

Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Wydane na podstawie § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. z 2020 r. poz. 940, z późn. zm.)

Łukasz Krzych, Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Piotr Knapik, Marzena Zielińska, Dariusz Maciejewski, Maciej Cettler, Radosław Owczuk, Krzysztof Kusza

Grupa Robocza:

prof. dr hab. n. med. Łukasz Krzych – Przewodniczący Grupy Roboczej, Przewodniczący Sekcji Intensywnej Terapii Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr hab. n. med. Alicja Bartkowska-Śniatkowska, prof. nadzw. – Zastępca Przewodniczącej Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

prof. dr hab. n. med. Piotr Knapik – Przewodniczący Sekcji Naukowo-Edukacyjnej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr hab. n. med. Marzena Zielińska, prof. nadzw. – Przewodnicząca Sekcji Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

dr hab. n. med. Dariusz Maciejewski, prof. nadzw. – Sekcja Intensywnej Terapii Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

lek. Maciej Cettler – Sekcja Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

prof. dr hab. n. med. Radosław Owczuk – Prezes-Elekt Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kusza – Ustępujący Prezes Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Grupa Ekspertka (w kolejności alfabetycznej):

Przedstawiciele ZG PTAiIT: Alicja Bartkowska-Śniatkowska, Piotr Knapik, Łukasz Krzych, Krzysztof Kusza, Romuald Lango, Agnieszka Misiewska-Kaczur, Mariusz Piechota

Przedstawiciele Sekcji i Oddziałów PTAiT: Paweł Andruszkiewicz, Maciej Cettler, Tomasz Czarnik, Mirosław Czuczwar, Michał Domagała, Anna Dylczyk-Sommer, Krzysztof Kobylarz, Waldemar Machała, Dariusz Maciejewski, Irena Ożóg-Zabolska, Andrzej Piotrowski, Beata Rybojad, Katarzyna Sierakowska, Wojciech Szczeklik, Bułat Tuyakov, Marzena Zielińska, Maciej Żukowski

Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii: Stanisław Lech Czaban, Wojciech Dąbrowski, Tomasz Gaszyński, Beata Kościakowska, Łukasz Krzych, Andrzej Małek, Dariusz Onichimowski, Wojciech Serednicki, Karina Stefańska-Wronka, Wiesław Światała, Janusz Trzebicki

Cel wytycznych:

Celem wytycznych jest określenie wskazań do przyjęcia na stanowiska intensywnej terapii na Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii leczących dorosłych lub dzieci, zgodnie z priorytetami odniesienia korzyści z leczenia, które wynikają z aktualnej wiedzy medycznej. Podmiotem wytycznych jest pacjent i najlepiej rozumiane jego dobro, wymagający pomocy medycznej w warunkach, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

Odbiorcy wytycznych:

Wytyczne skierowane są wyłącznie do lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, leczących dorosłych lub dzieci.

Wprowadzenie

Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiT) powołało Grupę Roboczą Ekspertów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, których zadaniem było przygotowanie niniejszego dokumentu. Kluczowa zasada opracowania wytycznych została oparta o kryteria korzyści zdrowotnych wynikających z inwazyjnych interwencji leczniczych prowadzonych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, postępując od poziomu wyniesienia korzyści najwyższych, poprzez mniej spodziewane, aż do poważnie wątpliwych albo ich braku (tzw. priorytety) [1,2]. Określenie tych zasad ma ułatwić lekarzom specjalistom anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikację pacjentów, którzy potencjalnie odniosą korzyść z leczenia na stanowiskach intensywnej terapii na Oddziałach Anestezjologii

i Intensywnej Terapii (OAIIT) lub Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci (OAIITD), w sytuacjach, które zawsze w obliczu bezpośredniego zagrożenia życia lub niebezpieczeństwa ciężkiego uszkodzenia ciała, lub ciężkiego rozstroju zdrowia, wymagają przejrzystego wsparcia metodycznego.

Niniejsze wytyczne mają zastosowanie do postępowania na OAIIT i OAIITD, zwanych dalej „oddziałami anestezjologii i intensywnej terapii”.

Kwalifikacja do leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii zawsze ma charakter użyteczny, jednak zgodny z zasadą największych szans na przeżycie, wyzdrowienie i powrót do społeczeństwa. Zadaniem dokumentu jest ułatwienie zarządzania ryzykiem, zgodnie z jego doktryną.

Wobec ograniczonej dostępności do wiarygodnych danych wynikających z medycyny opartej na dowodach naukowych, uzgodnienia stanowią konsensus Grupy Roboczej. Dodatkowo, najczęstsze stany i sytuacje kliniczne, które mogłyby przemawiać za lub przeciwko kwalifikacji do leczenia na stanowiskach intensywnej terapii na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, zostały poddane ocenie specjalnie powołanej Grupy Ekspertów. Do wyrażenia opinii zostali zaproszeni członkowie Zarządu Głównego PTAiIT, przewodniczący lub oddelegowani członkowie Sekcji i Oddziałów PTAiIT oraz konsultanci wojewódzcy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Każdy z Ekspertów ocenił słuszność decyzji wskazanych w poszczególnych scenariuszach klinicznych w skali 0-100, przy czym 0 oznaczało: „całkowicie się nie zgadzam na przyjęcie pacjenta do OAIIT lub OAIITD” a 100: „całkowicie się zgadzam na przyjęcie pacjenta do OAIIT lub OAIITD”. Uśredniono wartość uzyskanych punktów w każdej odpowiedzi. Analiza ta miała charakter subiektywnej oceny Ekspertów i dlatego powinna pełnić rolę dodatkową, jedynie doradczą przy podejmowaniu decyzji klinicznych.

Przyznawanie pierwszeństwa i kwalifikacja pacjentów do leczenia na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii

Priorytet	Opis	Uwagi
1	Pacjent odniesie korzyść z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii	Osoby w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, tj. krytycznie chorzy, ze wstępnie znaną i potencjalnie odwracalną przyczyną stanu zagrożenia życia; wymagający stałego, inwazyjnego i zaawansowanego monitorowania funkcji życiowych; procedur i metod standardowo dostępnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, i nie dostępnych w żadnym innym oddziale szpitala [3]; obecności na stałe na oddziale lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii oraz wykwalifikowanych w intensywnej opiece i nadzorze kadry pielęgniarskiej: taki rodzaj przyjęcia i zasobów kadrowych oraz technologicznych sprzyja temu, że interwencje te przyczynią się do poprawy rokowania i dobrej jakości życia.
2	Pacjent prawdopodobnie odniesie korzyść z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii	Osoby w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia, w niestabilnym stanie, ze znaną lub podejrzaną, ale potencjalnie odwracalną przyczyną stanu zagrożenia zdrowia; wymagające procedur i metod standardowo dostępnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, i niedostępnych na żadnym innym oddziale szpitala [3]; wymagający stałego, często inwazyjnego i zaawansowanego monitorowania funkcji życiowych; wzmożonej i wykwalifikowanej: intensywnej opieki pielęgniarskiej i terapii z udziałem lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii obecnych na stałe; a interwencje te prawdopodobnie przyczynią się do poprawy rokowania i poprawy jakości życia.
3	Nie jest wiadome czy pacjent odniesie korzyść, czy NIE odniesie korzyści z leczenia na oddziale anestezjologii i	Osoby w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowia, ale w stabilnym stanie, leczone na innych oddziałach szpitala; u których potencjalnie może dojść do pogorszenia stanu zdrowia lub wystąpienia stanu zagrożenia życia, które będą wymagały konieczności

	intensywnej terapii	wdrożenia metod i technik zarezerwowanych standardowo dla oddziału anestezjologii i intensywnej terapii [3]; a interwencje, które wobec nich zostaną podjęte, mogą przyczynić się do poprawy rokowania lub złego rokowania nie zmieniają; pacjenci ci stanowią potencjalnie osoby, wobec których niewykluczone jest uruchomienie zasad nie stosowania terapii daremnej [4,5].
4	Pacjent <i>NIE odniesie korzyści</i> z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii	<p>Osoby nie będące w stanie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, w stanie stabilnym, które z medycznego i organizacyjnego punktu widzenia mogą być poddane leczeniu lub monitorowaniu na innych oddziałach szpitala; u których nie ma konieczności wdrożenia metod i technik dostępnych standardowo w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, wymagające jedynie wzmożonej opieki medycznej rozumianej jako wzmożony nadzór i intensywna opieka, tzn. pacjenci „zbyt zdrowi”, by wynieść korzyść z hospitalizacji na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Nie oznacza to, że wybrani pacjenci z tej grupy nie mogą spełnić kryterium przyjęcia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w związku ze zmianą ich stanu ogólnego na niestabilny.</p> <p>Osoby z potencjalnie nieodwracalną przyczyną stanu zagrożenia życia lub zdrowia, u których wdrożenie metod i procedur dostępnych standardowo na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii [3] nie poprawi ich rokowania i nie przerwie nieuchronnie postępującego procesu umierania; osoby, te nie odnosząc korzyści terapeutycznej z intensywnej terapii, powinny być objęte opieką paliatywną, aby nie wkraczać na ścieżkę terapii daremnej [4,5], tzn. pacjenci „zbyt chorzy”, by hospitalizacja na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii mogła wpłynąć na zmianę niepomyślnego co do</p>

		<p>przeżycia rokowania.</p> <p>Osoby, które skutecznie prawnie wyraziły sprzeciw wobec przyjęcia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz zastosowania metod leczenia i podtrzymywania życia dostępnych jedynie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.</p> <p>Z tej grupy chorych wyłącza się dawców lub potencjalnych dawców narządów.</p>
--	--	--

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi) przemawiające „ZA” przyjęciem pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii – zgodność Ekspertów >75% (w kolejności alfabetycznej)

Scenariusz kliniczny
Ciężkie ostre zapalenie trzustki
Ciężkie zaburzenia metaboliczne
Krwawienie podpajęczynówkowe z zaburzeniami świadomości
Ostra niewydolność oddechowa na tle stanu astmatycznego
Ostra niewydolność oddechowa na tle zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (która nie jest w stanie niewydolności schyłkowej)
Ostra niewydolność oddechowa o etiologii pozapłucnej
Ostra niewydolność wątroby kwalifikująca się do wykonania dializy wątrobowej
Ostre metaboliczne powikłania cukrzycy
Pacjenci pooperacyjni wymagający specjalnych metod monitorowania lub wsparcia funkcji narządów
Przełom nadciśnieniowy z powikłaniami narządowymi
Stan padaczkowy
Uraz czaszkowo – mózgowy z ciężkimi zaburzeniami świadomości i/lub ostrą niewydolnością oddechową
Uraz wielonarządowy
Wstrząs anafilaktyczny
Wstrząs dystrybucyjny
Wstrząs kardiogeny
Wstrząs krwotoczny
Wstrząs septyczny, sepsa
Zatorowość płucna z niewydolnością oddechową i/lub krążenia
Zatrucia lekami lub innymi środkami z ciężkimi zaburzeniami świadomości i/lub ostrą niewydolnością oddechową
Zatrzymanie krążenia w przebiegu potencjalnie odwracalnej przyczyny (reguła „4T, 4H”)
Zespół ostrej niewydolności oddechowej (ciężki)

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi), w których decyzja o przyjęciu pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii jest „DYSKUSYJNA” – zgodność Ekspertów 25-75% (w kolejności alfabetycznej)

Scenariusz kliniczny
Aberracje chromosomowe: z. Edwardsa (trisomia 18), z. Patau (trisomia 13), z. Downa (trisomia 21 – postaci ze złożonymi wadami, zwłaszcza serca)
Choroby nowotworowe w zależności od stopnia zaawansowania
Metaboliczne choroby uwarunkowane genetycznie, zaburzenia przemiany aminokwasów, lipidów, puryn, węglowodanów, metali oraz choroby peroksyzomalne, lizosomalne, mukopolisacharydozy
Nabyte zespoły przebiegające z krańcową niewydolnością wielonarządową u dzieci, towarzyszące innym wadom wrodzonym
Niedożywienie (wyniszczenie)
Niemożliwe do zaopatrzenia powikłania chirurgiczne
Ostre uszkodzenie nerek kwalifikujące się do leczenia nerkozastępczego
Powikłania infekcyjne bez możliwości zastosowania skutecznego leczenia przyczynowego
Przewlekła niewydolność oddechowa wymagająca wentylacji nieinwazyjnej
Schorzenia obwodowego układu nerwowego kwalifikujące się do terapeutycznej wymiany osocza
Stan po co najmniej dwóch nieskutecznych przeszczepach szpiku z powodu choroby onko-hematologicznej z zaawansowanym zespołem graft versus host disease
Udar mózgu wymagający postępowania dostępnego jedynie na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii
Uraz wielomejscowy
Uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego u dzieci w wyniku urazu okołoporodowego, niedotlenienia wewnątrzmacicznego, zamartwicy urodzeniowej, encefalopatii
Zakażenia i ich krytyczne następstwa bez możliwości skutecznego leczenia przyczynowego
Zaostrzenie przewlekłej niewydolności wątroby
Zatrzymanie krążenia w przebiegu innej przyczyny niż ta opisana regułą „4T, 4H”
Zespół ostrej niewydolności oddechowej (łagodny)
Zespół ostrej niewydolności oddechowej (umiarkowany)

Wybrane sytuacje kliniczne (definiowane zgodnie z aktualnymi wytycznymi krajowymi i/lub międzynarodowymi) przemawiające „PRZECIW” przyjęciu pacjenta do leczenia na oddział anestezjologii i intensywnej terapii – zgodność Ekspertów <25% (w kolejności alfabetycznej)

Scenariusz kliniczny
Pacjenci pooperacyjni wymagający standardowej opieki i terapii właściwej dla oddziałów pooperacyjnych
Pacjenci w stanie wegetatywnym lub minimalnej świadomości (<i>Cerebral Performance Category</i> kategoria 3-4)
Pacjenci z śmiertelnym uszkodzeniem mózgu (<i>Cerebral Performance Category</i> kategoria 5) nie będący potencjalnymi dawcami narządów
Krwawienie z przewodu pokarmowego, bez wstrząsu
Nieodwracalna niewydolność wielonarządowa
Choroba nowotworowa w fazie terminalnej i/lub nie podlegająca leczeniu przyczynowemu
Schyłkowe stadium choroby zwyrodnieniowej oraz demielinizacyjnej układu nerwowego u dzieci
Zaawansowane genetycznie uwarunkowane zespoły neurodegeneracyjne
Zaostrzenie przewlekłej niewydolności oddechowej u dziecka z potwierdzonym nieodwracalnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego
Zespoły ciężkich złożonych wad wrodzonych u dzieci w stadium schyłkowym

Omówienie zaleceń

Zadaniem intensywnej terapii jest zastosowanie zaawansowanych, wysoko specjalistycznych metod i technik terapeutycznych przez wysoko wykwalifikowany personel medyczny, dla ratowania życia i przywracania lub poprawy zdrowia najciężej chorych pacjentów. Podejmując decyzję o kwalifikacji pacjenta należy brać pod uwagę: bezpośredniość i stopień zagrożenia życia i zdrowia (tj. niewydolność lub dysfunkcję, stopień nasilenia lub zaawansowania i uszkodzenia narządowego), odwracalność procesu chorobowego, obciążenie chorobami dodatkowymi, wyniki badań dodatkowych (obrazowych, laboratoryjnych, itp.). Wyniki badań dodatkowych nie mogą być samodzielnym kryterium, ale jednym ze sposobów oceny, czy spełnione zostały wcześniej wskazane kryteria ogólnomedyczne. Przeprowadzenie badań dodatkowych jest raczej metodą pozwalającą na lepsze ustalenie stanu pacjenta i sformułowanie odpowiednich prognoz. Nie powinno się

kierować wiekiem metrykalnym, lecz stanem biologicznym i funkcjonalnym pacjenta, uwzględniając stopień upośledzenia, niedołożności lub kruchości. Nie zaleca się kwalifikowania pacjentów na oddział anestezjologii i intensywnej terapii w oparciu wyłącznie o dane liczbowe czy punktowe skale prognostyczne, które mają jedynie charakter doradczy. Rekomendowanymi skalami są: APACHE II/ SAPS II/ SOFA dla dorosłych oraz PIM/ PRISM/ PELOD dla dzieci. Pomocna jest także obserwacja trendu zmian u osób, u których konieczna może być hospitalizacja na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, na przykład w oparciu o działalność Zespołów Wczesnego Reagowania. Informacje o stanie zdrowia należy łączyć, budując całościowy obraz kliniczny. Należy w pierwszej kolejności podejmować czynności ratunkowe wobec pacjenta, któremu grozi utrata życia przed pacjentem w stanie zagrożenia zdrowia. Trzeba jednak brać pod uwagę również stopień zagrożenia dla każdego z nich. W przypadku więc, gdy jednemu pacjentowi grozi niebezpieczeństwo utraty życia, ale nie jest ono bezpośrednie, nie urzeczywistni się natychmiastowo, a drugiemu pacjentowi grozi niebezpieczeństwo poważnego uszczerbku na zdrowiu, które może się zrealizować w najbliższym czasie, w pierwszej kolejności należy ratować osobę w stanie zagrożenia zdrowia. Jeżeli zagrożone dobra są tej samej wartości, w szczególności pacjenci są w zbliżonym niebezpieczeństwie dla życia, należy przeprowadzić czynności ratunkowe wobec tego z nich, który ma większe szanse na uratowanie.

Nie należy podważać skutecznie prawnie wyrażonych decyzji pacjenta co do odmowy leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Każdy pacjent powinien być traktowany indywidualnie i powinno dążyć się do sytuacji, w której pacjent wyraził zgodę albo sprzeciw na prowadzenie wobec niego procedur intensywnej terapii (zostały one wyrażone zawczasu). Pacjent powinien być jednak przed ostatecznym wyrażeniem zgody (sprzeciwu) szczegółowo poinformowany o konsekwencjach jego decyzji w sferze jego życia i zdrowia. Jeśli jednak podtrzyma stanowisko, jest ono dla lekarza wiążące. Ważne jest odnotowanie faktu udzielenia szczegółowej informacji oraz złożenie oświadczenia pacjenta w formie pisemnej, a jeśli nie jest to możliwe, ustnie, w obecności co najmniej dwóch bezstronnych świadków i odebranie ich oświadczeń na piśmie. Rozważania te nie dotyczą pacjentów nieprzytomnych. Osoba z otoczenia pacjenta może być źródłem informacji o wcześniej wyrażonej woli pacjenta. Wiążące są jednak jedynie oświadczenia samego kompetentnego pacjenta. Respektowanie woli pacjenta nie oznacza jednak, że może on (a tym bardziej osoby z otoczenia pacjenta) wymóc na lekarzu stosowanie procedur i metod z zakresu intensywnej terapii, które sprzeczne byłyby z obowiązującymi medycznymi standardami leczenia (aktualną wiedzą medyczną).

Niedopuszczalne jest wymuszanie decyzji o przyjęciu na oddział anestezjologii i intensywnej terapii bazując na przesłankach innych niż medyczne. Do leczenia na stanowisku intensywnej terapii na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii pacjenta kieruje lekarz dowolnej dziedziny medycyny, jeśli uważa na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, że ów pacjent odniesie korzyść z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Zasadność hospitalizacji pacjenta na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii weryfikuje specjalista anestezjologii i intensywnej terapii. Obligatoryjne jest rutynowe stosowanie formularza kwalifikacji do leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (Załącznik 1A – dla dorosłych, Załącznik 1B – dla dzieci), który należy archiwizować w historii choroby (w oryginale, dla pacjentów przyjętych) lub księdze raportów lekarskich oddziału (w oryginale lub kopii, dla osób, którym odmówiono przyjęcia). Medycznie uzasadnione jest przyjmowanie na oddział anestezjologii i intensywnej terapii pacjentów dorosłych lub dzieci, którzy znajdują się w priorytecie 1 i 2. Pacjenci identyfikowani jako osoby kwalifikujące się do leczenia na stanowisku intensywnej terapii powinni być niezwłocznie przyjmowani na oddział anestezjologii i intensywnej terapii. W obliczu braku dostępności stanowiska intensywnej terapii w najbliższym oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lekarz kierujący pacjenta powinien skontaktować się z Centrum Zarządzania Kryzysowego celem identyfikacji najbliższego wolnego stanowiska. Następnie, lekarz ten powinien telefonicznie skonsultować zasadność hospitalizacji w tamtejszym oddziale zgodnie z zasadami opisanymi powyżej.

Przyjmowanie pacjentów z grupy priorytetu 4 jest zasadniczo nieuzasadnione. Przyjęcie pacjenta w priorytecie 4 musi być każdorazowo uzgodnione z lekarzem kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii a taka informacja umieszczona w historii choroby. W sytuacjach wątpliwych medycznie (np. osoby w priorytecie 3) rozsądne jest powołanie konsylium lekarskiego [6]. Celem takiego konsylium jest ocena rokowania pacjenta w oparciu o aktualne przesłanki medyczne oraz prawdopodobieństwa odwracalności stanu krytycznego w oparciu o wiedzę i doświadczenie kliniczne, a tym samym ocena korzyści dla pacjenta wynikających z wdrożenia technik i metod (szczególnie inwazyjnych), i zasobów personalnych dostępnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do pacjentów „zbyt zdrowych”, aby odnieść korzyść z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz pacjentów „zbyt chorych”, aby odnieść korzyść z leczenia tamże, w tym chorujących na nieuleczalną chorobę nowotworową, schyłkową przewlekłą chorobę narządową, osób po rozległych, powikłanych zabiegach operacyjnych oraz tych z wielochorobowością istotnie rzutuującą na stopień

niepełnosprawności oraz jakość życia. Sygnał o wkraczaniu na obszar terapii daremnej powinien być silnym argumentem przemawiającym za dyskwalifikacją z leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Terapia daremna wiąże się dla pacjenta z niepotrzebnym cierpieniem, bólem, lękiem i utratą godności jako Człowieka w obliczu procesu umierania. Działalność intensywnej terapii nie może być mylona z intensywną opieką medyczną i opieką paliatywną, lub działalnością hospicyjną. W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia terapii daremnej oraz stosowania środków nadzwyczajnych, w tym podejmowania i prowadzenia resuscytacji. Przedłużanie umierania, połączone z inwazyjnymi zabiegami powodującymi cierpienia dla pacjenta, może naruszać godność pacjenta. Lekarz musi zatem ocenić, czy uzasadnione są takie działania, czy też pozostają w sprzeczności z podmiotowym traktowaniem pacjenta i respektowaniem jego prawa do godnej śmierci.

Ustalając kryteria wypisu pacjenta dorosłego albo dziecka z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii należy brać pod uwagę te same czynniki (priorytety), które oceniane są podczas ustalania kryteriów przyjęcia. Pacjent powinien być wypisany z oddziału anestezjologii i intensywnej terapii do innego oddziału, zakładu opiekuńczo – leczniczego, pielęgnacyjno – opiekuńczego, innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, lub do domu niezwłocznie po uzyskaniu stabilizacji stanu ogólnego i spełnieniu kryteriów klinicznych, które nie kwalifikują do dalszego leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (tj. pacjent nie znajduje się już w priorytecie 1 lub 2, lub 3), z pisemnymi i ustnymi zaleceniami. Pacjenci, którzy nie odniosą korzyści z leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, u których intensywne leczenie nie powinno być kontynuowane z uwagi na nieodwracalność procesu chorobowego (tj. priorytet 4), powinni zostać wypisani celem leczenia lub opieki paliatywnej, hospicyjnej i innej, zapewniającej godne zabezpieczenie kresu życia.

Należy odpowiedzialnie planować politykę dostępności stanowisk intensywnej terapii dla zabezpieczenia bieżących potrzeb szpitala i wypracować metody przekazywania pacjentów między jednostkami, co spoczywa na organizatorze ochrony zdrowia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Z perspektywy zarządzania intensywną terapią najważniejszym aspektem tej całościowej sytuacji zdrowotnej jest ocena stosunku pomiędzy zapotrzebowaniem na intensywną terapię oraz jej dostępnością. W sytuacji dostatecznego poziomu zasobów właściwe zarządzanie intensywną terapią polega jedynie na jej racjonowaniu zgodnie z normami jej praktycznej racjonalności (tj. na niestosowaniu jej wtedy, gdy jest nieskuteczna lub niepotrzebna). W przypadku niedoboru zasobów konieczne

staje się ich racjonowanie zwyczajne (w przypadku względnego niedoboru zasobów) lub nadzwyczajne (w przypadku bezwzględnego niedostatku zasobów). W tym kontekście, kontynuowanie leczenia, które nie przyniesie już pacjentowi korzyści medycznej (nie poprawi rokowania), jest niezasadne a dla tych pacjentów, którzy znajdują się w realnym stanie zagrożenia życia lub zdrowia, odbiera szansę na szybkie wdrożenie skutecznej intensywnej terapii. Decyzje co do readmisji pacjenta na oddział anestezjologii i intensywnej terapii są złożone i powinny być podejmowane zespołowo, konsyliarnie, jak w przypadku chorych w priorytecie 3.

Medyczne kryteria przyjęcia pacjentów dorosłych lub dzieci do leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji katastrof, wypadków masowych, kataklizmów, klęsk żywiołowych, epidemii i innych sytuacji nadzwyczajnych, które będą generować stan zagrożenia życia lub zdrowia społeczeństwa na szeroką skalę, mogą tylko wyjątkowo odbiegać od zasad opisanych w niniejszym dokumencie i powinny każdorazowo stanowić stanowisko PTAiT, niezależne do niniejszego dokumentu. Stanowisko powinno zawierać wskazania medyczne do przyjęcia pacjenta na oddział anestezjologii i intensywnej terapii, opisywać algorytmy postępowania medycznego, zapewniając zsynchronizowaną współpracę personelu medycznego i niemedycznego, w tym administracyjnego szpitala, z podejmowaniem szybkich, celowanych działań. Przede wszystkim w takich okolicznościach należy zapewnić przejrzysty, dostosowany do możliwości i równy bez względu na wiek, płeć, wyznanie, pochodzenie, itp. proces kwalifikacji do leczenia. Procedura takiego *triage* powinna na okoliczność wyjątkową być dostępna na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Procedury powinny uwzględniać warunki lokalowe, sprzętowe, personalne, z możliwą rotacją między dotychczas funkcjonującymi schematami (rotacja oddziałów, personelu, praca zespołów zabiegowych, kolejność przyjęć i wykonywanych procedur, lub ich czasowe zawieszenie). Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinny zostać zabezpieczone w środki medyczne, leki, środki ochrony indywidualnej, sprzęt medyczny, zgodnie ze standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii [3]. Stworzenie jednolitych zaleceń dla wszystkich sytuacji nadzwyczajnych jest niemożliwe i przekracza ramy tego dokumentu.

Z dniem publikacji niniejszego dokumentu tracą moc „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii - luty 2012” z dnia 22 lutego 2012 r.

Recenzenci dokumentu (w kolejności alfabetycznej):

Prof. dr hab. Włodzimierz Galewicz, kierownik Zakładu Badań nad Etyką Zawodową Instytutu Filozofii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Dr hab. Rafał Kubiak, prof. nadzw., kierownik Katedry Prawa Karnego Uniwersytetu Łódzkiego oraz kierownik Zakładu Prawa Medycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Prof. dr hab. Andrzej Kübler, emerytowany profesor Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Prof. dr hab. Andrzej Nestorowicz, emerytowany profesor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Dr Małgorzata Szeroczyńska, prokuratorka Prokuratury Rejonowej w Żyrardowie, ekspertka Rzecznika Praw Obywatelskich

Prof. dr hab. Włodzimierz Wróbel, kierownik Zakładu Bioetyki i Prawa Medycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Konflikt interesów: brak

Piśmiennictwo

1. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, Fowler CS, Byrum D, Miles WS, Bailey H, Sprung CL. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med.* 2016; 44(8): 1553-602.
2. Frankel LR, HSU BS, Yeh TS, Simone S, Agus MSD, Arca MJ, Coss-Bu JA, Fallatt ME, Foland J, Gadepalli S, Gayle MO, Harmon LA, Hill V, Joseph Cam, Kessel AD, Kisson N., Moss M, Mysore MR, Papo ME, RajzeWakeham KL, Rice TB, Rosenberg DL, Wakeham MK, Conway EE Jr, Voting Panel. Criteria for Critical Care Infants and Children: PIVU Admission, Discharge, and Triage Practice Statement and Levels of Care Guidance. *Pediatr Crit Care Med.* 2019; 20(9): 847-887.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2018 r. poz. 2381).
4. Kubler A, Siewiera J, Durek G, Kusza K, Piechota M, Szkulmowski Z. Wytyczne postępowania wobec braku skuteczności podtrzymywania funkcji narządów (terapii daremnej) u pacjentów pozbawionych możliwości świadomego składania oświadczeń

woli na oddziałach intensywnej terapii. *Anestezjologia Intensywna Terapia*. 2014; 46(4): 229-234.

5. Bartkowska-Śniatkowska A, Byrska-Maciejasz E, Cettler M, Damps M, Jarosz K, Mierzewska-Schmidt M, Migdał M, Ożóg-Zabolska I, Piotrowski A, Rawicz M, Świder M, Tałałaj M, Zielińska M. Guidelines regarding ineffective maintenance of organ functions (futile therapy) in paediatric intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021;53(5):369-375.
6. Artykuł 37 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514, z późn. zm.).