

Zaprzestanie nawadniania i żywienia pacjentów w stanie wegetatywnym lub stanie minimalnej świadomości

Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie 2020

dr hab. n. med. Jakub Pawlikowski prof. UKSW¹, dr hab. Andrzej Muszala prof. UJPII², dr n. med. Piotr Gajewski³, prof. dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik⁴ w imieniu Zarządu Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie

¹ Katedra i Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie; Wydział Medyczny, Collegium Medicum, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

² Międzywydziałowy Instytut Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

³ Polski Instytut Evidence Based Medicine, Kraków

⁴ Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Discontinuation of hydration and nutrition in vegetative or minimally conscious state. Position statement of the Polish Association for Spiritual Care in Medicine 2020. Polish Archives of Internal Medicine. 2021; 131 [uzupełnić](#)

Jak cytować: Pawlikowski J., Muszala A., Gajewski P., Krajnik M.; Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie: Zaprzestanie nawadniania i żywienia pacjentów w stanie wegetatywnym lub stanie minimalnej świadomości. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie 2020. Med. Prakt., 2021; 1: **nn–nn**

Skróty: KEL – Kodeks Etyki Lekarskiej, MCS (*minimally conscious state*) – stan minimalnej świadomości, VS (*vegetative state*) – stan wegetatywny



POLSKIE TOWARZYSTWO
OPIEKI DUCHOWEJ
W MEDYCYNIE

ptodm.org.pl

W nawiązaniu do informacji dotyczących obywatela polskiego, który znajduje się pod opieką medyczną w Wielkiej Brytanii, oraz kontrowersji dotyczących zaprzestania żywienia i nawadniania pacjenta (sprawa RS/P),¹ Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie, w którego skład wchodzi lekarze, pielęgniarki i inni pracownicy ochrony zdrowia, a także psychologowie, etycy i kapelani różnych wyznań, przypomina o podstawowych zasadach etycznych związanych z opieką medyczną nad osobami w stanie wegetatywnym (VS) lub w stanie minimalnej świadomości (MCS), które w sposób szczególny odnoszą się do przypadku RS/P. Z dostępnych informacji wynika, że 7 tygodni temu pacjent doznał zawału serca, a w efekcie uszkodzenia mózgu, w związku z czym szpital zwrócił się do sądu o zgodę na zaprzestanie karmienia przez sondę i odstąpienie od innych zabiegów podtrzymujących życie. Matka

i siostra pacjenta nie akceptują tej decyzji, podkreślając jego religijność oraz katolickie przekonanie o prawie do życia. Nie znamy oświadczeń woli ani życzeń pacjenta. W tej sytuacji wydaje się ważne przypomnienie zasad etyki lekarskiej przyjętych w Polsce, a także oficjalnego nauczania związku wyznaniowego, do którego należy pacjent.

Zaprzestanie żywienia i nawadniania osoby znajdującej się w VS lub MCS budzi kontrowersje moralne.²⁻⁵ Można odnaleźć publikacje medyczne, zgodnie z którymi w VS/MCS powinno się stosować i monitorować karmienie przez sondę.^{6,7} Wiele grup medycznych i religijnych na całym świecie zgłasza wątpliwości moralne wobec przerywania karmienia przez sondę, postrzegając żywienie i nawadnianie w VS/MCS jako element opieki podstawowej, a nie leczenia, z którego można zrezygnować.⁸⁻¹¹ Zauważono również rozbieżności w standardach etycznych i prawnych w zakre-

sie zaprzestania leczenia i opieki podtrzymującej życie między Wielką Brytanią a innymi krajami europejskimi.¹²

W Rzeczypospolitej Polskiej standardy etyki lekarskiej wyznacza polski Kodeks Etyk Lekarskiej (KEL).¹³ Wskazuje on wprost, że lekarz nie może stosować eutanazji ani pomagać w popełnieniu samobójstwa (art. 31 KEL). W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania resuscytacji ani stosowania innych środków nadzwyczajnych, traktowanych jako terapia uporczywa (art. 32 KEL). Nawadniania lub karmienia przez sondę w VS/MCS lub innych zaburzeniach neurologicznych nie można jednak traktować jako środka nadzwyczajnego lub uporczywej terapii. W wypracowanym przez Polską Grupę Roboczą ds. Problemów Etycznych Końca Życia szerokim konsensusie dotyczącym definicji „uporczywej terapii” podkreślono, że nie można jej rozszerzyć na zabiegi z zakresu opieki podstawowej, takie jak uśmierzenie bólu lub karmienie i nawadnianie, o ile służą dobru pacjenta: „Uporczywa terapia to stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymywania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłużają 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”.¹⁴ Polskie prawo nie przewiduje wyjątków od prawnej ochrony życia ludzkiego przez zaprzestanie żywienia i nawadniania w VS/MCS, a z art. 150 Kodeksu karnego wynika wyraźny zakaz eutanazji.

Biorąc powyższe pod uwagę, nie można analizowanych form opieki (żywienie i nawadnianie) uznać za uporczywą terapię w VS/MCS lub innych zaburzeniach neurologicznych, a tym samym nie można ich zaprzestać. Rezygnacja z nawadniania i żywienia powinna być ograniczona do agonii lub stanów terminalnych (np. u pacjentów onkologicznych). Taka interpretacja została potwierdzona w artykułach z zakresu etyki lekarskiej publikowanych w czołowych polskich czasopismach medycznych.¹⁵ W wydanych przez Polskie Towarzystwo Pediatryczne wytycznych dla lekarzy dotyczących zaniechania i wycofania się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci pod-

kreślono również, że w chorobach neurologicznych pacjenci powinni otrzymywać karmienie przez zgłębnik lub gastrostomię, a brak żywienia w tych przypadkach prowadzi do śmierci głodowej i nie może zostać zaakceptowany z punktu widzenia etyki lekarskiej.¹⁶

Polskie środowisko medyczne jest bardzo wrażliwe na znieszczenia celów medycyny i podporządkowywanie praktyki lekarskiej ideologiom. Od wielu lat podejmowaliśmy analizy przyczyn zmiany postaw lekarzy w reżimach totalitarnych w kierunku akceptacji zabijania (*from healing to killing*), na przykład w praktyce Niemieckiego Nazistowskiego Obozu Koncentracyjnego i Zagłady Auschwitz-Birkenau.¹⁷ Z tego powodu ochrona godności, poszanowanie autonomii, wolności sumienia i religii oraz zakaz dyskryminacji są w polskich normach etycznych i prawnych dotyczących opieki medycznej bardzo ważne.

Całościowa i wrażliwa kulturowo opieka medyczna powinna uwzględniać przekonania światopoglądowe i duchowość każdego pacjenta, szczególnie u schyłku życia.^{18,19} W ten sposób buduje się również prestiż i zaufanie do pracowników opieki zdrowotnej.²⁰ Ponieważ omawiany przypadek dotyczy osoby wyznania chrześcijańskiego i członka Kościoła katolickiego, należy przypomnieć oficjalne nauczanie tego wyznania. Kongregacja Nauki Wiary w liście „*Samaritanus bonus*. O opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia” wspomina o moralnym obowiązku niestosowania uporczywej terapii (pkt V.2). Jednocześnie podkreśla, że nawadnianie i żywienie (także sztuczne) to elementy opieki podstawowej, a nie terapia, dlatego spowodowanie śmierci przez zaprzestanie żywienia i nawadniania jest niedozwolone: „W szczególności podstawową opieką należną każdemu człowiekowi jest podawanie pożywienia i płynów niezbędnych do utrzymania homeostazy organizmu, w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy to właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. Gdy dostarczanie składników odżywczych i płynów fizjologicznych nie przynosi żadnej korzyści pacjentowi, ponieważ jego organizm nie jest już w stanie ich wchłonąć czy przyswoić, należy wstrzymać ich podawanie. W ten sposób nie przyspiesza się w sposób niedozwolony śmierci przez odebranie nawodnienia i środków

odżywczych istotnych dla funkcji życiowych, ale akceptuje się naturalny przebieg krytycznej bądź śmiertelnej choroby. [...] Obowiązkowy charakter tej pielęgnacji chorego przez odpowiednie nawadnianie i odżywianie może wymagać w niektórych przypadkach zastosowania sztucznych metod, pod warunkiem, że nie jest ono szkodliwe dla chorego oraz nie powoduje niedopuszczalnego cierpienia dla pacjenta (pkt V.3).²¹ Ta sama opinia została wyrażona w oficjalnej odpowiedzi dla Konferencji Biskupów Katolickich Stanów Zjednoczonych w sprawie żywienia w VS („Podawanie pokarmu i wody, także metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia”; „Pacjent w «trwałym stanie wegetatywnym» jest osobą, zachowuje swą podstawową godność ludzką, a zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny”²²) oraz w „Nowej Karcie Pracowników Służby Zdrowia” opublikowanej przez Papieską Radę ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, gdzie nawadnianie i żywienie, nawet w sposób sztuczny, traktowane jest jako opieka podstawowa (pkt 152).²³

W ocenie sprawy RS/P należy dostrzec różnice w standardach etyczno-prawnych w obszarze medycyny między Polską a Wielką Brytanią oraz uwzględnić przekonania religijne pacjenta. Podstawą wszelkich podejmowanych działań musi być poszanowanie godności, autonomii i podstawowych praw człowieka, takich jak wolność sumienia i wyznania, z uwzględnieniem przekonań światopoglądowych, o ile nie są one sprzeczne z brytyjskim prawem. Gdyby to nie było możliwe, należy umożliwić transport pacjenta do Polski. Trzeba mieć nadzieję, że wszelkie wątpliwości w tej sprawie zostaną rozstrzygnięte zgodnie z zasadą *in dubio pro vita humana*.

PIŚMIENNICTWO

- McLean D.C.: UK hospital removes food, water from unconscious Polish Catholic euthanasia victim on Christmas Eve. 24.12.2020. www.lifesitenews.com/news/uk-hospital-removes-food-water-from-unconscious-polish-catholic-euthanasia-victim-on-christmas-eve?utm_source=top_news&utm_campaign=standard (dostęp: 29.12.2020)
- Buckley T., Crippen D., DeWitt A.L. i wsp.: Ethics roundtable debate: withdrawal of tube feeding in a patient with persistent vegetative state where the patients wishes are unclear and there is family dissension. *Crit. Care.*, 2004; 8: 79–84
- Kitzinger C., Kitzinger J.: Withdrawing artificial nutrition and hydration from minimally conscious and vegetative patients: family perspectives. *J. Med. Ethics.*, 2015; 41: 157–160
- Mullock A.: Best interests and the sanctity of life after W v M. *J. Med. Ethics.*, 2013; 39: 553–554
- Wilkinson D., Savulescu J.: Is it better to be minimally conscious than vegetative. *J. Med. Ethics.*, 2013; 39: 557–558
- Finch H.: Nutrition and hydration for the vegetative state and minimally conscious state patient. *Neuropsychol. Rehabil.*, 2005; 15: 537–547
- Park G., Lee J.E., Han S.J.: nutritional assessment in vegetative and minimally conscious patients. *Brain Neurorehabil.*, 2017; 10: e12
- De Janon-Quevedo L.: Withdrawing hydration and feeding in a person living in vegetative state: an approach from medical, anthropological and ethical perspectives. *Hos. Pal. Med. Int. Jnl.*, 2017; 1: 84–88
- Linzer D.: Treatment of terminally ill patients according to Jewish law. *Virtual Mentor.*, 2013; 13: 1081–1087
- Kunin J.: Withholding artificial feeding from the severely demented: merciful or immoral? Contrasts between secular and Jewish perspectives. *J. Med. Ethics.*, 2003; 29: 208–212
- Heuberger R.A.: Artificial nutrition and hydration at the end of life. *J. Nutr. Elder.*, 2010; 29: 347–385.
- De Zulueta P., Carelli F.: Permanent vegetative state: comparing the law and ethics of two tragic cases from Italy and England. *London J. Prim. Care.*, 2009; 2: 125–129
- Augustynowicz A., Skowron A., Waszkiewicz M. i wsp.: A systematic analysis of the Polish Code of Medical Ethics. *J. Educ. Health Sport.*, 2019; 9: 703–712
- Boloz W., Krajnik M., Adamczyk A. i wsp.: The definition of overzealous therapy. The consensus of the Polish Working Group on End-of-Life Ethics. *Adv. Palliat. Med.*, 2008; 7: 91–92
- Pawlikowski J., Krajnik M., Stępkowski A.: Kultura śmierci – gdy medycynie wolno szkodzić. *Med. Prakt.*, 2019; 6: 131–135
- Dangel T., Grenda R., Kaczkowski J. i wsp.: Zaniechanie i wycofanie się z uporczywego leczenia podtrzymującego życie u dzieci: wytyczne dla lekarzy. Warszawa 2011, Polskie Towarzystwo Pediatriczne: 117.
- Medical Review Auschwitz: Medicine Behind the Barbed Wire. www.mp.pl/auschwitz/conference/ (dostęp: 06.01.2021)
- Puchalski C.M.: Integrating spirituality into patient care: an essential element of person centered care. *Pol. Arch. Med. Wewn.*, 2013; 123: 491–497
- Krajnik M.: Whole person care: a hope for modern medicine? *Pol. Arch. Intern. Med.*, 2017; 127: 712–714
- Bogusz R., Nowakowska L., Majchrowska A. i wsp.: Social prestige of internal medicine. *Pol. Arch. Intern. Med.*, 2020; 130: 155–157
- Kongregacja Nauki Wiary: List Samaritanus Bonus o opiece nad osobami w krytycznych i końcowych fazach życia. 14.07.2020. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_pl.html#_ftnref63 (dostęp: 29.12.2020)
- Kongregacja Nauki Wiary: Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. 01.08.2007. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_pl.html (dostęp: 29.12.2020)
- Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Nowa Karta Pracowników Służby Zdrowia, tłum. H. Bzikot. Księgarnia św. Jacka, Katowice, 2017