

Yoğun Bakımda Konuşma: Kötü Haber Verme ve Bakım Hedeflerini Belirleme

Dana Lustbader, MD and Negin Hajizadeh, MD
Çeviri: Uz. Dr. Aysun Kurtay, Doç. Dr. Handan Güleç

ÖNEMLİ NOKTALAR

- 1 Palyatif bakım hizmeti iyi bir ICU bakımının ayrılmaz bir parçasıdır.
- 2 Yoğun bakımda etkili bir aile toplantısı yürütmek için hazırlanmış bir senaryo, SOR-ANLAT-SOR benzeri bir formatı içermelidir.
- 3 Belirli bir zaman ayırarak her bölümde önemli bilgiler sunun, ardından bir yanıt bekleyin ve dinleyin.
- 4 Hastalığa odaklı müdahalelere ek olarak, uygun olduğunda daima palyatif seçenekler sunun.
- 5 Tüm katılımcılardan elde edilen bilgileri aldıktan sonra bir aile toplantısı sırasında, ifade edilen değerlere ve tercihlere dayalı olarak tedavi önerilerini yapın.

GİRİŞ

Yoğun bakımda (ICU) sağlık hizmeti sunucularının en önemli sorumluluklarından biri, durumu ciddi olarak ağır olan hastalar ve onların aile üyeleriyle etkili bir iletişim yapmaktır. ICU hastaları genellikle tıbbi karar alma süreçlerine katılamazlar. Bu nedenle, prognoz ve tedavilerle ilgili tartışmalar sıklıkla aile üyeleri ile yapılır. Bu bölümde; aile üyesi terimi, akraba olan aile bireylerini, sevdiklerini veya hastanın tıbbi karar vermesinden sorumlu olan yasal vekilleri tanımlamak için kullanılacaktır. ICU aile toplantısı genel olarak hastanın ICU'ye kabulünden 72 saat sonra gerçekleşmelidir. Aile toplantıları, alınan bakımın türüne göre artan; hasta, aile ve sorumlu memnuniyeti ile birlikte daha fazla tercih edilen uygun bakımla ilişkilidir. Biz burada anlamlı ve etkin ICU aile toplantıları yapmak için kilit stratejilerin ana hatlarını çiziyoruz.

ETKİLİ İLETİŞİMİN ETKİSİ

Ön talimatı olan hastalar veya hastalığı ilerledikçe bakım tercihlerini doktorlarıyla tartışan hastalar, yaşamın son haftalarında daha az yoğun bakım alırlar, hastanede veya ICU'de ölme olasılıkları daha düşüktür ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahiptirler. ¹Ne yazık ki, yoğun bakımda olan çoğu hasta, ayakta tedavi ortamında veya sağlık hizmeti sunucuları tarafından tıbbi ve cerrahi katlarda daha önce yapılan tedavi tercihlerine ilişkin tartışmaların içeriğine sahip değildir. Bu nedenle zor konuşmalar genellikle ICU ekibinin üyelerine bırakılmıştır. Tedavi tercihleriyle ilgili daha önce yapılan konuşmalar tercih edilmesine rağmen, araştırmalar, sağlayıcıların hasta ya da aile ile daha önce kurulmuş bir ilişki bulunmasa dahi, hastaların ve aile bireylerinin iyi iletişim becerisine sahip herkese iyi yanıt verdiğini göster-

alamamasına neden oldu. Pnömonisi nedeniyle antibiyotiklere cevap vermiyor ve kan basıncı düşüyor. Ölümünün burada ICU'de nasıl ele alınacağını tartışmamız gerekiyor. İki seçeneğimiz var. Altta yatan hastalığından dolayı muhtemelen işe yaramayacak bir resüsitasyon girişiminde bulunabiliriz veya ölmeye başlarken rahat etmesini sağlamak için mümkün olan her şeyi yapabiliriz.”

“Araba kazasından kaynaklanan travma yaralanmaları, oğlunuzun akciğerlerinde ve beyninde ciddi hasarlanmalara neden oldu. Hayatta kalabilecek gibi görünmüyor. Bu gece ölebileceğinden endişeliyim. Ölümünü nasıl ele alacağımızı görüşmeliyiz. Resüsitasyona başvurabiliriz, çünkü yaşam destek makinesinde olduğu için büyük ihtimalla işe yaramayacak, ya da onu çok rahat ettirebiliriz ve o noktaya kadar oğlunuz için mümkün olan her şeyi yapabiliriz.”

“Sizin ve din görevlilerinin benimle paylaştıklarından anlıyorum ki, yaşamın her anı, kalitesinden bağımsız olarak büyükbabanız tarafından değerlendiriliyor. Bunu bilerek kalbi ya da akciğerleri durduğunda resüsitasyon yapmaya çalışacağız ve o sırada tıbbi açıdan uygun olanı yapacağız. Korkarım, bu çabalar büyükbabanızı geri getirmek için muhtemelen işe yaramayacak, fakat bu resüsitasyon girişiminin büyükbabanız ve aileniz için önemli olduğunu anlıyorum.”

Bir hasta kardiyopulmoner arrest geçirirse, bir DNR emri olmadığı sürece, klinisyen tıbbi standartlara uygun olarak resüsitasyon önlemlerini almalıdır. Bu çabalar tıbben uygun olmalı ve klinisyen, bir hastaya medikal olarak uygun olmayan müdahaleleri yapmamalıdır. Bunun nedeni, bunu yapmalarının istenmesidir. Buna ek olarak, spontan dolaşımın geri dönmesinin mümkün olmaması durumunda, isteğe bağlı olarak tanımlanmış bir süre içinde mavi kod vermek için yasal veya etik bir yükümlülük yoktur. Hastalığı nedeniyle ölmek üzere olan terminal dönem bir hasta için DNR talimatı bulunmaması durumunda, yalnızca uygun resüsitasyon önlemleri alınmalıdır. Buna ek olarak, tıbbi endikasyonu bulunmayan prosedürleri yerine getirmesi istenen sorumlular üzerindeki etik stres ve ölmek üzere olan bir hastada hastalığın tersine döndürülmesi ihtimalinin oldukça düşük olduğu hatırlanmak zorundadır. Bu etik stres, özellikle stajyerler, intörnler ve stajyer hemşireler gibi karar verme sürecinde aktif olarak rolü bulunmayan en genç ekip üyeleri tarafından hissedilmektedir.

Tedavileri yalnızca şansa bırakmak yerine, hasta ve ailelerin tercihleri ile uyumlu olmasını sağlamak için her türlü çaba gösterilmelidir. İleriye yönelik

direktifler ve DNR konuşmaları, ideal olarak terminal hastalığın tanısı konulduğunda ayakta tedavi ortamında cereyan etmelidir.¹⁶ Önceden belirlenmiş direktiflerin yokluğunda, daha az acele edilen DNR için ICU transferinin öncesinde fırsatlar sıklıkla olur. Ülke çapında hızlı müdahale ekiplerinin gelişinden bu yana, DNR tartışmalarının yapılması ve hastaların ICU'da ölmesi için kabul edilmesine izin verilmemesi bakımından bir artış oldu. Hızlı müdahale ekiplerinin bu sonucu, aslında, hasta değerleri ve tercihleri ile daha yakından uyumlu hale gelebilecek şekilde ölüm sırasında tedavinin yoğunluğunun gerçekten azalmasına neden olabilir.

SONUÇ

Beş Amerikalıdan yaklaşık olarak 1 tanesi, ICU düzeyinde bakım sırasında veya sonrasında sık sık izolasyon, ağrı ve acı çekerek ölür. Yaşamın sonunda bakım yoğunluğu, son on yılda, 2009 yılında yaşamının son 30 gününde ICU kullanımı “Medicare” yararlanıcıları için %29,5 oranında artmıştır.¹⁷ Sevdiği aile üyelerinden birisi ölmüş olan kişiler, post-travmatik stres bozukluğu ve depresyon yaşayabilirler. Klinisyenler diğer ICU prosedürlerinde olduğu gibi etkili aile konferansları düzenlemeye çalışmalıdırlar. ICU'da durumu ağır hastalarla ve onların aile üyeleri ile iletişimi geliştirmek için; ICU'da Palyatif Bakım Geliştirme (IPAL-ICU)¹⁸, Onkokonuşma (Onco-talk) Videoları,¹⁹ ve Yoğun Bakımda Konuşma (Intensive Talk) gibi çeşitli web siteleri mevcuttur.²⁰ Dikkatli dinleme ve etkili iletişim üzerine odaklanan ve akılcıca yönlendirilen aile toplantıları memnuniyeti artırır ve hastaların istedikleri ve hak ettikleri ICU bakımını almalarını sağlar.

REFERANSLAR

1. Nicholas LH, Langa KM, Iwashyna TJ, et al. Regional variation in the association between advance directives and end-of-life Medicare expenditures. *J Am Med Assoc.* 2011;306:1447-1453.
2. Wall RJ, Curtis JR, Cooke CR, et al. Family satisfaction in the ICU: differences between families of survivors and nonsurvivors. *Chest.* 2007;132:1425-1433.
3. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, et al. Studying communication about end-of-life care

- during the ICU family conference: development of a framework. *J Crit Care*. 2002;17:147-160.
4. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med*. 2007;356:469.
 5. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non small cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-742.
 6. <http://eprognosis.ucsf.edu/walter.php>. Accessed December 25, 2013.
 7. Heyland DK, Barwich D, Pichora D, et al. Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning. *JAMA Intern Med*. 2013;173:778-787.
 8. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *Br Med J*. 2000;320:469-473.
 9. <http://eprognosis.ucsf.edu/walter.php>. Accessed December 25, 2013.
 10. Zier LS, Sotttile PD, Hong SY, et al. Surrogate decision makers' interpretation of prognostic information. *Ann Intern Med*. 2012;156:360-366.
 11. Diem SJ, Lantos JD, Tulsky JA. Cardiopulmonary resuscitation on television, miracles and misinformation. *NEJM*. 1996;13;334:1578-1582.
 12. Nelson JE, Curtis RJ, Mulkerin C, et al. Choosing and using screening criteria for palliative care consultation in the ICU: a report from the improving palliative care in the ICU (IPAL-ICU) Advisory Board. *Crit Care Med*. 2013;41:2318-2327.
 13. Norton S, Hogan LA, Holloway RG, et al. 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.
 14. Moss A, Lunney JR, Stacey C, et al. Prognostic significance of the surprise question in cancer patients. *J Palliative Med*. 2010;13:837-840.
 15. Back A, Arnold R, Tulsky J. *Mastering Communication with Seriously Ill Patients*. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2009:27.
 16. The Conversation Project. <http://www.ihl.org/offerings/initiatives/conversationproject/Pages/default.aspx>. Accessed January 20, 2014.
 17. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end of life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *J Am Med Assoc*. 2013;309:470-477.
 18. Center to Advance Palliative Care IPAL-ICU Program. <http://www.capc.org/ipal>. Accessed January 3, 2014.
 19. Oncotalk Videos. <http://depts.washington.edu/oncotalk/videos/>. Accessed January 12, 2014.
 20. IntensiveTalk. <http://depts.washington.edu/icutalk/>. Accessed January 12, 2014.