

ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 26.03.2025 • Zaakceptowano/Accepted: 1.04.2025

© Akademia Medycyny

Kontrowersje w kwalifikacji pacjentów do leczenia na stanowiskach intensywnej terapii – badanie opinii anestezjologów***Controversies in the qualification of patients for intensive care treatment – a survey of anaesthesiologists' opinions*****Wiktor Wagner¹, Adam Iwanicki¹, Nikola Tomczak¹, Michał Kisiołek¹, Łukasz Krzych^{2,3}**¹ Studenckie Koło Naukowe #IntensywnaPoGodzinach, Katedra i Zakład Medycyny Stanów Nagłych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze² Katedra i Zakład Medycyny Stanów Nagłych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze³ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze**Streszczenie**

Wstęp. Proces kwalifikacji pacjentów do przyjęcia na Oddział Intensywnej Terapii (OIT) bywa trudny. Mimo zaktualizowanych wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PTAiIT), lekarze zgłaszają wątpliwości przy podejmowaniu decyzji, co wynika ze złożoności problemu medycznego stanowiącego zagrożenie zdrowia lub życia pacjenta. **Cel.** Celem badania była analiza czynników, które brane są pod uwagę przez anestezjologów podczas kwalifikacji pacjentów do leczenia na OIT oraz ocena zasadności leczenia na OIT w odniesieniu do wybranych przypadków klinicznych. **Materiały i metody.** Zanonimizowane dane zebrano za pomocą ankiety online, zawierającej wybrane zmienne i scenariusze kliniczne, które zostały poddane subiektywnej ocenie lekarzy w kontekście adekwatności przyjęcia pacjenta do OIT. **Wyniki.** Zebrano 153 odpowiedzi (w tym 121 od specjalistów). Najważniejszymi czynnikami, które ankietowani brali pod uwagę przy kwalifikacji do OIT, były potencjalna odwracalność niewydolności narządowej i zaawansowanie chorób przewlekłych. Najczęściej brane pod uwagę były BMI (Body Mass Index) oraz wynik w skali APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) lub SAPS (Simplified Acute Physiology Score). Niewydolność oddechowa była scenariuszem z najwyższym odsetkiem zgody na przyjęcie, natomiast stan nieodwracalnego uszkodzenia mózgu miał najwyższy odsetek sprzeciwów wobec przyjęcia. W licznych przypadkach odpowiedzi okazały się być niejednorodne. **Omówienie.** Wyniki wyraźnie wskazują na duży odsetek niejednoznacznych odpowiedzi w wielu czynnikach zdrowia pacjenta oraz scenariuszach klinicznych, co może sugerować trudności w interpretacji wytycznych w stosunku do skomplikowanych pacjentów. **Wnioski.** Skoro decyzje o przyjęciu pacjentów do OIT często pozostają niejednoznaczne w opinii anestezjologów, to w spornych przypadkach warto rozważyć konsyliarną kwalifikację do leczenia. *Anestezjologia i Ratownictwo 2025; 19: 5-11. doi:10.53139/AIR.20251908*

Słowa kluczowe: kryteria przyjęcia, oddział intensywnej terapii, wytyczne

Abstract

Introduction. The process of qualifying patients for admission to the Intensive Care Unit (ICU) can be

challenging. Despite the updated guidelines of the Polish Society of Anaesthesiology and Intensive Therapy (PTAiIT), physicians report uncertainties, which arise from the complexity of medical conditions that pose a threat to the patient's health or life. **Objective.** The aim of the study was to analyze the factors considered by anaesthesiologists when qualifying patients for ICU treatment and to assess the appropriateness of ICU admission in selected clinical cases. **Materials and Methods.** Anonymized data were collected through an online survey, which included selected variables and clinical scenarios that were subject to physicians' subjective assessment in the context of the appropriateness of ICU admission. **Results.** A total of 153 responses were collected, including 121 from specialists. The most important factors considered by respondents in ICU qualification were the potential reversibility of organ failure and the severity of chronic diseases. The least frequently considered factors were Body Mass Index (BMI) and scores from the APACHE, SOFA, or SAPS scales. Respiratory failure was the scenario with the highest acceptance rate for ICU admission, whereas irreversible brain damage had the highest rejection rate. In numerous cases, responses were heterogeneous. **Discussion.** The results clearly indicate a high percentage of ambiguous responses across various patient health factors and clinical scenarios, which may suggest difficulties in interpreting guidelines for complex patients. **Conclusions.** Since decisions regarding ICU admissions often remain ambiguous in the opinion of anaesthesiologists, it may be beneficial to consider a consultative approach to patient qualification in borderline cases. *Anestezjologia i Ratownictwo 2025; 19: 5-11. doi:10.53139/AIR.20251908*

Keywords: admission criteria, intensive care unit, guidelines

Wstęp

Kwalifikacja pacjenta do leczenia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OIT) to ważny element pracy anestezjologów. Dwa podstawowe pytania, na jakie należy odpowiedzieć podczas tej procedury to: czy zagrożenie zdrowotne jest odwracalne i czy terapia przyniesie choremu więcej korzyści niż strat [1]. Decyzja powinna być podjęta w sposób pragmatyczny, oceniający możliwość poprawy stanu zdrowia do poziomu godnego funkcjonowania przez pacjenta [2]. Terapia nie może nosić znamion daremności (uporczywości), gdyż taka forma leczenia godzi w dobro człowieka i przedłuża jedynie cierpienie, a z administracyjnego punktu widzenia ogranicza zasoby sprzętowe i ludzkie tym, którzy mieliby większą szansę odnieść korzyści z hospitalizacji na OIT [3].

Parametry, które w myśl aktualnej literatury są najistotniejszymi predyktorami wyniku hospitalizacji, to wiek biologiczny, wielochorobowość, stan zaawansowania i kontroli chorób przewlekłych, fakt i przyczyna upośledzenia świadomości, nasilenie objawów niewydolności wielonarządowej [4,5]. Istnieją jednak sytuacje, gdy trudno jest jednoznacznie określić, czy chory odniesie korzyść z leczenia w OIT. Jednym z narzędzi, które ma ułatwić to zadanie są „Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii

i Intensywnej Terapii” [2]. Zawierają one kilkanaście przykładów, w których sugerowana jest zasadność (lub jej brak) kwalifikacji do leczenia w OIT. Należy jednak pamiętać, że ostateczna decyzja jest wieloaspektowa i zawsze należy do specjalisty anestezjologa [6].

Celem pracy była analiza czynników, które są brane pod uwagę przez anestezjologów podczas kwalifikacji pacjenta do leczenia na OIT oraz ocena zasadności leczenia na OIT w odniesieniu do wybranych przypadków klinicznych.

Cel pracy

Celem badania była analiza czynników, które brane są pod uwagę przez lekarzy i rezydentów anestezjologów podczas kwalifikacji pacjentów do leczenia na OIT oraz ocena zasadności leczenia wybranych scenariuszy klinicznych na OIT.

Materiał i metody

Dane do analizy zebrano za pomocą ankiety online umieszczonej na stronie www.mp.pl/oit od 26 stycznia do 30 kwietnia 2024 roku. Pytania zostały skierowane do specjalistów oraz rezydentów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, uwzględniając ich staż i miejsce pracy.

W pierwszej części ankiety poproszono respondentów o ocenę istotności wybranych parametrów

demograficznych i klinicznych przy podejmowaniu decyzji o przyjęciu do OIT. Do oceny posłużyła 5-stopniowa skala, gdzie „1” oznaczało, że czynnika zdecydowanie nie należy brać pod uwagę, a „5”, że daną zmienną należy zdecydowanie brać pod uwagę przy kwalifikacji. W drugiej części zaproponowano szereg potencjalnych scenariuszy klinicznych. Zadaniem ankietowanych była ocena priorytetu przyjęcia danego przypadku. W tej części również posłużono się 5-stopniową skalą, gdzie „1” oznaczało, że pacjent nie powinien być przyjęty do OIT a „5”, że przyjęcie do OIT nie budzi wątpliwości. Następnie odpowiedzi „1” i „2” potraktowano jako opinię przeczącą przyjęciu a odpowiedzi „4” i „5” opinię rekomendującą przyjęcie. Do analizy danych wykorzystano procedury dostępne w programie Microsoft Excel.

Wyniki

Wśród 153 respondentów było 121 specjalistów i 32 rezydentów. Średni staż pracy ankietowanych wynosił $13 \pm SD$ lat a 29% osób pracowało powyżej 20 lat. Najlicniejsza grupa pracowała w szpitalach powiatowych (69 osób, 45,1%) (tabela I).

Ryciny 1 i 2 obrazują odpowiedzi na pytanie, czy dany parametr będzie brany przez respondenta pod uwagę przy kwalifikacji pacjenta do leczenia w OIT. Najczęściej za przyjęciem przemawiały: perspektywa odwracalności niewydolności narządowej, stopień zaawansowania choroby przewlekłej, stan funkcjonalny przed przyjęciem do OIT. Największy sprzeciw co do istotności parametru (stanu klinicznego) w kwestii przyjęcia dotyczyły: BMI, punktacji w skali APACHE (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) lub SAPS (Simplified Acute Physiology Score).

Ryciny 3 i 4 przedstawiają odpowiedzi na konkretne scenariusze kliniczne. Niewydolność oddechowa

spowodowana zaostrzeniem astmy i krwiałk podpajęczynówkowy z upośledzeniem świadomości cechowały się największą zgodą badanych na przyjęcie.

Największy sprzeciw dotyczący przyjęcia pacjenta miały następujące scenariusze: stan wegetatywny z minimalną świadomością (CPC 4) (Cerebral Performance Category), końcowe stadium choroby degeneracyjnej lub demielinizacyjnej układu nerwowego, terminalne uszkodzenie mózgu (CPC 5) u pacjenta nie będącego potencjalnym dawcą narządów.

Omówienie

Wyniki naszej pracy wskazują kilka sytuacji klinicznych, które bywają interpretowane dość odmiennie przez lekarzy podczas kwalifikacji do leczenia w OIT. Nie jest to dziwne ani wyjątkowe. Podobnych obserwacji dostarczają doniesienia międzynarodowe [7,8]. Autorzy na główne źródło różnic wskazują doświadczenie kliniczne respondentów.

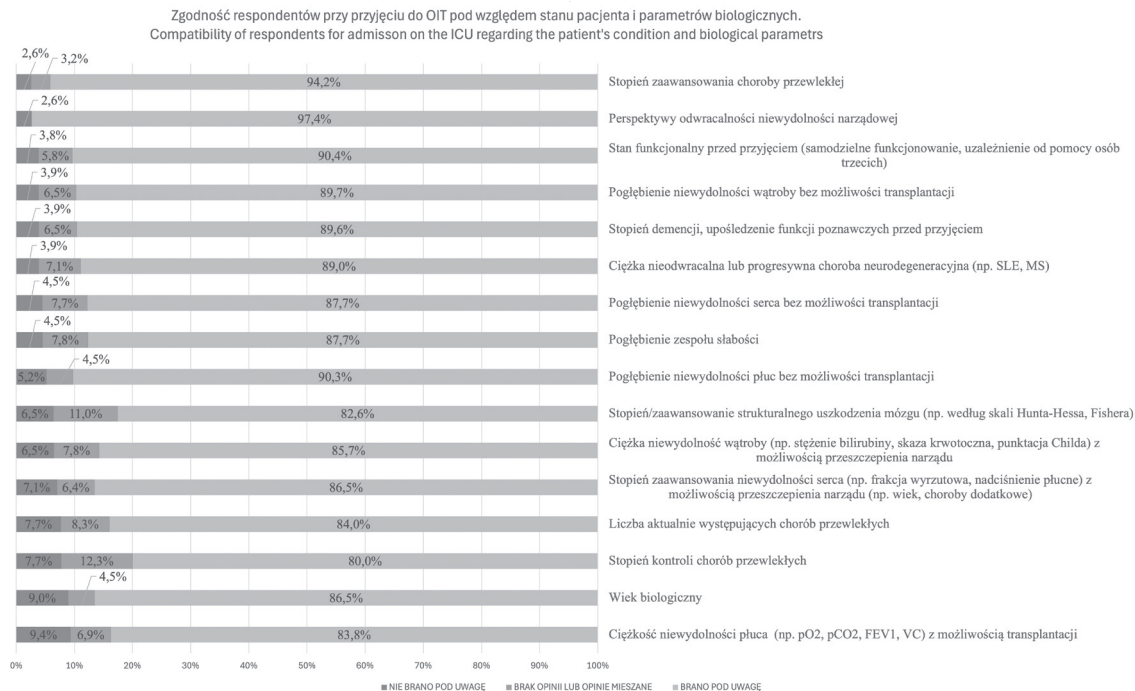
Globalnie, najczęstszymi powodami przyjęcia pacjentów na stanowiska intensywnej terapii są niewydolność oddychania i niewydolność krążenia oraz sepsa (i wstrząs septyczny) [9,10]. Wyniki naszej analizy potwierdzają pełną zgodność w przypadku pierwszych dwóch rozpoznań, jednak krajowi ankietowani nie są aż tak przekonani do przyjmowania pacjentów z sepsą bez towarzyszącego wstrząsu (42,5% ankietowanych odpowiedziało przeciwko przyjęciu), co nie stoi w sprzeczności z aktualnymi zaleceniami PTAiT [2]. Pacjentami najrzadziej kwalifikowanymi są ci z terminalnym uszkodzeniem mózgu, co jest zgodne zarówno z wytycznymi PTAiT [2] jak i konsensusem na świecie [11].

Proste scenariusze zwykle ułatwiają podjęcie klarownych decyzji, tymczasem skomplikowane przypadki mogą wzbudzać szereg wątpliwości i przerosnąć

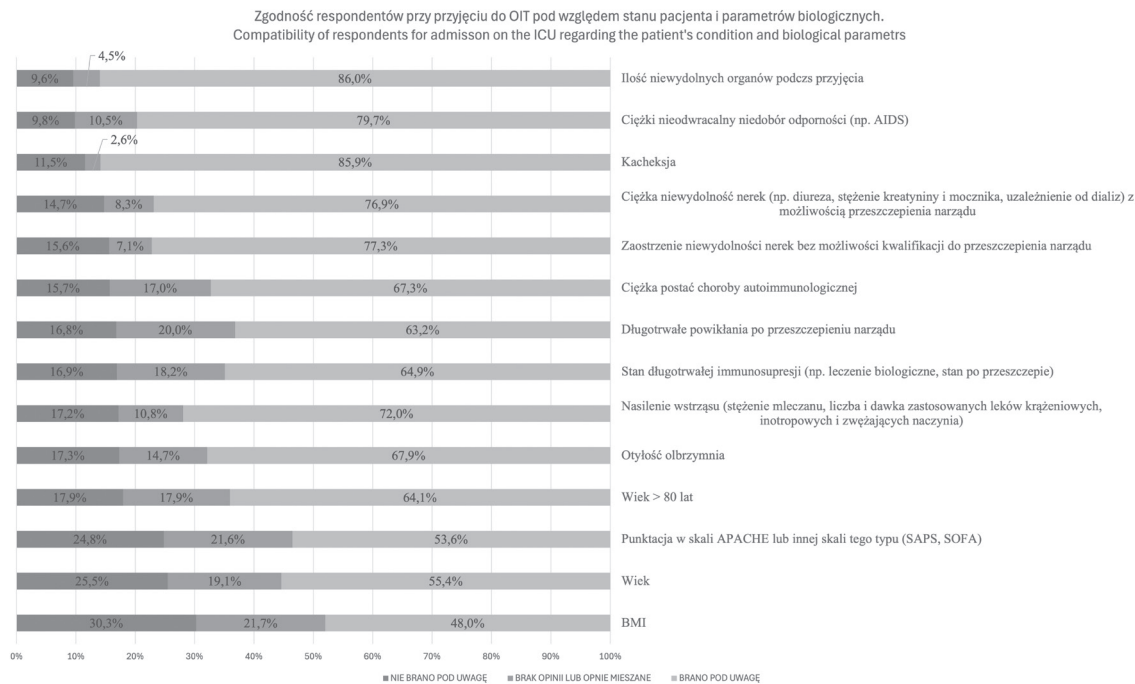
Tabela I. Staż oraz główne miejsce pracy anestezjologów

Table I. Work experience and workplace of anaesthesiologists

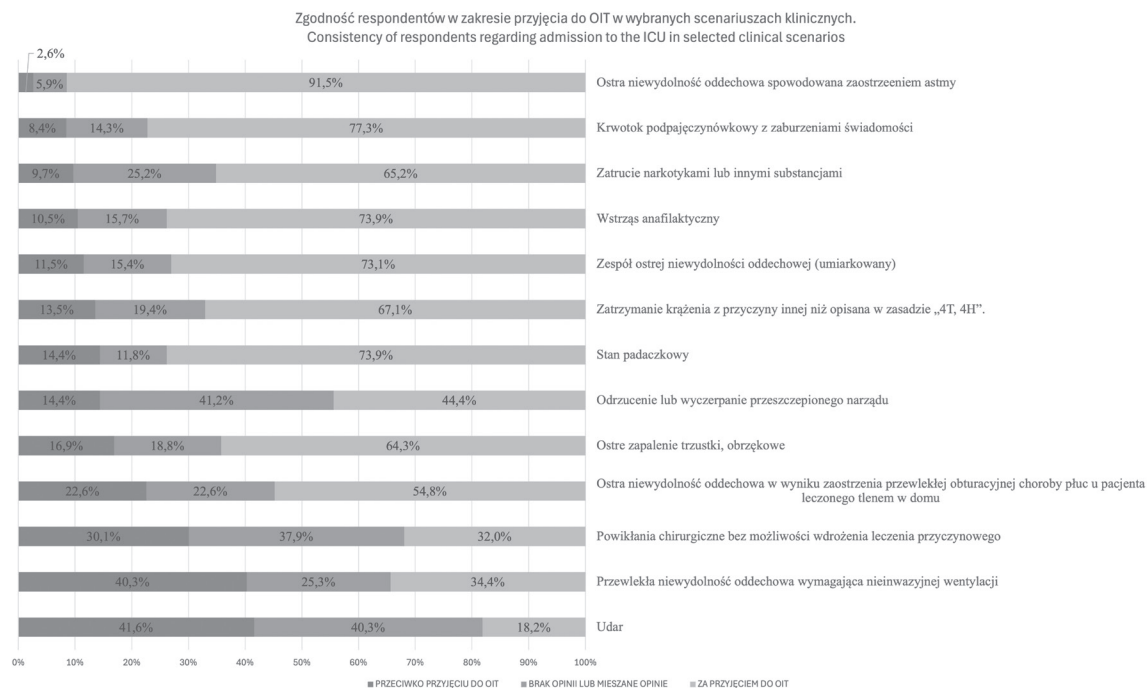
| Staż pracy oraz miejsce pracy respondentów Work experience and workplace of the respondents. | | | |
|---|------------|--|------------|
| Staż pracy / Work experience | | Miejsce pracy / Workplace | |
| Poniżej 5 lat | 19 (12,4%) | Szpital miejski lub powiatowy | 69 (45%) |
| 5-10 lat | 42 (27,5%) | Szpital uniwersytecki lub ośrodek badawczy | 40 (26,2%) |
| 10-15 lat | 31 (20,2%) | Szpital wojewódzki | 37 (24,2%) |
| 15-20 lat | 16 (10,5%) | Inne | 7 (4,6%) |
| Ponad 20 lat | 45 (29,4%) | | |



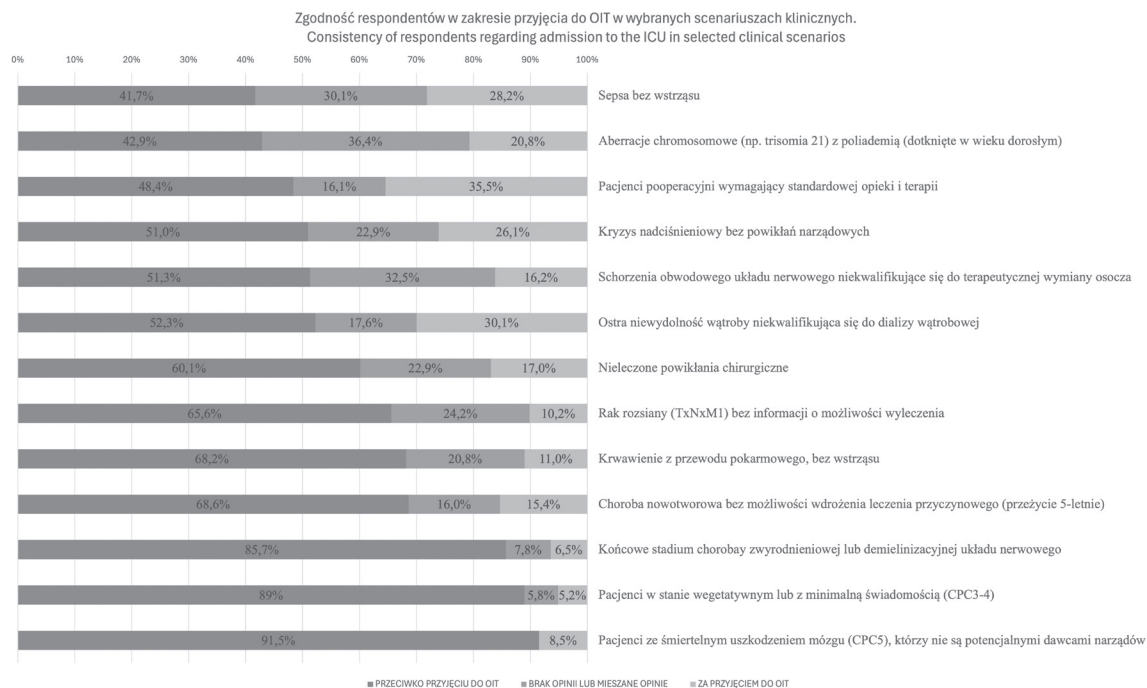
Rycina 1. Zmienne dotyczące pacjenta – największa zgoda, że należy je brać pod uwagę
Figure 1. Patient-related variables – highest agreement on their consideration



Rycina 2. Zmienne dotyczące pacjenta – największy sprzeciw, że należy je brać pod uwagę
Figure 2. Patient-related variables – highest disagreement on their consideration



Rycina 3. Scenariusze kliniczne – największa zgoda co do przyjęcia
Figure 3. Clinical scenarios – highest agreement on admission



Rycina 4. Scenariusze kliniczne – największy sprzeciw co do przyjęcia
Figure 4. Work experience and workplace of anaesthesiologists

kompetencje lekarza. Czasem generują konflikty wewnątrzszpitalne. Dlatego w tych trudnych warunkach kluczowe znaczenie ma współpraca pomiędzy anestezjologami a lekarzami innych specjalności [12]. W przypadku chorego, którego rokowanie jest niejednoznaczne, dobrą opcją jest zwołanie konsylium. Takie działanie pozwala uzyskać szerszą perspektywę na całościowy obrazu zdrowotnego pacjenta i może pozwolić na podjęcie najlepszej z możliwych decyzji [12]. Co więcej, w przypadku decyzji trudnych moralnie, zwłaszcza przy dyskwalifikacji z leczenia w OIT, decyzja konsyliarna wpływa korzystnie na dobrostan psychiczny lekarza, gdyż zdejmuje z niego jednostkową odpowiedzialność [13].

Warto pamiętać, że przy podejmowaniu decyzji priorytetem jest zawsze dobro pacjenta. Wdrożenie leczenia na stanowisku intensywnej terapii ma w zamiarze przynieść poprawę stanu chorego (jego wyleczenie), odmowa terapii może pozwolić na uniknięcia nadmiernego cierpienia w tych przypadkach, kiedy wiadomo, że nie odniesie ona zamierzonego skutku [14]. Jest to ważne w kontekście godności pacjenta [15,16]. Odmowa przyjęcia i pozwolenie na śmierć poza OIT w wielu przypadkach nie stoją w sprzeczności z prawem, regułami etyki czy wiarą.

Wnioski

Przy kwalifikacji pacjenta do leczenia w OIT potrzebna jest szczegółowa ocena wielu czynników, określających rokowanie pacjenta. W najtrudniejszych przypadkach, dla uniknięcia kontrowersji lub jawnej pomyłki, warte rozważenia jest zwołanie konsylium specjalistów.

ORCID:

W. Wagner - 0009-0000-6909-7523

A. Iwanicki - 0009-0009-1345-3416

N. Tomczak - 0009-0004-8557-8166

M. Kisiołek - 0009-0002-1438-0406

Ł. Krzych - 0000-0002-5252-8398

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Łukasz Krzych

Katedra i Zakład Medycyny Stanów Nagłych
ul. M. Curie-Skłodowskiej 9, 41-800 Zabrze

☎ (+48 32) 479 34 94

✉ lkrzych@sum.edu.pl

Piśmiennictwo/References

1. Bassford C. Decisions regarding admission to the ICU and international initiatives to improve the decision-making process. *Crit Care*. 2017;21(1):174. doi: 10.1186/s13054-017-1749-3.
2. Krzych Ł, Bartkowska-Śniatkowska A i wsp. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia pacjentów do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
3. Bernat JL. Medical futility: definition, determination, and disputes in critical care. *Neurocrit Care*. 2005;2(2):198-205. doi: 10.1385/NCC:2:2:198.
4. Valley TS, Schutz A, Miller J, et al. Hospital factors that influence ICU admission decision-making: a qualitative study of eight hospitals. *Intensive Care Med*. 2023;49(5):505-16. doi:10.1007/s00134-023-07031-w.
5. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, et al. 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. doi: 10.1097/CCM.0000000000001856.
6. Svantesson M, Griffiths F, White C, et al. Ethical conflicts during the process of deciding about ICU admission: an empirically driven ethical analysis. *J Med Ethics*. 2021;47(12):e87. doi: 10.1136/medethics-2020-106672. Epub ahead of print. PMID: 33402429; PMCID: PMC8639921.
7. Bassford CR, Krucien N, Ryan M, et al. U.K. Intensivists' Preferences for Patient Admission to ICU: Evidence From a Choice Experiment. *Crit Care Med*. 2019;47(11):1522-30. doi: 10.1097/CCM.0000000000003903. PMID: 31385883; PMCID: PMC6798748.
8. Batten JN, Caruso P, Metaxa V. More than patient benefit: taking a broader view of ICU admission decisions. *Intensive Care Med*. 2023;49(5):556-8. doi: 10.1007/s00134-023-07074-z. Epub 2023 May 5. PMID: 37145141.
9. Secombe P, Brown A, Bailey M, et al. Characteristics and outcomes of patients admitted to regional and rural intensive care units in Australia, *Critical Care and Resuscitation*, 2020;22(4):335-43. ISSN 1441-2772, <https://doi.org/10.51893/2020.4.OA6>.
10. Markwart R, Saito H, Harder T, et al. Epidemiology and burden of sepsis acquired in hospitals and intensive care units: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(8):1536-51. doi: 10.1007/s00134-020-06106-2. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32591853; PMCID: PMC7381455.

11. 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(11):1318-30. doi: 10.1164/rccm.201505-0924ST. PMID: 25978438.
12. Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, et al. Intensive care unit quality improvement: a “how-to” guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med.* 2006;34(1):211-8. doi:10.1097/01.ccm.0000190617.76104.ac. PMID: 16374176.
13. Lin F, Chaboyer W, Wallis M. A literature review of organisational, individual and teamwork factors contributing to the ICU discharge process. *Aust Crit Care.* 2009;22(1):29-43. doi: 10.1016/j.aucc.2008.11.001. Epub 2009 Jan 10. PMID: 19138531.
14. Rigaud JP, Giabicani M, Beuzelin M, et al. Ethical aspects of admission or non-admission to the intensive care unit. *Ann Transl Med.* 2017;5(Suppl 4):S38. doi: 10.21037/atm.2017.06.53. PMID: 29302594; PMCID: PMC5750248.
15. Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med.* 2014;370(26):2506-14. doi: 10.1056/NEJMra1208795. PMID: 24963569.
16. Karkowska, D. Ustawa o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta. Komentarz. Wolters Kluwer, 2016.