

Intensywna terapia a medycyna paliatywna – gdzie jest granica?

Marcin Rawicz

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Warszawie

Niniejszy artykuł i wystąpienie przedstawiają moje osobiste poglądy i pojmowanie etyki zawodowej, wyniesione z 33 lat praktyki w anestezjologii i intensywnej terapii pediatrycznej. Wielu czytelników i słuchaczy, jak miałem się już nieraz okazję przekonać, uznaje tak przedstawione spojrzenie na praktykę anestezjologa dziecięcego w Polsce za demagogiczne, lub co najmniej kontrowersyjne. Bywa tak często, gdyż najprostsze prawdy spotykają się, bywa z niezrozumieniem i z niechęcią, przez co jednak prawdami być nie przestają.

Intensywna terapia jest dziedziną medycyny, która zajmuje się pacjentami znajdującymi się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, niezależnie od przyczyny, która ten stan spowodowała. Przez 50 lat, które upłynęły od dość przypadkowego powstania pierwszego oddziału intensywnej terapii (OIT) podczas wielkiej epidemii *poliomyelitis* w Kopenhadze, w tej wielkiej dziedzinie z konieczności wyodrębniły się podspecjalności, przede wszystkim kardiologiczne, neonatologiczne i leczenia pooperacyjnego. Oddziały wzmożonego nadzoru, często mylone z właściwą intensywną terapią, służą głównie poprawie opieki nad ciężko chorymi ludźmi w zakresie swoich specjalności. W pediatrii, jak najstuszej zresztą, wyodrębniły się oddziały neonatologiczne; oddziały ogólne zajmują się natomiast dziećmi w każdym wieku.

Dwadzieścia lat temu, kiedy pod kierunkiem mojego nauczyciela, prof. Zdzisława Rondio, przystępowaliśmy do organizowania kliniki intensywnej terapii w Instytucie Matki i Dziecka, jednym z naszych istotnych zmartwień było, gdzie znaleźć pomieszczenie na zwłoki, których, jak zresztą późniejsze doświadczenia wykazały, słuszenie

spodziewaliśmy się niemało. W dzisiejszych dniach, kiedy w oddziale, w którym pracuję, zgon dziecka jest wydarzeniem rzadkim, zdarzającym się kilka razy w roku, takie pomieszczenie nie miałoby już racji bytu. Musielibyśmy je jednak przygotować, gdybyśmy przyjęli punkt widzenia wielu kolegów nie mających na co dzień kontaktu z najciężej chorymi dziećmi, dla których śmierć jest zjawiskiem, którego zaakceptować nie umieją i nie potrafią, nawet jeśli jest ona nieunikniona.

Zadaniem lekarza OIT jest przepędzić śmierć i stworzyć warunki specjalistom do wyleczenia choroby, która ją przyciągnęła. Nie jest natomiast jego zadaniem utrzymywanie śmierci w pobliżu pacjenta beznadziejnie chorego, przedłużanie jego życia w sposób niecelowy i nonsensowny. Jest natomiast jego zadaniem pomaganie kolegom, którzy ze śmiercią i cierpieniem oswojeni nie są, w podejmowaniu decyzji o nieprzedłużaniu cierpienia dziecka i jego rodziny, w łagodzeniu jego przejścia do innego świata, udostępnianie technik, które pozwalają ten nieunikniony moment w istnieniu każdego żyjącego organizmu, uczynić czystym, ciepłym i rozmytym w czasie i cierpieniu.

Powiedział mądry człowiek: „nikt nie jest tak stary, ani tak chory, aby nie mógł przeżyć jeszcze jednego dnia”. Ale czy ten dzień musi być koszmarem, cierpieniem i strachem? Czy w sytuacji wyczerpania możliwości ratowania życia musimy zadawać, w imię źle pojętej etyki zawodowej, katusze umierającemu dziecku i jego rodzinie? Co mówi na ten temat prawo?

Europejska Konwencja Praw Człowieka stwierdza w artykule 3, że „Nikogo nie wolno poddawać niehumanitarnemu i niszczącemu jego człowieczeństwo postępowaniu”. Kodeks Etyki Lekarskiej powiada w swoim artykule 30, że „lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienie chorego w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. W

artykule 32 napisano, że „w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych” a „decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

Wydaje się, że sprawa jest w miarę oczywista. Powinniśmy ratować życie za każdą cenę, chyba że nie widzimy szans powodzenia. Ale co wtedy? Brak możliwości wyleczenia choroby nie jest wcale jednoznaczny z natychmiastową śmiercią, chyba że uciekniemy się do czynnej eutanazji, a na nią w naszej kulturze i prawodawstwie nie ma miejsca. W tym momencie natrafiamy na linię, dość zatartą, odgraniczającą intensywną terapię od medycyny paliatywnej.

Dlaczego ta linia jest zatarta? Myślę, że odpowiedź na to pytanie zna każda pielęgniarka i każdy lekarz, pracujący w OIT, natrafiający na kres możliwości terapeutycznych. Postaram się to zilustrować kilkoma przykładami, wziętymi z praktyki oddziału, na którym pracuję.

Do OIT przyjęty został 3-dniowy noworodek rodziców w wieku ok. 40 lat, którzy wiele lat czekali na to dziecko. Niestety, po badaniu kardiologicznym, stwierdziliśmy nieoperacyjną wadę serca, uniemożliwiającą samodzielne życie bez respiratora i leków poprawiających czynność serca. Co robić? Prowadzić sztuczną wentylację i podawać te leki, czekając aż się wyczerpią siły organizmu, z pewną, niewielką szansą, że przez jakiś czas dziecko będzie w stanie nawet oddychać samodzielnie? A może powinniśmy powiedzieć rodzicom, że nic z tego nie będzie, przerwać podawanie katecholamin i nie skazywać tej rodziny na złudzenia, cierpienia fizyczne i psychiczne? Formalnie rzecz biorąc, nie możemy odłączyć respiratora, gdyż dziecko ma sprawnie funkcjonujący ośrodkowy układ nerwowy, a przerwać wentylację można tylko po stwierdzeniu śmierci pnia mózgu...

Decyzja w tym przypadku bardzo zależy od taktu, wzajemnego zaufania wewnątrz zespołu i jego odpowiedzialności w stosunku do pacjenta. Niewątpliwie

najbezpieczniejszą drogą postępowania jest droga pierwsza; jest ona też atrakcyjna komercyjnie, gdyż obecny sposób rozliczania OIT z NFZ powoduje, że pacjent taki, przy stosunkowo niewielkich nakładach finansowych, jest wysoko punktowany i przynosi wymierne korzyści kontraktowe. Droga druga wymaga pewnej odwagi, wzięcia na swoje barki konieczności przekonania rodziców o nieuchronnej sytuacji, oraz świadomego zatrzymania leczenia bez spowodowania cierpienia dla pacjenta. Lekarz OIT staje się w tym momencie *de facto* specjalistą medycyny paliatywnej, aczkolwiek nie bardzo sobie z tego zdaje sprawę. Jest to sytuacja o tyle jednak prosta, że cały problem jest rozstrzygany tak, czy inaczej, w obrębie jednego zespołu intensywnej terapii, który nie jest poddawany naciskom z zewnątrz.

Życie jednak proste nie jest i sytuacja się jednak komplikuje, często do granic otwartego konfliktu, gdy w grę wchodzi emocje lekarzy spoza OIT. Śmierci i rozpacz nikt nie lubi, spokój wewnętrzny jest dobrem naczelnym, a przekazanie umierającego dziecka do OIT może go zapewnić.

Wybierając ten zawód wiedziałem, że prędzej czy później będę musiał się ze śmiercią zetknąć. Nie uprzedzano mnie jednak o emocjach związanych z bezradnym patrzeniem na umieranie człowieka, któremu pomoc już w stanie nie będę. Jak każdy młody lekarz, próbowałem ratować śmiertelnie chorych ludzi, póki ktoś z nich (dorosły) mi tego nie wyperswadował, tłumacząc w sposób, który zapamiętałem na całe życie, że człowiek ma wolną wolę i zmęczenie chorobą i cierpieniem może być silniejsze od woli życia. Lekcja ta była na tyle silna, że została mi na zawsze w pamięci.

Wielu kolegów niestety takiej perswazji poddanych nie było, lub też ją zignorowało, przedkładając spokój wewnętrzny i zewnętrzny nad dylematy moralno-etyczne. W wielu szpitalach istnieje swoista niepisana zasada, zwana przeze mnie „etyką dyżurową”, która skłania personel szpitalny (personel OIT wcale nie jest od niej wolny) do odsuwania nieuniknionych zgonów na czas choć trochę oddalony, w którym konkretny członek zespołu znajdzie się poza szpitalem lub nieszczęsny pacjent znajdzie się poza zakresem jego odpowiedzialności. Osoby takie wiedzą doskonale o braku jakichkolwiek możliwości uratowania i/lub wyleczenia pacjenta, jednakże w imię nieistniejących lub teoretycznych szans powodzenia usiłują (często z powodzeniem) wymusić zabiegi resuscytacyjne i/lub

przekazanie pacjenta do OIT. Zaskakującym jest również fakt natychmiastowej zmiany podejścia do istoty sprawy po pozbyciu się problemu; osoby te nie interesują się często dalszym losem takiego nieszczęślika lub ubolewają nad nieuchronnością praw biologicznych. Wysoce nieetyczną częścią takiego postępowania jest obiecywanie perspektyw poprawy czy też wyleczenia rodzinie pacjenta, która przekonana o dobrej woli i istnieniu szans na uratowanie dziecka, wrogo i z nienawiścią przyjmuje obraz rzeczywistości.

Dywagacje tego typu dobrze jest oprzeć na konkretnych przykładach. Dwunastoletnia dziewczynka w przebiegu leczenia choroby nowotworowej z dużą szansą na jej wyleczenie, doznała w jej przebiegu zakażenia ogólnoustrojowego, a następnie udaru mózgowego ze zniszczeniem, potwierdzonym diagnostyką obrazową i obrazem klinicznym, znacznej części pnia mózgu. Po kilku dniach leczenia proces zaczął się rozszerzać, co doprowadziło do zatrzymania oddychania i krążenia. Mimo oczywistego, zdawałoby się, rozwoju sytuacji, do dziecka w imię istniejących (realnie) szans na wyleczenie choroby podstawowej, został wezwany i zmuszony do działania, zespół OIT. Dziecko zostało podłączone do respiratora; kontynuowano drogie leczenie przeciwnowotworowe i podtrzymujące życie. Dziewczynka zmarła po następnych 3 tygodniach leczenia w OIT, przy nieprawdopodobnej rozpaczach rodziców, przekonanych przez lekarza pierwotnie leczącego dziecko, o dużych szansach na powrót do zdrowia. Nie przyjmowali oni jakichkolwiek przeciwnych opinii zespołu OIT, nie spuszczając z dziecka oka i kontrolując nieustannie postępowanie medyczne.

Wielki grzech tu spoczywa na kimś, kto przyjął taki sposób postępowania; skazał tym samym rodziców na katusze, od których nie uwolnią się do końca życia, a kolegów na ogromny nacisk psychiczny, którego nie wszyscy wytrzymali, rezygnując z dalszej pracy w intensywnej terapii i przenosząc się do spokojniejszych zajęć.

Z takimi dylematami praktycznie każdy z lekarzy OIT spotyka się w swojej

pracy codziennej, tym bardziej, że nawet najbardziej przekonany o swej nieomyślności ordynator OIT nie ma patentu na nieomyślność, a każda nieprawidłowa kwalifikacja jest wypominana przez wiele lat i wykorzystywana do późniejszych nacisków. Ilustracją takiej sytuacji jest 9-letni chłopiec, leczony na białaczkę, w założeniu zakwalifikowany do rodzinnego przeszczepu szpiku, leczony na oddziale macierzystym na sepsę niewiadomego pochodzenia i niewydolnością wielonarządową. Chłopiec został przyjęty do OIT po zatrzymaniu krążenia i zakwalifikowany do postępowania paliatywnego. Ponieważ nie znaleziono czynnika infekcyjnego, odstawiono leczenie przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze, koncentrując się na objawowym opanowaniu niewydolności wielonarządowej, z założeniem takiej poprawy stanu dziecka, aby jak najszybciej można je było przekazać z OIT do hospicyjnej opieki domowej. Stan dziecka uległ dramatycznej poprawie, zaobserwowano ustąpienie niewydolności krążenia i nerek; przyczyną ciężkiego stanu okazało się przewodnienie i niewydolność krążenia. Po 10 dniach leczenia w OIT chłopiec bez cech infekcji został przekazany do dalszego, zakończonego zresztą pełnym sukcesem, leczenia hematologicznego. Pomyłka w kwalifikacji, za którą odpowiadał kierownik OIT, omal nie doprowadziła do jego zgonu, gdyż zadziałał tu mechanizm z bajki „uwaga, wilk!” Kierownik OIT, zmuszany uprzednio do podtrzymywania życia pacjentom w stanie terminalnym, nie rozpatrzył wnikliwie sytuacji i był o krok od popełnienia ogromnej pomyłki.

Można w tym wypadku zakrzyknąć: trzeba więc wszystkich ratować, bo przecież zawsze się taka sytuacja zdarzyć może, i jest w tym sporo prawdy. Trzeba pamiętać jednak, że nie żyjemy w kraju, w którym mamy nadmiar funduszy, miejsc intensywnego leczenia i wykwalifikowanego personelu. Każdy pacjent w terminalnej fazie choroby blokuje na długi okres czasu miejsce w OIT, zmuszając jego personel do odmawiania przyjęć z innych szpitali (z własnego nie ma takiej możliwości) i nierzadko skazując dzieci, mające wszelkie szanse na wyzdrowienie, na leczenie w gorszych warunkach, długi transport do bardziej oddalonych ośrodków, lub co gorsza, na śmierć z braku pomocy.

Kolejnym problemem, stwarzającym ogromne problemy dziecięcym OIT, są starsi pacjenci z nieuleczalnymi schorzeniami, ciągnącymi się latami, do których rodzina przywiązuje się niewolniczo przez lata opieki domowej. Chorzy tacy skazani są z natury

swojej choroby na śmierć, gdyż statystyka jest tu nieubłagana, czego niestety rodziny nie chcą przyjąć do wiadomości. Największą grupą tego typu są tu dzieci z ciężkimi postaciami mózgowego porażenia dziecięcego (MPD), a wraz z postępami neonatologii przybywa ich niestety coraz więcej. Tragiczne jest, że o ile neonatologia zrobiła w Polsce gigantyczny krok naprzód, dając w wyniku imponujący spadek wskaźnika śmiertelności niemowląt, to niestety w ślad za nim nie poszedł rzadko przytaczany wskaźnik zachorowalności. Tylko rodzice dziecka z MPD wiedzą, jak dalece po zakończeniu leczenia w luksusowym oddziale neonatologicznym, są pozostawieni sobie. Niedawno spotkałem jedną ze swoich pacjentek, którą leczyłem po urodzeniu lat temu 19, która, wyrehabilitowana dzięki heroicznemu wysiłkowi rodziców, zdała maturę. Z ich opowieści powinna powstać książka, która byłaby oskarżeniem społeczeństwa, polskiego systemu opieki zdrowotnej i ubezpieczeń. Brak ośrodków rehabilitacyjnych, elementarnej wiedzy u lekarzy pierwszego kontaktu, pazerność i nieczułość ludzi żerujących na cudzych kłopotach nie jest niestety wyjątkiem – jest regułą, od której nie ma i prędko nie będzie ucieczki. Znakomita większość „sukcesów” intensywnej terapii trafia do rodzin, które poza niezmiernym uczuciem - nie mają możliwości finansowych ani organizacyjnych prawidłowej rehabilitacji ich głęboko uszkodzonych dzieci. Żyją one w mniejszym lub większym ukryciu, a każda choroba przybliża nieuchronny koniec. Trafiają wreszcie do OIT (rzadko który oddział zachowawczy jest w stanie zdecydować się na postępowanie paliatywne), gdzie bezradny personel stara się dokonać cudów, aby niewspółpracujące w terapii oddechowej dziecko doprowadzić do stanu, w którym mogłoby wrócić do swojego schowka, widząc zresztą bezsens takiego postępowania. Dzieci te często nie wracają do pełnej wydolności oddechowej, stwarzając ogromne problemy moralne i etyczne dla OIT (poza takim oddziałem żyć nie są w stanie, wracają błyskawicznie), a ich

zapamiętane w miłości rodziny nie chcą słyszeć o leczeniu hospicyjnym.

W pewnym stopniu mniejszym problemem są dzieci z dystrofiami mięśniowymi, których rodzice są bardziej przyzwyczajeni do myśli o nieuchronności takiej choroby, a wiele z nich potrafi sobie samym zdać z tego sprawę. Dzieci te zdecydowanie rzadziej trafiają do OIT, a jeśli już się tam znajdują, rodzice ich na ogół akceptują zaprzestanie intensywnego leczenia.

Co więc robić, mając do czynienia z pacjentem w stanie terminalnym? Muszę tu przytoczyć jedną z myśli François de la Rochefoucauld, który powiedział kiedyś, że sumienie, jest to taki mały głosik, który mówi, że ktoś może patrzy...

Idealnym modelem jest powołanie w szpitalu, w którym takie problemy występują (a zdarzyć się to może niemal wszędzie), grupy starszych lekarzy, decydujących o kwalifikacji pacjenta do postępowania paliatywnego. Zespół taki powinien ustalić listę sytuacji i konkretnych schorzeń, w których współczesna wiedza medyczna nie usprawiedliwia podtrzymywania życia za wszelką cenę i w których nie powinno się podejmować zabiegów resuscytacyjnych. Niepodejmowanie takich zabiegów nie zwalnia personelu medycznego od leczenia mającego na celu likwidację dolegliwości pacjenta (ból, duszności, strachu). W przypadkach wątpliwych decyzję powinien podejmować zespół, a sygnować ją (i brać odpowiedzialność za decyzję) lekarz specjalista intensywnej terapii. W momencie pojawienia się objawów, zwiastujących narastającą niewydolność krążeniowo-oddechową, należy podjąć decyzję o niepodejmowaniu resuscytacji, wpisać ją do historii choroby i powiadomić o niej rodziców dziecka. Decyzja taka powinna być ostateczna i niepodważalna. Należy upewnić się, że dziecko nie cierpi; w celu likwidacji dolegliwości bólowych, strachu i duszności wdrożyć sedację morfiną w ciągłym wlewie dożylnym, zapewnić dziecku spokój i intymność oraz opiekę rodziny, przedstawić sytuację i motywy podjęcia decyzji personelowi pielęgniarskiemu i lekarzom dyżurnym oraz zadbać o odpowiednie uporządkowanie dokumentacji.

Jeśli tylko zaistnieje taka możliwość, należy zaproponować i przekonać rodziców do zabrania dziecka do domu i zapewnienie mu tam opieki hospicyjnej, co jest już możliwe na znacznym terenie naszego kraju. Szwankuje, niestety, tu odwaga...

W OIT, po podjęciu decyzji o wdrożeniu postępowania paliatywnego,

zatrzymanej dla kierownika oddziału, u dzieci niewentylowanych stosuje się zasady przedstawione powyżej, u dzieci wentylowanych kontynuuje się sedację, zaprzestaje wspomaganie inotropowego i podawania leków, poza sedacyjnymi i antybiotykami (dla ochrony innych pacjentów).

Jednym z najtrudniejszych problemów, z jakim spotyka się lekarz w takich sytuacjach, i co najczęściej jest motywem podejmowania rozpaczliwych i bezsensownych resuscytacji, jest przedstawienie sytuacji rodzicom dziecka, którzy, co naturalne, z nieuchronnością śmierci pogodzić się nie chcą i często nie zgadzają się na opiekę paliatywną. Jak my sobie radzimy w OIT? Tu nigdy nie można dać gwarancji wyleczenia ani wyzdrowienia; w związku z tym informowanie pesymistyczne jest zawsze lepsze od optymistycznego, gdyż oszczędza późniejszych stresów. Bardzo pomocne jest dysponowanie fachowymi materiałami informacyjnymi (modele, obrazki, wykresy, tłumaczenie obrazu RTG), a udostępnianie na bieżąco pełnej dokumentacji pozwala nawiązać dobry kontakt i wzbudzić zaufanie. Rodzice powinni mieć podstawowy kontakt z tylko jednym lekarzem, a ordynator nie powinien przejmować jego kompetencji; szczególnie dużo czasu powinno się im poświęcać podczas pierwszej rozmowy, podczas której należy dokładnie i w szczegółach wyjaśnić istotę problemu i możliwości postępowania medycznego. Rodzice mają prawo zgadzać się, lub nie, na proponowane leczenie, jednakże nie należy na nich przerzucać procesu decyzyjnego; ten musi być zarezerwowany dla lekarza, który ma dla pacjenta i rodziny pozostać autorytetem. Szczególnie nie należy ulegać strachowi i straszeniu i przyjmować pozycji obronnej, gdyż wpływa to na jakość procesu decyzyjnego i przebieg leczenia; postawa asekuracyjna prędzej czy później dotkliwie się zemści zarówno na pacjencie jak na lekarzu ją stosującym. Może oczywiście zaistnieć różnica zdań, do skrajnej nieufności włącznie; można wtedy zaproponować leczenie w innym ośrodku i nie obrażać się, jeśli rodzice taki wariant wybiorą. Trzeba też, niestety pogodzić się z magią gazetowych metod i ośrodków.

Zasady takiego postępowania powinny być także przedmiotem dyskusji w towarzystwach naukowych, Izbie Pielęgniarskiej i Izbie Lekarskiej. Spisane i mniej lub więcej апробowane zasady postępowania w przypadkach terminalnych umożliwiłyby tym kolegom, którzy mają moralne lub emocjonalne problemy z podejmowaniem decyzji, zajrzeć do ich i otrzymanie wewnętrznego i zewnętrznego rozgrzeszenia z podjętej decyzji. Wielka Brytania, będąca wzorem państwa prawa, od dawna posiada takie zasady (*Decisions relating to cardiopulmonary resuscitation*), opracowane wspólnie przez tamtejsze towarzystwo lekarskie (*British Medical Association*), pielęgniarskie (*Royal College of Nursing*) oraz Brytyjską Radę Resuscytacji (*Resuscitation Council*). Sporo można się nauczyć, nie tylko w sensie wiedzy medycznej, ale również humanitaryzmu, czytając ten precyzyjny, liczący ok. 6000 słów dokument. Usuwa on wiele wątpliwości, odsuwa dylematy moralne, dostarcza wytłumaczenia i oparcia dla wątpiących. Brytyjskie Towarzystwo Pediatriów (*Royal College of Paediatrics and Child Health*) opublikowało dokument „Zaniechanie i wycofywanie się z leczenia podtrzymującego życie u dzieci. Zarys praktyki medycznej” (*Pediatrics Polska* 8/99: 821-837). Opracowanie takiego dokumentu w Polsce powinno być jednym z istotniejszych celów dla naszych organizacji zawodowych, zajmujących się głównie biurokacją czy wyklócaniem się z MZ i NFZ.

Czy decyzja o powstrzymaniu się od dalszego intensywnego leczenia jest etyczna? Tak, jeśli nie jesteśmy w stanie zaoferować dziecku dalszego życia, które nie będzie urągalo jego człowieczeństwu; jeśli wyczerpaliśmy wszystkie możliwości wyleczenia choroby; jeśli wreszcie rodzina prosi o zaniechanie dalszego leczenia. Czy decyzja o powstrzymaniu się od dalszego intensywnego leczenia nie jest etyczna? Tak, jeśli wynika z nieprawidłowego rozpoznania lub braku odpowiedniej wiedzy medycznej czy też z lenistwa i braku dobrej woli.

Rozważania te nie byłyby pełne bez poruszenia problemu wspomnianej już wyżej eutanazji. Słowo to, dla wielu ludzi równoznaczne z zimnokrwistym morderstwem, zdobyło sobie u nas złą sławę. Niestety naszym i nie tylko zresztą naszego społeczeństwa jest przyjmowanie skrajnych postaw, posługiwanie się słowami, znaczenia których się nie rozumie i poleganie na sensacyjnych informacjach gazetowych i

telewizyjnych. Eutanazja jest pojęciem tak starym jak rodzaj ludzki, uprawiana była w czasach starożytnych, i funkcjonuje w różnych formach w czasach dzisiejszych. Encyklopedyczna definicja eutanazji to „powodowane współczuciem uśmiercenie nieuleczalnie chorego człowieka na jego prośbę”. Nie jest to jednak definicja ani dokładna, ani wyczerpująca, ograniczająca się do jej skrajnej formy czynnej. W formie tej personel medyczny zatrzymuje farmakologicznie czynność serca u człowieka, u którego w danym momencie nie ustałaby ona samoistnie; pobudki takiego postępowania są rozmaite.

Eutanazja na życzenie istnieje legalnie i ma głęboką tradycję w Holandii i flamandzkiej części Belgii, ale nie sądzę aby kiedykolwiek mogłaby znaleźć swoje miejsce w innych społeczeństwach. Istotną rolę ma tu zupełnie inne wychowanie, tradycje kulturowe i religijne, a także zupełnie inne pojmowanie przeznaczenia i losu ludzkiego. Nie należy wyciągać wniosku, że we wspomnianych krajach życia ludzkiego się nie szanuje; wręcz przeciwnie, takiej opieki nad pacjentem i odniesienia się do osób niepełnosprawnych nigdy u nas się nie doczekamy i nie chodzi tu bynajmniej o pieniądze. Nie jest to jednak temat tego wystąpienia.

Eutanazja pojawia się w praktyce medycznej od czasu do czasu jak efemeryda, zawsze w aurze potępienia i kryminalnej otoczki. Sytuacje, w których personel medyczny lub system opieki zdrowotnej uzależnia ratowanie życia pacjenta od kryteriów finansowych, skraca życie pacjentom wg własnego uznania lub państwo totalitarne decyduje o usuwaniu zbędnych w jego pojęciu istnień ludzkich, wyczerpują definicję eutanazji kryminalnej. Pozostaje jeszcze zaniechanie postępowania medycznego, które jednak w moim pojęciu eutanazją można nazwać jedynie wtedy, gdy nie jest ono podyktowane istotnymi, omówionymi powyżej wskazaniem medycznymi.

Czy istnieje jakaś granica na oddziale intensywnej terapii pomiędzy leczeniem a opieką paliatywną? Myślę, że jest nią wiedza medyczna,

kwalifikacje i motywacja ludzi na takim oddziale pracujących i niestety – możliwości finansowo-sprzętowe. Dziś ratujemy życie prawie wszystkim leczonym przez nas dzieciom i chcielibyśmy, aby nie zostawały one w próżni po odpędzeniu od nich śmierci.