14 listopada 2023

Pełnomocnictwo ogólne a medyczne. Terapia daremna

Pełnomocnictwo ogólne to podstawowy rodzaj pełnomocnictwa, które jest udzielane w celu dokonywania czynności prawnych w imieniu mocodawcy – najczęściej w sytuacji przedłużającej się nieobecności mocodawcy. Art. 98 Kodeksu Cywilnego stanowi, że pełnomocnictwo ogólne obejmuje umocowanie do czynności zwykłego zarządu oraz administrowania majątkiem. Wprawdzie na gruncie polskiego prawa nie sprecyzowano w jasny sposób, jakie dokładnie czynności obejmuje zwykły zarząd, jednak zwykle przyjmuje się, że pełnomocnictwo ogólne umocowuje m.in. do odbierania korespondencji czy składania dokumentów w imieniu mocodawcy lub do reprezentowania go przed urzędami w razie takiej konieczności. Należy pamiętać, iż pełnomocnictwo ogólne musi zostać udzielone w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przy czym mocodawca nie ma obowiązku określania, jakich dokładnie czynności udzielane pełnomocnictwo dotyczy. Pełnomocnictwo ogólne udzielone w formie notarialnej daje umocowanej osobie pewność, że dokument taki nie zostanie zakwestionowany w żadnym urzędzie, instytucji publicznej ani przez żadną osobę fizyczną. Każda osoba, która posiada pełną zdolność do wykonywania czynności prawnych i osiągnęła pełnoletniość, może zostać pełnomocnikiem. W ściśle określonych sytuacjach przepisy prawa dopuszczają również możliwość udzielenia pełnomocnictwa osobom niepełnoletnim lub mającym ograniczoną zdolność do wykonywania czynności prawnych. Aby udzielić pełnomocnictwa ogólnego w formie notarialnej, mocodawca musi stawić się osobiście w siedzibie notariusza i przedłożyć: dokument tożsamości mocodawcy, dane osobowe osoby, której ma zostać udzielone pełnomocnictwo (imię/imiona, nazwisko, imiona rodziców, numer PESEL). Nie ma wymogu obecności pełnomocnika w trakcie udzielania pełnomocnictwa notarialnego. Jeżeli w treści pełnomocnictwa nie został jasno sprecyzowany termin lub okoliczności upływu ważności udzielonego pełnomocnictwa, jest ono co do zasady ważne bezterminowo. Zgodnie z obowiązującymi przepisami pełnomocnictwo wygasa również w sposób automatyczny w przypadku śmierci jednej ze stron, o ile treść pełnomocnictwa nie stanowi inaczej – można zastrzec, iż udzielone przez mocodawcę upoważnienie notarialne zachowa ważność nawet po śmierci dowolnej strony. Zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa pełnomocnictwo notarialne do reprezentowania mocodawcy może zostać przez niego unieważnione w dowolnym momencie. Co istotne, nie istnieje obowiązek podania przyczyny odwołania pełnomocnictwa, a samo odwołanie może się odbyć w dowolnej dopuszczonej przez prawo formie, także w przypadku braku zgody pełnomocnika na odwołanie (jego sprzeciw nie wywołuje żadnych skutków prawnych). Pełnomocnictwo notarialne ogólne może zostać odwołane zwykłym dokumentem, nie wymaga się zachowania formy notarialnej. Trzeba jednak mieć na uwadze, że ustawowym obowiązkiem mocodawcy jest skuteczne zawiadomienie pełnomocnika o fakcie

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

odwołania pełnomocnictwa (najlepiej uczynić to listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru). Dokument pełnomocnictwa musi zostać zwrócony mocodawcy po wygaśnięciu pełnomocnictwa.

Pełnomocnictwo medyczne - problematyka podejmowania decyzji medycznych dotyczących pacjentów niezdolnych do samodzielnego podejmowania decyzji oraz tych, którzy na własne życzenie rezygnują z uzyskania informacji na temat własnego stanu zdrowia wymaga utworzenia stosownych uregulowań prawnych w tym zakresie. Polska Grupa Robocza ds. Problemów Etycznych Końca Życia proponuje wprowadzenie do prawa polskiego instytucji pełnomocnika medycznego, wskazując zasady powoływania, zadania i zakres jego odpowiedzialności w świetle Rekomendacji nr 11 Rady Europy z 2009 r. Pełnomocnik medyczny to wybrana przez pacjenta osoba, która reprezentuje jego wolę. Zakres działania pełnomocnika medycznego dotyczy decyzji medycznych podejmowanych w imieniu mocodawcy, a więc takich, do których uprawniony byłby sam pacjent na mocy przysługujących mu praw. Pełnomocnik medyczny powinien podejmować decyzje medyczne, posiadając szczegółową wiedzę na temat pacjenta. Powinien uwzględniać i szanować jego wolę i autonomię, wyznawane wartości oraz jego preferencje. Głównym zadaniem stojącym przed pełnomocnikiem medycznym jest więc odzwierciedlenie rzeczywistego i zarazem subiektywnego stanowiska pacjenta oraz jego późniejsza realizacja. W związku z tym wskazane jest, aby pełnomocnikiem pacjenta ustanawiać osobę, którą pacjent zna i darzy zaufaniem, co ma dawać gwarancję uszanowania jego woli. W podejmowaniu decyzji medycznych pełnomocnik nie powinien się kierować zasadami innymi niż te, które zostały wyrażone przez pacjenta, lub podejmować decyzji na podstawie własnego pojmowania dobra pacjenta. Powinien się on kierować zasadami zgodnymi z wolą swojego mocodawcy nawet w sytuacji, w której sam uznałby inną decyzję za zgodną z najlepszym obiektywnym dobrem pacjenta. Powyższe postanowienia znajdują odzwierciedlenie w Rekomendacji nr 11 dotyczącej stałych pełnomocnictw i uprzednich oświadczeń na wypadek niezdolności wyrażenia woli przez pacjenta. Rekomendacja nr 11 wskazuje m.in. na potrzebę dopuszczenia w krajowym obrocie prawnym tzw. stałych pełnomocników. Mandat pełnomocnika rozpoczynałby się z chwilą utraty przez mocodawcę faktycznych zdolności do podejmowania lub komunikowania decyzji o znaczeniu prawnym, dotyczących zarówno jego osoby, jak i majątku, którym dysponuje, przy czym z Rekomendacji nr 11 wynika wprost, że tego rodzaju pełnomocnictwa mogą dotyczyć również decydowania w sprawach postępowania medycznego wobec mocodawcy. Rekomendacja nr 11 sugeruje ponadto, aby pełnomocnictwo przyjmowało formę pisemną oraz by zostały w nim wymienione wszystkie obszary działania, w ramach których pełnomocnik zyskuje umocowanie. Jednocześnie na pełnomocniku spoczywałby obowiązek podejmowania czynności wyłącznie dla dobra mocodawcy i zgodnie ze znanymi mu życzeniami, wolą czy przekonaniami tego ostatniego. Według uznania przez mocodawcę możliwe powinno być powołanie nawet kilku pełnomocników, działających zarówno razem, jak i osobno, np. w różnych dziedzinach życia. Przepisy krajowe powinny umożliwiać odwołanie pełnomocnictwa w każdym czasie, o ile tylko mocodawca

będzie faktycznie zdolny do podjęcia tego typu decyzji. Zgodnie z Rekomendacją nr 11 poszczególne państwa powinny podjąć decyzję o wprowadzeniu mechanizmów ochrony mocodawców udzielających pełnomocnictw przed możliwymi nadużyciami ze strony pełnomocników; ustalić metody rozwiązywania ewentualnych konfliktów, które mogą między nimi zaistnieć; przewidzieć formy rejestracji i notyfikacji pełnomocnictw; ustalić sposób określenia terminu rozpoczęcia obowiązywania pełnomocnictwa i weryfikacji spełnienia warunku jego wejścia w życie, czyli zaistnienia faktycznej niezdolności do czynności prawnych mocodawcy.

Instytucja pełnomocnika medycznego występuje w systemach prawnych wielu krajów, do których należą: Australia, Chiny, Gruzja, Izrael, Japonia, Kanada, Korea Południowa, Republika Południowej Afryki, Stany Zjednoczone Ameryki, a na gruncie europejskim: Austria, Belgia, Francja, Hiszpania, Holandia, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Serbia, Szwajcaria, Węgry oraz Wielka Brytania. W prawie polskim nie ma aktualnie przepisów przewidujących pełnomocnictwo zgodne z założeniami Rekomendacji nr 11, choć rozwiązana w grudniu 2015 roku Komisja Kodyfikacyjna Prawa Cywilnego prowadziła prace nad jego wprowadzeniem (tzw. pełnomocnictwo opiekuńcze). Pełnomocnik medyczny rozwiązałby w dużym stopniu problemy praktyczne z uzyskiwaniem zgody na postępowanie medyczne w przypadku dwóch grup pacjentów: 1) niezdolnych do samodzielnego podjęcia decyzji (np. nieprzytomnych, będących pod wpływem silnych leków, czy też osób ze zmiennymi albo utrwalonymi zaburzeniami funkcji poznawczych), a nieposiadających przedstawiciela ustawowego (czyli osób dorosłych i nieubezwłasnowolnionych). Chodzi tu o bardzo dużą grupę pacjentów (np. na oddziałach intensywnej terapii można mówić niemal o wszystkich). Podstawowym uzasadnieniem działań podjętych przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia zmierzających do stworzenia w polskim prawie instytucji pełnomocnika medycznego była chęć zabezpieczenia interesów i praw osób niezdolnych do podejmowania z rozeznaniem decyzji dotyczących swojego zdrowia. Potrzeba podejmowania decyzji dotyczących zdrowia w takich okolicznościach jest oczywista, i dlatego zawsze jakaś osoba lub instytucja musi w imieniu niezdolnego do decydowania pacjenta takie działania realizować. Zaproponowane rozwiązanie szanuje prawo każdego człowieka do decydowania o własnym losie, a szacunek ten wyraża się w przyznaniu każdemu prawa do tego, aby on sam, a nie ktoś inny, wyznaczył osobę, która będzie reprezentowała jego interesy i stanowisko, w sytuacji gdy nie będzie w stanie podejmować z rozeznaniem decyzji w sprawach dotyczących swojego zdrowia. Pacjent będzie zawsze lepiej niż jakakolwiek inna osoba lub instytucja wiedział, kto najlepiej się nadaje do reprezentowania jego interesów w sprawach dotyczących opieki zdrowotnej. Zaproponowane rozwiązanie nie zmusza także nikogo do ustanawiania pełnomocnika medycznego. Umożliwienie wyboru pełnomocnika zwiększy szansę podejmowania decyzji w jak najlepiej rozumianym interesie chorego. Proponowane rozwiązanie ma służyć życiu, wzmacnianiu jego wartości i szacunku dla każdego człowieka, także tego, który nie może upominać się sam o swoje prawa.

Czym jest terapia daremna?

Definicji terapii daremnej jest wiele. Każde leczenie ma swoje racjonalne granice. Ich przekraczanie to terapia daremna - to „stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta”. Nie obejmuje ona przy tym ścieżki leczenia paliatywnego, ukierunkowanego na zachowanie komfortu chorego, a więc: zabiegów pielęgnacyjnych, łagodzenia bólu, leczenia objawowego oraz karmienia i nawadniania, o ile służą dobru pacjenta. Są dwie formy ograniczenia terapii daremnej - niepodjęcie i odstąpienie. Pierwsza oznacza niewdrażanie nowej metody leczenia lub niezwiększanie intensywności już stosowanej terapii. Druga natomiast polega na odstąpieniu od kontynuowania już wdrożonego leczenia. Niektórym ta druga ścieżka wydaje się bardziej skrajna, zwłaszcza w przypadku np. odstąpienia od mechanicznej wentylacji, jednak należy podkreślić, że z etycznego punktu widzenia obie te formy są równorzędne – mają na celu dobro chorego.

Unikanie terapii daremnej

Nie wszystkich możemy wyleczyć, ale wszystkim możemy zapewnić godne warunki umierania. Zaprzestanie terapii daremnej jest tematem bardzo trudnym. W naszym kraju jest to związane głównie z pewnymi uwarunkowaniami kulturowymi i religijnymi, ale też prawnymi, ponieważ obecnie środowisko lekarzy postrzega polską prokuraturę w dużej mierze jako nieprzychylną. Oddzielną kwestią są sprawy światopoglądowe. W kwietniu 2023 roku - po ponad dwóch latach prac - zostały opublikowane wytyczne Towarzystwa Internistów Polskich (TIP) dotyczące terapii daremnej poza oddziałem intensywnej terapii. Dokument przeszedł szerokie konsultacje medyczne i społeczne. Został poparty przez większość polskich towarzystw naukowych wywodzących się z interny, a także Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Zagadnienie terapii daremnej jest równie stare jak sama historia medycyny. Już Hipokrates, żyjący na przełomie V i IV w. p.n.e. pisał w swoim dziele „O sztuce (lekarskiej)”, że „lekarz nie powinien podejmować leczenia takich chorych, którzy zostali pokonani przez chorobę, przy pełnej świadomości tego, że medycyna jest w takich przypadkach bezsilna”. Wiedział on, że nie każdego pacjenta da się wyleczyć. Lekarz w swojej pracy powinien kierować się przede wszystkim tym, co jest dobre, a co złe dla chorego. Nie zawsze jest to proste i jednoznaczne, dlatego trudne decyzje w medycynie należy podejmować w oparciu o wartości moralne. Należy przy tym zaznaczyć, że pluralizm opinii moralnych jest bardzo duży, często zależy od miejsca i otoczenia, w którym się znajdujemy. W ten sposób można, niestety, rozminąć się z oczekiwaniami chorego, dlatego też wytyczne wypracowane przez grono specjalistów z różnych dziedzin mogą być przydatne jako drogowskaz postępowania.

Gdzie szukać podstaw decyzji moralnych dotyczących przerwania terapii?

Warto przy tym kierować się pewnymi kanonami/zasadami moralnymi. Cztery zasady, które powinny stanowić podstawę decyzji moralnych: szacunek dla autonomii chorego, dobroczynność, nieczynienie

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

zła i sprawiedliwość. Normy te są słuszne, ale bywają trudne do zastosowania w praktyce. Często ich poszczególne składowe się wykluczają, pozostają ze sobą w konflikcie lub są niemożliwe do spełnienia, dlatego też zawsze to podejście powinno być spersonalizowane, mające na uwadze godność chorego i jego autonomię jako najwyższy cel. Do tego niezbędna jest odpowiednia wiedza medyczna, psychologiczna, społeczna i prawna, a także doświadczenie. Trudne decyzje zawsze łatwiej jest podjąć w grupie. Przy czym nie chodzi tu tylko o konsylium lekarskie, ale też włączenie w rozmowy bliskich pacjenta, a także etyka czy kapelana. Wreszcie ważne jest, aby istniał zbiór powszechnych norm, wytycznych medycznych, które są bardzo pomocnym narzędziem w podejmowaniu trudnych decyzji, chociaż zawsze muszą być odniesione do konkretnej sytuacji klinicznej.

Stanowisko Grupy Roboczej TIP ds. Terapii Daremnej na Oddziałach Internistycznych.

Część pierwsza dokumentu dotyczy chorych umierających nieubezwłasnowolnionych, niebędących w stanie podejmować świadomych decyzji co do dalszego procesu leczenia i umierania w sytuacji daremności medycznej stosowanej terapii. W planie jest przygotowanie kolejnej części wytycznych dla pacjentów świadomych lub ubezwłasnowolnionych u kresu życia, umierających w szpitalu - w kontekście podejmowania najlepszych możliwych decyzji medycznych, przygotowujących do okresu umierania. Należy zaznaczyć, że w Polsce trudno zidentyfikować pacjenta, u którego należy przejść na ścieżkę terapii paliatywnej. Wynika to z faktu, że brakuje tzw. planowania opieki medycznej z wyprzedzeniem (ang. advance care planning, ACP) – tzw. testamentu życia, a także regulacji prawnych dotyczących pełnomocnika medycznego. Nie ma też wytycznych opieki nad pacjentami umierającymi w szpitalu, a personel medyczny rzadko rozmawia z przewlekle chorymi o problemach końca życia. Niezwykle ważna jest przesiewowa ocena pacjentów w kierunku opieki paliatywnej w momencie przyjmowania do szpitala. W nowych wytycznych istnieją wskazówki, na kogo w takiej sytuacji należy zwrócić szczególną uwagę. Są to osoby: których spodziewany czas przeżycia wynosi poniżej 12 miesięcy, w tym te, u których występuje m.in.: zaawansowana niewydolność serca, aktywna/rozsiana choroba nowotworowa, przewlekła choroba płuc w okresie domowej tlenoterapii, zaawansowane otępienie i inne choroby neurodegeneracyjne, marskość wątroby, wytworzona przezskórna gastrostomia odżywcza (PEG) oraz inne choroby przewlekłe o krótkim przewidywanym czasie przeżycia; które były hospitalizowane więcej niż raz z powodu zaostrzenia zaawansowanej choroby przewlekłej w ciągu ostatnich 12 miesięcy; które wymagają stałej opieki innych osób; które są pod stałą opieką zakładów opiekuńczo-leczniczych lub hospicjów; u których w ostatnich tygodniach nastąpiło nieodwracalne pogorszenie stanu ogólnego. Do oceny stanu pacjentów i identyfikacji chorych, którzy mają niewielką szansę na wyleczenie, przydatna może być również jedna z tzw. skal kruchości (np. Clinical Frailty Scale, CFS), czy protokół kwalifikacji chorych do zaawansowanego podtrzymywania funkcji narządów i przyjęcia do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Kiedy podjąć decyzję o ograniczeniu terapii?

Wstępna decyzja konsylium dotycząca ograniczenia terapii powinna zostać podjęta nie tylko zgodnie z dobrą praktyką kliniczną oraz najlepszą wiedzą medyczną, ale także z uwzględnieniem wartości i preferencji chorego. Mówimy o chorym nieprzytomnym, dlatego, jeżeli lekarz opiekujący się nim wcześniej nie miał okazji porozmawiać, co jest dla niego ważne, źródłem takich informacji zwykle są jego bliscy. Wkraczamy tutaj w drugi filar działań, a więc te ukierunkowane na osoby z bliskie, o ile chory je ma, są one dostępne i zainteresowane, a sam pacjent - zanim utracił zdolność do podejmowania decyzji - wyraźnie nie zabronił kontaktu z nimi. Przed spotkaniem z bliskimi lekarz powinien dysponować wstępnym ustaleniem najlepszej dla chorego strategii postępowania, a także zadbać o odpowiednie warunki rozmowy. Celem spotkania nie jest uzyskanie zgody bliskich na planowane postępowanie, ale zebranie informacji o pacjencie i przygotowanie rodziny na proces jego umierania, aby zapewnić mu optymalne warunki końca życia. Lekarz powinien przedstawić bliskim sytuację chorego, plan dalszych działań i wytłumaczyć pojawiające się wątpliwości. Czasem istnieje konieczność odbycia kilku takich spotkań. Protokół z rozmowy powinien znaleźć się w dokumentacji medycznej, a rodzina - jeżeli zajdzie taka potrzeba i są dostępne takie możliwości - powinna otrzymać wsparcie psychologiczne i duchowe. Jednocześnie najbliżsi muszą mieć zapewnioną możność przebywania z chorym w okresie umierania. Wszystkie powyższe czynności mają na celu zminimalizowanie ryzyka czy zapobieżenie zjawisku „powikłanej żałoby", czyli takiej, której cechy uniemożliwiają przejście do fazy reorganizacji czy adaptacji po stracie bliskiej osoby. Śmierć pacjenta nie jest klęską zespołu. Równie ważne, są działania ukierunkowane na zespół terapeutyczny. Odpowiednio zaprojektowane i wdrożone mają na celu przede wszystkim prewencję wypalenia zawodowego.

Niezwykle istotna jest komunikacja w zespole, a także wzmacnianie poczucia sensu i wartości sprawowanej opieki poprzez lepsze poznanie i poszanowanie chorego oraz pozwolenie na refleksję i chwilę zadumy po śmierci chorego. Kluczowym przesłaniem kierowanym do zespołu powinno być przeświadczenie, że przy odpowiedniej opiece, jaką jego członkowie otoczyli pacjenta pod koniec życia, śmierć chorego nie jest ich klęską. W razie potrzeby i możliwości zespół powinien otrzymać wsparcie psychologiczne. Wszystkie czynności związane z podjęciem decyzji o terapii daremnej powinny być udokumentowane w specjalnym protokole, który zawiera: dane osobowe chorego; część kliniczną, w tym informację o rozpoznaniu zasadniczym i dotychczasowym przebiegu choroby oraz - w razie potrzeby - opinie konsultantów; część etyczną i środowiskową, a więc informację o tym, jakie leczenie czy zabiegi będą kontynuowane dla zachowania komfortu chorego; listę osób obecnych przy rozmowie z bliskimi chorego; informację, jakie problemu omówiono podczas tego spotkania, w tym dane na temat przekonań światopoglądowych (moralnych i religijnych), aktualny stan świadomości, uzgodniony zakres terapii i plan dalszego postępowania; listę procedur, które nie zostaną podjęte lub zostaną wycofane z terapii; oświadczenie i podpisy specjalistów, którzy sporządzili dokument (optymalnie, jeżeli jeden z nich kieruje oddziałem).

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Fundusze Europejskie dla Małopolski
Rzeczpospolita Polska
Dofinansowane przez Unię Europejską
MAŁOPOLSKA

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie" dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT

Podkreślić należy, że jeżeli cokolwiek zmieni się w stanie pacjenta, to decyzja o rodzaju terapii może zostać zmieniona, dlatego chory powinien być na bieżąco monitorowany. Zespół Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski uznał, 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 decyzję o zaprzestaniu dalszej terapii, czyli rezygnacji ze stosowania środków nieproporcjonalnych do sytuacji, …z pewnością byłaby to terapia daremna, której przerwanie nie może być kwalifikowane jako eutanazja”.

Zaprzestanie leczenia, które nie służy interesowi i dobru pacjenta, a więc leczenia daremnego, powinno należeć do dobrej praktyki medycznej na wszystkich oddziałach szpitalnych.

Piśmiennictwo:

1. Szeroczyńska M., Czarkowski M., Krajnik M. i wsp.: Instytucja pełnomocnika medycznego w Polsce – stanowisko Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia. Medycyna Praktyczna 2016, 5.
2. Matusewicz K.: Terapia daremna: nowe wytyczne popiera NIL. Puls Medycyny 2023, 4.

Źródło zdjęcia: https://www.canva.com/photos/

Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 12 44-67-500 fax 12 44-67-501
www.mco.krakow.pl mco@mco.krakow.pl

Projekt pn. „Centrum wsparcia opiekunów nieformalnych i opieki nad osobami niesamodzielnymi w Miejskim Centrum Opieki w Krakowie” dofinansowany przez Unię Europejską z Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027, w ramach Priorytetu 6. Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie – ZIT