

PRZEDMOWA

INTRODUCTION

PODEJMOWANIE DECYZJI – GŁOS W DYSKUSJI

Podejmowanie decyzji z pogranicza życia i śmierci jest nieodłącznie związane z wykonywaniem zawodu lekarza, a zwłaszcza tego kierującego zespołem medycznym (kierownik kliniki lub ordynator). Uściślając zagadnienie, chodzi o decyzje rezygnacji z uporczywej terapii. Trudno sobie zatem wyobrazić sytuację, kiedy unika on odpowiedzialności za powierzone mu zdrowie i życie lub przenosi ją na inne osoby, zwłaszcza nie wykonujące zawodu lekarza. Postęp medycyny sprawił jednak, że rozstrzygnięcia są coraz trudniejsze, gdyż dotyczą niełatwego wyboru nowoczesnych środków oraz podejmowania lub zaniechania sztucznego podtrzymywania i przedłużania życia. Na lekarzu więc spoczywa odpowiedzialność, która czasami przekracza jego kompetencje zawodowe i możliwości psychiczne. Sądząc bowiem po ludzku, każde orzeczenie jest złe ...

Stąd też poszukuje on wsparcia przede wszystkim ze strony współpracowników. Trudno jednak je uzyskać, gdy nie posiadają oni zbyt dużego doświadczenia zawodowego lub każdy jest innego zdania. Rozwiązaniem tej sytuacji nie może być również głosowanie, bowiem każdemu przysługuje prawo do życia i do godnej śmierci, które nie podlega tego rodzaju rozstrzygnięciom.

Pozostaje zatem odwołać się do woli pacjenta, gdy jest on kompetentny do podejmowania decyzji, o rezygnacji ze środków nieproporcjonalnych i akceptacji swojej nieuchronnej śmierci. W przypadku pediatrii sytuacje te spotykane są rzadko i dotyczą osób nieletnich, które osiągnęły zdolność do oceny swojego stanu zdrowia i podjęcia decyzji w sposób wolny. W pozostałych sytuacjach, gdy chory jest niekompetentny, decyzję w jego imieniu mogą podjąć jego rodzice lub prawni opiekunowie. W tym wypadku lekarz również nie osiąga zadowalającego wsparcia. Większość bowiem rodziców dzieci poddawanych uporczywej terapii jest za jej kontynuowaniem. Jeśli jednak lekarz ograniczy opiekę do środków minimalnych, to ponosi ryzyko oskarżenia o zaniechanie obowiązku ratowania życia. Zatem strach przed sprawą w sądzie jest jednym z bardzo poważnych czynników sprzyjających uporczywej terapii.

W tej sytuacji niewątpliwie dużą pomocą jest powołanie lekarskiej komisji ds. uporczywej terapii. Powinna ona mieć charakter doradczy, a więc ostateczna decyzja podejmowana byłaby przez szefa zespołu lekarskiego, pod którego opieką jest pacjent. Rozwiązanie to ma swoich zwolenników i przeciwników. Wśród obaw najsilniejszą jest nieuzasadniony strach przed utratą autonomii kierownika kliniki. Wymieniane są również inne trudności, takie jak: pozorność działań, nieobiektywność, niezrozumienie sytuacji chorego oraz zbyt długie oczekiwanie na

orzeczenie ze strony komisji. Komisja ds. uporczywej terapii mylona jest często z istniejącymi już komisjami bioetycznymi, których zakres obowiązków i specyfika działania są zgoła odmienne.

W dyskusjach prowadzonych wewnątrz środowiska pojawiają się propozycje, aby skład komisji był rozszerzony o prawników i etyków. Natomiast w przypadku braku komisji, aby utworzyć stanowisko konsultanta etycznego na wzór istniejących już rozwiązań w innych krajach.

Udział etyków i prawników jest korzystny tylko wówczas, jeśli odpowiedzialność za chorego nie zostanie przerzucona na nich. Etyk powinien przypomnieć principia deontologiczne, a prawnik obowiązujące prawo lub brak sprecyzowanych przepisów, w oparciu o które lekarz podejmie decyzję. Nie do nich jednak należy rozstrzyganie, co jest najlepsze dla pacjenta: kontynuowanie terapii czy też ograniczenie jej do opieki paliatywnej. Niestety istnieje niebezpieczeństwo obarczenia ich odpowiedzialnością za życie. Wówczas lekarz może powiedzieć: „ja tylko opiekuję się chorym, ale nie podejmuję decyzji”.

Postawa taka jest wygodna i zarazem niebezpieczna. Przekazanie bowiem obowiązku podejmowania decyzji jest w istocie rezygnacją z bycia lekarzem. Odpowiedzialność za powierzone mu zdrowie, życie, trwanie z chorym do chwili jego śmierci i gotowość do ciągłego podejmowania decyzji, są wpisane w zawód lekarza i nierozdzielnie z nim związane. Kto świadomie rezygnuje z tego obowiązku, przestaje w istocie być lekarzem podejmującym decyzje autonomicznie, a staje się stopniowo urzędnikiem realizującym ustalone procedury.

Właściwie nie wiadomo, jak temu procesowi zaradzić, chociaż większość dostrzega problem z wdrażanymi procedurami. Czy taki sam los spotka komisje ds. uporczywej terapii, które w oparciu o stworzone standardy będą niczym Sąd Boski, od którego nie ma już odwołania? Czy dyżurny etyk lub prawnik stanie się swego rodzaju „komisarzem politycznym” z minionej epoki, od którego decyzji będzie zależała przepustka do życia lub śmierci? To tylko niektóre obawy – oby były przesadzone.

Nie chciałbym być źle zrozumiany, gdyż dostrzegam potrzebę powoływania komisji etycznych, a zwłaszcza ds. uporczywej terapii. Cenię również współpracę z etykami oraz prawnikami i uznaję ją za konieczną. Należy jednak wyraźnie rozgraniczyć kompetencje każdego z członków zespołu etycznego i nakreślić ich ramy współdziałania. Lekarz ma prawo i obowiązek radzić się w przypadkach trudnych wszystkich, którzy posiadają w tej dziedzinie odpowiednie uprawnienia i doświadczenie. Nie może jednak zrzec się tego, co uroczyście ślubował: „Będę stosował zabiegi lecznicze wedle moich możliwości i rozeznania ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy”.