

Ograniczenie terapii daremnej w OIT

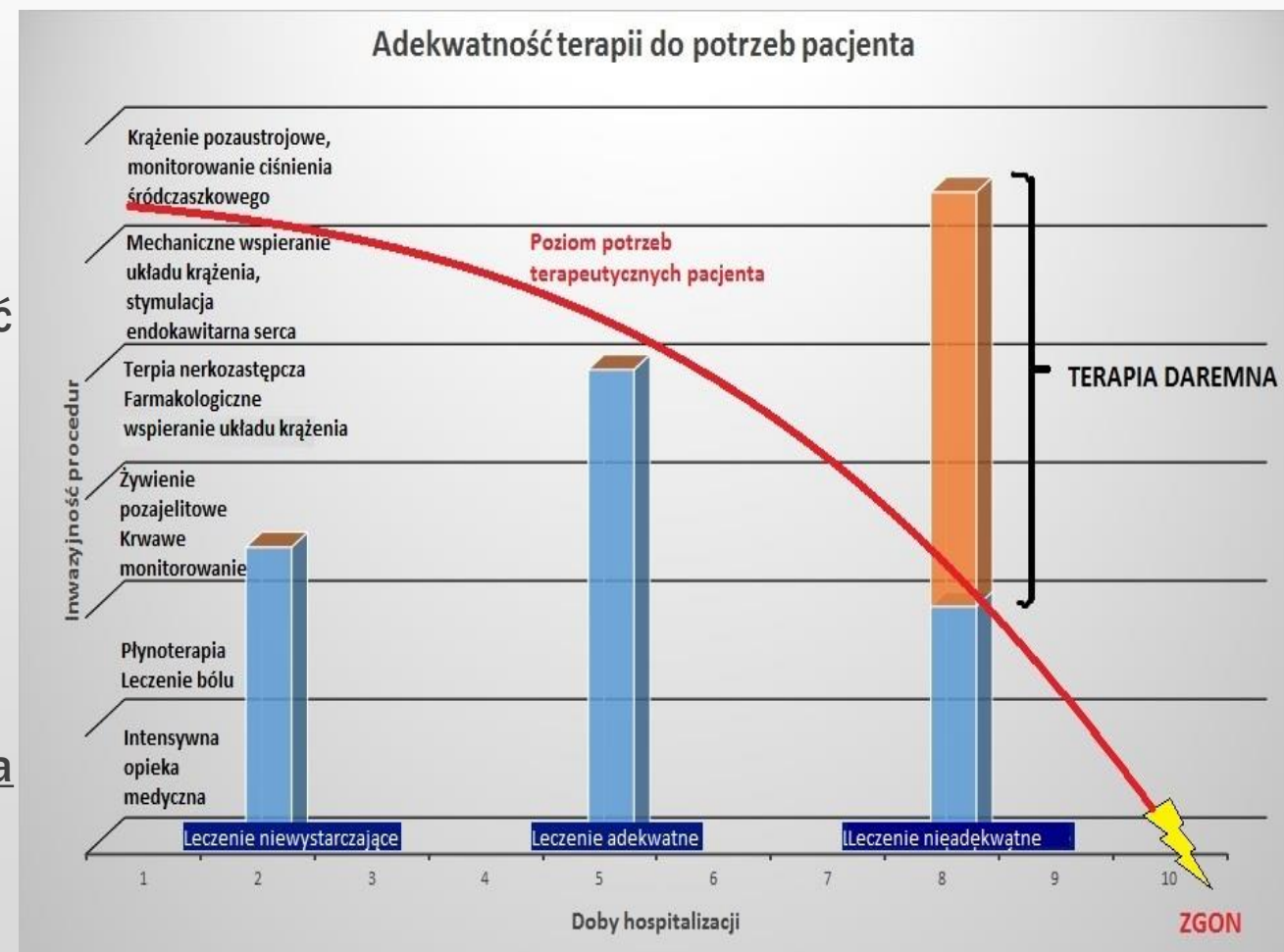
Dr n. med. mgr prawa Jacek Siewiera
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojskowego Instytutu Medycznego

Ośrodek Prawa Medycznego "Lex Medis"



Założenia wytycznych

- Podtrzymywanie funkcji narządów może być warunkiem wyleczenia pacjenta, ale może też jedynie przedłużać proces umierania, bez korzyści dla pacjenta.
- Znaczna większość pacjentów leczonych w oddziałach intensywnej terapii (ponad 80%) nie może złożyć świadomego oświadczenia woli dotyczącego ich leczenia
- Zasady niepodejmowania oraz odstąpienia od leczenia podtrzymującego funkcje narządów w OIT powinny zostać ujednolicone w celu możliwości ich oceny, nadzoru i optymalizacji. Nie mogą one być sprzeczne z przepisami prawa oraz akceptowanymi powszechnie zasadami etycznymi
- Termin "terapia daremna" może być uznany za definicję generalnie obowiązującą w oddziałach intensywnej terapii. Określa on podtrzymywanie czynności narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjentów.
- 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).



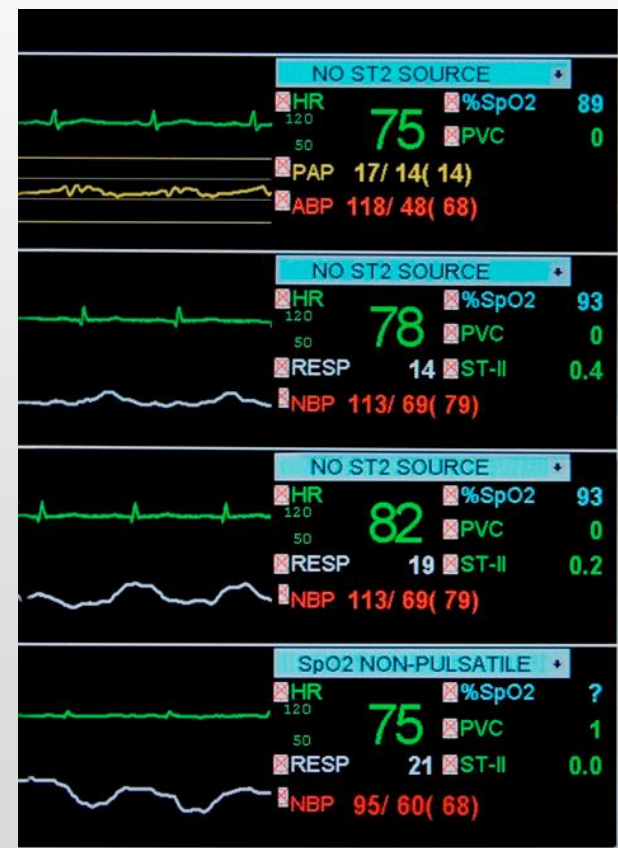
WYTYCZNE

- Przyjęcie pacjenta do oddziału intensywnej terapii (OIT) oparte jest o ustalone wskazania. Zasadniczym wskazaniem jest potencjalna odwracalność istniejących zaburzeń funkcji organizmu skutkująca możliwością przeżycia chorego i wypisania go z oddziału intensywnej terapii. Przyjmowanie pacjenta na stanowisko intensywnej terapii, aby zmarł jest nieuzasadnione medycznie i etycznie.
- 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 w OIT jest przeżycie chorego i wypisanie go z oddziału intensywnej terapii.



WYTYCZNE

- Prowadzenie podtrzymywania funkcji narządów nieprzynoszące korzyści dla pacjenta, bez możliwości uzyskania założonych celów terapeutycznych, określone jest terminem terapii daremnej i stanowi błąd postępowania medycznego.
- 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.
- 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



WYTYCZNE

- 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.
- Decyzje o ograniczeniu określonych metod podtrzymywania funkcji narządów nie zmniejszają znaczenia leczenia paliatywnego zapewniającego eliminację cierpienia pacjenta i zapewnienie mu optymalnego komfortu
- Zapewnienie leczenia paliatywnego zmierza do uśmierzenia cierpień przez najskuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Celem takiego postępowania nie może być przyspieszenie naturalnej dynamiki procesu umierania.



WYTYCZNE

- Właściwa komunikacja z pacjentem i osobami mu bliskimi ma zasadnicze znaczenie dla prawidłowego przebiegu 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.
- 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).
- Wszelkie działania zmierzające celowo do spowodowania lub przyspieszenia śmierci są niedopuszczalne zarówno medycznie jak i etycznie oraz prawnie.

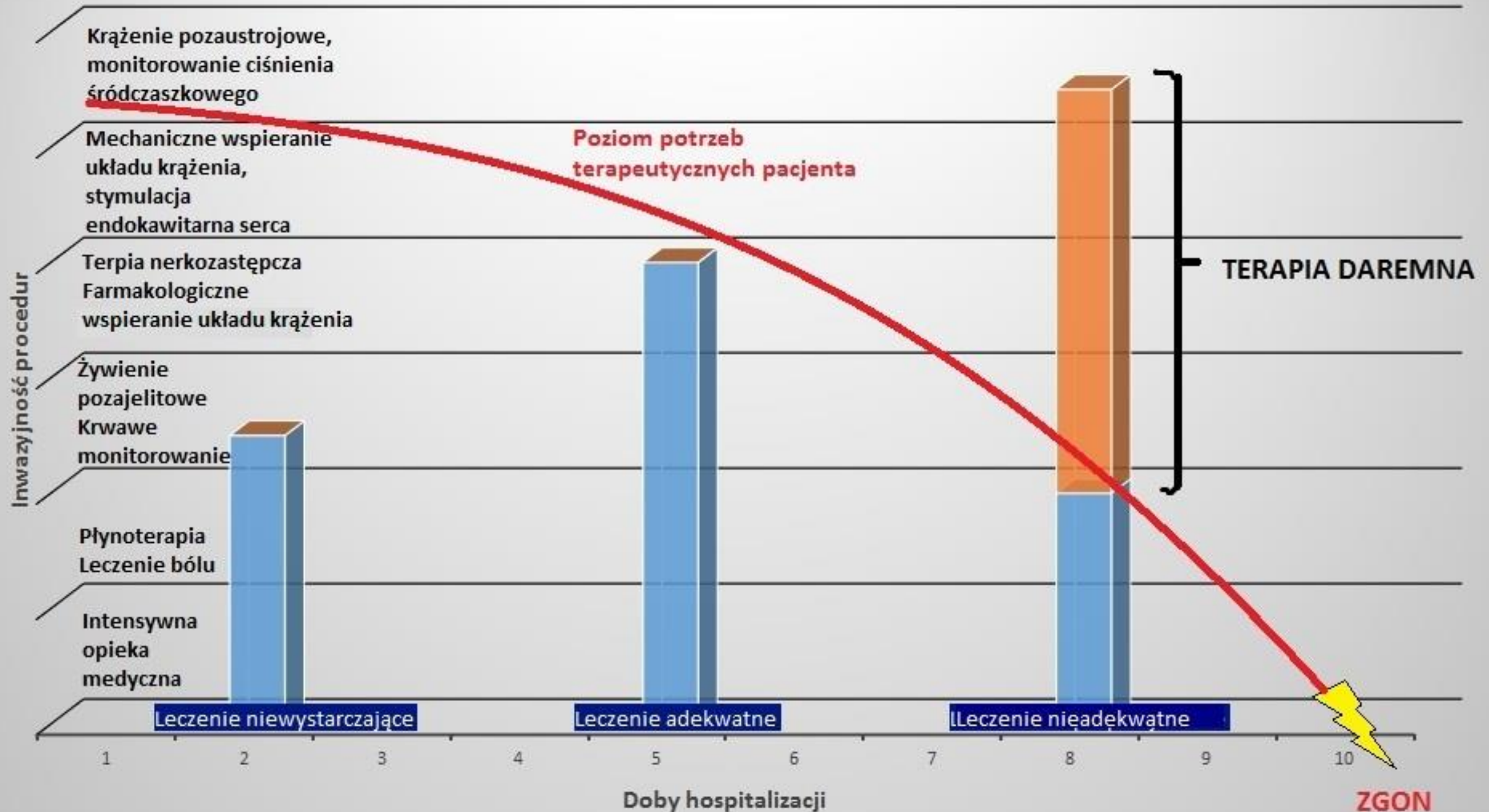


30 lat debaty w 30 minut

- Terminologia w języku organów wymiaru sprawiedliwości
- Kwalifikacja karnoprawna czynu oraz formalna struktura przestępstwa
- **PODSTAWA PRAWNA**



Adekwatność terapii do potrzeb pacjenta

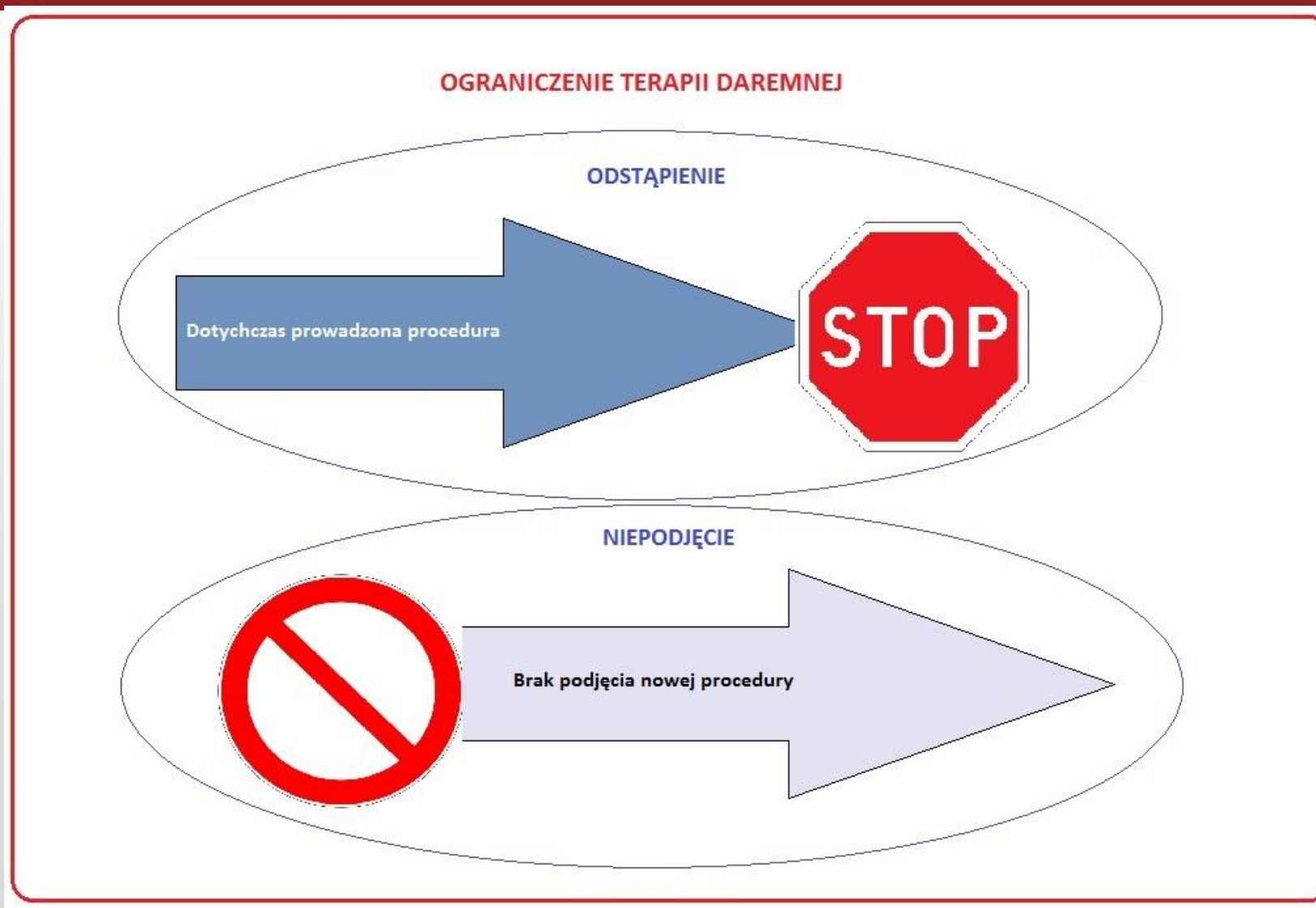


TERAPIA DAREMNA ≠ UPORCZYWA TERAPIA

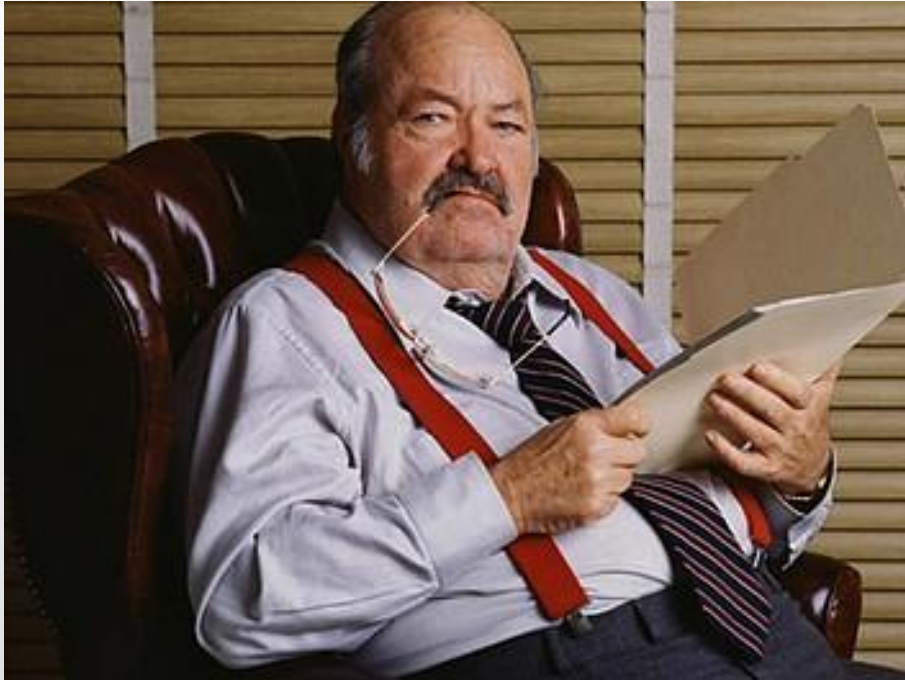
- Termin występujący w międzynarodowej literaturze naukowej z zakresu medycyny i bioetyki
- Określenie swą treść wywodzi z celowości procesu leczenia
- Brak zabarwienia emocjonalnego
- Określenie nie istnieje nigdzie poza KEL (żadna ustawa!!!)
- *‘overzealous therapy’* w piśmiennictwie głównie polskim oraz dokumentach kościoła katolickiego
- Określenie swą treść wywodzi ze stosunku lekarza do procesu leczenia



Typy ograniczenia terapii daremnej

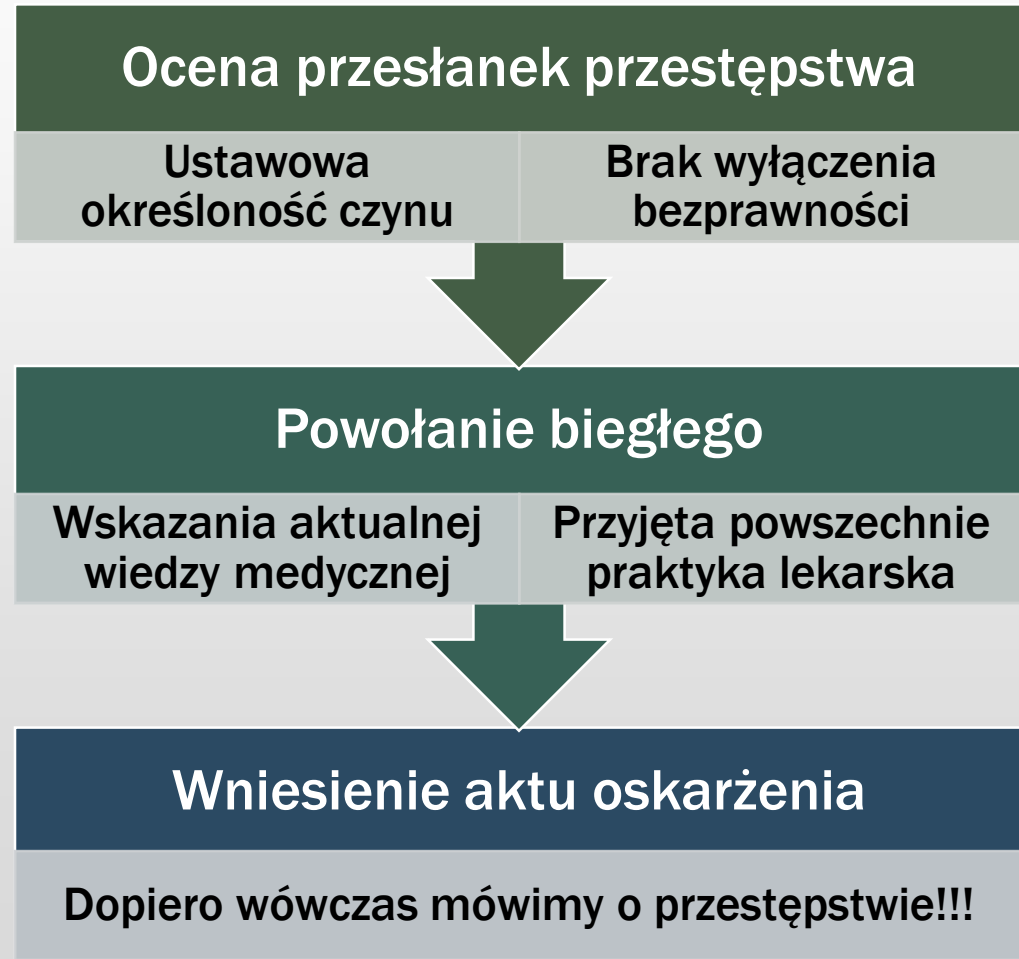


OKIEM PROKURATORA: czyli jak to działa?



Organy W.S. nie posiadają wiedzy specjalnej, więc:

- Dla oceny **uporczywości** koncentrują się na działaniach lekarza (ile razy?, jak często?)
- Dla oceny **daremności** koncentrują się na celu leczenia (po co?, co mogło się zmienić?)



PRZESTĘPSTWO ALBO NIC



Tylko łącznie
spełnienie
wszystkich
elementów
formalnej
struktury
stanowi o
przestępstwie

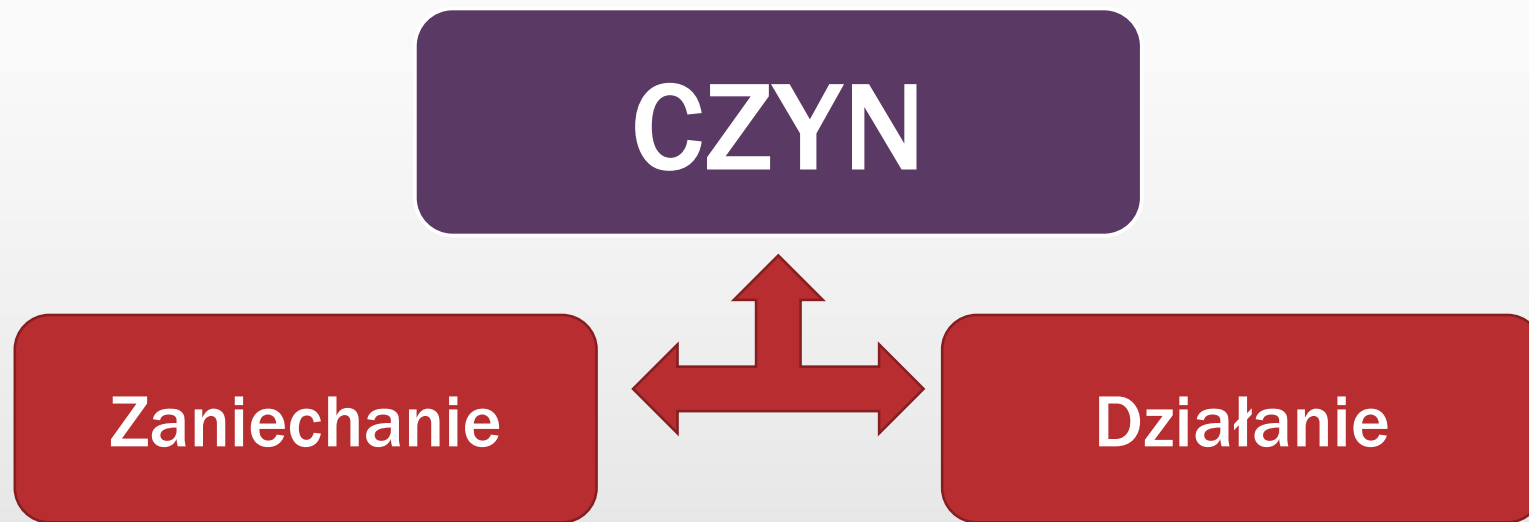
Karalność czyli: USTAWOWA OKREŚLONOŚĆ

- **Art. 155 kk – Nieumyślne spowodowanie śmierci**
„Kto nieumyślnie powoduje śmierć człowieka, podlega karze pozbawienia wolności...”
- **Art. 162 kk – Nieudzielenie pomocy**
„Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić...”
- **Art. 150 kk – Zabójstwo eutanatyczne**
„Kto zabija człowieka na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego, podlega karze pozbawienia wolności...”
- **Art. 148 kk – Zabójstwo – typ podstawowy**
„Kto zabija człowieka, podlega karze pozbawienia wolności...”

By móc prowadzić dalsze postępowanie prokurator musi dopatrzyć się w zachowaniu lekarza spełnienia cech określonych w ustawie Kodeks Karny



OGRANICZENIE TERAPII DARMNEJ JAKO CZYN



- Lekarzom błędnie przypisuje się odpowiedzialność wynikającą z ,zaniechania' wobec ograniczenia terapii daremnej
- Brak jest naruszenia normy sankcjonowanej a co za tym idzie brak niezgodności czynu z nakazem

- Ograniczenie terapii daremnej ma charakter **działania!** tj. czynu polegającego na ingerencji w dotychczasowy bieg wydarzeń
- Ograniczenie wymaga oceny stanu, analizy wyników, podjęcia decyzji oraz jej udokumentowania – wszystkie elementy łącznie wskazują na złożony proces **działania!**



FORMY CZYNU

OGRANICZENIE TERAPII DAREMNEJ

ODSTĄPIENIE

Dotychczas prowadzona procedura



NIEPODJĘCIE

Brak podjęcia nowej procedury



ZWIĄZEK PRZYCZYNOWO - SKUTKOWY



**Stan
pacjenta**

- Choroba
- Uraz



**Intensywna
Terapia w
OIT**



**Ograniczenie
terapii
daremej**



SMIERĆ



TEST WARUNKU „SINE QUA NON”



Stan pacjenta

- Choroba
- Uraz



**Intensywna
Terapia w
OIT**



Czy ten skutek nie wystąpiłby gdyby nie wystąpiło „działanie ograniczenia” ze strony lekarza???



SMIERĆ

**Ograniczenie
terapii
daremnej**



TEST WARUNKU „SINE QUA NON”



Ograniczenie terapii sprowadza się do wydania opinii lekarskiej dot. celowości terapii



Cecha materialna: społeczna szkodliwość czynu

Społeczna szkodliwość czynu jest kwantyfikowalna (stopniowalna), a jej ocena należy do sądu. Aby mówić o przestępstwie, społeczna szkodliwość nie może być mniejsza niż znikoma (Art. 1 § 2 k.k.). Sąd powinien uwzględnić (art. 115 § 2 k.k.):

Elementy przedmiotowe:

Rodzaj i charakter naruszonego dobra

Rozmiar wyrządzonej lub grożącej szkody

Sposób i okoliczności popełnienia czynu

Wagę naruszonych przez sprawcę obowiązków

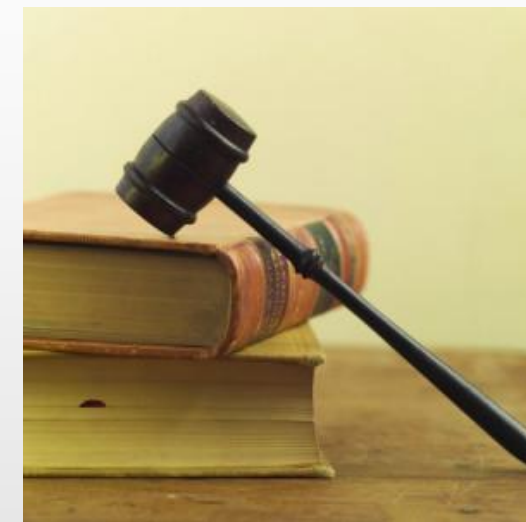
Elementy podmiotowe:

Postać zamiaru

Motywację sprawcy

Rodzaj naruszonych reguł ostrożności i stopień ich naruszenia

Ignorowanie potrzeb pacjenta wobec nieodwracalnego procesu umierania ma znacznie bardziej surową ocenę cechy materialnej



BEZPRAWNOŚĆ

co widać na karcie przebiegu choroby?



- ‘Czy brak wykonania kolejnej procedury terapii nerkozastępczej nie wynikał z faktu, że lekarz, pomimo iż znał wyniki wieczornych badań laboratoryjnych pacjenta, postanowił nie podejmować leczenia w godzinach nocnych?’
- ‘Czy brak podania kolejnej dawki amin katecholowych w strzykawce automatycznej nie wynikał z faktu, iż lekarz zapomniał dokonać stosowanego zlecenia?’

Brak dowodów działania umyślnego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej, może sugerować organom ścigania popełnienie czynu polegającego na zaniedbaniu obowiązków albo niewykonaniu ich pomimo świadomości możliwych następstw (lekkomyślności)



PIERWOTNA LEGALNOŚĆ OGRANICZENIA TERAPII DAREMNEJ

Prof. Andrzej Zoll: jeden z twórców dzisiejszego, polskiego prawa karnego oraz fundamentów prawa medycznego.

„istnieją niekiedy sytuacje, w których lekarz nieprzystępujący do leczenia albo zaprzestający dalszego leczenia nie narusza jednak w rzeczywistości normy prawnej nakazującej mu świadczenie usług leczniczych, ponieważ nie naraża swoim zaniechaniem na niebezpieczeństwo życia pacjenta, gdyż jest ono i tak już na to niebezpieczeństwo narażone i to niebezpieczeństwo terminalne, którego lekarz swoim ewentualnym działaniem i tak nie będzie w stanie odwrócić.”*



*Zoll A. Odpowiedzialność karna lekarza za niepowodzenie w leczeniu. Wydawnictwo Prawnicze, Warszawa 1988: 12

BRAK KONTRATYPU

Przykładowe:

- Obrona konieczna,
- Stan wyższej konieczności,
- Ryzyko sportowe,
- Ryzyko medyczne

źródło pozakodeksowego kontratypu, wyłączającego odpowiedzialność karną lekarza, ograniczającego terapię daremną i nieskuteczną wobec chorego umierającego*



PRZESTĘPSTWO ALBO NIC



3 elementy
formalnej
struktury
przestępstwa nie
mogą zostać
spełnione wobec
OTD.

Prawo pacjenta

Art. 20 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008, Dz.U.2012.159

„pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych”

„Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności”

Odpowiedzialność cywilna za naruszenie prawa do godnej śmierci

**art. 448 ustawy z dnia 23 kwietnia
1964 r. Kodeks cywilny.**

„w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany przez nich cel społeczny”

Ale gdyby ktoś miał wątpliwości...

PODSTAWA PRAWNA!!!

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 grudnia 2012 r.

w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą

§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.

RESUSCYTACJA

Resuscytacja dla lekarza:

zespół czynności stosowanych u poszkodowanego, u którego wystąpiło podejrzenie nagłego zatrzymania krążenia, czyli ustanie czynności serca z utratą świadomości i bezdechem. Celem resuscytacji jest utrzymanie przepływu krwi przez mózg i mięsień sercowy oraz przywrócenie czynności własnej układu krążenia



RESUSCYTACJA

Definicja legalna:
w polskim systemie normatywnym:

§ 2 ust. 7: resuscytacja - działanie mające na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania;



A więc...

§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii przejmuje na wezwanie prowadzenie resuscytacji i podejmuje decyzję o jej zakończeniu.



*§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii podejmuje decyzję o zakończeniu **resuscytacji**.*



*§ 7. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii podejmuje decyzję o **zakończeniu działań mających na celu przerwanie potencjalnie odwracalnego procesu umierania***

PROTOKÓŁ

POSTĘPOWANIA WOBEC NIESKUTECZNOŚCI PODTRZYMYWANIA FUNKCJI NARZĄDÓW (TERAPII DAREMNEJ) U PACJENTÓW LECZONYCH NA STANOWISKACH INTENSYWNEJ TERAPII, POZBAWIONYCH MOŻLIWOŚCI ŚWIADOMEGO OŚWIADCZENIA WOLI

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.

**Dr n. med. mgr prawa
Jacek Siewiera**

Jacek.Siewiera@gmail.com

Tel. 509 476 726

**Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojskowego Instytutu Medycznego**

Ośrodek Prawa Medycznego „LexMedis”