

Granice między terapią wytrwałą a uporczywą – możliwości i ograniczenia

Cytaty

Jan Paweł II. Encyklika „Evangelium Vitae” (25 marca 1995 r.)

Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej „*uporczywej terapii*”, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, 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”. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach: należy mianowicie ocenić, czy stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci.

Fragmenty Katechizmu Kościoła Katolickiego, 2276-2279

2278 Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa "uporczywej terapii". Nie zamierza się w ten sposób zadawać śmierci; przyjmuje się, że w tym przypadku nie można jej przeszkodzić. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie - przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słuszych interesów pacjenta.

2279 Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek, lecz jedynie przewidywana i tolerowana jako nieunikniona. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości. Z tego tytułu powinna być popierana.

Kongregacja Nauki Wiary. Deklaracja o Eutanazji *Iura et bona* (Rzym, 5.05.1980 r.)

W naszych czasach jest ważne, by w chwili śmierci zachować godność osoby ludzkiej i znaczenie życia chrześcijańskiego, unikając pewnej tak zwanej "technicyzacji", która niesie z sobą niebezpieczeństwo nadużyć. Mówi się więc dzisiaj o "prawie do śmierci", przy czym nie rozumie się tego jako uprawnienia do zadania sobie śmierci przez działanie własne lub drugiego człowieka, zgodnie ze swoim życzeniem, lecz jako prawo do umierania w spokoju, z zachowaniem godności ludzkiej i chrześcijańskiej. Z tego powodu zastosowanie środków leczniczych może stwarzać pewne problemy. W wielu przypadkach sytuacja może być tak bardzo powikłana, że rodzą się wątpliwości co do sposobu zastosowania zasad moralnych. Podjęcie decyzji w takiej sytuacji jest uzależnione od osądu sumienia, czy to osoby chorej, czy tych, którzy prawnie występują w jej imieniu, czy też lekarzy. Wszyscy jednak powinni mieć na względzie zarówno nakazy moralne, jak i wielorakie aspekty tego konkretnego przypadku. Każdy ma obowiązek troszczyć się o swoje zdrowie i podejmować leczenie. Ci, którzy troszczą się o chorych, powinni z wielką pilnością wypełniać swoje czynności i stosować środki, które uznają za konieczne lub pożyteczne. Czy jednak we wszystkich okolicznościach należy stosować wszystkie możliwe środki? Już wcześniej moralisci odpowiedzieli, że nigdy nie można nakazać stosowania środków "nadzwyczajnych". Taka odpowiedź, która ma charakter zasady, wydaje się dzisiaj mniej jasna, bądź z racji małej precyzji, bądź z powodu szybkiego rozwoju terapii. Z tego powodu niektórzy wolą mówić raczej o środkach "proporcjonalnych" lub "nieproporcjonalnych". Niezależnie jednak od takich rozróżnień, właściwa ocena środków może być dokonana wtedy, gdy rodzaj zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z nią niebezpieczeństw, konieczne dawki oraz możliwość zastosowania, zestawimy ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając w sposób właściwy stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne. Dla łatwiejszego zastosowania w praktyce tych zasad ogólnych, mogą okazać się pomocne następujące wyjaśnienia: - Gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno - za zgodą chorego - zastosować środki dostarczane przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem. Chory, przyjmujący takie nowe lekarstwa, może dać przykład wielkoduszności z korzyścią dla ludzkości. - Podobnie wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków. W podejmowaniu jednak takiej decyzji, należy wziąć pod uwagę słuszne pragnienie chorego i jego domowników oraz opinie prawdziwie biegłych lekarzy. Ci ostatni rzeczywiście będą mogli przede wszystkim dokonać słusznej oceny, kiedy koszt środków i zatrudnionych do tego ludzi nie jest proporcjonalny do przewidywanych skutków oraz gdy stosowane środki lecznicze zadają choremu bóle lub

powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści. - Zawsze wolno uznać za wystarczające środki powszechnie stosowane. Dlatego nie można nikomu nakazywać zastosowania takiego sposobu leczenia, który - chociaż jest już stosowany - nie wyklucza jednak niebezpieczeństwa albo jest zbyt uciążliwy. Odrzucenie takiego środka nie należy porównywać z samobójstwem; należy raczej uznać to za zwykłą akceptację sytuacji ludzkiej, za chęć uniknięcia trudnych zabiegów lekarskich, których korzyść nie odpowiada pokładanej w nich nadziei, albo niedopuszczenia do wielkich obciążeń rodziny lub społeczności. - Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar nie korzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu. Nie stanowi to powodu, dla którego lekarz mógłby odczuwać niepokój, jakoby odmówił pomocy komuś znajdującemu się w niebezpieczeństwie.

KONWERSATORIUM XCV

(22 kwietnia 2017)

Granice między terapią wytrwałą a uporczywą – możliwości i ograniczenia

Prowadzący: dr Włodzimierz Wieczorek, nauczyciel akademicki, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin; dr hab. n. med. Barbara Kozakiewicz, onkolog, Zakład Teleradioterapii; ks. dr Roberto Saltini, Ruch Focolare, lekarz anestezjolog; Krzysztof Fus, aktor filmowy, dziennikarz, Stowarzyszenie Filmowców Polskich.

Włodzimierz Wieczorek

Szanowni Państwo, jeszcze żywo w pamięci mamy Święta Wielkanocne, których nie można sobie wyobrazić bez głębszej refleksji nad cierpieniem, śmiercią i życiem po śmierci. W pewnym sensie nawiązujemy tematyką dzisiejszego Konwersatorium właśnie do Świąt, gdyż pochylimy się nad zagadnieniem granicy pomiędzy terapią wytrwałą, a terapią uporczywą, czyli pomiędzy taką afirmacją życia, która dąży do tego, by to życie zachować, ale nie za wszelką cenę, która dopuszcza śmierć jako nieodłączny element życia, a z drugiej strony terapią uporczywą, która chce bronić biologicznego życia za wszelką cenę, nawet za cenę wydłużania cierpienia pacjenta. Zagadnienie granicy między terapią wytrwałą, a uporczywą jest zagadnieniem złożonym, trudnym, bo nacechowanym często doświadczeniem indywidualnym konkretnego człowieka, rodziny, czy personelu medycznego. Przez to trudne zagadnienie przeprowadzą nas dzisiaj bardzo kompetentne osoby, które chciałbym teraz przedstawić w naszej społeczności akademickiej. Witamy serdecznie panią dr hab. Barbarę Kozakiewicz, która jako onkolog omówi zarysowane w temacie spotkania zagadnienie w optyce medycznej. Witamy bardzo serdecznie księdza dr Roberto Saltiniego, anestezjologa, księdza z Ruchu Focolare, który uporządkuje problematykę granic między terapią wytrwałą, a uporczywą w aspekcie bioetycznym. Serdecznie witamy w naszej społeczności pana Krzysztofa Fusa, aktora filmowego, dziennikarza, członka Stowarzyszenia Filmowców Polskich, który ma niezwykle doświadczenie graniczne, związane z życiem i śmiercią. Ponieważ omawiane zagadnienie jest głęboko egzystencjalne, Pan Krzysztof uzupełni nasz sposób jego postrzegania o świadectwo kogoś, kto te granice życia i śmierci przekraczał.

Barbara Kozakiewicz

Kiedy zostałam poproszona o wystąpienie na konferencji Szkoły Wyższej Przymierza Rodzin, zaczęłam zastanawiać się, po blisko czterdziestu latach pracy jako onkolog, jak przekazać to, co towarzyszy mi w pracy zawodowej, czego się nauczyłam, co czuję, a nie zawsze potrafię to odczucie nazwać. Przeglądałam mnóstwo literatury, bo Konwersatorium ma sprecyzowany temat – leczenie uporczywe. Szukając, analizując różne określenia stwierdziłam, że jest w nich duży bałagan, mianowicie leczenie uporczywe niektórzy nazywają nieproporcjonalnym, nadzwyczajnym, nadmiernym, daremnym. Oczywiście są również filozofowie, którzy dzielą te określenia, którzy nadają im inny sens i cel.

A teraz wróćmy do nas lekarzy. My, lekarze mamy za zadanie leczyć pacjenta, przywracać mu zdrowie, mamy wydłużać jego życie, oraz zmniejszać cierpienie. To są nasze zadania, to jest istota naszego zawodu. W jaki sposób mamy to wykonywać? dzięki czemu? Otóż dzięki stosowaniu leczenia. Metody i cele leczenia są różne. Aby zastosować odpowiednie leczenie należy wcześniej poznać – zbadać pacjenta, aby leczenie „dopasować” do jego choroby tu i teraz stwierdzonej, ale i w oparciu o wcześniejsze problemy zdrowotne lub już współistniejące choroby. Pierwszym sposobem leczenia, najczęściej stosowanym przez lekarzy, to leczenie radykalne. Leczenie radykalne ma na celu całkowicie wyeliminować, zniszczyć chorobę. Pacjent leczony w sposób radykalny, będzie wyleczony ze swej choroby i wcześniej czy później powróci do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.

Kolejnym, jest leczenie paliatywne. Jego celem jest powstrzymać chorobę, choćby na kilka miesięcy, wykorzystując adekwatne metody lecznicze, które także bym stosowała, gdyby choroba była mniej zaawansowana. Leczenie paliatywne jest szczególnie często wykorzystywane w onkologii, bowiem naturą i istotą choroby nowotworowej są jej nawroty i powstawanie odległych przerzutów i to wielokrotnie. Różnorodność metod radioterapii, mnogość leków cytostatycznych sprawia, że ci chorzy mogą być leczeni szereg miesięcy a nawet lat. Trzecim sposobem leczenia to leczenie objawowe. Jest to leczenie, które ma za zadanie ulżyć pacjentowi w cierpieniu.

Generalnie można powiedzieć, że terapia uporczywa, czyli to leczenie, o którym dzisiaj mamy mówić, jest metodą postępowania, którą stosujemy właśnie, prowadząc leczenie paliatywne. Jest taki moment, kiedy zbliża się śmierć danego pacjenta, kondycja chorego słabnie i wówczas stosowanie metod nieproporcjonalnych, agresywnych, tylko przysporzy pacjentowi cierpienia i bólu i nie wyleczy go. Takie postępowanie można nazwać uporczywe, daremne... i różnie jeszcze nazywane.

Najbardziej popularną, jeśli chodzi o źródła informacji i dostępności w kwestii pozyskiwania nazewnictwa postępowania lekarskiego, ale nie tylko wśród Rodaków jest Wikipedia. W związku z tym pozwoliłam sobie przytoczyć państwu to, co dla tego źródła informatycznego znaczy terapia uporczywa. Proszę zwrócić uwagę, że w definicji tej autorzy stwierdzają, że jest to leczenie medyczne, które ma za zadanie podtrzymanie funkcji nieuleczalnie chorego pacjenta, które może przedłużyć mu cierpienie, a nawet obniżyć jego godność jako człowieka. Tu są bardzo ładnie wymienione pewne sformułowania, tylko jak to wygląda w naszym praktycznym działaniu?

Pozwolę sobie przytoczyć kolejną definicję, tym razem jest to definicja Jana Pawła II z *Evangelium Vitae*, który również zajmował się tematyką uporczywej terapii, a który powiedział, że należy w pewnym momencie, zakończyć leczenie, kiedy cierpienie tego człowieka jest już ponad siły. Również i inne organizacje, nasz polski Kodeks Etyki Lekarskiej, w artykule 32 mówi: „w stanach terminalnych lekarz nie powinien” dalej leczyć. Jaki jest kruczek w tym stwierdzeniu? Osobiście nie znam lekarskiej definicji stanu terminalnego, podobnie jak moi koledzy. Jest tyle definicji, tyle wskaźników, tyle różnych sytuacji tak określanych. Podobnie jak brak jest także definicji śmierci. Co prawda w 1968 roku Komisja Harwardzka pokusiła się o określenie definicji śmierci. Okazuje się, że została ona przygotowana na szybko, na potrzeby transplantologów. Do dzisiaj jednak funkcjonuje ze szkodą dla chorych.

Natomiast co to znaczy stan terminalny we wszystkich jego wymiarach? Zabiegi medyczne, skazujące pacjenta na sztucznie przedłużaną agonię, powinny być zaprzestane. Są sytuacje, gdy my rezygnujemy z leczenia, które powoduje cierpienie a nie jego zmniejszenie. Nie wykonujemy np. przeszczepu wątroby, gdy są tam obecne przerzuty lub nie dokonujemy przeszczepu szpiku, gdy wskutek leczenia i postępu choroby jest on zajęty przez nowotwór. To są sytuacje, kiedy my lekarze możemy zaprzestać leczenia. Są pewne sytuacje, kiedy czuję jako lekarz, że mój pacjent otrzymał już pełne leczenie, taką kurację, że zaczyna się źle czuć i będzie coraz gorzej. Muszę się zacząć wycofywać w tej walce o jego wyleczenie. Amerykańskie Towarzystwo Medyczne jest bardziej przyjazne dla lekarzy, dlatego, że lekarz może decyzje o zaprzestaniu leczenia podjąć po zapoznaniu, zgodnie z wolą i z decyzją rodziny chorego lub zaprzestać zgodnie ze stanowiskiem, życzeniem pacjenta, który już wcześniej takie oświadczenie przygotował. W USA taką decyzję podejmuje rodzina i pacjent, a lekarz wykonuje ich wolę, ale w oparciu o medyczne stwierdzenie wyczerpania możliwości dalszego leczenia paliatywnego. Rodzina może sobie zażyczyć i lekarz może odstąpić od prowadzenia leczenia objawowego, które zaczyna przyjmować cechy terapii uporczywej.

W naszym prawie polskim nie ma takiej praktyki. Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia również zajmowała się tym problemem. Stwierdziła, że środki szczególnie wycieńczające, uciążliwe dla chorego, skazujące go na sztucznie przedłużającą się agonię powinny być zaprzestane i dopuszcza sytuację, kiedy możemy zaprzestać leczenia.

A teraz dla przekory wróć do tej samej definicji leczenia, jeśli chodzi o onkologię. Przy leczeniu radykalnym stosuję wszystkie dostępne metody. Niestety, tak się źle składa w naszym kraju, że nie więcej niż 30% naszych pacjentów chorych na nowotwory może być radykalnie leczonych za pomocą chirurgii. To znaczy, że tylko około 30% ludzi chorych na nowotwory kwalifikujemy do leczenia operacyjnego, uznając, że to jest leczenie wyleczające radykalnie. Spośród tej grupy 30% pierwotnie operowanych, dalszego leczenia będzie wymagało około 70%. Jak będzie wyglądało dalsze leczenie? Są to chemioterapia, radioterapia, hormonoterapia.

Przykładowo, lecząc kobietę na raka jajnika, musimy założyć co najmniej dziewięć miesięcy leczenia, tyle czasu trwa pierwotne leczenie radykalne. Jeżeli po tym leczeniu dojdzie do wznowy, to my wchodzimy na etap leczenia paliatywnego, albo leczenia tzw. „kolejnego rzutu”. U kobiet z rakiem jajnika taki okres krytyczny po pierwotnym leczeniu trwa sześć miesięcy. My nawet mówimy, że rak jajnika jest platynooporny lub platynowrażliwy. Co to oznacza? Jeżeli wznowienie nastąpiło później niż sześć miesięcy, to rak jest platynowrażliwy, lub gdy wcześniej rak jest platynooporny. Jeśli choroba powraca, leczenie staje się już leczeniem paliatywnym, ale jeszcze z wykorzystaniem bardzo skutecznego, aktywnego leku, jakim jest cisplatyna i jej pochodne. W czasie leczenia paliatywnego, którego celem jest powstrzymanie choroby na tym etapie, na którym ona się w danym momencie znajduje, mogę stosować leki drugiego, potem przy kolejnej wznowie – trzeciego rzutu. Akurat dla tego nowotworu mamy wiele grup leków cytostatycznych. Podobnie dla chorych na raka piersi mamy też dostępne liczne leki skuteczne. Proszę jednak pamiętać, że są też i takie nowotwory, w stosunku do których nie mamy tak wielu leków ani nie mamy wielu różnych metod leczenia. Na przykład mięsaki kości czy tkanek miękkich leczymy za pomocą operacji, chemioterapii i radioterapii. Jeśli nastąpi nawrót choroby, bo leczenie okazało się nieskuteczne, to często niewiele mamy już do zrobienia. Są niestety takie typy chorób. Przez te przykłady chce pokazać, że są nowotwory, przy których leczenie paliatywne trwa bardzo długo, czasem kilka lat, ale nie jest to leczenie uporczywe.

Leczenie uporczywe umieściłabym w terapii paliatywnej. Chory jest już doświadczony w leczeniu, a jego organizm mimo stosowanego leczenia wykazuje cechy

czynnej choroby, co łączy się z bólem, złym stanem ogólnym. W takiej sytuacji proponować nowe leki dotąd nieznanne, czy zabiegi np. wycięcia przerzutów, przeszczepu szpiku jest właśnie leczeniem uporczywym, przysparzającym dolegliwości, a nie powodującym wyleczenia.

Jak długo mamy leczyć? Czy do momentu, aż wyczerpią się leki? Czy dotąd, dokąd bije serce chorego? Obiektem mojego działania, jako lekarza jest żywy człowiek. Najtrudniejsze w terapii, to jest powiedzieć koniec, już dalej nie mogę, brakuje rozsądnych metod, leki zawiodły. Co nam lekarzom pozwala powiedzieć, że dalej nie będę prowadziła leczenia? Zły stan ogólny chorego. Mamy w medycynie pewne kryteria, z których korzystamy, są to tzw. skale sprawności. Jeżeli nasz pacjent osiąga trzeci stopień w skali WHO czy Zubroda, to jest to taki stan, kiedy, my wiemy, że ten człowiek już więcej leczenia fizycznie nie jest w stanie znieść. Proszę pamiętać, że każdy lek, który stosujemy, leczy chorobę, ale też ma swoje działania dodatkowe tzw. uboczne. Wiele leków ma działania uboczne, a podawane kolejne dawki się sumują i na przykład występuje nieodwracalna głuchota po podaniu sześciu, ośmiu czy dziesięciu kolejnych dawek lub zostają uszkodzone nerki czy inne ważne narządy. A więc pytam się, jak długo możemy podawać cytostatyki? Nie możemy leku dalej stosować, gdy wyczerpaliśmy bezpieczną dawkę, gdyż występują powikłania nieodwracalne obecnego leczenia. Albo wyczerpaliśmy skuteczne dla danej choroby dostępne leki. To są sygnały, które nam mówią, że my dalej nie możemy prowadzić tego leczenia. W tym momencie nasze leczenie już staje się leczeniem uporczywym. Ono pacjenta pomału zabija. To są ograniczenia, wynikające ze stanu pacjenta. Tutaj właśnie przytaczam skalę Zubroda. Trzeci poziom, to jest sytuacja, w której jest ograniczona zdolność do wykonywania czynności osobistych, konieczność spędzenia w łóżku więcej niż połowy dnia przez pacjenta. Czyli to ten moment, kiedy ja już odstępuję od leczenia przyczynowego, paliatywnego.

Co dzisiejsza medycyna jeszcze tworzy? Uporczywe leczenie, ale także uporczywą diagnostykę. Dzisiaj diagnostyka może być także szalenie traumatyzująca, dokuczliwa, bolesna i naprawdę niewiele wnosząca do postępowania z tak ciężko chorym. W takiej sytuacji staram się nie ulegać presji rodzin pacjenta żądających, abyśmy „coś jeszcze zrobili, powtórzyli badanie może wykonali PET” itd.

Dużo jest kontrowersji, dotyczącej zakończenia leczenia uporczywego. My wiemy, że jeżeli stosując metody onkologiczne, nie mamy sukcesu, następuje znaczące osłabienie kondycji chorego, to musimy odstąpić od leczenia onkologicznego. Co nie jest równoznaczne z całkowitym zaprzestaniem leczenia. Wówczas rozpoczynamy leczenie objawowe. Pacjent

jest nadal leczony w zależności od odczuwanych dolegliwości, objawów. Dostaje leki, które sprawiają, że może oddychać, że nie odczuwa bólu. Jest zadbany, jest czysty, bo ma opiekę swego ciała, jest nakarmiony i napojony, nie ma odleżyn, stanów zapalnych itd. To nie jest tak, że się nic z chorym nie dzieje, gdy zakończymy leczenie onkologiczne.

Bardzo trudny moment dla lekarza, który jest absolutnie sam, gdy podejmuje decyzję o zaprzestaniu leczenia paliatywnego. Ten moment, świadome przyznanie się do tych decyzji i ich uzasadnienie, to chyba sens tego wykładu. Każda taka decyzja to trudny moment. Proszę pamiętać, że w onkologii leczenie objawowe, to jest przede wszystkim leczenie przeciwbólowe. Bo ono wśród naszych pacjentów jest najistotniejsze wtedy, kiedy dochodzi do ucisku na zakończenia nerwowe rozrastającego się guza i zaczyna się ból nasilający się wraz ze wzrostem zmiany guzowatej. Walka z bólem jako leczenie objawowe jest najistotniejsza. Trudności z polykaniem i widmo śmierci głodowej jest chyba najstraszniejszą śmiercią, z jaką człowiek mógł się zetknąć. A więc naszą rolą jest pomaganie tym ludziom. Ułatwienie oddychania, to jest właśnie postępowanie objawowe. Leki przeciwdepresyjne, które tym pacjentom pomogą przejść przez tą ostatnią chwilę z godnością i w spokoju. Natomiast zaprzestanie odżywiania to najgorsza śmierć, najgorsza eutanazja o jakiej do tej pory się dowiedziałam i byłam bezradną jej obserwatorką wraz z całym światem, gdy dokonywano tego we Włoszech.

Co mogłabym zaliczyć do terapii uporczywej w momencie, gdy mam w ogólnie złym stanie pacjenta, bardzo cierpiącego. Zabiegi przedłużające cierpienie, to na pewno stosowanie respiratorów, hiperalimentacja dożylna, czyli na siłę podawanie białek, albumin, czy lipidów dożylnie, wykonywanie dializ, stosowanie przewlekłej antybiotykoterapii, leczenie krwią, transplantacja narządów. Czasem lekarze uważają, że jeżeli pacjent ma przerzuty tylko do wątroby, to można przeszczepić wątrobę i będzie zdrowy. Uważam, że o ile są przerzuty, to taki człowiek ma chorobę nowotworową uogólnioną i wykonywanie transplantacji narządu jest absolutnym nieporozumieniem. Zwracają się do nas ludzie, rodziny, znajomi chorych, którzy czytali coś u „doktora Google” w Internecie i domagają się zastosowania tych rewelacyjnych, pewnych, nowych metod postępowania.

Karol Wojtyła mówił, że w tym okresie należy stosować środki proporcjonalne. Jest to słowo klucz dla postępowania lekarza, który chce przynieść ulgę choremu, który nie odbiera mu szansy, ale stara się zachować jego godność. Trzeba akceptować śmierć człowieka, trzeba sobie zdawać sprawę, że śmierć nam towarzyszy i my musimy też się z tym problemem zetknąć, natomiast terapia uporczywa nie poprawi tej sytuacji. Wręcz przeciwnie, ona jak gdyby tę śmierć ośmieszy.

Włodzimierz Wieczorek

Dziękujemy bardzo Pani Profesor za syntetyczną, a jednocześnie w kilku aspektach szczegółową wypowiedź. Nawiązując do tej wypowiedzi chciałbym sformułować pytanie. Czy słusznie rozumiem, że jeżeli jest uzasadniona medycznie nadzieja lekarza, że można przywrócić organizm pacjenta do normalnego funkcjonowania, to stosuje się środki nadzwyczajne, a wtedy kiedy ta nadzieja ustaje, to lekarz może być zwolniony z ich stosowania? Interesujące są tu pewne szczegóły, mianowicie przewidziany na daną chorobę zestaw zabiegów i leków, według określonych procedur, zobowiązujących lekarza. Czy wtedy, kiedy te proceduralne środki zostaną wyczerpane bierze się pod uwagę prośbę rodziny o kontynuowanie zabiegów? Na przykład kiedy rodziny przyjmują roszczeniową postawę nieuzasadnionego rozszerzania diagnostyki, nawet wtedy, gdy jest ona bolesna i niecelowa itd. Czy uwzględnia się prośby rodziny, czy raczej stosuje się sztywno procedury, które dają uzasadnioną medycznie nadzieję lekarza?

Barbara Kozakiewicz

Bardzo trudne pytanie o granice kwalifikacji do paliatywnej, czy do uporczywej terapii? Gdyby to spotkanie było trzydzieści lat wcześniej, to bym powiedziała, że oczywiście ja wiem, jak zakwalifikować pacjenta. Od kiedy byłam świadkiem sytuacji, w której my lekarze stwierdziliśmy zgon, ale pacjent wcale nie umarł, jestem znacznie bardziej ostrożna. Każdy z nas kto przeżył taką sytuację chociaż jeden raz, będzie bardzo pokorny w ocenie i wydaniu takiej decyzji. Równocześnie czy mam zaprzestać, podejmowania bardzo trudnych decyzji, np. gdy leczymy dzieci na nowotwory. Wiedząc o tym, że te dzieci mają dużo lepsze rokowania niż dorośli co do przeżycia i wyleczenia, pomimo że pierwotnie mają bardziej zaawansowane choroby, a więc tutaj nie można się pomylić i powiedzieć przedwcześnie do matki, że rezygnuję z leczenia.

Znając nowotwory, wiedząc jak jest zbudowany, jaki jest jego zasięg dzielimy chorobę na stopnie klinicznego zaawansowania, patrzymy na postać mikroskopową choroby i dopiero wtedy rozpoczynamy leczenie. Tak jak mówiłam wcześniej rak jajnika ma tak zwany złoty standard, czyli my wiemy, że na „dzień dobry” każdą pacjentkę wyleczymy określonym zestawem leków, który przynosi najwyższe efekty. Co jednak jeżeli wraca choroba? Wtedy sięgamy po leki z niższych półek. To znaczy, że leki, które są mniej skuteczne u jednej pacjentki zadziałają, u drugiej nie. To jest bardzo trudny problem, dlatego, że nowotwór jest mieszaniną, jest jak bajaderka (to co zostanie w cukierni zostanie zlepione i powstaje nowe

ciastko). Nowotwór składa się także z wielu różnych klonów komórek i okazuje się, że my wyleczamy pacjentkę, a za chwilę coś odrasta, odrasta kolejny klon komórkowy. Mówimy o tym, że jest to heterogenność nowotworów. To jest właśnie ten problem, czasami leczymy pacjenta paliatywnie, wielokrotnie 6-7 razy podając mu po kilka kursów leków. Proszę pamiętać, że stosując leczenie, czy będzie to chemioterapia, czy radioterapia, to jednak oddziałujemy na szpik. Te leki są truciznami, a więc my stosując kolejne leczenie pogarszamy kondycję ogólną pacjentki. W związku z tym kolejne leczenie, to już nie jest 6 kursów, to są 2 kursy i ocena, 2 kursy i znów ocena.

Natomiast, bardzo nie lubimy tej sytuacji, kiedy rodzina stara się wymusić na nas pewne decyzje. Rozumiem, że ktoś bardzo kocha swoją matkę i prosi mnie o pomoc, ale to ja muszę zacisnąć pięści i powiedzieć, że już koniec. Przegrałam, lecząc tego pacjenta.

Staram się do tej rodziny dojść, wyjaśnić wytłumaczyć. Kiedy zaczynałam być onkologiem nie było psychoonkologii. Dzisiaj jestem w komfortowej sytuacji, że mogę skierować rodzinę chorej do psychoonkologa, który wyjaśni problem i z tą rodziną porozmawia. Psychoonkolodzy bardzo nam pomagają w kontaktach z trudnymi chorymi, a przede wszystkim z rodzinami chorych, często proszę, aby byli na oddziale. Staramy się rodzinom tłumaczyć, o zakończeniu postępowania onkologicznego. Rozumiemy ich ból i żal, lecz nie ulegamy ich prośbom o leczenie uporczywe, bo emocje nie są dobrym pomocnikiem w podejmowaniu decyzji.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękuję i teraz zapraszam do zabrania głosu Księdza dra Roberto Saltiniego, lekarza i teologa.

Ks. Roberto Saltini

Ten wspaniały wykład pani profesor był nie tylko medyczny, ale także bioetyczny. Dlatego mój wykład będzie tylko gorszym powtórzeniem tego, co pani profesor już mówiła.

Ciężka choroba, a zwłaszcza perspektywa zbliżającej się śmierci, są wspólnymi sytuacjami, w których człowiek chory i jego rodzina szukają pomocy w licznych osiągnięciach współczesnej medycyny. Można dziś przez długi czas sztucznie utrzymywać chorego przy życiu dzięki zabiegom, takim jak oddech wspomagany lub kontrolowany, kardiowersja, dializy itp. W związku z tymi nowymi możliwościami pojawiają się problemy natury etycznej. Rodzina, mając do końca nadzieję na poprawę sytuacji zdrowotnej krewnego, pragnie, by jak najdłużej pozostawał on pod opieką medyczną. Pracownicy służby zdrowia

szukają więc odpowiedzi na pytanie, jak długo należy podtrzymywać w sposób sztuczny życie pacjenta. Odpowiedź jest tym bardziej istotna, kiedy leczenie staje się coraz bardziej kosztowne i kiedy na aparaturę czekają inni chorzy. Równocześnie nie ma dostatecznej pewności co do sukcesu terapii. W celu szukania odpowiedzi na postawione pytania należy w stosowaniu zabiegów medycznych wprowadzić rozróżnienie między środkami proporcjonalnymi, jak już była o tym mowa, a środkami mniej proporcjonalnymi. Na podstawie tych rozróżnień można sformułować zasadę moralną, której najogólniejszy kształt jest następujący: pracownicy służby zdrowia są zobowiązani do zastosowania wszystkich zabiegów proporcjonalnych. Równocześnie zachodzi obowiązek odwołania się do zabiegów nieproporcjonalnych. Czym są zabiegi proporcjonalne? Są to zabiegi, w których zachodzi odpowiednia proporcja między zastosowanymi środkami i osiągniętym celem. Właściwe rozróżnienie pomiędzy poszczególnymi środkami dokonuje się wówczas, gdy rozmiar zastosowanej terapii, stopień jej trudności i związanych z tym niebezpieczeństw zestawia się ze spodziewanymi rezultatami, uwzględniając stan chorego, jak również jego siły psychofizyczne. Obowiązek stosowania proporcjonalnych środków terapeutycznych wynika z podstawowej powinności jaką jest troska o zdrowie i życie, które jest niezbywalnym dobrem człowieka. Obowiązek ten spoczywa zarówno na człowieku chorym, który powinien poddać się leczeniu, jak też na pracownikach służby zdrowia, którzy są zobowiązani do opieki nad chorym pacjentem. Obowiązek stosowania środków proporcjonalnych istnieje także wówczas, gdy nie mamy możliwości przywrócenia zdrowia choremu. Karta Pracowników Służby Zdrowia mówi: „pracownik służby zdrowia, gdy zachodzi niemożność wyleczenia nigdy nie może odmówić opieki”. Niekiedy służba medyczna stoi przed koniecznością zastosowania nadzwyczajnych środków. Te nadzwyczajne środki zachowania życia obejmują wszystkie leki, sposoby leczenia i operacje, których nie można uzyskać bez szczególnie dużych kosztów, bólu pacjenta, lub innych niedogodności, które w przypadku zastosowania dają nadzieję, że przyniosą oczekiwane rezultaty. Nadzwyczajne środki są stosowane w tak zwanej intensywnej terapii. Określenie intensywna terapia oznacza nadzwyczajne działania, podtrzymujące życie. Obok niej istnieje tak zwana uporczywa terapia, która oznacza natomiast działania przedłużające życie za cenę dodatkowych cierpień fizycznych i psychicznych chorego w sytuacji, gdzie nie ma już nadziei na uniknięcie śmierci. Uporczywa terapia zatem, jak sama nazwa wskazuje, nie należy do zwykłych sposobów i metod leczenia. Ona należy do środków nieproporcjonalnych. Jej stosowanie nie jest obowiązkiem lekarza, szczególnie wtedy, gdy stosowanie jej staje się dla pacjenta wielką udręką. Przedłużanie terapii przestaje bowiem mieć sens, gdy ustaje nadzieja na poprawę zdrowia chorego, a same

zabiegi służą tylko przedłużaniu procesu umierania. W takiej sytuacji lekarz może zaprzestać jej stosowania. Warto zauważyć, że rezygnacja z uporczywej terapii, gdzie zabiegi medyczne przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, nie można nigdy nazwać eutanazją. W takiej sytuacji, stwierdza Jan Paweł II w encyklice *Evangelium Vitae*, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia. Wobec tego lekarz, zaprzestając działania reanimacyjnego, nie dopuszcza się zabójstwa. To nie on powoduje śmierć, ale jest ona wpisana w naturalny standard działania organizmu chorego, którego lekarz nie potrafi zmienić. Rezygnacja z uporczywej terapii umożliwia tylko ukończenie procesu przebiegającego niezależnie od lekarzy. Gdy zatem stan chorego nie rokuje nadziei na poprawę, lekarz ma moralne prawo nie stosować intensywnej terapii, ani reanimacji, ale pozwolić pacjentowi spokojnie umrzeć. Deklaracja o eutanazji mówi, że wolno przerwać użycie tych środków ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków. Kto powinien podejmować decyzje odnośnie zastosowania lub niekorzystania ze środków nieproporcjonalnych? Odpowiedź na to pytanie wpisuje się w zasadę słuszności autonomii pacjenta, w której istotnym elementem jest jego zgoda lub zgoda domniemana. Wolę chorego powinni uwzględnić zarówno lekarze, jak i rodzina. Lekarzowi wolno działać tylko wtedy, gdy upoważni go bezpośrednio lub pośrednio sam pacjent lub rodzina w sytuacji nieświadomości pacjenta. Zależność decyzji lekarza od woli pacjenta odnośnie do środków nieproporcjonalnych akcentuje dokument Papieskiej Rady *Cor Unum*: „lekarz winien podporządkować się woli chorego, gdy ten nie zgadza się na stosowanie uporczywej terapii”. Stawiając wolę pacjenta na pierwszym miejscu Katechizm Kościoła Katolickiego, ukazuje znaczną rolę osób uprawnionych (najczęściej są nimi członkowie rodziny) do decyzji o rezygnacji z uporczywej terapii. Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli natomiast nie ma on do tego kompetencji lub nie jest do tego zdolny, to przez osoby uprawnione, ale zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznych interesów pacjenta. Oczywiście naturalnym skutkiem rezygnacji z uporczywej terapii jest śmierć pacjenta. Rezygnacja ta może mieć dwie formy. Jedną jest nierozpoczęcie terapii przy pomocy środków nieproporcjonalnych, lub przerwanie już trwającej terapii. Z punktu widzenia moralnego nie ma różnicy między niepodjęciem terapii za pomocą środków nieproporcjonalnych a przerwaniem uporczywej terapii. Jednak z punktu widzenia psychologicznego dla lekarza trudniejsza jest decyzja o przerwaniu już trwającej terapii. Należy podkreślić, że śmierć jest spowodowana przez chorobę. Jest niejako wpisana w stan organizmu chorego i nie jest spowodowana przez lekarza, który przestaje leczyć. Wspomniany dokument Papieskiej Rady

Cor Unum naucza, że istnieje zawsze obowiązek stosowania środków tak zwanych minimalnych, a więc tych, które są przeznaczone w normalnych i zwykłych warunkach do podtrzymywania życia. Wśród tych środków dokument wymienia na pierwszym miejscu odżywianie. Kościół naucza, że poza tymi wyjątkowymi sytuacjami, w których odżywianie medycznie wspomagane jest źródłem dodatkowych cierpień jest moralnie konieczne. W podobny sposób wypowiada się Karta Pracowników Służby Zdrowia. Pokarm lub napój podawane także sztucznie należą do normalnych zabiegów i zawsze należy je stosować, jeśli nie są ciężarem dla chorego. Ich odmówienie może oznaczać prawdziwą i właściwą eutanazję. Ogólnie można powiedzieć, iż w miarę zbliżania się śmierci coraz mniej medycznych środków pozostaje środkami proporcjonalnymi. Na ostatnim etapie życia podstawowym środkiem proporcjonalnym staje się towarzyszenie, a w nim na pierwszym miejscu obecność przy umierającym, wspieranie go psychicznie i duchowo. Bardzo istotne jest też przygotowanie pacjenta do odejścia. Nie tyle stwarzając mu fałszywe nadzieje, lecz pomagając mu świadomie i odpowiedzialnie kierować swoje myśli i cierpienia w kierunku motywów nadprzyrodzonych, ku Bogu i ku życiu wiecznemu.

Włodzimierz Wieczorek

Proszę przyjąć podziękowanie za niezwykle interesujący wykład, ale też i gratulacje za opanowanie języka polskiego. Bardzo dziękujemy. W odniesieniu do tematu uczestniczenia pacjenta w procesie terapii rodzi się zapytanie związane ze stosowaną czasami praktyką, w której osoba zdrowa nosi przy sobie zapisaną deklarację informującą, że w sytuacji wypadku nie życzy sobie reanimacji, jeżeli tak zwana *jakość życia* po wypadku zostanie obniżona – np. jeśli po reanimacji ktoś miałby być osobą z niepełnosprawnością biologiczną. Jak ocenić taką sytuację, jeżeli ktoś deklaruje, że nie chce reanimacji?

Ks. Roberto Saltini

Pacjent nie ma prawa złożyć takiej deklaracji. Kiedy lekarz znajdzie chorego nieprzytomnego, i gdy widzi szansę, żeby móc go leczyć i przywrócić do stanu zdrowia, jest zobowiązany go leczyć. Byłoby wielkim zaniedbaniem, nawet karalnym, gdyby nie podjął leczenia.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękuję. I jeszcze jedno pytanie dotyczące autonomii pacjenta. W sytuacji gdy istnieje możliwość wyboru terapii, gdy z jednej strony jest jakaś standardowa terapia, a z

drugiej strony istnieje możliwość korzystania z terapii jeszcze eksperymentalnej, bardziej ryzykownej, ale obiecującej lepsze efekty, to w tej sytuacji winna przeważać autonomia pacjenta, czy raczej paternalizm wykształconego lekarza?

Barbara Kozakiewicz

To jest bardzo trudny temat, dlatego, że istnieje w medycynie coś takiego jak testowanie leków. Firmy farmaceutyczne docierają nie tylko do lekarzy, docierają też do rodzin i to często rodziny pacjentów przychodzą i są wyszkolone przez te firmy i żądają wręcz zastosowania pewnych leków, bo one pomogą. To jest ogromny problem, ponieważ ci nasi pacjenci mogą się stać grupą eksperymentalną. Więc jest to dużym problemem i my zauważamy w medycynie, że powstaje całe lobby, które chce badać, chce pokazać, które chce tworzyć badania tak zwanej pierwszej fazy. Czyli te najmniej poznane efekty działania leków, które mogą wyzwolić najgorsze następstwa. Tak samo jest jeśli chodzi o przemysł transplantacyjny, któremu na rękę jest brak pewnych definicji, pewnych uregulowań prawnych i te grupy docierają do rodzin i rodziny wywierają na nas presję. Uważam, że jeżeli my mamy wyniki badań, mamy określone schematy postępowania, jeżeli mamy hierarchię stosowania leków, metod, to my powinniśmy się ich trzymać. Jeśli natomiast rodzina przychodzi i coś nam sugeruje, powinniśmy odmawiać. Jeżeli jest inna wola rodziny, to mówimy że, już proszę poza nami, bo zaczynają się, mówię to z ogromnym bólem, eksperymenty na naszych pacjentach, którzy byli u nas kwalifikowani do leczenia objawowego.

Ks. Roberto Saltini

Myślę, że w takich przypadkach trzeba rozmawiać z pacjentem. Z tej rozmowy coś ważnego będzie wynikało zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza, ale na końcu decyzję o leczeniu i odpowiedzialność za leczenie bierze lekarz. Lekarz nie może leczyć tak jak pacjent chce. On musi wybrać to leczenie, które w swoim sumieniu uważa jako najlepsze dla pacjenta. I bierze za to odpowiedzialność. Lekarz, może uwzględnić pewne pragnienia pacjenta, ale nie może poddać się pacjentowi.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękuję za wskazanie potrzeby rozmowy z pacjentem oraz z rodziną. Niejednokrotnie problem postawy eutanatycznej pacjentów daje się rozwiązać na gruncie relacji rodzinnych.

Barbara Kozakiewicz

Chciałam jeszcze jedno zdanie dopowiedzieć *a propos* relacji. Proszę państwa, pytaliśmy pacjentki przez studentów czego najbardziej potrzeba im w terapii podczas leczenia onkologicznego, które tak jak powiedziałam jest długie. Panie te odpowiedziały, że rozmowy. Okazuje się, że ich bliscy unikają rozmowy. Uczę studentów, że jeżeli idą do pacjenta po to, żeby nawiązać z nim kontakt. Nasze studentki relacjonowały, że pacjenci mieli dużą potrzebę „wygadania się”. Jeśli pacjent jest nieprzytomny, jest w terminalnym okresie, trzeba uważać, co się mówi. Miałam taki przypadek, który mocno przeżyłam. Była to rozmowa w stylu „podaj, zrobić, nie zrobić” pacjent miał stwierdzony zgon, a wcale nie umarł, odezwał się i powiedział „szacunek dla pani, ja to wszystko słyszałem”. Ludzie chcą rozmawiać. Jak pacjent umiera to rodzina przeważnie wychodzi, by nie przeszkadzać. Wtedy często nasze pielęgniarki biorą pacjenta za rękę i z nim zostają. To jest jedna z tych rzeczy, której dziś nie uczy się ludzi, że człowiek odchodzący potrzebuje kontaktu, bliskości, a rodzina się boi, wstydzi, nie chce być przy tym człowieku, a on tego potrzebuje.

Ks. Roberto Saltini

Pacjent potrzebuje też bardzo modlitwy, być w towarzystwie osób, które się modlą za niego, ponieważ w tych momentach nawet człowiek, który żył daleko od Boga, ma uczucie, że może się z Nim spotkać. Jest wdzięczny ludziom, którzy towarzyszą mu modlitwą.

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękuję za te komentarze uzupełnienia, odpowiedzi. Mamy dziś niezwykłą okazję gościć wśród nas pana Krzysztofa Fusa, który pozwoli nam spojrzeć na problem z drugiej strony, z punktu widzenia kogoś, kto ma graniczne doświadczenia egzystencjalne. Bardzo prosimy o świadectwo.

Krzysztof Fus

Proszę państwa rozpocznę od tego, że miałem wspaniałą ucztę duchową, słuchając pani doktor i księdza. Nie mogę się jednak zgodzić z panią, że śmierć z głodu jest najstraszniejsza. Umierałem z głodu i umierałem na skutek poparzeń i to jest nieporównywalne. Natomiast ksiądz na końcu, podjął problem chyba najistotniejszy, o tym, że psycholog jest konieczny. Kapłan moi kochani jest najważniejszy!!! Dlatego, że wśród

ponad ośmiuset przebadanych przeze mnie osób: wszyscy byli wierzący lub umierali z imieniem Boga na ustach.

Jestem dziennikarzem, aktorem, ale wykonuję też w Polsce oraz w Europie wschodniej zawód kaskadera filmowego, zawód uznany na całym świecie. Kaskader w sytuacjach najbardziej niebezpiecznych robi coś za aktora. Będąc kaskaderem, ginąłem na planie filmowym mnóstwo razy, robiąc ponad 1100 filmów, spektakli teatralnych, seriali telewizyjnych i imprez stadionowych, ale ginąłem również i... trzy razy przeżyłem śmierć kliniczną. Przez samego świętego Jana Pawła II zostałem uznany za fachowca i określony mianem „desperados”, byłem na prywatnej audiencji, ponieważ papież uważał, że warto ze mną porozmawiać.

Mówimy o śmierci. Motywów śmierci jest, z tego co ja widziałem, wiele. Śmierć z miłości lub zabójstwo! A zadanie komuś śmierci z miłości?!(!!!)

Byłem świadkiem zastrzelenia przez kobietę mężczyzny, który płonął. To był jej narzeczony. Oddziaływanie śmierci na to, co się wokół nas dzieje. Jest to temat niezmierny. Od czasów pierwotnych tworzono już symbole śmierci: literatura, rzeźba, poezja. Będąc więc „fachowcem od śmierci” nie odpowiem na jedno pytanie: czy sam zadawałem innym śmierć, w takich sytuacjach o tym nie mówimy. Ale kiedy rozpocząłem swoje badania to wydawało mi się, że pół życia poświęcę na to, żeby szukać gdzie jest gleba, gdzie są korzenie, które pozwalają człowiekowi poświęcić swoje życie, zdecydować się na śmierć w obronie innego człowieka. W filmie, który w tej chwili skończyłem *Nie mów mi jak mam umierać* pytam mojego przyjaciela, spowiednika: powiedz mi, jak umierać! Ja ciągle chciałem się posunąć dalej, jeszcze o milimetr. Pierwszy opisałem w 1968 roku moją śmierć kliniczną. Co prawda robiłem to za pieniądze, a nie okazyjnie, ale człowiek musi zdecydować się, czy wolno ryzykować mu swoim własnym życiem, mając wokół siebie rodzinę. Mamy teraz sporty ekstremalne, czy mogę iść na ścianę dla własnej przyjemności, zdobywać kolejne szczyty, wiedząc o tym, że moja żona nie śpi po nocach?! Kiedy mój syn był malutki i widział, że biorę kostium azbestowy i będę płonął, on siadał mi na kolanach i na czole kciukiem robił mi znak krzyża. Co czuła moja małżonka kiedy wyjeżdżałem?! Chcemy wyrabiać w sobie odwagę, ale jest bardzo cienka granica między tym, żeby sobie sprawić przyjemność, a nie przysparzać cierpienia najbliższym. Po filmie *Znicz Olimpijski*, gdzie skakałem z kolejki linowej, prowadzącej na Kasprowy Wierch (z czterdziestu metrów na wierzchołki drzew) przytomność odzyskałem po miesiącu. Spisałem moje przeżycia i nie miałem odwagi tego opublikować ponieważ wydawało mi się, że to mi się przyśniło. Minęło kilka lat, kiedy ukazały się dwie książki *Życie po życiu* i *Życie po śmierci* i nagle pomyślałem, że

niemożnością jest, aby zupełnie w innym miejscu i czasie ktoś widział to samo, co ja w 95%. Tunel, ciepło, ruch wstecz, widzę siebie i coś o jedno ja za dużo, tam leży jakiś facet, a to jestem ja... Nie miałem odwagi tego opublikować. Dopiero wtedy, kiedy tamte książki przeczytałem rozpocząłem poszukiwania. Czy wiecie państwo, że na kilkaset kobiet odznaczonych krzyżem *Virtuti Militari* nie było ani jednej niewierzącej (przed wojną w książeczkach, które miał każdy żołnierz było wpisane wyznanie). Wniosek jest jeden: korzeniami, które dają nam siłę, żeby zaryzykować swoje życie, oddać je, zdecydować się na śmierć – jest wiara.

Ja śmierci nie bałem się nigdy, zaprzyjaźniam się z nią. W szkole, w której uczyła moja małżonka, ksiądz nie mógł sobie dać rady z uczniami, młody ksiądz. Poradziłem mu, by zrobił lekcję wychowawczą w hospicjum, po spotkaniu okazało się, że to nie ta sama młodzież. Wszyscy boją się śmierci. Chory, umierający czasem chce rozmawiać do końca, do ostatniej sekundy, do ostatniego tchnienia. Nie wszyscy księża mają możliwość, żeby pogłębić wiarę, tchnąć pociechę. Ja to sobie wyobrażam, że tam po tamtej stronie też są jakieś apartamenty, może słoneczne. Jak ja tam pójde, to będę czekał. Przygotuję tam dla mojej małżonki jakiś ładny kącik. A tam

Śmierć to nic groźnego, lecz strach to choroba
Wpełnie do duszy każdego, kto mu się spodoba.
Wybiera swą ofiarę, wybór ma niemały.
Wszak wokół sami chorzy, wokół szpital cały.
Zamożni i biedni, wytworni i brudni
Pachnący perfumami, cuchnący, ohydni.
Siedzący w gabinetach, śpiący na śmietnikach.
Lecz kto z nich ma duszę otwartą, tego strach nie tyka!
Jaki to paradoks zapytacie zaraz,
Czy można mieć te rzeczy teraz, wszystkie naraz.
Mieć serce otwarte, zachować odwagę,
A strach potraktować jako zwykłą plagę
I przeciw niej się zaszczepić, tylko jakim lekiem?
Zapytaj o to Boga, tyś tylko człowiekiem!!!

Co z życia dałeś, co wzięłeś dla siebie
Kto był twoim bożkiem na ziemi, a kto Bogiem w niebie

Nie jest ważne jak żyłeś, ważne jak umierasz
Patrz w oczy swego Pana Boga, nie szukaj bohatera.

I to już wszystko co miałem do powiedzenia.....

Włodzimierz Wieczorek

Bardzo dziękujemy za to świadectwo. Dziękujemy za wizualizację i podkreślenie wymiaru nadprzyrodzonego tych doświadczeń, za podkreślenie niezbędnej potrzeby obecności księdza. Otwieram teraz naszą dyskusję i zapraszam do zadawania pytań, komentowania, czy do dawania własnego świadectwa.

Dyskusja

Barbara Kozakiewicz

To może ja powiem. Faktycznie mówiłam o psychologu, a nie mówiłam o księdzu. Zanim w 1995 roku wybudowano Centrum Onkologii cała onkologia mieściła się przy ul. Wawelskiej 15. Naszym najbliższym kościołem był kościół św. Jakuba i księża Orioniści. Wówczas pracował u nas dość młody lekarz. Kiedy zbliżał się zgon pacjentki, często przychodziły pielęgniarki do lekarza i prosiły, że danej pacjentce potrzebny jest ksiądz. Wtedy dzwoniłam. Raz jeden w życiu miałam bardzo niemiłą sytuację, kiedy rodzina sobie nie życzyła księdza, natomiast pacjentka prosiła i kiedy przyszedł ksiądz i z nią porozmawiał, umierała i zmarła w spokoju. Natomiast ksiądz był taki wierny, że przychodził o każdej porze, a osoby, które były często zupełnie niezwiązane z Kościołem bardzo często prosiły o księdza. W tym ostatnim momencie, ludzie jednak chcą sięgać do tej prawdy ostatecznej.

Krzysztof Fus

Na Płockiej był pewien „towarzysz”, który doprowadził do zlikwidowania kaplicy w szpitalu. Wyobraźcie sobie państwo, Pan Bóg tak zadziałał, że „towarzysz” ów znalazł się w szpitalu na Płockiej i krzyczał o księdza. Wtedy pewna lekarka oświadczyła mu, że przecież to on kazał zlikwidować kaplicę. Gdyby była kaplica ksiądz byłby na miejscu... Spotkałem kiedyś człowieka, który chciał mnie zabić. Darowałem mu to. Ale też nie uważam, że był to

przypadek, tylko Pan Bóg chciał mnie wystawić na próbę, czy dokonam zemsty. W pierwszym odruchu chciałem skrócić go o głowę, a później, tylko ze względu na wiarę, darowałem temu człowiekowi. Moja matka była bita i katowana przez człowieka, który długie lata pracował w filmie. Ja o tym nie wiedziałem, ale przed śmiercią mama powiedziała mi, abym mu darował, wybaczył. Powiem szczerze, że długi czas miałem wątpliwości, czy darować temu, który katował moją matkę. Uważałem, że trzeba było to załatwić po męsku.

Wszystko jest zaplanowane przez Boga i nie wiadomo, czy ktoś będzie żył rok, dwa, czy pięć. Ludzie plotą bzdury, że gdyby się dowiedzieli, że został im rok, dzień, lub dwa to by się powiesili, popełnili by samobójstwo. Jedyna uczciwa odpowiedź jest, że nie wiem co bym zrobił w takim momencie. Śmierć jest dla każdego, tylko czy łatwo będzie umierać z uśmiechem na ustach, to już jest indywidualna sprawa.

Umierać z uśmiechem na ustach

Nie każdemu dane

Szczęśliwy kto to rozumie

Szepcząc słowo Amen!

Bogdan Zając

Panie Krzysztofie, czy mógłby pan zdradzić nam dlaczego wybrał pan zawód kaskadera?

Krzysztof Fus

W moim rodzinnym Sandomierzu duża część rodziny była zaangażowana po wojnie w różne historie i widziałem człowieka, który wyrwał się z rąk UB i uciekł, dopadli go nad Wisłą i katowali go w sposób okrutny. Wtedy (miałem dziewięć lat) postanowiłem kiedyś wyrównać rachunki. Czy wyrównałem, to pozwoli pan, że nie odpowiem. Każdy ma prawo do odrobiny intymności. Natomiast to, że dawano mi paczkę papierosów marki Cammel za rozbijanie min przeciwczołgowych lub za to, żeby podczas pochodów pierwszo-majowych coś tam wysadzić, albo dawano mi koszyk, w którym był barszcz, kiełbasa, gorące to wszystko i powiedzieli mi idź prosto, wchodzisz do UB, kibel jest na wprost, zostaw tam to i uciekaj. Jak przechodziłem obok wartownika to wydawało mi się, że musi słyszeć jak mi wali serce, i że on mnie rozszyfruje. Wszedłem, zostawiłem, uciekłem. Poszedłem wyspowiadać się do księdza biskupa Lorka, to był mój przyjaciel. Było we mnie tyle i energii i ryzyka, z którym dorastałem. Topiłem się pierwszy raz, mając dziewięć lat. Nikt nie wierzy w to, że

dusiłem się już pod lodem. I nagle na wprost mojej twarzy zobaczyłem twarz wujka, po którym mam imię i pamiątki, który mi powiedział, abym płynął w odwrotnym kierunku. Zmieniłem kierunek, kilka ruchów i czułem, że dudni mi we łbie. Ja czułem jego ręce, jakby mnie popychał w kierunku wyjścia.

Co bym robił, gdybym nie został kaskaderem? Co prawda nigdy to nie był mój zawód. Jestem fizjologiem sportu. Jednak wiedziałem, że gdybym nie został kaskaderem skończyłbym pewnie w więzieniu, więc lepiej to robić, za co mi jeszcze zapłacą. Po moim skoku z kolejki, w „Polityce” ukazał się artykuł pod tytułem *Śmierć za dwa tysiące złotych*. Jakiś szacowny idiota. Są dwa rodzaje idiotów, z wyboru i z konieczności, ten był z wyboru, ocenił mój skok na dwa tysiące. Była to dla mnie kolejna przygoda. Można powiedzieć, że „zjeździłem” dwadzieścia osiem paszportów. Byłem właściwie wszędzie. Jako człowiek biedny nie mógłbym sobie pozwolić, żeby jeździć za państwowe pieniądze, robiąc czasem rzeczy idiotyczne. Na przykład w Afryce byłem lwem w filmie *W pustyni i w puszczy*. To była wtedy lektura szkolna. Mój syn obejrzał film, a nauczycielka w szkole mówi do dzieci: „jaki ten Staś był odważny, podszedł do groźnego lwa, siedzącego na skale”. Mój syn nie wytrzymał i powiedział: „w filmie w ogóle lwa nie było, lwem był mój ojciec, a mama mówi, że on wcale nie jest taki groźny”. Zawołano matkę i powiedziano, że trzeba z moim synem iść do psychologa. Moja żona wtedy potwierdziła, że ja byłem tym lwem.

Najtrudniejsze było dla mnie przymierzanie sztucznego biustu, majtek z falbankami. Podziwiam kobiety za umiejętność chodzenia na wysokich obcasach. Założono mi szpilki i jak teraz chodzić. A jeszcze gorsza rzecz to pończochy, paski, jakieś przypinki do tego. Gdy schodziłem w tym po schodach, myślałem sobie jak kobiety mogą w takich obcasach zasuwać? Więc czasem były i śmieszne historie.

W jednym przypadku walczyłem z samym sobą. W *Stawce większej niż życie*. Na dachu Mikulski pojedykował się z aktorem Bartosikiem. Przebrano mnie w mundur Mikulskiego, strzelał do mnie Bartosik, ale za Bartosika byłem również ja przebrany, czyli strzelałem sam do siebie.

Nie lubię jak ktoś mi mówi, że kaskader to jest mój zawód. Jest to moja pasja. Kiedy sobie twarz zwęgliłem ukończyłem studia dziennikarskie. Jestem dziennikarzem, a nie kaskaderem.

Edyta Karczmarz

Ja mam pytanie do pana Krzysztofa troszkę poważniejsze. Chodzi o te Pana doświadczenia z pogranicza życia i śmierci. Czy one wywołały u Pana jakąś zmianę. Czy

wcześniej relacje z Bogiem, wiara były takie same, czy też to się zmieniło po tych doświadczeniach i drugie pytanie, czy miał pan kontakt również z innymi osobami, które doświadczyły takich właśnie przeżyć?

Krzysztof Fus

Proszę pani nigdy nie miałem najmniejszych wątpliwości. Moja wiara jest niezachwiana od urodzenia. Moja matka była tak odważną osobą, że ja przy niej jestem tchórzem. Ale śmierć kliniczna zmieniła radykalnie moje życie. Przyznaje się do tego w wywiadach. Zrobiono o mnie kilka filmów.

W świecie medycznym jest książka z 2012 roku przetłumaczona na język polski pod tytułem *Dowód*. Różni lekarze usiłują przedstawić to, co człowiek przeżywa w czasie śmierci klinicznej jako zaprogramowane objawy, powtarzające się u wielu ludzi. To jest bzdura. Komórki oka na skutek niedotlenienia powodują, że są ciemności. Ja przeżyłem śmierć kliniczną trzy razy i na pewno za każdym razem było inaczej, inni ludzie, inne wydarzenia. Pokazywali mi się jakby związani tematycznie z tym, co się działo. Pewien neurochirurg w USA zrobił taki eksperyment. Ludziom w śpiączce puszczano fragmenty filmów typu *Piła*. I choć oficjalnie zgodnie z definicją medyczną byli sztucznie podtrzymywani przy życiu, to aparatura podłączona do ich mózgow reagowała zmiennymi bodźcami w określonych momentach. Neurochirurg, który sam przeżył śmierć kliniczną i w śpiączce był osiem lat opowiadał o tym, co się działo wokół niego, kto do niego przychodził. Opowiadał o rozmowie z Panem Bogiem. Dlaczego na ten temat nic nie mówimy! Bo kto ma mówić?

Włodzimierz Wiczorek

Dziękuję bardzo. Na zakończenie chciałem zadać pytanie Pani Profesor i Księdzu Doktorowi, czy wiara w Osobowego Boga pomaga bardziej profesjonalnie podejmować decyzje medyczne? Jest taka pokusa w środowisku medycznym, by dokonać czegoś w rodzaju apoteozy lekarza. Lekarz, który ma w rękach życie drugiego człowieka, jest o krok od stwierdzenia, że wszystko zależy od niego. Zastanawiam się, czy właśnie odniesienie do Boga, który jest źródłem życia, pomaga łatwiej podejmować profesjonalne decyzje?

Barbara Kozakiewicz

Wiara pomaga mi ogromnie. Pomaga mi często przetrwać zgon moich pacjentów. Pozwala mi podejmować decyzje. Pozwala mi się modlić z nimi. I nie wyobrażam sobie bym mogła być onkologiem z takim stażem, gdybym się nie modliła. Często moje koleżanki

mówią, że mi zazdroszczą, a ja im mówię, by się przyłączyły. Nie mogę powiedzieć, że tak było od początku odkąd zaczynałam pracę. Zaczęłam pracować w instytucie na Wawelskiej na drugim roku medycyny. Na początku jako wolontariuszka, potem jako salowa, potem jako pielęgniarka. Od początku chciałam być związana onkologią. To był mój świadomy wybór. Kiedyś ilość zgonów była dużo większa niż dzisiaj, a pracowałam na oddziale ginekologii, gdzie umierały młode kobiety. I w pewnym momencie, pamiętam jak w nocy przyszedł ksiądz orionista, kiedy już zgon nastąpił. Przyszedł do mnie i zaczął ze mną rozmawiać i to była rozmowa mojego życia, która mi uświadomiła, że Bóg jest w tym pokoju, tylko nie śmiem Go prosić o pomoc. Tak to wtedy zapamiętałam. Pierwszy raz w życiu się do tego przyznaję. Pan Bóg bardzo mi pomaga. Zauważyłam, że wśród koleżanek, które wykonują ten zawód, my, osoby wierzące jesteśmy spokojniejsze. Podejmując najtrudniejszą decyzję, robię to świadomie, ja wiem dlaczego ją podjęłam. Nie wyobrażam sobie w ogóle wykonywania zawodu lekarza bez wiary, bo może to można zrobić, ale wszystkie moje znajomości wśród kolegów, którzy nie byli osobami wierzącymi, to kończyły się wcześniej czy później, kiedy oni mówili „zazdroszczę, powiedz jak to robisz, po co płaczesz?” To są takie sytuacje. Wiara mi pomaga.

Mam dwóch synów. Jeden jest historykiem, drugi marynarzem. I jestem bardzo dumna, że oni obaj noszą krzyżyki. Oni wierzą, oni się modlą, oni patrząc na mnie czasem mówią, że jestem „ok.”, że potrafię pokazać im, że to wszystko przeminie. „Góra” jest zawsze najważniejsza.

W ten sposób jestem w stanie wykonywać swój zawód. Bardzo dużo uczestniczę w nauczaniu młodzieży. Są na mnie skargi do dziekana, że potrafię powiedzieć, że to przekracza ludzkie możliwości, że to są Boskie kompetencje. Mówię młodzieży, że nie zajdą daleko, jeżeli będą się kierować tylko przepisami, paragrafami, bo nie o to w medycynie chodzi. I jestem dumna, kiedy moje studentki, już potem lekarze odzywają się do mnie i mówią, że miałam rację. To jest potrzeba bliskości z Bogiem, zarówno jak i z tym drugim człowiekiem, ucząc go tego zawodu.

Ks. Roberto Saltini

Mnie też bardzo pomaga wiara. Przez piętnaście lat pracowałem na intensywnej terapii. Praca na intensywnej terapii koncentruje się bardzo na chorobie i na wszelkich instrumentach leczenia i jest tam wielka pokusa, by stracić z pola widzenia osobę pacjenta. Jest wielka pokusa, by patrzeć na chorobę, to jest na oparzenie, na skutki wypadku, czy na zawał, a nie na oparzonego, na osobę, która uległa wypadkowi, albo chorego na zawał.

Chrześcijańska wiara pomaga mi nie tylko widzieć osobę, ale widzieć w chorym brata lub siostrę, ponieważ jesteście dziećmi Bożymi i dlatego jesteście braćmi i siostrami. I to jest różnica. Jeżeli człowiek leczy tylko chorego, czy brata, lub siostrę. To powodowało, że w szpitalu razem z moim współbratem, byliśmy we dwóch, staraliśmy się czynić wszystko, jakby wszystko zależało od nas, mając świadomość, że wszystko zależy od Pana Boga. Dlatego nie poprzestawaliśmy tylko na leczeniu, ale włączyliśmy w leczeniu również modlitwę.

Podczas tych lat pracy widziałem jak bardzo ważna jest dla pacjentów również atmosfera, w której oni się znajdują w szpitalu. Czy jest to atmosfera nerwowości, napięcia, niespokojnego działania, czy jest to atmosfera rodzinna. Było bardzo ważne na naszym oddziale, gdzie pracowało dwadzieścia osób, stworzyć właśnie taki klimat rodzinny. Robiliśmy pewne rewolucyjne kroki w naszym szpitalu. W szpitalach istnieje często kasta lekarzy i kasta pielęgniarek. Lekarze żyją ze sobą, a pielęgniarki ze sobą. Na naszym oddziale, gdzie byliśmy dwaj prowadzący anestezjologowie postanowiliśmy, że po wizycie na intensywnej terapii i przed rozpoczęciem pracy na sali operacyjnej będziemy jedli wspólnie śniadanie, szefowie razem z pielęgniarkami. Ten czas był czasem omówienia wszystkich zadań dotyczących pacjentów, ale również zapoznaniem się z różnymi sytuacjami osobistymi, rodzinnymi. Otrzymywaliśmy jakieś pieniądze za znieczulenia, które wykonaliśmy dla prywatnych pacjentów i nie wsadziliśmy tych pieniędzy do własnej kieszeni, ale stworzyliśmy kasę oddziałową, do której też inni pracownicy mogli dać swój wkład. To stworzyło klimat. Kiedy były sytuacje kryzysowe, a są takie na intensywnej terapii, ponieważ wielu pacjentów owszem wyzdrowieje, ale są jednak i tacy którzy po tygodniach leczenia umierają. Wtedy narasta frustracja. W takich sytuacjach zapraszaliśmy cały oddział do teatru, albo do restauracji. To tworzyło klimat. Nierzadko zdarzyło się, że pacjenci, którzy normalnie tylko marzą, by odejść z oddziału intensywnej terapii na normalny oddział, pytali czy mogą zostać jeszcze kilka dni. Ten klimat bardzo pomagał w leczeniu pacjentów. Myślę, że nasza wiara chrześcijańska szczególnie uzdalnia nas do tworzenia takiego klimatu. Cechą naszego chrześcijańskiego życia jest przykazanie Jezusa o miłości wzajemnej: „Po tym poznają żeście uczniami moimi, jeśli miłość wzajemną mieć będziecie”. A miłość wzajemna to szacunek, to widzenie w drugim człowieku pozytywnych stron, to nie napadanie na kogoś, kto popełnił błąd, ale po prostu tworzenie klimatu rodzinnego, chrześcijańskiego. Takie jest moje doświadczenie. Wiara chrześcijańska ma w tym zasadnicze znaczenie.

Włodzimierz Wiczorek

Bardzo dziękujemy za to, w jakimś sensie, podsumowanie naszych rozważań, pokazujące fundament personalizmu chrześcijańskiego, który stanowi fundament bioetyki, oraz gwarancję zachowania godności służby zdrowia. Personalistyczne podejście uznaje śmierć jako nieodłączny element życia. Każdego to czeka.

Dowiedzieliśmy się z tych prelekcji, że opiekę stosującą środki proporcjonalne trzeba zachowywać do końca. Te zaś, które są w jakiś sposób środkami nadzwyczajnymi, należy stosować do pewnych granic. Bardzo dziękujemy naszym panelistom. Zapraszamy 20 maja na kolejne bardzo interesujące Konwersatorium.