

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE YAŞAMIN SONUNA GELMİŞ HASTALARDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ: TÜRK DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER YOĞUN BAKIM DERNEĞİ'NİN GÖRÜŞLERİ

Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği*

Özet: Gerek sağlık hizmetlerinde gerekse de yoğun bakım hizmetlerindeki son gelişmelerle birlikte, terminal dönem hastaların sayısı artmaktadır. Bu yazıda, Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği'nin terminal dönem hastaların sorunlarına ve bu sorunlara yönelik çözüm önerilerine ilişkin görüşleri yer almaktadır.

Anahtar sözcükler: yoğun bakım, hizmete erişim, tedaviyi durdurma, tedaviye başlamama, boşuna tedavi, ötanazi

Problems and Possible Solutions Faced with the Terminally Ill Intensive Care Patients: Views from the Turkish Society of Medical and Surgical Intensive Care Medicine

Abstract: Recent advances in the practice of both health care and intensive care medicine have led to an increase in the population of patients with terminally ill. This paper provides the current problems and recommendations for these patient population.

Key words: intensive care, access to services, withdrawing, withholding, futile therapy, euthanasia

Son yıllarda, tıpta ve teknolojiye gözlenen hızlı gelişmelere paralel olarak yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) uygulanan ileri yaşam destek ve tedavilerinde ciddi gelişmeler yaşanmıştır. Karmaşık ve yüksek düzey teknolojik cihazlar yoğun bakım izlem ve tedavisinin rutin bir parçası haline gelmiştir. Bunlara paralel olarak yoğun bakımlarda hasta yatış süresi uzamış, eskiden yaşama şansı olmayan pek çok hasta yaşatılabilir hale gelmiştir. Öte yandan bu durumun bir uzantısı olarak, uygulanan ileri yaşam destek ve tedavileri sayesinde, tedaviden fayda görmeyecek kadar kötü - ölümün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu - pek çok hastada ölüm süreci zor, zahmetli ve uzun sürece sokulmuştur. Kaçınılmaz olan ölüm süreci uzatılmaya ve geciktirilmeye başlanmıştır.

Dünyada ve Türkiye'de, beklenen yaşam süresinin artmasına paralel olarak, kanser ve kronik organ yetmezliği nedeniyle, herhangi bir tedaviden fayda görmeyecek durumda, yaşamlarının sonuna gelmiş hasta sayısı giderek artmıştır. Türkiye'de bu

hastalar için özgün bir sağlık yapılanması ve yasal düzenleme yoktur. Bu nedenle, bu hastaların büyük bir kısmı yaşamlarının son günlerini YBÜ'lerinde geçirmektedirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde, ülkedeki tüm ölümlerin %18-31'inin YBÜ'lerde olduğu gösterilmiştir (**Halpern, 2010**). Türkiye'de bu durumun çok daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde; tıbbi tedaviden fayda görmeyecek bu hastaların büyük oranda izlenmek durumunda kalınması, hastaların kendisi, yakınları, yoğun bakım yatışı bekleyen diğer hastalar ve onlara hizmet veren sağlık çalışanları için tıbbi, hukuki, etik ve sosyolojik birtakım sorunlara sebep olmaktadır. Derneğimiz olarak yoğun bakım hekimlerinin bu konuda pratik uygulamada karşılaştığı sorunları ve çözüm önerilerini bu yazıda özetlemeye çalıştık.

a. Hizmete erişim sorunları

Yaşamın sonuna gelmiş, tıbbi tedaviden fayda görmeyecek kadar kötü olan hastalar, yaşamlarını

*Bu görüş yazısı Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği adına Prof. Dr. Halil Kaya Yorgancı ve Doç. Dr. Melda Türkoğlu tarafından hazırlanmıştır.

kaliteli bir şekilde sonlandırmayı hedefleyen palyatif tedavi uygulanması gerekli hasta grubunu oluşturmaktadırlar. Ülkemizde bu konuda yeterli gelişmelerin sağlanamamış olması, bu hastaların palyatif merkezler yerine YBÜ'lerine yatırılmasına ve burada yoğun bakım hizmetine tabi tutulmasına yol açmaktadır. Yoğun bakım hizmeti, palyatif tedaviden farklı olarak daha agresif ve invaziv, daha yoğun medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri içeren ve yarar vermediği noktada zararlı olabilen bir tedavidir. Yoğun bakım hekimi, kendi bilgi ve etik ilkeleri, hastayı izleyen birincil doktorun veya yakınının hasta üzerindeki gereksiz istekleri, desteği sınırlandırma konusundaki ülkemizdeki hukuki boşluklar nedeniyle bu hastalara palyatif tedavi yerine yoğun bakım tedavisi uygulamak zorunda kalmaktadır. Bunun sonucu olarak, bu hastalara başta yüksek maliyetli ve riskli ilaçlar olmak üzere gereksiz tedaviler, santral kateterizasyon, entübasyon, mekanik ventilasyon, hemodiyaliz gibi invaziv ve ileri tedaviler uygulanmaktadır. Bu tedaviler hastayı iyileştiremediği gibi, yarattıkları komplikasyonlarla yeni tedavi ve girişimlere yol açmaktadır. Oluşan bu kısır döngüsü ile hasta, YBÜ'de tekrarlayan enfeksiyonlar ve gereksiz girişimler ile yaşamını, kalitesiz ve ızdıraplı bir şekilde yakınlarını göremeden yalnız olarak sonlandırmaktadır.

Uluslararası kılavuzlara göre, yaşamın sonuna gelmiş, tıbbi tedaviden fayda göremeyecek kadar kötü olan hastalar, yoğun bakım yatışı açısından 3. öncelikli hasta grubunu oluşturmaktadırlar (**Guidelines For intensive Care Unit Admission, Discharge and Triage, 1999**). Bu hastaların gereksiz yoğun bakım yatışları, YBÜ'ye daha öncelikli yatması gerekli pek çok hastanın yatışını engelleyebilmektedir. Ülkemizde ve dünyada yoğun bakım yatak sayıları artan gereksinimi karşılayamamaktadır. Bu nedenle tıbbi kaynakların adil şekilde paylaşılması gerekir. Yaşam desteğine hangi hastanın daha fazla gereksinim duyacağına karar vermek ise zordur. Bu da sosyal adalet ilkesini uygulamadaki zorluğu gündeme getirmektedir. Etiğin temel ilkelerinden biri olan sosyal adaleti korumak adına, yoğun bakıma hasta seçiminde titiz davranılmalı, müdahaleli izlem ve tedavilerden fayda görmeyecek hastalar bu ünitelere yatırılmamalıdır. Bu konuda yoğun bakım hekimlerinin asal bir görevi de diğer hekim meslektaşlarını bu konuda bilgilendirmek ve yol gösterici olmaktır.

Yaşamın sonuna gelmiş hastaların YBÜ'lerde izlenmek durumunda kalması, hastalar kadar ünite

de çalışan sağlık personeli üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Uzun süreli ve yoğun emek gerektiren tedavi sürecinin ölümle sonuçlanması yoğun bakım çalışanlarının olumsuz etkilenmesine, motivasyon kaybına ve uzun dönemde tükenmişliğe neden olduğu bilinmektedir. Bu durumun yarattığı psikolojik sorunlar, zaman zaman meslekten soğumaya yol açmakta ve uygulanan tedavinin kalitesinde azalmaya yol açabilmektedir.

Bütün bu olumsuz sonuçlarına rağmen, ülkemizde, bu hastaların YBÜ'lere yatışlarını sınırlandıracak hekimi koruyan hukuki alt yapı olmadığı gibi, geri ödeme politikaları ve performans sistemi ile bu yatışların desteklendiğini görmekteyiz. Ülkemizde yoğun bakım hastalarının geri ödemesi, hastaların ağırlık derecelerine göre basamaklandırılması esasına göre yapılmaktadır. En ağır hasta grubunu oluşturan 3. basamak hastası en ileri invaziv tedavilerin uygulandığı hastalardır. Bu hastalara en yüksek ücretin ödenmesi ve ayrıca performans sistemine göre yapılan invaziv girişime karşı hekimin yüksek performans puanları elde etmesi, bu hastalarda fayda vermeyecek olsa bile ileri invaziv girişimlerin uygulanmasını desteklemektedir.

Bu sorunların çözümü için, ülkemizde de, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bu hastaların son dönemlerini yakınlarıyla, ızdırap çekmeden, kaliteli bir şekilde geçirebilmeleri için Palyatif Bakım Ünitesi veya hospis gibi tedavi kurumları oluşturulmalıdır. Bu hastaların, YBÜ yerine palyatif bakım ünitesi veya hospislere yatışları sağlanmalı ve kendileri için gereksiz tedavileri almalarının önüne geçilmelidir. Bunun için de öncelikle yaşam desteğinin sınırlandırılması ve sonlandırılması ile ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulması ve bu sistemi destekleyen, geri ödeme ve hekim performans puan sisteminin yeniden gözden geçirilmesi gereklidir.

b. Sağlık hizmetlerinin kapsamı/tıbbın sınırlarını belirlemek

Hayatın sonuna ilişkin etik konular hekim ve hasta yakınları için çoğu zaman zor, üzücü, bazen çelişkili durumlar içermektedir. Etiğin temel ilkeleri; yarar sağlamak, otonomi, zarar vermemek ve sosyal adalet olmasına karşın yoğun bakımlarda bu etik kuralları uygulamak kolay değildir. Kimi zaman bu temel ilkeler birbiriyle çatışır. Yarar sağlamak; tedavi yöntemleri ağırlaştıkça zarar vermemek ilkesiyle çatışabilir. Otonomi ilkesini uygulamak; çoğu zaman hastanın karar verme yetisi olmadığı için zordur. Aşağıda yoğun bakımda yaşamın

son dönemine ilişkin etik konular ve önerilerimiz ardışık olarak verilmiştir.

Tıbbi karar verme

Karar verme yeterliliği bulunan her hasta hekimin önerilerini göz önüne alarak tedavisi ile ilgili kararlara katılmalıdır. Hekimler hasta otonomisini koruyarak, hastanın bildirdiği isteğe saygı göstermelidirler. Ancak, hastaların kendi tedavileriyle ilgili kararlar verirken duygu durumlarını değerlendirmeli ve depresyon gibi duygulanım bozuklukları olmadığından emin olmalıdırlar.

Tıbbi karar verme aşamasında hastanın karar verme yetisi yoksa veya bilinci yerinde değilse, daha önceden hasta tarafından belirlenmiş bir kişi sürece dâhil edilmelidir. Eğer hasta böyle bir kişi seçmemiş ise aileden birisi karar verme görevini üstlenebilir.

Hastanın yakını yoksa mahkemeden hastanın otonomisini korumaya yönelik koruyucu kişilerin atanması istenebilir. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı tehdit altına girecek ise izin şartı aranmamalıdır. Bu durumlarda hekimler hastanın yararına olacağını düşündüğü kararı uygulamalıdır.

Eğer hekim hastanın vasisinin verdiği kararın iyilik hali ile çatıştığını düşünürse vasisin dış etkenlerden etkilenmediğinden emin olmalı ve etik komiteye başvurmalı, gerekirse mahkemelerden yardım almalıdır.

Tıbbi vasiyet: (İleri Tedavi Planlaması) (karar verme yeterliğinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirme)

Tıbbi vasiyet, hastanın kronik hastalığının tedavisinin herhangi bir aşamasında, karar verme yeterliğini kaybettikten sonra kendisine nelerin yapılmasını istediği ya da istemediği ile ilgili sözlü, yazılı, hatta bazen tanıklı olarak isteğini bildirmesidir. Bu kararlar çoğunlukla hastanın kendisine herhangi bir yarar sağlamayacak olan tedaviyi sonlandırma, kaybedilen işlevleri geri kazanamayacak durumda olduğunda canlandırmama ya da yaşam destek tedavilerini sürdürmeme ile ilgilidir. Bu noktada; hastanın karar verme kapasitesi yerindeyken bildirdiği isteğine saygı gösterilmeli ve reddedilen tedavinin hastaya getirebileceği tıbbi yarar göz önünde tutularak hastanın kararının yeterli aydınlatmaya dayanmasına özen gösterilmelidir.

Hastaların, günün birinde, ölümün çok yakın ve kaçınılmaz olduğu bir durumdaki olası tercihleri belirlemesi gerektiği hatırlatılmalıdır. Karar verme kapasitelerini yitirdiklerinde yerlerine karar verebilecek birisini seçmeye, yakınlarına hayatın sonuna dair fikirlerini beyan etmeye teşvik edilmelidir. Hasta bu kararları verirken ona yardımcı olunmalı, sağlıklı ve doğru kararlar alabilmesi için her türlü bilgi kendisine verilmelidir. Bu kararlar kayıt altına alınmalı, gerektiğinde güncellemeler yapılmalıdır.

Tedaviyi reddetme hakkı

Karar verme yeterliliği bulunan ve uygun biçimde aydınlatılmış olan kişi tarafından önerilen tedavinin reddedilmesidir. Tedavinin yapılmaması yaşamsal bir tehlike yaratmadığı durumlarda ciddi etik ikilemler yaşanmazken, tedavinin yapılmamasının yaşamı tehdit ettiği durumda hastanın kararına saygı konusunda kuşku duyulabilmektedir. Ancak karar verme yeterliğine sahip ve aydınlatılmış hastanın tedaviyi reddetme hakkına saygı gösterilmelidir. TTB Hasta Hakları Bildirgesi ile bu hak koruma altına alınmıştır.

Tıbbi yararsızlık (Boşuna tedavi)

Hastaya önerilen ya da durumu için mümkün olabilen tedavinin yararsız ya da etkisiz olduğu, yaşamın niteliğine çok az katkı sağladığı, beklentilere cevap verme olasılığı taşımadığı ve makul yaşam şansı tanımadığı durumlarda tedavi ya da uygulama tıbbi açıdan yararsız olarak değerlendirilmektedir.

Yapılabilecek tıbbi işlemler ve tedaviler hastanın tedavi ve bakım hedeflerine ulaşılmasını sağlamıyorsa veya bu hedeflere ulaşırken zaman ve girişimsellik hasta için kabul edilebilir düzeyde değilse bu tedaviye başlanmayabilir veya sonlandırılması düşünülebilir. Bu bağlamda;

1. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda ventilatör desteği hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir,
2. Hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına, beklenen ve kaçınılmaz olan ölümün ertelenmesine yol açan yapay beslenme/sıvı desteği esirgenebilir veya sonlandırılabilir,
3. Hastanın yaşam niteliği çok düşük ise ve yaşam desteği sağlandığında yaşam niteliği iyileştirilemeyecekse hasta canlandırılmayabilir,
4. Hastanın yaşam niteliğini iyileştirmeyecekse, dirençli enfeksiyon riskini artırırsa antibiyotik tedavisi esirgenebilir veya sonlandırılabilir,

5. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda diyaliz desteği hastadan esirgenebilir ya da sonlandırılabilir,

6. Tıbbi yararsızlık söz konusu olduğunda hastanın ağrı, acı çekme süresinin uzamasına ve yaşam niteliğinin daha da bozulmasına yol açacaksa kemoterapi tedavisi esirgenebilir veya sonlandırılabilir.

Yaşamı destekleyen tedavilerin başlanmaması veya sonlandırılması

İleri yaşam destek tedavisi, altta yatan hastalığı iyileştirmeyen, hastanın yaşamını uzatmaya yönelik tedavileri içerebilir. Yaşamı destekleyici tedaviler arasında ventilasyon, diyaliz, kemoterapi, antibiyotik, yapay beslenme ve hidrasyon gibi tedaviler bulunur. Bazen bu tedaviler hastanın ağrı, acı çekme sürecini uzatabilir. Beklenen ve kaçınılmaz olan onurlu ölüm sürecini zor ve zahmetli bir sürece sokabilir.

Hekimin sorumluluğu hastanın sağlıklı ve anlamlı yaşamını sağlamak ve sıkıntısını gidermektir. Bu iki ilke çatıştığı zamanlarda hastanın tercihlerini göz önüne almak gerekir.

Yapılabilecek tıbbi işlemler ve tedaviler hastanın tedavi ve bakım hedeflerine ulaşılmasını sağlamıyorsa veya bu hedeflere ulaşırken zaman ve girişimsellik hasta için kabul edilebilir değilse tedaviye başlanmayabilir veya sonlandırılması düşünülebilir. Tedaviye başlanmaması veya sonlandırılması arasında fark yoktur. Tedaviye başlanmaması veya tedavinin sonlandırılması süreci hastaya verilen bakım hizmetlerini değiştirmemeli ve hasta her zaman tıbbi bakım almalıdır.

Onurlu ölüm, yardımcı intihar ve ötanazi kavramları:

Uluslararası yazılı kaynaklarda yardımcı intihar (Physician assisted suicide), ötanazi gibi kavramlar sıkça kullanılmaktadır. Bazı ülkelerde yasalarla dahi düzenlenmiş olan bu tanımlar tarafımızdan kabul görmemektedir. Yeni bir tedaviye başlamama, devam eden tedavilerin kesilmesi yöntemleri bir bakıma bu kavramlar içinde yer alsada hekimlere ve Türk toplumuna yardımcı intihar, ötanazi kavramlarını anlatmak güç olacaktır. Belkide gerekli olan hukuki ve yasal düzenlemeleri engelleyecektir. Bu nedenle yazılı metinlerde bu tanımların kullanılmaması uygun olacaktır.

Bu bağlamda palyatif bakım önem kazanmaktadır. Hastalara daha iyi palyatif bakım verilerek hastaların kendileri için ölümcül eylemi düşünmelerinin

önüne geçileceğini açığa çıkarır. Palyatif bakım kavramı ve uygulamaları geliştirilmeli, multidisipliner yaklaşım benimsenmelidir. Son dönem hastalara psikolojik ve sosyal destek, rahatlık, yeterli ağrı kontrolü sağlanmalıdır.

Son dönem hastalarda hekimler onurlu bir ölümü sağlamak için hasta gereksinimlerine yanıt veremelidirler. Bu kimi zaman vücut bütünlüğünün korunması (boşuna cerrahi tedavi yapılmaması), yeni bir tedaviye başlanmaması, yan etki riski çok yüksek olsa dahi ağrı ve acının hızlı ve etkin kontrolü şeklinde olabilir. Hastanın onurlu ölmeye hakkı vardır ancak hekimlik açısından ölümcül eylem savunulmamalıdır.

Çifte etki

İyi etki elde etmek niyetiyle (ağrı, acıyı dindirmek) yapılan bir eylemin önceden bilinen ancak niyetlenilmeyen kötü etkiyi (ölümü hızlandırmak, yaşamı sonlandırmak) yaratmasıdır. Bu eylem etik açıdan insan öldürmek olarak değerlendirilmemelidir.

1. Hastanın ağrı ve acısını kesmek amacıyla uygulanacak olan ağrı kesiciler; İstenmeyen sonuç olan ölümü hızlandırma etkisi göz önünde tutulmadan yapılmalıdır.

2. Hastaya uygulanacak olan tedavi nedeniyle ortaya çıkabilecek istenmeyen etkiyi önlemek için gerekli tıbbi önlemler alınmalıdır.

Canlandırmama

Canlandırmama istemi hasta tarafından verilmiş olabileceği gibi canlandırmanın tıbbi açıdan yararsız olduğu durumda hekim tarafından da verilebilir. Hastanın dosyasına canlandırmama emri açıkça yazılmalı ve imzalanmalıdır. İlerisi için istem bildiren bu karar hakkında hastanın hekimi, hasta ve gerekiyorsa ailesi ile tartışmış olmalıdır.

Hastanın tıbbi durumu bilimsel açıdan değerlendirildikten sonra canlandırmanın hastaya getireceği tıbbi bir yarar bulunmadığında canlandırmama istemine saygı gösterilmelidir.

Özetle, 'kişinin yaşamsal işlevlerini bağımsızca sürdürmesi, yaşamak için herhangi bir araca ya da kimseye bağımlı olmaması' olarak tanımlanabilen yaşam niteliği, tıbbın temel amaçlarından biridir. Bu amacın yerine getirilmesinde tarafsız ölçütler kullanılmalı ve makul bir insanın yaşamak istemeyeceği bir hayat, hastaya dayatılmamalıdır.

Her bir tıbbi uygulamanın hastanın yaşam niteliğine olası etkisi değerlendirilmeli, yaşam niteliğinin iyileştirilmesine katkı sağlamayan tıbbi uygulamalar önerilmemelidir.

c. Hasta yakınlarıyla ilişkiler

Yoğun bakım ünitelerinde yatan ve yaşamlarının sonuna gelmiş terminal dönemdeki hastaların yakınları, bu süreçte hastasını yeterince görüp, sosyal ve psikolojik destek sağlayamamakta ve ruhsal olarak ciddi şekilde örselenmektedir. Bu kişiler, psikososyal sorunlar yaşamakta ve buna bağlı iş gücü kayıpları görülmektedir. Bu aşamada yoğun bakım çalışanı ile hasta yakını arasında doğru ve sağlam bir iletişimin kurulması oldukça önemlidir. Hasta yakınının yoğun bakım ekibine duyduğu güven, bu dönemde yaşayacağı endişelerin önüne geçilmesinde etkili olacaktır.

Ülkemizde yoğun bakım hekimlerinin bu hasta yakınlarıyla iletişiminde karşılaştığı sorunlar, kişinin eğitim düzeyi, hastasından beklentisi vb. faktörlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Yaşamın sonundaki hastalarla ilgili hekimi koruyan hukuki alt yapının olmaması, çoğu zaman hasta yakınlarıyla açık ve doğru bir şekilde bilgilendirme ve iletişimi engellemektedir.

Türk halkına özgün sosyal ve kültürel yapı, hasta yakınının eğitim durumu, hekimin kötü haber

verme veya organ bağıışı için görüşme durumunda mevcut iletişimini engellemektedir. Bu nedenle toplumun bu konularda bilinçlendirilmesi ve eğitimi bu sorunların aşılmasında etkili olacaktır.

Sonuç olarak, ülkemizde tıbbi tedaviden fayda görmeyecek terminal hastaların yaşamlarının son dönemlerinin yönetimine dair gerek hukuki gerekse yapısal olarak uygun bir organizasyon bulunmamaktadır. Bu hastalar, çoğu zaman yaşamlarını ızdıraplı bir şekilde YBÜ'lerde yakınlarından uzak bir şekilde sonlandırmaktadırlar. Ancak unutulmamalıdır ki, insan yaşamında gerek birey, gerekse yakınları için, ölüm de en az doğum kadar önemli olup, aynı özeni görmelidir. Her insanın mümkün olduğunca acısız ve sevdikleriyle şefkatli bir ortamda doğal bir şekilde yaşama veda etme hakkı mevcuttur ve bu hakkın, yaşamın sonuna gelmiş hastanın son hakkı olduğu göz ardı edilmemelidir.

Kaynaklar

Halpern, N.A., Pastores, S.M. (2010) Critical care medicine in the United States 2000-2005: an analysis of bed numbers, occupancy rates, payer mix, and costs. Crit Care Med. 38(1): 65-71.
Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. (1999) Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Crit Care Med. 27(3):633-8.