, przygotowanie duchowe i terapeutyczne. W krajach anglosaskich istnieją stowarzyszenia kapelanów, wyznaczające standardy i systemy specjalizacji, bez których nie można pracować w roli kapelana i doradcy duchowego. W Polsce istnieją systemy kapelania związane ze wspólnotą katolicką, prawosławną, ewangelicko-augsburską i grekokatolicką. Pomimo podejmowanych wysiłków, nie udało się dotychczas wypracować jednolitych standardów szkoleń i specjalizacji dla kapelanów służby zdrowia. Nie istnieje statut i status kapelana w ochronie zdrowia, a potrzebę takich regulacji zauważają zarówno kapelani, jak i osoby zarządzające placówkami medycznymi. Obok duchownych pomocy duchowej mogą udzielić choremu członkowie zespołu opiekuńczego. Możemy za Pangrazzim, przyjmując „wewnętrzne uniwersum duchowe” każdego człowieka, wskazać na różne perspektywy rozmowy o życiu, cierpieniu i śmierci z pacjentami. „Horyzont religijny” dotyczy tych, których życie jest zainspirowane tradycją religijną, a w obliczu choroby i śmierci znajdują w niej odpowiedź na pytania

²¹ Szczegółowe informacje o nich są dostępne na stronach internetowych tych wspólnot.

²² K. Wroński, *Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu*, „Współczesna Onkologia” 2007 vol. 11, 7, s. 381–384.

egzystencjalne i znajdują sens cierpienia. Szacunek dla ich poglądów religijnych oznacza szacunek dla nich samych, stąd ważne jest – o ile to możliwe – by odwiedzał ich kapelan bądź duchowny z ich wspólnoty. „Horyzont duchowy” jest przestrzenią spotkania dla tych pacjentów, którzy są gotowi do rozmowy o tym, co przekracza człowieka i świat materialny. Najczęściej są to osoby niezwiązane ze wspólnotą religijną. Ich duchowość wyraża się w wierności zasadom, które przyjęli. „Horyzont ludzki” to przestrzeń dla pacjentów, którzy nie należą do żadnej tradycji i wspólnoty. W atmosferze otwartego dialogu można szukać przestrzeni, w której mogą wyrazić niepokoje i lęki egzystencjalne²³. Pomocą przy ostatnim rodzaju duchowego wsparcia może być *terapia ludzkiej godności*, którą proponuje się osobom niereligijnym u kresu życia, jako symboliczne jego dopełnienie i podsumowanie. W ten sposób uniwersalna przestrzeń pozamaterialnych doznań człowieka, wymykająca się zarówno wymiarowi fizycznemu, jak i psychologicznemu, społecznemu i emocjonalnemu, może być brana pod uwagę przy całościowej trosce o każdego chorego. Ten rodzaj otwartego na różnorodne potrzeby religijne i duchowe duszpasterstwa prowadzony jest w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Duszpasterstwo i zespołowa opieka duchowa u kresu życia

Jednym z ważnych elementów zintegrowanej opieki paliatywno-hospicyjnej jest troska o duchowe i religijne potrzeby człowieka zagrożonego śmiercią i jego bliskich. Integralna wizja opieki stała się nowym sposobem towarzyszenia chorym, a programy hospicyjne przewidują specjalistyczną opiekę nad terminalnie chorymi oraz ich rodzinami. Pacjent i jego rodzina są pierwszorzędnymi podmiotami opieki, która koncentruje się na terapii bólu i kontroli symptomów, kładąc również duży nacisk na psychologiczne, emocjonalne, socjalne i duchowo-religijne

²³ A. Pangrazzi, *Vivere il tramonto*, s. 106.

potrzeby chorego i jego rodziny²⁴. Hospicjum pragnie być duchowe i wspólnotowe, oparte na chrześcijańskich i humanistycznych fundamentach, a zarazem ekumeniczne i otwarte na wszystkie religie i kultury²⁵. W opiece paliatywno-hospicyjnej proponuje się przyjęcie duchowości holistycznej, podkreślającej fakt, iż żyjemy w otoczeniu boskiej rzeczywistości i że każdy element stworzonego świata jest potencjalnym objawieniem Boga. Obejmując wszystkie aspekty ludzkiej egzystencji, wraz ze związkami i stosunkami międzyludzkimi, pracą i całym światem materialnym, holistyczne rozumienie duchowości wymaga powiązania jej z każdym elementem rozwoju ludzkiego: psychologicznym, duchowym, społecznym, politycznym i kulturalnym²⁶.

Opieka paliatywno-hospicyjna i towarzyszenie umierającym stały się nową specjalnością medyczną i zadaniem dla Kościoła. O potrzebie istnienia duszpasterstwa dla ciężko chorych i umierających mówili Biskupi zgromadzeni na Konferencji Biskupów Europejskich w Rzymie w 1989 r.: „Biskupi uznali Duszpasterstwo Hospicyjne za jeden z elementów nowej ewangelizacji Europy oraz za najskuteczniejszy sposób walki z szerzącą się na Starym Kontynencie kulturą śmierci i opcją dotyczącą eutanazji”²⁷. Kościół powinien być obecny w swoich podstawowych funkcjach: przepowiadaniu, liturgii i diakonii. Takie funkcje powinno reprezentować Duszpasterstwo Hospicyjne, wyrażające troskę Kościoła o człowieka na granicy życia i śmierci, zatroskanego także o rodzinę dotkniętą dramatem śmierci, opuszczenia i żałoby, troszcząc się wreszcie o pracowników i wolontariuszy hospicjów, którzy tworzą wspólnotę „dobrych samarytanów”²⁸. Przygotowanie do zmartwychwstania jest istotą duszpasterstwa ludzi umierających, wyrażającą się

²⁴ M.J. McCabe, *The Hospice Movement – An Alternative to Euthanasia*, Rome 1994, s. 4–5.

²⁵ *Malati in fase terminale*, red. L. Sandrin, Casale Monferrato 1997, s. 4–5.

²⁶ W. Au, *Holistic Spirituality*, w: *The New Dictionary of Catholic Spirituality*, red. M. Downey, Collegeville 1993, s. 490.

²⁷ E. Dutkiewicz, *Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum*, w: *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*, red. P. Krakowiak, E. Dutkiewicz, Gdańsk 1999, s. 44.

²⁸ R. Mikołajczak, *Towarzyszenie umierającym jako zadanie Kościoła*, „Ateneum Kapłańskie”, 1 (488) 1990, s. 129–130.

w świadectwie o religijnym sensie umierania, które w momencie śmierci jest zapowiedzią zmartwychwstania²⁹. Cała istota życia chrześcijańskiego tym różni się od „świata”, że w godzinie śmierci chrześcijanin jest inny, przemieniony nadzieją, „że choćby umarł, żyć będzie”. Religijna funkcja hospicjów może więc zostać określona jako pomoc w przygotowaniu człowieka umierającego na przejście do innej rzeczywistości, która dla wyznawców chrześcijaństwa związana jest z obietnicą zmartwychwstania³⁰.

Sakramentalna posługa katolickiego duszpasterza wobec osoby u kresu życia

Duszpasterz w ochronie zdrowia i pomocy społecznej powinien być blisko osób umierających, zawsze gdy życzy sobie tego samo ciężko chory lub jego bliscy. Opieka duchowa powinna obejmować nie tylko przedstawicieli tej samej wspólnoty wiary, ale także przedstawicieli innych wyznań czy religii, a także osoby niewierzące. Przestrzeń opieki duchowej obejmuje obecność, aktywne słuchanie czy udział w takich formach duchowego wsparcia, jakiego pragnie osoba u kresu życia lub jej bliscy. Błędem jest uznawanie, iż w przypadku osoby niezwiązanej ze wspólnotą Kościoła lub nienależącej do niej nie ma potrzeby duchowej opieki. O wiele szerszy zakres duszpasterskich działań jest możliwy w przypadku posługiwania osobie związanej ze wspólnotą Kościoła katolickiego, której przedstawiciele stanowią większość mieszkańców naszego kraju. Ten rodzaj sakramentalnej posługi zostanie omówiony poniżej, choć duszpasterze oraz pracownicy i wolontariusze ośrodków ochrony zdrowia i pomocy społecznej powinni pamiętać o przedstawicielach innych wyznań czy religii i ich prawie do spotkania ze swoim duszpasterzem.

²⁹ *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, red. J. Drażkiewicz, Warszawa 1989, s. 145.

³⁰ E. Dutkiewicz, *Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum*, s. 45.

Szczególnie ważnymi aspektami katolickiej opieki duchowo-religijnej są sakramenty i sakramentalia służące trosce o chorych i ich bliskich u kresu życia. Z udzielaniem sakramentów wiąże się spoczywające na kapłanach zadanie stopniowego wprowadzania chorych (poprzez braterską rozmowę), a także ich rodzin oraz pracowników służby zdrowia (przez katechezę indywidualną i wspólnotową) w sens i znaczenie poszczególnych znaków sakramentalnych, przede wszystkim namaszczenia chorych i wiatyku³¹. Stopniowe przygotowanie chorego czyni go świadomym i odpowiedzialnym podmiotem sakramentu łaski, a nie nieświadomym przedmiotem jakiegoś niezrozumiałego obrzędu³².

Wśród sakramentów uzdrowienia pierwszym jest sakrament pokuty i pojednania. Dokonujące się w tym sakramencie pojednanie z Bogiem, z samym sobą oraz z braćmi nabiera szczególnego znaczenia dla człowieka umierającego³³. W obliczu śmierci człowiek staje się świadomy swojej grzeszności jak syn marnotrawny, który powraca do Ojca i powierza całe swoje życie Jego Miłosierdziu. Bywa, że jest to powrót do „Domu Ojca” po wielu latach i w takich przypadkach powinien być on troskliwie przygotowany, najlepiej przez osoby z najbliższego otoczenia lub przez opiekunów, modlących się o dobrą spowiedź³⁴. Człowiek spotyka się z Chrystusem jako Lekarzem, który leczy duchową słabość i niemoc ludzką. Dzięki lekarstwu spowiedzi doświadczenie grzechu nie przeradza się w rozpacz w obliczu śmierci, gdyż w sakramencie pokuty Chrystus jawi się jako Ten, który przebacza i uzdrawia z duchowej choroby grzechu. Prawdziwość pokuty zależy od skruchy serca, a żal za grzechy odnosi się zawsze do konkretnego sposobu życia, poprzez który człowiek odszedł od Boga. W ten sposób żal za grzechy wiąże się ściśle z rachunkiem sumienia, a więc z poznaniem i uznaniem własnej

³¹ J. Stefański, *Sakrament chorych w praktyce duszpasterskiej: Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996*, red. E. Szczotok, A. Liskowacka, Katowice 1995, s. 491–494.

³² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, s. 89.

³³ *Katechizm Kościoła Katolickiego (KKK)*, Poznań 2000, nr 1468.

³⁴ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000, s. 259.

grzeszności³⁵. W obliczu ciężkiej choroby lub zbliżającej się śmierci człowiek niejednokrotnie spogląda na całe swoje życie, czyniąc z niego bilans, który może przybrać formę rachunku sumienia. Zadaniem chrześcijan otaczających umierającego jest uświadomić mu wagę i potrzebę takiego bilansu życiowego, przygotowując do niego poprzez rozmowę lub katechezę, albo osobiste świadectwo. Pomoc ważna jest tym bardziej, gdy osoba wspierająca jest bliskim penitenta lub zna społeczny i środowiskowy kontekst jego życia i cierpienia³⁶. Wizyta kapłana może być sakramentalnym zwieńczeniem „życiowego bilansu”, przy czym rola prezbitera polega na odkryciu Bożego miłosierdzia, które przewycięża fatalizm grzechu. Żal za grzechy prowadzi do ich wyznania, stanowiąc istotną część sakramentu pokuty, a w przypadku trudności szczegółowego wyliczenia ze względu na stan zdrowia wystarczy wyznanie ogólne³⁷. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż czasem chory nie potrafi się spowiadać, dlatego ważne są zarówno katecheza, jak również pełne wrażliwości świadectwo i pomoc otaczających go opiekunów oraz pełne cierpliwości posługiwanie kapłana w otwarciu się na Boga i dotarcia do tego, co rani duszę penitenta i nie pozwala na duchowy pokój. Końcowym aktem sakramentu pojednania jest zadośćuczynienie, nazywane tradycyjnie „pokutą”. Może być nim ofiarowanie cierpienia, które towarzyszy choremu lub umierającemu, zwłaszcza cierpliwa akceptacja krzyża, który chory musi dźwigać. Tego rodzaju pokuta sprawia, że chory upodabnia się do Chrystusa, który raz na zawsze odpokutował za nasze grzechy.

Sakramentem uzdrowienia jest również namaszczenie chorych, będące sakramentem przeznaczonym dla wszystkich osób dotkniętych niemocą, chorobą lub jakąkolwiek słabością. Tego sakramentu udzielają prezbiterzy Kościoła poprzez namaszczenie poświęconym olejem,

³⁵ J. Nagórny, *Sakrament pokuty w kontekście miłosierdzia*, w: *Wierzę w Boga Ojca. Program Duszpasterski na rok 1998/1999*, Katowice 1998, s. 232.

³⁶ P. Góralczyk, *Społeczny wymiar grzechu*, w: *Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996*, Katowice 1995, s. 253–265.

³⁷ *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 2000, nr 30.

połączone z modlitwami, w których poleca się chorych Chrystusowi³⁸. Poprzez sakrament namaszczenia chorych „człowiek cierpiący spotyka się z Chrystusem, który obdarza go łaską umocnienia, pokoju i odwagi, by przezwyciężyć trudności związane ze stanem ciężkiej choroby lub niedołęstwa, odnawiając ufność i wiarę w Boga oraz umacniając przeciw pokusom złego ducha, przeciw pokusie zniechęcania i trwogi śmierci”³⁹. Dzięki tej pomocy, chory może wytrwale znosić dolegliwości choroby, a także uzyskać odpuszczenie grzechów, stając się dopełnieniem chrześcijańskiej pokuty⁴⁰. W sakramencie namaszczenia człowiek chory spotyka się także z Chrystusem cierpiącym i ukrzyżowanym. „Przez łaskę tego sakramentu chory otrzymuje siłę i dar głębszego zjednoczenia z męką Chrystusa”⁴¹, łącząc się także z Mistycznym Ciałem Chrystusa, czyli Kościołem, który w momencie celebracji namaszczenia modli się za chorego. Wspólnotowa charakterystyka tego sakramentu ukazana jest wtedy, gdy w jego celebracji biorą udział członkowie rodziny i zespół sprawujący opiekę. W opiece paliatywno-hospicyjnej namaszczenie chorych, udzielane zazwyczaj po raz kolejny, stanowi „przygotowanie do ostatniego przejścia, dopełniając w ten sposób rozpoczętego przez chrzest dzieła naszego upodobnienia się do misterium Śmierci i Zmartwychwstania Chrystusa”⁴².

Najpełniej urzeczywistnia się spotkanie człowieka chorego z Chrystusem w Eucharystii, dlatego należy troszczyć się o to, aby chorzy mogli przyjmować Komunię świętą często, nawet codziennie, a pomocą zwyczajnym szafarzom Eucharystii (prezbiterom, diakonom) mogą służyć nadzwyczajni szafarze⁴³. Gdy Komunia jest przyjmowana przy końcu ziemskiej pielgrzymki, nabiera ona specjalnego znaczenia dla osoby

³⁸ Tamże, nr 5.

³⁹ KKK, nr 1520.

⁴⁰ Jan Paweł II, *Namaszczenie chorych w Kościele – wspólnocie kapłańskiej i sakramentalnej*, 29.04.1992, 141.

⁴¹ KKK, nr 1521.

⁴² KKK, nr 1523.

⁴³ A. Bartoszek, *Człowiek w obliczu...*, s. 260.

umierającej, będąc nazywana wiatykiem, czyli pokarmem na drogę⁴⁴. Wiatyk ma wymiar indywidualny i wspólnotowy, dlatego jego udzielaniu powinna towarzyszyć obecność bliskich i przyjaciół umierającego, jak również zespołu opiekuńczego⁴⁵, gdy pozwala na to stan chorego, można udzielić wiatyku w czasie sprawowania Mszy św., używając specjalnego formularza mszalnego. Gotowość przyjęcia wiatyku wiąże się ze świadomością zbliżającej się śmierci, a przygotowywanie chorego do jego przyjęcia wiąże się z uświadomieniem mu zbliżającej się agonii. Jego świadome przyjęcie pomaga choremu w pełnej akceptacji zbliżającej się śmierci. Najlepszym do niego przygotowaniem jest wcześniejsza, częsta Komunia święta w czasie choroby, a także katecheza na temat „pokarmu na drogę”. Nie należy odkładać udzielania tego sakramentu, lecz w miarę możliwości udzielać go choremu, kiedy jest jeszcze świadomy. Zrozumienie znaczenia wiatyku prowadzi do uznania go za istotny element opieki paliatywnej. Udzielenie go w obecności rodziny i zespołu opiekuńczego pomaga choremu w zrozumieniu sensu umierania i śmierci, umacnia osoby nim się opiekujące, będąc szczególnym ewangelizowaniem świata cierpienia i umierania.

Zakończenie

Podsumowując rozważania o duchowo-religijnym towarzyszeniu osobom u kresu życia, należy na koniec zauważyć, że uważna obecność i modlitwa za konających jest ważnym aktem religijnym dla chorego i jego bliskich, będąc także „uniwersalnym sakramentem” dla wszystkich osób u kresu życia. Takiej obecności pragną zarówno osoby religijne, którym towarzyszy duszpasterz i bliscy, jak również osoby poszukujące lub wątpiące, posiadające jednak potrzeby duchowe u kresu życia. Ważną rolę mają tu do spełnienia duszpasterze, ale także pracownicy

⁴⁴ *Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, nr 26.

⁴⁵ Cz. Krakowiak, *Posługa Kościoła wobec umierającego człowieka*, AK, t. 95:1978, s. 173.

i wolontariusze oraz bliscy osoby u kresu życia. W przypadku osób będących w jedności z Kościołem ważne są słowa katechizmu: „Gdy Kościół po raz ostatni wypowiedział nad umierającym chrześcijaninem słowa przebaczenia i rozgrzeszenia Chrystusa, gdy nazaczył go po raz ostatni umacniającym namaszczeniem i w wiatyku dał mu Chrystusa jako pokarm na drogę, mówi do niego ze spokojną pewnością: *duszo chrześcijańska, zejź z tego świata w imię Boga Ojca wszechmogącego, który cię stworzył*”⁴⁶. W przypadku każdej osoby umierającej czuwanie i modlitwa w godzinę śmierci powinny dokonać się we wspólnocie z rodziną i opiekunami. W wypadku śmierci niespodziewanej ważna jest obecność duszpasterza także po stwierdzeniu zgonu, gdy modlitwa jest swego rodzaju „zamknięciem” procesu troski o człowieka u kresu życia. Pastoralna troska o rodzinę zmarłego wyraża się w odpowiedzi na zaproszenie duszpasterzy do domu zmarłej osoby, będąc jednocześnie rozpoczęciem procesu towarzyszenia w żałobie, będącego kolejnym zadaniem duszpasterskim wobec bliskich po stracie⁴⁷. W ten sposób zarówno w instytucjach ochrony zdrowia, jak i pomocy społecznej temat opieki duchowej i posługi religijnej powinien być jednym z priorytetowych zadań zarówno dla duszpasterzy, jak również dla pracowników i wolontariuszy.

⁴⁶ KKK, nr 1020.

⁴⁷ Por. M. Kalinowski, *Duszpasterstwo Hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*, Lublin 2001.

Piśmiennictwo:

- A question of faith – the relevance of faith and spirituality in health Care*, Ireland 2011, za: www.hse.ie/eng/services/Publications/Your_Service_Your_Say_Consumer_Affairs/Reports/questionoffaith.pdf
- Au W., *Holistic Spirituality*, w: M. Downey (red.), *The New Dictionary of Catholic Spirituality*, Collegeville 1993.
- Bartoszek A., *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania. Moralne aspekty opieki paliatywnej*, Katowice 2000.
- Bryson K.A., *Spirituality, meaning and transcendence*, Palliative and Supportive Care. 2004:2.
- Canadian Hospice Palliative Care Association. *A Model to Guide Hospice Palliative Care*, accessed June 21, 2009: www.chpca.net/resource_doc_library/model_to_guide_hpc
- Chlewiński Z., *Dojrzałość: osobowość, sumienie, religijność*, Poznań 1991.
- Deklaracja Praw Pacjenta WHO*: www.bpp.waw.pl/deklaracja_praw_pacjenta_who.html
- Drażkiewicz J. (red.), *W stronę człowieka umierającego. O ruchu hospicjów w Polsce*, Warszawa 1989.
- Dutkiewicz E., *Krajowe Duszpasterstwo Hospicjum*, w: P. Krakowiak, E. Dutkiewicz (red.), *Duszpasterstwo Służby Zdrowia w Polsce: osiągnięcia i wyzwania*, Gdańsk 1999.
- Giri S.H., *Tradizione hinduista*, w: AA.VV., *Salute, malattia e morte nelle grandi religioni*, Torino 2002.
- Góralczyk P., *Spółeczny wymiar grzechu*, w: *Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996*, Katowice 1995.
- Hart M.J., *Spiritual care*, w: E.L.L., Librach SL (red.), *Palliative Care*, Philadelphia 2007.
- Jan Paweł II, *Namaszczenie chorych w Kościele – wspólnocie kapłańskiej i sakramentalnej*, 29.04.1992.
- Jan Paweł II, *Salvifici Doloris – List Apostolski o chrześcijańskim sensie ludzkiego cierpienia*, w: P. Krakowiak, A. Modlińska, J. Binnebesel (red.), *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*, Gdańsk 2008.

- Janiszewska J., Lichodziejewska-Niemierko M., *Znaczenie religijności w życiu człowieka chorego*, Pol. Merk. Lek. 2006; t. 21, nr 122.
- Kalinowski M., *Duszpasterstwo Hospicyjne. Studium pastoralne na podstawie badań wybranych ośrodków hospicyjnych w Polsce*, Lublin 2001.
- Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 2000.
- Krakowiak Cz., *Posługa Kościoła wobec umierającego człowieka*, AK t. 95:1978.
- Łydka W., *Religia*, w: A. Zuberbier (red.), *Słownik teologiczny*, Katowice 1989.
- McCabe M.J., *The Hospice Movement – An Alternative to Euthanasia*, Rome 1994.
- Mikołajczak R., *Towarzystwo umierającym jako zadanie Kościoła*, Ateneum Kapłańskie, 1 (488).
- Mizzuno K., *Concetti fondamentali del buddismo*, Assisi 1990.
- Nagórny J., *Sakrament pokuty w kontekście miłosierdzia*, w: *Wierzę w Boga Ojca. Program Duszpasterski na rok 1998/1999*, Katowice 1998.
- Pangrazzi A., *Vivere il tramonto*, Torino 2006.
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995.
- Patent-centered care*, w: European Observatory on Health Systems and Policies. Glossary. Internet. Accessed September 15, 2009. Available at: www.euro.who.int/observatory/Glossary
- Sakramenty Chorych. Obrzędy i duszpasterstwo*, Katowice 2000.
- Sandrin L. (red.), *Malati in fase terminale*, Casale Monferrato 1997.
- Słownik języka polskiego*, CD wersja 1.0., Warszawa 1996.
- Stefański J., *Sakrament chorych w praktyce duszpasterskiej: Ewangelizacja i nawrócenie. Program Duszpasterski na rok 1995/1996*, E. Szczotok, A. Liskowacka (red.), Katowice 1995.
- u.p.p.: www.orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/ustawy/283_u.htm
- Wolski J. Conn, *Towards Spiritual Maturity*, w: C.M. LaCugna (Ed.), *Freeing Theology: The Essential of Theology in Feminist Perspective*, San Francisco, CA 1993.
- Wright M., *Hospice care and models of spirituality*, EJPC, 2004, 11 (2).

Wroński K., *Prawo chorego do opieki duszpasterskiej podczas pobytu w szpitalu*, Współczesna Onkologia 2007 vol. 11, 7.

Wyznania religijne i stowarzyszenia narodowościowe i etniczne w Polsce 2009–2011, GUS Warszawa 2013, za: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_pol_2009-2011.pdf

Marcin Śliwka

Zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego – aktualne tendencje w prawie porównawczym

Przez wiele lat, na gruncie europejskim, prawne zagadnienia związane z końcem życia ludzkiego były kojarzone z systemem holenderskim. Rzeczywiście, był to pierwszy kraj naszego kontynentu, który zdecydował się na legalizację eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa. Dnia 10 kwietnia 2001 r. parlament holenderski przyjął ustawę o zakończeniu życia na życzenie i medycznie wspomaganym samobójstwie. Od tego momentu minęło już wiele lat, a doświadczenia holenderskie wywołują powolny wpływ również na inne kraje zachodniej Europy. Warto więc przyjrzeć się aktualnym tendencjom natury prawnoporównawczej oraz odnieść je do sytuacji istniejącej w Polsce. Poza zakresem dalszych rozważań pozostają rozwiązania holenderskie oraz anglosaskie, którym poświęciłem miejsce w osobnych opracowaniach¹.

¹ Zob. M. Śliwka, *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Toruń 2008.

Eutanazja w Belgii

W Belgii lekarzowi wolno dokonać jedynie eutanazji². Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy belgijskiej, personel medyczny nie ponosi odpowiedzialności karnej, jeżeli działa zgodnie z następującymi warunkami:

1. poinformuje pacjenta o zdiagnozowanym stanie zdrowia, prognozach przeżycia, możliwych krokach terapeutycznych, dostępnej opiece paliatywnej oraz skutkach podjętej decyzji,
2. zarówno lekarz, jak i pacjent muszą być przekonani, iż nie ma rozsądnej alternatywy medycznej, a żądanie chorego zostało wyrażone całkowicie dobrowolnie,
3. lekarz musi być przekonany, iż pacjent rzeczywiście odczuwa cierpienie fizyczne lub psychiczne. W tym celu powinien przeprowadzić z nim kilka rozmów w stosownym czasie,
4. lekarz skonsultuje się z innym specjalistą, który przejrzy dokumentację medyczną, zbada pacjenta oraz ustali, czy zaistniały przesłanki dla zastosowania eutanazji,
5. lekarz skonsultuje się z członkami personelu medycznego, a także z członkami rodziny wskazanymi przez pacjenta,
6. lekarz powinien upewnić się, czy pacjent miał możliwość omówić swoją decyzję z wybranymi przez niego osobami.

Jeżeli lekarz przewiduje, iż zgon pacjenta nie nastąpi w najbliższej przyszłości, między żądaniem zakończenia życia a zabiegiem eutanazji powinien minąć okres co najmniej jednego miesiąca. Wola pacjenta powinna zostać wyrażona na piśmie. Dokument powinien zostać sporządzony i podpisany przez chorego. Jeżeli nie jest on w stanie tego uczynić, może go wyřęczyć osoba przez niego wskazana. Tak wyrażoną decyzję dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

² Zgodnie z art. 2 ustawy belgijskiej, eutanazję czynną definiuje się jako: „intentional life-terminating action by someone other than the person concerned, at the request of the latter”.

W odróżnieniu od prawa holenderskiego, ustawa belgijska zezwala na skrócenie życia jedynie pacjenta pełnoletniego. Poza zakresem podmiotowym ustawy znalazły się osoby, które nie ukończyły osiemnastego roku życia.

Liczba przypadków eutanazji rośnie w Belgii z roku na rok. W 2003 r. odnotowano 235 przypadków, w 2007 r. już 495. Zdecydowana większość ma miejsce w szpitalu (50 proc.) lub domu pacjenta (45 proc.). Około 25 proc. pacjentów to osoby w wieku 40–59 lat, 55 proc. to osoby w wieku 60–79 lat³.

Eutanazja, wspomagane samobójstwo oraz testament życia w Luksemburgu

Do 2009 r. spośród państw europejskich jedynie Holandia oraz Belgia posiadały ustawodawstwo dopuszczające eutanazję. Sytuacja uległa zmianie wraz z przyjęciem przez Luksemburg ustawy z dnia 16 marca 2009 r. o eutanazji i wspomaganym samobójstwie. Mimo mylącej nazwy, cytowany akt reguluje również problematykę testamentu życia oraz w węższym zakresie instytucję osoby zaufanej. Do zalet nowej ustawy należy zaliczyć precyzyjne nakreślenie procedur postępowania lekarskiego w stanach terminalnych, na straży których stoi Krajowa Komisja Oceny i Kontroli. Niewątpliwą wadą rozwiązania stosowanego w Luksemburgu jest niesłuszne, moim zdaniem, powiązanie kwestii testamentu życia z pojęciem eutanazji.

Omawiana ustawa zawiera definicje legalne pojęcia „eutanazja” oraz „wspomagane samobójstwo”. Przez tę pierwszą należy rozumieć umyślne działanie lekarza zmierzające do zakończenia życia ludzkiego,

³ Cytuję za: P. Lewis, *Euthanasia in Belgium Five Years After Legislation*, “European Journal of Health Law” 2009, nr 16, s. 125–138.

na wyraźne i dobrowolnie wyrażone żądanie pacjenta. Wspomagane samobójstwo dotyczy natomiast przypadku, gdy lekarz pomaga pacjentowi zrealizować cel, ewentualnie dostarcza mu odpowiednich środków, ponownie na wyraźne i dobrowolnie wyrażone żądanie pacjenta.

Lekarz, który dopuści się eutanazji lub pomaga pacjentowi w akcie samobójczym, nie ponosi odpowiedzialności cywilnej ani karnej, jeżeli spełnione zostaną następujące przesłanki:

1. pacjent w momencie zgłoszenia żądania był przytomny oraz zdolny do świadomego podjęcia decyzji,
2. żądanie zostało wyrażone w sposób dobrowolny, po odpowiednim namyśle. W razie potrzeby powinno ono zostać powtórzone. Żądanie nie powinno stanowić rezultatu nacisków zewnętrznych,
3. pacjent znajdował się w stanie terminalnym oraz odczuwał niedające się znieść cierpienia natury fizycznej oraz psychicznej, przy braku jakichkolwiek perspektyw poprawy,
4. żądanie zostało wyrażone w formie pisemnej.

Zarówno w przypadku eutanazji, jak i wspomagane samobójstwa lekarz powinien spełnić następujące wymogi proceduralne:

1. poinformować pacjenta o stwierdzonym stanie zdrowia oraz prognozie odnośnie do oczekiwanego czasu, który pozostał choremu. W razie wyrażenia żądania śmierci (przez eutanazję lub samobójstwo) lekarz powinien omówić tę kwestię z pacjentem, nie zapominając o dostępnych opcjach terapeutycznych oraz opiece paliatywnej. Osoba wykonująca zawód medyczny powinna dojść do przekonania, że żądanie pacjenta jest wyrażone w sposób dobrowolny oraz że w opinii chorego jest to jedyne akceptowalne wyjście. Opis rozmowy powinien zostać umieszczony w dokumentacji medycznej, jako dowód faktu przekazania pacjentowi wymaganych informacji,
2. upewnić się, że stan cierpienia fizycznych i psychicznych utrzymuje się, podobnie jak samo życzenie śmierci. Lekarz powinien przeprowadzić z pacjentem kilka rozmów, w rozsądnych odstępach czasu, przy uwzględnieniu zmieniającej się kondycji zdrowotnej,

3. dokonać konsultacji z innym lekarzem odnośnie do rodzaju schorzenia i jego nieuleczalności. Powinien przy tym podkreślić cel konsultacji. Od lekarza konsultowanego wymaga się analizy dokumentacji medycznej oraz osobistego zbadania pacjenta. Powinien on dojść do wniosku, że stan zdrowia oraz doznawane cierpienia mają charakter trwały oraz nie ma szans na poprawę zaistniałego stanu. Lekarz konsultowany ma obowiązek przygotować raport w formie pisemnej. O wynikach konsultacji informuje się pacjenta⁴,
4. sprawdzić, czy w rejestrze prowadzonym przez Krajową Komisję Oceny i Kontroli zarejestrowano wskazówki dotyczące ostatnich faz życia (testament życia) dotyczące tego pacjenta.

Co do zasady wymaga się, by oświadczenie zostało w całości sporządzone osobiście przez pacjenta. Jeżeli ze względu na przeszkody fizyczne nie jest on w stanie spełnić tego wymogu, może to uczynić inna pełnoletnia osoba, która została wskazana przez chorego. Osoba upoważniona wskazuje w treści oświadczenia przyczyny, które uniemożliwiały osobie umierającej na samodzielne działanie. Żądanie eutanazji jest w takim wypadku sporządzane w obecności lekarza prowadzącego, którego nazwisko powinno zostać wskazane w treści oświadczenia. Dokument podlega włączeniu do dokumentacji medycznej. Pacjent może wycofać swoje żądanie w każdej chwili. W takim wypadku oświadczenie jest usuwane z dokumentacji medycznej oraz wydawane do rąk własnych.

Regulując zagadnienia związane z eutanazją oraz wspomaganym samobójstwem, ustawodawca zdecydował się również określić wymogi stawiane tzw. testamentom życia⁵. Na wypadek utraty zdolności do wyrażenia zgody, każda pełnoletnia i świadoma osoba może sporządzić dokument, w którym opisuje warunki oraz okoliczności, w jakich jest

⁴ Podobne zapisy dotyczą również personelu medycznego oraz tzw. osoby zaufanej.

⁵ Tutaj dyspozycje na wypadek stanu terminalnego.

skłonna poddać się eutanazji. Warunki brzegowe zastosowania takiej dyspozycji są podobne jak w przypadku wcześniej omawianych instytucji, tzn.:

1. lekarz powinien być przekonany, że pacjent dotknięty jest ciężkim i nieuleczalnym schorzeniem,
2. pacjent jest nieprzytomny,
3. stan zdrowia pacjenta jest nieodwracalny w świetle aktualnych zasad wiedzy medycznej.

Co ważne, w testamencie życia pacjent może określić również wskazówki dotyczące pochówku oraz ceremonii pogrzebowej. Możliwe jest również wskazanie osoby zaufanej, która byłaby odpowiedzialna za komunikację z lekarzem.

Dyspozycję na wypadek wystąpienia stanu terminalnego można złożyć w dowolnym czasie, przy zachowaniu formy pisemnej. Jeżeli ze względu na przeszkody fizyczne pacjent nie jest w stanie samodzielnie sporządzić oświadczenia, może zostać ono przygotowane przez inną osobę pełnoletnią, w obecności co najmniej dwóch dorosłych świadków. W dokumencie należy wskazać powody, dla których dana osoba nie jest w stanie złożyć samodzielnie oświadczenia oraz dołączyć certyfikat potwierdzający ową niezdolność natury fizycznej.

Testament życia podlega w Luksemburgu rejestracji w Krajowej Komisji Oceny i Kontroli. Może zostać zmieniony lub wycofany. Komisja jest zobowiązana wystąpić z prośbą o potwierdzenie ważności oświadczenia, nie rzadziej niż raz na pięć lat. Mimo to eutanazja jest zabroniona, gdy lekarz poweźmie wiadomość, iż pacjent zmienił swoje nastawienie już po sporządzeniu i zarejestrowaniu oświadczenia. Ponadto, świadczeniodawca opiekujący się pacjentem w stanie terminalnym jest zobowiązany zweryfikować, czy nie zarejestrowano stosownej dyspozycji w Komisji.

Każdy przypadek przeprowadzonej eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa lekarz powinien zgłosić do Krajowej Komisji Oceny i Kontroli. Składa się ona z dziewięciu członków z odpowiednim

doświadczeniem merytorycznym; trzech z nich to lekarze; trzech to prawnicy oraz jedna osoba wykonująca inny zawód medyczny. Dwóch przedstawicieli wskazują organizacje chroniące prawa pacjenta. Kadencja członków Komisji wynosi trzy lata.

Lekarz dokonuje zgłoszenia na specjalnym formularzu. Jego pierwsza część, zawierająca m.in. dane osobowe pacjenta oraz lekarza, co do zasady pozostaje poufna i zazwyczaj nie jest badana przez członków Komisji. Analizie podlega natomiast druga część zgłoszenia, w której zawarto opis danego przypadku. Dopiero, w razie ewentualnych wątpliwości, po przeprowadzeniu głosowania otwiera się również część pierwszą. Komisja może domagać się wydania dokumentacji medycznej dotyczącej zmarłego pacjenta. Ocena zachowania lekarza powinna zostać wydana w ciągu dwóch miesięcy. Jeżeli jest ona niekorzystna, kopię decyzji przesyła się do Rady Lekarskiej. Ta decyduje o wszczęciu ewentualnej procedury dyscyplinarnej, a jeżeli nie zostały spełnione przesłanki do przeprowadzenia eutanazji, należy zawiadomić prokuraturę.

Do niewątpliwych zalet modelu luksemburskiego należy wprowadzenie rejestru testamentów życia oraz weryfikacja ich aktualności. Tym samym, minimalizuje się ryzyko niebezpieczeństwa uszanowania decyzji, którą pacjent zdążył już w rzeczywistości zmienić. Wadą jest natomiast wspomniane łączenie problematyki testamentu życia z zagadnieniem eutanazji. W rzeczywistości zawartość takiego oświadczenia może być znacznie szersza i dotyczyć np. preferowanych metod diagnostycznych lub terapeutycznych, wskazywać grono osób upoważnionych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej. Tych elementów w ustawie luksemburskiej zabrakło.

Zaniechanie uporczywej terapii we Włoszech – sprawa Eluany Englaro

O ile ustawa luksemburska dotyczy kwestii sprzeciwu, który został wyraźnie wyartykułowany przez pacjenta, o tyle wydarzenia, które miały miejsce we Włoszech, dotyczą przede wszystkim tzw. woli odtworzonej. Sąd Najwyższy w przełomowym orzeczeniu wydanym w sprawie Eluany Englaro orzekł właśnie na temat sytuacji osoby niezdolnej do wyrażenia zgody.

Problematyka ta nie jest nowa. W większości krajów zachodnich wola osoby nieprzytomnej jest odtwarzana. Można to uczynić, tak jak w przypadku komentowanej ustawy luksemburskiej, przy pomocy testamentu życia. Co jednak w sytuacji, gdy pacjent nigdy nie złożył takiego oświadczenia? Część państw zachodnich podejmuje w takim wypadku próbę odtworzenia woli osoby nieprzytomnej przy pomocy tzw. testów:

- Subiektywnego – pozwalającego ustalić, jaką decyzję podjąłby w danej sytuacji faktycznej pacjent, przy hipotetycznym założeniu, iż byłby dostatecznie świadomy, by racjonalnie ocenić swoją sytuację. Podmiot decydujący uwzględnia zazwyczaj takie czynniki, jak: styl życia, przekonania religijne, nastawienie do medycyny oraz życzenia wyrażone ustnie, w okresie świadomego funkcjonowania.
- Obiektywnego – w ramach którego ustala się, jaką decyzję podjąłby w sytuacji nieprzytomnego pacjenta typowy, przeciętny członek społeczeństwa. W takim wypadku bierze się pod uwagę przede wszystkim czynniki bliskie każdemu człowiekowi, jak stopień bólu i dyskomfortu, szanse na powrót do zdrowia, stopień dehumanizacji wiążący się ze stosowaną terapią itp.

Wydane orzeczenie wpisuje Włochy na listę krajów, które starają się chronić autonomię woli nieprzytomnych pacjentów. Dodajmy, iż stosowanie testów subiektywnych oraz obiektywnych jest zawsze szalenie kontrowersyjne, a wydanie ostatecznego orzeczenia często jest

poprzedzone wieloletnią batalią sądową. Tak było również w przypadku Eluany Englaro.

W 1992 r. pacjentka brała udział w wypadku komunikacyjnym. Niestety, mimo udzielonej pomocy, znalazła się w trwałym stanie wegetatywnym. Kobieta została ubezwłasnowolniona. Ojciec pacjentki, który został ustanowiony jej przedstawicielem ustawowym, na przestrzeni siedemnastu lat występował do sądów włoskich z licznymi wnioskami o zaniechanie dalszego odżywiania i pojenia pacjentki, co miało doprowadzić do jej śmierci. W styczniu 1999 r. sąd pierwszej instancji odrzucił wniosek przedstawiciela ustawowego, w oparciu o art. 2 Konstytucji Włoch, zapewniający ochronę życia każdego człowieka. Sąd apelacyjny odmówił uwzględnienia złożonego środka odwoławczego, twierdząc, iż prawo włoskiemu nieznana jest instytucja zaniechania dalszej terapii na żądanie przedstawiciela ustawowego. W lutym 2002 r. ojciec pacjentki wystąpił z podobnym wnioskiem. Sądy wydały orzeczenia niemal identycznej treści. Tym razem jednak sprawa trafiła ostatecznie do Sądu Najwyższego. Ten stwierdził jednak, iż sąd decydując w kwestii zaniechania dalszej terapii, nie powinien poprzestać jedynie na opinii przedstawiciela ustawowego. W tego typu sprawach konieczne byłoby uprzednie ustanowienie kuratora sądowego dla osoby ubezwłasnowolnionej, który powinien zweryfikować, jaką decyzję podjęłaby osoba nieprzytomna, gdyby tylko była w stanie złożyć stosowne oświadczenie. Podkreślono jednocześnie, iż taka interwencja jest niezbędna również ze względu na różne czynniki motywujące decyzję przedstawiciela ustawowego.

We wrześniu 2005 r. pan Englaro wystąpił z wnioskiem o ustanowienie kuratora dla swojej córki w postępowaniu o zaniechanie dalszej terapii. Osoba ustanowiona przez sąd podzieliła decyzję przedstawiciela ustawowego, stwierdzając, iż w jej ocenie pacjentka nie życzyłaby sobie dalszego podtrzymywania funkcji życiowych. Mimo pozytywnej opinii kuratora, sąd nie wyraził zgody na zaniechanie dalszej terapii, argumentując, iż prawo do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na

interwencję medyczną nie przysługuje osobie nieprzytomnej. Ponadto, stwierdzono, iż sztucznego odżywiania oraz pojenia pacjenta nie należy kwalifikować do grona świadczeń zdrowotnych, a co najwyżej do opieki, której można zaniechać jedynie w bezpośrednim obliczu śmierci, co nie miało miejsca w komentowanym przypadku. Wyrok podtrzymał sąd apelacyjny, dodając, iż w świetle zgromadzonego materiału dowodowego nie sposób jednoznacznie stwierdzić, jakie byłyby rzeczywiste życzenia pacjentki.

16 października 2007 r. włoski Sąd Najwyższy orzekł, iż dopuszczalne jest zaniechanie stosowania terapii sztucznie podtrzymującej funkcje życiowe człowieka, jeżeli łącznie spełnione zostaną dwa warunki:

- Oczywiście jest, że pacjent znajduje się w trwałym stanie wegetatywnym ustalonym według standardów naukowych uznanych na poziomie międzynarodowym.
- Dopuszczalne jest ustalenie, w oparciu o jasne i przekonujące dowody, że pacjent nie życzyłby sobie dalszego podtrzymywania funkcji życiowych przy pomocy sztucznych środków. Ustalając wolę pacjenta, należy uwzględnić jego osobowość, styl życia oraz wyznanie.

Sąd pozostawił sądom niższej instancji ustalenie, jaka była rzeczywista wola pani Englaro. Te ostatecznie zezwoliły na zaniechanie dalszej terapii. Pacjentka zmarła 9 lutego 2009 r.⁶

⁶ Orzeczenia sądów włoskich przytoczone na podstawie: K. Cerminara, F. Pizzetti Watcharin, H. Photangtham, *Schiavo Revisited? The Struggle for Autonomy at the End of Life in Italy*, Marq. Elder's Adviser, 2010–2011, nr 12, s. 295–362.

Wspomagane samobójstwo w Szwajcarii
– uwagi na tle orzeczenia Europejskiego Trybunału
Praw Człowieka w sprawie Haas

W Szwajcarii pomoc w samobójstwie jest co do zasady legalna. Tylko działania podyktowane przesłankami egoistycznymi stanowią podstawę odpowiedzialności karnej sprawcy. Zasadniczo pomoc udzielana samobójcom w Szwajcarii odbywa się w ramach dwóch stowarzyszeń, tj. Dignitas i Exit. Pierwsze z nich świadczy swoje usługi nie tylko obywatelom Szwajcarii. Dostępne jest także dla cudzoziemców. Jak przekonuje Ludwig Minelli, jego działanie ma wymiar czysto humanitarny. Udzielana przez niego pomoc ma na celu ulżeniu cierpienia ludzi. Działalność obu stowarzyszeń oparta jest o zasadę non profit. W rzeczywistości jednak można mieć wątpliwości, czy faktycznie jest ona pozbawiona profitów. Szacuje się, że każdego roku blisko 100 osób wybiera śmierć, korzystając z usług jednego ze wspomnianych stowarzyszeń⁷.

W ostatnich latach w debacie publicznej coraz częściej padało pytanie o rolę państwa w procesie wspomaganego samobójstwa. Czy ma być ono jedynie biernym obserwatorem, czy być może powinno również podejmować działania ułatwiające realizację samobójczych zamiarów swoich obywateli. Pytanie to zdaje się bardzo daleko odbiegać od polskich standardów światopoglądowych. Niemniej jednak, taka debata toczyła się w Szwajcarii, czego najlepszym dowodem jest wyrok Europejskiego Trybunału Praw Człowieka wydanego w sprawie Haas⁸.

Problem dotyczył obywatela Szwajcarii cierpiącego od 20 lat na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Zdaniem pana Haasa, choroba uniemożliwiała mu godne funkcjonowanie i, w jego opinii, dalsze

⁷ Szerzej: A. Gałęska-Śliwka, *Dignitas – jak wygląda godne umieranie, Respite finem (7)*, „Medical Tribune” 2009, nr 7, s. 10.

⁸ Haas przeciw Szwajcarii, Skarga nr 31322/07.

życie nie miało dostatecznego uzasadnienia. Chory podjął dwie nieudane próby samobójcze. W kolejnych latach usiłował uzyskać dostęp do produktu pentobarbital, którego zażycie w odpowiedniej dawce miało zapewnić godną i bezbolesną śmierć. Był on dostępny jedynie na podstawie recepty wystawionej przez lekarza. Pacjenta nie udało się uzyskać leku drogą tradycyjną. W czerwcu 2005 r. zwrócił się do kilku organów administracji rządowej oraz lokalnej z wnioskiem o udostępnienie produktu bez recepty. Argumentował, że art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, chroniąc prawo do życia prywatnego, nakłada na państwo pozytywny obowiązek podjęcia działań stwarzających warunki do popełnienia samobójstwa w sposób skuteczny oraz eliminujący ryzyko wystąpienia poważnych cierpień fizycznych.

Zarówno wydawane decyzje administracyjne, jak i poszczególne orzeczenia sądów szwajcarskich były dla pacjenta niekorzystne. Na uwagę zasługuje zwłaszcza wyrok Sądu Federalnego, który wyraźnie rozróżnił dwie kwestie, tj. prawo do zadecydowania o momencie własnej śmierci (dopuszczalnym w Szwajcarii, nawet przy pomocy osób trzecich) i prawo do domagania się od innych podmiotów, w tym organów państwowych, by te pomogły zrealizować zamiar samobójczy. Zdaniem Sądu Federalnego, uprawnienia takiego nie należy również doszukiwać się w art. 8 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka⁹.

W prawie międzynarodowym zasadą pozostaje niemal powszechny zakaz dokonywania eutanazji czynnej oraz udziału lekarza w akcie samobójstwa¹⁰. Życie ludzkie jest chronione przez cały szereg

⁹ Zob. D. Rietiker, *From Prevention to Facilitation? Suicide in the Jurisprudence of the ECtHR in the Light of the Recent Haas v. Switzerland Judgment*, Harvard Human Rights Journal 2012, nr 25, s. 85 nn.

¹⁰ Szerzej: G. Laurie, *Physician Assisted Suicide in Europe: Some Lessons and Trends*, European Journal of Health Law 2005, nr 12, s. 5–8, J. Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy*, Cambridge 2002.

norm prawnych. Art. 6 MPPOiP przewiduje, iż „Każda osoba ludzka ma przyrodzone prawo do życia. Prawo to będzie chronione ustawą. Nikt nie może być arbitralnie pozbawiony życia”. Podobnie art. 2 EKPC: „Prawo każdej osoby do życia chronione jest ustawą. Nikt nie będzie umyślnie pozbawiony życia, z wyjątkiem przypadków wykonania sądowego wyroku skazującego za przestępstwo, za które ustawa przewiduje taką karę”. Cytowane normy prawne *prima facie* wykluczają dopuszczalność stosowania eutanazji oraz wspomaganego samobójstwa¹¹. Przykładowo, Europejski Trybunał Praw Człowieka w sprawie *Diane Pretty v. UK* stwierdził, iż zakaz udzielania pomocy w popełnianiu samobójstwa może wprawdzie stanowić ingerencję w sferę życia prywatnego, to jednak jest to ingerencja uzasadniona w państwie demokratycznym¹².

Mimo to, pan Haas zdecydował się na złożenie skargi do Europejskiego Trybunału Praw Człowieka. Twierdził, iż Szwajcaria naruszyła art. 8 Konwencji poprzez odmowę wydania żądanego produktu leczniczego, tym samym ignorując przysługujące mu prawo do określenia momentu i sposobu swojej śmierci. Trybunał stwierdził, iż decyzje dotyczące określenia momentu końca życia ludzkiego rzeczywiście mieszczą się w treści art. 8 Konwencji. Osobną kwestią pozostała natomiast odpowiedź na pytanie, czy jednostka ma prawo domagać się od państwa działań ułatwiających realizację zamiaru samobójczego, tu wydania żądanego produktu leczniczego, poza stosowaną procedurą.

Odpowiedź na to pytanie była negatywna. Trybunał stwierdził wprawdzie, iż pan Haas ma prawo zakończyć swoje życie z godnością i bez zbędnego bólu, nie oznacza to jednak, iż państwo szwajcarskie jest zobowiązane nieść pomoc w akcie samobójczym. Podkreślono,

¹¹ Zob. E. Wicks, *The Right to Refuse Medical Treatment under the European Convention on Human Rights*, MLR 2001, nr 9, s. 17–40.

¹² Skarga nr 2346/02. Zob. komentarz M. Nowickiego, *Bezwzględny szacunek dla życia*, „Rzeczpospolita” z dnia 8 V 2002 r.

iż procedury wymagające przepisania produktu leczniczego przez lekarza zapobiegają nadużyciom oraz chronią społeczeństwo przed ryzykiem podejmowania zbyt pochopnych decyzji. Teza ta ma szczególne znaczenie w przypadku systemów, które akceptują medycznie wspomagane samobójstwo. Stosowne procedury zapewniają ochronę zdrowia, bezpieczeństwa publicznego oraz zapobiegają przestępczości. Trybunał podzielił również pogląd Sądu Federalnego, że ochrona życia ludzkiego nakłada na państwo obowiązek stosowania procedur umożliwiających stwierdzenie, że decyzja pacjenta jest wyrazem jego świadomej woli. Ostatecznie Trybunał nie stwierdził naruszenia art. 8 Konwencji.

Na marginesie warto dodać, iż orzeczenie wydano w sprawie kraju, w którym podejście do medycznie wspomaganego samobójstwa jest liberalne. Podkreślono jednak, iż prawodawstwo wielu państw członkowskich jest w tej materii znacznie bardziej zachowawcze. Trybunał Praw Człowieka orzekł, iż decyzja, w jaki sposób rozstrzygnąć konflikt między prawem do życia a ochroną prawa jednostki do życia prywatnego, należy do poszczególnych państw członkowskich.

Sytuacja w Polsce – wnioski końcowe

Zakaz eutanazji obowiązuje także w Polsce. Art. 150 KK przewiduje, iż kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności od trzech miesięcy do lat pięciu. Przepis ten ma charakter powszechny, chociaż sprawcą czynu będzie lekarz lub inny członek personelu medycznego. W wyjątkowych wypadkach sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

Lekarz nie może również pomagać swojemu pacjentowi w akcie samobójstwa. Art. 151 KK stanowi: „Kto namową lub przez udzielenie pomocy doprowadza człowieka do targnięcia się na własne życie,

podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”. Eutanazja czynna oraz pomoc w popełnieniu samobójstwa jest także zakazana przez *Kodeks Etyki Lekarskiej* (art. 31).

Prawo polskie od wielu lat nie reaguje na problemy wiążące się z końcem życia ludzkiego. Prawa pacjenta w stanach terminalnych zostały zdawkowo uregulowane w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 z późn. zm.). Zgodnie z art. 20 ust. 1, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do 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. Lekarz oraz pozostały personel medyczny jest zobowiązany szanować intymność i godność osobistą pacjenta również na podstawie art. 36 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 857). Lekarz ma obowiązek dbać, aby inny personel medyczny przestrzegał w postępowaniu z pacjentem omawianej zasady. Lako-niczne sformułowanie ustawowe uzupełnia *Kodeks Etyki Lekarskiej* Zwracam uwagę m.in. na art. 32 KEL, zgodnie z którym w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych.

Natomiast do dnia dzisiejszego nie udało się przyjąć rozwiązań kompleksowo regulujących zagadnienia związane z tzw. testamentem życia. Stan obecny jest wysoce niesatysfakcjonujący. Doświadczenia w innych krajach europejskich wyraźnie pokazują, iż omawiane problemy występują w praktyce. Zmuszanie pacjentów oraz osoby wykonujące zawody medyczne do poruszania się w obszarze nieuregulowanym prawnie z pewnością nie zapewnia oczekiwanego poziomu bezpieczeństwa.

Michał Królikowski

Uporczywa terapia w świetle zakazu zabójstwa eutanatycznego¹

Wstęp

Kodeks karny przewiduje w rozdziale XIX odpowiedzialność za zabójstwo człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. Przepis ten typizuje występki zabójstwa eutanatycznego. Istota wyodrębnienia tego typu czynu zabronionego jest związana z zamiarem uwzględnienia szczególnej sytuacji motywacyjnej, związanej z inicjatywą pokrzywdzonego i stanem, w jakim się on znajduje, w perspektywie zmniejszenia surowości represji karnej w porównaniu do ogólnego zakazu zabójstwa.

Poniżej zaprezentowane uwagi zostały skomponowane tak, by możliwie precyzyjnie omówić znaczenie kolejnych elementów istotnych dla rekonstrukcji zakresu zakazu z art. 150 KK, by na ich tle ukazać istotę uporczywej terapii jako wyjątku odwracającego regułę odnośnie do obowiązku lekarza i podstawy odpowiedzialności. Wobec powyższego kolejno omówiono: wzorce konstytucyjne, europejskie i unijne istotne dla interpretacji zakazu karnego, zagadnienie podmiotu, który może popełnić czyn zabroniony, sposób jego popełnienia (tzw. strona

¹ W razie wątpliwości z zastosowaniem omówionej interpretacji w konkretnym przypadku procedury medycznej istnieje możliwość kontaktu bezpośredniego: michal.krolikowski@uw.edu.pl

przedmiotowa czynu zabronionego), szczególne okoliczności doprecyzowujące zakres zakazu, a w tym problematykę uporczywej terapii i tzw. testamentu życia, jak również rodzaj przeżyć psychicznych i decyzji woli, jaka jest konieczna dla odpowiedzialności z tytułu eutanazji, oraz szczególne okoliczności.

Wzorce konstytucyjne

Żadna regulacja zawarta w systemie prawa polskiego nie wskazuje na możliwość dysponowania swoim życiem. Przepis art. 30 Konstytucji akcentuje niezbywalność godności człowieka, która trwa tak długo, jak on istnieje (zob. M. Piechowiak, *Godność jako fundament powinności prawa wobec człowieka*, [w:] Morciniec, Studniczenko (red.), *Urzeczywistnianie praw człowieka w XXI wieku*, Opole 2004). Tym samym, człowiek nie ma prawa naruszyć tej godności, unicestwiając życie ludzkie, nawet własne (zob. M. Tarnawski, *Zabójstwa*, s. 182 i n.; M. Szeroczyńska, *Eutanazja*; P. Góralski, *Polskie prawo*, s. 43 i n.; T. Kaczmarek, *Wolność dysponowania*, s. 45 i n.). Dodatkowo należy uznać, że w systemie konstytucyjnym uwzględnia się obiektywną wartość życia człowieka niezależnie od stanu, w jakim się znajduje (A. Zoll, *Komentarz*).

W orzecznictwie TK przyjęto, że godność i życie ludzkie są „sprzężone w bezpośredni sposób”, uznając je obie za wartości priorytetowe, które „wyznaczają treść znaczeniową centralnego w naszej kulturze (także prawnej) pojęcia humanizmu. Są one niezbywalne w tym sensie, że nie dopuszczają zawieszenia lub zniesienia w konkretnym kontekście sytuacyjnym. Humanizm nie jest postawą, którą w charakterze swoistego *decorum* kultywuje się wyłącznie w czasach pokoju i dobrobytu, ale wartością, której szczególnym probierzem są właśnie sytuacje kryzysowe, niekiedy skrajnie trudne. Z punktu widzenia najbardziej rudymentrycznych założeń naszego systemu prawnego koncepcja odmienna

byłaby nie do przyjęcia” (wyr. TK z 30 września 2008, K 44/07; wyr. TK z 7 stycznia 2004, K 14/03).

W zakresie omawiania komentowanej regulacji istotne znaczenie będzie miał także przepis art. 47 Konstytucji, zgodnie z którym każdy ma prawo do ochrony prawnej życia prywatnego oraz do decydowania o swoim życiu osobistym. Podkreśla to także Trybunał Konstytucyjny, stwierdzając, że „W sferze życia osobistego jednostki mieści się również prawo do decydowania o ochronie własnego życia i zdrowia” (wyrok TK z 9 VII 2009 r., SK 48/05). Prawo to jednak nie może wkroczyć w zakaz dysponowania swoim życiem, wobec czego ewentualnego żądania zabójstwa nie należy traktować jako emanacji prawa do decydowania o swoim życiu osobistym.

Prawo unijne lub międzynarodowe

System ochrony praw człowieka określa się w *Europejskiej Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności* z 4 listopada 1950 r. oraz w innych aktach prawa międzynarodowego, takich jak *Powszechna Deklaracja Praw Człowieka* z 10 grudnia 1948 r., *Europejska Karta Społeczna* z 18 października 1961 r., *Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych* oraz *Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych* z 16 grudnia 1966 r., *Konwencja Praw Dziecka* z 20 listopada 1989 r. czy też *Konwencja o ochronie jednostek w aspekcie automatycznego przetwarzania danych o charakterze osobowym* z 28 stycznia 1981 r. W hierarchii praw wyrażonych w tych dokumentach wiodącą rolę odgrywa prawo do życia i integralności człowieka. Wyraża ją przekonanie o tym, że każdy ma prawo do życia, że nikt nie może być umyślnie pozbawiony życia poza określonymi sytuacjami uznanymi za dopuszczalne w aktach praw człowieka, czy też że nikt nie może być skazany na karę śmierci ani poddany jej wykonaniu (zob. art. 4 *Karty Praw Podstawowych*

i 2 *Konwencji o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności*). Znaczenie tych wzorców jest w zasadzie materialnoprawne: wyznacza katalog chronionych wartości przez zakazy karne, priorytet ochrony życia względem pozostałych dóbr prawnych czy też wpływa na sposób dekodowania podstaw odpowiedzialności karnej lub niektórych granic dopuszczalnego systemu kar stosowanych wobec skazanego, zwłaszcza w przypadku zakazu kary absolutnej.

Dobrem chronionym jest w tym przypadku zarówno „życie” rozumiane jako egzystencja człowieka, jak również jej integralność cielesna, o ile zamach ma taki charakter, że tworzy istotne ryzyko śmierci. W tym zakresie prawo do życia ma charakter niederogowalny. W niektórych orzeczeniach ETPCz zakresem regulacji art. 2 obejmuje się także wartości związane z dobrostanem człowieka, mówiąc o prawie do odpowiedniej jakości życia (wyr. ETPCz z 29 IV 2002 r. w sprawie *Pretty przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*, pkt 39). Wyznacza się w kontekście art. 2 i art. 8 Konwencji zakres gwarantowanej zgody dysponenta dobrem, określając w ten sposób granice legalizacji jego naruszenia, które co do zasady spotyka się z reakcją karnoprawną (zob. wyr. ETPCz z 10 IV 2007 r. w sprawie *Evans przeciwko Zjednoczonemu Królestwu*).

Stosownie do art. 2 ust. 2 EKPCz, „pozbawienie życia nie będzie uznane za sprzeczne z tym artykułem, jeżeli nastąpi w wyniku bezwzględnie koniecznego użycia siły: a) w obronie jakiejkolwiek osoby przed bezprawną przemocą; b) w celu wykonania zgodnego z prawem zatrzymania lub uniemożliwienia ucieczki osobie pozbawionej wolności zgodnie z prawem; c) w działaniach podjętych zgodnie z prawem w celu stłumienia zamieszek lub powstania”. Regulacja ta, oprócz bezpośredniego wpływu na kształt instytucji prawnych w krajowym systemie prawa, choćby dotyczących braku bezprawności pozbawienia życia człowieka we wskazanych sytuacjach, może mieć również znaczenie bardziej subtelne, zwłaszcza gdy występuje w argumentacji prawniczej. Przykładem tej ostatniej interakcji między

systemem ochrony praw człowieka i kategoriami prawa karnego jest koncepcja tzw. względnej subsydiarności obrony koniecznej. Tradycyjnie postrzegano obronę konieczną jako prawo samodzielne, którego granice wyznacza odpowiednia proporcja między niebezpieczeństwem zamachu a sposobem (siłą) obrony, zaś nie bezpośrednio proporcja między dobrem zaatakowanym a naruszonym w wyniku obrony (właściwa dla stanu wyższej konieczności). Tymczasem, brzmienie art. 2 ust. 2 Konwencji wymusza na sądach przeprowadzanie rozumowania o charakterze dóbr zaatakowanego i atakującego, które doznały w warunkach obrony koniecznej uszczerbku, w tym w szczególności traktowanie obrony koniecznej, w której pozbawiono życia w obronie innego dobra niż dobro osobiste, za jednoznaczny przypadek przekroczenia jej dopuszczalnych granic.

Karta Praw Podstawowych, jako nowszy dokument, dopowiada w art. 3 bardziej szczegółowe ujęcie prawa do poszanowania integralności fizycznej i psychicznej. W dziedzinach medycyny i biologii muszą być – zgodnie z tym – szanowane w szczególności: swobodna i świadoma zgoda osoby zainteresowanej, wyrażona zgodnie z procedurami określonymi przez ustawę; zakaz praktyk eugenicznych, w szczególności tych, których celem jest selekcja osób; zakaz wykorzystywania ciała ludzkiego i jego poszczególnych części jako źródła zysku; zakaz reprodukcyjnego klonowania istot ludzkich. W tym zakresie Karta nawiązuje do wcześniejszego wyroku TS z 9 października 2001 r. w sprawie C-377/98 Niderlandy przeciwko Parlamentowi Europejskiemu i Radzie, w którym potwierdzono, że podstawowe prawo człowieka do integralności jest częścią prawa Unii i obejmuje w odniesieniu do medycyny i biologii również dobrowolną i świadomą zgodę dawcy i biorcy.

Istotne znaczenie ma *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej* wobec zastosowań biologii i medycyny, która została otwarta do podpisu 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo. Konwencja ogranicza się do ustanowienia ogólnych zasad w zakresie ochrony

praw człowieka w związku z szybkim postępem nauki w zakresie biomedycyny. Przepisy bardziej szczegółowe są przedmiotem protokołów dodatkowych. Protokoły dodatkowe dotyczące zakazu klonowania istot ludzkich, transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego oraz biomedycznych badań naukowych na ludziach weszły w życie odpowiednio: 1 marca 2001 r., 1 maja 2006 r. oraz 1 września 2007 r. Protokół dodatkowy o testach genetycznych dla celów zdrowotnych został otwarty do podpisu 27 listopada 2008 r., do chwili obecnej ratyfikowały go tylko dwa państwa.

W rozdziale I Konwencja proklamuje fundamentalne zasady o charakterze ogólnym, przez pryzmat których należy rozpatrywać każde z jej dalszych postanowień. Należy do nich ochrona godności i tożsamości istoty ludzkiej oraz gwarancja poszanowania integralności, jak również innych podstawowych praw i wolności każdej osoby (art. 1, ust. 1). Rozstrzygnięcie to wyznacza cel i przedmiot Konwencji, pozostawiając do określenia ustawodawcy krajowemu znaczenie pojęć „osoby” (we francuskiej wersji językowej: *personne*, w angielskiej wersji językowej: *person, everyone, individual*) i „istoty ludzkiej” (we francuskiej wersji językowej: *l'être humain*, w angielskiej wersji językowej: *human being*). Temu zróżnicowaniu terminologicznemu odpowiada zróżnicowanie poziomu przyznawanej ochrony: każda istota ludzka, bez względu na swój status osobowy, jest chroniona przynajmniej w swojej godności i tożsamości, każdej osobie zaś Konwencja zapewnia poszanowanie integralności oraz innych podstawowych praw i wolności w odniesieniu do zastosowań biologii i medycyny. Drugim rozstrzygnięciem fundamentalnym jest zasada prymatu istoty ludzkiej wobec wyłącznych interesów nauki lub społeczeństwa (art. 2). Określa ona relację między swobodą przeprowadzania badań naukowych a prawami człowieka i potwierdza, że osiągnięcia naukowe i ich zastosowania nie mogą być dokonywane z naruszeniem tych praw.

Dla oceny treści żądania realizacji czynności sprawczej istotne znaczenie będą miały te regulacje Konwencji, które wprowadzają wymóg wyrażenia świadomej zgody przez pacjenta prawidłowo poinformowanego o okolicznościach dotyczących jego zdrowia i możliwościach postępowania medycznego w celu poddania zabiegowi. Jednocześnie kluczową rolę odgrywa w tym zakresie obowiązek brania pod uwagę wcześniej wyrażonego przez pacjenta życzenia co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzania nie jest on w stanie wyrazić swojej woli.

Podmiot typu czynu zabronionego

Art. 150 posługuje się ogólnym znamieniem określającym podmiot („kto”), co oznacza, że jest to przestępstwo powszechne. Ze względu na to, że typizowano w nim czyny wymagające dla swego bytu wystąpienia skutku, stosuje się do nich – w przypadku realizacji znamion przez zaniechanie – regułę wskazaną w art. 2 *Kodeksu karnego*. W tym też zakresie następuje indywidualizacja podmiotu, bowiem w tym zakresie sprawcą może być tylko ten, na kim ciążył prawny i szczególny obowiązek zapobieżenia skutkowi (tzw. gwarant sprawujący pieczę nad dobrem lub strażnik źródła niebezpieczeństwa). Mamy tu do czynienia z tzw. przestępstwem indywidualnym właściwym, co oznacza w przypadku wieloosobowej konfiguracji sprawczej odpowiednie stosowanie art. 21 § 2 *Kodeksu karnego*. Zob. również post. SN z 17 XI 2005, II KK 218/05, OSNKW 2006, nr 2, poz. 17, zgodnie z którym: „Ponosi odpowiedzialność karną za pomocnictwo do zabójstwa przez zaniechanie (art. 18 § 3 in fine KK w zw. z art. 148 § 1–3 KK), kto sprawując pieczę nad dzieckiem (art. 95 KRO), nie przeciwstawia się umyślnemu zamachowi na jego życie, mając taką możliwość”.

Strona przedmiotowa typu czynu zabronionego

Czynność sprawcza

Użyte przez ustawodawcę znamię „zabija” jest syntetyczne i zorientowane na osiągnięcie konkretnego skutku, bez przesądzenia sposobu sprowadzenia jego wystąpienia. Zgodnie z zasadami przypisania skutku, zachowanie sprawcy musi być przyczynowo i normatywnie powiązane z wystąpieniem zdarzenia letalnego. Co do zasady zatem konieczne jest obiektywne przypisanie sprawcy tego skutku jako zmiany w świecie zewnętrznym sprowadzonej przez jego zachowanie (szerzej na ten temat M. Królikowski, w: Królikowski, Zawłocki, *Kodeks karny*, uw. do art. 1, Nb...). Dla ustalenia schematu sprowadzenia skutku zachowaniem potencjalnego sprawcy konieczne jest konkretne opisanie skutku lub użycie testu warunku właściwego (zob. A. Zoll, *Komentarz*, M. Królikowski, uw. do art. 1, „teoria konkretnie opisanego skutku”). Szerzej na ten temat zob. uwagi do art. 148.

Zachowanie sprawcze może być co do zasady zrealizowane jedynie przez działanie (odmiennie M. Budyn-Kulik, w: J. Warylewski, *Przestępstwa*). Wynika to z konstrukcji dodatkowych znamion opisujących okoliczności towarzyszące podjęciu decyzji o realizacji znamion czynności sprawczej omawianego typu czynu zabronionego.

Przewidziany w przepisie termin „żądanie” ma samodzielne prawnokarne znaczenie. Nie należy żądania rozumieć jako aktu woli w znaczeniu cywilnoprawnego oświadczenia woli (zob. M. Tarnawski, *Zabójstwa...*, s. 248; D. Kowalska, *Eutanazja...*, s. 92). Niemniej konieczne jest zastosowanie wszystkich standardów dotyczących wad oświadczeń woli związanych z brakiem dostatecznej wolności osoby formułującej żądanie uśmiercenia (por. art. 82–88 KC).

Żądanie jest wyrazem woli danej osoby, aby osoba, do której ona się zwraca, pozbawiła ją życia. Musi być ono wyrażone przez osobę posiadającą wystarczającą rozeznanie co do znaczenia swojego

żądania. Nie jest natomiast konieczna zdolność do czynności prawnych. Obowiązkiem sądu jest każdorazowe zbadanie, jak wyglądała *in concreto* zdolność do wypowiedania się z rozeznaniami o swoich sprawach przez ofiarę w momencie formułowania życzenia. W szczególności należy badać, czy nie zachodzą jakieś powody obiektywne, które w określonych momentach skłaniały ofiarę do formułowania życzenia uśmiercenia, od którego to pragnienia ofiara następnie odstępowała (np. w okresach nieskutecznego leczenia bólu).

Podzielam pogląd, zgodnie z którym w nawiązaniu do art. 32 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, należy przyjąć, że żądanie osoby, która nie ukończyła 16 lat, jest zawsze bezskuteczne w takim zakresie, w jakim ujmuje to art. 150 § 1 (zob. A. Zoll, *Komentarz*).

Konieczne jest wyjaśnienie relacji między „żądaniem” pacjenta a „zgoda” na zastosowanie uśmiercającej procedury postępowania. Żądanie dotyczy tylko takiego aktywnego zachowania potencjalnej ofiary, które zawiera element presji na psychikę adresata żądania (zob. J. Śliwowski, *Prawo...*, s. 355). Musi być ono aktem woli wolnym od przymusu, stanowczym i rozważnym. Ujmując żądanie od strony negatywnej, dopełniającej, żądanie śmierci jest z pewnością zaprzeczeniem wyrażenia zgody na przeprowadzenie zabiegu medycznego ratującego życie w przypadku gwałtownego zagrożenia jego utraty, np. związanego z przewidywalnym rozwojem choroby.

Jakkolwiek rację ma A. Zoll, że nie da się w pełni zobiektywizować podstaw uzasadniających wystąpienie współczucia (tenże, *Komentarz*), to jednak żądanie formułowane przez potencjalną ofiarę musi być do pewnego stopnia obiektywnie uzasadnione. Sprawca nie może powoływać się na swoje szczególne przeżycia, które mogłyby go skłaniać do uznania danego żądania za godne uzasadnienia. Nie mogą zatem być podstawą sformułowania żądania, o którym mowa w omawianym przepisie, przeżycia subiektywnie istotne, ale nierodzące obiektywnego zrozumienia formułowanego żądania (np. bankructwo). Co więcej, uwarunkowanie tego żądania musi być tak wyjątkowe, że nie jest możliwe

formułowanie go w sposób warunkowy w związku z tym, co może zdarzyć się w przyszłości.

Karalny skutek czynności sprawczej

Przestępstwo określone w art. 150 § 1 jest typowym przestępstwem materialnym. Dokonanie tego przestępstwa wymaga nastąpienia określonego w ustawie skutku, czyli śmierci człowieka.

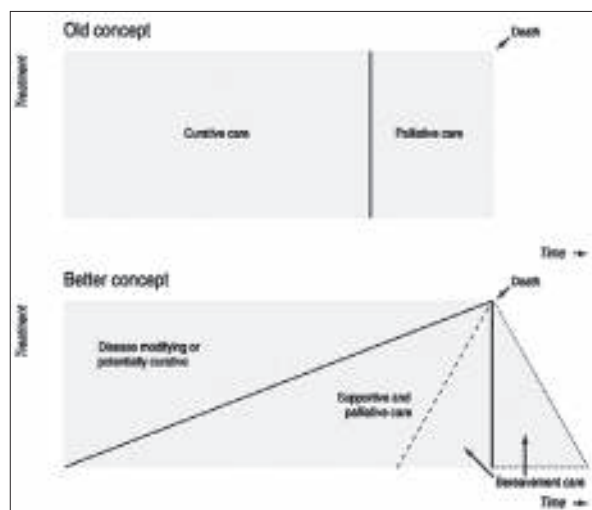
Dla ustalenia, czy nastąpiła śmierć człowieka, konieczne jest stwierdzenie trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierć mózgu), ewentualnie nieodwracalnego ustania krążenia – zob. art. 9 ust. 1 i art. 9a ust. 1 ustawy z 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 169, poz. 1411). Zob. wyrok SA w Krakowie z 5 listopada 2008 r., II AKa 87/08, Prok. i Pr. 2009 z. 7–8, poz. 39 dodatek.

Szczególne okoliczności ograniczające zakres zakazu

Okoliczności, które często są kwalifikowane jako sposób realizacji przestępstwa zabójstwa eutanatycznego, a polegające na zaniechaniu podjęcia określonej interwencji medycznej, nie stanowią o popełnieniu tego czynu zabronionego. Brak czytelności, że nie każde zaniechanie ratowania życia w przypadkach leczenia daremnego powoduje, że ponad 60 proc. lekarzy w Polsce przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych (P. Andruszkiewicz i inni, *Analysis of Attitudes of Physician towards Decision to Attempt or not to Attempt CPR in Poland*, „Intensive Care Medicine” 2008, nr 32, s. 96). Tymczasem, nie może być potraktowane za zachowanie zabronione pod groźbą kary zaniechanie stosowania procedur nadzwyczajnych, zdolnych przedłużyć jedynie etap umierania (zob. A. Zoll, *Zaniechanie leczenia...*, s. 31 i n.; E. Zielińska, *Powinności lekarza w przypadku braku zgody pacjenta na leczenie oraz wobec pacjenta w stanie terminalnym*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5).

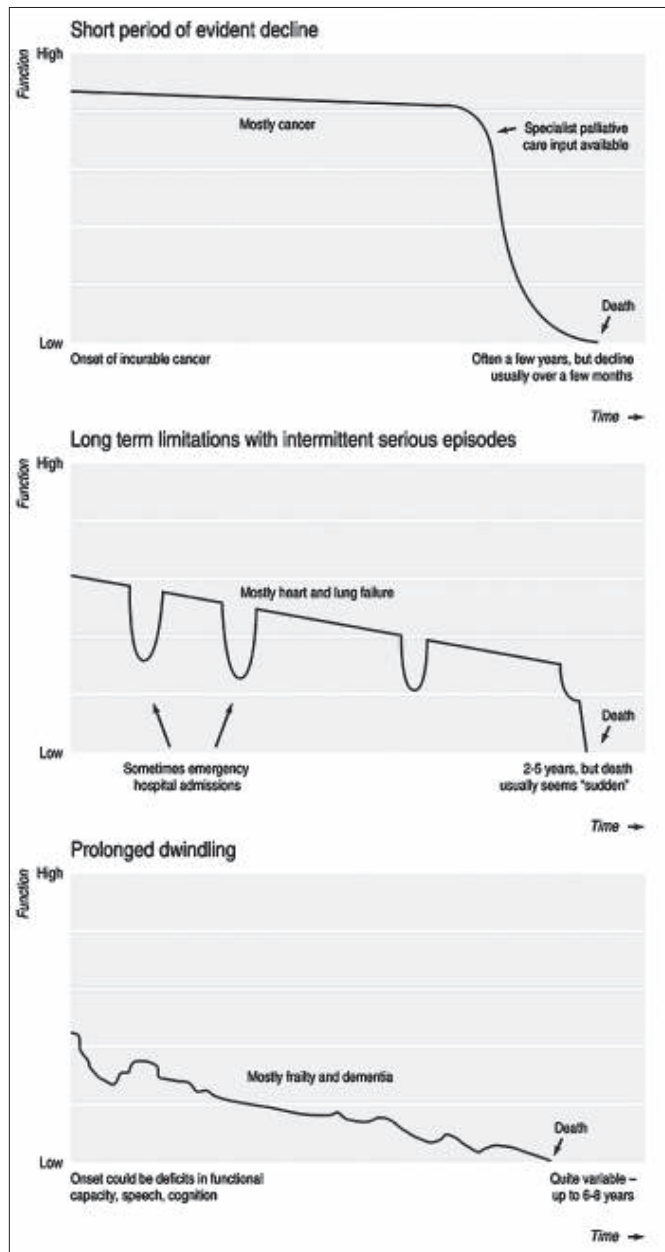
Zgodnie z art. 31 i 32 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*, w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji wobec pacjenta znajdującego się w stanie terminalnym, może jej również zaprzestać. Nie jest zobowiązany do podjęcia uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

W tym zakresie konieczne jest rozstrzygnięcie zakresu obowiązków gwaranta lub czynności osoby działającej, która swym zachowaniem spowoduje w określonym układzie przesłanek skutek w postaci śmierci człowieka, w sytuacji stanów terminalnych lub przedagonalnych. Należy przyjąć, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (zob. art. 30 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry). Jednakże do podjęcia działań mających charakter uporczywej terapii lekarz zobowiązany jest wyłącznie na wyraźne żądanie samego pacjenta. 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 (zob. W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle prawa polskiego*, „Medycyna Praktyczna” 9/2009). Podejmowanie działań o takim charakterze narusza zasadę poszanowania godności człowieka. W tym zakresie należy uznać, że obowiązek do podejmowania czynności leczniczych (i tak już zmodyfikowanych, bowiem nakierowanych nie na poprawę zdrowia, ale na utrzymanie komfortu życia) zostaje zastąpiony obowiązkiem odstąpienia od interwencji medycznych.



Aby lepiej zrozumieć przedstawiony pogląd, należy przyrzeć się używanym w analizie z zakresu medycyny paliatywnej schematom rozwoju choroby prowadzącej do agonii pacjenta.

Schemat powyżej obrazuje zmianę teorii rozłożenia celów leczenia w medycynie nastawionej na ratowanie zdrowia oraz nastawionej na zapewnienie jakości życia osoby umierającej. Specjaliści z medycyny paliatywnej wskazują, że ostatecznie zawsze trudno jest przewidzieć moment nadchodzącej śmierci. Z wiekiem osoby starsze lub chore stają się coraz bardziej niedołączne, a cierpienia związane z chorobą stają się coraz bardziej odczuwalne. Jest to moment, kiedy łączy się medycynę tradycyjną, nastawioną na wyleczenie, z paliatywną, która ma zapewnić danej osobie jak najgodniejsze starzenie się lub odchodzenie i przynieść ulgę w starczych lub schyłkowych dolegliwościach. Gdy osoba osiągnie moment, kiedy bez nadzwyczajnych reakcji medycznych nie jest możliwe zatrzymanie stanu agonalnego, konieczne staje się wyznaczenie granicy, gdzie zaczyna się stosować uporczywą terapię, narażając się pacjenta na dodatkowe i niepotrzebne cierpienia.



Na schemacie (s. 137) przedstawiono perspektywy umierania dla: choroby nowotworowej, choroby dotyczącej niewydolności danego organu, niedołążności i demencji starczej. W przypadku nowotworów przez dłuższy czas chory może utrzymywać się w dobrej kondycji i nie odczuwać poważnych skutków choroby, funkcjonując prawie tak jak normalna osoba. Jednak gdy stan się pogarsza, dzieje się to w sposób drastyczny. W przypadku niewydolności określonego organu pacjent może żyć z dolegliwością dłuższy czas, a jakość tego życia jest ograniczana jedynie przez podstawowe zasady leczenia, jak np. zakaz palenia tytoniu, odpowiednia dieta, zakaz picia alkoholu itp. Raz na jakiś czas mamy do czynienia z nagłym i wyjątkowo agresywnym zaostrzeniem choroby, np. zawał serca. Każdy z nich jest niebezpieczny i może zakończyć się śmiercią. Za każdym razem jednak jest również realna szansa na przeżycie. Do śmierci dochodzi zazwyczaj podczas jednego z nagłych ataków wzmożenia choroby. Kolejny model to starzenie się związane z takimi dolegliwościami, jak demencja i niedołążność. Z biegiem lat osoba stopniowo traci odporność, możliwość samodzielnego funkcjonowania, zdolności umysłowe. Dzieje się to zazwyczaj na przestrzeni wielu lat. Takie osoby wymagają opieki, a zwłaszcza medycyny paliatywnej, przynoszącej pomoc w sferach życia, które tego wymagają ze względu na fakt częściowej niepełnosprawności. Wreszcie dochodzi do śmierci na skutek chorób niegroźnych w młodszym wieku, wystarczy czasem np. przeziębienie; na skutek niedołążności i niezadbania o podstawowe potrzeby, w przypadku niewystarczającej opieki, np. osoba nie odczuwa potrzeby, by zjeść posiłek lub nie jest w stanie sama tego zrobić; wreszcie na skutek słabnącego organizmu ze względu na wiek.

Prezentacja ta ma na celu ukazanie, że granica, od której zaczyna się uporczywa terapia, jest relatywna i zależy od trajektorii umierania związanej z konkretnym typem schorzenia. W niektórych przypadkach możliwe jest – na podstawie doświadczenia lekarzy specjalistów – rekonstruowanie prawdopodobnego odcinka na tejże trajektorii, w którym

znajduje się chory. Jeżeli określona choroba umożliwia identyfikację stanu przedagonalnego, gdzie stosowanie terapii agresywnej lub nadmiernie dolegliwych zabiegów pielęgnacyjnych staje się wyraźnie niezgodne z interesem pacjenta, należy przesądzić o zajściu sytuacji uporczywej terapii. W niektórych przypadkach, tak jak to widać na przykładzie chorób serca, każde gwałtowne pogorszenie się stanu zdrowia rodzi obowiązek udzielenia pomocy i ratowania życia, nie zachodzi możliwość rekonstrukcji szczególnego momentu powstania obowiązku lekarza do odstąpienia od czynności nastawionych na agresywne działania w celu ratowania życia. Przykładem uporczywej terapii w tych sytuacjach jest stosowanie kardiowertera defibrylatora, który w stanach zaawansowanych stymuluje serce wiązką fal elektrycznych kilkadziesiąt razy dziennie.

Dla ustalenia dowodowego zajścia przesłanek do rekonstrukcji stanu uporczywej terapii należy odwołać się do metodologii stosownej przy rekonstrukcji tzw. warunku właściwego (testu empirycznie potwierdzonej prawidłowości) – zob. M. Królikowski, w: Królikowski, Zawłocki, *Kodeks*, uw. do art. 1; A. Zoll, *Komentarz*, uw. do art. 1). Konstrukcja ta stanowi odpowiedź na zanalizowane wcześniej zastrzeżenia dotyczące teorii związku przyczynowego, które próbowała rozwiązać korekta formuły *conditio sine qua non*, nadająca mu postać testu praktycznego, zaadaptowanego do potrzeb odpowiedzialności karnej (zob. Nb 77 i n.). Dodatkowo jednak uwzględnia ona uwagę o braku pewności co do dokładnego przebiegu kausalności i – w wielu wypadkach – braku możliwości poznawczych w tym zakresie. Teoria empirycznej prawidłowości również nie proponuje wyjaśnienia istoty przyczynowości, ale stanowi sposób racjonalizacji wykorzystania metodologii przyczynowości dla wyjaśnienia logiki kausalnej zdarzeń. Ustalenie, że dane zachowanie jest warunkiem wystąpienia drugiego zdarzenia, według tzw. testu warunku właściwego, oznacza odwołanie się do poglądów reprezentowanych przez miarodajne kręgi specjalistów. Jeśli, według nich, w danej dziedzinie zachodzi pewna prawidłowość, że po jednym zdarzeniu następuje inne, określonego rodzaju, możemy to pierwsze

uznać za przyczynę tego ostatniego (zob. A. Zoll, *Odpowiedzialność karna lekarza*, s. 46). Konieczne jest tutaj posługiwanie się dwoma elementami rozumowania. W pierwszej kolejności należy ustalić stosowne prawo przyczynowe, wskazujące na istnienie kauzalnego powiązania między zjawiskami określonego typu. Chodzi tu o ustalenie warunków, które zgodnie z naszą wiedzą empiryczną są konieczne do tego, by skutek danego typu wystąpił. Inaczej rzecz ujmując, należy postawić pytanie, czy w świetle posiadanej wiedzy i doświadczenia życiowego, w niektórych przypadkach – wiedzy i doświadczenia fachowego – można uznać za prawdę, że dane zachowanie sprowadza skutek. Odwołuje się w ten sposób nie tyle do realnie istniejącej prawidłowości, co do uznawania pewnego prawa kauzalnego za prawdziwe według współcześnie posiadanej wiedzy. W ten sposób następuje zobiektywizowanie i zdecydowane, bliskie pewności, zwiększenie prawdopodobieństwa prawidłowości konkretnego wyjaśnienia kauzalnej relacji między zdarzeniami. Drugi etap rozumowania polega zaś na tym, że tak ogólnie ustalone prawo przyczynowe zostaje zaadaptowane do badanego stanu faktycznego i udzielana jest odpowiedź na pytanie, czy w danym, konkretnym stanie faktycznym to prawo ma zastosowanie, tj. czy analizowana sytuacja nie odbiega od znanych prawidłowości w relacjach między zdarzeniami. Innymi słowy, sprawdzamy, czy w konkretnej sytuacji spełniony został dostateczny kompleks warunków, który – znowu zgodnie z dostępną wiedzą – jest wystarczający do wyjaśnienia kauzalnego zdarzenia ujmowanego jako skutek. Wówczas, gdy stwierdzimy, że wyłączenie zachowania sprawcy oznacza – stosownie do wiedzy wynikającej z ustalonego w pierwszym etapie rozumowania prawa przyczynowego – brak możliwości sprowadzenia skutku, należy uznać, że zachodzi relacja ontologiczna między zachowaniem się sprawcy a skutkiem. Wart odnotowania jest przy tym fakt, że ontologiczny status takiej relacji nadaje ustalenie wartości kauzalnej danego zachowania sprawcy w perspektywie opisanego w ustawie typu przestępstwa (zob. J. Giezek, *Kodeks karny*, s. 44–46), a nie rozstrzygnięcie o kauzalności danej postaci czynu (zaniechania lub działania).

Należy również uznać, że lekarz nie ma obowiązku podejmowania działań mających charakter świadczeń zdrowotnych przy tzw. testamencie życia. Jakkolwiek jest to pojęcie pozaustawowe, obejmuje ono określoną sytuację prawną dotyczącą pełnoletniego pacjenta, który utracił zdolność wyrażania zgody, jeżeli pacjent ten wcześniej wyraził na piśmie dobrowolny i świadomy sprzeciw na podejmowanie tych działań na wypadek utraty przez niego zdolności do wyrażenia zgody na świadczenie medyczne oraz nie ma informacji o odwołaniu tego sprzeciwu. Konieczne jest tutaj odniesienie sprzeciwu do odpowiedniej wiedzy o stanie zdrowia i scenariuszu choroby pacjenta (zob. ponownie W. Wróbel, *Rezygnacja z uporczywej terapii w świetle prawa polskiego*, „Medycyna Praktyczna” 9/2009).

Jak słusznie podnosi A. Zoll, nie można uznać za realizację znamion typu określonego w art. 150 § 1 sytuacji, w której środki podawane celem zmniejszenia cierpienia mogą prowadzić do skrócenia życia pacjenta, jeśli lekarz nie dysponuje środkami innymi, które by mogły zmniejszyć cierpienie, nie powodując jednocześnie przyspieszenia śmierci. Odpowiedzialność z art. 150, w wypadku żądania przez pacjenta skrócenia cierpienia, będzie zachodzić wtedy, gdy lekarz jest świadomy, że podany środek spowoduje śmierć cierpiącego

Strona podmiotowa typu czynu zabronionego

Sposób opisu czynu zabronionego wymaga realizacji jego znamion przy uświadomieniu sobie żądania i przeżyciu określonego stanu emocjonalno-decyzyjnego. Co do zasady przepis przewiduje możliwość realizacji jego znamion w zamiarze bezpośrednim (K. Wiak, w: Grześkowiak, Wiak, *Kodeks*, s. 772). Nie jest jednak wykluczone, by sprawca objął skutek w postaci śmierci zamiarem wynikowym (np. lekarz stosuje środki leczenia bólu, które mogą przyspieszyć śmierć pacjenta, oczywiście jeżeli żądanie pacjenta daje się zrekonstruować jako nasilone oczekiwanie uśmierzenia bólu za wszelką cenę).

Zarzucalność

Przewidziana konstrukcja typu czynu zabronionego zdecydowanie ogranicza możliwość rekonstrukcji szczególnych okoliczności mogących mieć znaczenie dla dodatkowej oceny zarzucalności, w szczególności ustalenia pozaustawowych okoliczności wyłączających winę sprawcy. Jest to konsekwencją tego, że szczególna sytuacja motywacyjna sprawcy została wkomponowana w znamię okoliczności realizacji czynności sprawczej, tj. „pod wpływem współczucia”. Jak wskazywano wyżej, ocena zajścia tej okoliczności wymaga pewnej obiektywizacji, niemniej należy także uwzględnić stosunek emocjonalny sprawcy do ofiary oraz osobowość sprawcy przestępstwa.

Podobnie druga możliwość oceny zmniejszenia stopnia zarzucalności jest przewidziana przez przepis szczególny § 2 omawianego artykułu. W przypadku wyjątkowo uzasadnionego powodu współczucia dla ofiary (np. szczególny nacisk motywacyjny) dochodzi do zmniejszenia stopnia naganności wyrażonego w zarzucalności i mniejszy stopień zawinienia uzasadnia redukcję kary, a nawet – przy potępieniu samego czynu przez fakt skazania – odstąpienie od wymiaru kary (K. Bączyk, *Eutanazja i wspomagane samobójstwo...*, s. 66; K. Poklewski-Kozieł, *Obowiązek ochrony życia...*, s. 108; R. Krajewski, *Przestępstwo eutanazji...*, s. 69 i n).

Pogląd mówiący o tym, że możliwość nadzwyczajnego złagodzenia kary lub odstąpienia od jej wymierzenia może oznaczać otwarcie prawa karnego na stopniową depenalizację eutanazji, jest oparty na pewnym nieporozumieniu (A. Grześkowiak, z K. Wiaka...). Czym innym jest bowiem zmniejszenie stopnia represji prawnokarnej ze względu na szacunek dla wyjątkowości sytuacji nakazującej zmniejszyć zarzucalność naruszenia zakazu, a czymś zupełnie innym jest wybór ustawodawcy w celu realizacji określonego wyobrażenia polityki karnej.

Podsumowanie

Brak ustawowej regulacji uporczywej terapii i testamentu życia wymusza oparcie zasad postępowania lekarza w tym zakresie na ogólnych rozstrzygnięciach systemu prawnego i regule konwersji obowiązku (z do ratowania życia na do odstąpienia od ratowania życia), wyprowadzanej w drodze wykładni art. 150 KK na podstawie argumentów konstytucyjnych. Przedstawiona powyżej analiza jest próbą rekonstrukcji tej metodologii. Powinna ona dać lekarzowi podstawę do większej pewności prawnej w trudnych decyzjach przy łóżku umierającego pacjenta.

Noty o autorach

Ks. prof. dr hab. Wojciech Bołoz

Bioetyk, teolog, profesor bioetyki na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego dyrektor międzywydziałowego Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego oraz kierownik Katedry Bioetyki na Wydziale Filozofii Chrześcijańskiej. Członek Odwoławczej Komisji Bioetycznej oraz Krajowej Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia. Kierunki badań: geneza i uzasadnienie powinności moralnej, współczesne zagadnienia moralne w dziedzinie bioetyki, ze szczególnym uwzględnieniem tanatologii. Ostatnie publikacje: *Bioetyka i prawa człowieka* (2007); *Kościół i ekologia* (2009).

Ks. dr Rafał Grabowski

Dr nauk humanistycznych w zakresie filozofii, wykładowca na Wydziale Teologicznym Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza. Redaktor naczelny rocznika naukowego „Studia Bydgoskie”. Od 2005 r. członek Komisji Bioetycznej przy Bydgoskiej Izbie Lekarskiej.

Doktor hab. n. med. Małgorzata Krajnik

Specjalista chorób wewnętrznych i medycyny paliatywnej; Kierownik Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej CM w Bydgoszczy. Ukończyła studia medyczne na Akademii Medycznej w Gdańsku. W kręgu jej zainteresowań naukowych pozostaje: opieka nad umierającymi; postępowanie w duszności i kaszlu u chorych na zaawansowane nowotwory; obwodowe stosowanie

opiodów w bólu; postępowanie w świadcze w zaawansowanych chorobach wewnętrznych, problemy etyczne końca życia; komunikacja lekarz – pacjent – rodzina Jest Sekretarzem Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej oraz Redaktorem Naczelnym czasopisma „Medycyna Paliatywna w Praktyce”. Jest członkiem Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej przy Ministerstwie Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego.

Ks. dr hab. Piotr Krakowiak

Teolog, psycholog i pedagog społeczny; dyrektor gdańskiego Hospicjum w latach 2002–2011, Krajowy Duszpasterz Hospicjów, Prezes Fundacji Lubię Pomagać. Pomysłodawca kampanii społeczno-edukacyjnych Hospicjum to też Życie, projektu rozwoju wolontariatu hospicyjnego Lubię Pomagać i programu wolontariatu więźniów w ośrodkach paliatywno-hospicyjnych. Współorganizator poddyplomowej Szkoły Opieki Duszpasterskiej Św. Jana Bożego w Krakowie, uczącej duchownych i świeckich zespołowej opieki duchowej w ochronie zdrowia i pomocy społecznej. Wraz z chrześcijańskimi organizacjami charytatywnymi: Caritas, Diakonia i Eleos przeszczepia dobre praktyki zespołowej opieki u kresu życia dla poprawy jakości życia osób przewlekle chorych i starszych, przebywających w swoich domach. Wykładowca UMK w Toruniu, uczestnik licznych konferencji międzynarodowych i krajowych. Autor i redaktor kilkunastu książek i wielu artykułów związanych z tematyką paliatywno-hospicyjną, wolontariatem, pracą socjalną, opieką duchową oraz opieką nad osobami przewlekle chorymi w domu.

Dr hab. n. prawnych Michał Królikowski

Adiunkt w Katedrze Prawa Karnego Porównawczego na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego, visiting fellow w Cardiff Law School (2004, 2005) i Department of Philosophy at University of Stirling (2006). Stypendysta Fundacji na rzecz Nauki Polskiej w 2006 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Sprawiedliwości, wcześniej dyrektor Biura Analiz Sejmowych. Specjalizuje się w problematyce filozofii prawa i prawa

karnego, a także w zagadnieniach prawa karnego międzynarodowego. Autor: 4 monografii, 31 fragmentów w publikacjach książkowych, 10 redakcji publikacji książkowych, 16 artykułów, 9 opinii legislacyjnych i 9 artykułów popularyzatorsko-naukowych.

Dr n. przyrodniczych Maria Rogiewicz

Psycholog kliniczny, trenerka szkoleń w zakresie psychoonkologii, psychoterapeutka. Wykładowca i kierownik studiów podyplomowych z psychoonkologii w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie. Zajmuje się opieką psychologiczną nad pacjentami z chorobą nowotworową, prowadzi szkolenia i warsztaty psychologiczne dla lekarzy i personelu medycznego. Za interesowania naukowe – relacje międzyludzkie ze szczególnym uwzględnieniem chory – bliscy i personel, profilaktyka wypalenia.

Prof. dr hab. med. Władysław Sinkiewicz

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku, specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog. Profesor zw. UMK w Toruniu. Kierownik II Katedry Kardiologii i Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UMK w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. J. Biziela w Bydgoszczy. Przewodniczący Komisji Bioetycznej Bydgoskiej Izby Lekarskiej. Organizator konferencji bioetycznych w ramach Bydgoskich Dni Bioetycznych. Autor 350 artykułów naukowych i redaktor 4 monografii z dziedziny kardiologii i bioetyki.

Dr n. prawnych Marcin Śliwka

Adiunkt w Katedrze Prawa Cywilnego i Międzynarodowego Obrotu Gospodarczego UMK w Toruniu. Specjalizuje się w prawie cywilnym i medycznym. Współpracuje z organizacjami międzynarodowymi zajmującymi się prawem medycznym oraz ochroną praw pacjenta. Jest członkiem Europejskiego Stowarzyszenia Prawa Medycznego oraz międzynarodowego programu badawczego PRIVILEGED, współpracuje z Polskim Towarzystwem Bioetycznym oraz serwisem „Prawo i Zdrowie”.

Dr n. med. Zbigniew Żylicz

Studiował medycynę na Akademii Medycznej w Gdańsku (1979). W 1980 r. wyemigrował do Holandii, gdzie specjalizował się w chorobach wewnętrznych (1987) i onkologii medycznej (1991). W 1988 r. obronił pracę doktorską na Uniwersytecie w Nijmegen (NL) (1988) z zakresu farmakologii klinicznej. Pracował jako specjalista chorób wewnętrznych do 1994 r. W 1994 r. został dyrektorem jednego z pierwszych w Holandii hospicjów dla terminalnie chorych w Rozendaal. W latach 2001–2006 był profesorem i kierownikiem Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej w Bydgoszczy. W 2005 r. przeniósł się na Wyspy Brytyjskie, gdzie przez 6 lat był dyrektorem medycznym Dove House Hospice w Hull. W 2011 r. przeniósł się do Bazylei (Szwajcaria), gdzie pracuje obecnie jako specjalista medycyny paliatywnej i kierownik wydziału do spraw nauczania i badań naukowych w Hildegard Hospiz. Prowadzi wykłady na Uniwersytecie w Bazylei. Jest autorem 150 prac naukowych. Jest także redaktorem 3 książek i autorem ponad 50 rozdziałów w książkach naukowych.

ISBN 978-83-63921-96-5