

# Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Epilog

**prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik<sup>3</sup>, dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski prof. UML<sup>4</sup>, dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska<sup>5</sup>, dr n. med. Piotr Gajewski<sup>6,7</sup>, dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek<sup>8</sup>, ks. dr hab. n. hum. Piotr Aszyk prof. AKW<sup>9</sup>, ks. dr hab. n. teol. Andrzej Muszala prof. UPJP II<sup>10</sup>, prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela<sup>11</sup>, dr n. med. Tomasz Imiela<sup>12</sup>, dr n. med. Jacek Górka<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler<sup>13</sup>, prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk<sup>14</sup>, prof. dr hab. n. med. Jan Duława<sup>15</sup>**

<sup>1</sup> Ośrodek Intensywnej Terapii i Medycyny Okołożabiegowej, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

<sup>2</sup> 5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Krakowie

<sup>3</sup> Katedra Opieki Paliatywnej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

<sup>4</sup> Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

<sup>5</sup> Prokuratura Rejonowa w Żyrardowie

<sup>6</sup> Polski Instytut Evidence Based Medicine

<sup>7</sup> Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Kanada

<sup>8</sup> Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Palium, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>9</sup> Akademia Katolicka w Warszawie – Collegium Bobolanum

<sup>10</sup> Międzywydziałowy Instytut Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

<sup>11</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>12</sup> Oddział Kardiologii, Szpital Grochowski w Warszawie, Klinika Kardiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

<sup>13</sup> Centrum Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>14</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>15</sup> Klinika Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Jak cytować:** Szczeklik W., Krajnik M., Pawlikowski J. i wsp.: Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Epilog. Med. Prakt., 2023; 12: 109–112

Minęło 8 miesięcy od opublikowania na łamach „Medycyny Praktycznej” dokumentu „Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii”, opracowanego przez zespół specjalistów: lekarzy, prawników, filozofów i teologów.<sup>1</sup> Z satysfakcją stwierdzamy, że dokument

został bardzo pozytywnie przyjęty przez środowisko medyczne, m.in. Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych oraz 20 naukowych towarzystw lekarskich. Z wielu ośrodków docierają do nas słowa uznania za stanowisko, które z jednej strony określa zasady holistycznej opieki nad pacjentem w okresie umierania, z drugiej zaś – w trosce o dobro pacjenta wskazuje granice nieskutecznej i nieuzasadnionej terapii, która go naraża na dodatkowe cierpienie w obliczu nieuchronnej śmierci. Wiele osób – lekarzy i innych osób opiekujących się chorymi – wyraziło wdzięcz-

ność za sformułowanie jasnych zasad, które pomagają im w stosowaniu leczenia proporcjonalnego, adekwatnego do stanu chorego, w komunikowaniu się z jego rodziną i w obejmowaniu nieuleczalnie chorych opieką paliatywną. Wszystkie te opinie potwierdzają zasadność powstania takiego dokumentu.

Pojawiły się też sporadyczne obawy, czy nasza publikacja nie mogłaby stanowić furtki dla działań eutanatycznych. Obawy te są zupełnie nieuzasadnione, w stanowisku bowiem wielokrotnie wskazujemy, że eutanazja nie jest godziwym moralnie rozwiązaniem w sytuacji opieki nad nieuleczalnie chorym, jest niezgodna z etyką medyczną i polskim prawem. Jednym z głównych celów dokumentu jest zatem wykluczenie możliwości poddania eutanazji chorych przebywających w szpitalu oraz podkreślenie konieczności objęcia optymalną opieką paliatywną tych, którzy jej potrzebują. W stanowisku wyraźnie stwierdzamy:

*Przy przyjęciu na oddział szpitalny celowe jest wykonanie przesiewowej oceny w kierunku potrzeby opieki paliatywnej, aby nie pominąć włączenia adekwatnego postępowania z tego zakresu (Dodatek 2). Dalsza ocena zasadności i celowości działań medycznych powinna się opierać na ciągłej ocenie sytuacji klinicznej oraz na pracy konsylium składającego się z lekarza opiekującego się chorym, lekarza nadzorującego oddział, specjalistów z dziedzin medycyny adekwatnych do stanu klinicznego chorego oraz – jeśli to możliwe – konsultanta medycyny paliatywnej. W zależności od sytuacji pomocny może być również udział innych profesjonalistów medycznych, zwłaszcza pielęgniarki opiekującej się chorym.<sup>1</sup>*

Dodatek 2 określa w kilku punktach, jacy pacjenci mają zwiększone potrzeby z zakresu opieki paliatywnej.

Postępowanie zgodnie z rekomendacjami zawartymi w stanowisku gwarantuje ciągłość opieki medycznej, która – po wyczerpaniu możliwości terapeutycznych – przekształca się w opiekę paliatywną, mającą na celu troskę o ogólny dobrostan chorego, m.in. poprzez zapewnienie ciągłości stosowania środków proporcjonalnych oraz łagodzenie cierpienia i minimalizowanie bólu fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego. Innymi słowy: na żadnym etapie życia – także w okresie

umierania – pacjent nie zostaje pozbawiony odpowiedniej opieki medycznej i nie podejmuje się działań zmierzających do skracania życia.

Wynika z tego jednoznacznie, że zapobieganie terapii daremnej nie może być mylnie postrzegane jako forma eutanazji. Stanowisko opracowane przez Grupę Roboczą Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) jest zgodne z deklaracją w sprawie eutanazji przyjętą przez 39. Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w Madrycie w 1987 r. i potwierdzoną w 2005 r.: „Eutanazja, która jest aktem rozmyślnego zakończenia życia pacjenta, nawet jeśli jest przeprowadzona na życzenie samego pacjenta lub na życzenie jego bliskich krewnych, jest nieetyczna. Powyższe stanowisko nie zwalnia lekarza od respektowania życzenia pacjenta, aby pozwolić na naturalny przebieg procesu umierania w terminalnej fazie choroby”.<sup>2</sup> Potwierdzono to również w Deklaracji WMA w sprawie eutanazji i samobójstwa wspomaganego medycznie w 2019 r. w Tbilisi.<sup>3</sup>

Zwracamy uwagę, że niestosowanie terapii daremnej nie tylko nie narusza zasad etycznych obowiązujących lekarza, lecz jest szczególnym przypadkiem stosowania reguły *primum non nocere*, która stanowi niekwestionowany fundament paradygmatu medycyny. Z zasady tej wynika bowiem obowiązek zbilansowania potencjalnych korzyści i szkód, jakie się wiążą z planowanym postępowaniem, oraz odstąpienia od niego, jeżeli w tym bilansie przeważają szkody. A tak się dzieje w przypadku terapii daremnej, która narusza nie tylko przywołaną zasadę nieczynienia zła, ale także zasadę uczciwości i rzetelności postępowania, poszanowania godności chorego oraz akceptacji nieuchronnej śmierci.

Stanowisko Grupy Roboczej TIP jest również zgodne z zasadami etyk religijnych, m.in. Kościoła katolickiego, stanowiącego w Polsce najliczniejszą grupę wyznaniową. Oprócz przytoczonego w dokumencie stanowiska Zespołu Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski warto zacytować fragment „Nowej Karty Pracowników Służby Zdrowia”, opublikowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia:

*Ochrona godności umierania oznacza poszanowanie chorego w ostatniej fazie życia, z wykluczeniem zarówno przyspieszenia śmierci (eutanazja),*

*jak i jej opóźnienia poprzez tak zwaną „uporczywą terapię”. To prawo pojawiło się w wyraźnej świadomości współczesnego człowieka, aby go chronić w chwili śmierci przed technicyzacją, która niesie ze sobą niebezpieczeństwo nadużyć. Współczesna medycyna dysponuje bowiem środkami, które mogą sztucznie opóźnić śmierć, jednak bez rzeczywistej korzyści dla pacjenta (nr 149).<sup>4</sup>*

Należy również podkreślić, że w stanowisku przywiązujemy ogromną wagę do komunikacji z członkami rodziny i innymi bliskimi chorego. Konsylium lekarskie powinno podejmować decyzję o zaprzestaniu terapii, uznając ją za daremną, po spotkaniu i rozmowie z bliskimi, w trakcie której wspólnie powinno się dojść do konsensusu co do dalszego postępowania z chorym. Stanowi to więc wyraźne dowartościowanie roli rodziny i innych bliskich w decydowaniu o dalszych losach pacjenta, mimo że nie wynika bezpośrednio z przepisów obowiązującego w Polsce prawa.

## PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik W., Krajnik M., Pawlikowski J. i wsp.: Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. *Med. Prakt.*, 2023; 4: 121–140
2. WMA declaration on euthanasia. 5.11.2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia/> (dostęp: 23.09.2022)
3. WMA declaration on euthanasia and physician-assisted suicide. 23.11.2021. <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/> (dostęp: 23.09.2022)
4. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia. Katowice: Księgarnia św. Jacka 2017. <https://ptodm.org.pl/aktualnosci/182173,nowa-karta-pracownikow-sluzby-zdrowia> (dostęp 17.11.2023)