

Prikaz primera/Case report

## **PALIATIVNA OSKRBA V INTENZIVNI MEDICINI – PRIKAZ PRIMERA IN PREGLED LITERATURE**

### **PALLIATIVE CARE IN INTENSIVE CARE MEDICINE – CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

*Patricija Ećimović, Slavica Lahajnar-Čavlovič, Lidija Kompan*

Anestezioološki oddelek, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 1000 Ljubljana

---

#### **Izvleček**

- Izhodišča** *Populacija bolnikov, ki se zdravi v enotah intenzivne terapije v razvitem svetu, postaja starejša in ima številne pridružene bolezni, kar pomeni, da v enotah intenzivne terapije obravnavamo čedalje več bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni. Pri teh bolnikih je smiselnost nadaljnega intenzivnega zdravljenja vprašljiva. Prenehanju intenzivnega zdravljenja mora nujno slediti kakovostna paliativna oskrba. Obravnava bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni v enotah intenzivne terapije je zahtevna in multidisciplinarna ter še vedno neoptimalna. Razlogi za to so gotovo neznanje in neozaveščenost zdravstvenega osebja v enotah intenzivne terapije, pa tudi navidezna nezdržljivost med paliativno oskrbo in osnovnim poslanstvom intenzivne medicine o reševanju življenja za vsako ceno.*
- Zaključki** *Predstaviti želimo pregled trenutne literature o paliativni oskrbi v intenzivni medicini z namenom povečati zavedanje o tej pomembni temi v slovenskem prostoru.*
- Ključne besede** *paliativna oskrba; intenzivna medicina; prognoza; odrekanje intenzivnega zdravljenja; prenehanje intenzivnega zdravljenja*

---

#### **Abstract**

- Background** *Population of patients who are being treated in intensive care units in developed world is becoming older and with more serious comorbidities, resulting in rising numbers of patients with unfavourable prognosis. As continuation of intensive care becomes less efficient in these patients, the alternative they have to be offered is good quality palliative care. Management of such patients is complex, multidisciplinary and currently still inadequate, mainly because health care providers in intensive care are still unfamiliar with concept of palliative care and more importantly because palliative care seems to be contradictory to saving life at all cost, as we do in intensive care medicine.*
- Conclusions** *We would like to present a review of current literature on palliative care in intensive medicine.*
- Key words** *palliative care; intensive care medicine; prognosis; withdrawing intensive treatment; withholding intensive treatment*

---

#### **Avtor za dopisovanje / Corresponding author:**

Patricija Ećimović, Mater Misericordiae University Hospital, Eccles St., Dublin 7, Ireland, e-mail: patricija.ecimovic@gmail.com

## Uvod

Populacija bolnikov, ki se zdravi v enotah intenzivne terapije (EIT) v zahodnem svetu, se spreminja. Število bolnikov narašča, bolniki so starejši in imajo številne pridružene bolezni in včasih tudi neozdravljivo osnovno bolezen.<sup>1</sup> Zaradi kritičnega stanja bolnikov je smrt v EIT relativno pogost pojav. Letno se v ZDA 20 % vseh smrti zgodi v EIT, kar pomeni, da več kot pol milijona Američanov vsako leto umre v EIT. V Evropi ocenjujejo, da je umrljivost v EIT večja kot 15 % in se še poveča, če upoštevamo tudi umrljivost bolnikov neposredno po odpustu iz EIT.<sup>2</sup> Zdravljenje v EIT je drago, usmeritev EIT je reševanje življenja za vsako ceno, kar avtomatično izključuje oskrbo bolnika s slabo napovedjo izida kritične bolezni. Ker je teh bolnikov vse več, je prisotna vedno večja potreba po splošnem in nacionalnem konsenzu o paliativni obravnavi bolnika, za katerega se v poteku zdravljenja v EIT ugotovi, da ima slabo napoved izida kritične bolezni. Bolniki v EIT imajo lahko slabo napoved izida kritične bolezni zaradi zapletov pri zdravljenju osnovne kritične bolezni (več organska odpoved, možganska smrt idr.) ali zaradi nekaterih spremljajočih bolezni (neozdravljivi rak, končno srčno popuščanje idr.). Opredelitev slabe napovedi izida oziroma terminalnega stanja bolnika v EIT je težka in zahteva multidisciplinarni pristop. Odločitvi o prenehanju/odtegnitvi intenzivnega zdravljenja nujno sledi drugi korak, to je pravilna nadaljnja obravnava takih bolnikov, ki jo v svetu označujejo kot paliativno oskrbo oziroma zdravljenje pri koncu življenja (end-of-life treatment). Odločitev o slabi napovedi izida kritične bolezni in uvedba paliativne oskrbe v EIT morata vključevati jasno opredeljene cilje zdravljenja bolnika in dobro komunikacijo znotraj ekipe v EIT z drugimi lečečimi zdravniki ter s svojci.

## Prikaz primera

72-letni bolnik z napredovalim rakom hipofarinksa po obsevanju in kemoterapiji je bil sprejet na Onkološki inštitut v Ljubljani zaradi bolečin v trebuhu. Svojci so povedali, da je v zadnjih tednih komaj še užival hrano. Ob sprejemu je bil somnolenten, kahektičen, dehidriran, hipotenziven in tahikarden. Rentgensko slikanje trebuha na prazno je pokazalo prosti zrak pod prepono. Dežurni kirurg se je odločil za operacijo, med katero je odkril perforacijo dvanajstnika. Izvedena je bila resekcija črevesja z anastomozo, po operaciji pa je bil bolnik premeščen v EIT. V EIT se je bolniku kljub intenzivnemu zdravljenju z antibiotiki, vazopresorji in mehanskim predihavanjem stanje slabšalo. Zaradi napredovale osnovne bolezni smo se odločili za prenehanje intenzivnega zdravljenja, ki ni vključevalo prenehanja mehanskega predihavanja zaradi možnosti, da bi ta korak povečal bolnikovo trpljenje. O teh ukrepih smo se pogovorili tudi s svojci. Nadaljevali smo z infuzijami tekočin, analgezijo, mehanskim predihavanjem z 21-odstotnim kisikom in nego. Bolnik je pet dni po operaciji in tri dni po prenehanju aktivnega zdravljenja pričakovano umrl.

Med obravnavo tega bolnika so se porajala vprašanja, s katerimi se verjetno srečuje osebe v vsaki EIT in tudi svojci bolnikov. Je bilo s stališča znane slabe napovedi izida bolnika sploh upravičeno operirati in nato intenzivno

zdraviti? Ali smo z nadaljevanjem mehanskega predihavanja podaljševali trpljenje bolnika in predvsem svojcev? Ali morda dolg časovni interval med prenehanjem intenzivnega zdravljenja in smrtjo kaže na to, da smo se prenaaglili z odločitvijo o prenehanju zdravljenja?

## Odločanje pri bolniku s slabo napovedjo izida zdravljenja kritične bolezni

Načini odločanja o vrsti in invazivnosti zdravljenja v EIT se od države do države razlikujejo. V ZDA so že pred več kot desetimi leti pričeli uvajati model bolnikove avtonomije in samoodločanja.<sup>3</sup> Bolnikova pričakovanja in želje so vodilo za izbiro oskrbe ob koncu življenja in uporabo invazivnega zdravljenja, vključno z reanimacijo in podaljševanjem življenja kljub majhnim možnostim za izboljšanje zdravja. V revidiranih smernicah, ki so bile objavljene letos, se poleg avtonomije bolnika poudarja tudi vloga svojcev.<sup>4</sup> V Evropi je odnos med bolnikom in zdravnikom bolj paternalističen. Večinoma o invazivnosti oziroma prenehanju zdravljenja odločijo zdravniki.<sup>5</sup> Merila za tako odločitev pa so slabo opredeljena in individualna. Odločitev o vrsti in invazivnosti zdravljenja v EIT temelji na oceni napovedi izida bolnikove kritične bolezni. V EIT poznamo in uporabljamo različne točkovne sisteme za ocenjevanje resnosti bolnikovega bolezni (Apache II, SOFA), vendar jih za odločanje o vrsti in intenzivnosti zdravljenja ne uporabljamo. V Kanadi so ugotovili, da se zdravniki niso odločili za reanimacijo pri več kot 30 % mehansko predihavanih bolnikov. Sprejetje take odločitve je bilo povezano s starostjo bolnika (več kot 75 let), internistično diagnozo (in ne kirurško), prisotnostjo odpovedi več organov in z zdravnikovo predstavo o bolnikovih željah.<sup>6</sup> Odločitev o prenehanju že začetega mehanskega predihavanja pa je bila najpogostejše odvisna od zdravnikove subjektivne ocene slabe napovedi izida zdravljenja ter uporabe inotropov in vazopresorjev, ne pa od bolnikove starosti in prisotnosti odpovedi več organov.<sup>7</sup> Po drugi strani se je izkazalo, da so bili bolniki z objektivno opredeljeno slabo napovedjo izida zdravljenja kritične bolezni (odpoved več kot treh organov, hipoksična okvara možganov) pogosto odločno zdravljeni vse do smrti.<sup>8,9</sup>

Pri bolnikih s slabo napovedjo izida zdravljenja kritične bolezni je za optimalno izbiro med postopki z nasprotujočimi si končnimi izidi (npr. reševanje življenja in lajšanje trpljenja) potreben multidisciplinarni pristop in deljeno breme odločanja. Ta model priporočajo udeleženci 5. mednarodne konsenz konference, ki je potekala aprila 2003 v Bruslju in je bila posvečena skrbi za umirajočega v EIT, vendar končno odločitev vseeno prepuščajo zdravniku v EIT.<sup>10</sup> Multidisciplinarni pristop vključuje zdravnika in ekipo EIT, bolnikovega prvotnega lečečega zdravnika, zdravnika katere koli druge specializacije, ki bi bil pomemben za oceno stanja, biomedicinskega etika in bolnika samega oziroma bolnikove svojce. Zdravnik v EIT lahko oceni napoved izida bolnikovega kritičnega stanja. Nato je potrebno upoštevati še morebitno bolnikovo osnovno bolezen, o kateri lažje odloča prvotni lečeči zdravnik (internist,

onkolog idr.). H končni odločitvi naj bi prispeval svoje mnenje še strokovnjak za biomedicinsko etiko. Multicentrična randomizirana študija, ki jo je izvedel Schneiderman s kolegi, je pokazala, da je zgodnja etična konzultacija pri odločanju o napovedi izida bolnikove bolezni povezana z značilno krajšo ležalno dobo v EIT in manj odločnim zdravljenjem pri skupini bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni.<sup>11</sup> Končno in nenazadnje pa k deljenemu bremenu odločanja nujno sodijo tudi želje in pričakovanja bolnika in njegovih svojcev. Raziskava SUPPORT, ki so jo izvedli v 90. letih v ZDA, je pokazala, da je manj kot polovica zdravnikov v EIT poznala želje bolnika oziroma svojcev glede invazivnosti zdravljenja.<sup>12</sup> Ta delež je v Evropi verjetno še manjši. Spoznanje je presenetljivo, saj lahko mnenje bolnika in svojcev znatno olajša odločitev o obravnavi bolnika s slabo napovedjo izida.

Multidisciplinarni pristop oziroma delitev bremena odločanja zahteva dobro komunikacijo. Vzpostavitev komunikacije je naloga leččega zdravnika v EIT, saj osebe v EIT navadno prvo spozna, da je napoved izida za bolnika slaba in da je smiselnost nadaljnega intenzivnega zdravljenja vprašljiva. Zdravnik kot vodja intenzivne ekipe mora zagotoviti dobro komunikacijo med osebjem v EIT, nato vključiti še ostale zdravniške ekipe, ki so sodelovale pri zdravljenju bolnika, in končno še bolnikove svojce. Izkazalo se je, da dobra komunikacija skrajša ležalno dobo v EIT, zmanjša stroške, zmanjša incidenco sindroma izgorevanja in izboljša izkušnjo svojcev umirajočega bolnika.<sup>13, 14</sup>

## Odrekanje in prenehanje intenzivnega zdravljenja

Nedavna multicentrična študija ETHICUS, v kateri so pregledali načine obravnave bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni v evropskih EIT, je pokazala, da se povečuje tako pogostost prenehanja (withdrawing) in odrekanja (withholding) intenzivnega zdravljenja.<sup>15</sup> Po definiciji je prenehanje aktivno dejanje oziroma določen klinični postopek, kjer prenehamo že začeto intenzivno zdravljenje. Odrekanje pa je pasiven proces, kjer novega zdravljenja ne pričnemo oziroma samo nadaljujemo že začeto zdravljenje.<sup>15, 16</sup> Namen tako odrekanja kot prenehanja intenzivnega zdravljenja je dopustiti naravni potek bolezni pri bolniku in končno smrt.

Med državami obstajajo velike razlike v načinu odločanja za prenehanje in odrekanje intenzivnega zdravljenja. Odvisne so od religioznih načel in pravnih predpisov v posamezni državi, komunikacijskih sposobnosti zdravnikov, organizacije dela v EIT ter dejavnostjo bolnikov in svojcev.<sup>16</sup> V ZDA in v Veliki Britaniji velja, da sta prenehanje in odrekanje intenzivnega zdravljenja etično in pravno identična postopka, s katerima bolnika preusmerimo v paliativno oskrbo.<sup>4</sup> <sup>16</sup> V Izraelu je prenehanje intenzivnega zdravljenja protipravno, vendar obstajajo smernice za postopke, ki so v osnovi prenehanje zdravljenja (npr. odklop mehanskega ventilatorja ni dovoljen, možno pa je zmanjšanje ventilacijskih parametrov na minimum).<sup>18</sup> Kljub že omenjenim določilom v ZDA in Veliki Brita-

niji pa večina osebja v EIT v teh državah prenehanja in odrekanja zdravljenja subjektivno ne enači in se večinoma raje odloči za pasivno odrekanje.<sup>5</sup> Študija ETHICUS je pokazala, da obstajajo tudi objektivne razlike med obema ukrepoma. V študijo so zajeli 4248 bolnikov, ki so umrli med zdravljenjem v evropskih EIT. V primerih prenehanja intenzivnega zdravljenja je 99 % bolnikov umrlo, smrt je nastopila v okviru štirih ur. V primerih odrekanja intenzivnega zdravljenja je umrlo 89 % bolnikov, vendar je smrt nastopila povprečno v 14,3 urah.<sup>17</sup> Seveda je pri razlagi teh rezultatov treba upoštevati razlike, ki so nedvomno obstajale med obema skupinama bolnikov.

Zaradi občutljivosti takšnih odločitev je tudi Komisija za medicinsko etiko Republike Slovenije podala svoja stališča o ravnanju z umirajočimi, kjer je poudarjeno, da mora biti ukrepanje vedno v bolnikovo korist, kar vključuje tudi prenehanje ali odtegnitev aktivnega zdravljenja brez bolnikovega soglasja.<sup>19</sup> Potrebno pa je razločevati med pomočjo pri umiranju (evtanazijo) in dovoljenjem umreti. Slednje ne pomeni pasivne evtanazije, temveč gre za spoštovanje življenja, ki se izteka.<sup>20</sup>

## Izvedba paliativne oskrbe v EIT

Svetovna zdravstvena organizacija (World Health Organization – WHO) definira paliativno oskrbo kot aktivno, vseobsegajočo oskrbo bolnika z neozdravljivo in neobvladljivo boleznijo. Njen namen je preprečevati in zdraviti telesno in duševno trpljenje bolnikov ter pomagati bolnikom svojcem med boleznijo in po smrti.<sup>21</sup> V bolnikovo zdravljenje naj bi jo vključili zgodaj in v povezavi z ostalo terapijo. Paliativna oskrba vključuje zelo pomembno skupno sprejemanje odločitev o postopkih in ciljih zdravljenja ter komunikacijo med bolnikom, svojci in zdravstveno ekipo. V številnih državah je paliativna medicina samostojna specializacija s specifičnimi znanji in posegi, ki nudi zelo visoko raven oskrbe. V okvir paliativne oskrbe sodijo:

- zdravljenje bolečine in drugih neugodnih simptomov;
- vključevanje psihološke in duhovne podpore v redno zdravljenje;
- odnos do smrti kot normalnega dela življenja s tem, da s paliativno nego smrti ne pospešujemo niti je ne zavlačujemo;
- omogočanje, da bolnik do konca kakovostno in kar se da dejavno živi, kar lahko ugodno vpliva na sam potek bolezni;
- podpora bolnikom svojcem v času bolezni in žalovanja.

Raziskave so pokazale, da zgodnje vključevanje paliativne oskrbe lahko ugodno vpliva na kakovost zdravljenja v EIT.<sup>12, 9</sup> Campbell s kolegi je raziskoval vpliv zgodnjega vključevanja paliativne ekipe na kakovost oskrbe ob koncu življenja v EIT.<sup>22</sup> Ugotovil je, da se skrajša ležalna doba, zdravljenje bolnikov s slabo napovedjo izida bolezni je manj odločno in tako osebe kot bolniki ter svojci so bolj zadovoljni z zdravljenjem v EIT.<sup>24</sup> Glede na vse to se zdi, da bi paliativna oskrba morala biti integralni del zdravljenja v EIT, čeprav večinoma ni tako.<sup>12</sup>

V EIT lahko boljšo paliativno oskrbo zagotovimo na dva komplementarna načina: z izobraževanjem zdravnikov intenzivne medicine o osnovah paliativne oskrbe in z zgodnjim vključevanjem paliativnega tima in specialistov paliativne medicine v zdravljenje bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni. Vzpostavitev dobre paliativne oskrbe v EIT je odvisna od številnih dejavnikov, kot so pravočasna odločitev o slabi napovedi kritične bolezni, pravočasna uvedba paliativne oskrbe, kulturne, verske in družbene norme, ozaveščenost svojcev, razpoložljivost postelj v EIT idr. Na voljo so tudi specifična priporočila. V ZDA je Odbor za etiko Ameriškega združenja za intenzivno medicino že leta 2001 izdal enotna priporočila za paliativno oskrbo v EIT.<sup>4</sup> Med drugim ameriška priporočila vsebujejo nekatera konkretna navodila za izvajanje paliativne oskrbe v EIT:

- prehod iz intenzivnega zdravljenja v paliativno oskrbo je lažji, če paliativni status bolnika jasno označimo;
- namesto podaljševanja zdravljenja iz prejšnjih temperaturnih listov začnemo na novo, kot da bi bil bolnik šele sprejet v EIT;
- pretehtati je potrebno odločitev, ali je paliativnega bolnika potrebno seliti iz EIT; na to odločitev pa je potrebno gledati izključno s stališča bolnikovega udobja;
- spremljati je potrebno bolnikovo stanje in se ustrežno odzivati;
- potrebno je prepoznavati simptome, ki spremljajo umiranje in jih olajšati (dispneja, slabost in bruhanje, bolečina, anksioznost in delirij, vročina, lakota in žeja, preležanine ...).

Ob upoštevanju teh priporočil se število monitorjev, posegov in preiskav pri paliativnih bolnikih zmanjša za več kot polovico.<sup>24</sup> Določene postopke intenzivnega zdravljenja je smiselno nadaljevati, če vplivajo na bolnikovo udobje, na primer podporno predihavanje in oksigenacijo za lajšanje dispneje, zdravljenje z antibiotiki pri bolečih okužbah idr. Bolnika selimo iz EIT samo, če bomo s tem prispevali k bolnikovemu udobju, nikakor pa ne zaradi pomanjkanja prostora ali ker paliativni bolniki ne bi sodili v EIT.<sup>22</sup> Ovrednotenje simptomov, kot je bolečina, je pri bolniku v EIT pogosto težko in zahteva dodatno izobraževanje negovalnega osebja in zdravnikov. Lajšanje bolečine mora biti dosledno, v rednih intervalih in z rešilnimi odmerki. Z odmerjanjem analgetikov in sedativov moramo olajšati bolnikovo trpljenje, nikakor pa ne smemo pospeševati bolnikovega umiranja. Tudi to pravilo zahteva izobraževanje in izkušnje, v primeru pomanjkanja le-teh pa se priporoča posvet s specialistom paliativne medicine.<sup>24</sup>

## Zaključki

V EIT na Onkološkem inštitutu v Ljubljani se morda pogosteje kot drugje srečujemo z bolniki, ki imajo slabo napoved izida kritične bolezni in osnovne rakave bolezni ter zahtevajo paliativno oskrbo že v času intenzivnega zdravljenja. Trendi v svetu kažejo, da bo takih bolnikov tudi v drugih EIT vse več. Pravilna določitev

slabe napovedi izida in uvedba dobre paliativne oskrbe teh bolnikov postaja odraz kakovosti dela v EIT in zmanjšuje povprečno trajanje hospitalizacije, stroške zdravljenja ter povečuje zadovoljstvo zdravstvenega osebja, bolnikov in njihovih svojcev. Da bi to dosegli, je potrebno zagotoviti izobraževanje osebja v EIT o osnovah paliativne oskrbe in posvetovanje s paliativno ekipo, kjer ta obstaja. Vprašanja, ki so se nam zastavila ob obravnavi omenjenega bolnika, bodo lažje rešljiva, če bomo upoštevali želje bolnika in svojcev, zlasti pa če bomo pravočasno uvedli paliativno oskrbo in s tem preprečili bolnikovo trpljenje po prenehanju intenzivnega zdravljenja ne glede na to, koliko časa bo trajalo umiranje.

V Sloveniji so v pripravi smernice za uvedbo paliativne oskrbe v EIT. Pričakujemo, da se bo obravnava bolnikov s slabo napovedjo izida kritične bolezni izboljšala. V nekaterih bolnišnicah, tudi na Onkološkem inštitutu, že imamo paliativne ekipe, ki jih bomo morda začeli dejavneje vključevati v intenzivno zdravljenje. Upamo tudi, da bo zaživel vključevanje strokovnjakov za biomedicinsko etiko, ki so nam na voljo vsaj v osrednjih slovenskih bolnišnicah.

## Literatura

1. Yu W, Ash AS, Levinsky NG, Moskowitz MA. Intensive care unit use and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med* 2000; 15: 97–102.
2. Angus DC, Barnatto AE, Linde-Zwirble WT, Weissfeld LA, Watson RS, Rickert T, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: An epidemiologic study. *Crit Care Med* 2004; 32: 638–43.
3. Task force on ethics of the Society of critical care medicine. Consensus statement on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Crit Care Med* 1990; 18: 316–22.
4. Trug RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American Academy of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008; 36: 953–63.
5. Vincent JL. Foregoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27: 1626–33.
6. Sinuff T, Cook DJ, Rocker GM, Griffith LE, Walter SD, Fisher MM, et al. DNR directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Can J Anesth* 2004; 10: 1034–41.
7. Cook D, Rocker G, Marshall J, Sjøkvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *NEJM* 2003; 349: 1123–32.
8. Zimmerman JE, Knaus WA, Wagner DP, Sun X, Hakim RB, Nystrom PO. A comparison of risks and outcomes for patients with organ system failure: 1982–1990. *Crit Care Med* 1996; 24: 1633–41.
9. Levy DE, Caronna JJ, Singer BH, Lapinski RH, Frydman H, Plum F. Predicting outcome from hypoxic-ischemic coma. *JAMA* 1985; 253: 1420–26.
10. Carlet JM, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox PN, Hill NS, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004; 30: 770–84.
11. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effects of ethics consultation on non-beneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 1166–72.
12. SUPPORT Principle Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: the Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT). *JAMA* 1995; 274: 1591–8.

13. Ahrens T, Yancey V, Kollef M. Improving family communication at the end of life: implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003; 12: 317–23.
14. Thomas EJ, Sexton JB, Helmreich RL. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2003; 31: 341–50.
15. Sprung CL, Woodcock T, Sjøkvist P, Ricou B, Bulow HH, Lippert A, et al. Reasons, considerations, difficulties and documentation of end-of-life decisions in European intensive care units: the ETHICUS Study. *Intensive Care Med* 2008; 34: 392–3.
16. Levin PD, Sprung CL. Withdrawing and withholding life-sustaining therapies are not the same. *Crit Care* 2005; 9: 230–2.
17. UK General Medical Council. Withholding and withdrawing life-prolonging treatments: good practice in decision-making. Dosegljivo na: <http://www.gmc-uk.org/standards/whwd.htm>
18. Steinberg A, Sprung CL. The dying patient act, 2005: Israeli innovative legislation. *Isr Med Assoc J* 2007; 9: 550–2.
19. Trontelj J. Bolnikova privolitev. In: Balažić J, Kornhauser P, eds. *Medicinska etika – deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega. Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete; 2003. p. 34–8.
20. Klevišar M. Etična vprašanja pri umirajočem bolniku. In: Balažić J, Kornhauser P, eds. *Medicinska etika – deontološka vprašanja pri delu zdravnika*. 9. spominsko srečanje akademika Janeza Milčinskega. Ljubljana: Inštitut za sodno medicino Medicinske fakultete; 2003. p. 39–41.
21. Sepúlveda C. Palliative Care, The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003; 24: 91–6.
22. Campbell ML, Guzman JA. Impact of proactive approach to improve end-of-life care in medical ICU. *Chest* 2003; 123: 266–71.
23. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce J. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158: 1163–7.
24. Campbell ML, Frank RR. Experience with an end-of-life practice at a university hospital. *Crit Care Med* 1997; 25: 197–202.

---

Prispelo 2008-12-18, sprejeto 2009-05-04