

# Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu i niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji

Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich  
ds. Terapii Daremnej 2026

**prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik<sup>3</sup>,  
prof. dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski<sup>4,5</sup>, dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska<sup>6</sup>, dr n. med. Piotr Gajewski<sup>7,8</sup>,  
dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek<sup>9</sup>, ks. dr hab. n. hum. Piotr Aszyk prof. AKW<sup>10</sup>,  
ks. prof. dr hab. n. teol. Andrzej Muszala<sup>11</sup>, prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela<sup>12</sup>, dr n. med. Tomasz Imiela<sup>13</sup>,  
dr n. med. Jacek Górka<sup>1,2</sup>, prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler<sup>14</sup>, prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk<sup>15</sup>,  
prof. dr hab. n. med. Agnieszka Tycińska<sup>16,17</sup>, prof. dr hab. n. med. Jan Duława<sup>18</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> Katedra Kierunku Lekarskiego, Akademia Tarnowska

<sup>6</sup> Prokuratura Okręgowa w Warszawie

<sup>7</sup> Polski Instytut Evidence Based Medicine, Kraków

<sup>8</sup> Department of Medicine, McMaster University, Hamilton, Kanada

<sup>9</sup> Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Palium, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>10</sup> Akademia Katolicka w Warszawie – Collegium Bobolanum

<sup>11</sup> Międzywydziałowy Instytut Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

<sup>12</sup> Wydział Nauk o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

<sup>13</sup> Klinika Chorób Wewnętrznych i Gerontokardiologii, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

<sup>14</sup> Centrum Leczenia Bólu i Opieki Paliatywnej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

<sup>15</sup> Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>16</sup> Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>17</sup> Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

<sup>18</sup> Klinika Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Angiologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

**Konsultant z zakresu prawa medycznego:** dr hab. n. prawn. Rafał Kubiak prof. UŁ, prof. UM w Łodzi, Katedra Prawa Karnego, Uniwersytet Łódzki

**Jak cytować:** Szczeklik W, Krajnik M, Pawlikowski J, Szeroczyńska M, Gajewski P, Kotlińska-Lemieszek A, Aszyk P, Muszala A, Imiela J, Imiela T, Górka J, Kübler A, Owczuk R, Tycińska A, Duława J. Zapobieganie terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu i niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji. Stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej 2026. Med Prakt. 2026;**7:8:nn-nn**

**Skróty:** ACP (*advance care planning*) – planowanie opieki medycznej z wyprzedzeniem, KEL – Kodeks etyki lekarskiej, KKK – Katechizm Kościoła Katolickiego, SOR – szpitalny oddział ratunkowy, TIP – Towarzystwo Internistów Polskich, TLT (*time-limited trial*) – terapia limitowana czasem, UPP – ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, UZL – ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty, WMA (World Medical Association) – Światowe Stowarzyszenie Lekarzy

**Stanowisko popierają i przyjęły (stan na 31 marca 2023 r.): lista towarzystw w trakcie aktualizacji**

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 Towarzystwo Transplantacyjne  
 Towarzystwo Internistów Polskich

## Wprowadzenie

Proces podejmowania decyzji co do leczenia i opieki powinien się opierać na poszanowaniu godności i dobra chorego, rzetelnej i ciągłej ocenie jego stanu klinicznego, a także ocenie przebiegu dotychczasowego postępowania oraz opcji terapeutycznych. Nabiera to szczególnego znaczenia u schyłku życia, kiedy możliwości leczenia przyczynowego się wyczerpują, choroba postępuje, a śmierć staje się nieunikniona i coraz bliższa. Personel medyczny powinien okazywać szacunek nie tylko wobec życia, ale również wobec nieuchronności śmierci, wyrażający się w trosce o godne warunki umierania. W tym okresie istnieje ryzyko, że wdrożone postępowanie medyczne może się stać daremne.<sup>1</sup>

**Niniejszy dokument dotyczy szczególnej populacji chorych, tzn. dorosłych pacjentów hospitalizowanych, którzy nie są w stanie podejmować świadomych decyzji, a jednocześnie nie są ubezwłasnowolnieni.** Są to np. osoby nieprzytomne albo niezdolne do nawiązania kontaktu ani komunikacji z otoczeniem z powodu otępienia lub zaburzeń orientacji auto- i allopsychicznej wynikających z pogorszenia choroby przewlekłej bądź nagłego zachorowania. Nie mogą one podejmować faktycznie świadomych decyzji dotyczących swojego leczenia, a jednocześnie nie mają przedstawiciela ustawowego wyznaczonego na drodze prawnej. Niezdolność pacjenta do wyrażenia własnej woli (oraz brak podstaw prawnych do działania w jego imieniu przez inne osoby) rodzi obiektywną trudność w podejmowaniu dotyczą-

cych go decyzji, również w kwestii daremności medycznej stosowanej terapii.

**Dokument dotyczy chorych przyjętych na oddział szpitalny i nie ma zastosowania do udzielania pomocy w warunkach szpitalnego oddziału ratunkowego ani izby przyjęć.**

Do tej pory brakuje w Polsce szeroko zaakceptowanych wytycznych towarzystw medycznych dotyczących postępowania w ramach opieki nad chorymi umierającymi w szpitalach. Dostępność konsultantów medycyny paliatywnej w warunkach opieki szpitalnej oraz konsultacji etycznych jest ograniczona. W Polsce nie ma również regulacji prawnych dających możliwość wskazania pełnomocnika medycznego, który reprezentowałby pacjenta w sytuacji, gdy ten nie będzie w stanie samodzielnie podejmować świadomych decyzji w przedmiocie swojego leczenia.<sup>2</sup> Wszystko to wpływa na częstotliwość stosowania, zwłaszcza w warunkach oddziałów szpitalnych, zbędnej i nieskutecznej terapii, mogącej spełniać kryteria daremności.

## Pojęcie terapii daremnej

Od wielu lat w piśmiennictwie medycznym i bioetycznym używa się pojęcia „terapia daremna” w miejsce „terapii uporczywej”. Propozycja wprowadzenia takiej zmiany pojawiała się również w Polsce w pracach zespołów eksperckich, m.in. w wytycznych opracowanych przez anestezjologów w 2014 r., oraz w stanowisku zespołu powołanego przez Rzecznika Praw Pacjenta z 2021 r.<sup>1,3</sup> W znowelizowanym, obowiązującym

od 2025 r. Kodeksie etyki lekarskiej (KEL) terapia daremna stała się wyodrębnionym problemem, do którego odniesiono się bezpośrednio w ust. 3 art. 33: „Lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej. Decyzja o uznaniu terapii jako daremnej należy do zespołu leczącego i powinna w miarę możliwości uwzględniać wolę pacjenta”, a pośrednio również w ust. 1 i 2 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”. KEL nie ogranicza rezygnacji z terapii daremnej do stanów terminalnych (ust. 3 art. 33). Z perspektywy praktyki medycznej wydaje się to słuszne, ponieważ konieczność niepodejmowania nieskutecznych i zbędnych interwencji medycznych lub rezygnacji z ich kontynuowania dotyczy różnych etapów życia pacjenta oraz sprawowanej nad nim opieki.<sup>4</sup>

Wobec upowszechnienia się w piśmiennictwie medycznym i dokumentach normatywnych terminu „daremność” w odniesieniu do terapii nieskutecznej, będzie on stosowany również w niniejszym dokumencie ze świadomością związanych z nim trudności definicyjnych.<sup>5,6</sup> Pojęcie daremności jest zbliżone do pojęcia uporczywości, akcentuje jednak nieco inne aspekty decyzji. 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. Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta”.<sup>7</sup> W rozumieniu przyjętym przez Grupę Roboczą daremność akcentuje niemożność osiągnięcia celu działania (wymiar bardziej obiektywny), a uporczywość określa postawę osoby stosującej nieskuteczne interwencje medyczne (wymiar bardziej subiektywny). Zatem **przez terapię daremną należy rozumieć interwencję medyczną o charakterze terapeutycznym, która zgodnie z aktualną wiedzą naukową i doświadczeniem specjalistów nie jest w stanie przynieść korzyści klinicznych**

#### ► Podstawowe definicje

- **Terapia daremna:** interwencja medyczna o charakterze terapeutycznym, która zgodnie z aktualną wiedzą naukową i doświadczeniem specjalistów nie przyniesie korzyści klinicznych choremu, a jednocześnie niesie ryzyko skutków niepożądanych i dodatkowych obciążeń. Pojęcie terapii daremnej nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów ani karmienia i nawadniania.
- **Ograniczenie terapii daremnej:** rezygnacja ze stosowania określonej interwencji o charakterze terapeutycznym ze względu na jej daremność. Może mieć formę **niepodjęcia** (ang. *withholding*), tj. niewdrażania nowej albo niezwiększania intensywności dotychczas stosowanej terapii, albo **odstąpienia** (ang. *withdrawing*), tj. zakończenia wcześniej wdrożonej terapii.
- **Eutanazja:** zamierzone zabójstwo człowieka poprzez podanie środka letalnego na jego dobrowolną i świadomą prośbę.
- **Samobójstwo wspomagane / pomoc w samobójstwie:** umyślna pomoc człowiekowi w odebraniu sobie życia, na jego dobrowolną i świadomą prośbę.

**choremu, a jednocześnie niesie ryzyko skutków niepożądanych i dodatkowych obciążeń. W okresie terminalnym terapia daremna może się przejawiać w stosowaniu interwencji medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych u nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie i wiąże się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem jego godności. Pojęcie terapii daremnej nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu i innych objawów ani karmienia i nawadniania.** Definicja zaproponowana w niniejszym stanowisku pozostaje w zgodzie z obecnym brzmieniem KEL, a zarazem stanowi kontynuację treści zawartych zarówno w jego poprzedniej wersji, jak i w pierwszym wydaniu stanowiska Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) oraz Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia.

**Ograniczenie terapii daremnej polega na rezygnacji ze stosowania określonej interwencji o charakterze terapeutycznym ze względu na jej daremność. Może mieć formę niepodjęcia** (ang. *withholding*), tj. niewdrażania nowej albo niezwiększania intensywności dotychczas stosowanej terapii, albo **odstąpienia** (ang. *withdrawing*), tj. zakończenia wcześniej wdrożonej terapii. Choć

może się wydawać, że odstąpienie od określonych procedur jest formą bardziej skrajną, z perspektywy oceny etycznej pozostaje ono zasadniczo równoważne z ich niepodjęciem. Oba rodzaje działania mają bowiem na względzie dobro chorego i służą poprawie jakości opieki, ponieważ pozwalają uniknąć narażenia pacjenta na interwencje medyczne, które są nie tylko nieskuteczne, ale również obciążające i obarczone ryzykiem.

Nie ma ustalonego katalogu interwencji medycznych, które można z góry uznać za daremne.<sup>8</sup> Kwalifikacja danego postępowania zależy bowiem zarówno od aktualnego stanu chorego, jak i od przewidywanego przebiegu choroby i odpowiedzi na leczenie. Może się okazać, że zastosowana terapia, która dotychczas była skuteczna, z czasem staje się szkodliwa i nasila cierpienie pacjenta, zakłócając proces jego umierania.<sup>9</sup> Ocenę należy pozostawić doświadczonym specjalistom, którzy uwzględnią konkretne okoliczności kliniczne. Bardzo istotne jest jednak zawarte w ostatnim zdaniu definicji dookreślenie, jakie czynności nie mieszczą się w pojęciu terapii daremnej, wskazuje bowiem jasno, z jakich interwencji nie można rezygnować, powołując się na tę koncepcję. Takie doprecyzowanie jest konieczne ze względu na ogólne sformułowanie przepisów ust. 3 art. 33 KEL po ich nowelizacji w 2025 r. W poprzedniej wersji KEL odwoływał się do kategorii środków nadzwyczajnych, co służyło dookreśleniu normy regulującej rezygnację z nieskutecznych terapii (art. 32 brzmiał: „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku [...] stosowania środków nadzwyczajnych”). *A contrario* można było z tego przepisu wnioskować, że nie można rezygnować ze środków zwyczajnych (podstawowych, zwykłych, proporcjonalnych, nieuporczywych/niedaremnych), rozumianych jako pielęgnacja, karmienie, nawadnianie, łagodzenie bólu, stosowanie środków przeciwdepresyjnych, uspokajających oraz innych form opieki paliatywnej.<sup>10</sup>

## Aspekty etyczne terapii daremnej

Normy etyki medycznej dotyczące postępowania wobec nieuleczalnie chorego nieuchronnie zbliżającego się do śmierci, zawarte w KEL oraz innych dokumentach międzynarodowych (np. deklaracji

Światowego Stowarzyszenia Lekarzy [WMA] z Madrytu z 1987 r. i z Tbilisi z 2019 r.), odnoszą się do 3 odmiennych moralnie postaw:

- 1) akceptacji nieuchronności śmierci i objęcia pacjenta całościową opieką, w tym opieką paliatywną, do czasu naturalnej śmierci
- 2) skracania życia poprzez eutanazję lub pomoc w samobójstwie
- 3) podejmowania daremnych/uporczywych czynności ukierunkowanych na przedłużenie życia lub podtrzymanie funkcji życiowych, które mogą przynieść pacjentowi nieproporcjonalnie więcej obciążeń niż korzyści.<sup>11</sup>

Jednocześnie wyraźnie wskazują, że moralnie pożądana jest postawa akceptacji naturalnej śmierci oraz zapewnienia godnych i humanitarnych warunków umierania, co wiąże się z zakazem stosowania zarówno eutanazji i pomocy w samobójstwie, jak i terapii daremnej.<sup>4</sup>

Należy podkreślić, że wskazane wzorce postępowania są aprobowane w etykach religijnych, w tym w nauczaniu moralnym Kościoła katolickiego – stanowiącego w Polsce najliczniejszą grupę wyznaniową. W 1980 r. w deklaracji „Iura et bona” Kongregacja Nauki Wiary stwierdziła, że ocena skuteczności zastosowanych środków należy do lekarzy, i podkreśliła, że: „Gdy zagraża śmierć, której w żaden sposób nie da się uniknąć przez zastosowanie dostępnych środków, wolno w sumieniu podjąć zamiar niekorzystania z leczenia, które może przynieść tylko niepewne i bolesne przedłużenie życia, nie przerywając jednak zwyczajnej opieki, jaka w podobnych wypadkach należy się choremu”.<sup>12</sup> Podobne treści zawiera „Katechizm Kościoła Katolickiego” (KKK): „Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. (...) Decyzje powinny być podjęte przez pacjenta, jeśli ma do tego kompetencje i jest do tego zdolny; w przeciwnym razie – przez osoby uprawnione, zawsze z poszanowaniem rozumnej woli i słusznym interesów pacjenta (KKK: 2278). Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykle zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane (KKK 2279)”. Jan Paweł II zaznaczał, że: „od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej «uporczywej

terapii», to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny”.<sup>13</sup> Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski w 2018 r. odwołał się wprost do terminu „terapia daremna”, wskazując, że: „Jeżeli lekarz uczynił to, co tu i teraz możliwe wobec nieodwracalnie postępującego zanikania procesów życiowych pacjenta, to ani on sam, ani otoczenie nie może uznać za niemoralną decyzji o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli o rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji; z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być zakwalifikowane jako eutanazja”.<sup>14</sup> Kongregacja Nauki Wiary w liście „Samaritanus bonus” z 2020 r. potwierdziła i uszczegółowiła powyższe stanowisko, wskazując, że „w obliczu nieuchronnej śmierci uzasadnione jest zgodnie z wiedzą i sumieniem podjęcie decyzji o rezygnacji z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwale i bolesne przedłużenie życia. Nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Oznacza to, że nie jest dozwolone przerwanie skutecznych zabiegów wspierających podstawowe funkcje fizjologiczne, dokąd organizm jest w stanie z nich korzystać (takich jak wspomaganie nawodnienia, odżywiania, termoregulacji, a także odpowiednie i proporcjonalne pomoce w oddychaniu oraz inne, w stopniu, w jakim są one niezbędne do wspomagania homeostazy organizmu oraz zmniejszania bólu narządowego i ogólnoustrojowego). (...) W istocie celem każdej czynności medycznej oraz intencją tego, kto podejmuje się działania, musi zawsze być towarzyszenie życiu, a nigdy dążenie do śmierci”.<sup>15</sup> W innych wyznaniach i religiach ocena moralna jest zbliżona, tj. wzywa się do opieki nad umierającym i łagodzenia cierpienia, sprzeciwia eutanazji i dopuszcza rezygnację z nieskutecznych terapii.<sup>16-18</sup>

**Rezygnacji z terapii daremnej nie należy utożsamiać ani z zaprzestaniem opieki, ani z eutanazją.** Na żadnym etapie życia – także w stanie wegetatywnym i w okresie umierania – chory nie może zostać pozbawiony odpowiedniej opieki medycznej, w tym łagodzenia dokuczliwych objawów (jak np. ból, duszność, niepokój, gorączka,

drgawki), karmienia i nawadniania, ponieważ naruszałoby to zasadę ciągłości opieki, ochrony życia ludzkiego i poszanowania godności człowieka.<sup>19</sup> Nie wolno nadużywać protokołu terapii daremnej w celu nieudzielania pomocy w zakresie, w jakim może być ona skuteczna. Poza odpowiedzialnością etyczną takie postępowanie może narazić na odpowiedzialność prawną.

Niedozwolone jest również podejmowanie działań zmierzających do skracania życia poprzez eutanazję lub pomoc w samobójstwie. European Association for Palliative Care definiuje eutanazję jako zamierzone zabójstwo człowieka poprzez podanie środków letalnych na jego dobrowolną i świadomą prośbę, a pomoc w samobójstwie jako umyślną pomoc człowiekowi w odebraniu sobie życia, na jego dobrowolną i świadomą prośbę.<sup>20</sup> Dlatego niestosowanie terapii daremnej nie powinno być mylnie postrzegane jako forma eutanazji. Wyraźnie stwierdza to Deklaracja w sprawie eutanazji przyjęta przez 39. Zgromadzenie WMA w Madrycie w 1987 r. i potwierdzona 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>21</sup> Potwierdzono to również w 2019 r. w Deklaracji w sprawie eutanazji i samobójstwa wspomaganego medycznie przyjętej przez WMA w Tbilisi.<sup>22</sup> Podobnie polski KEL, zakazując lekarzowi z jednej strony eutanazji i pomocy w samobójstwie (art. 32), a z drugiej – terapii daremnej (art. 33), zobowiązuje go do troski o jakość życia chorego, zapewnienia mu humanitarnej opieki terminalnej i godnych warunków umierania (art. 31). W poprzedniej wersji stanowiska TIP również wielokrotnie podkreślono, że rezygnacja z terapii daremnej nie jest formą eutanazji. Nieporozumienia w tej kwestii wynikały z nieznaności stanowiska TIP, niezrozumienia jego treści lub interpretacji fragmentów w oderwaniu od całości, co mogło wprowadzać w błąd opinię publiczną i wymagało stanowczej reakcji.<sup>23</sup>

Podsumowując: w żadnej sytuacji związanej z opieką nad nieuleczalnie chorym eutanazja nie jest rozwiązaniem moralnie akceptowalnym, jest

niezgodna z etyką medyczną i polskim prawem. Eutanazja nie może być utożsamiana z niestosowaniem terapii daremnej.

### **Aspekty prawne opieki nad chorymi umierającymi w szpitalach i terapii daremnej w Polsce**

**Prawa pacjenta nieubezwłasnowolnionego, który nie jest w stanie podejmować świadomych decyzji**

#### **Prawo do umierania w spokoju i godności**

Art. 20 ust. 2 UPP stanowi, że pacjent ma prawo do umierania w spokoju i godności. Po stronie osób wykonujących zawód medyczny rodzi to obowiązek poszanowania intymności i godności osobistej umierającego (art. 22 ust. 1 UPP).<sup>24</sup> Należy zatem zapewnić pacjentowi godne warunki umierania nie tylko w sensie fizycznym (w osłoniętym miejscu lub odrębnym pomieszczeniu – art. 22 ust. 1 UPP), medycznym oraz opiekuńczym (bez dolegliwości, które medycyna jest w stanie opanować, w szczególności bez bólu – zgodnie z art. 20a ust. 1 i 2 UPP; pkt 1), ale także duchowym (z uwzględnieniem umożliwienia kontaktu z duchowym – zgodnie z art. 37 UPP; pkt 2) i społecznym (w towarzystwie osób bliskich – zgodnie z art. 33 ust. 1 UPP; pkt 3).<sup>24,25</sup> Dysponentem tych praw jest zarówno pacjent w pełni świadomy, jak i pacjent niezdolny do podejmowania świadomych decyzji.

#### **Prawo do leczenia przeciwbólowego**

Prawo do skutecznego leczenia bólu wynika z art. 20a ust. 1 UPP. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest zobowiązany do podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, właściwym leczeniu bólu zgodnie ze standardami medycznymi oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia (art. 20a ust. 2 UPP). Leczenie przeciwbólowe z reguły należy wdrożyć natychmiast. Lekarz może to zrobić bez uzyskania zgody pacjenta, jeśli ten ze względu na stan zdrowia lub wiek nie jest jej w stanie wyrazić, i bez zezwolenia sądu. Należy się w takiej sytuacji skonsultować z innym lekarzem, odnotować ten

fakt w dokumentacji medycznej, a w przypadku leczenia przeciwbólowego o podwyższonym ryzyku poinformować o tym następnie sąd opiekuńczy (art. 33 ust. 2 i 3 UZL oraz art. 34 ust. 7 UZL).<sup>26</sup>

#### **Prawo do opieki duszpasterskiej**

Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do opieki duszpasterskiej (art. 36 UPP), co więcej – w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia lub zagrożenia życia szpital jest zobowiązany umożliwić pacjentowi kontakt z duchownym jego wyznania (art. 37 UPP).

#### **Prawo do kontaktu i prawo do obecności osoby trzeciej**

Pacjent przebywający w szpitalu ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami (art. 33 ust. 1 UPP). Ustawa nie ogranicza kręgu osób, z którymi pacjent może się kontaktować, a więc nie zawęża go do osób bliskich. Pacjent ma również prawo do odmowy kontaktu z osobami chcącymi go z nim nawiązać (art. 33 ust. 2 UPP). Informacje w tym zakresie uzyskane od pacjenta należy odnotowywać w dokumentacji medycznej, gdyż są wiążące także wtedy, gdy utraci on zdolność komunikacji. Kierownik podmiotu udzielającego pacjentowi świadczeń zdrowotnych może wyjątkowo ograniczyć jego prawo do kontaktu osobistego z innymi osobami w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a także z racji uwarunkowań organizacyjnych szpitala (art. 5 UPP).

Zgodnie z art. 21 ust. 1 UPP na życzenie pacjenta przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, przy czym zgodnie z art. 4 pkt 2 UPP osobą bliską są: małżonek, rodzice, dziadkowie, dzieci, wnuki, rodzeństwo, a także powinowaci w linii prostej do 2. stopnia (czyli np. teściowie, ale już nie rodzeństwo małżonka), osoba, z którą pacjent pozostaje we wspólnym pożyciu, a także każda osoba wskazana przez pacjenta jako bliska. Jeśli pacjent nie jest zdolny do podjęcia świadomej decyzji, obecność innych osób przy udzielaniu mu świadczeń zdrowotnych jest uwarunkowana zgodą lekarza udzielającego świadczenia (art. 22 ust. 2 UPP). Osoby trzecie są zobowiązane do zachowania tajemnicy medycznej

w tym zakresie (art. 22 ust. 3 UPP). Odmówić ich obecności można jedynie w razie ryzyka wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub przez wzgląd na bezpieczeństwo zdrowia pacjenta (art. 21 ust. 2 UPP).

W sytuacji pacjenta umierającego zagrożenie epidemiczne lub ryzyko pogorszenia się jego stanu zdrowia nie są wystarczającą przesłanką do uniemożliwienia osobom bliskim bezpośredniego kontaktu z chorym. Dużo ważniejsze są bowiem w tym momencie wola i komfort psychiczny umierającego pacjenta, który tej obecności oczekuje. Podkreślić należy, że przepisy zezwalają na ograniczenie uprawnień do kontaktów, lecz nie pozwalają na ich całkowite pozbawienie pacjenta.<sup>27</sup>

### ■ Prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej

Pacjent ma prawo, aby wybrana przez niego osoba, także spoza personelu medycznego, wykonywała przy nim czynności pielęgnacyjne (tzw. prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej; art. 34 ust. 1 i 2 UPP). Oświadczenie dotyczące wyboru osoby do sprawowania takiej opieki złożone przez pacjenta przed utratą zdolności do podejmowania świadomych decyzji pozostaje wiążące po utracie tej zdolności. Jeśli natomiast pacjent nie wyraził takiej woli wcześniej, to należy uznać, że dodatkową opiekę pielęgnacyjną mogą wobec niego sprawować – na podstawie przepisów prawa rodzinne – osoby bliskie, z którymi wiąże go obowiązek alimentacyjny, czyli małżonek, dzieci, wnuki, rodzice, dziadkowie i rodzeństwo, a także inna bliska osoba.<sup>27</sup>

### ■ Prawo do informacji

W przypadku pacjenta dorosłego i nieubezwłasnowolnionego, który jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia podawanych informacji, w tym pacjenta umierającego, lekarz udziela tych informacji nie tylko osobom, które pacjent uprzednio do tego upoważnił, ale także każdej jego osobie bliskiej (art. 31 ust. 6 UZL). Lekarzowi nie wolno udzielać informacji dotyczących pacjenta nieprzytomnego lub niezdolnego do ich rozumienia jedynie tym osobom, które ów pacjent sam wcześniej wyłączył z dostępu do informacji.

### ■ Podejmowanie decyzji o odstąpieniu od terapii daremnej wobec pacjenta dorosłego, nieubezwłasnowolnionego i niezdolnego do podejmowania świadomych decyzji

Obowiązkiem lekarza jest wykonywanie zawodu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (art. 4 UZL). **W odniesieniu do pacjenta umierającego oznacza to, że jeśli wdrażanie lub dalsze stosowanie danych procedur nie służy poprawie lub utrzymaniu stanu zdrowia, a jedynie przedłuża agonię, lekarz nie powinien takich metod stosować**, ponieważ takie postępowanie nabiera znamion terapii daremnej. Analogiczne treści zawiera KEL – według art. 6 ust. 2 lekarzowi nie wolno posługiwać się metodami nieskutecznymi w zakresie poprawy stanu zdrowia pacjenta, a zgodnie z art. 6 ust. 1 zd. 2 powinien on ograniczyć czynności medyczne do rzeczywiście potrzebnych pacjentowi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy (art. 33 ust. 3 zd. 1 KEL uszczegóławia przepis w odniesieniu do terapii daremnej). Wykonywanie czynności medycznych, które w świetle aktualnej wiedzy i etyki lekarskiej noszą znamiona terapii daremnej, może zatem naruszać prawo pacjenta do umierania w godności i spokoju oraz stać w sprzeczności z zasadami wykonywania zawodu lekarza (przede wszystkim z zasadą nieszkodzenia).

W odniesieniu do pacjenta dorosłego i nieubezwłasnowolnionego, który utracił zdolność do podejmowania świadomej decyzji, udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga uzyskania zezwolenia sądu (art. 32 ust. 2 UZL i art. 34 ust. 3 UZL), z wyjątkiem konieczności szybkiego udzielania świadczeń zdrowotnych nieryzykownych (art. 32 ust. 8 i art. 33 ust. 1 UZL), a także ryzykownych, lecz ratujących życie pacjenta albo jego zdrowie przed poważnym uszczerbkiem (art. 34 ust. 7 UZL), pod warunkiem że pacjent w okresie posiadania zdolności do podejmowania świadomych decyzji nie wyraził sprzeciwu wobec danego rodzaju świadczenia.<sup>28,29</sup>

Nie oznacza to jednak, że lekarz, który zadecyduje o niepodejmowaniu albo odstąpieniu od świadczeń stanowiących przejaw terapii daremnej, musi na takie postępowanie otrzymać zezwolenie sądu.

Wręcz przeciwnie: decyzję o ograniczeniu terapii daremnej lekarze podejmują sami na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, możliwości terapeutycznych oraz rokowania w razie ich zastosowania albo zaniechania.

Zgodnie bowiem z literalnym brzmieniem przepisów art. 32 i art. 34 UZL sąd opiekuńczy jest uprawniony jedynie do zezwolenia na wykonanie świadczeń zdrowotnych, a nie na ich zaniechanie.<sup>30,31</sup> Aby procedura orzekania o daremności terapeutycznej była w konkretnym przypadku poprawna, lekarz ma obowiązek przeprowadzenia prawidłowej diagnostyki w celu oceny stanu zdrowia i rokowania pacjenta, musi także posiadać aktualną wiedzę o dostępnych efektywnych świadczeniach zdrowotnych.

Ewentualna wola osób bliskich pacjenta nie ma znaczenia prawnego.<sup>32</sup> Rozmowy z osobami bliskimi pacjenta umierającego niezdolnego do rozumienia przekazywanych informacji mają na celu zapewnienie mu komfortu umierania. Jeśli osoby bliskie towarzyszące umierającemu akceptują jego zbliżającą się śmierć, będą zdolne otoczyć go konieczną troską i zapewnić komfort w okresie agonii skuteczniej niż osoby nierozumiejące i nieakceptujące faktu umierania. Jednocześnie osoby bliskie nie są uprawnione do wniesienia sprzeciwu wobec decyzji lekarzy o daremności określonej terapii, gdyż prawo do sprzeciwu wobec orzeczenia lub opinii lekarza przysługuje tylko samemu pacjentowi i jego przedstawicielowi ustawowemu (art. 31 ust. 1 UPP).

Podejmowanie decyzji o zaniechaniu świadczeń będących terapią daremną nie jest sprzeczne z art. 30 UZL, który zobowiązuje lekarza do udzielania pomocy w przypadkach nagłego zagrożenia zdrowia i życia. Obowiązek ten dotyczy świadczeń zdrowotnych, które mają szansę okazać się skuteczne. W piśmiennictwie wyrażono pogląd, że jeśli środki będące w dyspozycji lekarza nie są w stanie uratować życia lub zdrowia ludzkiego albo chociażby uśmierzyć cierpienie pacjenta, to przestaje obowiązywać służący ochronie tych dóbr przepis prawny obligujący lekarza do świadczenia usług leczniczych.<sup>30,31,33</sup> Podzielając ten pogląd, podkreślić należy, że każde leczenie musi być z medycznego punktu widzenia sensowne, tzn. muszą występować szanse poprawy zdrowia

bądź przynajmniej uśmierzenia cierpienia. Tak więc zaniechanie udzielenia danego świadczenia zdrowotnego będzie naruszeniem normy prawnej jedynie wtedy, gdy z punktu widzenia wiedzy medycznej dawało szansę na polepszenie stanu zdrowia pacjenta.<sup>34-36</sup> Dodać należy, że standardy postępowania medycznego odnoszące się do niepodjęcia interwencji leczniczej albo jej niekontynuowania powinny być określane przez ekspertów wyłanianych przez towarzystwa naukowe w podobny sposób jak przy opracowywaniu innych zaleceń i wytycznych.<sup>28</sup>

## Wyzwania związane z uznaniem terapii za daremną

Optymalnie uznanie danej terapii za daremną oraz podjęcie decyzji o rezygnacji z jej stosowania (zarówno niezastosowaniu, jak i zakończeniu) powinno się opierać na porozumieniu lekarza i pacjenta.

Lekarz wnosi do relacji z pacjentem wiedzę i doświadczenie medyczne, może też sięgać po radę i pomoc innych specjalistów. Pacjent zaś wnosi do niej swoje życie, cele, wartości, nadzieje, pragnienie uszanowania jego człowieczeństwa, zwłaszcza gdy staje się coraz słabszy i zależny od innych. Właśnie w odniesieniu do podejmowania decyzji pod koniec życia coraz częściej dostrzega się potrzebę zadbania o czas (na rozmowę, przemyślenia, dojrzewanie do decyzji), dobrą komunikację opartą na prawdzie i szacunku oraz całościową opiekę nad chorym, ukierunkowaną na jego potrzeby – nie tylko fizyczne, ale też psychospołeczne i duchowe. Taki model relacji lekarz–pacjent najlepiej służy przygotowaniu do okresu końca życia i umierania chorego. Pomaga w urealnianiu celów postępowania, sprzyja akceptacji tego, co nieuniknione, a przez to ułatwia dokonywanie realistycznych wyborów, umożliwia choremu realizację ważnych dla niego spraw, które chce jeszcze zrealizować, a wreszcie buduje fundament wzajemnego zaufania i zrozumienia, tak ważny w okresie, w którym chory musi powierzyć siebie innym, zaufać, że będzie uszanowany, że jego wolność decyzyjna i godność znajdują się w centrum procesu opieki. Stąd w najnowszej definicji planowania opieki medycznej z wyprzedzeniem (*advance care planning* – ACP), uzgod-

nionej przez międzynarodowy zespół ekspertów, podkreślono, że jest to proces wspierający dorosłych chorych „w zrozumieniu osobistych wartości, celów życiowych i preferencji dotyczących przyszłej opieki medycznej i dzieleniu się nimi”.<sup>37</sup> Proces ten powinien także prowadzić pacjenta do wskazania osób, które chce upoważnić – na wypadek utraty zdolności do logicznego kontaktu – do otrzymywania informacji na temat jego zdrowia, oraz tych, którym nie chce ich przekazywać, a w przyszłości być może wyboru pełnomocnika medycznego (jeśli będzie to prawnie uregulowane w Polsce). Warto również spisać z chorym listę osób, które zgodnie z jego wolą mogą mu towarzyszyć fizycznie w procesie umierania, a więc powinny być wpuszczane do jego pokoju, gdy utraci zdolność logicznego kontaktu z otoczeniem, oraz tych, których obecności sobie wówczas nie życzy. Jest to szczególnie ważne w sytuacji zarówno chorego skonfliktowanego z rodziną albo niektórymi jej członkami, jak i tego, który nie ma rodziny i któremu najbliższe są osoby niewchodzące w zakres ustawowej definicji osoby bliskiej.

W badaniu ankietowym przeprowadzonym w internecie wśród lekarzy będących członkami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc zdecydowana mniejszość przyznawała, że rutynowo (zawsze lub często) rozmawia z chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc o problemach końca życia, takich jak potrzeba podejmowania decyzji co do zastosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej (35,6%), resuscytacji krążeniowo-oddechowej (12,6%) oraz miejsca umierania (13,2%).<sup>38</sup>

Często się zdarza, że chorzy u kresu życia, zwłaszcza przyjmowani do szpitala w stanie nagłym, nie mieli okazji poddać refleksji swojej realnej sytuacji medycznej i życiowej. Zarówno oni, jak i ich bliscy mogą być nastawieni na walkę z chorobą i nie będą chcieli zaakceptować nieuchronnej śmierci. Jednocześnie lekarze pracujący na oddziałach szpitalnych często nie mają szansy poznać wcześniej chorych przyjmowanych do szpitala, a w czasie ich hospitalizacji zwykle nie rozmawiają z nimi o ich wartościach i celach ani nie inicjują ACP. Często trzymają się rutynowego postępowania szpitalnego, ukierunkowanego na ratowanie życia za wszelką cenę.

Wychodząc naprzeciw potrzebie wypracowania dobrej praktyki klinicznej zapewniającej jak najlepszą opiekę dorosłym chorym umierającym w szpitalach, TIP uchwałą Zarządu Głównego z dnia 9 lipca 2020 r. powołało Grupę Roboczą ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych, w której skład weszli eksperci z różnych dziedzin medycyny, prawa, filozofii i teologii.

## Metodyka stanowiska TIP

Grupa Robocza wypracowała zasady postępowania ukierunkowanego na ograniczenie stosowania terapii daremnej u chorych, którzy nie są w stanie podejmować decyzji medycznych, a jednocześnie nie są ubezwłasnowolnieni. Stanowisko to zostało opublikowane, a niniejszy dokument jest jego aktualizacją.<sup>(39)</sup>

Stanowisko dotyczące przygotowania do okresu umierania w aspekcie podejmowania decyzji medycznych u dorosłych chorych umierających w szpitalu, którzy zachowali zdolność podejmowania świadomych decyzji albo zostali ubezwłasnowolnieni, zostanie przedstawione w osobnym dokumencie.

Poddano analizie aktualne piśmiennictwo oraz doświadczenia związane z wdrożeniem na oddziałach intensywnej terapii protokołu ograniczania terapii daremnej u chorych niezdolnych do uczestniczenia w podejmowaniu decyzji medycznych, wypracowanego przez ekspertów Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii.<sup>1</sup> Przedyskutowano standardy Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia.<sup>3</sup> Przeanalizowano również argumenty, które pojawiały się po opublikowaniu pierwszej wersji stanowiska w przestrzeni publicznej, dyskusjach na łamach czasopism naukowych oraz w korespondencji nadesłanej do biura TIP. Pięciosobowy zespół redakcyjny (WS, JP, MK, PG, MS) przygotował projekt znowelizowanego dokumentu, który następnie poddano dyskusji z udziałem wszystkich członków Grupy Roboczej, aż do jego jednomyślnego przyjęcia. Przed publikacją dokument został przekazany do konsultacji medycznym towarzystwom naukowym w Polsce.

## Zalecane postępowanie

Postępowanie zespołu terapeutycznego w celu ograniczania terapii daremnej u chorych w bliskości nieuchronnej śmierci i u umierających na oddziałach szpitalnych, którzy nie są w stanie podejmować decyzji medycznych, ujęto w 3 składowe, dotyczące: chorego, jego bliskich oraz zespołu terapeutycznego. Ważne jest, aby wysiłki zmierzające do ograniczania terapii daremnej nie sprowadzały się do rezygnacji z określonych interwencji, ale były przejawem troski o dobro chorego poprzez objęcie go właściwymi działaniami, tzn. lepszymi dla konkretnego chorego i nieniosącymi niepotrzebnego ryzyka spowodowania niekorzystnych dla niego następstw i cierpienia. Należy rozważyć, czy wszystkie elementy proponowanej procedury są możliwe do zrealizowania na oddziale szpitalnym, gdzie chory jest hospitalizowany. Należy również uwzględnić konieczność ewentualnego transportu chorego w celu objęcia go opieką w innym ośrodku (np. na inny oddział szpitalny, na oddział medycyny paliatywnej, do hospicjum stacjonarnego lub domowego bądź do zakładu opiekuńczo-leczniczego lub pielęgnacyjno-opiekuńczego).

Sposób postępowania członków zespołu terapeutycznego musi wynikać z poszanowania godności chorego, jego przekonań i hierarchii wartości. Pracownicy medyczni oraz pozostali członkowie zespołu terapeutycznego powinni wykorzystać możliwości pomocy bliskim osoby umierającej w przeżyciu czasu umierania oraz minimalizować ryzyko powiklanej żałoby (tzn. uniemożliwiającej przejście do fazy reorganizacji/adaptacji po stracie). Bliscy, ale także członkowie zespołu terapeutycznego powinni postępować zgodnie z przekonaniem, że zrobili wszystko, co należało, a ograniczanie terapii daremnej pozwoli im się skupić na tym, co najlepsze dla osoby umierającej.

## Działania ukierunkowane na chorego

Działania ukierunkowane na chorego obejmują 4 etapy postępowania (ryc.):

- 1) zwołanie konsylium, na którym na podstawie medycznej oceny dotychczasowego leczenia i przebiegu choroby określa się, czy stosowa-

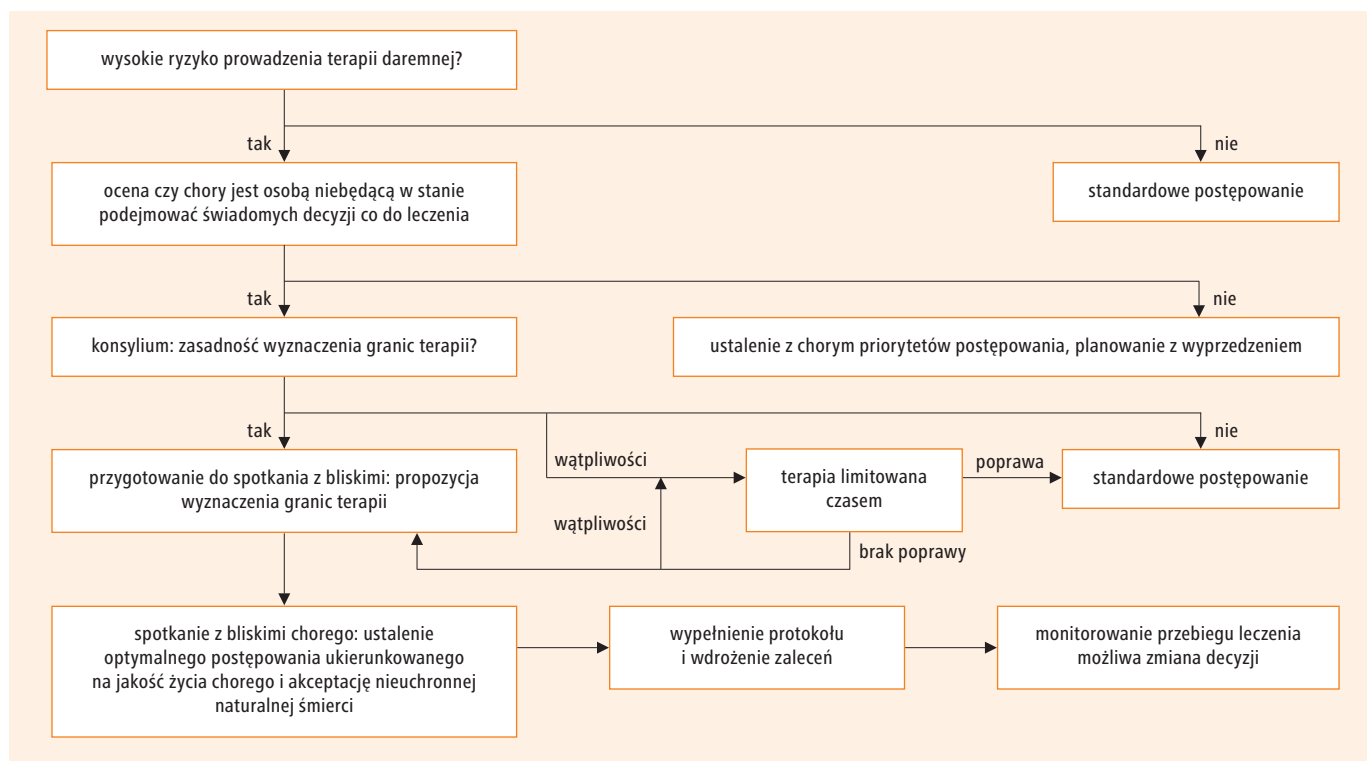
ne postępowanie nie nosi znamion terapii daremnej, a jeżeli tak, identyfikuje się daremne interwencje medyczne oraz wstępnie ustala najlepszą dla chorego strategię postępowania; w razie wątpliwości w zespole należy rozważyć terapię limitowaną czasem (TLT; **p. dalej**) oraz ustalić termin ponownego zwołania konsylium

- 2) przygotowanie do spotkania z bliskimi pacjenta (o ile są dostępni i zainteresowani chorem, a ten, zanim utracił zdolność do podejmowania świadomych decyzji, wyraźnie nie zabronił kontaktu z nimi) w celu zebrania informacji, które pozwolą na ustalenie optymalnego postępowania ukierunkowanego na jego jakość życia i akceptację nieuchronnej śmierci
- 3) ustalenie podczas spotkania z bliskimi optymalnego postępowania ukierunkowanego na jakość życia chorego i akceptację nieuchronnej naturalnej śmierci z uwzględnieniem kwestii ważnych dla chorego (np. zgłaszanych przez niego wcześniej lub przedstawionych przez bliskich)
- 4) wdrożenie i monitorowanie ustalonej strategii postępowania ukierunkowanej na opiekę nad chorem i dbałość o jakość jego życia.

## Uznanie terapii za daremną

W opiece szpitalnej problem daremności terapeutycznej może dotyczyć różnych okoliczności klinicznych, np. stosowania mechanicznej wentylacji czy mechanicznego wspomagania krążenia, które nie dają istotnych szans na poprawę stanu zdrowia, a także niektórych terapii eksperymentalnych lub inwazyjnych procedur medycznych. Szczególnie trudną sytuacją może być przyjęcie do szpitala dorosłego chorego u kresu życia z dużym prawdopodobieństwem rychłego zgonu, który jest niezdolny do podejmowania świadomych decyzji, nie ma prawnie ustanowionego pełnomocnika, nie został ubezwłasnowolniony i z którym wcześniej nie przeprowadzono rozmów na temat stosowania określonych interwencji medycznych.

Znowelizowany KEL podkreśla wymóg kolegialności decyzji o uznaniu terapii za daremną (zgodnie z art. 33 KEL należy ona do „zespołu leczącego”, a nie pojedynczego lekarza) oraz konieczność uwzględniania, w miarę możliwości, woli pacjenta (choć KEL nie precyzuje, czy chodzi



**Ryc.** Ograniczanie terapii daremnej – działania ukierunkowane na chorego

o wolę pacjenta dotyczącą kontynuowania czy zaprzestania terapii). Takie brzmienie normy KEL uwzględnia konsultację z innymi specjalistami oraz nie wyklucza zmiany wcześniejszej opinii. KEL nie precyzuje jednak składu ani zasad pracy zespołu określającego zakres terapii daremnej, ani też trybu podejmowania decyzji o zaprzestaniu terapii daremnej przez lekarza po jej wcześniejszym zaopiniowaniu przez zespół. Wydaje się, że jest to właściwe miejsce dla wytycznych towarzystw naukowych.

Ocena zasadności i celowości dalszych 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 lub lekarza posiadającego umiejętności w tym zakresie. W zależności od sytuacji pomocny może być również udział innych profesjonalistów medycznych, zwłaszcza pielęgniarki opiekującej się chorym, a także

fizjoterapeuty, psychologa i kapelana, szczególnie jeśli mają regularny kontakt z chorym lub jego bliskimi. W celu zapewnienia holistycznej opieki nad umierającymi w szpitalach u wielu chorych zaleca się przesiewową ocenę potrzeb w zakresie opieki paliatywnej już na wczesnych etapach choroby. Wdrożenie opieki paliatywnej służy poprawie jakości opieki i efektywniejszemu łagodzeniu najbardziej dokuczliwych objawów. Ocenę pod kątem potrzeby opieki paliatywnej warto przeprowadzić u każdego chorego, który z powodu swojego aktualnego stanu klinicznego wynikającego z zaawansowania przewlekłej choroby zagrażającej życiu nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli co do postępowania terapeutycznego. Potrzeba objęcia opieką paliatywną szczególnie dotyczy osób z przewlekłą zaawansowaną i ograniczającą życie chorobą z krótkim przewidywanym czasem przeżycia (np. z powodu zaawansowanej niewydolności serca, aktywnej/rozсіяnej choroby nowotworowej, przewlekłej choroby płuc w okresie tlenoterapii domowej, zaawansowanego otępienia, zaawansowanej niewydolności wątroby).<sup>3</sup>

Podkreślić należy, że przesiewowa ocena potrzeb w zakresie opieki paliatywnej nie oznacza rezygnacji z leczenia i opieki, a jedynie podniesienie jakości tej ostatniej. Zgodnie z definicją Center to Advance Palliative Care opieka paliatywna jest formą dodatkowej opieki.<sup>40</sup> Zawsze trzeba ocenić, co jest najwłaściwszym postępowaniem. W razie długotrwałej nieuleczalnej choroby przewlekłej początkowo jest to terapia przyczynowa wraz z opieką paliatywną. Im bliżej śmierci, tym bardziej leczenie przyczynowe traci zasadność i nasila się potrzeba opieki paliatywnej, która w bezpośredniej bliskości śmierci staje się zwykle wyłączną formą opieki.

Wstępną decyzję konsylium dotyczącą ograniczenia terapii powinno się podejmować nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną oraz z najlepszą wiedzą medyczną, ale także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Jeśli lekarz opiekujący się chorym nie rozmawiał z nim wcześniej o tym, co jest dla niego ważne, źródłem takich informacji w sytuacji braku kontaktu logicznego z pacjentem stają się zwykle jego bliscy. Stąd bardzo istotne jest spotkanie zespołu terapeutycznego z rodziną chorego lub innymi osobami uznanymi przez niego za bliskie, z wyjątkiem sytuacji gdy chory wcześniej wyraźnie taką opcję wykluczył (np. oświadczył, na piśmie lub ustnie, że nie życzy sobie informowania nikogo ze swojej rodziny o swoim stanie zdrowia, co zostało odnotowane w jego dokumentacji medycznej). Taką wolę chorego, o ile jest znana, należy uszanować (także jeśli część osób – niekoniecznie z rodziny – upoważnił do otrzymywania takich informacji, a część z tej możliwości wyłączył). Z przyczyn społecznych będzie przybywać chorych umierających samotnie, co może wynikać nie tylko z braku bliskich osób, ale również z niemożności skontaktowania się z nimi (np. z powodu nieświadomości ich istnienia lub braku danych kontaktowych) albo niewyrażania przez nich woli zaangażowania w opiekę nad umierającym. Zawsze jednak warto podjąć wysiłek ustalenia, kto może mieć wiedzę na temat chorego, jego potrzeb i poglądów, gdyż wartość takich informacji w planowaniu optymalnego postępowania w procesie umierania chorego jest nieoceniona. Już sama obecność osób bliskich

przy łóżku umierającego znacznie poprawia jakość umierania.

Ze względu na liczne nieporozumienia i obawy społeczne odnośnie do podejmowania decyzji u kresu życia w bliskości nieuchronnej śmierci **ważne jest jednoznaczne określenie, z jakich działań nie można zrezygnować w ramach stosowania protokołu terapii daremnej.** Należą do tej kategorii świadczenia z zakresu podstawowej opieki nad pacjentem, takie jak: zabiegi pielęgnacyjne, leczenie odleżyn, łagodzenie bólu i innych objawów, żywienie i nawadnianie (w tym również np. przez zgłębnik żołądkowy, o ile to nie szkodzi choremu), a także inne formy opieki paliatywnej. W praktyce jedynie w okresie samego umierania (ostatnie dni i godziny życia), jeśli chory nie może przyjmować płynów i pokarmów drogą doustną ani przez zgłębnik, lekarz powinien rozważyć, czy istnieją medyczne wskazania do nawadniania pozajelitowego (np. ocenić, czy taka interwencja zmniejszy splątanie), czy też będzie ono raczej stanowić obciążenie dla umierającego. **Trzeba mieć na względzie, aby zaprzestanie nawadniania i żywienia nie przyczyniło się bezpośrednio do śmierci chorego.** Sposób realizacji opieki podstawowej (w tym nawadnianie) powinno się dostosować do możliwości (co jest w stanie znieść) i potrzeb (co przyniesie mu ulgę, co będzie dla niego dobre w ostatnich chwilach życia) umierającego.<sup>41,42</sup>

## Terapia limitowana czasem

TLT polega na podjęciu leczenia w określonym, wcześniej uzgodnionym zakresie oraz na z góry ustalony czas, co ma służyć ocenie potencjalnych korzyści terapeutycznych. Może obejmować zarówno pełne leczenie, jak i jego wybrane elementy, np. wdrożenie terapii nerkozastępczej lub innej formy leczenia podtrzymującego funkcje narządów.<sup>43,44</sup> Po upływie ustalonego czasu dokonuje się oceny efektów terapii i na tej podstawie podejmuje decyzję o kontynuacji pełnego leczenia, przedłużeniu TLT albo przeorientowaniu postępowania na leczenie ukierunkowane na komfort chorego, z jednoczesnym doprecyzowaniem, jakich interwencji terapeutycznych nie powinno się już

podejmować. Przed rozpoczęciem TLT warto określić oczekiwane efekty terapeutyczne oraz kryteria świadczące o powodzeniu albo niepowodzeniu podjętej próby leczenia.

Zastosowanie TLT stwarza możliwość wydłużonej obserwacji i oceny efektów leczenia przy jednoczesnym podtrzymaniu terapii ukierunkowanej na poprawę stanu zdrowia. TLT może być szczególnie przydatna w sytuacjach, gdy zespół terapeutyczny nie jest zgodny co do rokowania chorego lub szans powodzenia leczenia i nie ma pewności co do jego daremności. Takie podejście można również rozważyć w oczekiwaniu na dodatkową dokumentację medyczną, istotne wyniki badań diagnostycznych lub inne dane, które pozwolą lepiej ocenić rokowanie. Po zakończeniu ustalonego okresu TLT konieczne jest ponowne omówienie sytuacji klinicznej oraz podjęcie decyzji dotyczącej dalszego postępowania terapeutycznego, a następnie spotkanie z bliskimi chorego w celu przedyskutowania planu opieki.

### Przygotowanie do spotkania z bliskimi chorego

Celem spotkania jest zebranie informacji o chorym, które ułatwiają ustalenie optymalnego postępowania ukierunkowanego na jakość życia i akceptację nieuchronnej naturalnej śmierci. Spotkanie z bliskimi chorego, o ile jest ono możliwe, powinno się poprzedzić opracowaniem strategii postępowania terapeutycznego na podstawie wniosków z konsylium i współpracy z konsultantami i członkami zespołu opiekującego się chorym. W strategii należy ująć nie tylko ograniczenie procedur oraz sposobów leczenia uznanych przez konsylium za daremne, ale także położyć nacisk na postępowanie ukierunkowane na jakość życia i przygotowanie do naturalnej śmierci, na które się składają: opieka paliatywna, pielęgnacja, komunikacja z bliskimi, zrealizowanie spraw ważnych dla chorego (zidentyfikowanych na podstawie wcześniej zebranego wywiadu oraz rozmowy z bliskimi), opieka duchowa (w tym religijna, jeśli chory sobie jej życzy), a także interwencje będące wyrazem poszanowania godności chorego i jego bliskich (np. karta „poznaj mnie”).<sup>45,46</sup> W strategii postępowania warto uwzględnić wsparcie

konsultanta medycyny paliatywnej lub lekarza posiadającego umiejętności w zakresie medycyny paliatywnej (zwłaszcza u chorego z trudnymi objawami lub innymi problemami natury psychicznej, społecznej czy duchowej) oraz obecność bliskich przy umierającym (jeśli nie jest możliwa, warto rozważyć przynajmniej komunikację zdalną). Jeśli przewidywany czas życia pacjenta będzie dłuższy niż okres pobytu w szpitalu, należy się przygotować do omówienia z bliskimi dalszego planu opieki, w tym transportu chorego do miejsca jej kontynuowania (może to być zarówno dom, jak i hospicjum stacjonarne, oddział medycyny paliatywnej, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy). Przed spotkaniem z bliskimi należy się upewnić, czy zespół jest zgodny w kwestii sposobu postępowania oraz czy na danym etapie potrzebna jest konsultacja etyczna. Na spotkanie z rodziną skonfliktowaną z pacjentem warto zaprosić psychologa, a w przypadku konfliktu wśród bliskich – przeprowadzić oddzielne spotkania z poróżnionymi grupami. W przypadku osób religijnych warto rozważyć zaproszenie kapelana odpowiedniego wyznania.

Przygotowując się do spotkania z bliskimi, trzeba pamiętać, że jego podstawowym celem – jak wspomniano – jest zebranie informacji o chorym i przygotowanie się na proces jego umierania po to, by mu zapewnić optymalne warunki końca życia, nie zaś uzyskanie zgody na wdrażanie procedur medycznych lub odstąpienie od nich. Może się również zdarzyć, że chory nie ma bliskich albo utracił z nimi kontakt. W takiej sytuacji trzeba uwzględnić informacje, które można wywnioskować z jego rzeczy osobistych (takich jak notatki, oświadczenia, symbole religijne itp.).

### Ustalenie optymalnego postępowania w trakcie spotkania z bliskimi chorego

Spotkanie z bliskimi powinno prowadzić do ustalenia optymalnego postępowania opartego na najlepszej praktyce klinicznej oraz poszanowaniu spraw ważnych dla chorego. W spotkaniu – jeśli jest to możliwe – powinni uczestniczyć: lekarz opiekujący się chorym, lekarz nadzorujący oddział, pielęgniarka opiekująca się chorym oraz (w zależności od sytuacji) kapelan, psycholog lub inny członek

zespołu terapeutycznego, a w przypadku wątpliwości prawnych również radca prawny szpitala. Spotkanie powinno się odbyć w warunkach zapewniających intymność (czyli np. nie na korytarzu), bliscy – jeśli to możliwe (np. spotkanie umawiane telefonicznie) – powinni zostać uprzedzeni o temacie rozmowy, a uczestnicy spotkania (w tym lekarze) powinni mieć na nie czas (nie mogą się spieszyć).

Należy zadbać o dobrą komunikację, pełną wrażliwości i współczucia, akcentującą pozytywny wymiar opieki skoncentrowanej na chorym jako na osobie mierzącej się ze swoim umieraniem. Trzeba zapytać bliskich o ważne dla niego sprawy i zadbać o ich uwzględnienie w procesie opieki. Okazanie bliskim wrażliwości i szacunku do chorego, jego godności, potrzeb duchowych i innych ważnych dla niego wartości jest bardzo pomocne w budowaniu zaufania do zespołu terapeutycznego. Zakres informacji przekazywanych bliskim chorego zależy od tego, czy zostali przez niego upoważnieni do ich otrzymywania lub czy stanowią oni osoby bliskie w znaczeniu ustawowym. Nawet jeśli w rozmowie uczestniczą osoby bliskie jedynie w znaczeniu potocznym, które nie zostały przez pacjenta upoważnione do otrzymywania informacji o jego stanie zdrowia, należy z szacunkiem uzyskać od nich informacje o chorym i jego potrzebach, a także uszanować ich emocjonalny związek z chorym oraz niepokój o jego dalszy los. Jeżeli nie można im z prawnego punktu widzenia udzielić informacji o stanie zdrowia pacjenta i stosowanych wobec niego procedurach medycznych czy rokowaniu, należy ich zapewnić – o ile chory tego sam wprost nie wykluczył – że będą mogli mu towarzyszyć do końca, oczywiście w miarę możliwości organizacyjnych.

Przebieg spotkania i szczegółowe ustalenia powinno się następnie ująć w dokumentacji medycznej pacjenta. Jeśli bliscy potrzebują kolejnych rozmów lub stan chorego nagle się zmienia, spotkania należy powtarzać, najlepiej w tym samym gronie.

Bliscy mogą nie być od razu gotowi na zaakceptowanie umierania pacjenta i potrzebować więcej czasu, aby sobie poradzić z zaistniałą sytuacją i porozmawiać o niej w rodzinie. Czasu może również wymagać domknięcie ważnych dla

chorego spraw, na które zwrócą uwagę jego bliscy (np. umożliwienie spotkania z oczekiwaną osobą). Lekarz powinien starać się dowiedzieć, czy bliscy mają jakieś obawy, czy wskazane byłoby udzielenie im wsparcia psychicznego bądź duchowego albo też pomocy w zorganizowaniu „drugiej konsultacji” (rozmowa z konsultantem w dziedzinie medycyny stosownej do sytuacji chorego).

Może się jednak zdarzyć, że mimo tych działań bliscy zdecydowanie nie akceptują proponowanej strategii postępowania lub negują ocenę stanu klinicznego chorego. Jeśli dobro chorego wymaga, aby strategia ograniczania terapii daremnej została wdrożona i kolejne spotkania z bliskimi nie zmieniają ich postawy, należy im zaproponować ostatnie spotkanie, na którym powinno się ponownie zapewnić, że wdrażana procedura jest właściwym postępowaniem medycznym i służy dobru chorego, a następnie wyjaśnić im, iż obowiązkiem lekarza w tej sytuacji jest zapewnienie poszanowania prawa chorego do umierania w spokoju i godności, a sprzeciw bliskich nie ma mocy wiążącej prawnie. Można również poinformować bliskich o możliwości skonsultowania się z radcą prawnym szpitala w zakresie aspektów prawnych.

### Wdrożenie ustalonej strategii postępowania i monitorowanie jej przebiegu

Kiedy zespół terapeutyczny uzgodni z bliskimi strategię postępowania lub gdy wszystkie rozmowy z bliskimi zakończą się niepowodzeniem bądź ustalą się brak możliwości podjęcia takiej rozmowy, należy przejść do etapu ograniczania terapii daremnej. Decyzję o jego wdrożeniu należy dobrze udokumentować i sformalizować. Niniejszy dokument zawiera propozycję takiej dokumentacji, przyjętą przez TIP po wcześniejszej szerokiej konsultacji z innymi środowiskami medycznymi (p. Dodatek). Należy podkreślić, że decyzje podjęte przez zespół lekarski i udokumentowane w postaci protokołu ograniczania terapii daremnej mogą ulec zmianie na każdym etapie leczenia, jeżeli zaistnieją ku temu racjonalne przesłanki medyczne lub zmieni się stan pacjenta.

Przy wdrażaniu ustalonej strategii postępowania należy zadbać o monitorowanie jego efektów,

a także o szczegółową dokumentację całościowej opieki nad chorym oraz komunikacji z jego bliskimi.

Należy pamiętać o konieczności objęcia holistyczną opieką chorego umierającego, co wynika zarówno z obowiązków deontologicznych („Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania”, art. 31 KEL), jak i z konieczności przestrzegania praw chorego, w tym respektowania jego godności, prawa do intymności oraz dostępu do opieki paliatywnej łagodzącej ból i inne dokuczliwe objawy. Dotyczy to zarówno chorych, którzy mają bliskich, jak i tych, którzy ich utracili albo nie utrzymują z nimi kontaktu. W takich sytuacjach należy szczególnie zadbać o taktowną obecność przy umierającym wolontariuszy, kapelana oraz, w miarę możliwości, o częstsze wizyty członków personelu medycznego. Umieranie człowieka stanowi zazwyczaj najtrudniejszy moment jego życia. W takich chwilach należy dołożyć szczególnych starań o właściwe towarzyszenie oraz – jeśli pacjent jest człowiekiem wierzącym – zapewnienie mu opieki duchowej wyrażającej się w obecności, modlitwie rodziny i kapelana, odprawieniu rytuałów związanych z umieraniem, udzieleniu odpowiednich sakramentów itp. Te gesty duchowego wsparcia w okresie, kiedy już żadne działania medyczne nie mogą pomóc umierającemu człowiekowi, okazują się dla niego niezwykle ważne.

Przemiany kulturowe i społeczne w Polsce sprawiają, że szpital staje się obecnie najczęstszym miejscem umierania. Dlatego dyrekcja placówki powinna zadbać o warunki godnego umierania oraz poszanowanie ciała po śmierci, zapewniając umierającemu intymność i prywatność (osobną salę, a przynajmniej parawan i ciszę, umożliwiające pożegnanie się oraz odprawienie rytuałów religijnych), a także wyznaczając miejsce lub salę, gdzie bliscy będą mogli czuć przy zmarłym przez określony czas.

### Działania ukierunkowane na bliskich chorego

Wiele działań ukierunkowanych na dobro chorego dotyczy także jego bliskich. Od początku opieki nale-

ży dbać o utrzymywanie z bliskimi komunikacji opartej na współczuciu, prawdzie, przejrzystości i trosce.

Szczególnie trudnymi momentami, które istotnie wpływają na to, jak bliscy chorego radzą sobie z zaistniałą sytuacją, są spotkania z personelem medycznym poświęcone ograniczaniu terapii daramnej. Ważne jest okazywanie troski o ich dobro, oferowanie (jeśli to możliwe) potrzebnego wsparcia, np. duchowego czy psychicznego. Pomocne mogą być programy ukierunkowane na duchowość chorego oraz na uszanowanie jego godności (np. program „3 życzeń”), do których zaprasza się jego bliskich.<sup>47,48</sup>

Bliscy powinni mieć możliwość towarzyszenia umierającemu, nawet w okresie obowiązywania ograniczeń sanitarnych (np. związanych z pandemią) oraz w innych sytuacjach nadzwyczajnych.<sup>49-54</sup> Wszystko to przekłada się na jakość umierania chorego oraz na to, jak jego bliscy będą przeżywali ten proces, a później żałobę, w czym odnajdą siłę do dalszego życia.<sup>55</sup>

Bardzo ważna jest rozmowa lekarza i innych członków zespołu z bliskimi po śmierci chorego, wyrażenie współczucia, szacunku, zauważenie ich zaangażowania, a także wskazanie dostępnych form wsparcia w żałobie lub, w miarę możliwości, zaoferowanie takiej pomocy. Ten ostatni postulat uznano za jeden z podstawowych wyznaczników dobrej opieki nad umierającymi w szpitalach w Szwecji, gdzie podlega on ciągłej ocenie w ramach prowadzonego rejestru.<sup>56</sup>

### Działania ukierunkowane na zespół terapeutyczny

Wsparcie zespołu terapeutycznego w czasie całego procesu opieki nad chorym umierającym opiera się w dużej mierze na dobrej komunikacji w samym zespole oraz na wzmacnianiu poczucia wartości sprawowanej przez niego opieki. Podczas opieki nad chorym w końcowej fazie życia należy regularnie omawiać jego sytuację w zespole z uwzględnieniem troski o „radzenie sobie” personelu i zadbać o zapewnienie profesjonalnego wsparcia członkom zespołu, którzy będą tego potrzebowali. Należy zwracać uwagę na sposoby uszanowania chorego jako osoby i zadbać o czas na refleksję po jego

śmierci (np. moment ciszy/zadumy po zakończeniu resuscytacji lub po innych nagłych zdarzeniach zakończonych zgonem) oraz omówić podczas wspólnego spotkania zespołu okoliczności śmierci chorego.<sup>57</sup> Takie działania wzmacniają nie tylko przekonanie o wartości podjętych wysiłków (własnej pracy), ale także o doniosłej roli okresu umierania („śmierć chorego nie jest moją klęską”, „wysoka jakość kończącego się życia pacjenta i jego spokojna śmierć mają istotną wartość”).

Powinno się dążyć do wdrażania w szpitalu formalnych programów ukierunkowanych na wspieranie personelu medycznego.<sup>58</sup>

## Zalecenia Grupy Roboczej

1. Osoby kierujące szpitalami we współpracy z osobami kierującymi oddziałami powinny wypracować zalecenia dotyczące postępowania wobec chorych w bliskości nieuchronnej śmierci i u umierających w przebiegu zaawansowanych, nieuleczalnych chorób, uwzględniając w nich całościową opiekę nad chorym i jego bliskimi, a następnie nadzorować ich wdrożenie w danym szpitalu.

2. Należy dążyć do przesiewowej oceny potrzeb w zakresie opieki paliatywnej u chorych w zaawansowanych stadiach chorób nieuleczalnych, co może pomóc w urealnieniu celów opieki oraz zapobiec późniejszemu wdrażaniu terapii daremnej. Chorym umierającym powinno się zapewnić dostęp do specjalistycznych konsultacji z zakresu medycyny paliatywnej.

3. W szpitalach należy upowszechnić przekaz, że rezygnacja z terapii daremnej i akceptowanie naturalnej śmierci, gdy jest ona nieunikniona, stanowią przejaw holistycznego podejścia ukierunkowanego na opiekę paliatywną i poszanowanie prawa do godnej śmierci, a nie rezygnacji z opieki nad chorym.

4. Medyczną ocenę dotychczasowego leczenia i przebiegu choroby, stanowiącą punkt wyjścia do rozważania daremności terapii, powinno przeprowadzić konsylium składające się z profesjonalistów medycznych.

5. W razie niepewności klinicznej, diagnostycznej lub rokowniczej priorytetem zawsze powinno pozostawać dobro chorego. Zastosowanie terapii limitowanej czasem umożliwia przedłużenie obserwacji i ocenę efektów terapii ukierunkowanej na poprawę stanu zdrowia oraz ponowną ocenę sytuacji klinicznej po upływie ustalonego czasu.

6. Ograniczanie terapii daremnej u chorych niezdolnych do podejmowania świadomych decyzji wymaga (w miarę możliwości) przeprowadzenia rozmowy z bliskimi chorego w celu ustalenia optymalnego sposobu postępowania z uszanowaniem spraw i wartości, które są dla niego ważne.

7. Szpitale powinny wdrażać programy i działania ukierunkowane na potrzeby duchowe chorych (zwłaszcza u kresu życia) i ich bliskich.

8. Szpitale powinny oferować programy wsparcia dla osób w żałobie.

9. Szpitale powinny zadbać o zapewnienie wsparcia duchowego i psychologicznego personelowi medycznemu, który opiekuje się chorymi umierającymi.

10. Należy wprowadzić zagadnienia dotyczące terapii daremnej oraz opieki nad chorymi umierającymi w szpitalu i ich bliskimi do kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy i pielęgniarek, w wymiarze pozwalającym świadczyć taką opiekę na wysokim poziomie.

## ► Dodatek

**Protokół postępowania dotyczącego ograniczenia terapii daremnej u pacjenta pozbawionego możliwości świadomego wyrażenia woli**

Imię i nazwisko Pacjenta: .....  
 PESEL/data urodzenia: .....

Z powodu swojego aktualnego stanu klinicznego Pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli w zakresie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej należy stwierdzić, że uwzględniając obecny stan kliniczny, po pełnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i przedstawieniu aktualnej sytuacji zdrowotnej Pacjenta jego bliskim, zostaje podjęta decyzja o ukierunkowaniu terapii na leczenie o charakterze paliatywnym, które będzie postępowaniem najbardziej korzystnym dla Pacjenta.

Przy podejmowaniu tej decyzji wzięto pod uwagę aspekty kliniczne, etyczne i rodzinno-społeczne, a także ustalono listę procedur terapeutycznych, które nie zostaną podjęte ze względu na ich daremność medyczną.

**1. Aspekty kliniczne**

Rozpoznanie zasadnicze: .....  
 Aktualny stan kliniczny: .....  
 Dotychczasowy przebieg choroby/stan kliniczny w okresie poprzedzającym obecną hospitalizację: .....  
 Opinie konsultantów (w razie potrzeby): .....

**2. Aspekty etyczne i rodzinno-społeczne**

Pomimo ograniczenia procedur terapeutycznych uznanych za daremne przez cały czas będzie prowadzone postępowanie paliatywne, służące zapewnieniu Pacjentowi jak najlepszego komfortu życia. Kontynuowana będzie specjalistyczna opieka pielęgnarska oraz działania łagodzące dolegliwości, takie jak ból, niepokój, duszność, drgawki czy gorączka. Prowadzone będzie nawadnianie i żywienie Pacjenta stosownie do jego potrzeb. Pacjentowi zostanie zapewniony stały kontakt z najbliższymi mu osobami, a także z innymi osobami wspierającymi w zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych.

W celu określenia najbardziej korzystnego postępowania wobec Pacjenta w obecnym stanie przeprowadzono rozmowę z następującymi osobami (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomości):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

Inne osoby uczestniczące w spotkaniu (imię, nazwisko, wykonywany zawód):

.....  
 .....  
 .....

Omówiono następujące problemy:

- 1) aktualny stan kliniczny i stan świadomości Pacjenta oraz rokowanie co do przeżycia/poprawy klinicznej/wyleczenia
- 2) stosowane aktualnie metody leczenia, ich skuteczność i inwazyjność
- 3) przekonania światopoglądowe Pacjenta, w tym moralne i religijne, a także jego ewentualne wyrażone wcześniej życzenia co do postępowania w sytuacji zagrożenia/schyłku życia, które byłyby znane jego rodzinie lub innym bliskim mu osobom
- 4) plan dalszego postępowania, w tym ustalenie z bliskimi, jakie elementy opieki byłyby ważne dla Pacjenta (np. spełnienie potrzeb religijnych, pożegnanie się z kimś), a jakie dla nich, i zatroszczenie się o uwzględnienie tych potrzeb w miarę możliwości.

**Lista procedur terapeutycznych objętych decyzją o niepodjęciu lub odstąpieniu od kontynuacji**

| Rodzaj postępowania                                           | Niepodjęcie | Odstąpienie |
|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| przekazanie na oddział intensywnej opieki medycznej           |             |             |
| resuscytacja krążeniowo-oddechowa                             |             |             |
| farmakologiczne wspomaganie układu krążenia                   |             |             |
| kardiowersja / defibrylacja zaburzeń rytmu serca              |             |             |
| nowa stymulacja endokawitarna / zewnętrzna                    |             |             |
| mechaniczne wspomaganie układu krążenia                       |             |             |
| tlenoterapia wysokoprzepływowa                                |             |             |
| nieinwazyjna mechaniczna wentylacja płuc (NIV)                |             |             |
| intubacja dotchawicza                                         |             |             |
| inwazyjna mechaniczna wentylacja płuc                         |             |             |
| pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddechowych (ECMO)          |             |             |
| terapia nerkozastępcza                                        |             |             |
| uzyskanie dostępu naczyniowego z użyciem cewnika centralnego  |             |             |
| zabiegi operacyjne i inne procedury inwazyjne                 |             |             |
| żywienie parenteralne                                         |             |             |
| przetaczanie krwi, jej składników i produktów krwiopochodnych |             |             |

**OŚWIADCZENIE**

Niepodjęcie albo odstąpienie od wymienionych powyżej procedur jest w pełni medycznie i etycznie uzasadnione ze względu na ich daremność medyczną i dobro pacjenta.

**1. Lekarz specjalista**

Imię i nazwisko: .....

Nr PWZ: .....

Podpis i pieczęć: ..... Data .....

**2. (opcjonalnie) Lekarz prowadzący**

Imię i nazwisko: .....

Nr PWZ: .....

Podpis i pieczęć: ..... Data .....

**3. Lekarz kierujący oddziałem lub lekarz specjalista (gdy lekarz kierujący oddziałem nie jest osiągalny)**

Imię i nazwisko: .....

Nr PWZ: .....

Podpis i pieczęć: ..... Data .....

## PIŚMIENNICTWO

1. Kübler A, Siewiera J, Durek G, et al. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2014 Sep-Oct;46(4):215-20. doi: 10.5603/AIT.a2014.0038
2. Szeroczyńska M, Czarkowski M, Krajnik M, et al.; on behalf of The Polish Working Group On End-Of-Life Ethics. Institution of the health care agent in Polish legislation: Position of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics. *Pol Arch Med Wewn.* 2016 May 5;126(5):313-320. doi: 10.20452/pamw.3405
3. Rzecznik Praw Pacjenta. Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia. 2021. <https://share.google/Fz5jaA9DCyEd6Kjz> (dostęp: 2.06.2026)
4. Pawlikowski J. Znowelizowany Kodeks etyki lekarskiej – komentarz. *Med Prakt.* 2025;7-8(supl.):e2-e14
5. Ferdynus MP. The concept of medical utility is not similar to the concept of persistent therapy. *Pol Arch Intern Med.* 2024 Jan 29;134(1):16666. doi: 10.20452/pamw.16666
6. Szczekliki W, Krajnik M, Pawlikowski J, et al. The concept of medical utility is not similar to the concept of persistent therapy. Authors' reply. *Pol Arch Intern Med.* 2024 Jan 29;134(1):16667. doi: 10.20452/pamw.16667
7. Boloż W, Krajnik M, Adamczyk A, et al. The definition of overzealous therapy. The consensus of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics. *Adv Pall Med.* 2008;7:91-92
8. Ferdynus M. O uporczywej terapii oraz środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych w polskim kontekście bioetycznym. Na marginesie dwóch debat Polskiego Towarzystwa Bioetycznego. *Roczn Filoz.* 2021;69(2):72. doi: 10.18290/rf21692-3
9. Umiastowski J. Uporczywa terapia. W: Muszala A, red. *Encyklopedia bioetyki. Personalizm chrześcijański.* Głos Kościoła. Radom: Polwen; 2005:494
10. Biesaga T. Uśmiercanie z litości. [https://www.mp.pl/etyka/terapia\\_chorob/27299,wobec-uporczywej-terapii](https://www.mp.pl/etyka/terapia_chorob/27299,wobec-uporczywej-terapii) (dostęp: 13.03.2026)
11. Dangel T. Standardy postępowania i procedury medyczne pediatrycznej domowej opieki paliatywnej w hospicjach dla dzieci. Standardy perinatalnej opieki paliatywnej. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci; 2019. <https://www.hospicjum.waw.pl/fundacja/standardy-opieki/> (dostęp: 13.03.2026)
12. The Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith, Iura et Bona. Declaration on Euthanasia. May 5, 1980, p. IV. [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html) (dostęp: 13.03.2026)
13. Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. [https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_25031995\\_evangelium-vitae.html](https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html) (dostęp: 13.03.2026)
14. Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski. O terapii daremnej (uporczywej) chorych poddawanych intensywnej terapii. Warszawa 27.06.2018. <https://episkopat.pl/doc/180660.zespol-ekspertow-kep-ds-bioetycznych-zaprzestanie-terapii-daremnej-nie-moze-byc-utozsamiane-z-eutanazja> (dostęp: 2.02.2026)
15. Kongregacja Nauki Wiary. List Samaritanus bonus o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia. 14.07.2020. [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_pl.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_pl.html) (dostęp: 2.06.2026)
16. Giemza G. Opieka medyczna nad pacjentami wyznawców ewangelickich i ewangelikalnych. *Med. Prakt. wyd. spec.: Współczesne wyzwania etyki medycznej.* 2024:e288-e294
17. Paprocki H. Jak opiekę medyczną postrzega Kościół katolicki. *Med Prakt wyd spec. Współczesne wyzwania etyki medycznej.* 2024:e284-e287
18. Steinberg A. Współczesne dylematy medyczne z perspektywy żydowskiego prawa i etyki. *Med Prakt wyd spec. Współczesne wyzwania etyki medycznej.* 2024:e295-e297
19. 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 Jan 29;131(1):111-113. doi: 10.20452/pamw.15746
20. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al.; Board Members of EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med.* 2016 Feb;30(2):104-116. doi: 10.1177/0269216315616524
21. World Medical Association. WMA declaration on euthanasia. 5.11.2019. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-euthanasia/> (dostęp: 13.03.2026)
22. World Medical Association. 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: 13.03.2026)
23. Odpowiedź TIP na zarzuty Ordo Iuris ws. terapii daremnej. 21.07.2025. [https://www.mp.pl/etyka/kres\\_zycia/384709.odpowiedz-tip-na-zarzuty-ordo-iuris-ws-terapii-daremnej](https://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/384709.odpowiedz-tip-na-zarzuty-ordo-iuris-ws-terapii-daremnej) (dostęp: 13.03.2026)
24. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity Dz.U. z 2024 poz. 581 ze zm.
25. Szeroczyńska M. Prawo do godnego umierania w ustawodawstwie polskim. W: Górecki M, red. *Prawda umierania i tajemnica śmierci.* Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2010:127-164
26. Ustawa z 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, tekst jednolity Dz.U. z 2026 r. poz 37 z późn. zm.
27. Karkowska B. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. Warszawa: ABC; 2010
28. Dukiet-Nagórska T. O potrzebie wypracowania standardów postępowania dotyczących niepodjęcia terapii i jej zaprzestania. *Prawo Med.* 2008;10(2):19-20
29. Boratyńska M. Niektóre aspekty świadomej zgody pacjenta na leczenie na tle orzecznictwa Sądu Najwyższego. Część 1. Sprzeciw pro futuro. *Prawo Med.* 2007;9(2):28-29
30. Zoll A. Zaniechanie leczenia – aspekty prawne. *Prawo Med.* 2000;2(5):36-37
31. Ciotowicz R. Spory wokół „testamentu życia”. *Prawo Med.* 2007;9(1):32-44
32. Świdarska M. Zgoda pacjenta na zabieg medyczny. Toruń: Dom Organizatora; 2007
33. Sajfan M. Eutanazja a autonomia pacjenta – granice ochrony prawnej. W: *Prawo. Społeczeństwo. Jednostka. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Kubickiemu.* Warszawa: ABC; 2003:250-263
34. Ciszewski J. Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności za niektóre szkody medyczne. Gdańsk: Arche; 2002
35. Szeroczyńska M. Eutanazja i wspomagane samobójstwo na świecie. Studium prawnoporównawcze. Kraków: Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas; 2004
36. Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze; 1988
37. Sudore RL, Lum HD, You JJ, et al. Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Manage.* 2017 May;53(5):821-832.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331
38. Brożek A, Damps-Konstańska I, Pierchala W, et al. End-of-life care for patients with advanced lung cancer and chronic obstructive pulmonary disease: Survey among Polish pulmonologists. *Pol Arch Intern Med.* 2019 Apr 30;129(4):242-252
39. Szczekliki W, Krajnik M, Pawlikowski J, et al. 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
40. Center to Advance Palliative Care (CAPC). About palliative care. <https://www.capc.org/about/palliative-care/> (dostęp: 2.06.2026)
41. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: A consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med.* 2011;14(1):17-23
42. NICE guideline. Care for the dying in the last days of life. 16.12.2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31> (dostęp: 03.2026)
43. Quill TE, Holloway R. Time-limited trials near the end of life. *JAMA.* 2011 Oct 5;306(13):1483-4. doi: 10.1001/jama.2011.1413
44. Załuska W, Klinger M, Kusztal M, et al. Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dotyczące kryteriów jakości leczenia dializami pacjentów z powodu schyłkowej niewydolności nerek. *Nefrol Dial Pol.* 2015;1(9):6-11
45. Billings JA, Keeley A, Bauman J, et al.; Massachusetts General Hospital Palliative Care Nurse Champions. Merging cultures: Palliative care specialists in the medical intensive care unit. *Crit Care Med.* 2006;34(suppl. 11):S388-S393
46. Gajic O, Anderson BD. "Get to know me" board. *Crit Care Explor.* 2019. doi: 10.1097/CCE.0000000000000030
47. Swinton M, Giacomini M, Toledo F, et al. Experiences and expressions of spirituality at the end of life in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 2017 Jan 15;195(2):198-204. doi: 10.1164/rccm.201606-1102OC
48. Vanstone M, Neville TH, Clarke F, et al. Compassionate end-of-life care: Mixed-methods multisite evaluation of the 3 wishes project. *Ann Intern Med.* 2020 Jan 7;172(1):1-11. doi: 10.7326/M19-2438
49. Azad MA, Swinton M, Clarke FJ, et al. Experiences of bereaved family members receiving commemorative paintings: A qualitative study. *JAMA Netw Open.* 2020 Dec 1;3(12):e2027259. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.27259
50. Münch U, Müller H, Deffner T, et al. [Recommendations for the support of suffering, severely ill, dying or grieving persons in the corona pandemic from a palliative care perspective: recommendations of the German Society for Palliative Medicine (DGP), the German Interdisciplinary Association for Intensive and Emergency Medicine (DIVI), the Federal Association for Grief Counseling (BVT), the Working Group for Psycho-Oncology in the German Cancer Society, the German Association for Social Work in the Healthcare System (DVSG) and the German Association for Systemic Therapy, Counseling and Family Therapy (DGSF)]. *Schmerz.* 2020 Aug;34(4):303-313. doi: 10.1007/s00482-020-00483-9
51. Patients and family at the end of life. [https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/sa\\_statement\\_-\\_patients\\_and\\_family\\_at\\_end\\_of\\_life\\_care\\_final\\_-\\_updated\\_september\\_2020.pdf](https://www.rcpe.ac.uk/sites/default/files/sa_statement_-_patients_and_family_at_end_of_life_care_final_-_updated_september_2020.pdf) (dostęp: 13.03.2026)
52. Krajnik M, Gajewski P, Golota S, et al. Opieka duchowa niezbędną składową całościowej opieki nad chorymi na COVID-19. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie. *Med Prakt.* 2020;12:146-152
53. Jak pomóc bliskim umierającego chorego pożegnać się z nim przez telefon. <https://ptodm.org.pl/badz-przy-mnie/255738.jak-pomoc-bliskim-umierajacego-chorego-pozenac-sie-z-nim-przez-telefon> (dostęp: 13.03.2026)

54. Multidisciplinary Working Group "ComuniCovid" [Italian Society of Anesthesia and Intensive Care (SIAARTI), Italian Association of Critical Care Nurses (Aniarti), Italian Society of Emergency Medicine (SIMEU), and Italian Society Palliative Care (SICP)]. Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2 [How to communicate with families of patients in complete isolation during SARS-CoV-2 pandemic multidisciplinary working group "ComuniCoVID"]. *Recenti Prog Med.* 2020 Jun;111(6):357-367. doi: 10.1701/3394.33757.
55. Ersek M, Smith D, Griffin H, et al. End-of-life care in the time of COVID-19: Communication matters more than ever. *J Pain Symptom Manage.* 2021 Aug;62(2):213-222.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.12.024
56. Elmstedt S, Mogensen H, Hallmans DE, et al. Cancer patients hospitalised in the last week of life risk insufficient care quality – a population-based study from the Swedish Register of Palliative Care. *Acta Oncol.* 2019 Apr;58(4):432-438. doi: 10.1080/0284186X.2018.1556802
57. Pierce A, Hoffer M, Marcinkowski B, et al. Emergency department approach to spirituality care in the era of COVID-19. *Am J Emerg Med.* 2021 Aug;46:765-768. doi: 10.1016/j.ajem.2020.09.026
58. Taylor B, Xyrichis A, Leamy MC, et al. Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ Open.* 2018 Oct 18;8(10):e024254. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024254