

Terapia daremna. Komentarz do znowelizowanego KEL: art. 33.

Komisja Etyki Lekarskiej przygotowała komentarz do artykułu KEL dotyczącego terapii daremnej.

ART. 33.

1. *Lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia resuscytacji u pacjentów znajdujących się w stanie terminalnym.*
2. *Decyzja o zaprzestaniu resuscytacji należy do lekarza lub zespołu lekarzy i jest związana z negatywną oceną szans leczniczych.*
3. *Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta.*

Komentarz:

Art. 33 dotyczy kluczowej decyzji o podjęciu lub nie, resuscytacji lub kontynuowania terapii daremnej u pacjentów w stanach terminalnych. Wskazuje on, że w takiej sytuacji lekarz nie jest zobowiązany wszczynać resuscytacji. Powinien też zaprzestać terapii daremnej.
Proces podejmowania decyzji powinien opierać się na rzetelnej i ciągłej ocenie stanu klinicznego pacjenta dokonywanej przez lekarza, przebiegu dotychczasowego postępowania oraz możliwości terapeutycznych, z poszanowaniem priorytetów pacjenta. Jest to proces decyzyjny, szczególnie ważny u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się nieunikniona i coraz bliższa. Podejmowanie lub kontynuacja resuscytacji w takich okolicznościach byłoby nieuzasadnione aktualną wiedzą medyczną oraz mogłoby narazić pacjenta na dodatkowe cierpienie.
Należy też wziąć pod uwagę ryzyko, że wdrożone już postępowanie medyczne, może się stać daremne. Tak określa się działania medyczne, których podjęcie było uzasadnione oceną stanu pacjenta i z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej ich wdrożenie było uzasadnione, a które w toku opieki nad pacjentem okazały się nieskuteczne i nie przynoszą choremu korzyści. Kontynuacja takich działań może być źródłem cierpienia dla pacjenta lub jego bliskich.
Obok pojęcia daremności, w komentarzach etycznych pojawia się zbliżone pojęcie uporczywości. Za terapię uporczywą uważa się „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.” Słowo daremność odnosi się do braku realizacji celu działania, które było uzasadnione w chwili jego podjęcia, a uporczywość akcentuje

(pejoratywnie) postawę osoby kontynuującej stosowanie nieskutecznych interwencji medycznych. [1]

Wstępna decyzja dotycząca ograniczenia terapii, powinna zostać podjęta nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną i z aktualną wiedzą medyczną, ale także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Jeśli lekarz opiekujący się chorym wcześniej nie rozmawiał z nim o jego priorytetach, to w sytuacji braku kontaktu logicznego z pacjentem źródłem takich informacji są zwykle jego bliscy. Stąd bardzo istotne jest odpowiednio przeprowadzone spotkanie zespołu terapeutycznego z rodziną chorego lub innymi osobami uznanymi przez niego za bliskie, z wyjątkiem sytuacji, gdy chory wcześniej wyraźnie taką opcję wykluczył. Ze względu na zmiany w wiedzy i technologiach medycznych, niezbędne jest uwzględnianie w procesie decyzyjnym aktualnych rekomendacji odpowiednich towarzystw medycznych. W sytuacjach szczególnie trudnych lub gdy zespołowi terapeutycznemu trudno jest wypracować wspólne stanowisko, wskazane jest skorzystanie z klinicznej konsultacji etycznej.

Powiązanie z innymi artykułami KEL: art. 6, art. 13 ust. 1, art. 30, art. 32.

[1] Bołoz W. Krajnik M. Adamczyk A i wsp.. :Consensus Polskiej Grupy Roboczej de. Problemów Etycznych Końca Życia. Med. Paliat. Prakt. 2008; 2: 77