

# Analiza protokołów postępowania przy braku korzyści z leczenia podtrzymującego funkcjonowanie narządów u pacjentów leczonych na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Ewa Woźnica-Niesobka, Waldemar Goździk, Jakub Śmiechowicz, Łukasz Stróżecki, Andrzej Kubler

*Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Polska*

## Abstract

**Background:** Prolonged support of organ functions without therapeutic benefit represents a serious problem of therapy in intensive care units (ICUs). This kind of treatment, called "futile therapy", prolongs the process of dying and should be avoided. In Poland, the guidelines and protocol defining the best clinical practice for the avoidance of futile therapy in ICUs was published in 2014. The aim of study was to analyse the protocols concerning futile therapy in the general ICU in the University Hospital in Wrocław, Poland during the years 2015–2018.

**Methods:** The content of protocols was analysed. The protocols contained information on clinical problems, ethical and social aspects, data on communication with relatives, and therapeutic procedures regarded as futile and consequently withheld or withdrawn.

**Results:** During the study 1660 patients were treated in the ICU, of whom 557 patients died. Protocols regarding futile therapy were analysed in 146 patients. The diagnosis before starting the protocol was multiorgan failure (56%), permanent CNS injury (39%), respiratory failure (3%), and circulatory failure (2%). The withholding of therapeutic procedures was preferred, and the cases of withdrawal were rare. All patients with protocols died during hospital stay, 81.5% of them in the ICU.

**Conclusions:** The protocols concerning futile therapy were instituted in 1 in 10 patients treated in the ICU in Wrocław, which comprised was nearly one-fifth of all ICU deaths. The withholding of futile therapeutic procedures was preferred in comparison to withdrawing. Communication with relatives was essential to the process of avoiding futile therapy.

**Słowa kluczowe:** oddział intensywnej terapii, terapia daremna, niepodjęcie, odstąpienie.

**Key words:** intensive care unit, futile therapy, withholding, withdrawal.

Anestezjologia Intensywna Terapia  
2020; 52, 1: 3–9

Otrzymano: 05.10.2019,  
zaakceptowano: 29.11.2019

## ADRES DO KORESPONDENCJI:

Ewa Woźnica-Niesobka, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, Polska, e-mail: ewa.anna.woznica@gmail.com

Oddziały intensywnej terapii (OIT) powstały w połowie XX wieku jako wyodrębnione stanowiska terapeutyczne dla pacjentów z odwracalną niewydolnością narządów niezbędnych do życia [1]. Klasyycznym przykładem było leczenie niewydolności oddechowej spowodowanej wirusem polio za pomocą wentylacji mechanicznej [2]. Z czasem intensywna terapia rozwinęła się w osobną dziedzinę medycyny, a obecnie postęp technologiczny umożliwia sztuczne podtrzymywanie niemal wszystkich ważnych dla życia funkcji organizmu. U części pacjentów leczonych na OIT wspomaganie funkcji narządów

nie prowadzi do uzyskania podstawowej korzyści terapeutycznej, jaką jest możliwość zadowalającego życia pacjenta poza OIT. Podtrzymywanie czynności narządów staje się wówczas przedłużeniem procesu umierania i nie przynosi korzyści pacjentowi. Tego rodzaju działanie stanowi postępowanie niezgodne z wiedzą i etyką medyczną i jest określane jako terapia daremna. Ustalenie zasad uniknięcia terapii daremnej jest przedmiotem wielu opracowań krajowych i międzynarodowych [3–8]. W Polsce takie zasady zostały przedstawione w publikacji zatytułowanej „Wytuczne postępowania wobec braku

skuteczności podtrzymywania czynności narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń woli na oddziałach intensywnej terapii” [9]. Istotnym elementem tych wytycznych jest protokół postępowania wobec terapii daremnej na OIT dokumentujący uzasadnienie uznania terapii za daremną oraz opisujący proces niepodjęcia lub odstąpienia od procedur terapeutycznych określonych jako daremne w określonej sytuacji klinicznej. Informacje na temat wdrożenia przytoczonych wytycznych do praktyki postępowania na OAIT w Polsce nie zostały dotąd opublikowane.

Prezentowana praca analizuje wykorzystanie protokołów postępowania wobec terapii daremnej na jednym oddziale szpitala uniwersyteckiego (klinicznego) w okresie od 01.01.2015 r. do 31.12.2018 r.

## METODY

Analizie poddano treść wypełnionych protokołów postępowania wobec terapii daremnej stanowiących część opublikowanego dokumentu wytycznych. Dokument ten przedstawia oficjalne stanowisko

konsultowane przez towarzystwa lekarskie, z opinią bioetyczną i prawną, dlatego analiza treści protokołów nie została poddana dodatkowej opinii lokalnej komisji bioetycznej.

Formularze protokołu były dostępne dla personelu OIT. Wypełnione protokoły pochodziły z Oddziału Intensywnej Terapii Ogólnej Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym we Wrocławiu, z okresu 4 lat (od 01.01.2015 r. do 31.12.2018 r.).

Decyzję o założeniu protokołu jako dokumentacji uniknięcia terapii daremnej podejmował zespół leczący OIT w osobach dwóch specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w porozumieniu z lekarzem kierującym oddziałem. Decyzję tę omawiano z całym zespołem terapeutycznym OIT oraz przedstawiano ją rodzinom pacjentów. Żaden z pacjentów branych pod uwagę przy zakładaniu protokołów nie był w stanie podjąć samodzielnej decyzji co do swojego leczenia.

Protokół składa się z trzech stron (rycina 1). Na pierwszej znajdują się dane osobowe pacjenta, krótkie



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 podtrzymywaniu czynności narządów, przez cały czas prowadzone będzie postępowanie paliatywne, służące zapewnieniu jak najlepszego komfortu. Kontynuowana będzie specjalistyczna opieka pielęgnarska, a także uśmierzanie 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		
Pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddychania		
Pozaustrojowe wspomaganie funkcji wątroby		
Przetaczanie preparatów krwiopochodnych		

- 1) Lekarz — specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii

Imię i nazwisko: .....

Specjalizacja: .....

Podpis: ..... Data: .....

- 2) Lekarz — specjalista anestezjologii i intensywnej terapii lub intensywnej terapii

Imię i nazwisko: .....

Specjalizacja: .....

Podpis: ..... Data: .....

- 3) Lekarz kierujący oddziałem

Imię i nazwisko: .....

Specjalizacja: .....

Podpis: ..... Data: .....

wprowadzenie do zasad unikania terapii daremnej oraz aspekty kliniczne podejmowanej decyzji, na drugiej – omówienie aspektów etycznych i środowiskowych decyzji, informacje o członkach rodziny lub osobach bliskich, z którymi odbyto rozmowę informującą, tematyka zagadnień omawianych z najbliższymi, a także lista procedur terapeutycznych uznanych za daremne, które albo nie zostaną podjęte, albo odstąpi się od ich dotychczasowego stosowania

Trzecią stroną protokołu stanowi oświadczenie uzasadniające zaprzestanie daremnych działań terapeutycznych podpisane przez dwóch lekarzy oddziału, specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, oraz lekarza kierującego oddziałem.

**TABELA 1.** Odsetek założonych protokołów w stosunku do liczby pacjentów leczonych w poszczególnych latach

Rok	Liczba leczonych	Liczba protokołów	%
2015	348	29	8,3
2016	420	23	5,5
2017	408	36	8,8
2018	422	58	13,7
Razem	1660	146	8,8

**TABELA 2.** Informacje dotyczące pacjentów z założonym protokołem postępowania dotyczącym terapii daremnej

Wiek	średnio 64,5 roku (od 27 do 94 lat)
Płeć	mężczyźni – 89 (61%) kobiety – 57 (39%)
Średni czas od przyjęcia na OIT do założenia protokołu	15,9 ± 14,4 dnia
Średni czas od założenia protokołu do zgonu	7,8 ± 10,5 dnia

**TABELA 3.** Pacjenci, u których założono protokół postępowania dotyczący terapii daremnej – rozpoznanie wstępne

Niewydolność układu krążenia (w tym stan po zatrzymaniu krążenia)	28%
Sepsa/wstrząs septyczny	25%
Powikłania pooperacyjne (nieokreślone)	10%
Schorzenia ośrodkowego układu nerwowego	9%
Uraz ośrodkowego układu nerwowego	8%
Zaburzenia oddechowe	8%
Choroba nowotworowa	7%
Niewydolność wątroby	3%
Uraz wielonarządowy	2%

**TABELA 4.** Pacjenci, u których założono protokół postępowania dotyczący terapii daremnej – rozpoznanie przy zakładaniu protokołu

Niewydolność wielonarządowa	56%
Trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego	39%
Niewydolność oddechowa	3%
Zapaść krążeniowa	2%

Zawartość protokołów poddano analizie statystycznej. Do analizy wyników autorzy wybierali tylko jedno najważniejsze rozpoznanie kliniczne, w celu uzyskania większej przejrzystości przy prezentowaniu wyników pracy.

Uzyskane w toku badania ankietowego wyniki opracowano, wykorzystując narzędzia pakietu Statistica 13.0 PL (Statsoft, Tulsa, USA). W wypadku zmiennych ilościowych wyliczono podstawowe statystyki opisowe, a w przypadku jakościowych wyznaczono rozkłady, wykorzystując odpowiednio tabele licznosci i tabele kontyngencji.

## WYNIKI

W latach 2015–2018 na oddziale leczono 1660 chorych. Spośród nich 557 (33,6%) zmarło. Analizie poddano 146 prawidłowo wypełnionych protokołów (8,8% leczonych). Liczbę założonych protokołów w poszczególnych latach przedstawiono w tabeli 1. Pacjenci, którym założono protokoły, mieli średnio 64,5 roku (od 27 do 94 lat), 61% stanowili mężczyźni (89), 39% kobiety (57). Dane demograficzne, średni czas od przyjęcia na OIT do założenia protokołu oraz średni czas od założenia protokołu do zgonu zestawiono w tabeli 2. Jedno najważniejsze rozpoznanie wstępne przy przyjęciu na OIT u pacjentów, którym założono protokół, podano w tabeli 3. Byli to najczęściej pacjenci z niewydolnością układu krążenia lub z ogólnoustrojowym zakażeniem. Zasadnicze rozpoznanie ustalone przy zakładaniu protokołu przedstawiono w tabeli 4. Najczęstszym rozpoznaniem była niewydolność wielonarządowa, a następnie trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

Decyzje o założeniu protokołu były podejmowane z reguły przez zespół lekarzy OIT. Konsultacje lekarzy innych specjalności przy zakładaniu protokołu wykorzystano w 36 przypadkach (24,7%). Do konsultacji wzywano najczęściej neurochirurgów, neurologów, chirurgów naczyniowych i chirurgów ogólnych. Konsultacje z bliskimi pacjentów były powtarzane wielokrotnie. Najczęściej informacji udzielano córkom (45%), następnie żonom (32%), synom (24%) i mężom (8%). Posługiwano się konwencją tzw. konferencji rodzinnych, czyli spotkań wielu członków rodziny z wieloma członkami zespołów terapeutycznych. Uniknięto konfliktów osobistych oraz prawnych i żaden z przypadków założenia protokołu nie został skierowany do postępowania sądowego.

Najczęstszą procedurą uniknięcia terapii daremnej było niepodjęcie określonych form terapii. Ogólna liczba procedur niepodjęcia określonych form terapii przewyższała liczbę procedur odstąpienia od terapii trzynastokrotnie (tabela 5). Najczęściej była to resuscytacja krążeniowo-oddechowa oraz metody mechanicznego wspomaganie funkcji narządów. Nie zostały one podjęte według ponad 90% protokołów (tabela 6).

Decyzje o odstąpieniu od stosowanego leczenia były znacznie rzadsze (tabela 6). Najczęściej odstąpiono od prowadzenia terapii nerkozastępczej lub od farmakologicznego wspomaganie układu krążenia (podawanie katecholamin).

Nie wszyscy pacjenci z założonym protokołem zmarli na OIT. W sumie zmarło 119 pacjentów, co stanowiło 81,5% zgonów pacjentów z założonym protokołem. Pozostali pacjenci, w liczbie 27, zmarli w trakcie dalszego leczenia szpitalnego poza OIT. Liczba pacjentów z założonym protokołem zmarłych na OIT stanowiła 21,4% wszystkich pacjentów zmarłych na OIT (tabela 7). Natomiast odsetek wszystkich zgonów pacjentów z założonym protokołem w stosunku do liczby zgonów na OIT wyniósł 26,2%.

## DYSKUSJA

Podczas leczenia na OIT często występują okoliczności prowadzące do terapii daremnej. Unikanie takiego postępowania przez lekarzy jest zjawiskiem powszechnym. W badaniu ankietowym opublikowanym w 1999 r., przeprowadzonym w 16 krajach Europy Zachodniej 93% lekarzy OIT nie podejmowało pewnych działań terapeutycznych, a 77% odstępowało od takich działań podczas praktyki medycznej z uwagi na ich daremność [10]. W bardzo podobnym badaniu przeprowadzonym 12 lat później wśród polskich anestezjologów wyniki były niemal identyczne (odpowiednio 93% i 75%) [11], jednak tylko 10% uczestników badania w Polsce zarejestrowało swoje działania w formie pisemnej

**TABELA 5.** Liczba niepodjęcia lub odstąpienia od procedur terapeutycznych określonych jako daremne

Ogólna liczba analizowanych protokołów	146
Liczba procedur niepodjęcia ogółem	1164
Liczba procedur niepodjęcia na jeden protokół	7,8
Liczba procedur odstąpienia ogółem	89
Liczba procedur odstąpienia na jeden protokół	0,6

**TABELA 6.** Procedury terapeutyczne, których nie podjęto lub od których odstąpiono

Procedura	% niepodjęcia do liczby protokołów ogółem (n)	% odstąpienia do liczby protokołów ogółem (n)
Resuscytacja krążeniowo-oddechowa	97,3 (142)	4,8 (7)
Mechaniczne wspomaganie układu krążenia	97,3 (142)	1,4 (2)
Elektroterapia serca	95,9 (140)	2,1 (3)
Pozaustrojowe wspomaganie funkcji oddychania	94,5 (138)	2,7 (4)
Pozaustrojowe wspomaganie funkcji wątroby	94,5 (138)	2,1 (3)
Zabiegi chirurgiczne i inne nieinwazyjne procedury	76,7 (112)	1,4 (2)
Terapia nerkozastępcza	65,8 (96)	19,2 (28)
Farmakologiczne wspomaganie układu krążenia	58,2 (85)	14,4 (21)
Przetaczanie preparatów krwiopochodnych	56,8 (83)	1,4 (2)
Żywienie parenteralne	52,1 (76)	4,8 (7)
Wentylacja mechaniczna	5,5 (8)	0,7 (1)
Antybiotykoterapia	2,7 (4)	0

**TABELA 7.** Liczba zgonów pacjentów z założonym protokołem

Rok (liczba protokołów)	Liczba zgonów na OIT (zgony na oddziale ogółem)	% zgonów pacjentów z protokołem na OIT	% zgonów pacjentów z założonym protokołem do ogółu zgonów na oddziale
2015 (29)	27 (117)	93,1	23,1
2016 (23)	18 (150)	78,3	12,0
2017(36)	30 (141)	83,3	21,3
2018 (58)	44 (149)	75,8	29,5
Razem zgonów	119 (557)	81,5	21,4

w dokumentacji szpitalnej, podczas gdy w Europie było to 58%.

Brak pisemnej rejestracji postępowania dotyczącego niepodjęcia lub odstąpienia od terapii daremnej jest oczywistym błędem lekarskim. Niesie ze sobą wrażenie ukrywania decyzji terapeutycznych jako niewłaściwych, mimo że terapia daremna została powszechnie uznana za błąd postępowania lekarskiego zarówno pod względem medycznym, etycznym, jak i prawnym [12]. W Polsce, o ile argumenty medyczne i etyczne jednoznacznie wyrażone w wytycznych uzasadniają decyzję o odstąpieniu od terapii daremnej, stanowisko prawne nie jest jasno sformułowane i wymaga korekty [13]. Dlatego przy wytycznych opracowany został protokół postępowania, który jasno uzasadnia decyzje lekarskie podejmowane wobec terapii daremnej i stanowi ochronę przed potencjalnymi negatywnymi działaniami prawnymi. Podobne protokoły były konstruowane w wielu krajach w celu właściwej dokumentacji działań ograniczających terapię daremną [14, 15].

Niedawno została opublikowana analiza niepodjęcia lub odstąpienia od terapii daremnej na podstawie dokumentacji badania ICON oceniającego działalność OIT na całym świecie [16]. Średnia częstość niepodjęcia lub odstąpienia od terapii daremnej wynosiła 13% i była podobna do częstości obserwowanej we Wrocławiu (9%). W badaniu wrocławskim śmiertelność szpitalna pacjentów z założonym protokołem wynosiła 100%, a śmiertelność na OIT 81,5%. Natomiast w badaniu światowym śmiertelność szpitalna wynosiła 69%. Wynikało to ze zróżnicowanych zasad podejmowanych decyzji o ograniczeniu terapii daremnej w różnych krajach. Ostatnio podjęto globalne działania w celu ujednoczenia postępowania u schyłku życia u pacjentów umierających na OIT. Wstępne wyniki uzgodnień takiego postępowania, przedstawione w badaniu WELPICUS, świadczą, że istnieje możliwość akceptacji zasadniczych definicji i stwierdzeń dotyczących postępowania u schyłku życia u pacjentów leczonych na OIT [17].

W analizowanych protokołach decyzje o niepodjęciu terapii były znacznie częstsze od decyzji o odstąpieniu. Jest to zjawisko powszechne. Mimo że pod względem etycznym obydwa rodzaje postępowania nie różnią się od siebie, to w praktyce klinicznej odstąpienie od wprowadzonej już terapii jest trudniejsze od jej niepodjęcia. Może się to wiązać z brakiem szczegółowych protokołów postępowania w takich przypadkach [18].

W opinii autorów artykułu zasadniczą rolę w procesie ograniczenia terapii daremnej odgrywa właściwa komunikacja z osobami bliskimi dla pacjenta umierającego na OIT. W omawianych przypadkach zwrócono szczególną uwagę na możliwie szeroką

i wielostronną dyskusję między personelem a rodziną. Średni czas od założenia protokołu do zgonu wynosił 8 dni, a więc był on dostatecznie długi, aby nawiązać dobry kontakt z bliskimi pacjenta. Pozostaje jeszcze wiele do optymalizacji prawidłowej strategii komunikacji z bliskimi pacjentów umierających na OIT [19].

Ograniczenia prezentowanej pracy są następujące: 1) jest to badanie jednośrodkowe, nie prezentuje więc pełnej informacji o postępowaniu się protokołami postępowania wobec terapii daremnej na OIT w całej Polsce, 2) protokół zamieszczony w wytycznych jest jedynie propozycją, nie był dotąd walidowany ani weryfikowany i zapewne wymaga poprawek i uzupełnień.

Niniejsza praca jest pierwszą szerszą analizą wdrożenia zasad wytycznych do praktyki OIT w Polsce. Powinna skłonić badaczy do przeprowadzenia badań wielośrodkowych. Obserwacje kliniczne powinny prowadzić do optymalizacji protokołu postępowania, a także do aktualizacji tekstu wytycznych. Pożądanym celem jest oficjalne uznanie znowelizowanej wersji wytycznych z protokołem za część standardowej dokumentacji medycznej wymaganej na OIT.

## WNIOSKI

Na Oddziale Intensywnej Terapii Ogólnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu protokoły postępowania wobec terapii daremnej w latach 2015–2018 zostały założone u 9% leczonych pacjentów. Wszyscy pacjenci z założonymi protokołami zmarli w okresie leczenia szpitalnego. Niepodjęcie resuscytacji i mechanicznego wspomaganie czynności narządów było najczęściej podejmowanym działaniem w celu ograniczenia terapii daremnej, znacznie częstszym niż odstąpienie od już wdrożonej terapii. Wskazana jest wielośrodkowa analiza wykorzystania protokołów postępowania wobec terapii daremnej w celu optymalizacji opieki nad pacjentami umierającymi na OIT.

## PODZIĘKOWANIA

1. Źródła finansowania: brak.
2. Konflikt interesów: brak.

## PIŚMIENNICTWO

1. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* 2017; 37: 270–276. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.07.015.
2. Reisner-Senelar L. The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records. *Intensive Care Med* 2011; 37: 1084–1086. doi: 10.1007/s00134-011-2235-z.
3. SIAARTI – Italian Society of Anaesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care Bioethical Board. End-of-life care and the intensivist: SIAARTI recommendations on the management of the dying patient. *Minerva Anesthesiol* 2006; 72: 927–963.
4. Valentin A, Druml W, Steltzer H, Wiedermann CJ. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive

- care units: consensus paper of the Austrian associations of intensive care medicine. *Intensive Care Med* 2008; 34: 771-776. doi: 10.1007/s00134-007-0975-6.
5. Myatra SN, Salins N, Iyer S, et al. End-of-life care policy: an integrated care plan for the dying: a joint position statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian J Crit Care Med* 2014; 18: 615-635. doi: 10.4103/0972-5229.140155.
  6. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008; 36: 953-963. doi: 10.1097/CCM.0B013E3181659096.
  7. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GD, et al.; American Thoracic Society ad hoc Committee on Futile and Potentially Inappropriate Treatment; American Thoracic Society; American Association for Critical Care Nurses; American College of Chest Physicians; European Society for Intensive Care Medicine; Society of Critical Care. An official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM policy statement: responding to requests for potentially inappropriate treatments in intensive care units. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 191: 1318-1330. doi: 10.1164/rccm.201505-0924ST.
  8. Myburgh J, Abillama F, Ciumello D, et al.; Council of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* 2016; 34: 125-130. doi: 10.1016/j.jcrc.2016.04.017.
  9. Kübler A, 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. doi: 10.5603/AIT.a2014.0038.
  10. Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27: 1626-1633.
  11. Kübler A, Adamik B, Lipinska-Gediga M, Kedziora J, Strozecki L. End-of-life attitudes of intensive care physicians in Poland: results of a national survey. *Intensive Care Med* 2011; 37: 1290-1296. doi: 10.1007/s00134-011-2269-2.
  12. Rubenfeld GD. Principles and practice of withdrawing life sustaining treatments. *Crit Care Clin* 2004; 20: 435-451. doi: 10.1016/j.ccc.2004.03.005.
  13. Szeroczyńska M. Withdrawing and withholding futile therapy – de lege lata and de lege ferenda. *Medycyna Paliatywna* 2013; 5: 31-40.
  14. Sjökvist P, Sundin PO, Berggren L. Limiting life support. Experience with the special protocol. *Acta Anaesthesiol Scand* 1988; 42: 232-237.
  15. Holzapfel L, Demingon G, Piralla B, Biot L, Nallet B. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1309-1315. doi: 10.1007/s00134-002-1370-y.
  16. Lobo SM, De Simoni FH, Jakob SM, et al.; ICON investigators. Decision-making on withholding or withdrawing life support in the ICU: a worldwide perspective. *Chest* 2017; 152: 321-329. doi: 10.1016/j.chest.2017.04.176.
  17. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, et al. Seeking worldwide professional consensus on the principles of end-of-life care for the critically ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) study. *Am J Respir Crit Care Med* 2014; 190: 855-866. doi: 10.1164/rccm.201403-0593CC.
  18. Sprung CL, Paruk F, Kissoon N, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: I. Differences between withholding and withdrawing life-sustaining treatments. *J Crit Care* 2014; 29: 890-895. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.06.022.
  19. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2014; 370: 2506-2514. doi: 10.1056/NEJMra1208795.