

Yoğun Bakımda Yaşamın Sonu

Prof. Dr. Arzu Topeli İskit

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları AD, Yoğun Bakım BD

atopeli@hacettepe.edu.tr




HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BİYOTİK EĞİTİM UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ
(HÜBAM)

**Klinik, Etik, Kültürel ve
Hukuki Yönleriyle
Yaşamın Sonuna İlişkin
Kararlar Toplantısı**

08 Mayıs 2013, Çarşamba • Saat: 09.30 - 16.30
Hacettepe Kültür Merkezi Kırmızı Salon
Sıhhiye - Ankara

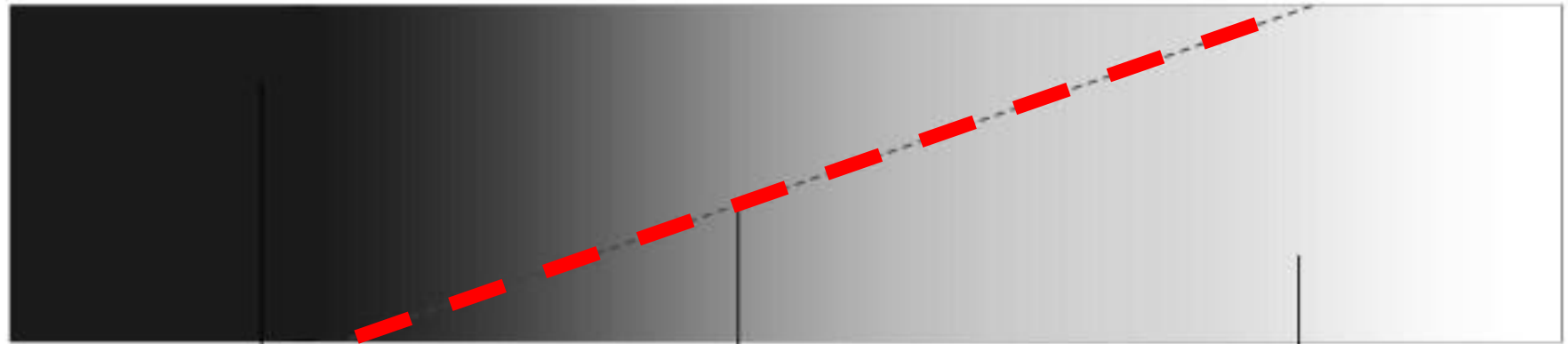
Yoğun Bakım Üniteleri

- Fizyolojik dengesini kaybetmiş ancak yaşamsal fonksiyonların geri-dönüşümünün mümkün olduğu hastalara yoğun izlem ve tedavi uygulanan özellikli birimler

Intensive Care: key stages and themes

CRITICAL INTERVENTION
Hours/days/weeks

END OF LIFE CARE
Minutes/hours



ADMISSION WITH HOPE OF RECOVERY

Full & intensive interventions
Time for declaration (patient)
Time for adjustment (family)

TRANSITION FROM INTERVENTION TO END OF LIFE CARE

Making a diagnosis of dying
Pushing the door open; managing
end of life consensus
Facilitating family grieving

A CONTROLLED DEATH

Ending the suffering for all; the ultimate
palliation
Letting nature take its course
Saying goodbye
Returning the person to the family

Birçok yoğun bakım hastası yaşamları sadece yoğun bakım ünitesinde sürdürülebilen kronik bir sürece giriyorlar ve kısmi iyileşme sağlanıp hiçbir zaman fonksiyonel bağımsızlıklarını elde edemiyorlar.

Yoğun Bakım Hastası

- Son dönem organ yetmezlikleri
 - Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
 - Kalp yetmezliği
 - Maligniteler
- Akut organ yetmezlikleri
- İmmobilizasyon ve bağımlılık
- Ağrı
- Konuşamama
- Ayrılık
- ...



Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage

SCCM

- **1. öncelik:** YBÜ dışında tedavisi mümkün olmayan, tedavinin sınırsız sunulduğu hastalar
- **2. öncelik:** Ani müdahale gerektirebilecek ve yoğun monitörizasyon gerektiren ve çoğunlukla altta yatan kronik komorbiditesi olan hastalar
- **3. öncelik:** Altta yatan komorbiditesi çok ağır olup iyileşme beklentisi olmayan ancak akut sorunları nedeniyle ani kötüleşen hastalar; DNR kararı verilmiş olabilir
- **4. öncelik:** Yatış endikasyonu olmayan hastalar; bireysel karar verilebilir

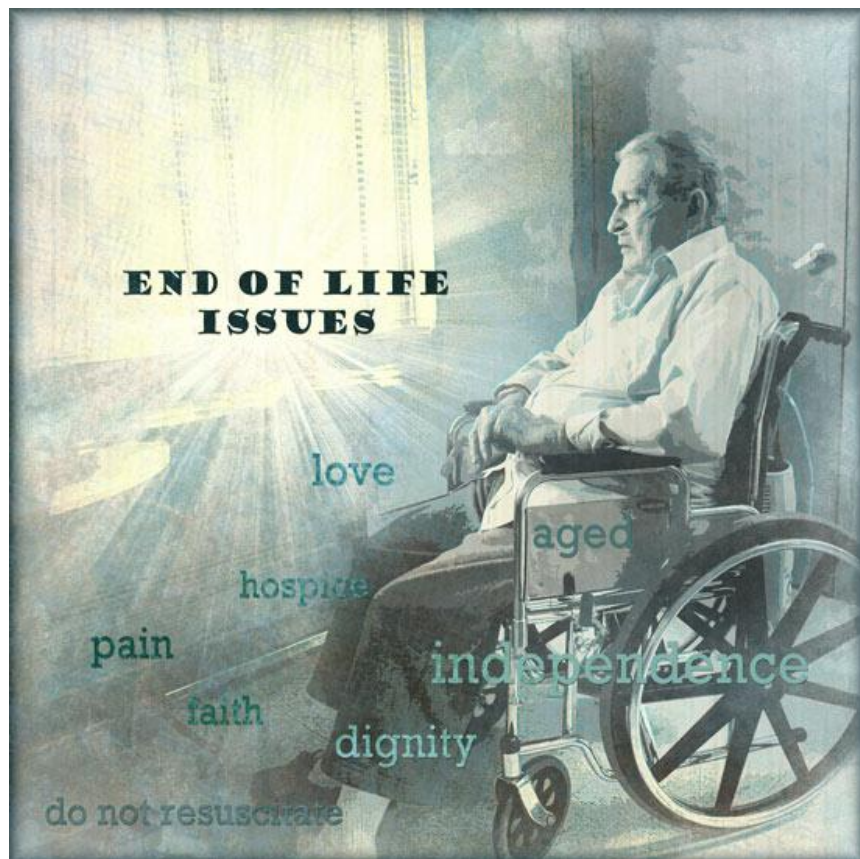
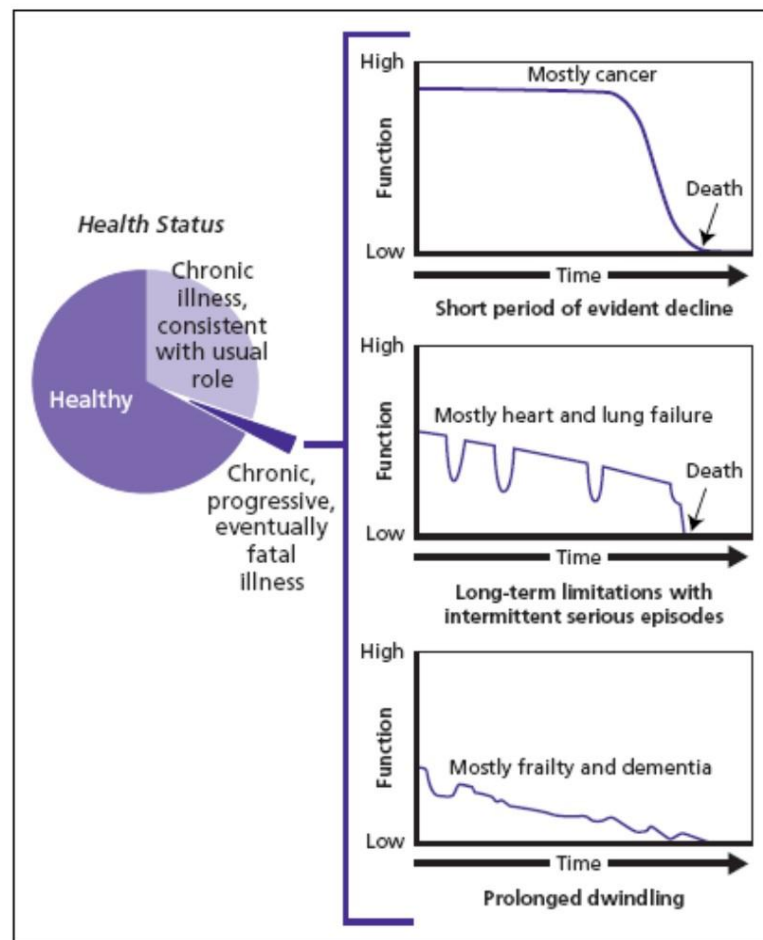


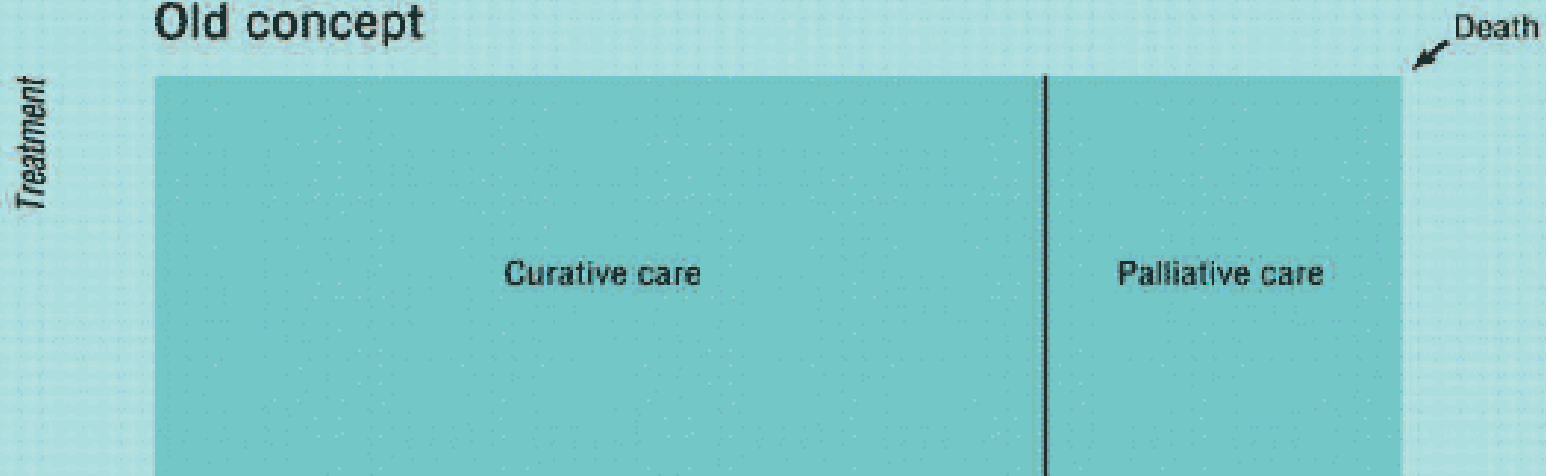
Figure 1
Chronic, Progressive, Eventually Fatal Illness in the Elderly Typically Follows Three Trajectories





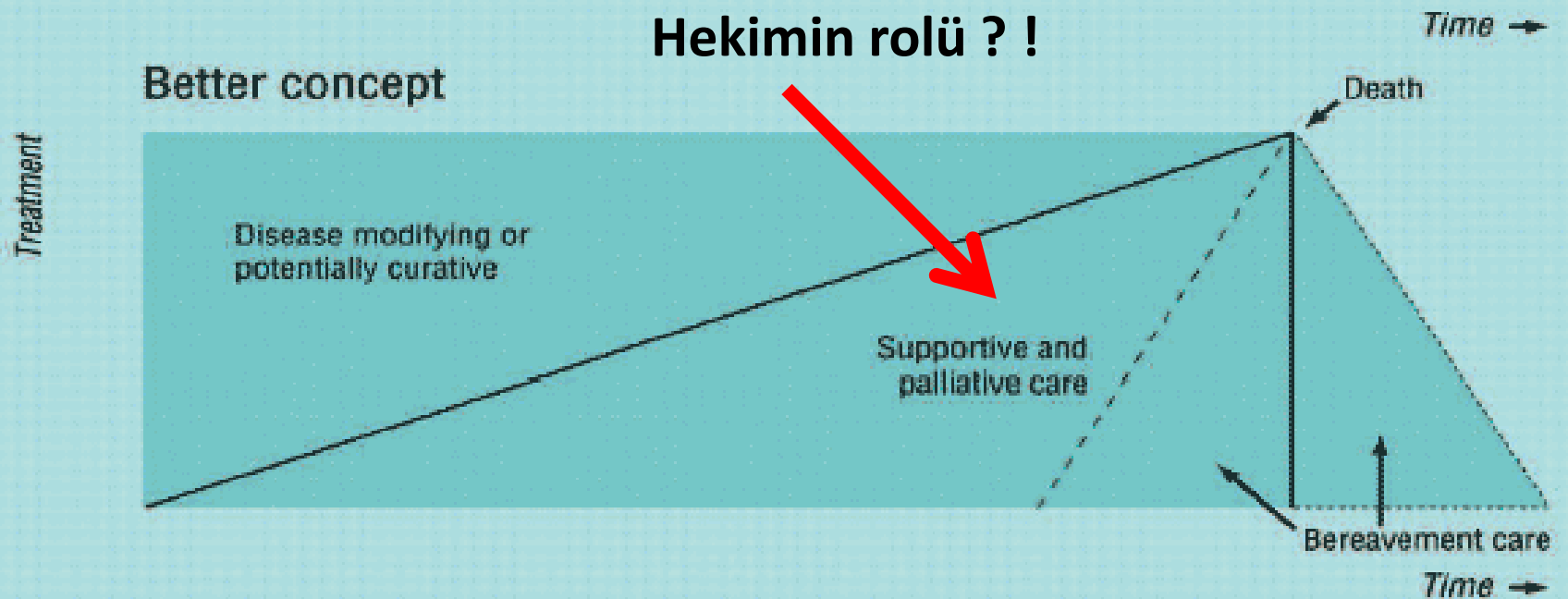
“ABD’de sağlık harcamalarının %30’u yaşamın son dönemi için harcanıyor ...”

Old concept



Hekimin rolü ? !

Better concept



Etğin Temel İlkeleri

1. Yarar sağlamak
2. Otonomi
3. Zarar vermemek
4. Sosyal adalet

Tıbbi Karar Verme

- Karar verme yeterliliği bulunan her hasta hekimin önerilerini göz önüne alarak tedavisi ile ilgili kararlara katılmalıdır.
 - Uygulama zorluğu
 - Yakınının bulunmaması
 - Gecikmeler

Tıbbi Vasiyet (İleri Tedavi Planlaması)

- Karar verme yeterliğinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme
- Tedaviyi reddetme hakkı
 - TTB Hasta Hakları Bildirgesi ile bu hak koruma altına alınmıştır

Tıbbi Yararsızlık (Boşuna tedavi)

- Tedavi kesilebilir veya başlanmayabilir
 - Durdurma (withholding)= Kesme (withdrawing)?
 - İsveç'te %50 fark olduğunu düşünme
 - Hollanda'da aktif ötanazi serbest
 - İsrail'de withholding mümkün, withdrawing yasak
 - DNI(entübe etmeme), DNR (resüsite etmeme)...
 - KPR %4-5 tab (orta vadede ölüm ve/veya ciddi bağımlılık)
 - Yazılı istem ? (Suudi Arabistan ve İran'da yazılı istemler var)
 - ABD ve Kanada'da YB ölümlerinin %70-75'inde tedavi kısıtlama

Onurlu Ölüm Hakkı



17 yıldır bitkisel hayatta "yaşatılan" kızın babasının girişimi Katolik İtalya'da ötanazi tartışmasını yeniden alevlendirdi. Bilim dünyası da tartışmaya katıldı. Ünlü genetik bilimciler Luca ve Francesco Cavalli-

Sforza makalelerinde şu soruyu sordular:

"Bizi dünyaya getirmeden önce kimse fikrimizi sormuyor, bu dünyayı terk etmek konusunda neden özgür olmayalım?"

Çift Etki

- Palyatif amaçlı uygulanan bir ilaç/yöntemin başka bir fizyolojik etki ile yaşam sonunu kısaltması
 - Örnek: Morfinin solunum depresyonu
- Etik açıdan kabul edilebilir

Yaşam Kalitesi

- Her işlem ve tedavinin niteliksel etkisine dikkat edilmeli

Sosyal Adalet

- Yoğun bakımların rasyonel kullanımı

Yasalar

- Etik ve tıbbi kararların salt yasalara bağlanması uygun değil

Yaşamın son dönemi $\neq$ Ötanazi

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAŞAMIN SONUNA İLİŞKİN ETİK BİLDİRGE

4-5 Nisan 2008 tarihlerinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda kabul edilmiştir.

20 Haziran 2009 tarihinde Ankara’da düzenlenen “Türk Tabipleri Birliği II. Etik Bildirgeler Çalıştayı”nda güncellenmiştir.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu

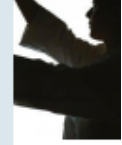
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ
ETİK BİLDİRGELERİ

Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine

CCM 2008

Robert D. Truog, MD, MA; Margaret L. Campbell, PhD, RN, FAAN; J. Randall Curtis, MD, MPH; Curtis E. Haas, PharmD, FCCP; John M. Luce, MD; Gordon D. Rubenfeld, MD, MSc; Cynda Hylton Rushton, PhD, RN, FAAN; David C. Kaufman, MD

- Hasta ve yakını merkezli yaklaşım
- Sürekli iletişim
- Tedaviyi durdurma ve kesme aynı
- Yardımlı intihar ile onurlu ölüm sağlanması aynı değil
- Çift etki uygun



KOAH'ı olan hastalar akut alevlenme dönemlerinde solunum yetmezliğine girip ventilatör ihtiyacı duyabilirler ve ölüm gerçekleşebilir.

Bu dönemde yaşam desteğinin yarardan çok yük olup olmayacağını belirleyecek belirti ve bulgular yoktur.

Bu nedenle, sağlık personeli hastalarla stabil dönemlerinde ileride olabilecek sorunlara karşı önceden karar verme ve plan yapma ile ilgili tartışmalar yaparak, hastalara yön vermelidirler.

Bu konuşmalar bir yandan hastaları yaşamı tehdit edecek bir alevlenme dönemi için hazırlamalı, bir yandan da mutlu bir yaşam sürmelerini sağlamalıdır.

İleri yaşam desteği istemeyen hastalara palyatif bakım sağlanmalıdır.

- 1987-1988 ile 1992-1993 yıllarının karşılaştırıldığı ABD’de tek bir YBÜ
 - KPR %49 → %10
 - Ölen hastalarda yaşam desteği durdurulması veya kesilmesi %51 → %90

- ABD, 38 eyalet, 131 YBÜ, 6000 ölen hasta (beyin ölümü hariç)
 - %23 KPR dahil tam tedavi
 - %22 DNR (KPR hariç) tam tedavi
 - %10 durdurma
 - %38 kesme
 - Çok farklılıklar var; YBÜ tipi, hastane tipi, hasta yoğunluğu, vs. ilgi yok

- Avrupa'da da %73 oranında ölen hastalara kısıtlama uygulaması (%5-50 KPR)
- ABD'den farkı %44 doktorlar karar veriyor
- %2 (Hollanda) ötanazi sonucu
- Kuzey Avrupa'da, güneye oranla daha sık
- Durdurma kesmeden daha fazla uygulanıyor

“HEKİMLERİN SON DÖNEMDEKİ HASTALARA KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON VE DİĞER YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMALARINA İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ”

- 224 hekim
 - Yaş 40.7 ± 9.1
 - %68.3 erkek
 - %12.9 pratisyen
 - %81.3 iç hastalıkları uzmanı
 - %11.2 araştırma görevlisi
 - %6.7 öğretim üyesi
 - %30.4 üniversite ve eğitim-araştırma hastanesi
 - %62.5 birinci basamak
- Karar kimin?
 - %54.5 hekim
 - %17 hasta/yakını
 - %2.2 fikrim yok
 - %26.3 diğer
 - Hekim grubu
 - Hasta-hekim birlikte

Aşağıdaki durumlarda kardiyopulmoner resüsitasyon veya diğer yaşam desteği uygulamalarının gereği konusunda ne düşünüyorsunuz?

	Hayır	Evet	Fikrim yok
Ağır konjenital anomali	159 (71.0)	7 (3.1)	22 (9.8)
Metastatik kanser	160 (71.4)	10 (4.5)	18 (8.0)
Miyokard enfarktüsü sonrası anoksik beyin	81 (36.2)	87 (38.8)	20 (8.9)
Beyin ölümü	156 (69.6)	13 (5.8)	19 (8.5)
Yatağa bağımlı çok ileri yaş	135 (60.3)	26 (11.6)	27 (12.1)
Son dönem kardiyomiyopati	102 (45.5)	63 (28.1)	23 (10.3)
Destek verme	184 (82.1)	36 (16.1)	4 (1.8)

Sorunlar 1

- Terminal hasta yatışı için baskı
 - Uygun hasta yatıramama
 - Boşuna (beyhude; “futile” tedavi) tedavi uygulamanın yarattığı stres
 - Ek komplikasyonlar
 - Hasta ve hasta yakınları ile ilişkiler
 - Beklentileri
 - Artan maliyet
 - En fazla ölen hastalara yaşamlarının son haftasına harcama

Sorunlar 2

- Terminal hale gelen hastaya yaşam desteğinin kısıtlanamaması
 - Farkındalık yok
 - Hastanın genel durumunda dalgalanma
 - Paternalistik yaklaşımın egemen olması
 - Palyatif tedavi bilgi ve becerisinde eksiklik
 - Etik ilkeler hakkında bilgi eksikliği
 - Etik ve yasal kaygılar

Olgu 1

- 55 y, avukat, 6 ay önce akciğer kanseri
- Kemoterapi ve radyoterapiye kısmi yanıt
- Kitlesinde büyüme (bronşa bası), karaciğer, kemik, adrenal metastazları
- Pnömoni nedeniyle onkoloji servisine yatırılıyor, yeni bir kemoterapi başlanıyor
- 3. gün parapleji geliyor (spinal kord basısı)
- Acil radyoterapi planlanıyor
- Ancak solunum yetmezliğine girerek entübe edilip mekanik ventilatöre bağlanarak yoğun bakım ünitesine danışılıyor

Olgu 1

- Yoğun bakım ünitesinde şok ve çoklu organ yetmezliği tablosu
- Derin sedasyon uygulanmazsa bilinç açık
- 12. gün refrakter septik şok tablosunda kaybedildi

İletişim ?

Hastanın primer doktoru
(onkolog)

Yoğun bakımın sorumlusu

Konsültasyon hizmeti veren
diğer bölümlerin doktorları (nefrolog)

Hasta

Hemşireler

Diğer personel
(diyetisyen)

Hasta yakınları

**Yoğun bakımın
diğer doktorları**

Primer Doktorun Düşünce ve Tutumu

- Bu tablodan çıkarsa yeni kemoterapiye yanıt verebilir (yaşam süresi birkaç ay uzayabilir)
- Hasta ve yakınlarına sürekli umut verme, iyileşme beklentisi oluşturma
- Hastaya sormadan entübasyon (acil koşullarda)
 - Çok önceden sorabilir miydi?

Yoğun Bakımcının Düşünceleri 1

- Bu tablonun nedeni zaten kitleye bağlı postobstrüktif pnömoni
- Kitle küçülmedikçe pnömoni tam iyileşemez, ventilatörden hiç ayrılamayabilir
- Genel durum bozukluğu nedeniyle kemoterapi alamıyor, o halde kitlenin küçülme beklentisi yok ve hatta daha da ilerleyebilir
- Paraplejisi var, entübe iken radyoterapiye gidemiyor, iyileşse bile paraplejik kalacak, hasta bunu isteyecek mi?

Yoğun Bakımcının Düşünceleri 2

- Keşke entübe edilmeseydi, non-invaziv yöntemlerle palyatif tedavi uygulansaydı
 - Onkolojik hastalarda entübasyon sonrası mortalite çok yüksek
 - Non-invaziv mekanik ventilasyon alternatif olabilir
- Bulunduğu serviste, yakınlarıyla birlikte palyatif tedavi alması daha iyi olurdu
 - Dispne hissinin önlenmesi ve tedavisi
 - Susuzluk hissinin önlenmesi ve tedavisi
 - Ağrının önlenmesi ve tedavisi
 - Anksiyetenin önlenmesi ve tedavisi

Yoğun Bakımcının Yaşadığı Kaygılar, Çelişkiler

- Yatış zorluğu
- Bekleyen diğer hastalar
- Primer doktor ile görüş ayrılığı
- Konsültan diğer bölüm ve hekimlerin ilgisizliği
- Hasta yakınlarının büyük beklentisi
- Hastayla konuşulamıyor
- Bilinci açık olmasına rağmen hasta yakınlarından onam alınması daha kolay geliyor
- Hemşireler ve diğer doktorların düşünceleri belli değil
- Hastaya “futile” (boşuna tedavi) vermenin rahatsızlığı, ek komplikasyonlar
- Hastane enfeksiyon oranlarında artış, diğer hastalarda enfeksiyon gelişmesi
- Bu hastada deliryum ve diğer komplikasyonların gelişmesi riski
- Yasal sorunlar ve belirsizlikler, SGK politikaları

Olgu 2

- 45 yaşında erkek hasta ani arrest sonrası acil servise getiriliyor
- 60 dk resüsite ediliyor
- Hemodinamik açıdan toparlıyor ancak entübe bir halde yoğun bakım ünitesine yatırılıyor
- Hastanın bilinci hiçbir zaman tam açılmıyor sadece ağrılı uyarana hafif çekme yanıtı veriyor
- ANOKSİK BEYİN olgusu !

Olgu 2

- 25. gün, hasta ventilatöre bağlı, GKS 4-6 arası, trakeotomi açılmış, gastrostomi açılmış
- Nörolojik iyileşme beklentisi yok
- Hasta yakınları götürmek istemiyorlar
- Doktorlarla çatışma halindeler ve ziyarete dahi gelmiyorlar
- Doktorlar hastane yönetimi ve sosyal hizmetler birimine danışıyor
- Bir gelişme sağlanamıyor
- Servise devrediliyor
- Hasta 155. gün serviste ölüyor

Sorunlar

- KPR süresi, arrest sonrası bakım
 - Acil Tıp, 112 entegrasyonu
- Hastanın eve veya bakımevine gönderilmesi gerekli, yoğun bakım ya da serviste yatması uygun değil
- Aile ile yaşanan sorunlar
- Yönetimin, SGK'nun ilgisizliği
- Bir kişinin onurlu ve kaliteli yaşam sürme hakkı sorgulanamıyor, uygulanamıyor
- Boşuna tedavi uygulanıyor, hasta 155 gün yaşatılıyor

Olgu 3

- Beyin metastazı olan psikiatri profesörü eşi ve hekimler yanında kesinlikle yoğun bakıma gitmek istemediğini servis odasında müdahalesiz yaşamak istediğini söylüyor
- Solunum depresyonu ve bilinç kaybı gelişince yoğun bakıma alınıp entübe ediliyor ve 1 hafta sonra kaybediliyor

Olgu 4

- Son dönem kardiyo-pulmoner-renal sendromlu ileri yaşlı bir hastanın 2 doktor çocuğu müdahale istemiyorlar
- Araştırma görevlisi doktor çocuklarının itirazına rağmen gece hastayı resüsite ediyor ve entübe ediyor
- Hasta yakınları hekime sözlü ve fiziksel şiddet uyguluyor

Beklentimiz

- Sağlık personelinde farkındalığın oluşması
 - Multidisipliner yaklaşım
 - Eğitim: Etik, palyatif bakım, iletişim ...
- SGK düzeyinde düzenlemeler
- Ailelere yardım
- Yasal düzenlemeler
 - Hasta ve hasta yakını primer karar verici konumunda olmalı
 - Sorun varsa yasal belirleyici
 - Önceden direktif verme (vasiyet, sözlü beyan)

Palyatif Bakım

- WHO (2004): hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik yaşamı tehdit eden ve/veya iyileşme beklentisinin olmadığı hastalıklarda ağrı ve diğer fiziksel, psiko-sosyal ve spiritüel sorunların önlenmesi, erken farkına varılması, değerlendirilmesi, tanı ve tedavi planının yapılması
 - Bakımın ve ölümün yeri ile ilgili yaşam sonu kararlar hasta tercihine bırakılmalı ...

Kanıtı dayalı tıp çerçevesinde

- Bu konuyu önemsemek, günlük vizitlerde dahi sürekli gündeme almak (D)
- Multi-disipliner vizitler ve toplantılarla tedavi hedeflerini gözden geçirmek (C)
- Palyatif bakım sağlamak ve etik birimi konsültasyonu istemek (A)
- Hasta yakınlarıyla standardize konuşmalar yapmak (A)
- Yoğun bakıma yatar yatmaz spesifik konularda aile görüşmeleri yapmak (B)
- Yoğun bakım ekibine iletişim kurma, hasta ve yakınlarını dinleme ve etkili-destek olucu aile konferansları verme eğitimi vermek (B)
- Aile vizitlerini serbest bırakmak (C)
- Aile eğitim programları oluşturmak (A)
- Tedaviyi durdurma ve sonlandırma ile ilgili protokol oluşturmak (C)

Özetle

- Yoğun bakımlar arası fark olmaz
- Altta yatan sorun ve hastalıklar fark edebilir
 - Dahili, Cerrahi, Onkoloji, Nöroloji
- Kanser, ilerleyici nörolojik hastalıklarla sınırlı değil
 - Geri dönüşümsüz akut hastalıklar, kronik komorbiditeler
- “Hastalık değil hasta vardır”: hasta ve yakınlarına göre bireyselleşen kararlar
- Paternalistik, iyileştirici, sonuna kadar tedavi yerini ***iyileştirici*** ancak ***hasta-yakını merkezli, yaşam kalitesine önem veren, palyatif tedaviye*** bırakmıştır



Teşekkürler ...