



Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği'nin 6 Kasım 2008 de Bursa'da Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji Anabilim Dalı ve Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı ile birlikte düzenlediği III. Tıp Etiği Ve Tıp Hukuku Sempozyumu

“Yüksek Riskli Hastaya Yaklaşımın Etik ve Hukuksal Boyutları”

SONUÇ BİLDİRGESİ

6 Kasım 2008 tarihinde Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Derneği'nin Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Deontoloji ile Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dallarının katkılarıyla Bursa'da üçüncüsünü düzenlediği Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Sempozyumunun konusunu yüksek riskli hastaya yaklaşımın etik ve hukuksal boyutları oluşturmaktadır. Sempozyumda “yüksek riskli hasta” biçiminde tanımlanan resüsitasyon uygulanan hastalar ile yaşam desteği alan veya komadaki hastalara sunulan sağlık hizmetlerinde yaşanan etik ve yasal sorunlar tartışılmıştır. Bu amaçla yapılandırılan programda dört panel oturumuna yer verilmiştir. Her panelde belli bir başlık ele alınarak, başlıklar tıp etiği, yoğun bakım, hukuk ve sağlık politikaları açılarından tartışılmıştır. Panel oturumlarında o konuyu çeşitli boyutlarıyla ele alacak uzmanlara yer verilmiş ve bir olgu üzerinden tartışma yürütülerek farklı disiplinlerin görüşleri alınmıştır.

Sempozyum sonunda farklı disiplinlerin uzlaşma noktaları belirlenerek yaşanan sorunlara çözüm getirebilmesi amacıyla bir sonuca varılmıştır. Sonuç bildirgesini oluşturan öneriler dört başlık altında sırasıyla verilmiştir.

Kaynakların Dağılımı

Hizmet sunumu için gerekli koşullar başlığı altında toplanabilecek olan kaynakların, çeşitli ölçeklerde dağıtımını söz konusudur. Büyük ölçekte, toplam bütçenin ne kadarı sağlığa ayrılacağı, sağlığa ayrılan bütçe nasıl harcanacağı hükümetçe belirlenir. Orta ölçekte, kurumsal kaynakların nasıl harcanağı kurum yöneticilerince belirlenir. Küçük ölçekte ise hizmet sunumu sırasında örneğin bir hastadan hangi testin isteneceğini hekim belirler. Tüm ölçeklerde dağıtım için temel soru, dağıtımın hangi ölçütlere göre yapılacağıdır. Bu noktada temel olarak göz önünde tutulması gereken, her insanın gereksindiği sağlık hizmetine herhangi bir engelle karşılaşmadan erişme hakkı bulunduğu; dolayısıyla sağlık hizmetlerinin dağıtımında adil olan, gereksinime göre dağıtımdır. Bu durumda yeni bir soru

ortaya çıkar: Gereksinim nasıl tanımlanabilir? Gereksinimin acilliği, gereksinim duyulan şeyin miktarı, bireyin o şeyden yararlanma kapasitesi gereksinimin boyutları olarak öne sürülmekte, bu ölçütlerin kullanılması önerilmektedir. Bunu yanı sıra, çeşitli meslek ahlakı düzenlemelerinin belirttiği gibi, tıbbın temel değerlerinden biri ayırım yapmamaktır, dolayısıyla gereksinimi belirlerken / kaynakları dağıtırken kişinin herhangi bir özelliği değil, sadece tıbbi ölçütler dikkate alınmalıdır.

Gözden kaçırılmaması gereken bir nokta, küçük ölçekte yapılan seçimlerin daha üst ölçekteki dağıtım kararlarından önemli ölçüde etkilendiğidir. Sağlık çalışanları tek başlarına bu kararları vermek durumunda bırakılmamalı, sorumluluk sadece onlara yüklenmemelidir. Bununla birlikte, sağlık çalışanlarının orta ve büyük ölçekteki dağıtım politikalarına ilişkin uyarıda bulunma ve öneri geliştirme sorumluluğu bulunmaktadır. Kaynakların sınırlı / değişmez / sabit olmadığı bilinmektedir; dolayısıyla eldeki kaynakların artırılması gerektiği de vurgulanmalıdır. Son olarak, kaynaklar ve gereksinimler dinamiktir; bu nedenle sürekli izlenmelidir.

Yoğun bakımların daha verimli çalışabilmeleri için, yasal ve etik açıdan bir dizi yeni düzenlemelere gereksinim vardır. Yaşamın sonu ve yaşamın kısıtlandırılması konularında mesleki derneklerin çalışmalar yapması ve bu çalışmaların sonuçları Sağlık Bakanlığı'na yaşama geçirilmelidir.

Aydınlatılmış Onam Almak

Ondokuzuncu yüzyılla birlikte tıpta bilimsel ve teknolojik gelişmelerin hızlanması, insan hakları kavramının gelişmesi ve kişi özerkliğinin temel değerlerden biri olarak benimsenmesi hasta-hekim ilişkisinde hastanın onamının önemini artırmıştır. Hekimden tedavi öncesi hastayı bilgilendirmesi ve tedavi seçeneklerini açıklaması beklentisine, geçmiş yüzyılda insan üzerinde yapılan tıbbi denemelere ve yasal gelişmelere toplumun gösterdiği tepki neden olmuştur. Tıbbi uygulama için hastanın onamını almanın hukuksal ve kavramsal dayanak noktaları tıp etkinliğinin başlangıcından bugüne çeşitli görünümleri ile saptanmakla birlikte, hastanın bilgilendirildikten sonra onamının alınması yeni bir olgudur. *Onam*, önerilen tıbbi girişimle ilgili olarak kişiden alınan rızadır. Tıp etiği bağlamında onam, hastanın kendisine uygulanacak tıbbi tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmesi anlamındadır. Kaynağını kişinin özerkliği, beden bütünlüğü ve kendi yazgısını belirleme haklarından ve kişi özerkliğine saygı ilkesinden alan onamın gerekliliği, tıp etiği ve insan haklarıyla ilgili uluslararası nitelikteki belgelerde de bir hak olarak kesinleşmiştir. Bu açıdan onam, hukuksal niteliği de olan bir kavramdır. Buna göre, yeterliliği olan kişilerin onamı olmadan tanı, tedavi ya da bilimsel araştırmaya yönelik her hangi bir tıbbi girişim uygulanamaz. Aydınlatılmış

onamın dayandığı iki temel ilke: “güvene dayanan ilişki” kavramı ve “bireyin kendi hakkında karar verme hakkı” dır.

“Aydınlatma” ve “Onam” aydınlatılmış onam kavramının iki temel boyutudur. Buna göre aydınlatma, “bilginin sunulmasını” ve “sunulan bilginin anlaşılmasını”, onam ise “gönüllülük” ve “yeterlilik” öğelerini içeren temel özellikleri ifade eder. Etik ve yasal açıdan, tıbbi müdahaleler öncesinde hastanın aydınlatılmış onamının alınması bir zorunluluk olmakla birlikte bazı özel durumlarda hasta onamı aranmayabilir. Yaşam desteği alan ya da komadaki hastalar gibi hastanın bilincinin kapalı olduğu ve bu nedenle isteğini belirlemediği ya da yeterliliklerini kısmen kaybetmiş olan hastalar verilen bilgiyi anlama ve kavrama yeterliliğine sahip olamayacaklardır. Bu da aydınlatılmış onamın geçerli olması için tanımlanan kriterlerin (Bilgilendirme, yeterlilik, anlama, gönüllülük ve karar verme) sağlanamamasına neden olur. Bu durumda hekim, bilgilendirmeyi hastanın vasiliğini üstlenen yakınına yapma durumundadır. Hastanın yetersiz olması durumunda nasıl karar verileceğinin standartları hastanın önceden bildirmiş olduğu istekleri, hastanın genel değer ve inançları, hasta için en iyi olan olarak tanımlanabilir.

Aydınlatılmış onamın hekim tarafından bir görev olmaktan çok bir erdem olarak görülmesi, yoğun bakımlarda hekimin hastası ya da hasta yakınları ile kuracağı iletişimi hastanın yararı doğrultusunda gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Buna göre;

1. Aydınlatılmış onam, sadece yasal zorunluluğu olan, hekimi ve hastaneyi korumak amacıyla düzenlen hastaya bu amaçla imzalatılan sıradan bir belge olarak görülmemelidir.
2. Hekim tarafından, hastanın aydınlatılmasının ve onamının alınmasının ekibin bir üyesi olarak en doğal hakkı olduğu kabul edilmelidir. Bu durum içselleştirilmeli ve davranış haline getirilmelidir.
3. Hekim hastayı bilgilendirmeden ve onamını almadan tıbbi girişimi hızla gerçekleştirmek zorunda kalabilir. Bu müdahale sırasında hekim hastaya yarar-zarar dengesini göz önünde bulundurarak karar vermelidir.
4. Hiç onam alınamayan veya onam alınmanın geciktiği durumlar da tıbbi müdahalelerde sonsuz değildir. Hasta Hakları Yönetmeliği’nde “hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz” diyerek, yaşamın yitirilmesi ve hayati organların zarar görmesi gibi nedenlerle bu müdahale türünü sınırlandırılmıştır. Hekimin neden acil müdahale etme gereğini duyduğu tıbbi kayıtlarla da açıklanabilmelidir.

Bilimsel Araştırmalara Katılım

Bilimsel araştırmalarda etik değerler belirlenmiş olmasına karşın, uygulamada sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunların giderilmesinde üç nokta üzerinde durulabilir. Öncelikle araştırmanın bilimsel standartları taşıması gerekmektedir. İkinci olarak araştırmacı ve deneğin hakları gözetilmelidir. Ayrıca yapılan tıbbi uygulama ve araştırmaların, yasalara ve ahlaki değerlere uygunluğu sağlanmalıdır. Bilimsel araştırmanın etik yönden değerlendirilmesinde asıl amaç; denek haklarının korunması, bilimsel yönden değerlendirilmesindeki amaç ise araştırma sonuçlarının yansız, geçerli ve güvenilir olmasıdır. Bilimsel yönden doğru olarak planlanan, yürütölen ve değerlendirilen bir çalışma deneklerin olası kullanımlarının önlenmesi, risk-yarar dengesinin doğru kurularak zararın en aza indirgenmesi, denek haklarının korunması ile etik yönden de kabul edilebilir bir durumda olur.

Kişinin beden bütönlüğü üzerindeki girişimlerin etik açıdan olduğu kadar yasalarca da geçerli olabilmesi için bazı temel koşulların sağlanması gerekir. Bu koşulların ilki, deneğin geçerli onamının olmasıdır. Deneğin hiçbir kuşkuya yer vermeden uygulama ve bunun doğuracağı sonuçlar ve riskler hakkında bilgilendirilmesi, onamı verirken herhangi bir baskı altında kalmaması, kişinin içinde bulunduğu maddi, manevi ve fiziksel koşullardan faydalanılmaması verilen onamı geçerli kılar. İkinci önemli temel koşul, tıbbi denemelerden deneğin zarar görmemesi ve yaşamının tehlikeye atılmamasıdır. Hastalığın tedavisi için bilinen, bilimsel tıp tarafından onaylanmış olan tedavi yöntemlerinin sonuç vermediğinden emin olmak gerekir. Ayrıca tedavi etme amacıyla ya da bilimsel bilgi sağlama amacıyla girişimde bulunacak araştırmacının bu konuda yeterli bilgi, yetenek ve beceriye sahip olması beklenir.

Bilimsel araştırmalar güven ve düröüstlüğe dayalı değerleri korumalıdır. Araştırmacı araştırmanın planlama ve yürütölmeye için en yüksek mesleki standartlara sahip olmalı, araştırmanın yapılışı ve bulguların analizi sırasında dürüst ve açık olmalıdır. Klinik araştırmalara katılan araştırmacılar konu ile ilgili ulusal ve uluslar arası yönetmelikleri bilmelidirler. Yine araştırma sorumluları etik kurullara sunulan dosya hakkında gerekli bilgiye sahip olmalıdırlar.

Buna göre;

1. Araştırmacı araştırmanın planlama, yürütme ve değerlendirmesinde bilimsel ve etik değerlerin bilincinde olmalıdır.
2. Uzmanlık eğitimine başlayan herkese bilimsel araştırmanın planlanması, yürütölmeye ve değerlendirilmesi ile ilgili olarak eğitim alma zorunluluğu getirilmelidir.

3. Araştırmacılara konu ile ilgili ulusal ve uluslar arası yönetmelikler hakkında etik kurullar tarafından verilen eğitimi alma zorunluluğu getirilmelidir.
4. Etik kurulların onam verdiği çalışmaların ulusal ve uluslar arası yönetmeliklere uygun yürütülüp yürütülmediği mutlaka etik kurullar tarafından denetlenerek izlenmesi gereklidir.
5. Aydınlatılmış onam formlarının çoğu zaman uzun olmasının bu formların anlaşılabilirliğini zorlaştırmakta ve onam alımı bir formalite olarak algılanmaktadır. Formu imzalayan hasta ya da hasta yakınlarının çoğu zaman okumadan imzaladıkları bilinmektedir. Bu anlamda, araştırmaya katılanlara yazılı onam öncesi mutlaka zaman ayrılarak sözlü olarak bilgilendirilmelerinin sağlanması ve ardından imzalarının alınması onam alımının işlevselliğini sağlayacaktır.
6. Klinik araştırmalar ile ilgili hazırlanmış olan yönetmeliğin uzun süredir Meclisten çıkmaması ve hala eski yönetmeliğe bağlı olarak Etik Kurul çalışmalarının sürdürülmesi önemli bir sorundur. Diğer taraftan gözlemsel çalışmalar ile ilgili yönetmeliğin hızla çıkartılması beraberinde yeni sorunları da getirmiştir. Yönetmelikler hazırlanırken Üniversite ve Bakanlık işbirliğinde yapılacak geniş katılımlı toplantılarda tartışılarak hazırlanmalıdır.

Yaşamın Son Dönemine İlişkin Kararlar

Ülkemizde yoğun bakım ünitelerine yatırılan hastaların önemli bir kısmı, uzmanların ifadelerine göre, uygun alternatifler bulunmadığından kabul edilmek zorunda kalınan, kısa süre sonra öleceği kesinlik kazanmış, tedavi umudu kalmamış hastalardan oluşmaktadır. Yoğun bakım üniteleri, çok yüksek tıbbi harcamalarla hizmet veren ünitelerdir ve bu ünitelerdeki yatakların, sadece yaşamın kurtarılması amacıyla kullanılması gerekir.

Bu nedenle ölümün açıkça görüldüğü, tıbbın ulaştığı seviyede tedavi olanağı ortadan kalkmış terminal dönem hastalarının, artık sadece ağrı ve diğer yakınmalarının dindirileceği ve ruhsal desteklerle buluşturulabilecekleri şekilde düzenlenmiş özel hizmet ünitelerinde bakılmaları gerekir. Gelişmiş Batı ülkelerinde, ölümün beklendiği evreye girmiş, diğer adıyla terminal dönem hastalarının bakılması için çeşitli bakım kurumları oluşturulmuştur. Bunlar, yapılanmaları bakımından üç türdedir:

- 1- Hospice: Bir ev havası verilmiş, az yataklı, yaşamı uzatıcı tedavilerin uygulanmayıp, sadece yakınmaları giderici tedavilerin uygulandığı, gerekli sağlık elemanları ile donatılmış kurumlardır. Bu kurumlar, sadece gündüz bakım vermek üzere de yapılandırılmıştır. Böylelikle gündüz işte çalışan aile üyeleri, hastalarını gece evlerine tekrar alıp bakabilmektedirler.
- 2- Palyatif Ünite: Hastanelerin bünyesinde terminal dönem hastalarının bedensel yakınmalarını dindirmek, ruhsal destek vermek üzere programlanmış ünitelerdir. Bu

ünitelerde de yaşamı uzatıcı tedaviler uygulanmaz. Burada son evre hastalarının evlerinde kalabilmeleri için akut sıkıntıları giderilir.

- 3- Evde Bakım: Terminal dönem hastalarının yakınmalarını giderici sağlık bakımını evlerinde alabilmek üzere 24 saat kesintisiz hizmet ağı oluşturulması şeklinde yürütülmektedir.

Dolayısıyla terminal dönem hastalarının bakımında, evde 24 saat ızdıraplarını giderici tıbbi desteği alabilecekleri bir bakım organizasyonu oluşturmak, ana hedef olmalıdır. Evde kendilerine bakacak yakını olmayan hastalar için Hospice kurumları çare olabilecektir.

Terminal dönem hastalarının ağrı ve diğer yakınmalarının en etkili şekilde giderileceği tıbbi bakımın verilebilmesi için, “palyatif tıp” adı verilen bağımsız bir uzmanlık alanı açılmış ve uzmanlar yetişmiştir. Bu yolu açan ülke İngiltere olmuş, diğer Batı ülkeleri bu alanı ülkelerinde var etmekte gecikmemişlerdir. Ülkemizde böyle bir uzmanlık alanı bulunmaması, kuşkusuz bir eksikliklerdir.

Terminal dönem hastaları için bu bakım olanakları var edilmediğinde hastalar, yakınlarının ısrarı ile yoğun bakım ünitelerine yatırılmakta, burada çok yüksek masraflar karşılığında, ünitenin amaçları dışında bir hizmet almaktadırlar.

Sağlık Bakanlığımızın, yaşlıların evde bakılmalarını destekleyen, bunun için ailelere maddi destek sağlayan bir programı uygulamaya koyma hazırlığı içinde olduğu, ancak bu uygulamada, evde tıbbi bakımın masraflarının karşılanmasına yönelik bir açılım bulunmadığı da bilinmektedir. Bu program, evde bakımı içine alacak bir açılımla yeniden planlanmalıdır.

Ayrıca ölüm, çocuk ve gençleri de içine alan bir gerçektir. Çocuk ve gençlerin de ölümcül hastalıkların son evresinde, daha uygun biçimde bakılacakları kurumlara gereksinimleri vardır. Batıda bu gereksinimi karşılamak üzere oluşturulmuş Çocuk Hospizlerinin pek çok örneği bulunmaktadır.

İkinci önemli yön, sağlık mevzuatımızda terminal dönem hastalarına yönelik olarak tedavinin sınırlandırılması ve kesilmesi konularında hekimin ölmekte olan hasta karşısında sorumluluğu açık olarak tanımlanmamıştır. Oysa çeşitli Batı ülkelerinin başta hekimlerin temsilcisi konumundaki meslek örgütleri, hekimin görevinin sadece sağlığı korumak, hastalıkları yenmeye çalışmakla sınırlı olmadığını, ölmekte olan insana ölüme dek yardımcı olmanın da hekimin görevleri içinde olduğunu vurgulayan yönergeler yayınlamışlardır. (Örnek olarak Alman Tabipler Birliği'nin 1979 yılında yayınladığı ‘Ölmeye Yardım Yönergesi’ verilebilir). Bu yönergeler, hekimleri bağlayan aktif ötenazi yasağının bilincinde olarak düzenlenmiş olup, hekimin son evre hastalarını gereksiz tedavilerle hastayı hırpalamaması için açık bir şekilde yol gösteren, yasal bağlayıcılığa sahip metinlerdir.

Yoğun bakımların daha verimli ve randımanlı çalışabilmeleri için, yasal ve etik açıdan bir dizi yeni düzenlemelere gereksinim vardır. Yaşamın sonu ve yaşamın kısıtlandırılması konularında mesleki derneklerin çalışmalar yapması ve Bakanlığın bu çalışmaların sonuçlarını hiç olmazsa benimsediği konularda hayat geçirmesi açılarından yardımcı olması dileğimizdir.

Son olarak yoğun bakım ünitesi çalışanlarının bu zor görevlerini yerine getirirken karşılaştıkları etik ikilemlere ilişkin etik uzmanından danışmanlık hizmeti alması, klinik konsültasyon talebi kadar etik konsültasyonun da işlerlik kazandırılması gereklidir.