

Yoğun Bakım Ünitesindeyatan Son Dönem Hastaların Değerlendirilmesi

Evaluation of end Stage Patient in Intensive Care Unit

Levent Kart¹ Muhammed Emin Akkoyunlu¹, Yasemin Akkoyunlu², Murat Sezer¹, Hatice K. Özçelik¹ Fatmanur Karaköse¹, Turan Aslan²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Özet

Mevcut teknolojik imkanlar ve bilimsel veriler çerçevesinde iyileşme umudunun kaybedildiği düşünülen hastalara uygulanan tıbbi müdahaleler, hastaya sağladığı yarar ve zarar açısından etik tartışmalara neden olmuştur. Özellikle yoğun bakım gibi ülkemiz için kısıtlı olan kaynaklar açısından değerlendirildiğinde durum yönetsel bir boyut kazanmaktadır. Çalışmamızda üniversitemiz Göğüs hastalıkları bünyesinde bulunan dahili yoğun bakım ünitemizde takip edilen, tıbben iyileşme ümidi olmayan ve hastalığın son döneminde olduğuna karar verilen hastalar ve sonuçları değerlendirilmiştir. Retrospektif olarak 25 Ekim 2010 ile 30 Nisan 2010 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemizde 24 saatten fazla yatmış olan toplam 163 hastanın terminal dönemde olan 17'si incelenmiştir. Hastaların 11'i onkoloji hastasıydı. Bunların 6'sında akciğer, 5'inde ise diğer organ kanserlerine bağlı tedaviye yanıtız yaygın metastaz mevcuttu. Diğer hastalardan 3'ü miyokart enfarktüsü sonrasında ejeksiyon fraksiyonunun %15'in altında olmasına bağlı genel durum bozukluğu nedeni ile nakil şansı olmayan, 1'i ileri dönem solunum kaslarının da tutulduğu musküler distrofi, 1 olgu ileri solunum yetmezliğinde olan intersitisyel akciğer hastalığı, diğeri ise tedaviye yanıtız çoklu komplikasyonları olan karaciğer sirozu hastaydı. Onbeş hasta yoğun bakımda yaşamını yitirirken sadece 2 hasta mekanik ventilatör desteğinde taburcu edildi. Hastaların yattığı dönem içinde yapılan tıbbi müdahale maliyeti 208.200,640 TL olarak saptandı. Hastalar toplam 233 yatak/gün boyunca yoğun bakımda takip edildi. Sonuç olarak yoğun bakımımızda terminal dönem hastalarına ayrılan yatak sayısı ve yatak başı maliyet oldukça yüksek olarak saptanmıştır. Gerekli kanuni düzenlemeler ile birlikte palyatif bakım üniteleri yada hospis sistemlerinin kurulması, gerek sınırlı olan kaynakların daha akılcı kullanımı, gerekse hasta ve hasta yakınlarının ve memnuniyeti için önemlidir.

Anahtar kelimeler: son dönem, yoğun bakım

Abstract

Medical interventions to the patients from whom healing expectations (with the current technological and scientific data) were considered to be lost are being ethically discussed about the benefit and loss to the patient. When it is about the limited sources of the country, particularly like the intensive care units, it becomes an administrative issue. In this study we evaluated the patients in the terminal phase of their diseases with no expectancy of healing, hospitalized in the medical intensive care unit (ICU) of our university hospital. Thirteen terminal phase patients out of 73 patients hospitalized between 25 October 2010 and 30 April 2011 were evaluated retrospectively in ICU. Eleven of the patients had oncological disease (6 lung cancers and 5 other organ cancers). These patients had widespread metastases not responding to therapy. Tree of the other patients had ejection fraction lower than 15% following myocardial infarction with no chance for transplantation due to low health status, one had advanced respiratory muscle involvement due to muscular dystrophy, the another had intersitisyel lung diseases with severe respiratory failure, the other had liver cirrhosis with multiple complications. Fifteen patients died in the intensive care unit, whereas two patient was discharged with home mechanical ventilator support. Medical cost of the patients was 208.200,640/TL. They were hospitalized for 233 bed/days. The number of beds occupied by these terminal phase patients in this period were considered to be high. Foundation of palliative care units or hospice service with necessary law evaluations, is very useful and important not only for optimal use of limited financial sources but also for comfort of patient and relatives.

Key words: end stage, intensive care

GİRİŞ

Teknolojik imkanlar ve bilimsel veriler çerçevesinde iyileşme umudunun kaybedildiği ve ölümün kaçınılmaz olduğu düşünülen hastalara uygulanan tıbbi müdahaleler, hastaya sağladığı yarar ve zarar açısından etik tartışmalara neden olmuştur (1-4). Teknolojinin tüm imkanlarının ve bilimin tüm verilerinin hayatın sağlığı ve devamlılığı

için kullanılması gerekmektedir. Fakat günümüz bilimsel gelişmelerinin ulaştığı nokta bu amacı her zaman sağlayamamaktadır.

Düzelme imkanı olmayan alta yatan hastalığın tedavisinin ne kadar devam edeceği ve tedavinin sonlandırılıp sonlandırılmayacağı bilimsel ve etik tartışmaların temel düzeyini oluşturmaktadır. Ayrıca tedavinin amacının hastanın yaşam suresine mi, odaklanması gerektiği yoksa

yaşam konforunu yönelik mi olduğu, tedavinin durdurulması, yaşam desteğinin çekilmesi, resüsitasyon endikasyonu ve hatta yaşamı sonlandırıcı tedavi hakkı bilimsel ve etik çevrelerce tartışılmaya devam edilmektedir.

1967 de Cicely Saunders'in kurduğu ve ölüme yaklaşan hastaların bakımının verildiği bir kurum ile "hospis" fikrini ortaya atmıştır (5). Hospis kavramı geliştirilerek evden takip ile birlikte gerekli durumlarda özel birimlerde hospitalizasyon sağlanması olarak düzenlenmiştir. Böylece birçok ülkede son dönem hastalarının tedavileri klasik yoğun bakım ve hastane servisleri içinden ayrılarak özel bakım merkezleri kurulmuştur. Bu konuda yetişmiş özel personel, teknik ve destek birimleri yönetiminde; hasta yakınları, hukuki ve etik birimler ile birlikte gerekli tedaviler planlanmaktadır. Hasta bakım maliyeti ve hukuksal etik sorunlar spesifik personel ile ve destek birimleri ile azaltılmaya çalışılmaktadır. Ayrıca yoğun bakımlardaki rezerv yatak kapasitesi tedavi edilme imkanı olmayan hastalar değil de tedavi edilme şansı bulunan hastalar için kullanılması sağlanmış olmaktadır (6,7).

Son dönem hastalarının tedavi planlanması ile ilgili tartışmalar ülkemizde çok erken dönemdedir. Son dönem hastaların tedavi planlamaları için protokol oluşturulması; kültürel etik nedenler, kısıtlı bütçe ve yoğun bakım yatak kapasitesi nedeni ile önem arz etmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dahili Yoğun Bakım ünitesinde 25 Ekim 2010 ile 30 Nisan 2011 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemizde 24 saatten fazla yatmış olan toplam 163 hastadan iyileşme umudu kalmayan ölümün kaçınılmaz olduğu terminal dönemde olan 17 hasta retrospektif olarak hasta dosyalarından incelenmiştir. Hastaların altta yatan hastalıkları yatış günleri ve dosya kapandıktan sonra kesilen faturaları incelendi.

BULGULAR

İncelemeye alınan 163 olgudan iyileşme umudu olmayan, ölümün kaçınılmaz olduğu terminal dönemde olan 17 hasta incelendi.

Değerlendirmeye alınan 163 hastadan 42'si (%25,7) tedavileri sırasında yaşamlarını kaybetti. Çalışmaya alınan terminal dönem hastaların yaş ortalaması 62,7 (std: 8,1) idi. Olguların 8'i (%47,1) erkek, 9'u (%52,9) ise kadındı.

Altı olgu primer akciğer kanseri idi. Akciğer kanseri olguların 5'i kemoterapiye yanıt alınamamış 1 olgu ise genel durum bozukluğu nedeni ile kemoterapi ve radyoterapi verilemeyen hastalardı. Ortalama yatış süreleri 11,3 gün idi. Bir olgu sadece kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) sırasında entübe edilirken diğer olgular en az bir gün entübe edilerek mekanik ventilatör desteği almış idi. Tüm olgular yoğun bakım takip ve tedavi süreleri sonucunda kaybedildi.

Beş hasta akciğer dışı diğer organ maligniteleri nedeni ile takip edilmekteydi. Akciğer dışı malignite ile takip edilen olgular kemoterapiden fayda görmemiş cerrahi ve radyoterapi şansı olmayan olgulardı. Ortalama hastanede yatış süreleri 8,8 gün (std:6,2) olup 3 olgu bir günden fazla mekanik ventilatör desteği aldı. Tüm olgular tedavi sonucunda hayatlarını kaybettiler

3 Olgu miyokart infarktüsü sonrasında yaygın geri dönüşümsüz miyokard hasarı gelişmiş ileri derece dekompanse kalp yetmezliği gelişen olguydu. Üç olgunun ejeksiyon fraksiyonu %15 idi. Dekompanse kalp yetmezliği olan olgulardan biri diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği mevcuttu. Bu olgumuz 3 gün ara ile iki kez entübe edildi. Toplam 20 gün entübe kalan hastamıza trakeostomi açılarak 46 gün trakeostomi ile izlendi. Bu üç olgumuz yoğun bakımdaki tedavileri

sonucunda hayatlarını kaybettiler.

Bir olgu terminal dönem karaciğer sirozu idi. Diğer iki olgu ise ileri solunum yetmezliği gelişen progresif muskulerdistrofi ve intersitisyel akciğer hastalığı olguları idi. Progresif musküler distrofi nedeni ile takip ettiğimiz olgumuz home-ventilatör ile evine taburcu edildi. Diğer hastalarımız ise yoğun bakımda hayatlarını kaybetti.

Tüm çalışmaya alınan olgularımızdan 168 olgudan 42 si hayatını kaybetti. Hastaların toplam yoğun bakım yatış günleri 233 gündü. Ortalama hasta başına düşen yatış günü 13,7 gündü.

Hastaların yoğun bakım yatışları sonrası kesilen fatura 208 200.640 TL olup ortalama hasta başı 11 894 TL, hasta başı günlük 893 TL harcama yapılmıştı.

TARTIŞMA

Hayat kutsaldır ve paha biçilemez. Bu amaç doğrultusunda yapılan çalışmalar mevcut teknolojik gelişmeler ve bilgi birikim sayesinde, yaşam siklusu içinde oluşan vital fonksiyondaki düzensizliklere müdahale edilebilmekte ve bu düzensizlikler izole edilebilmektedir. Bu durum artık öyle bir boyuta ulaşmıştır ki klasik anlamda hayat ve ölüm tanımlamalarını tartışılır bir noktaya getirmiştir. Kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası duran kalbin tekrar canlandırılması, beyin, kalp gibi organların hayatiyetini yitirmesine rağmen yeterli mekanik destek ve beslenme ile ölüm; ölüm içinde yaşama dönüşmüştür (8,9). Fakat sonuç olarak tüm imkanlara rağmen sistemdeki düzensizlikler giderilse de alta yatan bozukluk geri dönüşümsüz ise hasta için son değişmemektedir (10). Mevcut durum yoğun bakım mortalitesini ciddi olarak yükseltmektedir. Bizim çalışmamızda da yoğun bakımda yatan tüm olgularımızın %10,1'ini terminal dönem hastalar oluşturmakta iken tüm yoğun bakım mortalitesinin %40,4'ünü terminal dönem hastalar oluşturmaktadır. Literatürde de saptanan yüksek mortalite, geri dönüşümsüz sistemik hasar ve ölümün kaçınılmaz olduğu bu durumda; hastaya verilen yaşam desteğinin ciddi olarak sorgulanmaktadır. Bu tartışmalar yaşam desteğini dondurma ya da geri çekmeden başlayıp yaşamı sonlandırıcı tedavilere kadar uzanmaktadır.

Birçok ülkede terminal dönem hasta takibinde hukuki, kültürel ve ekonomik nedenlerle farklı uygulamalar mevcuttur (11-14). Hasta yönetimi sürecinin tıbbi yönünün yanında, hukuki, etik, kültürel ve inanç gibi etkileyen faktörlerinin olması aynı ülke içindeki uygulamalar bölgeden bölgeye, klinikten kliniğe hatta hastadan hastaya değişiklik göstermektedir (12,14). Ülkemiz için henüz bu tartışmalar yeni ve kanuni alt yapıdan yoksun olmasına rağmen uygulamalar hasta ve yakınlarının onamları doğrultusunda planlanmaktadır. Çalışma uzayımız olan yoğun bakımımızda da gerek hasta kabulünde gerekse hastalara uygulanacak olan müdahalelerde hasta yakınları ve mümkünse hastaya ayrıntılı bilgi verilerek onamları alınmaktadır.

Yapılan birçok çalışmada terminal dönem hastalarda medikal giderler hastaneye yatış sıklığı, uzun süreli hastaneye yatışlar, total parenteral nutrisyon, kemoterapi ventilatör kullanımı gibi faktörler nedeni ile yüksektir (3). İngiltere'de yapılan bir çalışmada tüm hastane masraflarının %27 ile 30 terminal dönem hastalar için kullanılmıştır (15,16). Bizim çalışmamızda da yoğun bakımımızda terminal dönem hastalarında kesilen fatura 208200.640 TL olup ortalama her hasta için günlük 893 TL harcama yapılmıştı. Verilmiş olan bu rakamlar Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) yoğun bakımlarda uyguladığı paket program dâhilinde kesilmiş olan faturaları göstermektedir. Hasta bakımı, beslenmesi ve antibiyotik giderleri gibi faturaya yansıtılmayan harcamalarda eklendiği zaman yapılan harcama iki katından daha fazla (496384,28 TL) artış göstermektedir. Sadece SGK'ya kesilen fatura

üzerinden bile değerlendirildiğinde terminal dönem hastalarına yapılan harcama tüm hayatını kaybeden hastalara yapılan harcamalarının %46'sına denk gelmektedir. Hasta başına düşen harcama hayatını kaybeden diğer hastalarla bile kıyaslandığında terminal dönem hastaları yaklaşık 2 kat daha fazla tıbbi gidere sahipler.

Birçok ülkede son dönem hastalarının tedavileri klasik yoğun bakım ve hastane servisleri içinden ayrılarak özel bakım merkezlerine devredilmiştir. Bu konuda yetişmiş özel personel, teknik ve destek birimleri yönetiminde; hasta yakınları, hukuki ve etik birimler ile birlikte gerekli tedaviler planlanmaktadır. (17) Bu uygulama evde bakım uygulaması ile birleştirilerek hospis kavramı ile formülize edilmiştir. Hasta bakım maliyeti ve hukuksal etik sorunlar spesifik personel ile ve destek birimleri ile azaltılmaya çalışılmaktadır. Yapılan çalışmalarda hospis uygulaması yada sadece terminal dönem hastaları için oluşturulan özel bakım merkezlerinde hasta tedavisinin planlanması sağlık giderlerini düşürmekte, hasta ve hasta yakını memnuniyetini artırmaktadır (3,18). Ayrıca yoğun bakımlardaki rezerv yatak kapasitesi tedavi edilme imkanı olmayan hastalar değil de tedavi edilme şansı bulunan hastalar için kullanılması sağlanmış olmaktadır. Yoğun bakımımızda doluluk oranı hastaların tarandığı dönemde %91,2 olup birçok hasta yer olmaması nedeni ile yoğun bakıma kabul edilememiştir. Çalışmamızda altı aylık bir süre zarfında 233 yatak/gün iyileşme ihtimali olmayan hastalar için kullanılmıştır. Yüksek doluluk oranı nedeni ile bu süreç zarfında iyileştirilebilir bir hastalık nedeni ile yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar yoğun bakım yatak kapasitesinin sınırlı olması nedeni ile kabul edilememiştir.

Bir çok yoğun bakımda sterilizasyon ve dezenfeksiyon kuralları çerçevesinde yoğun bakıma hasta yakını girişi ya kısıtlanmış yada tamamen kaldırılmıştır. Yoğun bakımımızdaki hasta yakınları ile hasta görüşmeleri telekonferans eşliğinde günün belli saatlerinde olmaktadır. Ömrünün son dönemini yaşayan hastalar ve yakınları bu dönemde ayrı kalmakta ve ciddi bir memnuniyetsizlik oluşmaktadır.

Sonuç olarak terminal dönem hastalarının mevcut yoğun bakımlar şartlarında takibi medikal giderleri artırmakta, hasta ve hasta yakını memnuniyeti düşürmektedir. Ayrıca sınırlı sayıda olan yoğun bakım yatak kapasitesini daha da kısıtlamakta ve tedavi edilebilir hastalıklardan dolayı yoğun bakım ihtiyacı gelişen hastalara bu imkan sunulamamaktadır. Gerekli kanuni düzenlemeler ile birlikte palyatif bakım üniteleri yada hospis sistemlerinin kurulması, gerek sınırlı olan kaynakların daha akılcı kullanımı, gerekse hasta ve hasta yakınlarının ve memnuniyeti için önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Oh DY, Kim JE, Lee CH et al. Discrepancies Among Patients, Family Members, and Physicians in Korea in Terms of Values Regarding the Withholding of Treatment From Patients With Terminal Malignancies. *Cancer* 2004;100:1961-6
2. Silverman HJ. Withdrawal of Feeding-Tubes from Incompetent Patients: The Terri Schiavo Case Raises New Issues Regarding Who Decides In End-Of-Life Decision Making. *Intensive Care Med* 2005, 31:480-1
3. Jung H, Kim J, Heo DS. Health Economics of a Palliative Care Unit for Terminal Cancer Patients: A Retrospective Cohort Study. *Support Care Cancer*. Accepted: 11 November 2010
4. Crippen D. Commentary Medical Treatment For The Terminally Ill: The 'Risk of Unacceptable Badness'. *Critical Care* 2005;9:317-8
5. Schonwetter, RS. Overview of Hospice and Palliative Care in Oncology. *Cancer Control Journal* 1996;3(3):197-203
6. By Mayo Clinic. Hospice Care: An Option for People with Terminal Illness, <http://www.mayoclinic.com/health/hospice-care> Erişim: 05.09.2010,
7. Thompson, G, McClement, S. Defining and Determining Quality in End-of-Life Care, *International Journal of Palliative Nursing* 2002;8(6):288-93
8. Powner DJ, Bernstein IM. Extended Somatic Support for Pregnant Women After Brain Death. *Crit Care Med* 2003;31:1241-9
9. Khalafi K, Ravakhah K, West BC. Avoiding the Futility of Resuscitation. *Resuscitation* 2001; 50:161-6
10. Crippen D. Terminally Weaning Awake Patients From Life Sustaining Mechanical Ventilation: The Critical Care Physician's Role in Comfortmeasures During The Dying Process. *Clin Intensive Care* 1992;3:206-12
11. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G. Withholding and Withdrawal of Life-Sustaining Treatment in a Lebanese Intensive Care Unit: A Prospective Observational Study *Intensive Care Med* 2005 31:562-7
12. Kushner WG, Gruenewald DA, Clum N et al. Implementation of ICU Palliative Care Guidelines and Procedures. A Quality Improvement Initiative Following an Investigation of Alleged Euthanasia. *CHEST* 2009;135:26-32
13. Jayes RL, Zimmerman JE, Douglas P et al. Variations in the Use of Do-Not-Resuscitate Orders in ICUs. Findings From a National Study. *CHEST* 1996;110:1332-9
14. Spronk PE, Kuiper AV, Rommes JH et al. The Practice of and Documentation on Withholding and Withdrawing Life Support: A Retrospective Study in Two Dutch Intensive Care Units. *Anesth Analg* 2009;109:841-6
15. Jonge KE, Sulmasy DP, Gold KG. The Timing of do not resuscitate Orders and Hospital Costs. *J Gen Intern Med* 1999;190-2
16. Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life. *N England J Med* 1993;328:1092-6
17. Penrod JD, Deb P, Luhrs C et al. Cost and Utilization Outcomes of Patients Receiving Hospital-Based Palliative Care Consultation. *J Palliat Med* 2006;9:855-60
18. Fine RL. The Imperative for Hospital-Based Palliative Care: Patient, Institutional, and Societal Benefits. *Bayl Univ Med Cent* 2004;17:259-64