Image not found or type unknown

Deklaracja WMA w sprawie opieki medycznej u kresu życia

Przyjęta przez 62. Zgromadzenie Ogólne Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA), Montevideo, Urugwaj, październik 2011

WSTĘP

Każdy człowiek ma prawo do korzystania z opieki zdrowotnej wysokiej jakości, opartej na wiedzy naukowej i świadczonej z poszanowaniem ludzkiej godności. Z tych powodów korzystanie z odpowiedniej opieki medycznej u kresu życia nie może być traktowane jako przywilej, ale jest rzeczywistym prawem przysługującym każdemu, niezależnie od wieku oraz innych towarzyszących okoliczności. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (WMA) potwierdza zasady określone w Deklaracji WMA w sprawie chorób terminalnych oraz Deklaracji WMA w sprawie eutanazji. Obie te Deklaracje wspierają i uzupełniają Deklarację WMA w sprawie opieki medycznej u kresu życia.
Opieka paliatywna świadczona u kresu życia jest częścią składową dobrej opieki medycznej. Zapotrzebowanie na dostęp do dobrej jakości opieki paliatywnej jest bardzo duże, szczególnie w ubogich krajach. Celem opieki paliatywnej jest zapewnienie jak najlepszej jakości życia poprzez odpowiednie łagodzenie bólu oraz innych dokuczliwych objawów, a także zaspokajanie potrzeb socjalnych, psychologicznych i duchowych pacjenta[1].
Opieka paliatywna może być świadczona zarówno w domu jak i w różnych instytucjach opieki zdrowotnej.
Lekarz powinien odnosić się do osób cierpiących ze współczuciem i po ludzku oraz działać z empatią, szacunkiem i taktem. Niedopuszczalne jest porzucanie pacjenta w sytuacji, gdy potrzebuje takiej opieki.

REKOMENDACJE

1. Zwalczanie bólu i innych objawów

1.1 Niezbędne jest jak najwcześniejsze rozpoznanie, że pacjent zbliża się do kresu życia, po to by lekarz mógł dokonać szczegółowej oceny jego potrzeb. W każdym przypadku konieczne jest opracowanie planu opieki nad pacjentem. O ile jest to możliwe, plan ten powinien być opracowany w bezpośredniej konsultacji z pacjentem.
W przypadku niektórych pacjentów proces ten może rozpocząć się na wiele miesięcy, a nawet na rok przed przewidywanym terminem śmierci. Polega on na rozpoznawaniu prawdopodobieństwa wystąpienia bólu i innych dokuczliwych objawów, a także na zaspokajaniu potrzeb socjalnych, psychologicznych i duchowych pacjentów w okresie życia, który im jeszcze pozostał. Głównym

zadaniem jest zachowanie godności pacjentów oraz uwolnienie ich od dokuczliwych objawów. Plany dotyczące opieki mają na celu zapewnienie chorym komfortu i sprawności na ile jest to możliwe. Uwzględniają także znaczenie wsparcia dla rodziny oraz należnego poszanowania ciała pacjenta po śmierci.

1.2 Poczyniono istotne postępy w łagodzeniu bólu i innych dokuczliwych objawów. W większości przypadków właściwe stosowanie morfiny, nowych analgetyków oraz innych metod może zlikwidować lub złagodzić ból oraz inne uciążliwe objawy. Właściwe instytucje ochrony zdrowia powinny zadbać, aby niezbędne leki były dostępne i po przystępnej cenie dla lekarzy i pacjentów. Lekarze powinni zespołowo opracować zasady odpowiedniego stosowania tych środków, łącznie z informacjami na temat bezpiecznego zwiększania dawek oraz możliwych niezamierzonych działań niepożądanych.

1.3 W bardzo nielicznych przypadkach, zwykle u chorych z bardzo zaawansowaną chorobą, łagodzenie niektórych z towarzyszących jej objawów może nie być możliwe przy pomocy standardowej terapii. W takich sytuacjach można zaproponować paliatywną sedację powodującą utratę świadomości jako środek nadzwyczajny stosowany w przypadku cierpienia ocenianego przez pacjenta i klinicystę jako nie do zniesienia, jeśli przewidywany czas życia wynosi kilka dni. Paliatywna sedacja nigdy nie może być stosowana w celu doprowadzenia do zgonu pacjenta ani bez zgody pacjenta, który jest zdolny do świadomego podejmowania decyzji. Forma i moment wdrożenia paliatywnej sedacji muszą być proporcjonalne do sytuacji klinicznej. Dozowanie leków musi być starannie obliczone tak, aby objawy ustąpiły przy pomocy jak najniższych dawek.

2. Komunikacja i zgoda; etyka i wartości

2.1 Zapewnienie możliwości informowania i porozumiewania się pomiędzy pacjentem, członkami jego rodziny i członkami zespołu leczącego stanowi podstawowy warunek odpowiedniej jakości opieki u kresu życia. Pacjent powinien być zachęcany do ujawniania swoich preferencji odnośnie tej opieki. Należy brać pod uwagę jego emocje i lęki egzystencjalne.

2.2 Właściwa pod względem etycznym opieka u kresu życia powinna zasadniczo promować autonomię pacjenta i wspólne podejmowanie decyzji z poszanowaniem wartości ważnych dla pacjenta i jego rodziny.

2.3 Stosownie do okoliczności lekarze powinni bezpośrednio omawiać preferencje pacjenta z nim samym lub jego przedstawicielem ustawowym albo wyznaczonym przez niego pełnomocnikiem medycznym. Rozmowy te powinny być inicjowane wcześnie, i co do zasady powinny być proponowane wszystkim pacjentom oraz regularnie powtarzane w celu sprawdzenia, czy nie nastąpiły zmiany w stanowisku pacjenta, szczególnie wtedy, gdy jego stan kliniczny ulega zmianie. Lekarze powinni zachęcać swoich pacjentów do formalnego określenia celów, wartości oraz wyborów odnoszących się do leczenia oraz do ustanowienia pełnomocnika medycznego, z którym pacjent mógłby odpowiednio wcześnie omówić swoje preferencje w zakresie opieki zdrowotnej i leczenia. Pacjenci, którzy są w fazie zaprzeczania następstwom swojej sytuacji zdrowotnej mogą nie chcieć uczestniczyć w takich rozmowach na różnych etapach rozwoju choroby, ale powinni zostać poinformowani, że w dowolnym momencie mogą zmienić swoją decyzję. Ponieważ sporządzone oświadczenia *pro futuro* mogą nie być dostępne w nagłych sytuacjach, lekarze powinni podkreślać znaczenie omawiania wyborów w zakresie leczenia z osobami, które mogą pełnić rolę zastępczych decydentów w sprawach zdrowia.

2.4 Jeśli pacjent jest zdolny do wyrażenia zgody, sposób sprawowania opieki powinien opierać się na jego preferencjach, pod warunkiem, że są one zgodne z wiedzą medyczną, etyką i prawem. Udzielenie zgody musi być następstwem odpowiedniej informacji i rozmowy. Przed uzyskaniem zgody lekarz powinien upewnić się, że pacjent jest odpowiednio leczony przeciwbólowo oraz na inne dolegliwości tak, aby możliwe do uniknięcia fizyczne i psychiczne cierpienia nie zaburzyły procesu podejmowania decyzji przez pacjenta.

2.5 Krewni pacjenta lub rodzina powinni być poinformowani i włączeni w proces podejmowania decyzji pod warunkiem, że pacjent na to się zgadza. Jeśli pacjent nie jest zdolny do wyrażenia zgody i oświadczenia *pro futuro* nie jest dostępne, należy wziąć pod uwagę opinię w sprawie opieki i leczenia wyrażoną przez ustanowionego przez pacjenta pełnomocnika medycznego.

3. Dokumentacja medyczna i aspekty medyczno-prawne

3.1 Lekarze sprawujący opiekę nad pacjentem u kresu życia powinni starannie opisywać w dokumentacji medycznej podejmowane decyzje oraz ich uzasadnienie, łącznie z życzeniami i zgodami wyrażanymi przez pacjenta i rodzinę. Odpowiednio prowadzona dokumentacja medyczna ma najważniejsze znaczenie dla zapewnienia jakości i ciągłości każdej opieki medycznej, a paliatywnej w szczególności.

3.2 Lekarz musi także wziąć pod uwagę fakt, że dokumentacja medyczna może być wykorzystana w celach medyczno-prawnych, np. podczas ustalania zdolności pacjenta do podejmowania decyzji.

4. Członkowie rodziny

Niezbędne jest uznanie znaczenia rodziny oraz emocjonalnego środowiska pacjenta. W czasie trwania choroby należy dostrzegać i uwzględniać potrzeby rodziny oraz innych bliskich sprawujących opiekę. Zespół pracowników medycznych powinien promować współpracę w opiece nad pacjentem oraz zapewnić wsparcie w okresie żałoby po śmierci chorego, jeśli będzie taka potrzeba. Potrzeby dzieci i ich rodzin mogą wymagać specjalnego podejścia i kompetencji, zarówno w przypadku, gdy dzieci są pacjentami, jak i gdy śmierć dotyczy ich opiekunów.

5. Zespół

Opieka paliatywna jest zwykle zapewniania przez interdyscyplinarne zespoły, złożone z osób reprezentujących zawody z zakresu opieki zdrowotnej oraz innych dziedzin. Lekarz powinien kierować zespołem z uwagi na to, że odpowiada on, między innymi, za ustalenie rozpoznania oraz sposobu leczenia. Bardzo ważne jest zapewnienie ciągłości opieki. Zespół powinien dołożyć wszelkich starań, aby spełnić wolę chorego, który chce umrzeć w domu - o ile jest to możliwe.

6. Szkolenie lekarzy

Wzrastająca liczba osób, które wymagają opieki paliatywnej i rosnąca dostępność skutecznych metod leczenia oznacza, że szkolenie w zakresie opieki u kresu życia powinno stanowić istotny fragment nauczania przed i podyplomowego.

7. Badania naukowe i edukacja

Potrzeba więcej badań naukowych, aby doskonalić opiekę paliatywną. Badania powinny dotyczyć przede wszystkim takich dziedzin jak szeroko rozumiana opieka medyczna, specyficzne metody leczenia, oddziaływania psychologiczne oraz organizacja. Światowe Stowarzyszenie Lekarzy będzie wspierać starania zmierzające do zapewnienia lepszej edukacji lekarzy w zakresie umiejętności potrzebnych do upowszechnienia oraz polepszenia jakości planowania opieki paliatywnej.

WNIOSEK

Opieka, jakiej społeczeństwo, w ramach dostępnych środków, udziela osobom umierającym jest wskaźnikiem poziomu cywilizacji. Jako lekarze reprezentujący najlepsze tradycje humanitarne powinniśmy zawsze angażować się w zapewnienie jak najlepszej opieki u kresu życia.

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy zaleca, aby wszystkie krajowe stowarzyszenia lekarskie rozwijały i doskonaliły zasady sprawowania opieki paliatywnej oraz paliatywnej sedacji obowiązujące w ich państwach w oparciu o rekomendacje zawarte w niniejszej Deklaracji.

© do polskiego tłumaczenia: Marek Czarkowski, Romuald Krajewski - Ośrodek Bioetyki Naczelnej Rady Lekarskiej, Warszawa