

# Palyatif bakım ve HAYAT SONU planlanması

DR LEVENT KART  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ



# Etik

- Tıbbi etiğin en önemli ilkesi *yarar sağlamak*
- *Buna paralel diğer bir ilke ise zarar vermemektir.*
- *Diğer önemli nokta ise OTONOMİ (onay formu)*



Modern tıptaki gelişmeler,

- doktor ve tıbbi bakım ekibi
- ilaçlar,
- mekanik aletler ve yaşamsal organ nakilleri gibi

yöntemlerin kullanımına imkan sağlayarak, hasta ömrünü uzatmadaki katkısını artırmaktadır.

# İnsanlar nerede ölüyor

- 58% hastane
- 22% ev
- 20% bakım evleri
- Hastane ölümlerinin 59% u YBU de
  - 540,000 /yıl
  - (Weitzen et al, 2003; Angus et al, 2004)



**Less people die at home**

# Teknoloji ve tedavi

- Callahan (1993): ölüm ile yaşam arasındaki çizginin belirsizleşmesi
- Teknolojik bağımlılık
- Ölüm yönetimi
- YB ölümlerinin %70 i teknolojik destek ve ileri tedavi yöntemlerinin çekilmesi ile (Predergast, 1998)
- Yoğun bakım Hastalarının 77% sinde DNR var (Fins, et al.1999)

# Etik/legal Konular

- Kaynakların belirlenmesi
- DNR, resüsitasyon
- Tedavinin sürdürülmesi veya kesilmesi
- Ötonazi
- Tıbbi gereksizlik
- Tıbbi yararsızlık
- Hastanın uyumu ve kapasitesi
- Tedavinin istenmesi, reddedilmesi
- Bilgilendirilmiş olur

# Etik/legal Konular

- Yaşama isteği, ileri talimatlar
- Ailevi konular
- Avukatın gücü
- Tedavi hakkında görüş ayrılığı
- Dini inanç
- Organ bağışı
- Yoğun bakım sorumlusunun yetenekleri
- Eğitim
- Tıbbi araştırmalar



## HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420

### Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

**Madde 10-** Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürllüer hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

### Ötenazi Yasası

**Madde 13-** Ötenazi yasaktır.

Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkından vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahil, kimsenin hayatına son verilemez.

### **Genel Olarak Bilgi İsteme**

**Madde 15-** Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usûlleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

### **Hastanın Rızası ve İzin**

**Madde 24-** Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

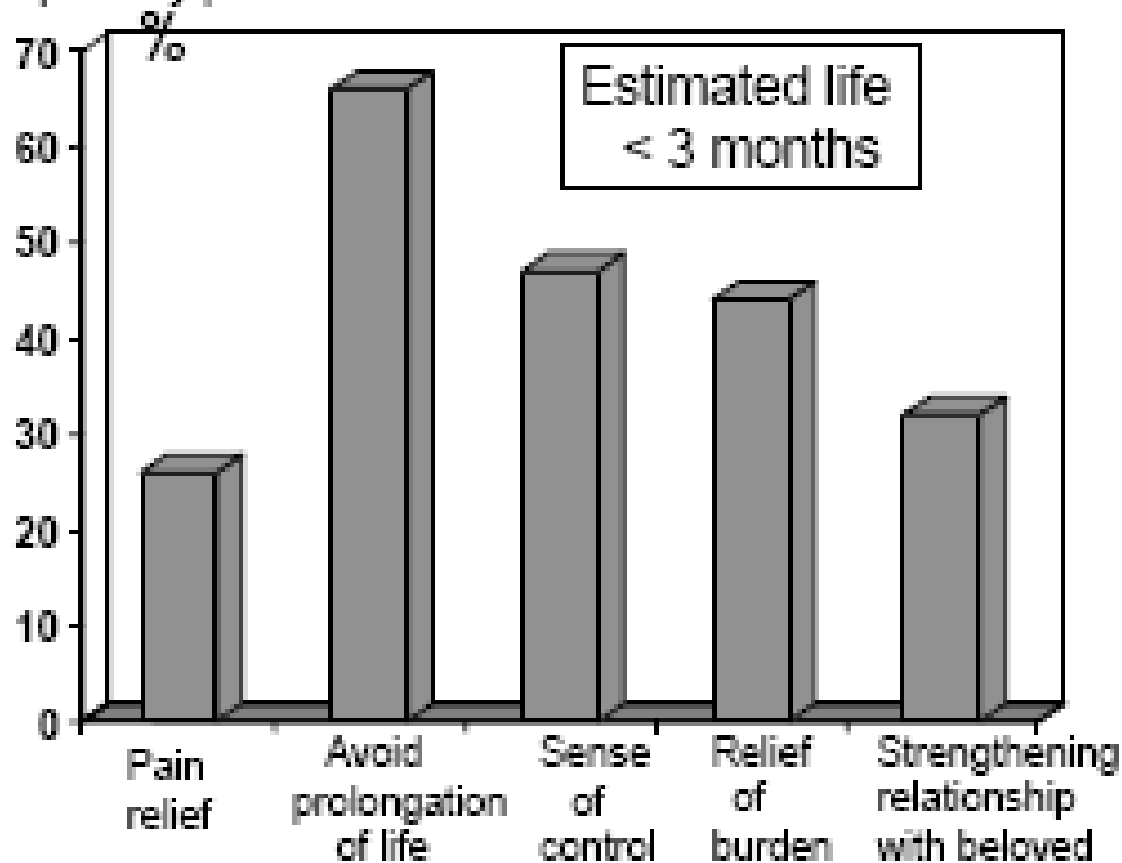
### **Tedaviyi Reddetme ve Durdurma**

**Madde 25-** Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

# Hasta açısından yaşam sonu

Singer et al. JAMA 1999;281:163-8

End-stage respiratory patients



# Tıbbi Gereksizlik

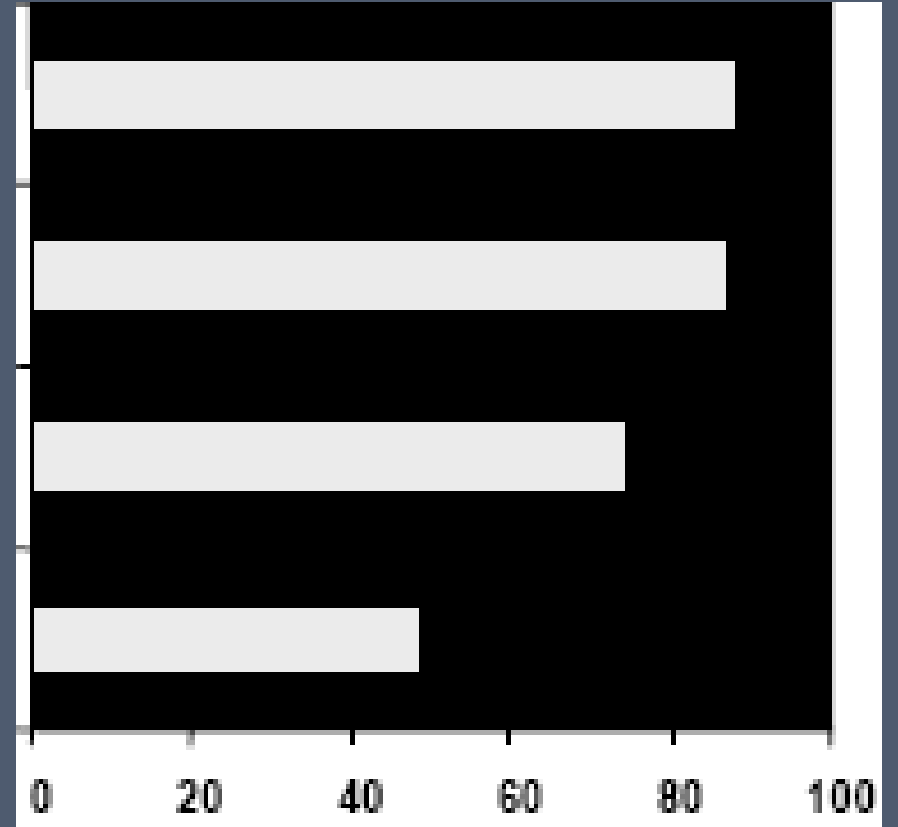
- Doktor tedavinin gerekli olup olmadığına karar veren en yetkili kişidir,
- Fakat yaşamın kendi açısından kabul edilebilir bir şekilde devam edip etmeyeceğine hasta karar verebilir.

Aileyle ölüm hakkında konuşmuyor

Hasta ile ölüm hakkında konuşmuyor

Prognoz hakkında bilgi vermiyor

Önemli şeyleri sormuyor



# Ne, nasıl sorulacak?

- Doktor ve hemşire hastanın resüstasyon için kararını tahmin edemez! (Puopolo, 1997)
- « her şeyin yapılmasını istiyor musunuz?» sorusu yardımcı olmaz
- «Her şey» basit fakat anlaşılır değil.
- Yaşantısının devamı için ne talep ediyor?
- Gelecek için planı nedir ?

# YBU GÜCÜ

- Hasta ve yakınları YBU nin ölüm ve iyileşmenin daha belirgin olduğunu düşünmekte (Campbell, 2002)
- Teknolojik imkanlar yapılabileceğinden çok beklentilere yol açmaktadır (Campbell)

# YBU GÜCÜ

- Başlangıçta hasta yakınları iyileşme açısından daha optimistik iken, sonradan bazı durumlarda rahat ölümün daha iyi olduğunu anlamaktadırlar.
- Karar zamanla değişebilmekte (Karlavish, 1996)
- İyi ölüm:
  - Etik ve klinik standartlarla belirlenmiş genel kabul gören yaklaşımlarla hastaların sıkıntılı bir son dönem geçirmesini engellemek herkesin arzusu . (Tolle et al., 2000)




# NIMV kullanımı:


- Sürekli Yaşam destek tedavisinde
- Hasta ve yakınlarının EE'den vazgeçtiği durumlarda yaşam desteği amacıyla
- Hasta ve yakınlarının tüm yaşam destek tedavilerinden vazgeçmesi durumunda sadece konfor sağlamak veya teselli amacıyla palyatif kullanımı.

# Palyatif bakımda NIMV hedefi

- Son dönem akciğer hastalığı olan ve endotrakeal entubasyona karar verilmiş ASY li hastalarda tedavinin palyatif olarak sürdürülmesi amacıyla uygulanmaktadır.
- NIMV in palyatif uygulanması daha çok solunum sıkıntısını azaltmak, hastanın iletişim kurmasını sağlamak ve ölümden önce hastaya zaman kazandırmak .

- 
- Rehberlerde veya önerilerde yaşam sonu bakım hakkında değerlendirmeler yetersizdir.
  - Bu durum son dönem hastalarda NIMV uygulamaları içinde aynı.
  - Dinamik etik kuralları ve medikal durumlar bu konunun netleşmesinde zorluklara neden oluyor.

Crit Care Med 2007; 35: 932–939.

- 
- DNI/DNR hastalarda konfor sağlamak amacıyla NIMV tedavisi kararı hekimin klinik deneyiminin yanında, hasta ile paylaşılarak alınacak bir karardır.
  - Bu konuda standart bir bilimsel veri yoktur.



- “American Academy of Critical Care Medicine” önerileri:

- Yaşam sonu palyatif bakımda daha çok etik ve legal değerler sözkonusu
- Kanıta dayalı tıp kurallarına göre değerlendirilmesi zor

- NIMV tedavisi, hasta ve yakınları ile tartışılmalı, risk ve yararları anlatılarak birlikte karar verilmelidir.
- Buna rağmen çoğunlukla DNI kararı veya tedavisiz bırakma genellikle doktorun kararına bırakılmaktadır.

# Yaşam sonu NIMV kullanımı

## ■ Pro

- Sağkalım  
ı uzatır
- Yaşam  
kalitesini artırır
- Ölüm  
kalitesini artırır
- İletişimi  
düzeltir
- Hastanın  
problemlerinin  
çözülmesine zaman  
bırakır
- Dispo

## ■ Con:

- Ölüm  
sürecini uzatır
- Anksiyet  
e ve depresyon oluşur
- Hastane  
maliyeti artar
- Tedavini  
n kesilmesi zor olur
- Ventilat  
örsüz taburculuk  
imkansız

- SINUFF ve ark:
- doktorların çoğu (%60) NIMV DNR hastalarda iki önemli yarar sağladığına inanmaktadır:
  - 1) anksiyolitik ve analjeziklere ek olarak dispnede azalma sağlamakta
  - 2) hastanın yakınları ve doktorları ile daha kolay sözlü iletişim sağlanmaktadır..



# Son dönem akciğer hastalıklarında NIMV

- Yaşam destek tedavilerinin kısıtlanması için aday hastalardır.
- European survey çalışması :
  - MV desteğinin verilmemesi (withholding) düşünülen DNR hastalarda NIMV en uygun seçenek olarak %80 in üstünde hastada kullanılmaktadır.
  - Daha az oranda bu tür hastalara hiçbir ventilasyon desteği verilmemektedir.

# Hayat sonu bakımı

- Hayat sonu bakımı, iyileşme ihtimali az gözüken ve ölüme ilerleyen hastalara yönelik özel bakım sistemidir.
- 40 yıl kadar önce İngiltere’de başlamış ve dünyanın pek çok ülkesine yayılmıştır.
- Önceleri hastaların hastanelerde bakıldığı bu sistemde sonraları evde bakım hizmeti de başlatılmıştır.

# Palyatif bakımda hedef;

- “Bireyin yaşamına yıllar eklemek değil, yıllarına yaşam eklemektir”
- Palyatif bakımın amacı, hasta ve ailenin yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır

# Tanımlar

- **Yaşamın sonunun planlanması**
  - Progresif, geri dönüşümsüz hastalığı olanlar
  - Haftalar-aylar içinde ölmesi olası hastalar
  - 'Ante-mortal' bakım
- **Destek Tedaviler**
  - Hasta **ve** ailesine hastalıkla başedebilme yöntemleri
  - Son dönem hastaların bakımı
- **Palyatif Tedaviler**
  - Genel ve hastalığa özel palyatif bakım
  - Fiziksel, psikolojik, sosyal, dini konularda yardım
- **Terminal Bakım ve Tedaviler**
  - Son günlerdeki yaklaşımlar

Yaşamın son günleri,saatleri



# Amaçlar

- Hastanın fiziksel ve psikolojik sıkıntılarını (ağrı, bulantı, nefes darlığı, uykusuzluk, gerginlik, depresyon vb.) hafifletmek.
- Hastanın zamanını daha rahat geçirmesini sağlamak.
- Hastayı ve yakınlarını yalnızlık, çaresizlik, korku ve ümitsizlik içinde bırakmamak.
- Hastanın insan onuruna uygun şekilde ölmesine yardımcı olmak.
- Hastaya olduğu kadar yakınlarına da manevi açıdan destek olmak.

# The needs of patients dying of chronic obstructive pulmonary disease in the community

Ian Jones, Angus Kirby, Phil Ormiston, Yogesh Loomba, Kung-Kim Chan, Jaya Rout, John Nagle, Lyn Wardman and Steve Hamilton

*Family Practice* 2004; **21**: 310–313.

## 4 konu önemli:

- Doğru bilgilendirme
- semptom kontrolü
- Hareket
- yükü azaltma



# Yaşamın Sonu Konusunda İletişimdeki Engeller

- Olguların sadece % 32'si doktoru ile yaşamın sonu hakkında konuşmuş
- Hastalar tarafından 15 engel belirlenmiş
  - Sadece 2 engel >%50den fazla olguda saptanmış
    - 'Ölümden çok hayatta kalmayı konuşmak isterim' (%75)
    - 'Çok hastalanırsam hangi doktorun benimle ilgileceğini bilmiyorum' (% 64)
- 7 engel de klinisyenler tarafından belirlenmiş
  - Sadece 1 engel % 50 den fazla doktorda saptanmış
    - Herşeyi konuşmak için zaman çok az (%70)
    - Eğer çok hastalanırsa ne istediğini konuşmak için hazır değil (%21)

# Yaşamın Sonunu Planlamada Basamaklar

- Konuşmadan Önce
  - Amaçları belirleyin
  - Konuşulacak uygun kişilerle görüşün
- Konuşma Sırasında
  - Hastanın isteklerini değerlendirin
  - Hastanın değerlerini ve bakış açısını değerlendirin
  - Engelleri dinleyin ve ortadan kaldırın
- Tartışmayı sonlandırma
  - Soruları tartışın
  - Hastanın ve ailenin kararlarını destekleyin
  - Ortak bir anlayış ile karar verin





# Palyatif Yaklaşım



- . Semptom Kontrolü
- . Sosyal konular ve pratik gereksinimler belirlenmeli
- . Hastanın bakım hizmeti kurumlar arasında organize edilmeli
- . Hasta ve ailesi hastalığın sonu için hazırlanmalı

Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care; National Consensus Project.  
[www.nationalconsensusproject.org](http://www.nationalconsensusproject.org)

# En İyi Yaşam Sonu Desteği 5 Komponent

## 5. Destek devamı

*Tanıdan sonra tüm zamanlarda destek*

## 4. Uygulama yerleri

*Ev, hastane, bakım evleri vb.*

## 3. Hizmeti sağlayanlar

*Pratisyenler, eğitim uzmanları, uzman hekimler*

## 2. Hastalar

*Kronik hastalıklar, kanser ve organ yetmezliği*

## 1. Toplum

*Toplum bilinci, bilgilendirme, bireysel yönetim, ileri hastalık planlaması*

# Palyatif tedavi



# Palyatif Bakım Ekibi

## A Grubu

Palyatif Tıp  
Uzman Hemşirelik

Fizyoterapis  
Sosyal Hizmet Uzmanı  
Din Görevlisi

## B Grubu

Psikiyatrist  
Diyetisyen

Solunum Terapisti  
Tamamlayıcı Tedaviler

## C Grubu

Pnömomolog / Kardiolog  
Solunum  
Rehabilitasyon Üniteleri  
Primer Bakım Ekibi

## The promise of a good death

Ezekiel J Emanuel, Linda L Emanuel

Lancet 1998; 351 (suppl II): 21-29



Causes of death (ordered by cause)	Number of deaths in USA		Rates per 100 000 population USA
	Total	Over 65 years of age	
All causes	2312.1	1694.3	880.0
Heart disease	737.6	615.4	280.7
Cancer	538.5	381.1	204.9
Stroke	158.0	138.8	60.1
COPD	102.9	88.5	39.2
Accidents	93.3	29.1*	35.5
Pneumonia and influenza	82.9	74.3	31.6
Diabetes	59.2	44.5	22.6

Solunumsal nedenlere bağlı ölüm, Avrupa'daki tüm ölümlerin % 35'i

# Son Dönem KOAH

- İstirahatte bile nefes darlığı
- FEV<sub>1</sub>, < %30 beklenen
- Oksijen bağımlılığı
- Yoğun bakıma veya hastaneye yatış
- Oda havasında istirahatte Hipoksemi
- Azalmış Fonksiyonel status,
- Hiperkapni
- Sol/Sağ kalp yetersizliği ve diğer komorbit durumlar
- Kilo kaybı
- Yaş>70
- İstirahatte taşikardi
- depresyon

“Hastalar genellikle yaşamlarının sonuna yaklaştığını fark edemezler”

- Akciğer kanseri olguları ile karşılaştırıldığında, KOAH’lı olgular fonksiyonel ve fizyolojik olarak daha kötü durumdadır, ancak daha uzun yaşıyorlar
- Yaşamın son ayında dahi, prognostik algoritimde beklenen sağkalım (6



# Hasta ve Aile

- 
- 
- özellikleri
- 
- 



- KOAH ile yaşamakta olan hastaya bu bilgiler verilmeli ve kendi isteklerini net olarak ifade edebilmesine fırsat tanınmalıdır

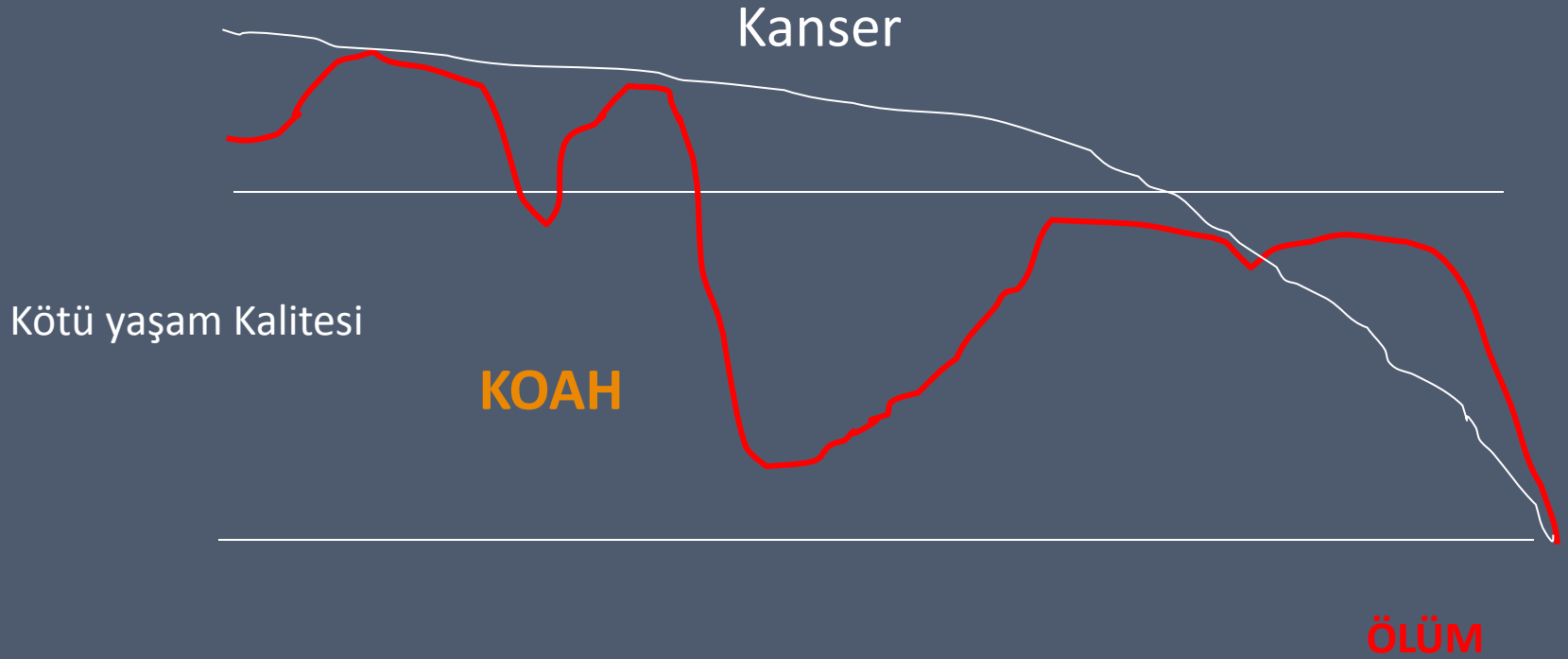




# Kronik Solunum Hastalıklarında Hasta ile Neler Konuşulmalı?

- Entübasyon, mekanik ventilasyon ve CPR için tercihler belirlenmeli
  - Hiç mekanik ventilasyon gerektirmeyenler
  - Kısa süreli mekanik ventilasyon gerektirenler
  - Uzun süreli mekanik ventilasyon gerektirenler
- Hangi hastalarda yaşam desteği uygulanacağını belirlenmesi
  - Bağımsız olarak yaşayamayacak olgularda
  - Yakınlarının desteğinin sağlanamadığı durumlarda
  - Uzamış ya da belirsiz süre yaşam desteği uygulanacak hastalar

# KOAH'da Yaşam Çizgisi

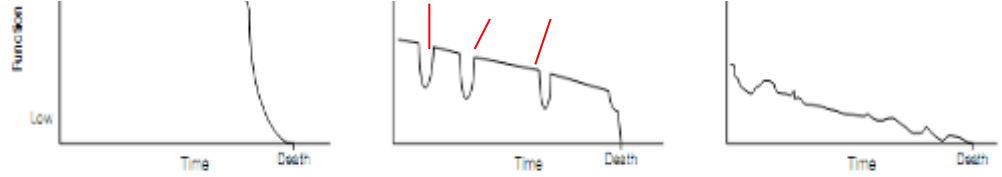


Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD

## Serving Patients Who May Die Soon and Their Families: The Role of Hospice and Other Services

Joanne Lynn

JAMA. 2001;285(7):925-932 (doi:10.1001/jama.285.7.925)



KOAH

Bir hastanın kaybı alevlenme ile ya da aniden ve beklenmedik zamanda olabilir

Bu nedenle palyatif tedavi başlangıç zamanı tahmini ZOR

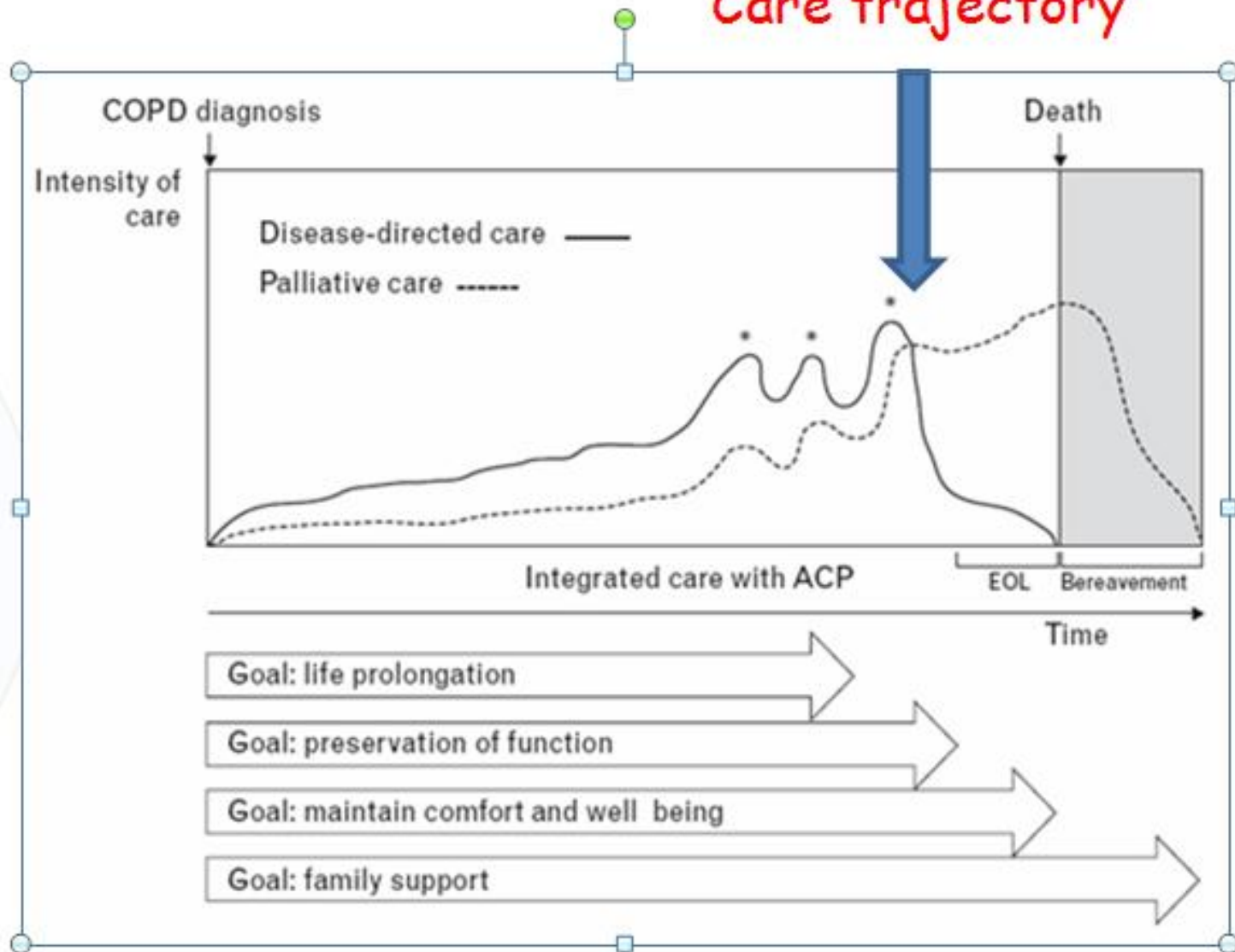
Tüm KOAH hastane başvurularının % 68 den fazlası ölümden önceki **3.5 yılda ve ölüme yaklaştıkça süre daha uzun.**

Hastaneye sık başvuru başladığında, son dönem bakım başlanabilir.

Ölümlerin 2/3'si genelde hastanede ve aniden

Yaş ve ölümlerdeki artış nedeni ile acilen planlama yapılmalı

# Remodulation of Care trajectory



# KOAH'lı Olgunun Problemleri



## Fiziksel

- Kötü semptom kontrolü
- Efor kapasitesi oldukça kısıtlı, ev yaşamı kötü, dışarıya çıkamıyor vb.

## Sosyal

- Sosyal yaşam yok
- Günlük yaşam çok kısıtlı

## Emosyonel

- Ölüm korkusu ile yaşama

## Psikolojik/

Aile



# KANSER HASTALARINDA YAŞAM SONU

# Son dönem kanser hastaları

- Steinhauser ve ark.:
  - hastaların “iyi ve rahat ölmek, ölümlerini planlamak ve yaşamlarının son döneminde ne yapmak istediklerini sormak” gibi arzularının olduğunu belirtmişler

Ann Intern Med 2000;132(10):825-832.

# MV gerektiren akciğer kanseri

- *782 hastalık bir seride mortalite %76*
  - Groeger JS, et al. J Clin Oncology, 1999; 17: 991-997
- İnoperable kanserlerde uzamış MV da sonuçlar yüz güldürücü değil
  - Griffin JP et al. CHEST 2003;123:312S-331S





- AZOULAY ve ark: solid veya hematolojik kanserli ASY ile gelen YBÜ tedavisi alan hastalarda yaptığı analiz:
  - İki grup: 1990-1995/1996-1998
  - 1996–1998 periyotta NIMV kullanımı ile mortalite azalmış.
  - Yüksek SAPS II artmış mortalite ile ilişkili


# İmmün Yetersizliği Olan Hastalar ve 'DNR' Kararı Alınan Hastalar

- Entübasyon ve mekanik ventilasyon çok önemli bir morbidite (hastane kökenli pnömoni, organ yetersizliği) ve mortalite nedenidir (% 90)

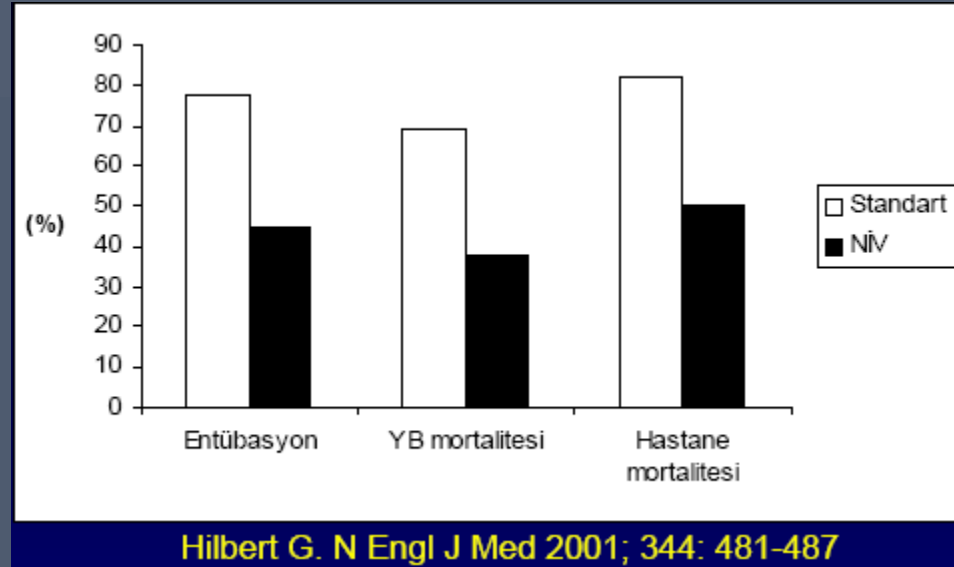
Hilbert G. N Engl J Med 2001; 344: 481-487

- CONTI ve ark: 1998 de ilk çalışma
- hematolojik malignitesi olan immun suprese hastalarda NIMV ile yapılan prospektif bir çalışma
  - 16 hasta
  - 11 hasta taburcu, 4 hasta ex

Intensive Care Med 1998; 24: 1283–1288.

- 
- HILBERT ve ark : 64 hastalık febril akut hipoksemik solunum yetmezliği ve hematolojik malignite ( $P_{a,O_2}/F_{I,O_2}$  of ,200) : CPAP uygulanıyor
  - Non invaziv cevap: 16/64 (%25)

Crit Care Med 2000;28: 3185–3190.



- 52 hasta
- Hematolojik malignite, nütropeni veya ilaçlara bağlı immun supresyon
- NİMV erken uygulanması entubasyon oranını, komplikasyonları ve ölüm oranlarını belirgin azaltmaktadır

# İleri Evre Kanserde Semptomların Sıklığı

Semptom	%	Semptom	%
Ağrı	84	Kusma	23
Yorgunluk	69	Konfüzyon	21
Anoreksi	66	Baş dönmesi	19
Ağızda kuruma	57	Dispepsi	19
Konstipasyon	52	Disfaji	18
Çabuk doyma hissi	51	Geğirme	18
Dispne	50	Karın şişliği	18
>10% kilo kaybı	50	Hafıza problemleri	12
Uyku problemleri	49	Sedasyon	10
Depresyon	41	Hıçkırık	9
Öksürük	38	Kecutu	
Bulantı	30		

# Palyatif bakım sürecinde hastalarda görülen semptom prevalanslarının dağılımı

- Ölümden 4 hafta önce

Yorgunluk	58%
Ağrı	54
Halsizlik	43
Mental bulanıklık	24

- Ölümden 1 hafta önce

Yorgunluk	52%
Ağrı	34
Halsizlik	49
Mental bulanıklık	57




## Destek Tedavisinde Multidisipliner Yaklaşım



# Palyatif Bakım Programları

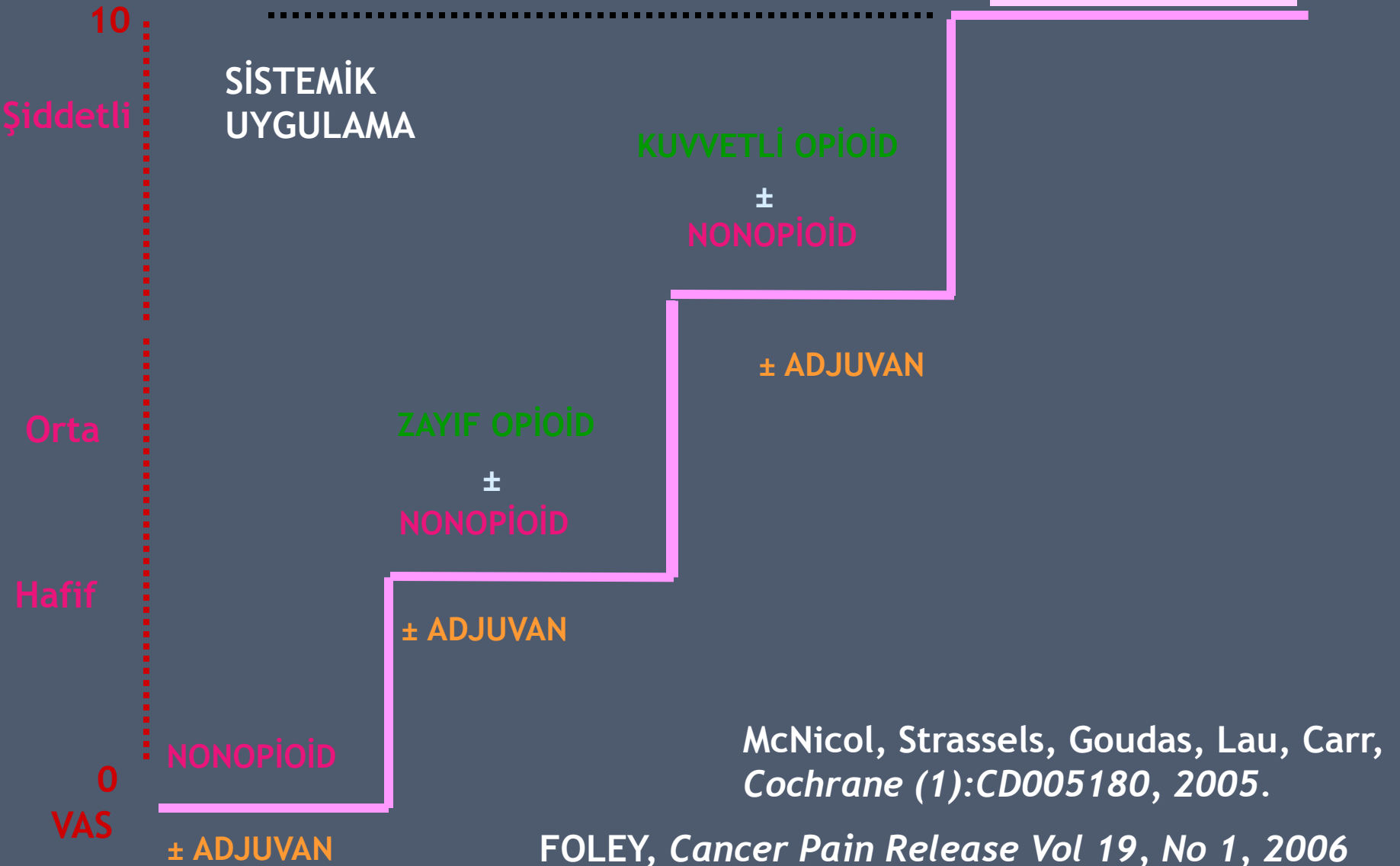
- Palyatif bakım programı (Palyatif Bakım Üniteleri):
  - Akut
  - Subakut
- Terminal dönem bakım programı (Hospis)
- Evde bakım programı



## Ağrı yönetimi Semptom kontrolü

- Özellikle ağrı ve semptomların başlamadan önlenmesidir.
- 

# BASAMAK PRENSİBİ



# Yorgunluk

- Anemi varsa düzeltilmeli-Hb 7'nin altında ise trans
- Sessizlikle dinlenme periyodlarının sağlanması
- Hipokalemi ve hiperkalseminin düzeltilmesi
- Kortikosteroid replasmanı -kord basısı 100 mg İV dexametazon,iştahsızlık ve kaşekside 4 mg dexta po megestrol asetat 160 mg po,endokrin dengesizlikte
  - Sepsis antibiyotik
  - Uykusuzluk ile mücadele-sedatif/hipnotik,anksiyetenin giderilmesi
  - Uzun süren immobilizasyonda antidepresan

# Dispne

- Bronkodilatatör (Albuterol/Teofilin)
- Kortikosteroid (Beclo/Dexa)
- Opioidler
- Anksiyolitikler
- Diüretik
- Aneminin düzeltilmesi, eritropoetin
- Radyoterapi ve kemoterapi
- Nebülizatörle M+dexametazon
- Panik durumunda midazolam, lorazepam,

M

# Sonuç olarak

- Yeni bir felsefe, yaşamın son dönemindeki hasta için yeni bir yaklaşım biçimidir
- Terminal dönemdeki hastanın bakımında hastalarımızın beklentilerini daha fazla karşılayabilmek için gerekli



# Palyatif bakım: Gelecekteki stratejiler

- Palyatif bakımda ileri merkezler oluşturulması
- Hangi tür hizmetleri ve nasıl verilebileceğini gösteren özel projeleri desteklenmesi
- Palyatif ve yaşam sonu bakımın direkt maliyetleri için ödeme yapılması
- İnsanlara palyatif ve yaşam sonu bakım hakkında gereksinim duyulan bilginin verilmesi

# Palyatif bakım: Gelecekteki gereksinimler

- Destekleyici bakıma ilişkin olgular, tıp, hemşirelik, psikoloji, sosyal hizmet alanı ve fizyoterapi eğitim programları içine girmelidir.
- Zengin ülkelerdeki hospisler fakir ülkelerdeki hospisleri desteklemeyi üstlenmelidir.
- Hospis kavramında tıbbın ana akımının bir parçası olarak başarılı bir palyatif bakım oluşturabilmek için değişim gerekir.

*Waller 2002*



# TEŞEKKÜRLER...

