

**Odpowiedź Towarzystwa Internistów Polskich na zarzuty sformułowane przez Fundację Instytut na rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris pod adresem stanowiska Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych „Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu – Stanowisko Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Część 1: chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii” (Med. Prakt., 2023; 4: 121–140)**

Szanowni Państwo,

w odpowiedzi na pismo nadesłane 2 kwietnia 2025 r. przez przedstawicieli kierownictwa Instytutu Ordo Iuris (OI) z prośbą o odniesienie się do wybranych kwestii związanych ze stanowiskiem dotyczącym terapii daremnej, chcemy podkreślić, że szanujemy głosy wyrażane w debacie publicznej na ważne społecznie tematy. Dlatego przesyłamy nasze uwagi i wyjaśnienia dotyczące poruszonych zagadnień. Oczekujemy również opublikowania naszej odpowiedzi na stronie Państwa organizacji, analogicznie do tego, jak zostało upublicznione skierowane do nas pismo.

W piśmie OI wskazuje, że „od kilku miesięcy Instytut Ordo Iuris obserwuje toczącą się w przestrzeni publicznej ożywioną dyskusję wokół tematu zapobiegania terapii daremnej, której źródłem jest opublikowane 26 kwietnia 2023 r. na łamach serwisu „Medycyna Praktyczna” stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych”. Należy zauważyć, że debata na ten temat w literaturze medycznej, ale również bioetycznej, prawniczej i popularnonaukowej toczy się od wielu lat. Propozycja zastąpienia terminu „terapia uporczywa” pojęciem „terapia darna” pojawiała się już wcześniej w pracach zespołów eksperckich, m.in. w wytycznych opracowanych przez anestezjologów w 2014 r.<sup>1</sup> oraz w stanowisku zespołu powołanego przez Rzecznika Praw Pacjenta z 2021 r.<sup>2</sup> Zatem wytyczne TIP jej nie zapoczątkowały, ale jedynie uporządkowały niektóre wątki dyskusji. Wśród autorów stanowiska TIP są specjaliści z wieloletnim doświadczeniem w pracy z osobami nieuleczalnie i terminalnie chorymi oraz bogatym dorobkiem naukowym w tym zakresie, którzy wielokrotnie zabierali głos w związanych z tym tematem kwestiach medycznych, etycznych i prawnych, zwracając uwagę m.in. na konieczność ograniczania nieskutecznej terapii i rozwoju wysokiej jakości opieki paliatywnej.

Z satysfakcją przyjęliśmy, że OI nie powieliła bezpodstawnych zarzutów, wyrażanych przez niektóre osoby w przestrzeni publicznej, o związek stanowiska TIP dotyczącego terapii

---

<sup>1</sup> Kübler A., Siewiera J., Durek G. i wsp.: Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. Anest. Intens. Terapia, 2014; 46: 229–234.

<sup>2</sup> Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia. Rzecznik Praw Pacjenta, Warszawa 2021.

daremnej z eutanazją. Zarzuty te wynikały z nieznamości stanowiska TIP, niezrozumienia jego treści lub interpretacji fragmentów w oderwaniu od całości. Wzywamy jednocześnie do zmiany tytułu i treści materiału na oficjalnej stronie internetowej OI, który odwołuje się do wystąpień polityków jednej z partii i powiela bezpodstawne skojarzenia treści stanowiska TIP z eutanazją: <https://ordoiuris.pl/komentarze/zakamuflowana-eutanazja-czy-lekarz-moze-nie-leczyc> (z 18.02.2025). Zakładamy, że treści zawarte w komentarzu zostały opracowane jeszcze przed wspomnianą przez OI analizą i wynikały z nieznamości dokumentu TIP. W powielanych w tym komentarzu medialnych wystąpieniach wyrażało się błędne rozumienie wyrwanych z kontekstu fragmentów stanowiska TIP albo załączników bez związku z głównym tekstem, co jest podstawowym błędem wnioskowania. Brakuje zauważenia zaproponowanych w tekście stanowiska TIP głównych rekomendacji, w tym działań ukierunkowanych na chorego i jego bliskich oraz personel medyczny, konsultacji specjalistów opieki paliatywnej itd. W komentarzu OI stanowisko TIP opracowane dla osób dorosłych zostało niesłusznie i bezpodstawnie skojarzone z doniesieniami medialnymi dotyczącymi dzieci. Jest to przykład błędu poznawczego albo świadomej manipulacji i grania na emocjach społecznych, co tym bardziej oburza, że kończy się prośbą o wsparcie finansowe. Również w rozestanym przez OI newsletterze z 6 kwietnia 2025 r. niemerytoryczne skojarzenia dokumentu TIP (odnoszącego się do dorosłych) z medialnymi przypadkami zaprzestania terapii u dzieci czy eutanazją w Europie puentuje prośba o wsparcie finansowe dla OI. Manipulowanie treścią dokumentów wydawanych przez towarzystwa naukowe i odwoływanie się do emocji, jakie budzi nieuleczalna i terminalna choroba dzieci, w powiązaniu ze zbieraniem środków finansowych na swoją działalność i wynagrodzenia uważamy za nieetyczne. Rozpowszechnianie takich fałszywych informacji jest również krzywdzące dla autorów dokumentu TIP, wśród których są osoby od wielu lat zajmujące się problematyką opieki nad nieuleczalnie i terminalnie chorymi oraz zaangażowane w organizację opieki paliatywno-hospicyjnej na poziomie krajowym i regionalnym, jak również uznani bioetycy, w tym również proweniencji personalistycznej. Powielanie krążących w przestrzeni medialnej stwierdzeń nieopartych odniesieniem do faktów, a nawet wskazujących na elementarne braki wiedzy i nieznamość komentowanych dokumentów, wprowadza również w błąd opinię publiczną i niepotrzebnie pogłębia społeczne podziały i spory. Z perspektywy moralnej mamy tu do czynienia z fałszywym oskarżeniem, od strony prawnej zaś z naruszeniem godności i dóbr osobistych autorów stanowiska, którzy nie propagowali eutanazji ani innych działań godzących w ludzkie życie.

Poniżej zawarte są uwagi dotyczące poszczególnych zarzutów sformułowanych w piśmie OI.

**Zarzut 1: „W stanowisku posłużono się nieprecyzyjnymi pojęciami, co może powodować poważne trudności interpretacyjne i zasadnie budzi obawy części społeczeństwa, w tym lekarzy”**

„Poważne trudności interpretacyjne” są immanentną częścią pracy lekarza. Z tego powodu wymaga się od przedstawicieli tego zawodu odpowiednich kompetencji merytorycznych i etycznych. Są one niezbędne zarówno w bezpośrednim kontakcie z chorym, jak i podczas analizy tekstu medycznego. Wszystkie dokumenty normatywne, jak również stanowiska

towarzystw naukowych, są jedynie wskazówką postępowania, a ostateczne decyzje zawsze podejmuje konkretny lekarz lub konsylium lekarskie, kierując się swoją wiedzą, umiejętnościami, doświadczeniem i sumieniem.

Używanie w literaturze różnych terminów na określenie tego samego zjawiska jest w medycynie częste, a nawet powszechne (nierzadkie jest również w innych dziedzinach nauki, zwłaszcza społecznych i humanistycznych). Uzgodnienie pojęć jest procesem długotrwałym i wymaga wielu dyskusji różnych gremiów. Spektakularnym i aktualnym przykładem są wytyczne dotyczące postępowania z pacjentami z podwyższonym ciśnieniem tętniczym i nadciśnieniem tętniczym, opublikowane w 2024 r. przez European Society of Cardiology (ESC) i European Society of Hypertension (ESH). ESC używa pojęć „niepodwyższone/podwyższone ciśnienie tętnicze”, podczas gdy ESH dla opisanego tego samego zjawiska wprowadza kategorie „ciśnienia optymalnego / prawidłowego / wysokiego prawidłowego”. Zawarte w dokumentach różnice w nazewnictwie nie pociągają za sobą żadnych negatywnych konsekwencji dla pacjentów. Są przykładem tego, że nazewnictwo jest sprawą drugorzędą, a podstawowe znaczenie ma zrozumienie przez kompetentnego lekarza okoliczności klinicznych, których dane określenie dotyczy. Nikt nie domaga się, aby na podstawie istniejących różnic w nazewnictwie podważać proponowane przez ESC i ESH zalecenia dotyczące postępowania u osób z różnymi wartościami ciśnienia tętniczego.

Zarzut OI dotyczący użycia „nieprecyzyjnych pojęć” w stanowisku TIP jest chybiony. W stanowisku (Med. Prakt., 2023; 4: 121–140) bardzo precyzyjnie określono populację chorych, którego ono dotyczy („chory umierający nieubezpieczeni, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii”). Opis jest zrozumiały dla osób, do których jest skierowany, a więc lekarzy i innych członków personelu opiekującego się chorymi, czego dowodem jest poparcie stanowiska przez Naczelną Radę Lekarską i towarzystwa lekarskie oraz Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych i towarzystwa pielęgniarskie. Użycie cytowanych przez dokument OI różnych określeń „chorych u kresu życia” jest wynikiem powoływania się w naszym tekście na różne publikacje dotyczące omawianego zagadnienia. W stanowisku TIP chodzi nie o nowe definicje legalne, tylko o funkcjonalne i praktyczne ujęcie problemu. Podkreślić należy, że ogromne znaczenie przypisano w nim komunikacji z członkami rodziny oraz innymi bliskimi chorego, a także zwrócono uwagę na sposób podejmowania decyzji, wytyczając w tym zakresie wyższy standard postępowania, niż to wynika z przepisów prawa. 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. Takie zalecenie stanowi więc wyraźne dowartościowanie roli rodziny i innych bliskich chorego w decydowaniu o jego dalszych losach, mimo że nie wynika to bezpośrednio z przepisów obowiązującego w Polsce prawa. Celem stanowiska było przede wszystkim podniesienie jakości opieki nad pacjentem, którego życie nieuchronnie zbliża się do śmierci, oraz jego bliskimi, poprawienie komunikacji, ułatwienie dostępu do specjalistów opieki paliatywnej w szpitalach oraz podkreślenie zasady konsyliarności podejmowania decyzji

lekarskich w zakresie daremności terapeutycznej. Rezygnacja z terapii daremnej ma służyć dobru pacjenta, dlatego taka decyzja powinna być przemyślana, skonsultowana z innymi specjalistami i w miarę możliwości poprzedzona rozmową z pacjentem i bliskimi.

Podkreślamy, że nie wolno nadużywać protokołu terapii daremnej w celu nieudzielania pomocy w zakresie, w którym może być ona skuteczna. Takie działanie byłoby niezgodne z naszym stanowiskiem. Poza względami etycznymi mogłoby to bowiem prowadzić do zarzutów z art. 30 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 7 ustawy o prawach pacjenta, art. 162 Kodeksu karnego, a w przypadku podmiotu leczniczego na zarzuty z art. 15 ustawy o działalności leczniczej. Także art. 7 Kodeksu etyki lekarskiej (KEL) stanowi, że w szczególnie uzasadnionych przypadkach lekarz „może nie podjąć się lub odstąpić od sprawowania opieki nad pacjentem, z wyjątkiem przypadków, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby zagrażać życiu lub spowodować znaczne pogorszenie stanu zdrowia pacjenta w krótkim czasie. Nie podejmując albo odstępując od sprawowania opieki nad pacjentem lekarz wskazuje pacjentowi inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej”. Należy również dopuścić możliwość zmiany zakresu terapii daremnej w zależności od opinii specjalistów, doświadczenia i wyposażenia ośrodka oraz zmiany stanu klinicznego chorego. Rezygnacja z określonych form interwencji medycznych uznanych za daremne ma zatem podstawy etyczne i prawne, ale nie może oznaczać przerwania: ciągłości opieki nad pacjentem, łagodzenia dokuczliwych objawów (jak np. ból), karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta, ponieważ naruszałoby to zasadę poszanowania godności człowieka oraz zapewniania stosownej opieki. Należy również pamiętać o konieczności udzielenia wsparcia psychicznego i duchowego lekarzom podejmującym trudne i obciążające emocjonalnie decyzje o niepodjęciu lub ograniczeniu terapii.

Co do obaw „części społeczeństwa, w tym lekarzy”, pozwalamy sobie zauważyć, że w społeczeństwie i w środowisku lekarskim pojawiają się różne, niekiedy nawet skrajne, opinie dotyczące wielu zagadnień i problemów, a ich odmiennosc nie zawsze wynika z argumentów merytorycznych, ale często z braku wiedzy lub doświadczenia, albo odmiennej perspektywy. Szanujemy uwagi merytoryczne i odnosimy się do nich, ale nie mamy możliwości analizować różnych skrajnych stanowisk i form niezgody na postępowanie lekarzy, jakie mogą wynikać z emocji i frustracji spowodowanych własną interpretacją możliwości medycyny. Planując kolejne stanowiska, uwzględnimy w miarę możliwości niektóre uwagi dotyczące terminologii.

Dokument OI powołuje się na „pewne istotne podobieństwa” naszego dokumentu z modelem Liverpool Care Pathway for Dying Patient (LCP), nie przytacza jednak istotnych różnic. Wadą LCP (zastąpionego obecnie przez indywidualne podejście do opieki nad pacjentem pod koniec życia) była niedostateczna komunikacja z chorym i jego rodziną, ale również odmiennosci postępowania wynikające z różnic między przepisami prawa polskiego i brytyjskiego. W stanowisku TIP nie ma mowy o komunikacji z chorym, ponieważ dokument odnosi się do osób nieprzytomnych oraz niezdolnych do nawiązania świadomego kontaktu, czyli takich, od których nie można uzyskać świadomej i dobrowolnej zgody. W tych okolicznościach

podkreślamy w naszym stanowisku znaczenie rozmowy i porozumienia z bliskimi chorego (s. 128–129).

**Zarzut 2: „Określenie «terapia daremna» nie może zastąpić pojęcia «terapia uporczywa», a pacjenci powinni mieć możliwość kontynuowania terapii uznanej za daremną”.**

To stwierdzenie jest wyrazem nieznamomości tematu. Nie ma jednolitej i powszechnie przyjętej definicji uporczywej terapii ani terapii daremnej – pojęcia te mogą być różnie rozumiane i zakres znaczeniowy trzeba każdorazowo dookreślać w konkretnym dokumencie. Dyskusja na temat tego, czy należy w tym kontekście używać określeń „uporczywa” czy „daremna”, toczyła się bardzo długo. W Polsce nawet dłużej niż w wielu innych krajach na świecie. Jak wcześniej wspomniano, już wiele lat temu niektóre polskie towarzystwa naukowe odwoływały się do tego terminu. OI przytacza również definicję „terapii uporczywej” opracowaną w 2008 r. przez Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia – warto zwrócić uwagę, że niektórzy współautorzy stanowiska TIP byli członkami tej grupy, a więc zaakceptowali zmiany terminologiczne. W międzynarodowej literaturze medycznej uznano, że określenie „terapia daremna” jest bardziej precyzyjne i lepiej oddaje istotę problemu. Znalazło to również odzwierciedlenie m.in. w ostatniej nowelizacji (2024) KEL. W art. 33.3 KEL stwierdza: „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta”. Nasz dokument, mimo że wcześniejszy, wypełnia z nawiązką treść tego artykułu. Warto zwrócić uwagę, że pojęcie terapii daremnej nie wyklucza uwzględnienia woli pacjenta, a KEL wyraźnie wskazuje na powinność jej uwzględnienia. Należy również podkreślić, że stanowisko TIP jest bardziej precyzyjne niż normy KEL, dlatego warto się odnosić do zawartych tam wytycznych, aby ograniczyć wątpliwości interpretacyjne związane ze stosowaniem art. 33.3 KEL. Jednocześnie OI sam przyznaje, że podniesiony problem dotyczący komunikacji z pacjentem jest w przypadku stanowiska TIP abstrakcyjny, ponieważ „poruszaną kwestię trudno odnieść do sytuacji pacjentów nieubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia, do których odnosi się analizowana część 1 stanowiska Grupy Roboczej.

W Epilogu do omawianego stanowiska (Med. Prakt., 2023, 12: 109–112) zwróciliśmy uwagę, że stosowanie terapii daremnej naruszałoby podstawową zasadę paradygmatu medycyny: *primum non nocere*. Z zasady tej wynika bowiem obowiązek zbilansowania potencjalnych korzyści i szkód, jakie wiążą się z planowanym postępowaniem i odstąpienie od niego, jeżeli w tym bilansie przeważają szkody. A tak się dzieje w przypadku terapii daremnej, która narusza nie tylko przywoływaną zasadę nieczynienia zła, ale także zasadę uczciwości i rzetelności postępowania, poszanowania godności chorego oraz akceptacji nieuchronnej śmierci. Rezygnacja z terapii daremnej ma służyć dobru pacjenta, dlatego taka decyzja powinna być przemyślana, skonsultowana z innymi specjalistami i poprzedzona w miarę możliwości rozmową z pacjentem i bliskimi.

**Zarzut 3: „Umieszczenie odwołania do Dodatku 2 (kryteria oceny pod kątem opieki paliatywnej) w stanowisku dotyczącym zaniechania terapii daremnej a w szczególności w rozdziale zatytułowanym «Uznanie terapii za daremną na podstawie medycznej oceny dotychczasowego leczenia i chorowania», może prowadzić do błędnej interpretacji i fatalnych w skutkach decyzji”.**

Zarzut ten jest niezrozumiały, ponieważ błędna interpretacja może wynikać jedynie z braku zrozumienia treści dokumentu i interpretowania załącznika bez związku z głównym tekstem. W Dodatku 2 jest mowa o tym, że: „Ocenę pod kątem potrzeby opieki paliatywnej warto przeprowadzić”; nie należy zatem błędnie przyjmować, że ze stanowiska wynika obowiązek przeprowadzenia takiej oceny („warto przeprowadzić”), ani tym bardziej, że wdrożenie opieki paliatywnej odbędzie się „zamiast terapii”. Ocena pod kątem potrzeb z zakresu opieki paliatywnej ma charakter przesiewowy, a Dodatek 2 wskazuje grupy chorych, którzy mogą takiej opieki, chociażby w postaci konsultacji, potrzebować. W wielu miejscach stanowiska TIP mowa jest o konsultacjach specjalistów medycyny paliatywnej i owa „ocena pod kątem potrzeby opieki paliatywnej”, którą „warto przeprowadzić”, może mieć formę takiej właśnie konsultacji. Taka dodatkowa konsultacja specjalistyczna podnosi poziom opieki nad chorym.

Nie należy pisać o wdrożeniu opieki paliatywnej zamiast leczenia, ponieważ opieka paliatywna też jest terapią (ukierunkowaną na leczenie objawów). Powinna być rozważona u osób wymienionych w Dodatku 2 dlatego, że dodatkowo może podnieść jakość sprawowanej nad nimi opieki. Zgodnie z np. definicją Center to Advance Palliative Care opieka paliatywna jest formą dodatkowej opieki. Zawsze trzeba oceniać, co jest najwłaściwszym postępowaniem: w długotrwałej nieuleczalnej chorobie przewlekłej będzie to terapia przyczynowa wraz z opieką paliatywną; im bliżej śmierci, tym bardziej leczenie przyczynowe traci zasadność i rośnie potrzeba opieki paliatywnej, która w bezpośredniej bliskości śmierci staje się najczęściej wyłączną formą opieki.

**Zarzut 4: „Proponowany w stanowisku protokół postępowania ograniczającego terapię daremną postrzegany jest jako wyraz mechanistycznego podejścia do pacjenta i może skutkować obniżeniem jakości opieki nad pacjentami”.**

Powoływanie się na LCP – wraz z przykładem nadużycia tego protokołu, jakim jest „zaprzestanie podawania jedzenia i płynów” – jest błędne, ponieważ nie uwzględnia odmienności prawnych i kulturowych między Polską a Wielką Brytanią. Zgodnie ze stanowiskiem TIP oraz przywoływaną w stanowisku definicją Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia z 2008 roku terapia „uporczywa” (aktualnie „daremną”) „nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”<sup>3,4</sup>. Powyższe uściślenie jest ważne,

<sup>3</sup> Bołoz W., Krajnik M., Adamczyk A. i wsp.: Definicja uporczywej terapii. Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Med. Paliat. Prakt., 2008, 2: 77–78.

<sup>4</sup> 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

ponieważ w różnych krajach obserwuje się odmienne interpretacje zakresu interwencji, od których można odstąpić w ramach rezygnacji z „terapii daremnej/uporczywej” – niekiedy chodzi o terapie eksperymentalne, mechaniczną wentylację czy mechaniczne wspomaganie krążenia, czyli procedury, które nie dają istotnych szans na poprawę stanu zdrowia, ale w niektórych państwach (np. Francji i Wielkiej Brytanii) sądy nadmiernie rozszerzały tę koncepcję i akceptowały zaprzestanie karmienia i nawadniania pacjenta (np. w stanie wegetatywnym). Tak szerokie rozumienie jest naruszeniem norm etyki medycznej i nie jest zgodne ze stanowiskiem Grupy Roboczej ani z wytycznymi TIP i innych towarzystw, ponieważ w razie zaprzestania żywienia i nawadniania śmierć nie jest skutkiem choroby, ale efektem nieudzielenia pomocy. Przeciwno takiemu rozumieniu terapii daremnej protestowali przedstawiciele polskiego środowiska medycznego, wśród których byli również współautorzy stanowiska TIP,<sup>5</sup> a negatywne skutki takich działań opisano w literaturze<sup>6</sup>.

**Zarzut 5: „W stanowisku Grupy Roboczej dostrzeżono braki w zakresie pozytywnie ocenianej praktyki korzystania z ACP [modelu zindywidualizowanej opieki – przyp. red.] i instytucji pełnomocnika medycznego, jednak finalnie zaproponowano odmienne rozwiązania”.**

Zgadzamy się, że w Polsce warto rozwijać ACP, który jest z powodzeniem stosowany w środowisku medycyny paliatywnej. Część autorów stanowiska TIP od wielu lat propaguje i/lub wdraża ten model w swoich jednostkach. Natomiast co do potrzeby instytucji pełnomocnika medycznego, zachęcamy do zapoznania się z artykułem na ten temat opublikowanym razem z innymi materiałami w 2024 r. w numerze specjalnym „Medycyny Praktycznej”, który stanowi pokłosie międzynarodowej konferencji zorganizowanej przez TIP pod hasłem: „Współczesne wyzwania etyki medycznej”<sup>7</sup>.

Z poważaniem

W imieniu Zarządu Głównego Towarzystwa Internistów Polskich oraz Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych  
Prof. dr hab. n. med. Jan Duława  
Prof. dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski  
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik  
Prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik  
Prof. dr hab. n. teol. Andrzej Muszala  
Dr n. med. Piotr Gajewski

---

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.

<sup>5</sup> Pawlikowski J., Muszala A., Gajewski P., Krajnik M.; The Board Of The Polish Association For Spiritual Care In Medicine: Discontinuation of hydration and nutrition in vegetative or minimally conscious state: position statement of the Polish Association for Spiritual Care in Medicine 2020. Pol. Arch. Intern. Med., 2021; 131: 111–113 (errata: Pol. Arch. Intern. Med., 2021; doi: 10.20452/pamw.15851).

<sup>6</sup> Smith W.J.: Kultura śmierci. Gdy medycynie wolno szkodzić. Tłum. M. Reda. Kraków, PTODM 2019.

<sup>7</sup> Med. Prakt. wyd. specj.: Współczesne wyzwania etyki medycznej, 2024.

[https://adst.mp.pl/s/www/mppl/suplementy/WS\\_Etyka\\_2024.pdf](https://adst.mp.pl/s/www/mppl/suplementy/WS_Etyka_2024.pdf) (dostęp: 2.06.2025).

**Do wiadomości:**

**1) sygnatariusze Stanowiska**

Naczelna Izba Lekarska

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Polskie Towarzystwo Alergologiczne

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Polskie Towarzystwo Badania Bólu

Polskie Towarzystwo Chorób Płuc

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Polskie Towarzystwo Do Badań nad Rakiem Piersi

Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne

Polskie Towarzystwo Gastroenterologii

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne

Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego

Polskie Towarzystwo Nefrologiczne

Polskie Towarzystwo Neurologiczne

Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej

Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie

Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

Polskie Towarzystwo Reumatologiczne

Polskie Towarzystwa Transplantacyjne

**2) media ogólnopolskie:** PAP, Rzeczpospolita, Gazeta Wyborcza, Tygodnik Do Rzeczy, Tygodnik Sieci, Gość Niedzielny, Tygodnik Powszechny, Wirtualna Polska, Nasz Dziennik

**3) media branżowe:** Medycyna Praktyczna, Gazeta Lekarska, Puls Medycyny, Rynek Zdrowia, intensywna.pl