

Ograniczenie terapii w świetle norm etycznych współczesnej Europy.

Lesław Niebrój

Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych SUM

Katowice

Bioetyka – „born in the U.S.A.”

- Z aktu urodzenia...
- Z przekonań...
 - Zaplecze społeczne (kultura indywidualistyczna, postmodernizm, rainbow ethics); polityczne (realne oddzielenie państwa od kościoła/religii); religijne (sekularyzacja, pluralizm religijny)
 - Zaplecze filozoficzne (utilitaryzm)
- Z języka...
 - Angielski jako *lingua franca* nie tylko medycyny, ale też bioetyki
- Z wpływu...
 - Główny nurt bioetyki: pryncypializm
 - Publikacje z zakresu bioetyki (wg. analizy Transinsight – www.gopubmed.com dostęp 15/12/2014) na 22 289 artykułów z zakresu bioetyki (indeksowanych w PubMed) 6358 pochodzi z USA, ale następne kraje w rankingu to Kanada, Wielka Brytania, Australia; pierwszy w rankingu kraj nieangielskojęzyczny (Włochy) – 331 publikacji (Polska 60; 0,27% publikacji światowych)

Cztery zasady bioetyki – imperializm moralny?

- Zasada szacunku dla autonomii
 - Zasada nieszkodzenia
 - Zasada dobroczynności
 - Zasada sprawiedliwości
-
- Na odpowiednio wysokim poziomie ogólności – wydają się być powszechne

ALE...

- Interpretowanie (definiowanie zasad)
- Balansowanie zasad
- Specyfikacja zasad

Organicznie terapii –

konceptcje związane z zasadą nieszkodzenia

- **Niepodjęcie** (*withholding*) vs **odstąpienie** (*withdrawing*) od stosowania określonej terapii (procedury medycznej)
- **Zwyczajne** vs **nadzwyczajne** środki terapeutyczne
- **Technologie żywieniowe** (sustenance) vs **medyczne procedury** podtrzymywania życia
- Skutki **intencjonalnie chciane** (zamierzone) vs jedynie **dopuszczone**

Racje ograniczenia terapii

- Tradycyjnie stosowany podział (niepoprawny logicznie)
 - Nieproporcjonalność leczenia (ryzyko/krzywda itp. przeważają nad korzyściami z terapii)(liczy się tylko ocena pacjenta?) – tzw. jakościowa bezużyteczność (qualitative futility)
 - Bezუżyteczność terapii („medical futility”: Brak użytecznej celowości lub użytecznego rezultatu danej procedury diagnostycznej lub działania terapeutycznego. Sytuacja pacjenta, którego stan nie zostanie poprawiony przez stosowane zabiegi albo sytuacje, w których zabiegi podtrzymują permanentną nieświadomość lub nie mogą doprowadzić do uniezależnienia pacjenta od intensywnej opieki medycznej, wg. *MeSH*) (czy jednak celowość, a właściwie jej użyteczność powinna być mierzona wyłącznie stanem biomedycznym pacjenta? Itp.) – tzw. ilościowa bezużyteczność (quantitative futility)

W europejskiej optyce

- Lekarze w krajach Europy północnej są znacznie bardziej skłonni (Norwegia 91%) od swoich kolegów z południa (Włochy 8%) przestrzegać DNR
- Czy przyspieszyłeś śmierć? Znow podział (prawie) na północ-południe (Francja 71%, Belgia 57%, Holandia 51% vs Włochy 13%, Portugalia 8%), wg. innych badań – najczęściej w Europie Środkowej (Austria, Szwajcaria, Niemcy, Czechy, Belgia)
- Południe: niepodjęcie terapii (procedury)/ Północ odstąpienie od terapii
- W Europie dużo większe znaczenie opinii lekarza w podejmowaniu decyzji o zaprzestaniu stosowania procedur medycznych niż w USA
- Religia lekarza: (najbardziej) najmniej skłonni do niepodjęcia/odstąpienia: agnostycy, protestanci, katolicy, judaiści, prawosławni (Grecki Kościół Prawosławny), muzułmanie.

W polskiej optyce

- Doświadczenie związane z niepodjęciem terapii deklarowało 93% anestezjologów.
- Doświadczenie związane z odstąpieniem od terapii deklarowało 75% anestezjologów
- Dla:
 - 51% anestezjologów najważniejsze jest życie pacjenta, ale podejmując decyzje należy brać pod uwagę także jakość życia pacjenta
 - 31% anestezjologów najważniejsza jest troska o jakość życia pacjenta, ale bierze pod uwagę także obowiązek ratowania życia jako życia
 - 15% anestezjologów bierze pod uwagę wyłącznie jakość życia pacjenta
 - 1,5% anestezjologów uważa, że należy ratować życie pacjenta za wszelką cenę

Wytyczne:

zasada ogólna

Włoskie

- Jest profesjonalnym obowiązkiem unikać przedłużania procesu umierania, zadbanie natomiast o to, aby proces ten dokonał się w podejściu właściwym dla opieki paliatywnej

Polskie

- Przyjęcie pacjenta do oddziału intensywnej terapii (OIT) oparte jest o ustalone wskazania (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia pacjenta. **Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł jest nieuzasadnione medycznie i etycznie**

Wytyczne: szacunek dla autonomii pacjenta

Włoskie

- Jakakolwiek **wola wyrażona przez pacjenta na piśmie lub ustnie** odnośnie do ograniczenia terapii winna być odnotowana w dokumentacji medycznej i **rozważana z najwyższą uwagą**
- Każdy oddział anestezjologii i reanimacji winien podejmować działania zmierzające do poprawy relacji z pacjentem i jego rodziną (bliskimi), zwłaszcza w odniesieniu do komunikacji dotyczącej procesu decyzyjnego u kresu życia

Polskie

- Właściwa **komunikacja z pacjentem i osobami mu bliskimi** ma zasadnicze znaczenie dla prawidłowego przebiegu procesu terapeutycznego w okresie umierania, w tym dla ograniczenia terapii daremnej. **Rodzina powinna mieć pełną świadomość medycznego i etycznego uzasadnienia dla niepodjęcia lub odstąpienia od podtrzymywania czynności narządów, ale nie może być obciążana odpowiedzialnością za tę decyzję**

Wytyczne :

szacunek dla autonomii pacjenta

- **WŁOSKIE (tylko!)**
- Podejmując decyzję lekarz powinien zebrać i przeanalizować (wprost wobec pacjenta przytomnego, lub nie wprost wobec rodziny pacjenta nieświadomego, jego przedstawiciela medycznego[...]) każdy wyraz woli chorego, wyrażane przez niego przekonania religijne i kulturowe. Winien konfrontować te informacje ze swą własną oceną na temat tego, co będzie najlepsze dla pacjenta w świetle perspektyw terapeutycznych (rokowania), tak, aby ostateczna decyzja była jak najbliższa woli wyrażonej przez pacjenta.

Wytyczne: decyzja/odpowiedzialność lekarza

Włoskie

- Decyzja o ograniczeniu (niepodjęciu lub odstąpieniu) intensywnej terapii u danego pacjenta i właściwa odpowiedzialność za czyny wynikające z takiej decyzji **soczywa na lekarzu**, decyzja powinna **być wpisana i umotywowana w dokumentacji medycznej**. **Pacjent, o ile to możliwe, jego rodzina i cały zespół terapeutyczny** powinni być włączeni w proces podejmowania decyzji

Polskie

- Decyzje o ograniczeniu podtrzymywania funkcji narządów **podejmuje lekarz** opiekujący się pacjentem, specjalista z anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, po uzyskaniu opinii drugiego lekarza tej samej specjalności. **Lekarz podejmujący decyzję zapoznaje się wcześniej ze stanowiskiem zespołu leczącego pacjenta**. Może on zasięgnąć dodatkowej konsultacji innego specjalisty, **spoza zespołu leczącego pacjenta**, jeśli uzna to za uzasadnione

Wytyczne:

decyzja/odpowiedzialność lekarza

POLSKIE (nie tylko!)

- 4. Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów stanowi formalną procedurę postępowania na stanowiskach intensywnej terapii. Musi ona **zostać zarejestrowana w dokumentacji medycznej (najlepiej w postaci odrębnego protokołu) z dokładnym opisem uzasadnienia niepodjęcia, czy odstąpienia od określonego rodzaju postępowania.**
- 5. Niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może obejmować takie metody jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, farmakologiczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie oddychania, pozaustrojowe wspomaganie wątroby i inne. Niewłaściwe wykorzystanie tych metod postępowania przedłuża jedynie proces umierania

Wytyczne:

Włoskie

- Stosowanie technik intensywnej terapii od samego początku powinno być połączone z przygotowaniem **planu opieki paliatywnej**; w przypadku ewentualnego odstąpienia od intensywnej terapii, opieka paliatywna winna zmierzać do złagodzenia symptomów związanych z procesem umierania zapewniając aż do końca najwyższą możliwą jakość życia

Polskie

- 7. Decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają **znaczenia opieki medycznej zapewniającej wyeliminowanie cierpienia pacjenta i zapewnienie mu optymalnego komfortu** (w tym pielęgnacji, nawadniania, żywienia, dostępu bliskich i osób wspierających, uśmierzania niekorzystnych dolegliwości), a nawet wysuwają ten aspekt opieki na plan pierwszy. Leczenie może zostać ograniczone, **ale opieka paliatywna jest zawsze kontynuowana.**

Wytyczne: analgezyja

Włoskie

- U pacjenta u kresu życia sedacja i analgezyja, w dawkach niezbędnych dla wyeliminowania bólu i cierpienia, są zawsze klinicznie właściwe i etycznie obowiązkowe.

Polskie

- 8. Zapewnienie opieki medycznej zmierza do uśmierzenia cierpień przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. **Postępowanie takie nie ma prowadzić do przyspieszenia naturalnej dynamiki procesu umierania.**

Wytyczne: eutanazja

- **POLSKIE (TYLKO!)**
- Wszelkie działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie jak i etycznie oraz prawnie.

Wnioski:

bioetyka amerykańska vs europejska a ograniczenie terapii

- To z pewnością nie są koncepcje „rozłączne”
- Jeżeli przeciwstawiać wskazania amerykańskie europejskim to można
 - Przeciwstawiać monolit amerykański monolitowi europejskiemu
 - Przeciwstawiać monolit amerykański pluralizmowi europejskiemu
 - In medium stat virtus
- Oprócz trzech fundamentalnych elementów świadomej zgody (znanych z bioetyki amerykańskiej):
 - Adekwatnej informacji
 - Dobrowolności
 - Intencjonalność

Bioetyka europejska wydaje się przywiązywać wagę do tzw.

- Autentyczności
 - Pozytywnie: zgodność ze światopoglądem, kulturą, koncepcją życia
 - Negatywnie: nie niezgodne j.w.

Wnioski

Polskie wytyczne

- Określają standard właściwego postępowania medycznego (walor deontologiczny i etyczny, ale także walor prawny)
- Normy deontologiczne/prawne są zawsze kompromisem pomiędzy ideałami a możliwościami (*roztropność jako cnota prawa*)
- Normy deontologiczne/prawne dla swej etyczności muszą brać pod uwagę społecznie akceptowane standardy moralne:
 - w całości społeczeństwa
 - w grupie wskazanej jako właściwe podmioty moralne – lekarzy anestezyjologów