

Terapia daremna jest czymś złym

31 października 2024

To są zawsze trudne decyzje, jednak terapia daremna jest czymś złym i nie powinna mieć miejsca w żadnym polskim szpitalu – twierdzi anestezjolog z Krakowa prof. Wojciech Szczeklik.

Specjalista jest jednym z głównych autorów stanowiska opracowanego przez Grupę Roboczą Towarzystwa Internistów Polskich ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych. Kieruje Ośrodkiem Intensywnej Terapii i Medycyny Okołożabiegowej Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Prof. Wojciech Szczeklik wielokrotnie wypowiadał się na temat tzw. terapii daremnej, podkreślając, jak jest to trudny w medycynie temat, ale uważa, że trzeba o tym rozmawiać, by nadać jej właściwe rozumienie. Po raz kolejny wypowiadał się o tym podczas konferencji naukowo-szkoleniowej „Medycyna końca życia”, która w październiku odbyła się w Gorzowie Wielkopolskim.

„Wytyczne w medycynie końca życia to najtrudniejszy dokument, nad którym dotąd pracowałem” – powiedział krakowski anestezjolog. Zaznaczył, że w terapii daremnej nie chodzi o rezygnację z dalszego leczenia. „Walczymy o chorego, ale w pewnym momencie widzimy, że tej walki już nie wygramy” – podkreślił. Wtedy należy podjąć inne leczenie.

„Odchodząc od terapii daremnej, wchodzimy na ścieżkę terapii paliatywnej, ukierunkowanej na komfort chorego” – tłumaczył. Przyznał, że są to zawsze trudne decyzje, trzeba wziąć pod uwagę szanse leczenia i oczekiwania chorego. Ważna jest też rozmowa z pacjentem, jeśli jest ona możliwa, oraz – co bardzo ważne – z jego bliskimi. „Z bliskimi trzeba rozmawiać, gdy pacjent jest nieprzytomny lub w ograniczonym kontakcie i w

oparciu o konsylium lekarskie ustalić dalsze postępowanie, wykorzystując naszą wiedzę, doświadczenie i wartości moralne, które są trudne do zdefiniowania” – przekonywał. Chodzi jednak głównie o szacunek dla autonomii chorego, dbanie o jego dobro, jak też o to, by nie czynić mu zła, oraz zadbać o jego sprawiedliwość. „To podejście musi być zawsze indywidualne, spersonalizowane, mające na uwadze godność chorego i jego autonomię” – dodał.

Są różne definicje terapii daremnej. Według prof. Szczeklika chodzi o stosowanie procedur medycznych w celu utrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które jedynie przedłużają jego umieranie i mogą zwiększać cierpienia, na które jest on narażony, lub naruszają jego godność.

Specjalista zaznacza, że odstępowanie od terapii daremnej nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu, leczenia podstawowego oraz karmienia i nawadniania służących dobru pacjenta. To bardzo ważne, gdyż pacjent nie jest pozbawiony jakiegokolwiek leczenia i opieki. Zostaje ona jedynie zmodyfikowana; nie jest już nastawiona na walkę o życie chorego za wszelką cenę, gdy to postępowanie może wyrządzić więcej złego niż dobrego.

Na tym etapie terapia nie polega na kontynuowaniu intensywnego leczenia i wdrażaniu kolejnej metody leczenia, najprawdopodobniej nieskutecznej. „To odstąpienie od stosowania preparatów przedłużających cierpienie chorego, a nie przedłużających jego życia” – zwraca uwagę prof. Wojciech Szczeklik. Na przykład nie zwiększa się już dawek antybiotyków i nie podaje nowych. Warto czasami odstąpić od stosowanej metody leczenia, na przykład od ECMO (pozaustrojowego utlenienia i krążenia krwi).

Zdaniem krakowskiego anestezjologa taka sytuacja jest często na oddziale intensywnej terapii. „To nasza codzienność” – podkreśla. Dodaje jednak, że takiego podejścia brakuje wciąż na innych oddziałach. Przyznaje, że nie ma gotowych

uwarunkowań prawnych w tym zakresie. Lekarze i personel medyczny mało rozmawiają o końcu życia z chorymi, bo to wyjątkowo trudny temat. „Ważna jest identyfikacja chorych, u których może dojść do stosowania terapii nadmiernej, przedłużającej jedynie jego cierpienie” – twierdzi specjalista. Zwykle są to chorzy z zaawansowaną niewydolnością serca, aktywną rozsianą chorobą nowotworową, przewlekłą chorobą płuc oraz niewydolnością wątroby. „Ważne, w jakim stanie zdrowia jest chory, zanim trafi do szpitala” – tłumaczy. Jedynym z istotnych wyznaczników jest tzw. stan kruchości, nazywany też zespołem słabości lub wyczerpania rezerw organizmu, a także wielochorobowość oraz ciężka choroba, będąca powodem przyjęcia do szpitala. Gdy stan kruchości ocenia się na 6-7 punktów, to umieralność takiego pacjenta na intensywnej terapii jest większa.

Prof. Szczeklik zaznacza, że o dalszym postępowaniu wobec chorego powinno decydować konsylium lekarskie, by określić, jaki jest pomysł na dalsze leczenie chorego. O tym trzeba rozmawiać z chorym oraz jego bliskimi. „Ważne, żeby powiedzieć, na czym się skupimy, a czego na pewno nie będziemy robić. Nie kończymy leczenia, ale zmieniamy jego wartości; bardziej będzie ukierunkowane na zapewnienie komfortu życia pacjenta” – zapewnia. Dodaje też, że „to nie jest nieodwracalne”.

Jego zdaniem dobra komunikacja z rodziną pacjenta ułatwia bliskim zrozumienie i pogodzenie się z tym, że chory odchodzi, co zapobiega również tzw. powikłanej żałobie, niemożności pogodzenia się ze śmiercią bliskiego. Takie podejście zawsze można jeszcze zmienić, jeśli się okaże, że mimo złych rokowań stan pacjenta jednak się poprawia, co rzadko, ale jednak się zdarza.

Już Hipokrates pisał, że lekarz nie powinien podejmować leczenia takich chorych, którzy zostali pokonani przez chorobę – mając świadomość, że medycyna jest w tym przypadku bezsilna. Nie każdego chorego da się wyleczyć. „Zgodnie z prawem

lekarzowi nie wolno stosować terapii daremnej i decyzja o uznaniu, czy taka jest, należy do zespołu leczącego, i w miarę możliwości powinna uwzględnić wolę chorego” – wyjaśnia prof. Wojciech Szczeklik. „Gdy dojdzie już do śmierci chorego, to musimy mieć przekonanie, że zrobiliśmy coś dobrego. Śmierć chorego nie jest moją klęską i warto o tym rozmawiać” – tłumaczy specjalista.

Autorstwo: Zbigniew Wojtasiński (PAP)

Źródło: NaukawPolsce.pl