



Zagadnienia etyczne w OIT - ograniczanie terapii, terapia minimalna, DNR

Grzegorz Hura

Szpital Ogólny im. dr Edmunda Wojtyły w Bielsku-Białej

End-of-Life Practices in European Intensive Care Units

The Ethicus Study

Charles L. Sprung, MD

Simon L. Cohen, MD

Peter Sjøkvist, MD

Mario Baras, PhD

Hans-Henrik Bulow, MD

Seppo Hovilehto, MD

Didier Ledoux, MD

Anne Lippert, MD

Paulo Maia, MD

Dermot Phelan, MD

Wolfgang Schobersberger, MD

Elisabet Wennberg, MD, PhD

Tom Woodcock, MB, BS

for the Ethicus Study Group

WHILE THE PRINCIPLE THAT dying patients should be treated with respect and compassion is broadly accepted among health care professionals, medical practices for end-of-life care differ around the world. In the United States, medicine has moved from a paternalistic model to one that promotes autonomy and self-determination.^{1,2} Patient expectations and preferences now help shape

Context While the adoption of practice guidelines is standardizing many aspects of patient care, ethical dilemmas are occurring because of forgoing life-sustaining therapies in intensive care and are dealt with in diverse ways between different countries and cultures.

Objectives To determine the frequency and types of actual end-of-life practices in European intensive care units (ICUs) and to analyze the similarities and differences.

Design and Setting A prospective, observational study of European ICUs.

Participants Consecutive patients who died or had any limitation of therapy.

Intervention Prospectively defined end-of-life practices in 37 ICUs in 17 European countries were studied from January 1, 1999, to June 30, 2000.

Main Outcome Measures Comparison and analysis of the frequencies and patterns of end-of-life care by geographic regions and different patients and professionals.

Results Of 31 417 patients admitted to ICUs, 4248 patients (13.5%) died or had a limitation of life-sustaining therapy. Of these, 3086 patients (72.6%) had limitations of treatments (10% of admissions). Substantial intercountry variability was found in the limitations and the manner of dying: unsuccessful cardiopulmonary resuscitation in 20% (range, 5%-48%), brain death in 8% (range, 0%-15%), withholding therapy in 38% (range, 16%-70%), withdrawing therapy in 33% (range, 5%-69%), and active shortening of the dying process in 2% (range, 0%-19%). Shortening of the dying process was reported in 7 countries. Doses of opioids and benzodiazepines reported for shortening of the dying

process were in the same range as those used for symptom relief in previous studies. Limitation of therapy vs continuation of life-sustaining therapy was associated with patient age, acute and chronic diagnoses, number of days in ICU, region, and religion ($P < .001$).

Conclusion The limiting of life-sustaining treatment in European ICUs is common and variable. Limitations were associated with patient age, diagnoses, ICU stay, and geographic and religious factors. Although shortening of the dying process is rare, clarity between withdrawing therapies and shortening of the dying process and between therapies intended to relieve pain and suffering and those intended to shorten the dying process may be lacking.

Polska rzeczywistość

- 60% polskich lekarzy przyznaje się do pozorowanych działań resuscytacyjnych, podejmowanych w przypadkach z góry skazanych na niepowodzenie z obawy przed postawieniem zarzutu o nieudzieleniu pomocy

Andruszkiewicz P. et al., Int Care Med, 2006, 32, 96.

- w 50% przypadków decyzję o sposobie postępowania w wypadkach szpitalnego NZK podejmuje samodzielnie lekarz dyżurny. W Polsce praktycznie wyeliminowano chorego z udziału w dyskusji dotyczącej jego losu

Andruszkiewicz P. i wsp. Anest Inten Ter, 2010, 1, 19.

Wniosek?

- Oznacza to, że w Polsce terapia uporczywa jest zjawiskiem bardzo częstym – szczególnie w OAiT.
- Lekarze kierując się swoim własnym (rozwinętym w różnym stopniu) zdrowym rozsądkiem, światopoglądem, temperamentem, czy typem osobowości, posiadający niespójną wiedzę na temat uwarunkowań prawnych, pozwalają sobie na dużą dowolność postępowania.
- W praktyce oznacza albo prowadzenie tzw. uporczywej terapii (najczęściej), albo różnego stopnia ograniczanie terapii i tym balansowanie na granicy obowiązującego prawa.

Wskazówki idą z samej góry...

- „Wszystkie leki [onkologiczne], które mogą przedłużyć życie pacjentów **choćby o tydzień lub dwa, bez względu na cenę** znajdą się w katalogu leków dostępnych dla wszystkich.”

Minister Zdrowia, Ewa Kopacz, wypowiedź z 18.04.2008

Terapia uporczywa (*medical futility*)

- stosowanie procedur medycznych w celu podtrzymania funkcji życiowych nieuleczalnie chorego, które przedłuża jego umieranie, wiążąc się z nadmiernym cierpieniem lub naruszeniem godności pacjenta.

(etycznie niedozwolona, prawnie dozwolona)

Ograniczanie terapii (*withholding*)

- zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów

(etycznie dozwolone, prawnie dozwolone)

Wycofanie terapii (*withdrawing*)

- zaprzestanie wszelkich inwazyjnych zabiegów medycznych, w tym sztucznej wentylacji
(niedozwolone w Polsce – możliwość zakwalifikowania jako eutanazja)

Eutanazja (*euthanasia*)

- zabicie człowieka na jego żądanie lub pod wpływem współczucia dla niego
(podlega karze pozbawiania wolności od 3 miesięcy do 5 lat - art.150 Kodeksu Karnego)

Terapia minimalna

- forma ograniczania terapii (withholding)
- **obejmuje** nawadnianie, odżywianie, pielęgnację, sedację, analgezję, oraz już rozpoczętą sztuczną wentylację
- **nie obejmuje** rozpoczynania sztucznej wentylacji, antybiotykoterapii, terapii nerkozastępczej, podnoszenia dawek amin katecholowych, wykonywania zabiegów chirurgicznych, etc.

Kodeks Etyki Lekarskiej

- „Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Powinien do końca łagodzić cierpienia chorego stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia”.
- „W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych”.
- „Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych”.

Stanowisko Kościoła Katolickiego

- „Nawet jeśli śmierć jest uważana za nieuchronną, zwykłe zabiegi przysługujące osobie chorej nie mogą być w sposób uprawniony przerywane. Opieka paliatywna stanowi pierwszorzędną postać bezinteresownej miłości”.
- „Stosowanie środków przeciwbólowych, by ulżyć cierpieniom umierającego, nawet za cenę skrócenia jego życia, może być moralnie zgodne z ludzką godnością, jeżeli śmierć nie jest zamierzona ani jako cel, ani jako środek”.

Katechizm Kościoła katolickiego, art. 2278

Stanowisko autorytetów

- „Podobnie jak lekceważeniem chorych byłoby traktowanie ich tak, jak gdyby mieli umrzeć, tak innym rodzajem lekceważenia jest traktowanie umierających tak, jak gdyby mieli lub mogli wyzdrowieć”

Paul Ramsey

- „Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci”

Jan Paweł II, Encyklika „Evangelium vitae”

Sprzeciw pacjenta

- Każde działanie diagnostyczne i lecznicze wymaga zgody pacjenta. Terapia nie musi być uznana przez lekarzy za uporczywą, aby pacjent mógł jej odmówić

Ustawa o zawodzie lekarza i dentysty, 1996, art.32-35.

- Niezgoda pacjenta na określony zabieg jest dla lekarza wiążąca i znosi ryzyko odpowiedzialności karnej lub cywilnej, a w wypadku wykonania zabiegu delegalizuje go

Decyzja Sądu Najwyższego RP

Aspekty finansowe problemów etycznych w OIT

- olbrzymie koszty leczenia w OIT, ograniczona ilość miejsc dla najciężej chorych, długi czas leczenia chorych terminalnie
- prowadzenie terapii uporczywej jest nieetyczne, uniemożliwia dostęp do intensywnej terapii pacjentom rokującym wyleczenie

Ograniczanie – tak, wycofanie –nie!

- „Czynna eutanazja na żądanie jest zabroniona, podobnie, jak i zaprzestanie trwających już czynności podtrzymujących życie.”

Góralski P. Rzeczpospolita, 2007

Przerwanie terapii uporczywej w Danii - przykład

- Chory 80-letni, w terminalnej fazie POChP z niewydolnością krążenia, na tlenoterapii domowej, drugi pobyt w OIT z powodu zaostrzenia POChP, brak zgody na dalsze leczenie
- Konsylium internisyczo-anestezjologiczne, rozmowa z rodziną w obecności pielęgniarki
- Chory zostaje rozintubowany, żegna się z rodziną, zadowolony, że odzyskał możliwość mówienia
- Umiera po kilku godzinach w narkozie CO₂

DNAR (*Do Not Attempt Resuscitation*)

- procedura wprowadzona w USA 30 lat temu, wymuszona przez sprawy sądowe i skandale prasowe
- Najważniejszymi punktami procedury DNAR są: **ustalenie z wyprzedzeniem** sposobu i zakresu postępowania w nagłych sytuacjach medycznych (w tym przypadku NZK) oraz **formalne udokumentowanie** podjętej decyzji
- *DNAR Does Not Equate to „Do Not Care”*

Zastosowanie DNAR w Danii - przykład

- Chory 60-letni, po CABG powikłanym sepsą, przytomny i w kontakcie, EF=10-15%, aminy presyjne, nawracające wielośrodkowe zaburzenia rytmu, zaintubowany, kilkakrotne próby odłączenia od respiratora zakończone niepowodzeniem, aktualnie bez objawów zakażenia
- Konsylium kardiolog-anestezjolog z wpisem do historii choroby, rozmowa z chorym i rodziną o procedurze DNAR (w obecności pielęgniarki)
- Kilka dni później NZK – nie podejmowano akcji resuscytacyjnej

Wnioski

1. Polskie prawodawstwo nie nadąża za dynamicznym rozwojem nowoczesnych technik leczenia i ratowania życia.
2. Luki prawne w kwestiach etycznych wypełnia w tej chwili w Polsce KEL, więc zaniechanie terapii uporczywej powinno być traktowane jako obowiązek lekarski.
3. Szczególnym przypadkiem niepodejmowania terapii uporczywej są procedury DNAR, które są zgodne z prawem i powinny być upowszechnione w szpitalach polskich.

Podsumowanie

- Zaniechania terapii uporczywej można w Polsce dokonać zgodnie z prawem poprzez ograniczenie terapii (withholding, czyli zastosowanie tzw. terapii minimalnej) lub zastosowanie procedury DNAR. Zarówno przerwanie terapii (withdrawing) jak i eutanazja są przestępstwem w świetle polskiego prawa.
- Jeżeli jest to możliwe, na ograniczenie terapii lub DNAR powinien wyrazić zgodę sam chory w obecności rodziny. W przypadku jeżeli chory nie może wyrazić zgody, decyzję taką może podjąć konsylium lekarskie, informując rodzinę o swojej decyzji. Działania tego rodzaju muszą być udokumentowane pisemnie w historii choroby.



„Medycyna przestała troszczyć się o człowieka. Troszczy się o życie. Zrezygnowała z niesienia ulgi w gorączce, bezsenności, bieguncce, bo to wydaje się zbyt błahe. Zamiast ratować od chorób, zajmuje się tym, jak ratować od śmierci. To stało się wyzwaniem. Zaczęliśmy więc leczyć śmierć. A przecież to nonsens”.

Prof. Kornel Gibiński