

## Szanowni Państwo, Drogie Czytelniczki i Czytelnicy,

Stała poprawa wyników leczenia wyrażona wydłużeniem przeżycia, rozwój medycyny paliatywnej, zwiększona świadomość chorych dotycząca możliwości postępowania (uzyskana często poprzez lekturę publikacji prasowych) pociągają za sobą ciągły wzrost kosztów leczenia, przy czym istotne jest wydłużenie czasu przeżycia osób nieuleczalnie chorych, których nieprawidłowe leczenie, zwłaszcza w okresie terminalnym, może być droższe od leczenia podstawowego. Ważne są koszty opieki internistycznej, która jest konieczna u większości chorych na nowotwory i wymaga często całodobowej obserwacji. Coraz większa grupa chorych wymaga hospitalizacji lub przynajmniej stałego nadzoru domowego. Stosowanie nowych metod leczenia, przede wszystkim farmakologicznego, oraz racjonalne wykorzystywanie metod diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej wymagają od lekarzy stałego poszerzania wiedzy. Czynnikiem znacząco wpływającym na dyskomfort pracy lekarza są częste skargi chorych na niewłaściwe wykorzystanie możliwości leczenia oraz przewlekające się postępowanie diagnostyczne. Zwłaszcza to ostatnie — w dużej mierze nieuzasadnione — ostatnio staje się przedmiotem nie tylko skarg do Izby Lekarskiej, ale również prób uzyskania odszkodowania finansowego. Wydaje się, że w obecnej sytuacji konieczne jest zwrócenie szczególnej uwagi na wymienione sytuacje:

1. Chorego należy bezwzględnie w pełni poinformować o toksyczności leczenia i ryzyku z nim związanym i uzyskać od niego pisemną akceptację proponowanego postępowania.
2. Na stan zdrowia wpływają nie tylko stosowane leczenie i zaawansowanie procesu nowotworowego, ale również opieka lekarska i pielęgniarska po leczeniu. Zwłaszcza ta ostatnia jest często na poziomie sprzed 20 lat.
3. Konieczny jest nie tylko staranny pod względem medycznym, ale również etyczny wybór leczenia, co szczególnie dotyczy kontynuowania postępowania po bezskutecznym leczeniu pierwotnym lub stosowania leczenia „na siłę” i na prośbę chorego oraz rodziny. W wielu sytuacjach postępowanie przyczynowe ma bardziej negatywny wpływ na jakość życia niż prawidłowe leczenie wspomagające.
4. Kierowanie chorych do udziału w badaniach klinicznych i ich akceptacja uczestnictwa w nich musi być w pełni świadoma, co wiąże się między innymi z ryzykiem „wylosowania” w niektórych doświadczeniach wyłącznego leczenia objawowego (tzw. najlepszej opieki objawowej).
5. Chory i rodzina powinni być uczciwie informowani o ryzyku, jakie niesie choroba. Nigdy jednak — moim zdaniem — nie powinno się używać sformułowań „ten typ raka jest u Pana nieuleczalny” oraz straszyć chorego nadmiernie wyolbrzymionymi zagrożeniami, co może powodować u niego głębokie zmiany psychiczne (np. depresja lub unikanie życia rodzinnego).
6. Szczegółne trudności sprawiają lekarzowi informacje prasowe i telewizyjne o nowych substancjach będących w końcowym etapie badań klinicznych lub już dopuszczonych do stosowania w klinicznej praktyce w innych krajach. W naszych warunkach, nie mówiąc już o często przekłamanej reklamie, rodzina chorego staje przed problemem uzyskania środków za wszelką cenę (np. czy nie sprzedać wszystkiego, łącznie z mieszkaniem) w celu ratowania bliskiej osoby.

Nikt nie obiecywał nam łatwych rozwiązań etycznych, co szczególnie dotyczy obecnej sytuacji, w której obok niewielkiej grupy osób o ogromnym majątku żyje wielu „oszczędzających na maśle do chleba”.

Prof. dr hab. n. med. Marek Pawlicki

