

Yoğun Bakım Ünitesinde Etik ve Palyatif Bakım

Aluko A. Hope, MD, MSCE

Çeviri: Uz. Dr. Cihan Döğer, Yrd. Doç. Dr. Metin Dinçer,
Doç. Dr. Kadriye Kahveci

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Biyomedikal etiğin dört ilkesi - fayda, zarar vermeme, özerklik ve adalet, klinisyenlerin klinik pratikte etik ikilemleri belirleyebilecekleri bir yönerge sağlayabilir.
- 2 Bilgilendirilmiş onam, bir klinisyen ile bir hasta arasında karşılıklı saygı süreci olup, şunları içerir: (a) hastanın spesifik tıbbi karar verme kapasitesi olması(b) ilgili bilginin hastaya anlatım becerisi (c) hastanın dile getirdiği tercihlerinde gönüllü olduğunun garantiye alınmasıdır.
- 3 Önceden bakım planlaması, hastaların eğitilmiş bir profesyonelin kolaylaştırılmasıyla mevcut sağlık durumlarını, hedeflerini ve hedeflerini açıklığa kavuşturdukları bir süreçtir.
- 4 Vasiyet, hastanın bir takım tıbbi durumları öngördüğü ve bu tıbbi durumların her birisi için belirli tedavi türlerini talep ettiği veya reddettiği bir belgedir.
- 5 Sağlık hizmeti vekalet formu, bir hastanın kendisi için tıbbi kararlar veremeyecek durumda olduğunda kendisi adına bir karar-verici vekil ismi verebilmesine olanak sağlar.
- 6 Ortak karar verme, klinisyenler prognoz / tedavi seçenekleri konusunda uzman olarak kabul edilirken, hasta / aile ise hastanın değerleri konusunda uzman olarak kabul edilir.
- 7 Palyatif bakım, (a) semptomların değerlendirilmesi ve tedavisine; (b) hastalara ve ailelere psikolojik ve ruhsal destek sağlanmasına; (c) klinik ekip ile hasta / aileler arasında becerili, proaktif ve duyarlı iletişim kurarak hastaların değerlerine uygun tedavilerin kolaylaştırılmasına odaklanmış multidisipliner, hasta-merkezli bir bakım yaklaşımıdır.
- 8 Yoğun bakımda çok sayıda hasta yaşam-sürdürücü tedavilerden kaçınılması (withholding) veya geri çekilmesi (withdrawing) sonrası ölmektedir.
- 9 Yaşam-sürdürücü tedavilerin geri çekilmesi, uzmanlık, dikkatli hazırlık, uygun dokümantasyon ve sürekli değerlendirmeyi gerektiren bir klinik prosedür olarak düşünülmelidir.

duğu zaman, tedaviye başlamamak daha zor olabilir ve aileyi tedavinin hasta yararına olup olamayacağı konusundaki kararsız sorular ile baş başa bırakabilir. Belirli bir tedavinin zaman-kısıtlı denenmesi, özellikle prognoz belirsiz olduğu zaman faydalı olabilir; bu da klinisyenler ve ailelere, belirli bir tedavinin faydalarını doğrudan doğruya değerlendirmelerine olanak tanır.²³

Yaşam-sürdürücü tedaviden çekilmenin hedefi, artık istenmeyen veya yalnızca hastanın acı çekmesi ya da ölme sürecini uzatan tedavilerin kesilmesi-^{23,34} Genellikle rehberler, yaşam-sürdürücü bir tedaviden çekilme kararı alındığında (örneğin böbrek replasman tedavisi veya vasopressörler), klinisyenler yaşam-sürdürücü diğer tedavilerin faydalarını dikkatlice değerlendirmelerini önermektedir. Klinisyenler, tıbbi kayıtlarda karar alınmasına kadar olan toplantıları belgelemelidir. Disiplinlerarası ekipler, direkt hasta bakımı ile ekip üyeleri arasında, yaşam-sürdürücü tedavilerin nasıl geri çekileceği konusunda konsensüs oluşturmayı amaçlamalıdır. Mekanik ventilasyonun geri çekilmesi potansiyel olarak hastaya rahatsızlık vereceğinden, ölmekte olan hastalarda bazı klinisyenler hastanın ventilatöre bağlı olarak ölmesi umuduyla, mekanik ventilatörden ayırmanın öncesinde yaşam-sürdürücü diğer tedavileri (örneğin vasopressörler, kalp pilleri, intra-aortik balon pompaları) kesmeyi tercih etmektedir.³⁵

Yaşam-sürdürücü tedavilerin geri çekilmesi, ICU'de gerçekleştirilen diğer herhangi bir tedaviye benzer bir klinik prosedür olup uzmanlık, dikkatli hazırlık, uygun dokümantasyon ve devamlı değerlendirme gerektirir.^{23,36} ICU odası hayat kurtarmak için donatılmış olan bir odadan konfor, saygı ve sessizlik için daha elverişli olan bir odaya dönüştürülmelidir. Çoğu aile tedaviden geri çekilme sürecinde neyi bekleyeceğini bilmezler, bu nedenle onlara merak, korku ve endişelerini hafifletmek için anahtar bilgiler verilmelidir. Klinisyenler, belirli bir tedaviden çekilme sonrası prognozu ve ölüm zamanını tartışmaya hazırlıklı olmalıdır. Hastanın klinik durumu konusunda yapılan tahminler, bazen düzenlemeleri yapabilmeleri için daha fazla yardıma ihtiya-

yacı olan ailelere yardımcı olabilir. ICU'den transfer ihtimali, başlamadan önce ailelerle açıkça tartışılır. Manevi ya da duygusal destek, hasta ya da aileye gerektiğinde teklif edilmeli veya sunulmalıdır.

ICU'de ölüm beklentisinde en yaygın geri çekilen tedavi mekanik ventilasyondur.³⁷ Mekanik ventilatörden hastanın ayrılması için optimal bir strateji yoktur ve uygulamada önemli farklılıklar vardır. Bazı klinisyenler, mekanik ventilatörü ve endotrakeal tüpü tek adımda çekmeyi tercih ederken, diğerleri, aspirasyonu kolaylaştırmak ve hava yolu obstrüksiyonunu önlemek için suni hava yolunu korumayı tercih etmektedir. Etkili sedasyon ve analjezi hem ventilatörden çıkartılması sırasında hem de sonrasında çok önemlidir. Mekanik ventilatörden ayırmaya başlamadan önce hastanın rahat olduğundan emin olunması, ventilatörden ayırma sonrası yakın ölüm olasılığının değerlendirilmesi ve hastanın klinik senaryosuna uygun olarak yatak başında analjezi ve sedasyon ilaçlarının hazırlanması bu işleme yönelik bazı anahtar aşamalardır.³⁸ Ventilatör veya endotrakeal tüp çıkarıldıktan sonra monitörler kapatılmalı, oral aspirasyon ve yoğun semptom yönetimi başlatılmalıdır. Nöromusküler bloke edici ajanlar, mekanik ventilatörün ya da yaşam-sürdürücü bir tedavinin geri çekilmesinde herhangi bir role sahip değildir.²³ Hastalar, bu ilaçların kullanımı ile geri çekme işlemi sırasında "rahat" görünmelerine rağmen, bu ilaçların analjezik ve sedative özellikleri yoktur ve semptomların değerlendirmesine engel teşkil edebilir. Bu nedenle, nöromusküler ajanların kullanımları konfor odaklı bir yaklaşımın parçası olarak düşünülemez. ICU klinisyenleri, kendini ifade edemeyen hastalarda mekanik ventilatörün çekilmesinin hasta ve ailesi için olabildiğince konforlu olması için yaşam sonu semptomlarının (örn. Ağrı, dispne, deliryum, ağız kuruluğu) değerlendirilmesi ve tedavisi konusunda rahatlatıcı olmalıdırlar.³⁹

REFERANSLAR

1. Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. *Crit Care Med.* 2004;32:638-643.
2. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support

- from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;155:15-20.
3. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011;39:371-379.
 4. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, NY: Oxford University Press; 1999.
 5. Will JF. A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: Part I: The beneficence model. *Chest*. 2011;139:669-673.
 6. Copp D. *The Oxford Handbook of Ethical Theory*. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
 7. Menikoff J. *Law and Bioethics: An Introduction*. Washington, DC: Georgetown University Press; 2001.
 8. Fins JJ. *A Palliative Ethic of Care: Clinical Wisdom at Life's End*. Sudbury, MA: Jones and Barlett Publishers; 2006.
 9. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357:1834-1840.
 10. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin*. 2009;25:221-237, x.
 11. Luce JM, Alpers A. Legal aspects of withholding and withdrawing life support from critically ill patients in the United States and providing palliative care to them. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;162:2029-2032.
 12. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med*. 2010;362:1211-1218.
 13. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *Br Med J*. 2010;340:c1345.
 14. Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. *Milbank Q*. 2010;88: 211-239.
 15. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment Paradigm. <http://www.ohsu.edu/polst/> Accessed February 20, 2014.
 16. Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. *Ann Intern Med*. 2011;154:336-346.
 17. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:844-849.
 18. White DB, Curtis JR, Wolf LE, et al. Life support for patients without a surrogate decision maker: who decides? *Ann Intern Med*. 2007;147:34-40.
 19. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med*. 2007;35:605-622.
 20. Scheunemann LP, Arnold RM, White DB. The facilitated values history: helping surrogates make authentic decisions for incapacitated patients with advanced illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186:480-486.
 21. Torke AM, Petronio S, Sachs GA, Helft PR, Purnell C. A conceptual model of the role of communication in surrogate decision making for hospitalized adults. *Patient Educ Couns*. 2012;87:54-61.
 22. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. *J Am Med Assoc*. 1995;274:1591-1598.
 23. 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.
 24. Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, et al. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2003;31:2255-2262.
 25. Goldsmith B, Dietrich J, Du Q, Morrison RS. Variability in access to hospital palliative care in the United States. *J Palliat Med*. 2008;11:1094-1102.
 26. Lilly CM, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF. Intensive communication: four-year follow-up from a clinical practice study. *Crit Care Med*. 2003;31:S394-S399.
 27. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*. 2007;35:1530-1535.
 28. Campbell ML, Guzman JA. A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. *Crit Care Med*. 2004;32:1839-1843.
 29. Schneiderman LJ. Defining medical futility and improving medical care. *J Bioeth Inq*. 2011;8:123-131.
 30. Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *J Am Med Assoc*. 2000;283:909-914.

31. Rubin SB. If we think it's futile, can't we just say no? *HEC Forum*. 2007;19:45-65.
32. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*. 2003;290:1166-1172.
33. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *J Am Med Assoc*. 2003;290:790-797.
34. Rubenfeld GD. Implementing effective ventilator practice at the bedside. *Curr Opin Crit Care*. 2004;10:33-39.
35. Faber-Langendoen K. The clinical management of dying patients receiving mechanical ventilation. A survey of physician practice. *Chest*. 1994;106:880-888.
36. Rubenfeld GD. Principles and practice of withdrawing life-sustaining treatments. *Crit Care Clin*. 2004;20:435-451.
37. Cook D, Rocker G, Marshall J, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2003;349:1123-1132.
38. Wilson WC, Smedira NG, Fink C, McDowell JA, Luce JM. Ordering and administration of sedatives and analgesics during the withholding and withdrawal of life support from critically ill patients. *J Am Med Assoc*. 1992;267:949-953.
39. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment – recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med*. 1997;336:652-657.