

DEKLARACJA ŚWIATOWEGO STOWARZYSZENIA LEKARZY (WMA) W SPRAWIE CHOROÓB TERMINALNYCH¹

Przyjęta przez 35. Walne Zgromadzenie WMA, Wenecja, Włochy, październik 1983 i zmieniona przez 57. Walne Zgromadzenie WMA, Pilanesberg, Republika Południowej Afryki, październik 2006r.

WSTĘP

1. Kiedy odnosimy się do zagadnień etycznych dotyczących opieki zdrowotnej u kresu życia nieuchronnie pojawiają się pytania odnośnie eutanazji i pomocy lekarza w popełnieniu samobójstwa. WMA potępia jako nieetyczne zarówno eutanazję, jak i pomoc lekarza w popełnieniu samobójstwa. Należy rozumieć, że stanowisko WMA w odniesieniu do tych zagadnień stosuje się w pełni wobec niniejszego stanowiska w sprawie chorób terminalnych.

PREAMBULA

1. Kiedy rozpoznanie wyklucza nadzieję na powrót do zdrowia lub zachowanie aktualnego stanu zdrowia, a śmierć pacjenta staje się nieunikniona lekarz i pacjent często muszą stawić czoła szeregowi decyzji odnoszących się do interwencji medycznych. Postęp w medycynie udoskonalił możliwości działania lekarzy w wielu aspektach opieki u kresu życia. Tym niemniej jest to dziedzina medycyny, której od dawna poświęcano zbyt mało uwagi. Nie należy deprecjonować pierwszeństwa dla badań naukowych dotyczących sposobów leczenia chorób, ale więcej uwagi powinno się poświęcić rozwojowi terapii paliatywnych oraz doskonaleniu umiejętności lekarzy w zakresie oceny i postępowania z medycznymi i psychologicznymi aspektami objawów w chorobach terminalnych. Okres umierania powinien być rozpoznawany i szanowany jako ważna część ludzkiego życia. W miarę jak w wielu krajach narasta presja społeczna, aby uznać pomoc lekarza w popełnieniu samobójstwa oraz eutanazję za dozwolone możliwości zakończenia cierpienia terminalnie chorych, należy skupić się na etycznym nakazie doskonalenia terapii paliatywnej w terminalnym okresie życia.

¹ W oryginale „terminal illness”. W Polsce używa się zwykle określeń terminalna faza lub okres choroby. W klasyfikacji ICD10 nie występuje rozpoznanie „terminal illness”. Ponieważ jednak właśnie tak zdefiniowano ten stan kliniczny w Deklaracji zastosowano dosłowne tłumaczenie „choroba terminalna” (przypis tłum.).

2. WMA ma świadomość istnienia znacznych różnic pomiędzy kulturami i religiami w podejściu i przekonaniach dotyczących śmierci i umierania. Ponadto wiele zabiegów paliatywnych i podtrzymujących życie wymaga stosowania technologii lub środków finansowych, które w wielu miejscach po prostu nie są dostępne. Te czynniki istotnie wpływają na sposób podejścia do opieki medycznej nad terminalnie chorymi i z tego powodu starania zmierzające do opracowania uniwersalnych i szczegółowych wytycznych dotyczących opieki terminalnej nie są ani praktyczne ani rozsądne. Dlatego WMA wskazuje poniższe podstawowe zasady, które mają pomóc lekarzom i krajowym stowarzyszeniom medycznym w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki terminalnej.

ZASADY

1. Powinnością lekarzy jest leczenie tam, gdzie jest to możliwe, niesienie ulgi w cierpieniu oraz ochrona najlepszych interesów pacjentów. Od tej zasady nie ma żadnego wyjątku, nawet w przypadku nieuleczalnej choroby.
2. W opiece nad pacjentami w stanie terminalnym głównym obowiązkiem lekarza jest pomoc w zapewnieniu pacjentowi optymalnej jakości życia poprzez łagodzenie objawów i zaspokajanie potrzeb psychosocjalnych oraz zapewnienie godnych warunków umierania. Lekarze powinni informować pacjentów o dostępności, korzyściach oraz innych potencjalnych oddziaływaniach opieki paliatywnej.
3. Prawo pacjentów do autonomicznego podejmowania decyzji musi być przestrzegane w odniesieniu do decyzji, które dotyczą terminalnego okresu życia. Obejmuje ono prawo do odmowy leczenia oraz do proszenia, w celu ulżenia w cierpieniu, o leczenie paliatywne, które może mieć dodatkowe działanie polegające na przyspieszeniu procesu umierania. Jednak zasady etyczne zabraniają lekarzom pomagania pacjentom w popełnieniu samobójstwa. Dotyczy to także stosowania jakiegokolwiek leczenia, którego korzystne działanie paliatywne, w opinii lekarza nie usprawiedliwia takiego dodatkowego działania.
4. Lekarz nie może stosować żadnych środków, które nie są korzystne dla pacjenta.
5. Lekarze powinni uznawać prawo pacjentów do sporządzania pisemnych oświadczeń woli, w których przedstawiają swoje życzenia odnośnie sprawowanej nad nimi opieki w sytuacji, kiedy nie będą już zdolni do porozumiewania się oraz do ustanowienia pełnomocników medycznych uprawnionych do podejmowania decyzji, które nie zostały sformułowane w oświadczeniu woli. W szczególności, lekarze powinni omówić z pacjentami ich życzenia odnośnie sposobu

postępowania wobec podtrzymujących życie interwencji, jak również zabiegów paliatywnych, które mogą mieć dodatkowe działanie przyspieszające śmierć. Kiedy tylko jest to możliwe, pełnomocnik medyczny pacjenta powinien uczestniczyć w tych rozmowach.

6. Lekarze powinni starać się rozumieć i zaspokajać psychosocjalne potrzeby swoich pacjentów, szczególnie, jeśli są one powiązane z ich objawami fizycznymi. Lekarze powinni zapewniać dostęp do środków psychologicznego i duchowego wsparcia pacjentom i ich rodzinom, aby pomóc im w radzeniu sobie z niepokojem, lękiem oraz smutkiem towarzyszącym stanom terminalnym.
7. Leczenie przeciwbólowe u chorych w stanach terminalnych jest najważniejsze w niesieniu ulgi w cierpieniu. Lekarze oraz krajowe stowarzyszenia lekarskie powinny promować rozpowszechnianie i udostępnianie informacji o leczeniu przeciwbólowym, aby zapewnić, że wszyscy lekarze sprawujący opiekę terminalną mają dostęp do najlepszych wytycznych postępowania i najnowszych dostępnych leków i metod. Lekarze powinni mieć możliwość stosowania klinicznie odpowiedniego, intensywnego leczenia przeciwbólowego bez nieuzasadnionych obaw przed odpowiedzialnością prawną lub administracyjną.
8. Krajowe stowarzyszenia lekarskie powinny zachęcać rządy oraz instytucje naukowe do inwestowania środków w rozwój metod leczenia poprawiających opiekę u kresu życia. Programy nauczania szkół medycznych powinny obejmować medyczną opiekę paliatywną. Należy rozważyć utworzenie specjalizacji z medycyny paliatywnej tam, gdzie ona jeszcze nie istnieje.
9. Krajowe stowarzyszenia lekarskie powinny orędownać na rzecz rozwoju sieci instytucji i organizacji zajmujących się opieką paliatywną w celu wspierania wymiany informacji i współpracy.
10. Pacjentom, u których nie można powstrzymać procesu ustawiania funkcji życiowych lekarze mogą podawać środki niezbędne do podtrzymywania funkcji narządów przeznaczonych do przeszczepu, pod warunkiem, że postępują zgodnie z etycznymi zasadami ustanowionymi w Deklaracji WMA z Sydney w sprawie diagnozowania śmierci oraz pobierania narządów.