

Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii

Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will

Andrzej Kübler¹, Jacek Siewiera², Grażyna Durek³, Krzysztof Kusza⁴, Mariusz Piechota⁵, Zbigniew Szkulmowski⁶

¹Konsultant krajowy w dziedzinie intensywnej terapii, Katedra i I Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

²Zakład Prawa Medycznego Katedry Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

³Katedra i II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

⁴Konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala w Łodzi

⁶Zakład Fizjopatologii Oddychania i Wentylacji Domowej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

Key words: intensive care, maintenance of organ functions, futile therapy, de-escalation of treatment

Słowa kluczowe: intensywne leczenie, podtrzymywanie funkcji narządów, terapia daremna, ograniczenie leczenia

Intensywna terapia jest postępowaniem medycznym mającym na celu podtrzymywanie funkcji organizmu oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych narządów, w szczególności: płuc, serca, ośrodkowego układu nerwowego, nerek, wątroby oraz układu krzepnięcia. Świadczenia z zakresu intensywnej terapii udzielane są w szpitalu na stanowiskach intensywnej terapii, gdzie prowadzi się ciągłą obserwację czynności organizmu oraz stosuje metody i techniki terapeutyczne podtrzymujące czynność podstawowych dla organizmu narządów. Postępowanie to obejmuje w szczególności: resuscytację krążeniowo-oddechową, wentylację mechaniczną, elektroterapię serca, terapię

nerkozastępczą, pozaustrojowe techniki wspomaganie czynności krążenia, oddychania i wątroby, stosowanie leków utrzymujących prawidłową funkcję układu krążenia (np. wlew amin katecholowych), a także żywienie pozajelitowe oraz antybiotykoterapię. Intensywna terapia stworzyła nowe możliwości skutecznego leczenia ciężkich schorzeń i urazów. Stanowiska intensywnej terapii stanowią obecnie obowiązkowy element współczesnych szpitali. Z intensywną terapią wiąże się jednak nowy problem terapeutyczny, jakim jest przedłużone podtrzymywanie funkcji narządów, które nie prowadzi do uzyskania korzyści terapeutycznej, czyli przeżycia i wypisania pacjenta z oddziału intensywnej terapii (OIT). Podtrzymywanie funkcji narządów może być warunkiem wyleczenia chore-

Należy cytować angielską wersję artykułu z:

Kübler K, Siewiera J, Durek G, Kusza K, Piechota M, Szkulmowski Z: Guidelines regarding the ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in ICU patients incapable of giving informed statements of will. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014; 46: 215–220

go, ale może też przedłużać proces umierania, bez korzyści dla niego. U wielu chorych niewydolność narządowa nie może zostać trwale wyleczona. W takich przypadkach daremne leczenie może potęgować dolegliwości chorego, a także stanowić przyczynę cierpienia i rozterek moralnych dla osób mu najbliższych. Znaczna większość chorych leczonych na OIT (ponad 80%) nie może złożyć świadomego oświadczenia woli dotyczącego ich leczenia ze względu na ciężki stan kliniczny lub ze względu na podawane leki uspokajające, przeciwbólowe i nasenne, niezbędne dla prowadzenia prawidłowego leczenia.

Ograniczenie leczenia może przybierać formę niepodjęcia (*withholding*), czyli niewdrażania nowej metody leczenia, lub niezwiększania intensywności metody leczenia już stosowanej, albo formę odstąpienia od stosowania określonej metody leczenia (*withdrawing*).

Niepodjęcie lub odstąpienie od leczenia podtrzymującego funkcje narządów, nieprzynoszącego korzyści dla pacjenta, nie oznacza rezygnacji personelu medycznego z obowiązku opieki nad chorym. Zmianie ulega jedynie cel postępowania. Wobec braku korzyści dla pacjenta przestaje nim być dalsze podtrzymywanie funkcji narządów. Podstawowym celem terapeutycznym staje się zapewnienie optymalnego komfortu poprzez postępowanie obejmujące: specjalistyczną opiekę pielęgniarską, eliminację niekorzystnych doznań jak: ból, niepokój, duszność, drgawki, gorączka, itd., a także zapewnienie żywienia i nawodnienia stosownie do potrzeb. Postępowanie takie określa się jako leczenie paliatywne. Jest ono utrzymywane zawsze, nawet gdy leczenie podtrzymujące funkcje narządów przestaje być skuteczne i uzasadnione. W takich sytuacjach zasady medycyny paliatywnej stają się elementem postępowania na OIT.

Decyzje o ograniczeniu leczenia mogą być różnie określone, a ich nazewnictwo opiera się głównie na piśmiennictwie angielskojęzycznym. Formuła „terapia daremna” (*futile therapy*) określa trafnie postępowanie, które nie przynosi założonych korzyści terapeutycznych. Określenie „terapia uporczywa” jest używane głównie w piśmiennictwie polskim. Występuje w Kodeksie Etyki Lekarskiej, w definicjach dotyczących medycyny paliatywnej (Konsensus Polskiej Grupy Roboczej ds. Problemów Etycznych Końca Życia) oraz licznych publikacjach z zakresu medycyny i prawa. Bardziej precyzyjnym i odpowiednim określeniem decyzji o niepodejmowaniu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii jest termin „terapia daremna”.

Termin „terapia daremna” może być uznany za definicję obowiązującą na OIT. Określa on podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjentów.

Zasady niepodejmowania oraz odstąpienia od leczenia podtrzymującego funkcje narządów na OIT powinny zostać

ujednolicone w celu możliwości ich oceny, nadzoru i optymalizacji. Nie mogą być sprzeczne z przepisami prawa oraz akceptowanymi powszechnie zasadami etycznymi: autonomii, nieszkodzenia, dobroczynności i sprawiedliwości¹.

Zasady takie opracowywane są przez organizacje oraz towarzystwa naukowe w różnych krajach jako wytyczne praktyki medycznej. Stanowią one nie tylko świadectwo stanu aktualnej wiedzy medycznej, ale także określenie zasad należytej staranności dla potrzeb postępowań przed organami wymiaru sprawiedliwości. Potrzeba regulacji postępowania medycznego w obliczu terapii daremnej jest oczywista dla wszystkich zajmujących się w Polsce zawodowo intensywnym leczeniem ciężko chorych.

CEL

Celem wytycznych jest określenie najlepszej praktyki klinicznej u pacjentów leczonych na stanowiskach intensywnej terapii, u których postępowanie podtrzymujące funkcje narządów staje się daremne. Wytyczne mają na celu zapewnienie pacjentowi optymalnego komfortu oraz stworzenie formalnej, jednolitej procedury niepodejmowania lub odstąpienia od terapii prowadzonej daremnie wobec niedającego się powstrzymać procesu umierania.

WYTYCZNE

1. Przyjęcie pacjenta na OIT jest oparte na ustalonych wskazaniach (niewydolność jednego lub wielu ważnych dla życia układów lub narządów, potrzeba ciągłego monitorowania funkcji życiowych, inne stany zagrożenia życia). Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z OIT. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł, jest nieuzasadnione medycznie i etycznie.
2. Po przyjęciu pacjenta na stanowisko intensywnej terapii należy ustalić plan postępowania uwzględniający cele i granice leczenia. Plan ten musi być systematycznie oceniany i aktualizowany. Cel leczenia powinien być uzależniony od możliwości uzyskania korzyści terapeutycznej, jaką na OIT jest przeżycie chorego i wypisanie go z oddziału. Stwierdzenie braku skuteczności stosowanej metody podtrzymywania funkcji narządów w stosunku do założonych celów jest uzasadnieniem do ograniczenia tego postępowania w formie niepodjęcia (niewdrożenia nowego postępowania lub niezwiększania intensywności metody już stosowanej) albo odstąpienia od stosowanej dotychczas metody postępowania.
3. Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określa się

¹ Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics, 7th Ed, Oxford University Press, New York 2013.

- terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego.
4. Decyzja o niepodjęciu lub odstąpieniu od podtrzymywania funkcji narządów stanowi formalną procedurę postępowania na stanowiskach intensywnej terapii. Musi ona zostać zarejestrowana w dokumentacji medycznej (najlepiej w postaci odrębnego protokołu) z dokładnym opisem uzasadnienia decyzji o niepodjęciu lub odstąpieniu od określonego rodzaju postępowania.
 5. Niepodjęcie lub odstąpienie od podtrzymywania czynności narządów może dotyczyć w szczególności takich metod jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja mechaniczna, leczenie nerkozastępcze, elektroterapia serca, mechaniczne wspomaganie krążenia, farmakologiczne wspomaganie krążenia, pozaustrojowe wspomaganie oddychania, pozaustrojowe wspomaganie wątroby. Niewłaściwe wykorzystanie tych metod postępowania przedłuża jedynie proces umierania.
 6. Decyzje o ograniczeniu terapii daremnej podejmuje dwóch lekarzy z zespołu leczącego, specjalistów z anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii, w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem. Mogą oni zasięgnąć dodatkowej konsultacji innego specjalisty, spoza zespołu leczącego pacjenta, jeśli uznają to za uzasadnione.
 7. Decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i zapewnienie mu optymalnego komfortu (w tym pielęgnacji, nawadniania, żywienia, dostępu bliskich i osób wspierających, uśmierzania niekorzystnych dolegliwości), a nawet wysuwają ten aspekt terapii na plan pierwszy. Stosowanie ograniczeń we wspomaganiu funkcji narządów nie zwalnia z leczenia paliatywnego.
 8. Zapewnienie leczenia paliatywnego zmierza do uśmierzania cierpienia przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Celem takiego postępowania nie może być przyspieszenie naturalnego przebiegu procesu umierania.
 9. Właściwa komunikacja z pacjentem i osobami mu bliskimi ma zasadnicze znaczenie dla prawidłowego procesu terapeutycznego w okresie umierania, w tym dla ograniczenia terapii daremnej. Rodzina powinna mieć pełną świadomość medycznego i etycznego uzasadnienia dla niepodjęcia lub odstąpienia od podtrzymywania czynności narządów, ale nie może być obciążana odpowiedzialnością za tę decyzję.
 10. Każda decyzja o ograniczeniu terapii daremnej musi mieć swoje jasne, opisane uzasadnienie i nie może być uwarunkowana kosztami leczenia lub aspektami organizacyjnymi (np. zwolnieniem stanowiska intensywnej terapii dla innego pacjenta).
 11. Po podjęciu decyzji o ograniczeniu podtrzymywania funkcji narządów zespół leczący dostosowuje się do przyjętego planu postępowania, który w uzasadnionych przypadkach może być modyfikowany.
 12. Wszelkie działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie jak i etycznie oraz prawnie.
- Recenzenci wytycznych:**
- Prof. dr hab. n. med. Janusz Andres
Prezes Polskiej Rady Resuscytacji
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii UJCM w Krakowie
- Prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik
Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Oddział Kliniczny Kardioanestezji i Intensywnej Terapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
- Dr hab. n. med. Lidia Łysenko
Katedra i II Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- Dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej
Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej
- Dr hab. n. hum. Lesław Niebrój
Katedra Filozofii i Nauk Humanistycznych, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
- Prof. dr hab. n. med. Rafał Niżankowski
Prezes Polskiego Towarzystwa Intensywnej Terapii Interdyscyplinarnej
Zakład Angiologii II Katedry Chorób Wewnętrznych UJ CM im. Prof. Andrzeja Szczeklika w Krakowie
- Dr n. praw. Małgorzata Szeroczyńska
Prokuratura Rejonowa Warszawa Śródmieście
- Prof. dr hab. n. med. Barbara Świątek
Krajowy Konsultant w dziedzinie Medycyny Sądowej
Katedra Medycyny Sądowej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- Prof. dr hab. n. med. Maria Wujtewicz
Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

PROTOKÓŁ

Postępowania wobec nieskuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego oświadczenia woli, leczonych na stanowiskach intensywnej terapii.

Imię i nazwisko pacjenta:.....

PESEL.....

Z powodu swojego aktualnego stanu klinicznego wymieniony powyżej pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażenia swojej woli w zakresie postępowania terapeutycznego.

Zgodnie z aktualnym stanem, najlepszej wiedzy medycznej należy stwierdzić, że stan niewydolności narządowej pacjenta ma charakter nieodwracalny i trwały. W tej sytuacji podejmowanie, a także kontynuowanie określonych metod podtrzymywania funkcji narządów staje się terapią daremną, szkodliwą dla pacjenta.

Uwzględniając obecny stan kliniczny, po pełnym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną i przedstawieniu aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta jego bliskim, podjęta zostaje decyzja, że od tej chwili najbardziej korzystne dla pacjenta będzie ukierunkowanie terapii na leczenie paliatywne. Od tej chwili niekorzystne będzie wdrażanie lub kontynuowanie określonych form podtrzymywania funkcji narządów, ponieważ w obecnej sytuacji będą one stanowić terapię daremną, czyli działania nieodpowiednie do potrzeb pacjenta.

Przy podjęciu tej decyzji wzięto pod uwagę aspekty kliniczne, etyczne i środowiskowe, a także ustalono listę procedur terapeutycznych przeznaczonych do podtrzymywania czynności narządów, które nie zostaną podjęte lub odstąpi się od ich kontynuowania.

ASPEKTY KLINICZNE:

Rozpoznanie zasadnicze:

Aktualny stan kliniczny i problemy terapeutyczne:

Opinie konsultantów (w razie potrzeby):

ASPEKTY ETYCZNE I ŚRODOWISKOWE:

Pomimo ograniczenia terapii służącej podtrzymaniu czynności narządów, przez cały czas prowadzone będzie postępowanie paliatywne, służące zapewnieniu jak najlepszego komfortu. Kontynuowana będzie specjalistyczna opieka pielęgniarska, a także usmierzanie takich objawów jak: ból, niepokój, duszność, drgawki, czy gorączka. Prowadzone będzie nawadnianie i żywienie pacjenta stosownie do jego potrzeb. Pacjentowi zostanie zapewniony stały kontakt z najbliższymi mu osobami, a także z innymi osobami wspierającymi w zależności od potrzeb i możliwości organizacyjnych.

Dla określenia najlepszych interesów pacjenta w obecnym stanie przeprowadzono rozmowę z następującymi osobami:

Członkowie rodziny/osoby najbliższe (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomości):

1)

2)

3)

4)

5)

Omówiono następujące problemy:

1. ewentualne, wyrażone w przeszłości oświadczenia woli pacjenta, co do kontynuowania procedur podtrzymujących życie w sytuacji porównywalnej do obecnej,
2. ewentualne, wyrażone wcześniej życzenia pacjenta co do postępowania w sytuacji zagrożenia/schyłku życia, które byłyby znane rodzinie pacjenta lub innym najbliższym mu osobom,
3. uznawane przez pacjenta przekonania światopoglądowe, w tym moralne i etyczne,
4. aktualny stan świadomości pacjenta i rokowanie co do przeżycia, poprawy klinicznej, wyleczenia i rehabilitacji po opuszczeniu oddziału intensywnej terapii,
5. stosowane aktualnie metody leczenia, w tym ich skuteczność i inwazyjność,
6. plan dalszego postępowania z pacjentem.

LISTA PROCEDUR TERAPEUTYCZNYCH, KTÓRE NIE ZOSTANĄ PODJĘTE LUB ODSTĄPI SIĘ OD ICH KONTYNUACJI

Rodzaj postępowania	Niepodjęcie	Odstąpienie
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa		
Elektroterapia serca		
Terapia nerkozastępcza		
Mechaniczne wspomaganie układu krążenia		
Farmakologiczne wspomaganie układu krążenia		
Wentylacja mechaniczna		
Antybiotykoterapia		
Zabiegi operacyjne i inne inwazyjne procedury		
Żywienie parenteralne		
Pozaustrójowe wspomaganie funkcji oddychania		
Pozaustrójowe wspomaganie funkcji wątroby		
Przetaczanie preparatów krwiopochodnych		

OŚWIADCZENIE

Niepodejmowanie lub odstąpienie od wymienionych powyżej procedur jest w pełni uzasadnione. Ich rozpoczęcie lub kontynuacja będą nosiły znamiona terapii daremnej i będą szkodliwe dla pacjenta.

1. Lekarz — specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii

Imię i nazwisko:

Specjalizacja:

Podpis:Data

2. Lekarz — specjalista anestezjologii intensywnej terapii lub intensywnej terapii

Imię i nazwisko:

Specjalizacja:

Podpis:Data

3. Lekarz kierujący oddziałem

Imię i nazwisko:

Specjalizacja:

Podpis:Data