

YAŞAMIN SON DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ANESTEZİ VE REANİMASYON, YOĞUN BAKIM UZMANLARININ ROLÜ

Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği*

Özet: Son evre hastalarına ait hizmet stratejilerinin belirlenmesi, tüm sağlık hizmeti sunucularının özellikle de yoğun bakım doktorlarının önemli bir sorunudur.

Bu hizmetin belirlenmesi, söz konusu hasta grubunun yoğun bakım ünitelerinde veya serviste tedavi edilmeleri konusunda karar verme durumunda olan meslek grubuna yardımcı olacaktır. Ölmeden önce hastaların tüm sağlık hizmeti olanaklarından uygun olarak yararlandığının bilinmesi, ölüm kalitesini olumlu etkilemektedir.

Hastanede yatan hastaların ailelerine kötü haber verme, sağlık profesyonellerini bekleyen en güç görevlerden biridir. Günümüze kadar tıp eğitimi sırasında bu tip bir iletişime gereken önem verilmemişse de, bu kavram değişmektedir. Hasta yakınlarına kötü haber vermek için gereken iletişim becerilerinin verilmesi günümüzde tıp fakültesi eğitiminin önemli bir parçası olmuştur.

Anahtar sözcükler: yaşam sonu, sağlık hizmeti, kaynak yönetimi, etik, bilgilendirme, beyin ölümü

The Contribution of Anaesthesiology and Reanimation Consultants, and Intensivists on Health Service During end of Life Period and Related Issues - The Study of TSAR

Abstract: The health care services strategy to end of life patient is considered to be an important issue for all healthcare providers particularly intensivists.

A description of the healthcare services used by end of life patients can provide valuable information to decision-makers about the use of intensive care services compared to services that reflect a more palliative or supportive approach. Knowing which services patients receive before death offers insight into whether or not they are accessing resources meant to improve quality of dying.

Breaking bad news to families of hospitalized patients is one of the most difficult tasks facing health care professionals. It was given scant attention in medical training; however, this is changing and teaching the necessary skills needed for breaking bad news are now a core part of the medical school curriculum. Strategies that facilitate effective communication are preparation, environment, time, clarity, empathy, acceptance, and follow-up.

Key words: end of life, healthcare service, resource management, ethics, information, brain death

Son 50 yıl içerisinde teknolojideki hızlı ilerleme ve farmakolojideki çarpıcı gelişmeler daha önce-leri olanaksız olduğu düşünülen tıbbi desteğin sağlanmasını mümkün hale getirmiştir. Tüm bunlara bağlı olarak da ortalama insan ömrünün arttığı gözlemlenmektedir. Ancak söz konusu olanakların ne zaman ve ne şekilde kullanılacağı konusundaki etik yaklaşımlar tam olarak netleşmiş değildir. Özellikle mali kaynakların sağlık politikalarını daha da belirgin bir şekilde etkilediği gelişmekte olan ülkelerde bu konuda rehberlerin geliştirilmesi gerekmektedir.

Kaynakları adil dağıtmak ve hizmete erişim sorunları

Günümüzde modern etik belirli ilkeler üzerine kurulmuştur. Tıbbi etiğin en önemli ilkesi "yarar sağlamak" olmuştur; hastanın yaşamını idame ettirmek, hastalığı tedavi etmek ve ağrıyı ortadan kaldırmak gibi. Buna paralel bir ilke "zarar vermeme" dir. Tüm dünyada giderek yaygınlaşan bir diğer ilke ise "otonomi" dir. Otonomi, hastanın kendi tıbbi bakımı konusunda daha fazla söz sahibi olma hakkıdır. Bununla ilişkili bir nokta da "bilgilendirilmiş onay" kavramıdır. Bilgilendirilmiş onay, hukuki açıdan ehil

*TARD adına yazarlar grubu; Doç. Dr. Tuğhan Utku, Prof. Dr. Özge Köner, Prof. Dr. Sibel Temur, Prof. Dr. İ. Özkan Akıncı, Prof. Dr. M. Kemal Bayar, Prof. Dr. İsmail Cinel, Doç. Dr. Nedim Çekmen

(kooperasyonu ve oryantasyonu tam olan ve karar vermesini engelleyecek bilinç durumu ile ilişkili bir engeli olmayan) hastalara veya hasta yakınlarına tıbbi karar vermede yararlı olacak tam ve doğru bilgiyi sağlamak anlamında kullanılır. Bir diğer ilke de "sosyal adalet"tir. Sosyal adalet, tıbbi kaynakların tıbbi gereksinime göre adil paylaşımı anlamına gelir.

Otonomi ilkesi, iletişim kuramayacak durumda olan, hastalığı ve tedavisi konusunda düşünceleri bilinmeyen yoğun bakım hastalarının sayısının arttığı göz önüne alındığında sıkça karşılaşılan, uygulanması zor bir ilke olarak karşımıza çıkmaktadır. Bilgilendirilmiş onay ilkesinin de yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) uygulanması tıbbin diğer alanlarındaki uygulama alanları ile kıyaslandığında kolay değildir. Çünkü birçok durumda acil şartlar göz önüne alındığında bu ilkenin uygulanmasındaki zorluklar ortadadır. Son olarak YBÜ'deki kısıtlı yer ve kapasite göz önüne alındığında tıbbi kaynakların en adil şekilde paylaşılması gerektiği açık olmasına karşın belli bir grup hastada yaşam desteğinin ne şekilde devam ettirileceği konusu gündeme geldiği durumlarda hasta hakları ve sosyal adalet ilkelerinin çatışması söz konusu olabilmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Yasaları'nda da bilgilendirilmiş onay kavramı 1998 yılında yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği"nde belirtilmiştir.

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) özel merkezler olduğundan bu 5 ilkeyi buraya uyarlamak gerekebilir. Bu makale içerisinde YBÜ'de etik aşağıdaki başlıklar altında incelenecektir:

1. Tıbbi karar verme,
2. Bilgilendirilmiş onay,
3. Resüsitasyon,
4. Beyin ölümü ve organ transplantasyonu,
5. Yaşam desteğini kesmek veya başlamak,
6. Tıbbi kaynakların adil paylaşımı.

Yaşam desteğinin kesilmesi 20 yıl önce nadiren gündeme geliyordu. YBÜ'lerde çalışan birçok hekim terminal evrede hastalığı olan kişilerin tedavisinde agresif ve pahalı yöntemler kullanıyordu. Hekimler, hastaneler ve toplum sağlık hizmetlerinin hak olduğu görüşünü paylaşıyordu ve bu hastaların topluma maliyeti ile ilgili sorular nadiren gündeme geliyordu.

Ancak bugün, YBÜ'lerde uygulanan invazif yaklaşımların her zaman hastalığın sonucunu etkilemediği gösterilmiştir. Bütçe yetersizliği, hemşire ve sağlık personelinin azlığı, YBÜ yatak sayısının azlığı gibi nedenlerle bu ünitelerde çalışan doktorlar artan oranda hastada triaj yapmak zorunda kalmaktadır.

Yoğun bakım kaynaklarının adil paylaşımının birçok yolu vardır. Birincisi, görece stabil olmayan durumdaki hastaların yoğun bakım alanlarından normal hastane odalarına alınmasıdır, çünkü YBÜ yatakları bu tip hastalar için uygun değildir: örneğin göğüs ağrısı olan ancak akut koroner sendrom olduğu konusunda laboratuvar kanıtı olmayan hastalar. İkincisi, sınırda nefes darlığı olan hastaların erken dönemde YBÜ'den çıkartılarak yeni hastalara yer açılmasıdır. Her iki durumda da görülüyor ki yapılması gereken şeylerden biri YBÜ'lere talebin azaltılmasıdır. Bu da, alternatif ortamların kurulması (ara bakım üniteleri), hasta ve hekimlerin yoğun bakımın yarar ve ana fikri konusunda eğitilmesi ile mümkün olur. Bir diğer çözüm yolu ise yaşam desteğinin kesilmesi konusunun daha sık gündeme getirilmesidir.

Etik yaklaşım

Yoğun bakım etiği son elli yılda tıpta ve yoğun bakım bilim dalında yapılan düzenlemeler sonucu ortaya çıkmıştır. Yoğun bakımlarda özellikle yaşam destek sistemlerinin kullanılması sonucu ölümün meydana gelişi uzamış, yeni klinik tablolar tanımlanmıştır. Bu tablolar bitkisel hayat, beyin ölümü, dissosiyasyon kalp ölümüdür. En kaliteli tıbbi hizmeti en ucuza mal etmeyi amaçlayan tıptaki yeni düzenlemeler yoğun bakımlarda kaynakların akılcı kullanımını tartışmalarına yol açmıştır. Bu tartışmaların hekim hasta ilişkilerinde yol açtığı sorunlar yoğun bakım etiği çalışmaları ile bir ölçüde çözümlenebilmiştir. Yoğun bakım etiği gelişen yoğun bakım bilim dalının karşılaştığı sorunların çözümüne yardımcı olmak için tıp etiğinin bir uzantısı olarak ortaya çıkmıştır. Yoğun bakım etiğini anlayabilmek için oluşumunu etkileyen tıpta önemli değişiklikleri bilmek gerekir. 20. yüzyılın ikinci yarısı tıpta köklü değişimlerin yapıldığı yıllardır. Batı 21. yüzyıla köklü değişimi tamamlamış olarak girmiştir. Şimdi Türkiye bu değişimin gereklerini yerine getirme gayreti içerisinde. Bir cümle ile anlatmaya çalışırsak, sağlıkla ilgili değişimin amacı "Daha ucuza daha kaliteli tıbbi hizmet vermek"tir. Amacı özetleyen bu cümlenin açılımı, organizasyondan tıbbi uygulamalara kadar uzanan yolda birçok yeni yapılanmaları, tanımlamaları, en önemlisi sorunları içerir. Yapılanma,

duygusallıktan arınmış tıp pratiğinde akılcı yaklaşıma dayalı daha çok ekonomik ağırlıklı bir yapılaşmadır. Ekonomide var olan kalite kontrol anlayışının sağlığa uygulanması ile başlatılmıştır. Yoğun bakım etiği genel tıp etiğinin dört ana ilkesine dayanır. Bunlar, otonomi, yarar (beneficence), zarar vermeme (non maleficence), adalet (justice)dir (Luce, 1990). İlk üç ilke hasta-hekim ilişkilerinin esasını oluşturur ve hekime hastası için en iyiyi yapma sorumluluğunu yükler. Bu üç ilkenin önemi ve zorunluluğu ülkeden ülkeye değişirse de hekimin hastaya karşı olan sorumluluğu her yerde aynıdır. Bu sorumluluklardan biri de hekimin hastanın geleceği ile ilgili karar vermek ve bu kararı hasta veya hasta yakınları ile paylaşmak zorunluluğudur. Hekim-hasta ilişkileri kapsamında Avrupa Yoğun Bakım Derneği'nce yapılan 1998 ve 1999 yıllarında Vincent tarafından yayınlanan çalışmaya göre, uygulanan tedavilerle ilgili kararlar konusunda aileler kararın hekim tarafından verilmesini tercih etmektedirler (Society of Critical Medicine, 1994). Genelde ülkemizde de hasta sahipleri "siz nasıl uygun görürseniz" ifadesini kullanarak tedavi ile ilgili kararda etkin olmamayı tercih etmektedirler. Yoğun bakım etiği sağlam bir yoğun bakım teorik ile klinik yapılaşması ve yoğun bakım alt yapısı üzerinde yükselmektedir. Bu alt yapıda yoğun bakım bilim dalının tanımı, görev ve sorumlulukları, yoğun bakım hastasının tanımı, yoğun bakıma alınacak hastaların alınma ve çıkarılmasında kullanılan öncelik kriterleri belirlenmiştir. Ancak salt bu klinik yapılaşmaya uygun davranmak bile sorunları çözmez. Nedeni yoğun bakım hastalarının diğer bilim dalı hastalarına göre çok farklı olan özelliklerinden ileri gelmektedir. Yoğun bakım etiğinin tıp etiğinin bir uzantısı olarak doğmasında yoğun bakımın kendine has bu özelliklerinin rolü vardır. Bilindiği gibi yoğun bakım bilimi geleneksel tedavi yöntemlerinin yanı sıra özellikle "yaşam destek tedavi yöntemlerini" tıbbı kazandırmış ve önemli başarılar sağlayarak ümitsiz durumdaki hastaların tedavilerini mümkün kılacak yeni ufuklar açmıştır. Yaşam destek tedavileri, "tıpta teknolojik veya girişimsel uygulamalar olup altta yatan ve yaşamı tehdit eden hastalıkları veya biyolojik işleyişi ister etkilesin, ister etkilemesin ölümün meydana gelmesini önleyen tıbbi tedavi yöntemleri" olarak tanımlanmaktadır. Bu yöntemlere, mekanik ventilasyon, diyaliz, hemofiltrasyon, balon aortik pompa, KPR (kardiyo pulmoner resüsitasyon), antibiyotik, transfüzyon, nutrisyon, hidrasyon, vazo-pressör uygulamaları gibi uygulamalar örnek olarak verilmektedir. Bu yöntemlerin tedavi amacıyla kullanılması klasik tedavi anlayışına göre farklı düzenlemeler gerektirmiş ve hâlâ çözüm arayışlarının sürdürüldüğü etik

sorunlara da neden olmuştur. Başlıca etik sorunlar, hekim-hasta, hekim-hekim ilişkileri, tedavinin sürdürülmesi veya sürdürülmemesi kararlarının verilmesi, bilgilendirmenin yapılmasının yanısıra, hasta kabulü ile ilgili ilkeler, yoğun bakım yataklarının en verimli ve en akılcı kullanımı gibi konulardır. Bu konular yoğun bakım etiğinin uğraş alanı içerisinde çözümlenmeye çalışılmış ve böylece yoğun bakım etiği doğmuştur. Bu nedenle yoğun bakım etiğinin konuları, aynı zamanda yoğun bakım sorunlarının da başlığını oluşturmaktadır.

Yoğun bakım etiğinin başlıca konuları;

1. Rasyonalizasyon - Yoğun bakım yataklarının akılcı kullanımı, doğru hasta seçimi, tedavinin kısıtlanması uygulamalarını içerir.

2. Otonomi İlkesi- Hastaların bilgilendirilmesi, bilgilendirilmiş onamın düzenlenmesini içine almaktadır.

Hekimlerden geleneksel olarak, başkalarının gereksinimlerini dikkate almaksızın, sadece kendi hastalarının çıkarları doğrultusunda hareket etmesi beklenir. Meslek ahlakının öncelikli değerlerinden olan sevecen yaklaşım, yeterlik ve özerklik, kendi hastalarının gereksinimlerine hizmet etmeye doğru yöneltmiştir.

Yine de son zamanlarda başka bir ilke, adalet ilkesi tıbbi kararlarda önemli bir etken olmaya başlamıştır. Bu ilke kaynakların dağıtımında, diğer hastaların da gereksinimlerini dikkate alan daha toplumsal bir yaklaşımı ön plana çıkarmaktadır. Bu yaklaşıma göre hekimler sadece kendi hastalarına karşı değil, belli bir ölçüde diğer hastalara karşı da sorumludurlar.

Kaynakların dağıtımında hekimin rolüne ilişkin bu yeni anlayış, birçok ulusal hekim birliğinin meslek ahlakı kurallarında yer aldığı gibi, Dünya Tabipler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nde "Kaynakların sınırlı olduğu belli bir tedavinin uygulanması için hastalar arasında seçim yapılacağı koşullarda, tüm hastalar adil biçimde değerlendirilme hakkına sahiptir. Bu seçimde tıbbi ölçütler dışında herhangi bir ölçüte göre ayrımcılık yapılamaz." ifadesine yer verilmiştir.

Hekimlerin kaynakların dağıtımına ilişkin sorumluluklarını yerine getirmelerinin bir yolu, hastalar istemde bulunuyor olsa da boşuna ve etkisiz uygulamalardan kaçınmaktır. Antibiyotiklerin aşırı kullanımını boşa ve zararlı uygulamalara iyi bir örnektir.

Birçok hekimin karar vermek zorunda kaldığı durumlar, acil servis çalışanı, yoğun bakım birimindeki

tek boş yatak, aktarılabilecek organlar, yüksek teknoloji radyolojik incelemeler ve bazı çok pahalı ilaçlar gibi çok sınırlı bir kaynağa gereksinimi olan iki ya da daha fazla hasta arasında seçim yapmaktır. Bu kaynakların dağıtımını üzerinde söz sahibi olan hekimler, erişemeyenlerin sonuçta acı çekeceğinin, hatta öleceğinin tam bilincinde olarak, hangi hastanın bu hizmetlere erişeceğine ve hangi hastanın erişemeyeceğine karar vermek durumundadırlar.

Hekimler rollerini geleneksel bireyciliğinden daha toplumsal bir düzeye doğru kaydırmalıdır.

Hastanın nitelikli sağlık hizmetine adil biçimde ve hakkaniyetle erişebilmesi hakkı, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 3. Maddesi'nde yer almaktadır. Hakkaniyet; öncelikle, herhangi bir ayrımcılık yapılmaksızın, her kişinin, ihtiyaç duyduğu ve pratikte verilmesi mümkün olan tıbbi bakımı almasıdır. Hakkaniyet ilkesi, mevcut kaynakların, eldeki olanaklar ölçüsünde, mümkün olduğunca adil biçimde dağıtılması anlamına gelir. Avrupa Konseyi Temsilciler Meclisi'nin, palyatif bakımın düzenlenmesini ele alan, Rec (2003) 24 numaralı, Tavsiye Kararı'nda belirtildiği gibi, palyatif bakım, tıbbi bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bağlamda, sağlık durumu bu bakımı almayı gerektiren her hastanın, söz konusu tıbbi hizmete erişmesini güvence altına almak tüm üye hükümetlerin görevidir. Bu görüş için hazırlanan açıklayıcı Yönerge'de "hekimlerin, hastaya herhangi bir fayda getirmeyecek, boşuna, yararsız ve hastaya eziyet verici yük getiren bir tedaviyi sürdürmeye zorlanamayacakları" ifade edilir.

Aynı zamanda hastanın bu durumda tedaviyi reddedebileceği belirtilir. Bu nedenle palyatif bakım, hastaya mümkün olduğunca en nitelikli yaşam olanağını sunma amacını taşır. Palyatif bakım, hastanın ağrı, acı ve diğer semptomlarını kontrol altına almak; içinde bulunduğu psikolojik ve sosyal koşullara uyum gösterebilmesi için destek vermek, hatta uygunsa manevi destek sağlamak üzere etkili bakım sunmaktır. Hatta hastanın yanı sıra, çoğunlukla ciddi stres altında bulunan aile üyelerine de destek verilmesi yararlı olur. Yaşamın son dönemindeki zor tıbbi vakalarda karar verirken, kuşkusuz, en öncelikli unsurlardan biri, (ister hastanede ister ayrı serviste isterse ev koşullarında olsun) nasıl düzenlenmiş olduğuna bakılmaksızın, hastanın mümkün olduğunca kapsamlı palyatif bakıma erişmesidir. Tüm sağlık çalışanlarının ve tüm tıbbi hizmetlerin, her hastanın çekmekte olduğu ağrı ve acıyı dindirmek üzere, ayırım gözetmeden,

ihtiyacı olan palyatif tedaviye tam ve kapsamlı olarak erişebilmesini sağlamak üzere örgütlenmiş olmaları ve bunun için gerekli adımların atılması önemlidir. İnsan haklarını gözeterek, özellikle, hastanın, yaşamının sonunda ölümler, bulunmayı tercih ettiği yer ve koşulları seçme hakkına saygılı biçimde bu bakım verilmelidir.

Yaşam desteğinin kesilmesi veya verilmemesi konusunda rehberler geliştirilmelidir. Bu tip rehberler değişik durumlar için triaj konusunun nasıl uygulanacağını mümkün olduğunca net olarak açıklamalıdır.

YBÜ politikası içinde hasta seçiminde öncelik konusu uygulanmalıdır. Öncelikler belirlenirken hizmet olanakları, hasta alınması ve çıkartılması ölçütleri ve kurumun triaj politikaları göz önüne alınmalıdır.

YBÜ'ler genel olarak "iyileşme olasılığı yüksek" hastalar içindir. Bunun bir istisnası organ verici adaylarıdır. YBÜ'ler tanı ve tedavinin yarar sağlayacağı gruba hitap etmelidir.

Eğer YBÜ'ler yetersiz ve triaj olayı tam olarak çözemiyorsa diğer bölümlerde benzer düzeyde üniteler açılması için olanak sağlanmalıdır. Hastaneler YBÜ dışında izlenebilecek hastalar için yaşam desteği ve monitörizasyon gereksinimine yönelik çözümler bulmalıdır.

Triaj yaparken en önemli nokta hastada sağkalım ve/veya fonksiyon açısından beklenen sonuçtur. Genel olarak iyi prognoza sahip hastalara öncelik tanınmalıdır. YBÜ'de kesin olmayan prognoz önemli bir sorun olduğundan yoğun bakım doktorları hastanın prognozu konusunda tahmin imkânı sağlayan ölçükleri kullanılmalıdır. Aynı prognoza sahip hastalarda karar verirken ilk gelen hastaya öncelik tanınmalıdır.

Ayrıca YBÜ'ye alınan hastada YBÜ'ye alınmayana göre belirgin yarar sağlanması olasılığı gerekir. Çok kötü prognoza sahip olan veya YBÜ'den yarar sağlama şansı çok az olan hastalar YBÜ'ye alınmamalıdır. Aynı zamanda YBÜ'de olduğu kadar YBÜ dışında da iyileşme olasılığı olan hastalar da YBÜ'ye alınmamalıdır.

Triaj açık, haklı ve adil olmalıdır. Etnik köken, ırk, cinsiyet, sosyal değerlilik, cinsel tercih ve ekonomik durum triajda karar verme aşamasında asla göz önüne alınmamalıdır.

Triaj politikaları toplumun değerlerine uygun olmalıdır ve mümkünse hasta ve yakınlarının katılımı gerekir. Ancak triaj kararı hasta ve yakınlarının izni dahilinde olmak zorunda değildir.

Genel olarak YBÜ'de yatan ve tedavisi devam eden hastaların yükümlülüğü yeni hastaların yükümlülüğünden önce gelir. Ancak bazı durumlarda yeni bir hasta alınabilmesi için bir hastanın çıkartılması gerekir. Yeni bir hastanın alınması çıkartılan hastaya zarar verecekse, yeni hastanın alınması, ancak yeni hastaya ciddi yarar sağlayacak ve YBÜ'den çıkartılacak hasta kabul edilebilir düzeyde etkilenecekse mümkündür.

YBÜ'ye kabul, YBÜ'den çıkartılma ve YBÜ'ye kabul etmeme ölçütleri kesin olarak tanımlanmış olmalıdır. "Do not resuscitate" (DNR) talimatları olan hastaların da YBÜ'ye alınabileceği durumlar vardır ve doğrudan kabulleri reddedilmemeli ve doğrudan YBÜ'den çıkartılmamalıdır. Daha fazla YBÜ'de kalması yarar sağlamayacak hastalar YBÜ'den çıkartılabilir. Geri dönüşsüz hastalığa bağlı olarak ve yakında ölümü beklenen hastalar YBÜ'den çıkartılmalıdır.

YBÜ'den çıkartılabilecek terminal evredeki hastalar; (yatak uygun olsun veya olmasın) geri dönüşsüz beyin hasarı olanlar, geri dönüşsüz multi organ yetmezliği olanlar veya kemoterapi ya da radyoterapiye yanıt vermeyen metastatik kanserli hastalardır.

YBÜ'den çıkartılması gereken hastalara, (yatak uygun olsun veya olmasın) beyin ölümü olanlar (organ vericisi değilse), bitkisel hayatta veya kesin bilinci kapalı olanlar örnek verilebilir

Ancak ahlaki ve dinsel değerler göz önüne alındığında, tedavi gereksinimi toplum tarafından karşılanmıyor ve YBÜ'de kalmaları diğer hastaları engellemiyorsa bu hastalar YBÜ'de kalabilirler.

Hasta, hasta yakınları veya diğer kişiler hekimi inanmadığı tedavileri uygulamaya zorlayamaz.

Aynı görüşbirliği raporunda bu ilkelerin uygulanabilmesi için kurumlara ve kişilere düşen sorumluluklar da irdelenmiştir. Aşağıda bu konunun özeti sunulmaktadır.

Kurumların sorumlulukları

Hastaneler triaj politikaları geliştirmekle sorumludur. Bu sorumluluk YBÜ komitesi tarafından

yürütülür. Hastanenin idari yapısına bağlı olarak bu sorumluluk diğer komitelere ve kişilere verilebilir.

YBÜ'deki kompleks tıbbi, etik, yasal konular göz önüne alındığında YBÜ komitesi büyük ölçüde sağlık çalışanları ve diğer ilgili uzmanlardan oluşmalıdır. Gerekli olduğunda YBÜ komitesi hemşire ve diğer tıp çalışanlarının, hastane yönetimi, hastane etik komitesi ve yasal konuda bilgili kişilerin görüşüne başvurur.

YBÜ komitesi düzenli olarak, yoğun bakımdan gerektiğinden erken ayırma, morbidite ve mortalite ve uygun olmayan sonuçlara yol açmamak için, YBÜ'de izlenen hastalarla ilgili sonuçları gözden geçirmelidir.

Yani genel olarak YBÜ komitesi şu sorumluluklara sahiptir:

-Kapasitenin belirlenmesi,

-“Ara bakım” üniteleri veya basamaklı “step-down” ünitelerin fonksiyon ve kapasitelerinin belirlenmesi,

-Değişik YBÜ'ler arasında ve YBÜ'ler ile diğer üniteler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi,

-Çok dolu olduğunda çevredeki hastanelerle ilişkiyi sağlayacak bir programın yapılması,

-YBÜ'ye kabul, çıkartma, bireysel hastaların triajı gibi konularda triaj sorumlusunun görevlerinin belirlenmesi.

Sonuç olarak triaj, sonuç tahmini, yararın irdelenmesi, hastaya ve sisteme getireceği yük, hasta ve sistem açısından sonucun değerlendirilmesi konularını içeren bir mantık içerisinde yapılmalıdır.

Geri ödeme politikalarının hizmete, etik sorunlara, hak ihlallerine etkisi

Sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, verimli, etkin bir şekilde ve modern tıbbın gereklerine uygun olarak sunulabilmesi amacıyla sağlık tesislerimizde döner sermaye birimleri kurulmuştur. Döner Sermayeli sağlık tesislerimiz bir yandan sosyal devlet anlayışının gereği olan kamu hizmetlerinden biri olan sağlık hizmeti sunumunu yerine getirirken bir yandan da bağlı olduğu mevzuatlar çerçevesinde kâr amacı gözetmeden genel işletmecilik esasları doğrultusunda yönetilmektedir.

Bu doğrultuda sağlık tesislerimizde ekonomik uygunluk verimlilik ve etkinlik prensipleri sağlık

hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. İstikrarlı, dengeli, hakkaniyetli ve etkin bir sağlık hizmetini devam ettirebilmek için sağlık tesislerimizin güçlü bir mali bünyeye sahip olmaları gerekir. Bu açıdan sağlık tesislerimizin gelir artırıcı çalışmalar yapıp, gider azaltıcı tedbirler alarak, dengeli bir nakit giriş\çıkışı oluşturmaları büyük önem arz etmektedir.

Bir mal ya da hizmetin maliyetinin sağlıklı bir şekilde hesaplanması, sadece maliyetlerin kontrolünde ve denetiminde değil, aynı zamanda kaynakların etkin dağılımında rol oynar. Sağlık hizmetleri sunan sağlık işletmelerinde yapısal özelliklerine göre çok çeşitli maliyet merkezleri oluşmakta ve bu durum maliyetlerin tam olarak hesaplanmasını güçleştirmektedir. Özellikle kâr amacı gütmeyen kamu hastanelerinde maliyet hesaplamalarının yetersizliği, kaynakların etkin kullanılmamasına ve maliyet kontrolünün kaybedilerek devletin yükünün artmasına neden olmaktadır.

Sağlık tesislerimizin %80-90 arasındaki gelirlerini Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında imzalanan "Götürü Bedel Hizmet Sözleşmesi"ne istinaden Global Bütçe İçi gelirler oluşturmaktadır. Sağlık hizmetini finanse eden en güçlü kurum da SGK olduğundan sağlık tesislerimizi mali açıdan ayakta tutabilmek ve gelir\gider dengesini koruyabilmek için SGK'nın koyduğu kurallar zincirine de uymak zorunluluğumuz vardır. SUT EK-2 ve EK-3 listelerine ait hizmet, ilaç ve tıbbi malzeme alınırken SUT kurallarına uygun geri ödeme alabilmek için en başından itibaren tüm organizasyonun mecburen bu kurallar zincirine uyarak yapılması gerekmektedir. Satınalma birimleri tarafından da SUT'nin güncel halinin takip edilmesi gerekmektedir. Teknik şartnamelerde, yaklaşık maliyet aşamalarında, bu kuralların işlerliğini kontrol edilmesi, doğru tabirle bir mali alırken avantajlı olmak anlamına gelir. Eğer bu aşamalar uygulanmaz ise; alımı yapılarak stoğa giren malzeme ya da ilacın geri ödemesi alınamayacağından sağlık tesislerimiz zarar edecektir. Bir ilacı ya da malzemeyi alırken çok iyi bir piyasa araştırması ile çok ucuza almış olsanız dahi, hatta çok iyi bir stok yönetimi ile stok maliyetlerinizi en dibe çekmiş olsanız bile, eğer onun ücretini geri ödeme kurumundan alamazsanız cebinizden harcadığınız, işletmenin zarar ettiği anlamına gelir.

Aksi düşünüldüğünde; sağlık tesislerinin finansal sürdürülebilirliği mümkün değildir.

Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 2.4.4.H - Yoğun bakım tedavisi başlığı altında;

"(2).maddede Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır" hükmüne istinaden Yoğun bakım ünitelerinde verilen sağlık hizmetleri zorunlu olarak tanıya dayalı işlem puanı üzerinden ücretlendirilir. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; hastaya EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca faturalandırılacak tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(8). maddede Yoğun bakımda yatan hastanın, yatığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. " denmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Uygulama Tebliği'nde koymuş olduğu bu kurallar, sağlık tesislerimizin özellikli hizmet sunan Yoğun Bakım ünitelerinin hizmetini mali açıdan zorlamaktadır. Yoğun Bakım paket uygulamasının içinde özellikle ilaç giderlerinin ve kan ve kan bileşenlerinin dâhil edilmesi;

Finansal göstergelerdeki,

- i. İlaç tüketiminin hizmet gelirine oranı
- ii. Medikal malzeme tüketiminin hizmet gelirine oranı
- iii. Hizmet Alım (Görüntüleme ve Laboratuvar Hizmet Alımı Hariç) Giderlerinin Hizmet Gelirine Oranı
- iv. Tahsilatın Gideri Karşılama Oranı
- v. Hizmet Tahakkuk Gelirinin Gideri Karşılama Oranı gibi tüm parametrelerin dengesini etkileyerek finansal sürdürülebilirliği olumsuz yönde etkilemektedir.

Tebliğin "4.5.4.H-Yoğun bakım tedavisi" başlıklı maddesinin 8. fıkrasında: "Yoğun bakımda üç günden (üçüncü gün dâhil) daha kısa süre yatan hastalar için haftanın ilk günü dâhil tüm günler "diğer günler" üzerinden ücretlendirilir. Ancak yoğun bakımda yatan hastanın, vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır" denmektedir. Yoğun bakıma yatırılan hastanın 3

gün içinde vefat etmesi veya iyileşerek taburcu edilmesi durumunda, hastaya verilmiş olan ilk gün yoğun bakım hizmetinin ödenmemesinin hiçbir makul gerekçesi olamaz. Yoğun bakıma alınan her hastaya ilk gün diğer günlerden çok daha yoğun bir hizmet verilmekte ve çok daha fazla sarf malzemesi kullanılmaktadır. Maliyeti diğer günlere nazaran daha yüksek olan ilk gün yoğun bakım hizmetlerinin sadece "hasta 3 günden fazla yoğun bakımda kalmadı" diye ödenmemesi çok yanlış bir tutumu gündeme getirmektedir. Bu hüküm uygulamada, "iyileşen hastaların yoğun bakımlarda bir iki gün daha fazla tutulması" gibi SGK'yı da zarar ettiren daha nahoş yaklaşımları doğuracaktır. Burada harcanan sarf ve tedavi amaçlı malzemelerin giderini kurumlara bırakmak birçok yıkıma yol açacaktır.

Yoğun bakımda takip edilen olgular, genellikle pnömoni, solunum yetmezliği, sepsis ve akut böbrek yetmezliği gibi ağır klinik tablolara sahiptir. Bu hastalara antifungal tedaviler yanında, kombin antibiyoterapiler, immünglobulinler, human albumin vb. gibi yüksek maliyetli tedaviler uygulanmaktadır. Bu hastaların tedavi maliyetleri çok yüksek olup, SGK tarafından ödenen paket fiyatların 5-10 katını bulmaktadır. Örnek bir olgumuzda toplam fatura bedeli 54.000 TL; ödenen 5.000 TL; oluşan kurum zararı 49.000 TL'dir. Oluşan yüksek faturaların nedeni: genellikle hastanede üretilen hizmetler olmayıp, kurum dışından ücretle temin edilen pahalı ilaçlardır. Örnek olgumuzda ilaç giderleri 37.000 TL'dir. Bu ücretlendirme ile oluşan kurum zararının tolere edilebilmesi mümkün değildir. Bu durum giderilmediği takdirde, söz konusu hastaların takiplerinde gerek duyulan tedavilerin uygulanmasında sıkıntılar yaşanabilir. SGK'nın yoğun bakımlar için uygulamakta olduğu paket ödeme politikası, yoğun bakımlarda izlenen hastalar için ciddi bir risk/tehdit oluşturmaktadır. Hasta güvenliği bakımından, yoğun bakım hastalarının ilaç giderlerinin paket ödeme dışında ayrıca faturalandırılabilmesi ve SGK tarafından ödenmesi gerekir.

Hastaya uygun ağrı tedavisi, ağrı kontrolü, çifte etki kaygısı

Hastaya ağrı kesici ilaç vererek, sedasyon oluşturulması, aynı zamanda hastanın çevresiyle kurduğu farkındalık yetisini azaltarak, bilinç kaybına yol açabilir. Sedasyonun amacı, tıbben mümkün olan her türlü tedavi ve bakım verildiği halde başarılı olunamayıp, umulan rahatlama sağlanamadığı hallerde; hastanın içinde bulunduğu (örneğin dayanılmaz

ağrı, dindirilemez acı gibi) tahammül edilemez durumu hafifletmeyi ya da ortadan kaldırmayı amaçlar. Bu nedenle ağrı kesici ilaç vererek, sedasyon sağlamanın amacı, hayatı kısaltmak değil; hastayı rahatlatmaktır.

Bu aşamadaki tartışmalar esas olarak iki noktada odaklanır:

- *Ağrı kesici ilaç verilmesinin amacı, (örneğin dispne gibi) semptomları ortadan kaldırmak değil; hastanın hissettiği bedensel ve psikolojik ağrı ve acıyı hafifletmektir.*

Hastanın semptomları kontrol altındaymış gibi görüldüğü halde, hasta ağrı ve acılarının dayanılmaz olduğunu öne sürerek, ağrı kesici ilaç verilmesini talep ediyorsa, ekibin bu durumda nasıl hareket etmesi gerektiği önemli bir konudur.

Zira hastanın devamlı sedasyonda tutulması, tıbben geri dönüşsüz bilinç kaybına neden olabilir ve hastanın tıbbi ekiple ve aile üyeleriyle iletişim kurmasını engelleyebilir. Bu durum, hem tıbbi ekip içinde hem de aile üyeleriyle etik sorunlar yaşanmasına sebep olabilir.

- *Yaşanacak süreyi kısaltabilecek ikincil risk düşünülecek ağrı kesici kullanılması*

Asıl amaçlanan bu olmasa da, ağrı kesici ilaç vererek hastada sedasyon sağlanması, bazı olgularda, ölüm sürecini hızlandırarak, hastanın yaşamını kısaltıcı etki yaratabilir.

Terminal safhadaki hastaya, bir yandan tüm tedavinin kesilerek, bir yandan da ölümüne kadar, devamlı ağrı kesici ilaç verilmesi çok tartışmalı bir konudur. Bazılarına göre, söz konusu olan, hele, kendisi ile ilgili kararları alamayacak durumda olan (örneğin beyin hasarlı) hastalarda bu başlı başına problemli bir durumdur. Sedasyon sağlamada asıl niyet, hastanın yaşamını kısaltmak değil de ağrıyı hafifletmek ise bazıları bu kararı destekler.

Bu hassas konuda bilgi, sağlık çalışanlarının profesyonel eğitimi ve konuya özgün araştırmalar yaparak çok kapsamlı düşünülmelidir.

Bu çerçevede önerilerimiz:

1. Yoğun bakım ünitelerinde hasta kabul ve taburcu kararlarının nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan kapsamlı prospektif çalışmalar yapılması,
2. Ulusal meslek derneklerinin desteğiyle ülkemize özgü YBÜ triyaj ölçütlerinin belirlenmesi,

3. YBÜ çalışanlarına bir ekip kararı olarak tıbbi etik karar verme süreci uygulamak konusunda etik eğitim verilmesi ve bu konuda rehberlerin oluşturulmasıdır.

4. Türkiye genelinde bakılacak olursa yoğun bakıma ulaşabilmek hâlâ çok kısıtlıdır. Kısıtlı kapasitenin başarılı bir şekilde ve kaynakların adil kullanılması konusunda ulusal derneklerin biraraya gelmesi ve bakanlığa bu konuda kararlar aldırması çok önemlidir.

5. Bakanlığın yoğun bakım hizmeti veren kurumlara daha çok ödenek ayırması, zamanında ödeme yapması ve yoğun bakım çalışanlarının emeğini gözardı etmeden bundan pay vermesi kanunlarla yeniden düzenlenmelidir.

6. Ülkemizde yıllık GMH'dan sağlık harcamalarına ayrılan miktarın gelişmiş ülkeler seviyesine getirilmesi belki de söz konusu sorunların çözümünde temel olarak gözükmektedir.

7. Yoğun bakım eğitimi almış hekim, hemşire, destek bakım çalışanlarının hem nitelik hem de nicelik açısından ülkemizin gereksinimleri doğrultusunda yeniden planlanması çok önemlidir.

Kişi Özerkliği (Otonomi)

Yoğun bakımlarda etik problemlerden biri otonomi hakkının kullanılması konusudur. Hastanın kendisi hakkında karar alabilmesi için medikal girişimler ve sonuçlara ait **yeterli bilgilendirilmesi** gereklidir. Sağlık hizmeti veren ve sağlık hizmeti alan kişi arasında bilgi asimetrisinin dikkate alınarak bilgilendirme ve onam formlarının düzenlenmesi kişinin özerk sağlıklı karar almasında önceliklidir. Otonomi için diğer koşullar **yeterlilik, anlama, gönüllü olma ve karara varmadır (Akpir, 2010; Esen)**. Yasal olarak karar verme kapasitesinin yeterliliği zorunludur. Özellikle yeterlilik bazı durumlarda karar verme yeterliliği hukuksaldır (18 yaş altı olmak gibi). Bununla birlikte şuurun kapalı olması, psikotik veya senil durumlar medikal yetersizlik kabul edilir (JCI, 2014; Linde, 2000; Dikmen, 2001; Hatemi, 2001). Hastanın karar verme yetersizliği bir başka kişinin vekaletini gerektirir. Kanunen birinci derece yakınları yetkilidir. Gereğinde vekil tayini hastane etik komitesinin yönlendirmesi veya kanunen vekil atanması şekli ile de uygulanabilir (Ünal; Hasta Hakları Yönetmelik Değişikliği, 2014). Hayatı tehdit eden acil durumlarda hekim onam almadan tedavi yapmak durumundadır. Türk

Medeni Kanunu 346 ve 487. maddeler yeterlilik dışı durumlara açıklık getirmektedir.

Hasta bilgilendirmede kültürel farklılıklar nedeni ile bazen hastaya olumsuz prognozun yeterli anlatılmaması, yakınlarının bilgilendirilmesi de gerçek 'otonomiyi' bozmaktadır. Hasta hakları yönetmeliği madde 20'de kişinin kendisinin, yakınlarının ya da hiç kimsenin bilgilendirilmesini istememe hakkı olduğuna değinilmektedir. Bu karar kişiden yazılı olarak alınmalıdır, kişi istediğinde kararından vazgeçme hakkına da sahiptir. Kişi gönüllü olarak bilgilendirilme istemeyerek, tedavi ilişkili kararları için vekil atamış olmaktadır (Hatemi, 2001) Kişiden bilginin saklanması yerine bilgilendirilme istemediğine dair yazılı isteği alınarak sürecin yürütülmesi daha etik bir yaklaşımdır.

Tedaviye Başlama

Yaşamın son dönemi sağlık hizmetleri ülkemizde en son "Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile düzenlenmiştir. Palyatif Bakım Dünya Sağlık Örgütü (WHO), tarafından "yaşamı tehdit eden kronik hastalıklara bağlı ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrı ve diğer problemlerin, erken tanınması ve giderilmesi ile fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi gereksinimlerin karşılanması yoluyla ağrının önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşım" olarak tanımlanmıştır (Yönerge, 2015). Palyatif bakım gerektiren hastalıklar belirtilmiştir; motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nöron hastalıkları, ileri dönem organ yetmezlikleri, tedaviye yanıtız kanserler, HIV/AIDS, çocuklarda genetik ilerleyici hastalıklar. Ülkemizde bu konuda tedavi sürecinin yürütüleceği alanların henüz yaygın olmaması, sorumluluk alacak hekimlerin uzmanlık alanının tam olarak belirtilmemiş olması, hasta bakım süreçlerinin uygunsuz olarak yoğun bakımlarda geçmesine neden olmaktadır.

Yaşamı destekleyen tedavi ve uygulamaların kesilmesi

Son yıllarda yoğun bakım ünitelerinde kritik hastalarda solunum ve dolaşımı destekleyici teknolojik ve medikal tedavi yöntemlerinin ileri gelişmeler göstermesi beraberinde etik problemleri de getirmiştir. Bedeli ne olursa olsun yaşam sürecinin uzatılması, fonksiyonlarda iyileşme olmaması durumunda ölümden kaçma sürecinin uzaması halini yaratmaktadır. Hekim etik ve legal problemler ile karşı karşıya gelmektedir (Kahveci).

Yoğun bakım ünitelerinde hiç başlanmayacak veya başlansa bile sonlandırılabilir yaşam sürdürücü tedavi yöntemleri olarak kardiyopulmoner resusitasyon, mekanik ventilasyon, oksijen tedavisi, antibiyotikler, antiaritmikler, insülin, parenteral ve enteral nutrientler, kan transfüzyonu, vazopressörler, diyaliz, pacemaker takılması, intraaortik balon pompası sayılabilir. Tedavi yöntemleri sonlansa da bakım hizmetleri kesintisiz sürdürülmelidir (**Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine, 1990; Vincent, 1995; Consensus, 1997; Ackermann, 2000**).

Canlandırma (DNR)

DNR (Do Not Resuscitate) kararı hastaya kardiyak arrest geliştiğinde entübasyon ventilasyon, torakal kompresyon, defibrilasyon uygulanmaması kararıdır (**Hasta Hakları Yönetmelik Değişikliği, 2014; Vincent, 1999; Carlet, 2000**). Ülkemizde DNR legal bir uygulama değildir. Yurtdışı uygulamalarda DNR kararı alınmış hastaya diğer tedaviler yapılabilir. Görüş birliği olmadığı sürece diğer tedavilerin kesilmesi söz konusu değildir (**Hasta Hakları Yönetmelik Değişikliği, 2014; Kahveci; Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine, 1990; Ackermann, 2000**). DNR kararı alınan ülkelerde de davalar ve kanunların doktorlar üzerinde kaygı oluşturduğu gözlenmektedir.

Yaşamın son döneminde sağlık hizmetleri planlanırken ideal yaklaşım prognozu çok belirgin olan koşullarda sadece bireysel değil toplumsal kaynakların da akılcı kullanımını sağlayacak şekilde tedavi hizmetlerinin yönlendirilmesi olmalıdır. Prognozu belli koşullarda hasta, hasta yakınları, hastane etik komitelerinin de onayı alınarak görüş birliği sağlanabilir. Yasalarda tedavi hizmetlerinin kademeli nereye kadar ve hangi koşullarda kim/kimler tarafından sonlandırılacağına netlik getirilmelidir.

Hasta yakınları ile ilişkiler:

Bilgilendirme, gereksinimleri karşılama, kötü haber verme, organ bağıışı için görüşler

Kritik hastalara uygun bilgi verilmesi ailenin durumu kabullenmesini kolaylaştırıcı bir faktördür. Ancak tablo yoğun bakım ekibi için her ne kadar beklenen bir durum olsa da, bazen ailenin durumu kabullenmesi için gerekli zeminin oluşturulması amacıyla zamana ihtiyaç duyulabilir. Bu sırada hekim ve hemşirelerin hastanın durumunu aileyle paylaşması, tartışması, tablonun kabullenmesine yardımcı olacaktır. Bu iletişimin yeterli uzunluk ve

ayrıntıda olması sağlanmalıdır. Hasta yakını ve ailesine duyulan saygı ve empati, yoğun bakım ekibi için de son derece zor olan bu tablonun çözülmesinde karşılıklı destek sağlayacaktır.

Yoğun bakım ünitelerinin görece olarak dışı kapalı ortamlar olmaları ve bu ünitelerde yatan hastaların, kritik hastaların kompleks sağlık durumlarının sağlık çalışanı olmayan (hatta bazen sağlık çalışanı olanlarda da) hasta yakınlarına doğru olarak aktarılması zor olabilmektedir. Bu zorluğun en önemli kaynağı kompleks sağlık sorunlarının aktarılabilmesi noktasındadır. Bu nedenle bilgilendirme işleminin özellikli ve hergün düzenli yapılması gereken bir hizmet olduğunun unutulmaması gerekir. Bu bilgilendirme işlemi, ileri iletişim tekniklerinin kullanılmasını gerektirir. Bağımsız, bu amaçla düzenlenmiş uygun bir mekanda bire bir olarak uygulanmalıdır. Gerektiğinde analogiler kullanılarak, görseller kullanılarak yapılması gerekebilir. Giriş anından itibaren son ana kadar (taburculuk veya vefat) özenle yapılması gereken bir görev olarak kabul edilmesi gereken bilgilendirme süreci tercihen kıdemli hekim tarafından yerine getirilmelidir. Yeterince süre ayrılması, hasta yakınlarının tatmin olmuş olarak odayı terk etmeleri sağlanmalıdır. Kompleks sağlık durumu dışında, genellikle sıkıntılı seyreden YB süreçlerinde samimiyet ve tüm açıklığı ile yaşananlar, yaşanma olasılığı olanlar, iyi giden ve gitmeyen tüm durumların hasta yakınlarına aktarılması esastır. Bu anlatışlar sırasında savunmacı ya da suçlayıcı bir üsluptan kaçınılması gerekir. Hasta yakınlarının acısına ve sıkıntısına karşı kayıtsız kalınmaması, empati yapılması ve üzüntülerine saygı duyulması, bilgilendirme sürecinin yararlı olmasını sağlayacaktır. Bilgilendirme olmaksızın salt ziyaretlere olanak tanınması ya da salt bilgilendirme ile ziyarete izin verilmemesi, hasta yakınları açısından bilgi verici ve aydınlatıcı olmaktan ziyade, kafa karıştırıcı, gereksiz ve yanlış sanırlara kapılmaları yönünde uygun zemin hazırlar.

Aileler bilgilendirme sırasında farklı tepkiler gösterebilirler. Pediatrik hastalarla ilgili bilgilendirme sırasında büyükanne ve büyükbabaların, ailenin diğer fertlerinin de olaya dâhil edilmesinin, ailenin karşılaştığı bu güçlükte baş etmesinde yardımcıdır (**Blari, 1996**). Hastadan sorumlu hekimin aileyle resmi, planlı görüşmeler yapması bilgilendirmenin önemli kısmını oluşturur.

Akut yas döneminde ailenin isteği doğrultusunda yalnız bırakılması ya da arzu ettikleri kişilerin

kendilerine destek olması sağlanmalı, bunun için uygun ve sessiz bir oda ya da alan önceden belirlenmelidir. Ailenin ihtiyacı olan ve aslında ayrıntı gibi görünen noktalara da (içecek, mendil vb. malzeme temin edilmesi) dikkat edilmelidir. Tıbbi personelin tecrübeli olmasının, aileye duygusal destek sağlama konusunda çok yardımcı olabilir. Stres altındaki aileye, kötü haberi en uygun şekilde verebilmek tecrübe isteyen bir iletişim şeklidir, zaman ve eğitimle edinilir. Bu eğitim videolarla sağlanabilir, literatürde konuyla ilgili eğitim önerileri bulunmaktadır, bunlar arasında sessiz iletişim ve kişisel temasın (dokunma) önemi de vurgulanmaktadır (**Campbell, 1994; McLaughlan, 1990; Charlton, 1992; Brewin, 1991; Kaiser, 19932; Buis, 1991**). Bu uygulamalar ülkelerin gelenek ve inanışları da göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

Ailenin uzun dönemdeki soru ve endişelerinin giderilmesi de hastane ve sorumlu hekimin sorumluluğundadır, ayıca aileyi sürekli takip eden aile hekimlerinin de konuyla ilgili bilgilendirilmesi ve destek sürecinin bir parçası olması önerilmektedir. Ailenin yas sürecinin uzayacağı ya da psikolojik problemlerle sonuçlanacağı düşünülüyorsa, psikolojik destek alınması gerekir. Ailelere dini inançları gereği arzu ettikleri biçimde destek almaları konusunda da yardımcı olunmalıdır.

Beyin ölümü, ancak yoğun bakım ünitelerinde yatan, mekanik ventilasyon desteği altında olan hastalarda tanılabilecek bir durum olduğundan; beyin ölümü ve organ bağıışı süreçlerinde yoğun bakım ve yoğun bakım doktorlarının önemi ve sorumlulukları çok üst düzeydedir. Potansiyel beyin ölümü ve potansiyel donör adaylarının saptanması, tedavisi, tanısı ve bakımları sırasında özel bilgi, teknik ve beceriler gerektiren bir süreç yaşanır. Bu nedenle, kısıtlı sayıda olsa da Tıp Fakültesi lisans eğitiminde ve genel olarak tüm Anesteziyoloji ve Reanimasyon uzmanlık eğitimi, uzmanlık sonrası eğitimi ve Yoğun Bakım Yan Dal Uzmanlık eğitimlerinde bu sürece ait teknik ve pratik bilgi ve beceriler kazandırılmaya çalışılır.

18.01.2014 tarih 28886 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 41. Maddede yapılan yeni düzenleme sonrasında Kanunun 11. Maddesi değiştirilmiş ve "tıbbi ölümün gerçekleştiğine, biri nörolog veya nöroşirürjiyen, biri de anesteziyoloji ve reanimasyon

veya yoğun bakım uzmanından oluşan iki hekim tarafından kanıta dayalı tıp kurallarına uygun olarak oy birliği ile karar verilir." şeklini almıştır. Bu değişiklik ile anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanının (yoğun bakım uzmanlarının büyük çoğunluğunun da bu anadal mensubu olduğu düşünülürse) sorumluluğu bir kat daha artarak %50 düzeyine çıkmıştır.

08.01.2015 tarihi itibari ile, <https://organ.saglik.tr> web sayfasında elde edilmiş resmi verilere göre ülkemizde organ nakli bekleyen 28.139 hasta mevcuttur. 2011 yılından bugüne kadar toplamda 24.581 organ nakli yapılmış olsa da organ yeterliliği yaşayan ve organ nakli bekleyen hasta sayısı ile nakil yapılabilen hasta sayıları arasındaki makas giderek artmaktadır (<https://organ.saglik.tr>). Bunun aşılabilmesi için en hızlı, sağlıklı ve kalıcı çözüm kadaverik bağıış ve organ nakli üzerinden geçmektedir. Aynı tarihler arasında 8.289 adet beyin ölümü deklare edilmiş olmasına karşın organ bağıışı konusunda aile onayı 1.946 olup % 23,47 oranına denk gelmektedir. Bu oran evrensel anlamda oldukça azdır. Kadaverik bağıış oranlarının ülke genelinde en son resmi olarak açıklanmış 2014 yılı itibari ile 7 bölge koordinasyon merkezine (BKM) göre dağılımı;

İstanbul BKM: 4.62 pmp (Milyon nüfus başına)

Ankara BKM : 3.33 pmp

Samsun BKM: 9.28 pmp

Adana BKM : 3.67 pmp

Antalya BKM: 8.32 pmp

İzmir BKM : 9.11 pmp

Bursa BKM : 10.35 pmp

Diyarbakır BKM: 1.08 pmp

Erzurum BKM : 2.29 pmp, gibidir.

Bu oranlara bakıldığında süreç içinde yer alan yoğun bakım doktorlarının yaşadıkları önemli bir sorun ortaya çıkmaktadır. Bilgilendirme, onay alma gibi birbiri içine geçmiş bir çok sürecin faturası hasta yakınları ile son olarak olağan dışı bir konumda konuşmak zorunda kalan YB doktoruna kesilmekte bu nedenle şiddet dâhil bir çok istenmeyen durumla karşı karşıya kalınmaktadır. Bir devlet politikası olması gereken kadaverik bağıış, beyin ölümü tanısı ve bunlarla ilgili her türlü olanağın yoğun bakım ve yoğun bakım hekimine sunulması ön koşul olmalıdır.

Kaynaklar

- Ackermann, R.J.** (2000) *Withholding and Withdrawing Life Sustaining Treatment*. *Am Fam Physician*, 62:1555-60, 1562-4.
- Akpir, K.** (2010) *Yoğun Bakım Etiği; Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 8: 77-84
- Blari, A.W., Steer, C.R.** (1996) *Your Child is Brain Death*. *Postgrad Med J*, 72: 137-140.
- Brewin, T.R.** (1991). *Three ways of giving bad news*. *Lancet*, 337: 1207-9.
- Buis, C., De Boo, T., Hull, R.** (1991) *Touch and breaking bad news*. *Fam Pract*, 8: 303-4.
- Campbell, M.L.** (1994) *Breaking bad news to patients-clinical guidelines*. *JAMA* 1994; 271: 1052.
- Carlet, J., Thijs, L.G., Antonelli, M., Cassell, J., Cox, P., Hill, N., et al.** (2000) *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*, 30:770-84
- Charlton, R.C.** (1992) *Breaking bad news*. *Med J Aust*, 157: 615.
- Consensus** (1997) *Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments*, 25:887-91.
- Dikmen Y.** (2001) *Yoğun bakım hastasında hasta desteği veya devamı ile ilgili kararın verilmesi: Medikal etik- 3, sayfa.28, Yüce yayını dağıttım.*
- Esen, F.** *Yoğun Bakımda Etik ve Terminoloji*. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi Cilt1; Sayı3* 83-6
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.** (2014) *Resmî Gazete Sayı:28994 Mayıs, Perşembe*
- Hatemi, H.** (2001) *Etik, Tıbbi etik ve deontoloji Medikal etik 3: 2-3 Yüce Yayın ve Dağıtım,*
- <https://organ.saglik.tr>
- Joint Commission International (JCI)**, (2014) *Hastaneler İçin Akreditasyon Standartları 5. Edisyon 1 Nisan 2014*
- Kahveci, F.** *Tedavi Stratejisi, Tedavinin ve yaşam Desteğinin Kesilmesi, DNR*. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi Cilt1; Sayı3* 101-104
- Kaiser, R.M.M.** (1993) *The challenge of breaking bad news*. (editorial) *Hosp Pract*; 28: 28: 13-4.
- Linde-Zwirble, Angus D.C., Griffin, M.** (2000) *I.C.U. care at the end-of-life in America*. *Crit Care Med*. 28: 34.
- Luce, J.M.** (1990) *Ethical principles in critical care*. *JAMA*, 263: 696-700.
- McLaughlan, CAJ.** (1990) *Handling distressed relatives and breaking bad news*. *BMJ*; 301: 1145-49.
- Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.** Sayı:15722819/840 7 Temmuz 2015
- Society of Critical Care Medicine** (1994) *Society of Critical Care Medicine ethics committee consensus statement on the triage of critically ill patients*. *JAMA*, 271:1200-03.
- Task Force on Ethics of The Society of Critical Care Medicine** (1990). *Consensus report on the ethics or foregoing life-sustained therapy in critical ill*. *Crit Care Med* 18: 1435-1439, 1990
- Ünal N. *Yurtdışında Yoğun Bakım Etiği*. *Yoğun Bakım Derneği Dergisi Cilt1; Sayı 3* 87-94
- Vincent, J.L.** (1995) *Information in ICU*. *Intensive Care Med*, 24: 1251, 1998. Sibbald WJ, Massaro TA. *The Business Of Critical Care: Futrura Publ. Comp. New-York*, 1995
- Vincent, J.L.** (1999) *The result of an ethical questionnaire*. *Crit Care Med*, 27:1626.