



Yoğun Bakımda Sorunlu Alanlar: Terminal Dönem Hasta

Destek Tedaviler Nereye Kadar

Doç. Dr.Tuğhan Utku, B.Phil

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Yoğun Bakım Bilim Dalı





Uzun Hikayeyi Kısaca...

TARİHSEL ARKA PLAN

Andreas Vesalius (Andries Van Wesel)



- 1514 (Brüksel) - 1564 (Zakintos Adası)
- 1543 - ***De humani corporis fabrica libri septem***

- Vesalius –
“De Fabrica”
- Copernicus –
“De Revolutionibus Orbium Coelestium”



Resuscitation 56 (2003) 3–7

RESUSCITATION



www.elsevier.com/locate/resuscitation

The Resuscitation Greats

Andreas Vesalius, the concept of an artificial airway

Federico Vallejo-Manzur^a, Yolanda Perkins^a, Joseph Varon^{b,*}, Peter Baskett^c

^a *Autonomous University of Tamaulipas, Tampico, Tamaulipas, Mexico*

^b *Baylor College of Medicine, 2219 Dorrington, Houston, TX 77030, USA*

^c *Frenchay Hospital, Bristol, UK*

Accepted 16 September 2002



De humani corporis fabrica libri septem

VII. Kitap

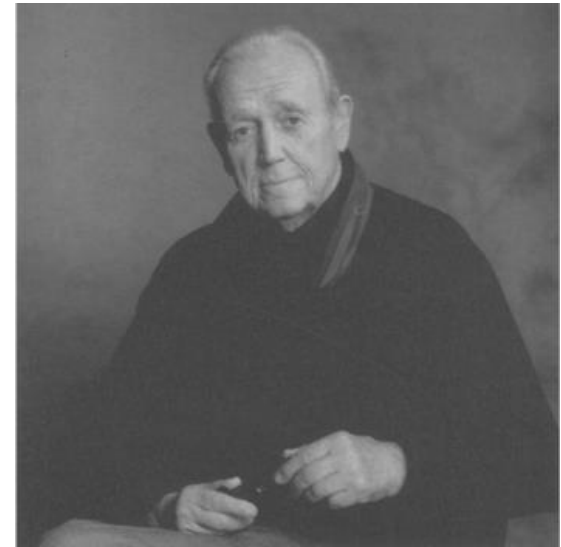
- Hayvanın yaşamını...korumak için trakeada bir açıklık sağlanmalı;bir kamış ya da metalden yapılmış tüp yerleştirilmeli,sonra bunun içine nefes verilmeli bu sayede hayvanın akciğerleri yeniden şişecek ve hayvan nefes alacaktır...Eğer bu yapılır ve aralıklı olarak akciğerin şişmesi sağlanırsa,kalp ve damarların çalışması durmaz...

Andreas Wesele Vesalius,1543

History

Bjørn Ibsen and his contribution to the start of intensive therapy as a part of the specialty of anaesthesia and intensive care

R. S. Atkinson



Bjorn İbsen (1915-2007)

- 1940 - Tıp Fakültesi Kopenhag Üniversitesi
- 8 yıl süre ile Genel Cerrahi eğitimi
- Göğüs Cerrahisinde asistanlık
- Danimarkada Anestezi eğitimi
- Şubat 1949'da Prof. HK Beecher denetiminde 1 yıllık anestezi asistanlık eğitimi (Massachusetts General Hospital, Boston, USA)
- 1950 - Danimarkaya dönüş; Kopenhag Üniversite Hastanesi anestezi konsültanı
- Kopenhag Epidemi Hastanesi (Blegdams- hospitalet).

Björn İbsen

Yeni bir bilim dalının doğuşu

- 1952-1953 Kopenhag Polio salgını
- Copenhagen's Blegdams- hospitalet
- 6 ayda 2722 hasta / 316 havayolu solunum sorunu
- NPPV (+ TO) – Mortalitede değişiklik YOK
- NPPV – yetersiz sayıda ve etkinlik düşük

- m-IPPV
- 1 ay sürede
 - 1500 tıp öğrencisi (diş hekimliği öğrencileri)
 - 600 eğitimli hemşire
 - Personel, öğrenci hemşire, emekli hemşire
 - Mortalite % 90 ---%25
- 2 Mart 1953 salgın biter

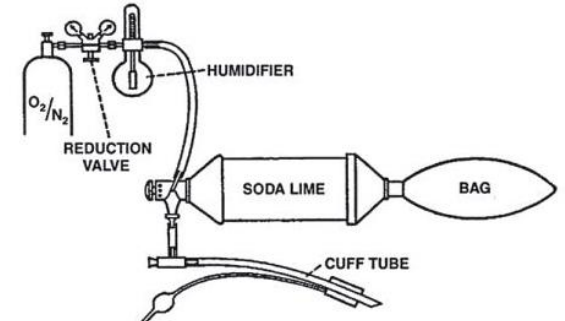
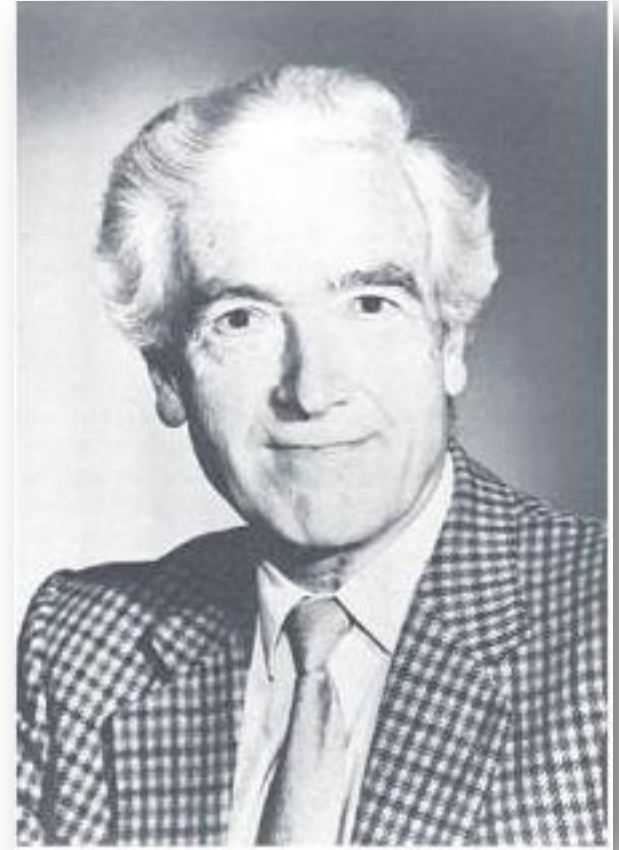


Fig. 22.2 Apparatus for manual mechanical ventilation. The tank was 50% O₂-50% N₂. At the bottom is the cuffed endotracheal tube that was inserted through a tracheotomy. (From Lassen [20])

Björn İbsen

Yeni bir bilim dalının doğuşu



Fig.4. Kommunehospitalet in Copenhagen. The hospital was inaugurated in 1863. The student nurses' classroom turned into the worlds first intensive care unit was on the first floor, right next to the main entrance (Photo ca. 1980).

‘In science, the credit goes to the man who convinces the world, not the man (to) whom the idea first occurs’. William Osler

- *Yoğun Bakım tedavisi ile ilgili ilk makale*
- ***Nordisk Medicin, September 18, 1958: ‘Arbejdet på en Anæsthesiologisk Observationsafdeling’ (‘The Work in an Anaesthesiologic Observation Unit’)***

THE WORK IN AN ANAESTHESIOLOGIC OBSERVATION UNIT

By BJØRN ISSEN & TONE DAHL KVITTINGEN

A survey is given of the work in the recovery room, the intensive therapy unit for respiratory and circulatory insufficiency and of some emergency work on newly admitted patients in a department of anaesthesiology.

The different principles of the active treatment of respiratory insufficiency are outlined, and the importance of combining all possible therapeutic measures is stressed.

The treatment of shock and hyperthermia by use of chlorpromazine and surface cooling is described.

A report is given of the patients treated according to these principles over a 4 year period. The main interest is focused on the results of treatment of respiratory or circulatory insufficiency. The patients are grouped as follows:

I. Respiratory or circulatory insufficiency following surgery on non-traumatic indications. 121 patients.

II. Respiratory or circulatory insufficiency following trauma. 60 patients.

III. Respiratory or circulatory insufficiency due to primary disease of the lungs or the heart. 34 patients.

IV. Respiratory or circulatory disorders due to neurological disease. 19 patients.

V. Other conditions, mainly poisoning. 25 patients.

The patients come — very often for resuscitation — from several different departments from a hospital area with 1,700 beds. The total number of patients is 259, of whom 93 have died.

The importance of team work is mentioned, and a much more active approach in the treatment of respiratory and circulatory insufficiency plus hyperthermia is recommended.

(Anesthesiologisk afdeling, Kommunehospitalet, Copenhagen; Head: B. ISSEN.)

31.VII.1958.



Süreç olarak...

ÖLÜM



Ölü

- “Solunum ve dolaşım işlevlerini geri dönüşümsüz olarak yitiren, **veya beyin sapı da dahil olmak üzere tüm beyin işlevlerini yitiren** kişidir”

Uniform Determination of Death Act, 12 Uniform Laws Annotated (U.L.A.) 589 (West 1993 and West Supp.1997)

Tarihi:29.05.1979 Sayısı:2238 R.G. Tarihi:03.06.1979 R.G. Sayısı:16655

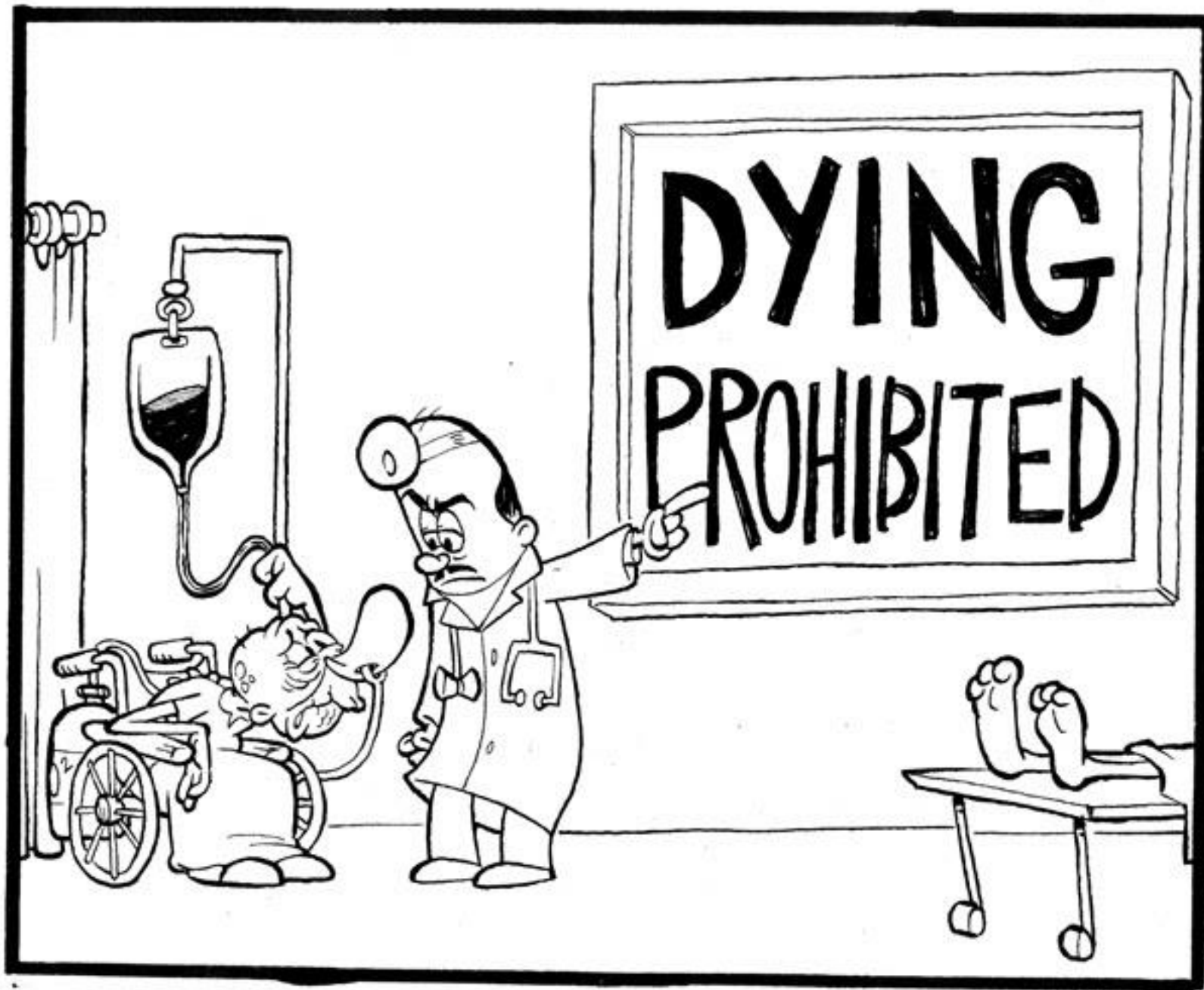
ORGAN VE DOKU ALINMASI, SAKLANMASI VE NAKLİ HAKKINDA KANUN

3.BÖLÜM

Ölüden Organ ve Doku Alınması

Ölüm Halinin Saptanması

Madde 11- Bu kanunun uygulaması ile ilgili olarak tıbbi ölüm hali,bilimin ülkede ulaştığı düzeydeki kuralları ve yöntemleri uygulamak suretiyle, biri kardiyolog, biri nörolog, biri nöroşirürjiyen ve biri de anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanından oluşan 4 kişilik hekimler kurulunca oy birliği ile saptanır.



Tıp etiğinde yeni bir paradigma arayışı “KARMAŞIKLIK-ÖLÜMLE BARIŞMAK”

Tayfun Gönül – K. Gediz Akdeniz

- **ÖLÜMÜN DÜŞMAN OLARAK**
görülmesi aydınlanma paradigmasının sonuçları ile yakından ilgilidir.
- ...Artık insanlar ölümün sorumluluğunu taşımak istemez oldular; ölümcül hasta yatağı imgesinin yerini ölüme karşı **sonuna kadar savaşılan yoğun bakım odası** aldı. Sonuç: Şimdilik kaybedilen muharebeler!
- ...karmaşık süreçlerde ölümünü beklemek, onun ölümlle barışmasını engellemek durumundayız. Çünkü müdahalemizin onun yaşamının şimdisi, kendiliğinden olmayan bir kırılması olabilir...

30 Temmuz 2012 gecesi

İnsanlar Nerede Ölür?

- %58 hastane
 - %22 ev
 - %20 bakım evleri
 - Hastane ölümlerinin %20 si YBÜ de EX.
 - 540,000 /yıl
- (Weitzen et al, 2003; Angus et al, 2004)

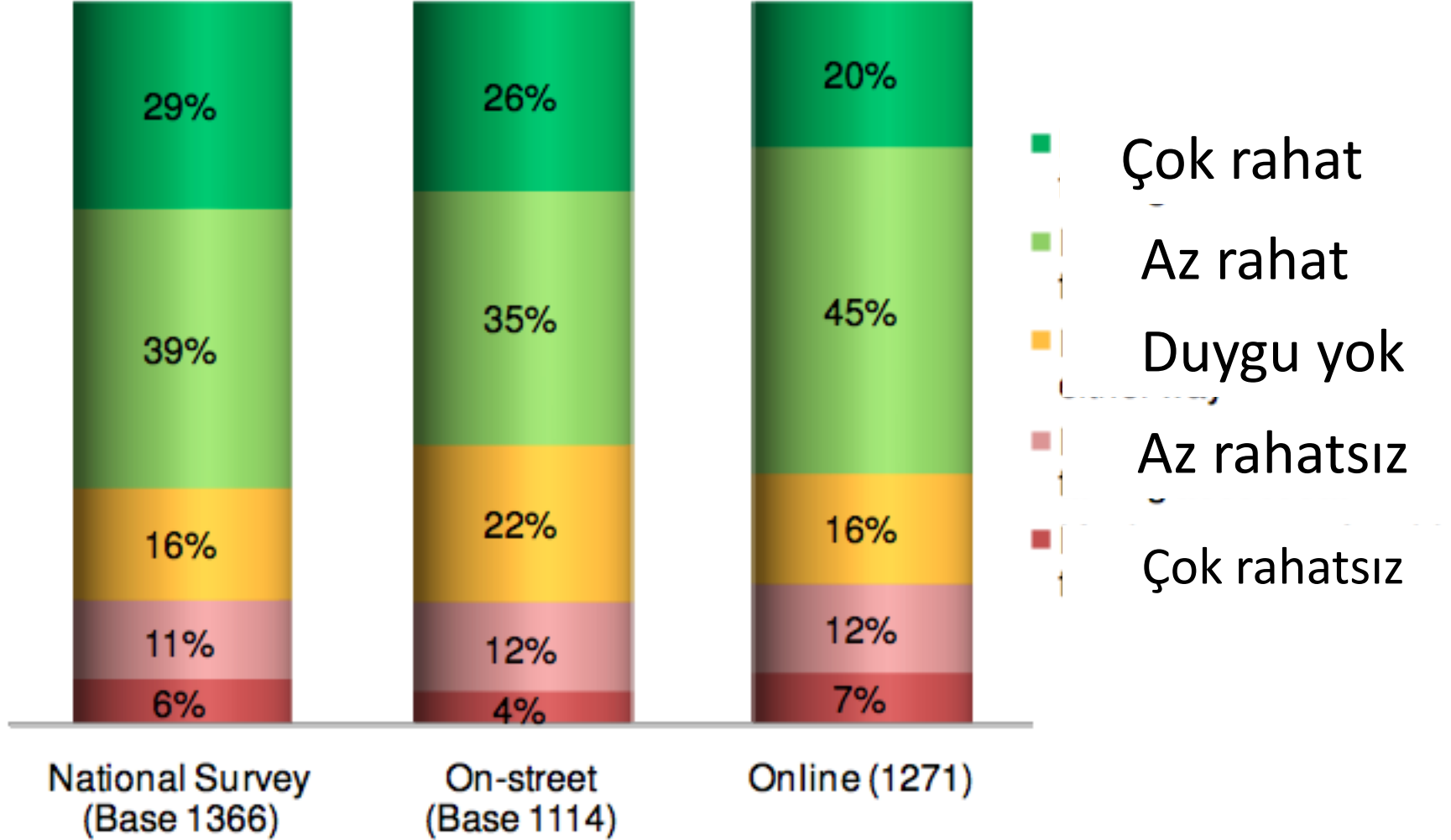
Taken from an ICM Research survey of 500 people for the BBC programme *How to Have a Good Death*, summer 2005

**İnsanların %66 sı
sevdikleri ile
Ölümü asla konuşmazlar**

**İnsanların % 80 i
fiziksel ihtiyaçları kadar
duygusal ihtiyaçları
için de konuşmanın
önemli olduğunu
düşünür**

**Hastaların % 56 sı
doktorlar ile
Resüsitasyonu
tartışmamışlardır**

Aşağıdakilerden hangisi ölümle ilgili konuşulduğunda hissettiklerinizi en iyi tanımlar?



- *“Mevcut tıp pratiğinde, yaşam ile ölüm arasındaki çizgi giderek artan şekilde bulanıklaşmakta, bizler hekimler olarak kendimizi kritik bir hasta ile ilgili olarak tedaviye devam edip etmeme kararı ile yüzleşir buluyoruz”*

Rosaleen Macfadyen & Paul C. McConnell

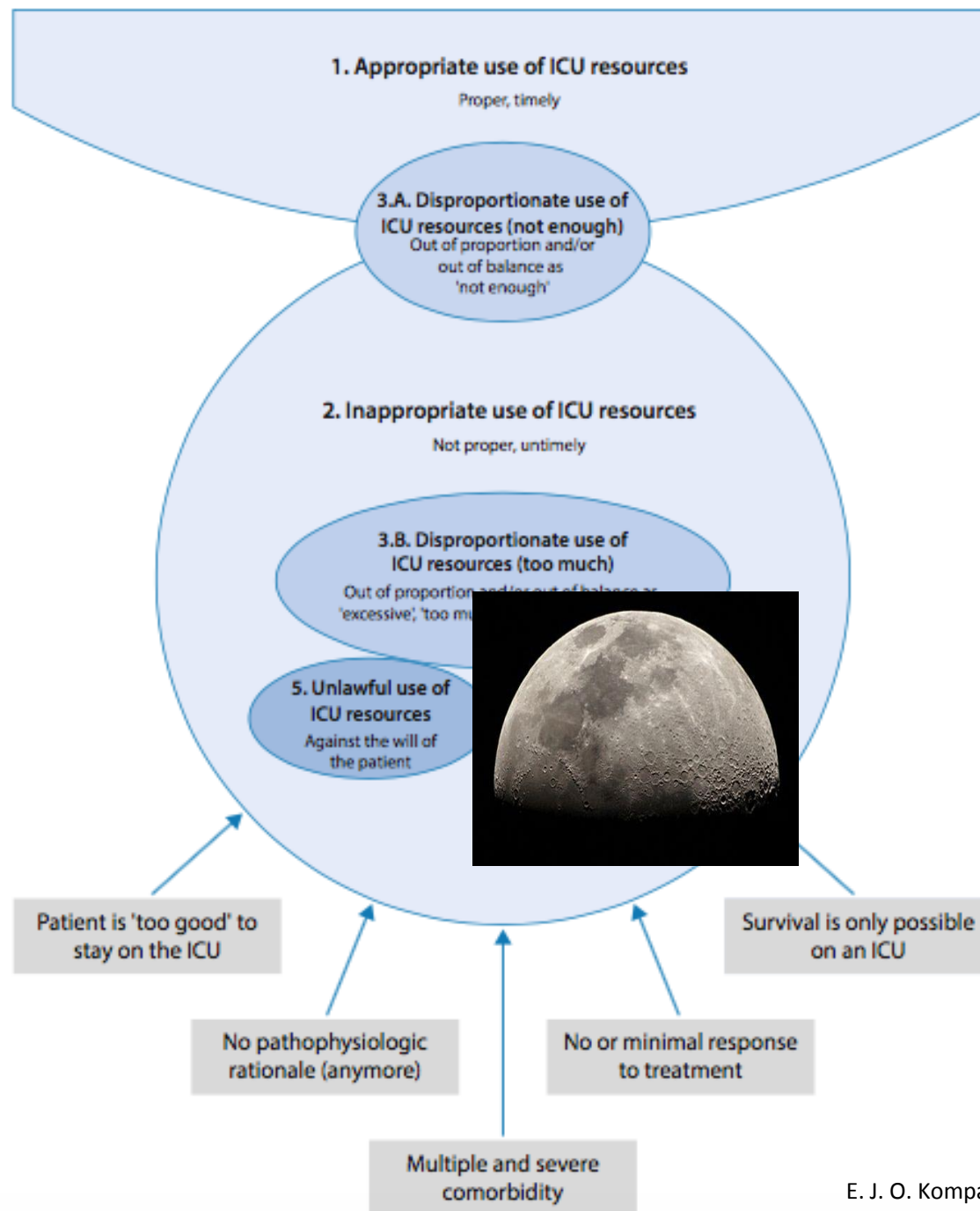
European Journal of Anaesthesiology 2016, 33:473–474



Futilite...

YARARSIZLIK
BEYHUDELİK







YOĞUN BAKIMLARIN AKILCI KULLANIMI SEMPOZYUMU

"Öncelikler, Yaşam Sonu Kararları, Boşa Çaba"

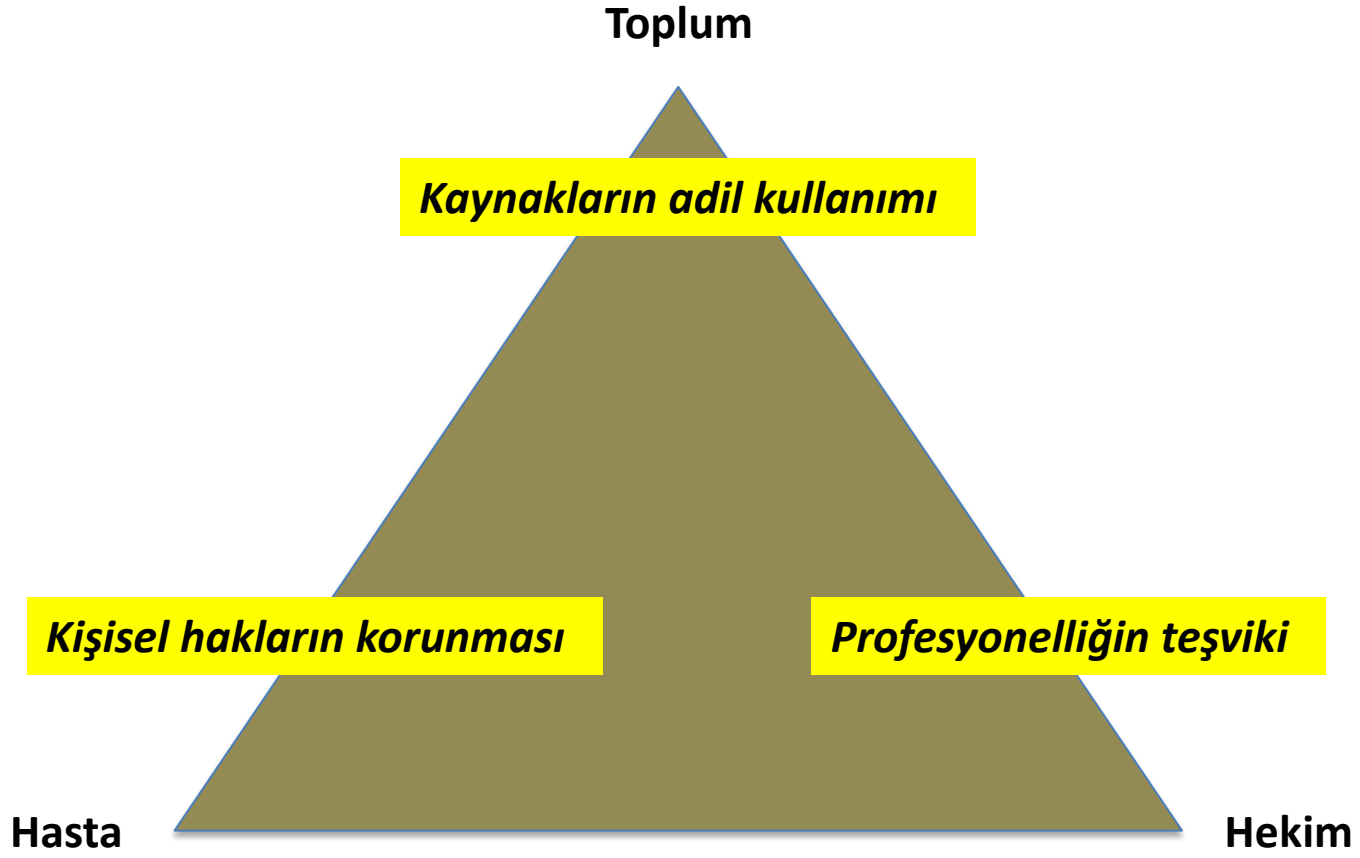


SAĞLIK BAKANLIĞI



YATIRIMCI KURULUŞU

Çıkar çatışması



Yarar *“Utility”*

- Yararlı olma – *hastanın üstün yararı*
- Zarar vermeme – *“önce zarar verme”*
- Doğruluk – *“bilgilendirmede bütünlük, mahremiyet, herdaim doğruyu söylemek”*
 - Yarar – *“en fazla sayıda insan için en fazla oranda iyi şey yapmak”*
 - Otonomi
- Sosyal Adalet- *“sınırlı tıbbi kaynaklara eşit erişimin sağlanması”*
- Sonuç hedeflilik – *“Machiavellian yaklaşım; D/Y alınan kararın sonucuna göre belirlenir” vs “moral temelli / haklar temelli yaklaşım”*

Yarar(sız) “(F)utility”

- Yararlı olma – *hastanın üstün yararı*
- Zarar vermeme – *“önce zarar verme”*
- Doğruluk – *“bilgilendirmede bütünlük, mahremiyet, herdaim doğruyu söylemek”*
 - Yarar – *“en fazla sayıda insan için en fazla oranda iyi şey yapmak”*
 - Otonomi
- Sosyal Adalet- *“sınırlı tıbbi kaynaklara eşit erişimin sağlanması”*
- Sonuç hedeflilik – *“Machiavellian yaklaşım; D/Y alınan kararın sonucuna göre belirlenir” vs “moral temelli / haklar temelli yaklaşım”*

Danaidler Sisyphus Futis

...Argos Kralı Danaus'un 50 kızı, Korint Kralı Sisyphus

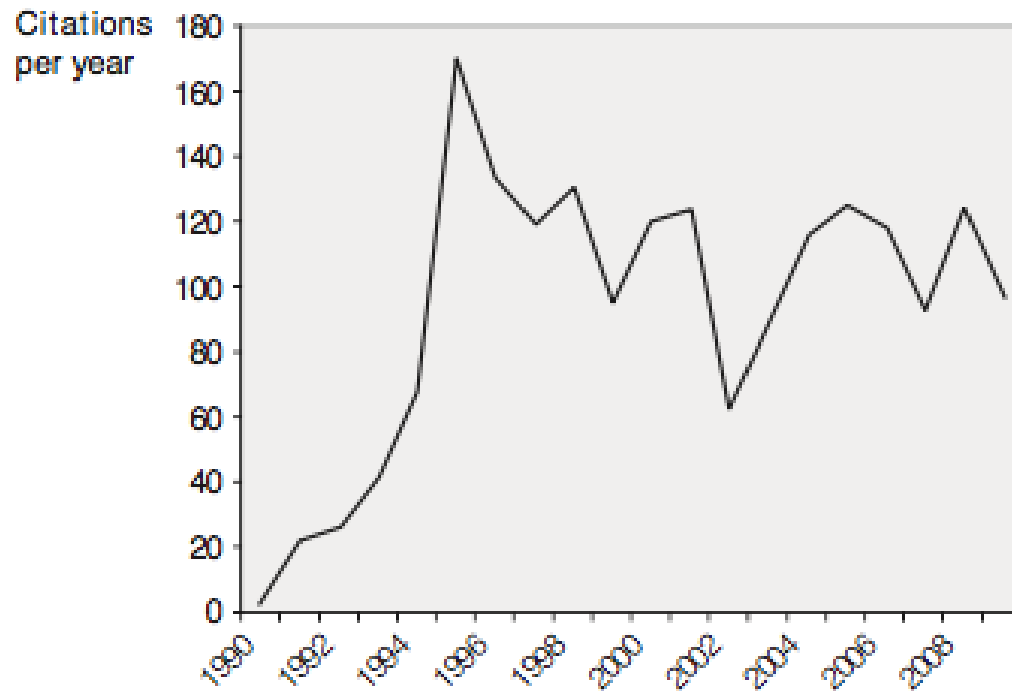
asla sonlanmayacak tekrarlayan görev



“Futilite”

- “hastanın, bağımlı durumdan göreceli olarak kurtulacağı ya da yakın çevresi ile etkileşim içinde olacağı konusunda makul bir umut olmaksızın önemli kaynakların kullanımı”

Sibbald R, Downar J, Hawryluck L (2007) Perceptions of "futile care" among caregivers in intensive care units. CMAJ 177: 1201-1208



MEDLINE citations per year for the Medical Subject Heading 'medical futility' from 1990 to 2009

Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR.
Medical futility: its meaning and ethical implications.
Ann Intern Med 1990; 112:949-954.

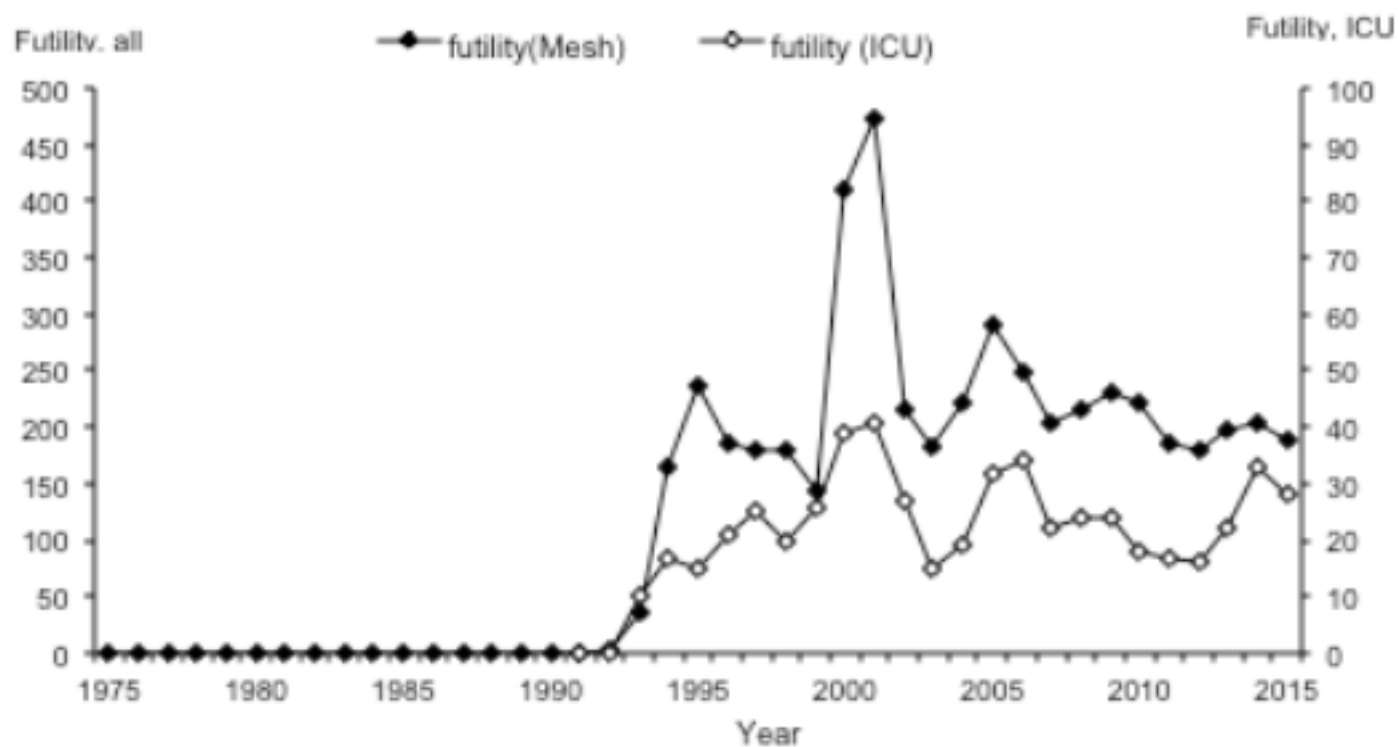


Figure 2.1. Frequency of hits for the term 'Medical futility (MeSh)' and 'Medical futility AND intensive care (MeSh)' for each year 1975–2015.

Yaman Çelişki

- Yararsız tedavi (Futil)
 - YB günlük uğraşının bir parçasıdır
 - Gereksiz duygusal ilave yük içerir
 - Standart tıbbi tanım yetersiz
 - Aynı senaryoda bile boşuna tedavi konusunda farklı fikirler çıkabilir
 - YB olanakları sınırsız değildir
 - Farklı mecralarda da az ilgi çeker

Temel Uyuşmazlık Nedenleri

- Prognoz ve hastanın isteklerinin uyuşmaması
- Başarılı sonucun ne olduğuna ilişkin farklı bakış açıları
- Kültürel ve dinsel değerlerin anlaşılması
- Ailenin hastanın ölümünden sorumlu olmak ile ilgili duyguları
- Çalışanların hasta/yakını ile önceden deneyimlenen başarısız etkileşimin duygusal etkileri

Knowing when to stop: futility in the ICU

DJC. Wilkinson, J. Savulescu

Current Opinion in Anaesthesiology 2011

- ‘futil’ tanımlanması güç
- Olumsuz bir vurguya sahip
 - *“kimileri terimin görüşmeler sırasında ailelerin tümünde kullanılmaması gerektiğini savunur”*

Grossman E, Angelos P. World J Surg 2009; 33:1338–1340

- *“eğer bir doktor tedaviden beyhude olarak bahsederse, aileler doktorlara inanmayacaktır”*

Zier LS, Burack JH, Micco G, et al. Chest 2009; 136:110 – 117

altgruplar	tanımlar	Kaynaklar
Fizyolojik futulite	Tedavi fizyolojki hedefleri sağlayamaz	-Youngner SJ. Who defines futility? JAMA 1988; 260:2094–2095.
Nicel futulite	Tedavinin %1 den az başarı şansının olması	-Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112:949–954.
Nitel futulite	Tedavinin kabul edilebilir yaşam kalite düzeyini sağlayamaması; sadece bilinçsizlik durumunu koruyor olması veya YB tedavisi ile mutlak bağımlılık durumundan kurtarılamaması	-Brody BA, Halevy A. Is futility a futile concept? J Med Philos 1995; 20:123–144. - Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 1990; 112:949–954.
Yakın ölüm futulitesi	Hastanın yakın gelecekte öleceği gerçeğini değiştirmeyecek girişimler	-Brody BA, Halevy A. Is futility a futile concept? J Med Philos 1995; 20:123–144.
Ölümcül durum futulitesi	Hastanın haftalar ile aylar içinde ölümüne neden olacak ve girişimler ile iyileştirilemeyecek hastalığa sahip olması	-Brody BA, Halevy A. Is futility a futile concept? J Med Philos 1995; 20:123–144.

Futiliteye alternatif terimler

- Tıbbi yararsızlık
- Yararsız tedavi
- Klinik olarak uygun olmayan
- Tıbbi olarak endike olmayan
- Klinik yararsızlık
- Tıbben uygun olmayan
- Tıbben önerilmeyen
- “gerçekçi olarak yaşam destek tedavileri asgari hedeflerinin sağlanamaması”

- *YB da uygun olmayan tedavinin başlatılması ya da uzatılması şunlarla ilgili olabilir;*

- Hastane koşullar
- Hekim ve hemşire
- Hasta ve yakını
- Toplum

YB da uygun olmayan tedavinin başlanması ya da uzatılmasının sonuçları

- Temel etik değerlerin ihlali
- Hasta ve yakınlarının acı çekmesi
- Ahlaki sıkıntı, kaçınma davranışı
- Hekim ve hemşirelerde merhamet yorgunluğu

- Avrupa YBÜ'lerinde çalışan hekimlerin %27 si uygun olmayan tedavi uyguladıklarına inanıyorlar

RD.Piers et al. JAMA (2011); 306(24):2694–2703

- Hekimler, YB hastalarının %20'sine en azından “olası yararsız” tedavi uygulandığını düşünüyorlar

TN. Huynh et al. JAMA Intern Med (2013); 173(20):1887–1894



Futilite...

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ALGISI

Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units

1

R.Sibbald , J. Downar, L. Hawryluck

CMAJ 2007;177(10):1201-8

- Kalitatif olgu çalışması
- 16 rasgele seçilmiş YBÜ
 - 10 kamu hastanesi
 - 6 eğitim hastanesi
- 14 kapalı ünite/ 2 yarı kapalı ünite
- 14 medikal direktör, 16 hemşire yöneticisi, 14 solunum terapisti ile görüşme

Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units

2

R.Sibbald , J. Downar, L. Hawryluck

CMAJ 2007;177(10):1201-8

Uygun olmayan tedavi aldığı düşünülen olguların ortak özellikleri

- OTE-MV
- Komorbidite
- Kötü yaşam kalitesi
- Düşük prognoz beklentisi
- Ağrı ızdırıp
- Beyin ölümü veya PVS
- YB yatış süresinin uzaması

Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units

3

R.Sibbald , J. Downar, L. Hawryluck

CMAJ 2007;177(10):1201-8

Verilen tedavinin uygun olmadığı kanısını doğuran nedenler

- Hastanın ölüm sürecinde olması
- Hastanın anlamlı bir yaşam kalitesinin olmaması
- Yarar görmeksizin ciddi oranda kaynak kullanıyor olması
- Ağrı ve ıstırap çekiyor olması

Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units

R.Sibbald , J. Downar, L. Hawryluck

CMAJ 2007;177(10):1201-8

Uygun olmayan tedavi veriliyor olmasının gerekçeleri

- Aile veya ilgili karar vericilerin talebi
- Zamanında ve başarılı iletişim kurulmamış olması
- Tedavi edenler arasında uzlaşma eksikliği

Ailelerin hekimin önerisine karşın uygun olmayan tedavi taleplerinde ısrarcı olmalarının nedenleri

- Kültürel veya dinsel gerekçeler
- YB hakkında eğitim veya bilgi eksikliği

Perceptions of “futile care” among caregivers in intensive care units

6

R.Sibbald , J. Downar, L. Hawryluck

CMAJ 2007;177(10):1201-8

Boşuna tedavi’den korunmak ya da sınırlamak için önerilen yeni stratejiler

- Eğitim
- Resüsitasyon koşullarının erken evrede tartışılması
- YB hasta kabulü ile ilgili kılavuzlar kullanılması
- Klinik etikçilerden yardım almak



What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions

1

MJA 204 (8) • 2 May 2016

doi: [10.5694/mja15.01103](https://doi.org/10.5694/mja15.01103)

- 96 yarı-yapılandırılmış görüşme
 - Acil Tıp – 15
 - YB – 12
 - Palyatif Bakım – 10
 - Onkoloji – 10
 - Nefroloji – 9
 - Dahiliye – 9
 - Göğüs Hastalıkları – 9
 - Cerrahi – 8
 - Kardiyoloji – 5
 - Geriatri – 5
 - Tıbbi Yönetici - 4

What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions

2

MJA 204 (8) • 2 May 2016

doi: [10.5694/mja15.01103](https://doi.org/10.5694/mja15.01103)

Çalışmaya katılan doktorların “Boşa Çaba” tanımlarında yer alan bileşenler

What does study of d

Çalışmaya ka

Nature of patient benefit	96 (100%)
Level of benefit	89 (93%)
Burdens outweigh benefits	75 (78%)
No benefit (will not work)	59 (61%)
Insignificant benefit (not sustained, not meaningful)	42 (44%)
Type of benefit	84 (88%)
Inadequate quality of life (independent of quantity of life)	76 (79%)
Does not provide quantity or quality of life	40 (42%)
No gain in physical functioning or symptom control	20 (21%)
Does not lengthen life (independent of quality of life)	14 (15%)
Overall outcome	81 (84%)
Death is imminent	66 (69%)
Would not address underlying terminal condition or change ultimate outcome	60 (63%)
Not reversible	28 (29%)
Investigation would not change management	5 (5%)
Does not achieve a goal of treatment (patient, family, doctor)	45 (47%)
Benefit generally (not further defined)	27 (28%)
Prospect of patient benefit	70 (73%)
Insignificant or low chance of benefit	59 (61%)
No chance of benefit	31 (32%)
Below numeric threshold of success for specific cases (range of answers, < 0.1% to 10%)	18 (19%)
Below numeric threshold of success applicable to all cases (range of answers, < 0.1% to 10%)	4 (4%)
Not worth the resources	17 (18%)

2016

3

an bileşenler

3

What does “futility” mean? An empirical study of doctors’ perceptions

4

MJA 204 (8) • 2 May 2016

doi: [10.5694/mja15.01103](https://doi.org/10.5694/mja15.01103)

Çalışmaya katılan doktorlar ile tartışılan, “Boşa Çaba” tanımlamaları ile ilintili olası klinik etkenler

Severity of disease	67 (74%)
Functional status	64 (71%)
Age	53 (59%)
Multiple comorbidities	51 (57%)
Diminished or no capacity	49 (54%)
Patient trajectory (eg, deteriorating condition, sentinel event, acute decline)	36 (40%)



Futilite...

FATURASI...

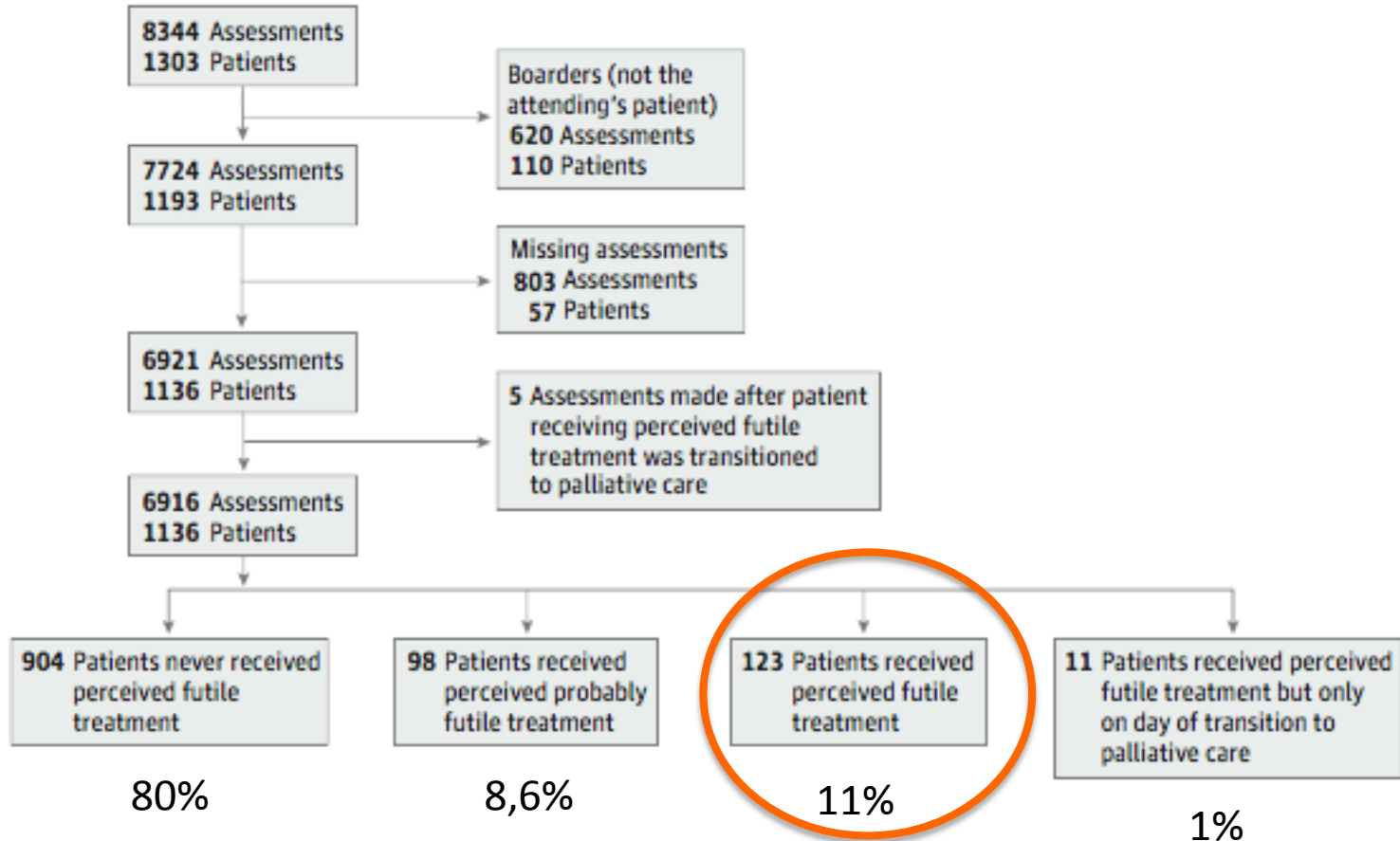
The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care

1

Thanh N. Huynh, MD, MSHS; Eric C. Kleerup, MD; Joshua F. Wiley, MA; Terrance D. Savitsky, MBA, MA, PhD;
Diana Guse, MD; Bryan J. Garber, MD; Neil S. Wenger, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2013;173(20):1887-1894.

- **AMAÇ:** Erişkin YBÜ lerinde boşuna tedavi olarak değerlendirilen uygulamaların sıklığının ve maliyetinin belirlenmesi



The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care

Thanh N. Huynh, MD, MSHS; Eric C. Kleerup, MD; Joshua F. Wiley, MA; Terrance D. Savitsky, MBA, MA, PhD; Diana Guse, MD; Bryan J. Garber, MD; Neil S. Wenger, MD, MPH

JAMA Intern Med. 2013;173(20):1887-1894.

Table 3. Survival During Hospitalization and up to 6 Months After Intensive Care Unit (ICU) Care

Patient Group	Death, No. (%) (N = 1136)	
	In-Hospital	Within 6 mo ICU Care
Never received futile treatment (n = 904)	42 (4.6)	66 (7.3)
Received probably futile treatment (n = 98)	23 (23)	33 (34)
Received futile treatment (n = 123)	84 (68)	104 (85)
Futile treatment only on day transitioned to palliative care (n = 11)	9 (82)	11 (100)

Table 4. Outcome of Patients Who Were Perceived as Receiving Futile Treatment

Outcome	No. (n = 123)
Died	
During hospitalization	84
After hospital discharge and within 6 mo of intensive care unit stay	20
Total	104
Discharged home	
With hospice care, lost to follow-up	2
End-stage liver disease, not transplant candidate, flown internationally to die in patient's home country	1
Total	3
Discharged to long-term acute care hospital	
Severe cognitive impairment, bedridden, requiring mechanical ventilation and tube feeding	5
End-stage dementia, requiring tube feeding	2
Amyotrophic lateral sclerosis, unable to communicate, requiring mechanical ventilation and tube feeding	1
Anoxic brain injury, no meaningful communication, bedridden, requiring tube feeding	1
Persistent vegetative state, requiring mechanical ventilation	1
Total	10
Discharged to skilled nursing facility	
Severe cognitive impairment, bedridden, requiring tube feeding	2
Chronic disease, bedridden, requiring hemodialysis	1
Untreatable malignant neoplasm, bedridden	1
Total	4
Transferred to another hospital	
Extensive cancer refractory to chemotherapy, multiorgan failure	1
Total	1
Remained hospitalized	
Bedridden; nonresponsive; requiring mechanical ventilation, hemodialysis, and tube feeding	1
Total	1

The Frequency and Cost of Treatment Perceived to Be Futile in Critical Care

3

Thanh N. Huynh, MD, MSHS; Eric C. Kleerup, MD; Joshua F. Wiley, MA; Terrance D. Savitsky, MBA, MA, PhD;
Diana Guse, MD; Bryan J. Garber, MD; Neil S. Wenger, MD, MPH

AMA Intern Med. 2013;173(20):1887-1894.

- Boşuna tedavinin maliyeti
- *Boşuna olarak değerlendirilenler-*
 - \$4004 /1 gün YB tedavisi
 - Hastane masrafları (YBÜ ve takip eden diğer yatış günleri) total \$2.6 million
 - Toplam 1136 hastanın maliyetinin %3.5



The Opportunity cost of futile treatment in the ICU
TNK. Huynh, EC Kleerup, PP Raj, NS Wenger
Crit Care Med 2014; 42(9): 1977-1982

1

- **Hipotez:** boşuna tedavi uygulanan hastalar yüzünden, gereksinim duyulan diğer hastalar YB ne alınamıyor

The Opportunity cost of futile treatment in the ICU

TNK. Huynh, EC Kleerup, PP Raj, NS Wenger
Crit Care Med 2014; 42(9): 1977-1982

- 36 YB uzmanı
- 6916 değerlendirme (1136 hastada)
 - 123 hasta boşuna tedavi alıyor (11%)
- Dolu YBÜ leri daha az oranda boşuna tedavi alan hasta kabulü sağlıyor (38% v 68%, $p < 0.001$).
- 72 gün (%16) YBÜ tam dolu ve en az 1 boşuna tedavi
 - Bu günler içinde 33 hasta >4 saat süre acil serviste tutulmuş
 - 9 hasta >1 gün sürede hastane dışına transfer edilebilmiş
 - 15 hastanın transferi >1 gün beklediği için iptal edilmiş
 - 2 hasta transfer beklerken Ex.
- **Sonuç—**Boşuna tedavi diğer hastaların tedavi edilme şansını geciktiriyor

The Opportunity cost of futile treatment in the ICU
TNK. Huynh, EC Kleerup, PP Raj, NS Wenger
Crit Care Med 2014; 42(9): 1977-1982

Sonuç;

“Yoğun bakıma gereksinim gösteren hastaların, yararsız tedavi nedeniyle yoğun bakımda tutularak yer işgal eden hastalar yüzünden yatırılammamaları adil değildir. (...) bu sorun evrensel bir sorundur.

“İlk gelen yatar” yaklaşımı sadece etkisiz ve yararsız olmayıp, aynı zamanda toplum yararına hizmet veren Tıbbın kaynakları kullanma sorumluluğu ile de çelişmektedir. (...) Beyhude tedavinin maliyeti de bu uygulamanın minimuma indirilmesi gerektiğini ifade eder”



Futilite...

SORUNU EHLİLEŞTİRME ÇABASI

AMERICAN THORACIC SOCIETY DOCUMENTS

An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in Intensive Care Units

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubenfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Misak, David H. Au, Elie Azoulay, Baruch Brody, Brenda G. Fahy, Jesse B. Hall, Jozef Kesecioglu, Alexander A. Kon, Kathleen O. Lindell, and Douglas B. White; on behalf of The American Thoracic Society *ad hoc* Committee on Futile and Potentially Inappropriate Care

THIS OFFICIAL POLICY STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) WAS APPROVED BY THE ATS, JANUARY 2015, THE AMERICAN ASSOCIATION FOR CRITICAL CARE NURSES (AACN), DECEMBER 2014, THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP), OCTOBER 2014, THE EUROPEAN SOCIETY FOR INTENSIVE CARE MEDICINE (ESICM), SEPTEMBER 2014, AND THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM), DECEMBER 2014

American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine Volume 191 Number 11 | June 1 2015

- *“potentially inappropriate treatments”*
- **Amaç:** kaçınılmaz fikir ayrılıklarını engellemek ve yönetmek amacıyla çoklu dernek tebliği yazmak.

- American Thoracic Society
- American Association for Critical Care Nurses
- American College of Chest Physicians
- European Society for Intensive Care Medicine
- Society of Critical Care



**An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement:
Responding to Requests for Potentially Inappropriate Treatments in
Intensive Care Units**

Gabriel T. Bosslet, Thaddeus M. Pope, Gordon D. Rubinfeld, Bernard Lo, Robert D. Truog, Cynda H. Rushton, J. Randall Curtis, Dee W. Ford, Molly Osborne, Cheryl Misak, David H. Au, Elie Azoulay, Baruch Brody, Brenda G. Fahy, Jesse B. Hall, Jozef Kesecioglu, Alexander A. Kon, Kathleen O. Lindell, and Douglas B. White; on behalf of The American Thoracic Society *ad hoc* Committee on Futile and Potentially Inappropriate Care

THIS OFFICIAL POLICY STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY (ATS) WAS APPROVED BY THE ATS, JANUARY 2015, THE AMERICAN ASSOCIATION FOR CRITICAL CARE NURSES (AACN), DECEMBER 2014, THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS (ACCP), OCTOBER 2014, THE EUROPEAN SOCIETY FOR INTENSIVE CARE MEDICINE (ESICM), SEPTEMBER 2014, AND THE SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM), DECEMBER 2014

- Kurumlar bu konuda stratejiler geliştirmeli
- Çatışmalardan korunmak için; Proaktif iletişim, erken evrede uzman konsültasyonu
- **“potansiyel olarak uygun olmayan”** vs “futil”
- Futil terimi, fizyolojik olarak karşılanamayacak talepler için kullanılmalı
- Klinisyenler, bu tip girişimler yapmamalılar



Yararsızlık...

YAŞAM SONU BAKIMI - EOLC

EDITORIALS

End-of-life in the ICU: moving from ‘withdrawal of care’ to a palliative care, patient-centred approach

C. Connolly^{1,*}, O. Miskolci¹, D. Phelan¹ and D. J. Buggy^{1,2,3,4}

¹ Division of Anaesthesia & Intensive Care Medicine, Mater University Hospital, Dublin 7, Ireland,

² School of Medicine,

³ Conway Institute for Biomolecular Research, University College Dublin, Dublin, Ireland, and

⁴ Outcomes Research Consortium, Cleveland Clinic Ohio, Cleveland, USA

*Corresponding author. E-mail: caraconnolly83@gmail.com

Term	Definition
Active shortening of the dying process	A circumstance in which someone performed an act with the specific intent of hastening death or shortening the dying process. These acts do not include withdrawing or withholding life-sustaining treatment.
Withdrawing life-sustaining treatment	Decision to actively stop a life-sustaining intervention presently being given.
Withholding life-sustaining treatment	Decision not to start or increase a life-sustaining intervention.

Herşeye Rağmen...

- UK - % 15–25 YB da EX.
- Bu ölümlerin %70 – WH/WD sonra
- %10-20 nüfus YB da EoLC

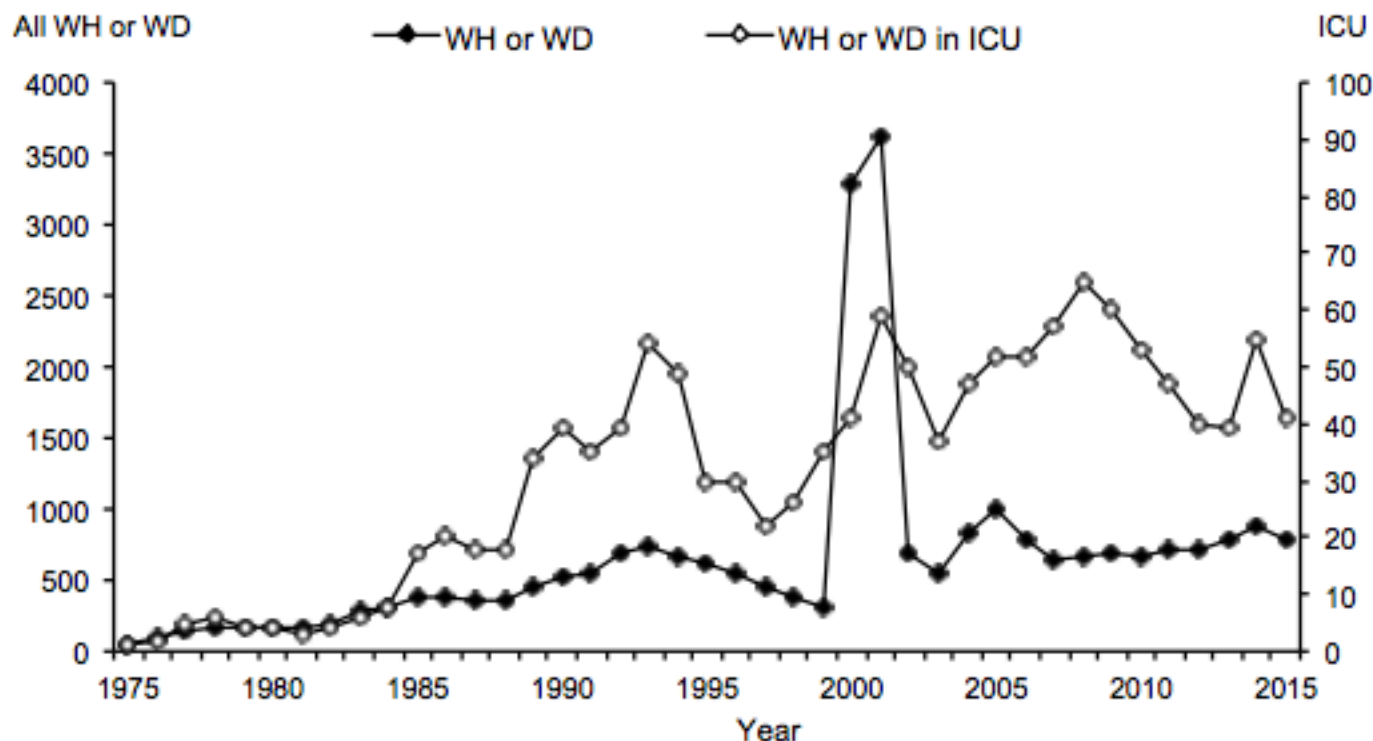


Figure 2.4. Frequency of hits from PubMed for the term (withholding treatment[MeSH Terms]) OR care, withdrawing[MeSH Terms] and '(((withholding treatment[MeSH Terms]) OR care, withdrawing[MeSH Terms])) AND intensive care[MeSH Terms]' for each year 1975–2015.

Guidelines for limitations of treatment for adults requiring intensive care

RESEARCH

Open Access

Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units



Olivier Lesieur^{1,2*}, Maxime Leloup¹, Frédéric Gonzalez^{2,3}, Marie-France Mamzer² and EPILAT study group

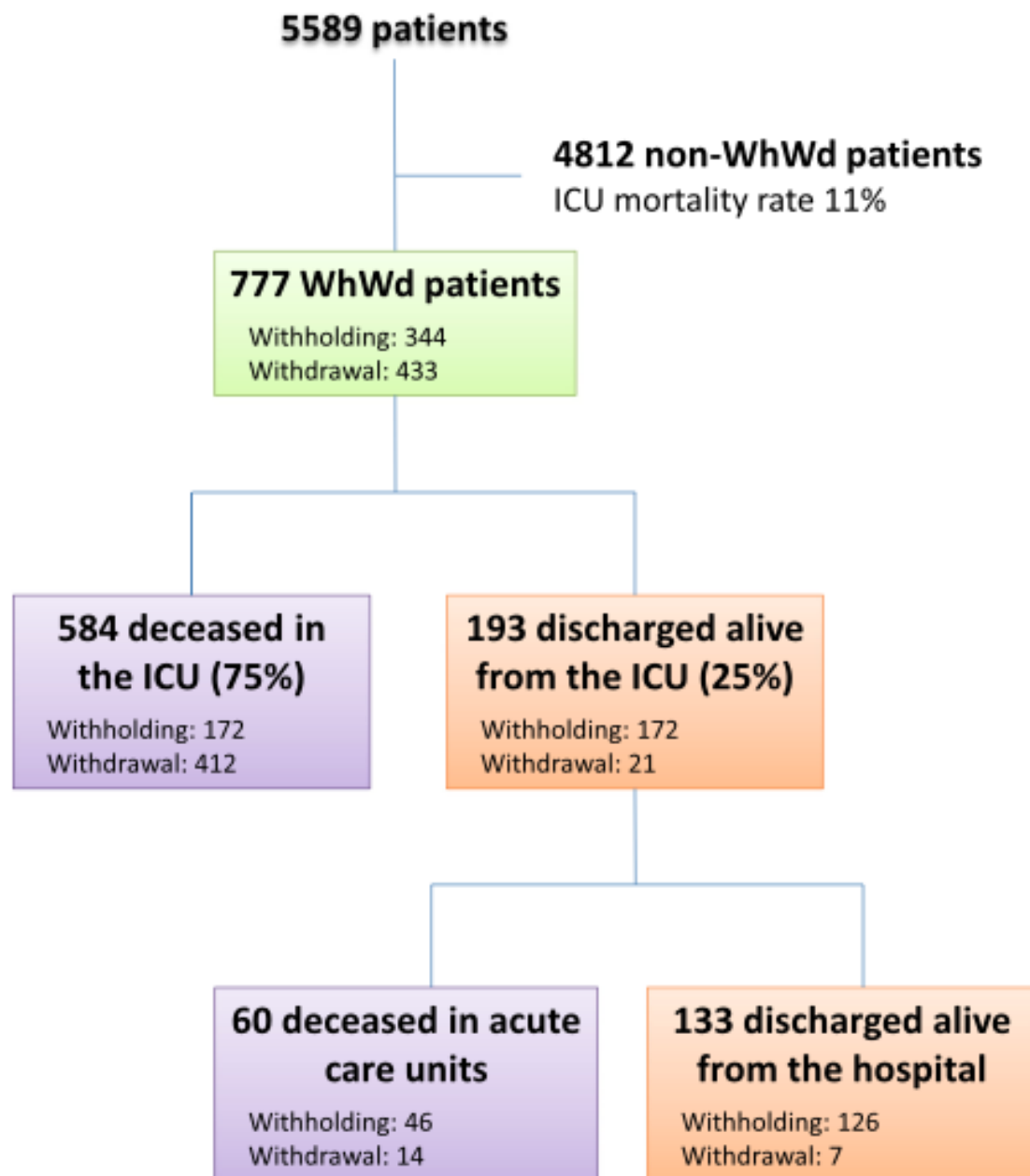


Fig. 1 Flow chart. *WhWd* withhold or withdraw treatment, *ICU* intensive care unit

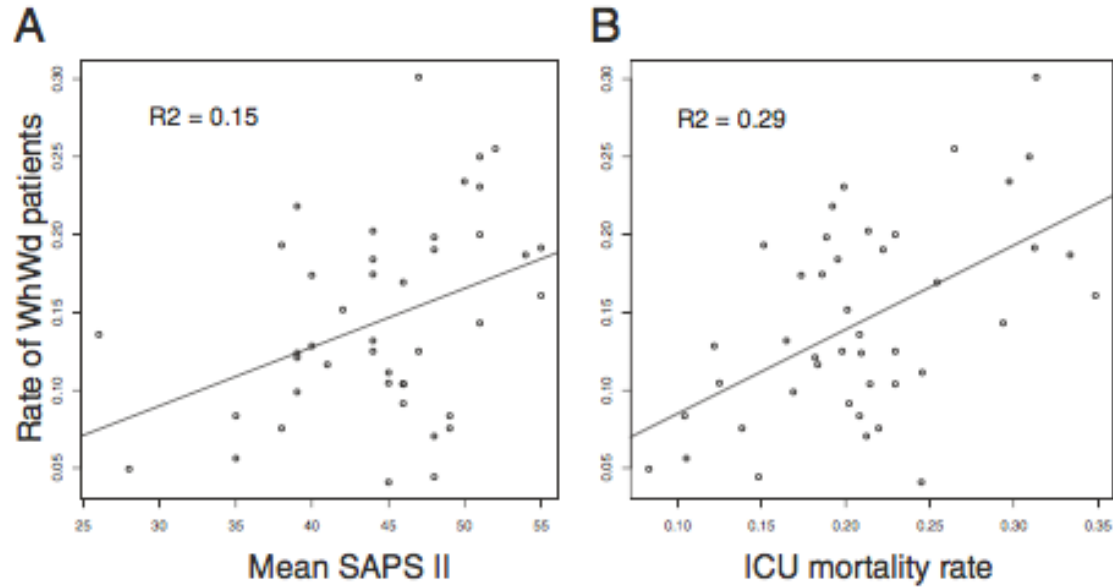
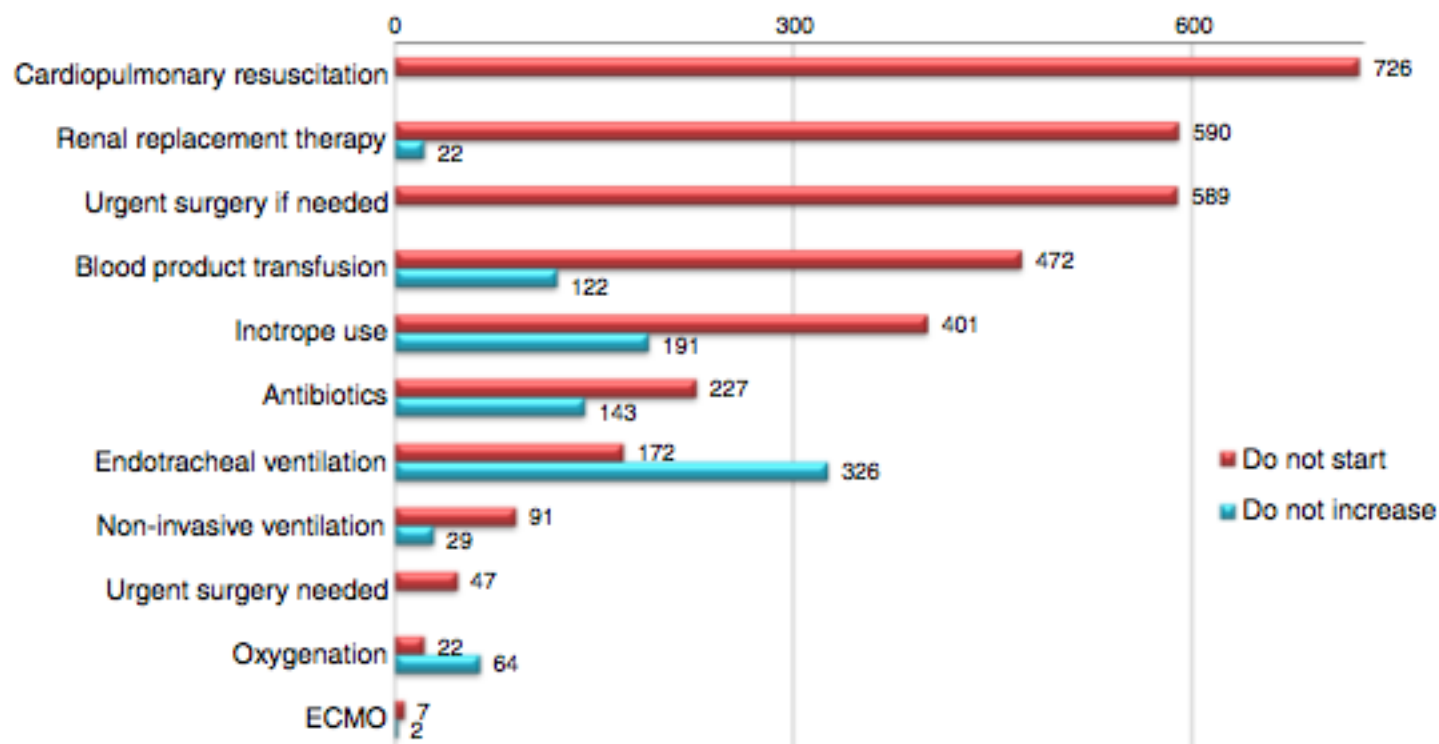
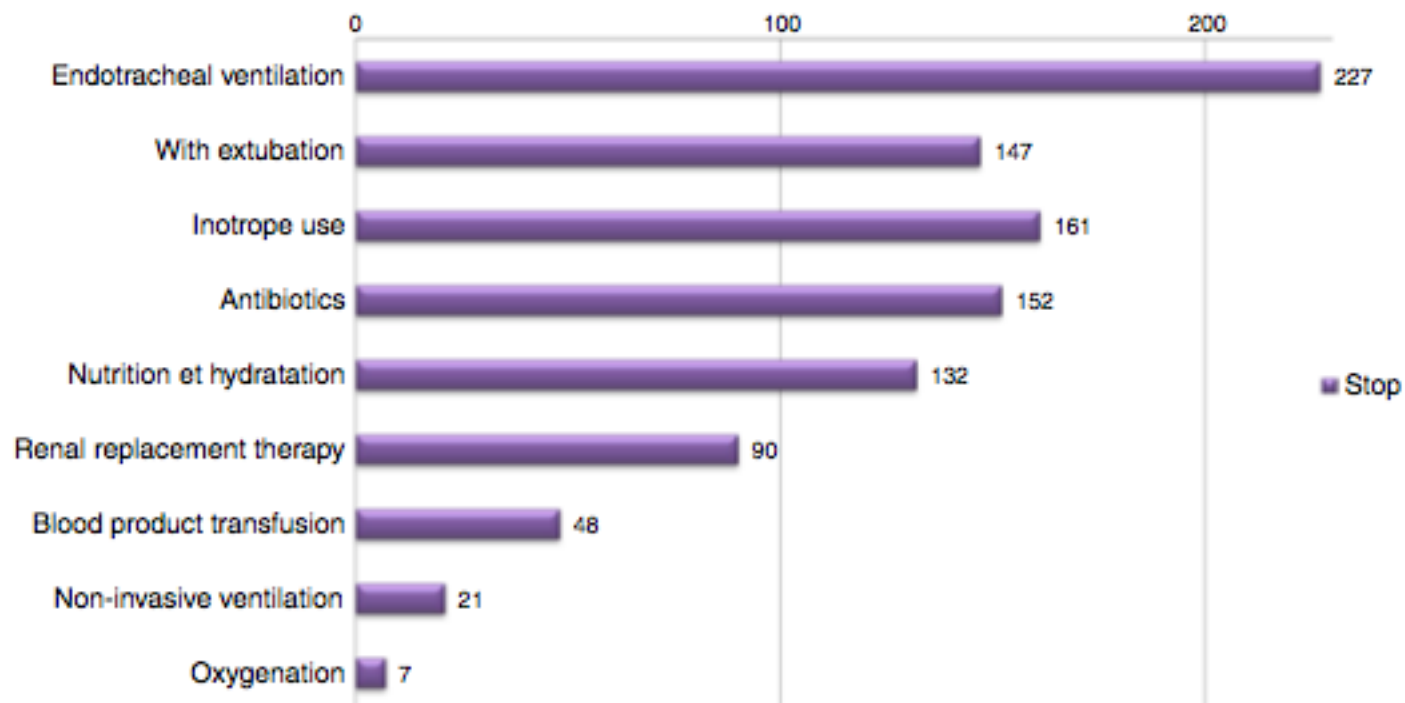


Fig. 3 Relationship between SAPS II (a), mortality rate (b), and WhWd decision rate among the 43 participating ICUs. SAPS Simplified Acute Physiology Score, WhWd withhold or withdraw treatment, ICU intensive care unit

A**Withheld treatment: do not start or do not increase**

"Do not start" and "do not increase" orders are expressed as numbers of patients involved (of 777 WhWd)

B**Withdrawn treatment**

"Stop" orders are expressed as numbers of patients involved (of 433 Wd)

Conclusions

In our study involving 43 French ICUs, more than half deaths occurred after a formal decision to withhold or withdraw therapies deemed non-beneficial. Brain-injured patients were more likely to undergo a withdrawal procedure, whereas patients with chronic respiratory disease and pre-existing disability affecting autonomy or cognition had treatment preferentially withheld than withdrawn. While the law authorizing such practices was passed in 2005, the prevalence of advance directives and designated trusted persons remains low. An external consultant was involved in less than half of all decisions. Because patients' wishes are rarely known at the time of the decision-making, limitations remained primarily based on medical judgment.



N. M. Mark
S. G. Rayner
N. J. Lee
J. R. Curtis

Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review

Citation (by first author)	Countries, sites	ICU <i>n</i> and type ^a	Patient (pt) characteristics	Design	Outcome measured	Brain death	ICU pt deaths <i>n</i>	WLST (%)	Comments
Aldawood [5]	Saudi Arabia	1, med/SURG	ICU pts with end of life decisions made	P, O	WLST/deaths "in study period"	E	176	2.84	
Azoulay [53]	Multiple, 7 world regions	282, varied	ICU pts with end of life decisions made	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	3050	17.0	
Bertolini [25]	Italy	84, varied	ICU deaths or terminal discharges	P, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	E	3168	17.1	
Brieva [26]	Australia	2, general	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	I	283	46.6	
Buckley [54]	China	1, general	ICU pts who died or had life support limited	P, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	E	490	28.0	
Cesta [27]	USA (Texas)	1, oncology	Adult cancer pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	NS	267	32.2	
Cook [30]	Sweden, USA, Canada, Australia	15, med/surg	Ventilated ICU pts with expected ICU stay >72 h	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	363	44.1	
Cooper [31]	USA (12 states)	Unclear, general	Trauma ICU pts aged 18-84	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	954	60.9	Unclear ICU <i>n</i> ; appears to be 69
Cote [32]	Canada	6, trauma	Ventilated trauma pts with severe head injury	R, O	WLST/Deaths (unclear where)	NS	228	70.2	
Diringer [33]	USA (Missouri)	1, neuro	Ventilated, non-elective ICU pts	R, O	WD of ventilator/In-hospital deaths	I	562	49.6 ^b	
Eidelman [4]	Israel	1, general	All ICU pts	P, O	WLST/In-hospital deaths	I	57	0	No clear case of WLST
Esteban [8]	Spain	6, med/surg	All ICU pts	P, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	I	582	25.4 ^b	
Ferrand [55]	France	113, varied	All ICU admissions except CCU pts	P, O	WLST/ICU deaths	E	471	40.0	
Gajewska [35]	Belgium	1, med/surg	Pts who died in the ICU	P, O	WLST/ICU deaths	I	90	47.8 ^b	
Garland [19]	USA (Ohio)	1, MICU	All ICU pts	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	46	27.4	Per author communication
Ismail [57]	UK	1, burn ICU	All ICU pts with burns who died	R, O	WLST/In-hospital deaths	NS	63	60.3	
Jakobsen [36]	Israel	1, general	All ICU pts	P, I	WLST/In-hospital deaths	I	69	0	See "before" group in [4]
Jensen [37]	Denmark	2, general	ICU pts who died or had life support limited	R, O	WLST/ICU deaths	NS	176	66.5	
Kapadia [9]	India	4, med/surg	Pts who died in the ICU	P, O	WLST/ICU deaths	NS	143	2.8	
Keenan [11]	Canada (Ontario)	9, general	Pts who died in the ICU	P, O	WLST/ICU deaths	NS	452	62.6	
Keenan [10]	Canada (Ontario)	3, med/surg	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	I	380	55.5 ^b	
Knaus [58]	France	25, med/surg	ICU pts with at least 1 organ failure on admit	P, C	WLST/ALL pts (not deaths)	NS	Not given	7.7	WLST/Deaths unclear
Kollef [59]	USA (Montana)	1, MICU	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	NS	159	43.4	
Kollef [60]	USA (Montana)	1, MICU	Pts who died in the ICU	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	113	41.6	
Kranidiotis [38]	Greece, Cyprus	8, general	All pts in the ICU > 48 h who died	P, O	WLST/deaths (unclear where)	E	306	2.9	
Lee [61]	USA	1, MICU	All ICU pts	R, O	WLST/ALL pts (not deaths)	E	Not given	2.0	WLST/Deaths unclear
Manara [62]	United Kingdom	1, general	All ICU pts	R, O	WLST/In-hospital deaths	E	338	65.1	
Mani [7]	India	1, med/surg	All ICU pts	R, O	WLST/deaths (unclear where)	NS	88	3.4	

Citation (by first author)	Countries, sites	ICU <i>n</i> and type ^a	Patient (pt) characteristics	Design	Outcome measured	Brain death	ICU pt deaths <i>n</i>	WLST (%)	Comments
Mayer [63]	USA (New York)	1, neuro	Neuro ICU pts who died in ICU or shortly after	R, O	Terminal extubation/In-hospital deaths	E	74	43.2	Only pts with single attending included
McLean [12]	Canada	2, general	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	NS	439	58.3	
Meissner [39]	Germany	1, surgical	All SICU patients	P, O	WLST/In-hospital deaths	NS	1513	4.8	
Mercer [18]	UK	1, general	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths	E	95	72.6	
Miguel [64]	Spain	1, general	All ICU pts	P, O	WLST/Deaths at up to 1 year	I	51	17.6 ^b	
Mosenthal [40]	USA (New Jersey)	1, SICU/trauma	All trauma ICU pts	P, I	WLST/In-hospital deaths	NS	42	37	
Nolin [65]	Sweden	1, general	All ICU pts	R, O	WLST/In-hospital deaths	NS	755	39.6	
Ouanes [13]	Tunisia	2, MICU + SICU	Pts who died in the ICU	R, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	NS	326	8.9	Excluded historical control (before 1990)
Pham [41]	USA (Washington)	1, burn ICU	Burn ICU Pts who died within 72 h of admit	R, O	WLST/ICU deaths	NS	128	84.1	
Prendergast [14]	USA (38 states)	131, varied	All ICU pts	P, O	WLST/ICU deaths	E	5910	36.2	
Prendergast [15]	USA (California)	2, general	All ICU pts	P, O	WLST/Deaths in ICU or shortly thereafter	I	175	65.7 ^b	Average of two time-periods
Quenot [42]	France	1, general	All pts who died in the ICU or after discharge	P, C	WLST/In-hospital deaths	NS	773	51.5	
Sjokvist [66]	Sweden	1, med/surg	ICU pts except post-op cardiac pts in ICU < 3 days	P, O	WLST/ICU deaths	E	78	30.8	
Spronk [67]	Netherlands	2, med/surg	All pts who died in the ICU or shortly thereafter	R, O	WLST/deaths in ICU or < 7 days after	NS	347	56.2	Per author communication
Sprung [3]	Europe, 17 countries	37, varied	All ICU pts	P, O	WLST/In-hospital deaths	I	3728	39.5 ^b	
Trunkey [69]	USA (Oregon)	1, trauma	Trauma ICU pts over 65 years old	R, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	NS	70	67.1	
Turgeon [16]	Canada	6, unclear	Ventilated pts with traumatic brain injury	R, O	WLST/In-hospital deaths	NS	228	70.2	Mechanically ventilated MICU pts
Turner [70]	UK and South Africa	2, SICU + general	All ICU pts who died or had WLST	P, O	WLST/ICU deaths	I	106	63.2	
Verkade [45]	Netherlands	1, general	All ICU pts	R, O	WLST/ICU deaths	E	208	83.7	
Watch [46]	USA (New Mexico)	1, unclear	Trauma ICU pts over 55 years old who died	R, O	WLST/ICU deaths	NS	64	54.7	Only pts without surrogate
White [47]	USA		(Massachusetts)	1,	MICU				
R, O	WD ventilator/ventilated pts	NS	Not Given	19.2	WD ventilator/ventilated pts, no WLST/deaths				
White [48]	USA ("west-coast")	1, MICU	MICU pts without capacity or surrogate	P, O	WLST/ICU deaths	NS	13	61.54	Only pts without surrogate
White [49]	USA (6 states)	7, med/surg	ICU pts without capacity or surrogate	P, O	WLST/ICU deaths	NS	25	60	
Wilson [50]	USA (Minnesota)	1, MICU	Pts who died in the ICU	R, C	WLST/ICU deaths	NS	141	65.2	Only pts without surrogate
Wood [51]	Canada (Ontario)	1, med/surg	Pts who died in the ICU	P, O	WLST/ICU deaths or terminal discharges	E	110	64.5	
Wunsch [17]	UK	127, general	Not specifically stated	R, O	WLST/In-hospital deaths	I	36397	31.8	

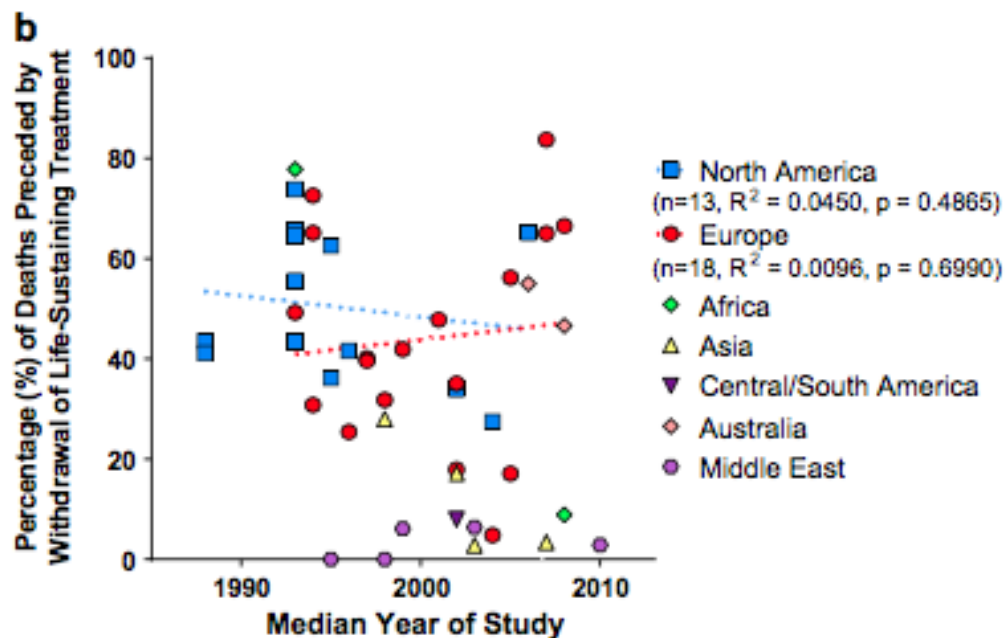
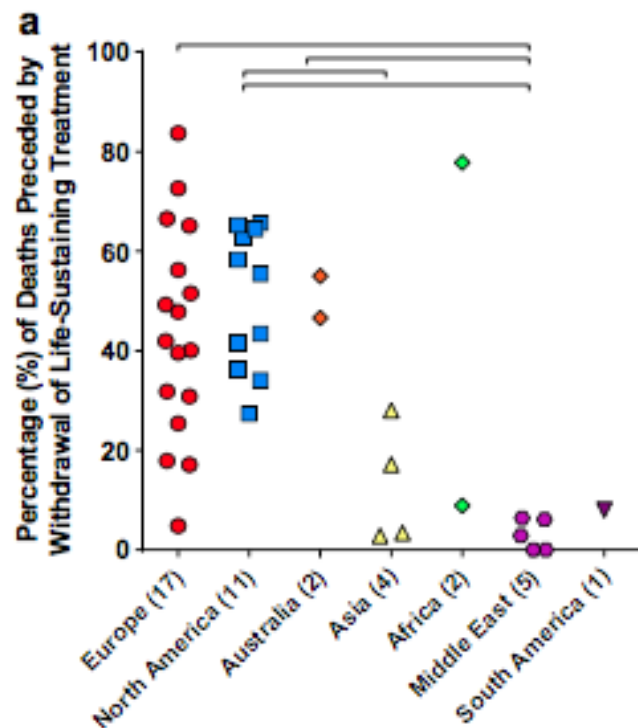
Citation (by first author)	Countries, sites	ICU <i>n</i> and type ^a	Patient (pt) characteristics	Design	Outcome measured	Brain death	ICU pt deaths <i>n</i>	WLST (%)	Comments
Yazigi [6]	Lebanon	1, MICU	ICU pts with end of life decisions made	P, O	WLST/In-hospital deaths	E	94	6.4	
Zib [52]	Australia	1, unclear	All ICU pts who had WLST	P, O	WLST/ICU deaths	NS	~ 85	55.0	WLST only as a percentage of pt deaths

Seven studies performed separate analyses of one of the above studies rather than providing unique data. These studies were considered supplemental and are not shown in the table [28, 29, 34, 43, 44, 56, 68]

WLST withdrawal of life-sustaining treatment, *R* retrospective, *P* prospective, *O* observational, *I* control arm of an interventional trial, *C* observational before and after a change in policy/legislation, *E* brain death excluded from analysis, *I* brain death patients included in analysis, *NS* not specified

^a *Varied* refers to the presence of multiple ICUs of different types within one study. *Med/surg* refers to medicosurgical ICUs, and *general* to mixed ICUs, or non-specialty ICUs where the specific type is not given in the paper

^b For publications which did not exclude patients with BD from WLST, we recalculated WLST prevalence excluding BD patients where possible





Destek Tedaviler Nereye Kadar

SONUÇ YERİNE

- ✓ Anı kurtarmak?
- ✓ WhWd – uzlaşa (Dr., aile, hasta)
 - ✓ Yasal düzenleme !!
 - ✓ Zamanlama?!
 - ✓ Yöntem?!
- ✓ Tıbbi Futilite - bir güç mücadelesi DEĞİL
- ✓ Kamuoyunun hekimler (tıp) üzerindeki gerçekçi olmayan beklentileri (*DOĞAL BİR FENOMEN OLARAK ÖLÜM*)
- ✓ **YAŞAMI UZATMAK vs ÖLÜMÜ UZATMAK**
- ✓ *En iyisini yap – Zarar verme*
- ✓ *Otonomiye saygılı ol*
- ✓ *Adil ol*
 - ✓ herkese; hastalara, yakınlarına, diğerlerine ve de KENDİNİZE....







19. ULUSAL YOĞUN BAKIM KONGRESİ

(Uluslararası Katılımlı)

19-22 Nisan 2018

Titanic Deluxe Oteli - ANTALYA

