



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Warszawa, 2 kwietnia 2025 r.

**Pan prof. dr hab. n. med. Wojciech Szczeklik
(przewodniczący)
Ks. dr hab. Piotr Aszyk, prof. PWTW
Pan prof. dr hab. n. med. Jan Duława
Pan dr n. med. Piotr Gajewski
Pan dr Jacek Górka
Pan prof. dr hab. n. med. Jacek Imiela
Pan dr n. med. Tomasz Imiela
Pani dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek
Pani prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik
Pan prof. dr hab. n. med. Andrzej Kübler
Ks. dr hab. Andrzej Muszala, prof. UPJP II
Pan prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk
Pan dr hab. n. med., dr n. prawn. Jakub Pawlikowski,
prof. UKSW
Pani dr n. prawn. Małgorzata Szeroczyńska**
**- członkowie Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów
Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych**

Szanowni Państwo Profesorowie i Doktorzy,

od kilku miesięcy Instytut Ordo Iuris obserwuje toczącą się w przestrzeni publicznej ożywioną dyskusję wokół tematu zapobiegania terapii daremnej, źródłem której jest opublikowane 26 kwietnia 2023 r. na łamach serwisu „Medycyna Praktyczna” stanowisko Grupy Roboczej Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych – *Zapobiegania terapii daremnej u dorosłych chorych umierających w szpitalu. Część 1: chory umierający nieubezwłasnowolniony, niebędący w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii*. Do Instytutu docierają głosy krytyki pod adresem tego stanowiska, płynące także od przedstawicieli zawodów medycznych, głównie lekarzy. Funkcjonujące w Instytucie Centrum Prawa Medycznego i Bioetyki, we współpracy z ekspertami z zakresu medycyny, zasiadającymi w Radzie Naukowej Instytutu Ordo Iuris, podejmuje w swojej działalności zagadnienia związane z ochroną życia – zarówno życia poczętego jak również życia kończącego się. Z uwagi na ten istotny obszar działalności Instytutu



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

oraz docierające do nas wątpliwości dotyczące przyjętej w stanowisku Grupy Roboczej koncepcji opieki nad pacjentami u kresu życia, podjęliśmy się analizy stanowiska, która doprowadziła nas do przedstawionych poniżej wniosków:

1. W stanowisku posłużono się nieprecyzyjnymi pojęciami, co może powodować poważne trudności interpretacyjne i zasadnie budzi obawy części społeczeństwa, w tym lekarzy.

W ocenie Instytutu Ordo Iuris w stanowisku Grupy Roboczej posłużono się **nieprecyzyjną terminologią określającą populację pacjentów**, których obejmować mają zalecenia płynące ze stanowiska. W tytule publikacji i niektórych jej fragmentach podano, że stanowisko odnosi się do sytuacji pacjentów określonych jako „umierający”, natomiast w innych częściach stanowiska pojawiają się także takie terminy jak: „chory u schyłku życia”, „okres końca życia”, „chory u kresu życia”, „chory w końcowej fazie życia”, pacjenci „w stanach terminalnych”, chory „w okresie samego umierania (ostatnie dni i godziny życia)”. Treść stanowiska nie jest więc spójna z jego tytułem i sugeruje, że stanowisko odnosi się nie tylko do sytuacji pacjentów umierających (jak to ujęto w stanowisku – „w okresie samego umierania”), ale także innych pacjentów cierpiących na choroby prowadzące do śmierci, którzy jednak nie znajdują się jeszcze na etapie umierania. Ta niespójność terminologiczna może rodzić poważne wątpliwości interpretacyjne prowadzące do niewłaściwego, przedwczesnego stosowania zaleceń ujętych w stanowisku wobec pacjentów przebywających w szpitalach. Warto zwrócić uwagę, że z podobnym problemem mierzyła się w przeszłości brytyjska służba zdrowia. Zainicjowany w tym kraju w latach '90 sformalizowany model opieki nad pacjentami umierającymi – *Liverpool Care Pathway for the Dying Patient* (dalej „LCP”) – wykazujący pewne istotne podobieństwa z modelem opieki proponowanym w stanowisku Grupy Roboczej - wzbudził liczne głosy krytyki i ostatecznie został zaniechany. Wśród zastrzeżeń kierowanych w stronę założeń LCP, w oficjalnym raporcie oceniającym ten model opieki zatytułowanym: *More care, less pathway. A review of the Liverpool Care Pathway* (dalej „Raport”), znalazły się także te dotyczące braku precyzji wykorzystanej w



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

nim terminologii i wynikającego z tego ryzyka niewłaściwego stosowania LCP¹. Dla minimalizacji tego ryzyka, w Raporcie zalecono opracowanie jasnych i precyzyjnych definicji ram czasowych mających zastosowanie do podejmowania decyzji w kwestii końca życia, co wydaje się uwagą aktualną także w kontekście niejednoznacznej terminologii zastosowanej w stanowisku Grupy Roboczej.

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

W stanowisku Grupy Roboczej proponuje się odejście od pojęcia „terapia uporczywa” na rzecz terminu „terapia daremna”, wskazując, że określenia te są podobne. Należy jednak podkreślić, że nie są to pojęcia tożsame, a „terapia daremna” jest pojęciem zakresowo innym od terminu „terapia uporczywa”, gdyż nie obejmuje subiektywnych odczuć pacjenta względem podejmowanych wobec niego interwencji medycznych. Dane działanie może być uznane za medycznie daremne z punktu widzenia lekarza, ale jednocześnie nie musi być działaniem uporczywym dla pacjenta. Możliwa jest oczywiście również sytuacja odwrotna.

Wprawdzie poruszaną kwestię trudno odnieść do sytuacji pacjentów nieubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji co do leczenia, do których odnosi się analizowana część 1 stanowiska Grupy Roboczej, jednak jest elementem szerszego zagadnienia godności pacjenta i jego prawa do samostanowienia oraz nabierze szczególnego znaczenia przy opracowywaniu stanowiska obejmującego pacjentów zdolnych do wyrażania swojej woli.

Stanowisko Grupy Roboczej opiera się na założeniu, że prawo pacjenta do samostanowienia (którego emanacją jest art. 16 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²) w kwestii kontynuowania leczenia ma wyłącznie aspekt negatywny – pacjent może nie wyrazić zgody na proponowaną mu interwencję medyczną, nie ma natomiast prawa domagać się kontynuowania terapii uznanej przez lekarza (zespół lekarzy) za daremną. Podkreślić trzeba,

¹ J. Neuberger I, D. Aaronovitch, T. Bonser i in., *Independent Review of the Liverpool Care Pathway*, https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a75153340f0b6397f35d87d/Liverpool_Care_Pathway.pdf, dostęp: 13.03.2025, s. 14.

² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r., Dz.U. z 2024 r. poz. 581.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

że w kwestii tej brak jest jednolitego stanowiska etyków, a istotnych argumentów przeciwko założeniom przyjętym w stanowisku Grupy Roboczej dostarcza pogląd ks. bp dr hab. n. teol. Józefa Wróbla SCJ, prof. KUL oraz ks. prof. dr hab. n. teol. Piotra Morcińca, wyrażony w wydanych przez Rzecznika Praw Pacjenta *Standardach postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*. Powołując się na **prawo pacjenta do samostanowienia**, które podlega ochronie także na gruncie KEL (w szczególności art. 14 ust. 1), autorzy ci podnoszą, że *jeżeli pacjent jest świadomy, pozostaje pierwszym podmiotem decydującym o kontynuacji lub przerwaniu terapii, która jest dla niego źródłem trudnej do zniesienia niedogodności lub cierpienia – rzecz jasna, po konsultacji medycznej. Nie do przyjęcia jest, że w przypadku jednej z najważniejszych decyzji życiowych pacjentowi chce się odebrać to prawo*³. Na **pozytywny aspekt prawa pacjenta do samostanowienia** zwracali również uwagę autorzy projektów ustaw: o ochronie genomu ludzkiego i embrionów ludzkich (2008 r.)⁴ oraz o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz zmianie niektórych innych ustaw (2012 r.)⁵, przewidując – w ramach zmian w ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty – zobowiązanie lekarza do podejmowania na żądanie pacjenta działania mającego charakter uporczywej terapii.

Z uwagi na objęcie swoim zakresem osobistego stosunku pacjenta do będących w zasięgu personelu medycznego możliwości terapeutycznych, określenie „terapia uporczywa” jest właściwsze, wyrażające poszanowanie godności i prawa do samostanowienia pacjentów także tych znajdujących się w końcowej fazie życia. Odniesienie „uporczywości” do subiektywnie odczuwanego cierpienia pacjenta i jego godności znalazło wyraz w definicji „terapii uporczywej” opracowanej w 2008 r. przez Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Ponadto na uwagę zasługuje fakt, że pojęcie „uporczywości” nie wyklucza aspektu daremności terapii ocenianej z medycznego punktu widzenia. Zgodnie z definicją z

³ *Standardy postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia*, Rzecznik Praw Pacjenta, Warszawa 2021, s. 46.

⁴ eKai, *Co dokładnie mówi projekt „ustawy Gowina”?* (cały tekst projektu), <https://www.ekai.pl/co-dokladnie-mowi-projekt-ustawy-gowina-caly-tekst-projektu/>, dostęp: 14.03.2025.

⁵ Projekt ustawy o ochronie genomu ludzkiego i embrionu ludzkiego oraz zmianie niektórych innych ustaw z 2012 r., <https://orka.sejm.gov.pl/Druki7ka.nsf/0/AE4E777E0FBE7940C1257B170039FF7B/%24File/1107.pdf>, dostęp: 14.03.2025.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Wielkiego Słownika Języka Polskiego, „uporczywy” to „taki, którego działanie jest długotrwałe i oceniane jako nieprzyjemne lub szkodliwe”⁶. Jeżeli terapią daremną są działania nieprzynoszące choremu żadnych korzyści, a „jedynie «przedłużają umieranie», i to umieranie niegodne człowieka, zadające mu więcej cierpień (zarówno fizycznych, jak i psychicznych czy duchowych), niż fakt tego przedłużania mógłby mu przynieść korzyści”⁷, to niewątpliwie mają one cechy działania szkodliwego i mieszczą się w pojęciu „uporczywości”. W docierających do Instytutu głosach krytyki pod adresem stanowiska Grupy Roboczej znajdują się również te podważające zasadność stosowania zawężającego pojęcia „terapii daremnej”.

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

Zgodnie z tytułem stanowiska Grupy Roboczej, odnosi się ono do sytuacji pacjentów umierających. W rozdziale znajdującym się na stronie 125 stanowiska pt. „Uznawanie terapii za daremną na podstawie medycznej oceny dotychczasowego leczenia i chorowania”, w którym poruszono problem prowadzenia terapii daremnej na oddziałach szpitalnych z przytoczeniem przykładowych sytuacji tego rodzaju. Zaskakujące jest jednak umieszczenie w tym rozdziale odwołania do **Dodatku 2** do stanowiska, określającego grupę niezdolnych do świadomego wyrażenia woli pacjentów „z zaawansowaną przewlekłą chorobą ograniczającą życie lub zagrażającą życiu”⁸, u których istnieć może szczególna potrzeba zapewnienia opieki paliatywnej. Uwzględniając kontekst, w jakim pojawiają się wspomniane kryteria „przesiewowej oceny w kierunku potrzeby opieki paliatywnej”⁹ oraz sam fakt, że stanowią one część opracowania (stanowiska) mającego obejmować wyłącznie pacjentów

⁶ <https://wsjp.pl/haslo/podglad/4987/uporczywy>, dostęp: 13.03.2025.

⁷ M. Szeroczyńska, *Odstąpienie od uporczywej terapii – de lege lata i de lege ferenda*, *Medycyna Paliatywna* 2013; 5(2), s. 37.

⁸ Stanowisko, s. 137.

⁹ Stanowisko, s. 125.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

umierających, można dojść do niezgodnych - jak się zdaje – z intencją autorów stanowiska wniosków, że wymienione w Dodatku 2 cechy poszczególnych grup pacjentów mają w istocie przesądzać o daremności podejmowania względem nich terapii.

Dodatkowo wspomnianą nieprecyzyjną część stanowiska Grupy Roboczej nie sposób rozpatrywać w oderwaniu od znowelizowanych przepisów Kodeksu Etyki Lekarskiej, w szczególności art. 33 ust. 3, który jednoznacznie zakazuje lekarzom stosowania terapii daremnej. Umieszczenie zatem w stanowisku poświęconym zapobieganiu terapii daremnej u pacjentów umierających Dodatku 2, charakteryzującego pacjentów wymagających opieki paliatywnej, może prowadzić do jego błędnej interpretacji i uznania, że chorych tych uznać należy za umierających i zaniechać wobec nich dalszej terapii (lub jej nie podjąć), chcąc uniknąć zarzutu naruszenia przepisu art. 33 ust. 3 KEL. Taka błędna interpretacja intencji autorów stanowiska i Kodeksu Etyki Lekarskiej może prowadzić do przypadków fatalnej w skutkach odmowy stosowania terapii u pacjentów, którym taka pomoc powinna być udzielona.

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

Wiele kontrowersji w debacie publicznej wzbudza zaproponowany w **Dodatku 3** stanowiska wzór *Protokołu postępowania dotyczącego ograniczenia terapii daremnej u pacjenta pozbawionego możliwości wyrażenia woli, leczonego na oddziale o profilu internistycznym* (dalej: „Protokół”). Wśród głosów krytycznych usłyszeć można między innymi takie, że przygotowany dla lekarzy pracujących na oddziałach szpitalnych formularz stanowi wyraz niewłaściwego, bo mechanistycznego podejścia do pacjenta – w omawianym przypadku - umierającego. Wprawdzie zakładać można, że takie sformalizowane podejście do pacjentów ma na celu zapewnienie jednakowo dobrej opieki każdej osobie uważanej za umierającą, jednak praktyka stosowania podobnych rozwiązań w Wielkiej Brytanii, tj. wspomnianej już *Liverpool Care Pathway* (LCP), pokazała, że jej prawidłowe wdrażanie napotyka znaczne problemy, w wyniku czego wielu pacjentów doświadczało – wbrew założeniom LCP - niskiej



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

jakości opieki. Jak zauważono w Raporcie: *Gdy opieka jest już na niskim poziomie, LCP jest czasami stosowana jako «odhaczanie pól wyboru» [a “tick-box” exercise], a dobra opieka nad umierającym pacjentem i jego krewnymi lub opiekunami może nie istnieć*¹⁰. Na wyrażoną w raporcie negatywną ocenę stosowania w praktyce LCP składały się między innymi opinie: *Powtarzającą się obserwacją rodzin było, że rozpoczęcie LCP wydawało się skutkować zaniechaniem oceny klinicznej potrzeby podawania leków, zamiast wykonywaniem jej co cztery godziny, jak zalecano w dokumencie LCP; LCP była następnie postrzegana jak protokół, a nawet ćwiczenie „odhaczania pól”, w którym następnym krokiem było zaprzestanie podawania jedzenia i płynów oraz stosowanie ciągłych wlewów silnych opioidów i środków uspokajających bez uzasadnienia lub wyjaśnienia*¹¹. W konkluzjach Raportu podniesiono, że w odpowiednich rękach Liverpool Care Pathway może stanowić wzór dobrej opieki w ostatnich dniach lub godzinach życia wielu pacjentów. *Idea przeniesienia standardów opieki hospicyjnej do środowiska szpitalnego jest godna podziwu: przed powszechnym wprowadzeniem LCP do szpitali, opieka, jaką otrzymywali pacjenci, była na różnym poziomie i odnotowano wiele przypadków złej opieki. Ale jest jasne, że w niewłaściwych rękach LCP była wykorzystywana jako wymówka dla złej jakości opieki*¹². Z powodu stwierdzonego ryzyka dla dobra pacjentów, w konkluzjach Raportu znalazła się rekomendacja, aby **zrezygnować z ogólnych protokołów na rzecz indywidualnego dla każdego pacjenta planu opieki na koniec życia (end of life care plan)**¹³.

¹⁰ *Where care is already poor, the LCP is sometimes used as a tick box exercise, and good care of the dying patient and their relatives or carers may be absent.*, J. NeubergerI, D. Aaronovitch, T. Bonser i in., *Independent Review...*, s. 3.

¹¹ *A repeated observation by families was that starting the LCP seemed to mean that proper clinical assessments of the need for medication ceased, instead of occurring every four hours as recommended in the LCP document; the LCP was then experienced as if it were a protocol, even a “tick-box” exercise, through which the next step was to stop food and fluids and give continuous infusions of strong opioids and sedatives without justification or explanation.*, J. NeubergerI, D. Aaronovitch, T. Bonser i in., *Independent Review...*, s. 29.

¹² *The Review panel recognises that, in the right hands, the Liverpool Care Pathway can provide a model of good practice for the last days or hours of life for many patients. The ambition to transpose hospice-like standards of care into the hospital setting is admirable: before the widespread introduction of the LCP into hospitals, the care that patients received was variable and there were many examples of poor care. But it is clear that, in the wrong hands, the LCP has been used as an excuse for poor quality care.*, J. NeubergerI, D. Aaronovitch, T. Bonser i in., *Independent Review...*, s. 47.

¹³ Tamże.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

5. W stanowisku Grupy Roboczej dostrzeżono braki w zakresie pozytywnie ocenianej praktyki korzystania z ACP i instytucji pełnomocnika medycznego, jednak finalnie zaproponowano odmienne rozwiązania.

W tekście stanowiska pojawiają się wzmianki o praktyce planowania opieki medycznej z wyprzedzeniem (ACP) oraz wyboru pełnomocnika medycznego. Z treści stanowiska wynika, że rozwiązania te są oceniane pozytywnie przez Grupę Roboczą, która jednocześnie zwraca uwagę na niewystarczające wykorzystanie potencjału ACP na oddziałach szpitalnych (poza środowiskiem medycyny paliatywnej)¹⁴, a także na brak regulacji prawnych dotyczących pełnomocnika medycznego¹⁵. Stanowisko Grupy Roboczej nie zmierza jednak do naprawy tak zidentyfikowanych braków w opiece nad pacjentami określanymi jako umierający, lecz proponuje innego rodzaju rozwiązania, w tym w postaci wspomnianego już Protokołu. Wydaje się jednak, że także w Polsce warto wykorzystać doświadczenia brytyjskiej służby zdrowia ze stosowaniem podobnego rozwiązania – LCP i zamiast Protokołu nacisk położyć na rozwój modelu zindywidualizowanej opieki (ACP), który – jak zauważono – jest z powodzeniem stosowany w środowisku medycyny paliatywnej. W świetle powyższego zasadnym jest ponowne pochylenie się nad problematyką opieki medycznej końca życia i wypracowanie modelu tej opieki lepiej gwarantującego jej możliwie najwyższy poziom.

Z poważaniem,

dr Łukasz Bernaciński
Członek Zarządu Instytutu Ordo Iuris

r.pr. Katarzyna Gęsiak
Dyrektor Centrum Prawa Medycznego i
Bioetyki Instytutu Ordo Iuris

Do wiadomości: Naczelnej Izby Lekarskiej, Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu, Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, Polskiego Towarzystwa

¹⁴ Stanowisko, s. 123.

¹⁵ Stanowisko, s. 125.



*Razem w obronie
życia, wolności, rodziny
i suwerenności!*

Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Do Badań nad Rakiem Piersi, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, Polskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego, Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego.