

Tedaviyi Ret Kararı Sonrası Ölüm Olgusundan Yola Çıkararak Etik ve Hukuki Sorunların Tartışılması

Discussion of Ethic and Legal Problems After the Decision of Reject to Treatment in an Autopsy Case

Burcu ERSOY¹, Müesser ÖZCAN², Ümit ÜNÜVAR GÖÇEOĞLU¹, Yasemin BALCI¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Muğla
²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Muğla

Öz

Bu makalede yaşlı özerkliği, vekil onam, vekil onamın sınırları, tam ve geçerli aydınlatılmış onam elde etme/edememe, aydınlatılmış ret ve hasta/hasta yakını arasında güvene dayalı ilişkiyi zedeleyen durumlar gibi çok sayıda etik konuyu barındıran bir olgunun etik analizine yer verilecektir. Olguda trafik kazasına bağlı travmatik subaraknoid kanama gelişen 84 yaşında kadın hastaya operasyon önerilmekte başlangıçta bilinci açık olan hastadan onam alınmadan hastanın bilinci kapanmakta ve hastanın yasal temsilcisi tarafından hastaya tedavi seçeneği olarak önerilen cerrahi girişim ret edilmektedir. Hasta vekilinin tedaviyi ret kararının ardından 62 saat sonra hasta hayatını kaybeder ve tedaviyi ret eden yakınları bu gelişmeden sonra ölüme sebep oldukları gerekçesiyle tedavi ekibinde yer alan hekimler hakkında savcılığa şikâyetle bulunur. Adli tıptan otopsi talep edilen olgunun, barındırdığı çok sayıda etik konuların tartışılmasının bu tür durumlara karşı karşıya kalan klinisyenlere örnek oluşturması amacıyla klinik etik açısından değerlendirmenin literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Özellikle ülkemizde yaşlı hastalara uygulanan cerrahi işlemlerin sayısı giderek artış göstermekte ve yaşlı hasta gurubunda aydınlatılmış onam sürecinde birçok zorluk yaşanmaktadır. Bu çalışmada, yaşlı nüfusun artması ile giderek daha büyük bir sorun haline gelen aydınlatılmış onam sürecindeki zorluklara da dikkat çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Aydınlatılmış Onam, Tıbbi Etik, Yaşlılık

Abstract

This article include an ethical analysis of a case involving many ethical issues, such as elderly autonomy, proxy consent, limits of proxy consent, and the inability to obtain full and valid informed consent. 84-year-old, female. After the traffic accident, she was unconscious, operation is recommended because of the traumatic subarachnoid hemorrhage. But the patient's legal representative reject to operation as a treatment option. The patient dies after 62 hours and her relatives who refuse the treatment complain to the prosecutor's office about the physicians in the treatment team on the grounds that they cause death after this development. It is thought that evaluation of clinical ethics will contribute to the literature in order to set an example for clinicians who are faced with such situations by discussing the many ethical issues that the case for which autopsy was requested from forensic medicine. Especially in our country, the number of surgical procedures applied to elderly patients is gradually increasing and many difficulties are experienced in the informed consent process in the elderly patient group. In this study, we aimed to draw attention to the difficulties in the informed consent process, which has become an increasingly large problem with the increase in the elderly population.

Keywords: Informed Consent, Medical Ethics, Senility

Giriş

Hekimler klinik ortamda günlük uygulamaları sırasında sayısız klinik kararlar vermek zorunda kalmaktadır. Bu kararlar çoğunlukla hekimlik bilgi ve becerisi göz önünde bulundurularak verilen rutin kararlardır. Ancak bazen sadece tıbbi bilgi ve beceri değil etik bilgi gerektiren, zamanın baskılayıcı etkisinin olduğu, çoklu bileşenleri içeren güç kararlar vermek veya kararın taraflarından birisi olmak durumunda kalabilmektedir. Klinik etik işte bu süreci yönetir doğrudan klinik ortamdaki ilişkilerde etik sorunlara odaklıdır (1).

Gelişen teknoloji, çok kültürlülük, beklenen yaşam süresindeki artış, sosyolojik değişimler,

tıbbın güç ve teknolojisindeki hızlı değişim günümüz hekimlerini klinik etik karar alma konusunda daha da zorlayacağı beklenmektedir. Klinik etik kararlar konusunda hekimin bilgi ve deneyim kazanması, kararlarının etik ve yasal dayanaklarla desteklenmesi, hekimin olası çatışma ve suçlamalardan korunmasına yardımcı olacağı kuşkusuzdur (2). Klinisyenlerin karar verme sürecinde karşılaştıkları tıbbi ve etik sorunların çözümünü kolaylaştırmak amacıyla Jonsen ve arkadaşları tarafından önerilen model, klinik etik konulara sistematik yaklaşım olanağı vermektedir (Tablo 1). Olgular etik açıdan çözümlenirken 1. Tıbbi Belirleyiciler (Endikasyon) 2. Yaşam Kalitesi, 3. Hastanın Tercihleri 4. Çevresel Etkenler olmak üzere dört ana başlık altında değerlendirilmektedir (3). Etik karar verme süreci; hastanın klinik durumu, tanısı ve tedavisi gibi tıbbi kanıtları dikkate almak, önerilen tedavi, bu tedavinin neyi amaçladığının iyi belirlenmesiyle başlar. Yaşam kalitesini artırmak tıbbın temel amaçlarından. Bu nedenle de yaşam kalitesi etik karar verme sürecinin temel yapı taşlarından birisidir. Bütün tıbbi girişimlerde hastanın kişisel değerleri ile yarar ve katlanmak zorunda kalacağı yükler konusunda hastanın tercihlerinin mutlak göz önünde bulundurulması ise

	ORCID No
Burcu ERSOY	0000-0002-4933-8470
Müesser ÖZCAN	0000-0002-2401-7101
Ümit ÜNÜVAR GÖÇEOĞLU	0000-0003-1646-7492
Yasemin BALCI	0000-0002-5995-9924

Başvuru Tarihi / Received: 27.05.2020
Kabul Tarihi / Accepted : 21.08.2020

Adres / Correspondence : Burcu ERSOY
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Muğla
e-posta / e-mail : burcu.ersoy66@gmail.com

Tablo 1. Klinik etik karar verme süreci

TIBBİ BELİRLEYİCİLER (Yararlılık ve Kötü Davranmama İlkeleri)	HASTANIN TERCİHLERİ (Özerkliğe Saygı İlkesi)
Hastanın tıbbi durumu nedir? (öykü, tanı, prognoz) Problem akut?/ kronik?/ kritik?/ acil?/ geri dönüşlü? Tedavi etkin?/palyatif?/kültürel? Tedavinin amaçları (tıbbin amaçları) nedir? Başarı şansı nedir? Tedavi başarısız olursa ne yapılacak?	Hasta karar verme kapasitesine/yasal yeterliğe sahip mi? yetersizlik şüphesi var mı? Yeterliyse, tedavi tercihleri nedir? Hastaya yarar ve riskler anlatılmış, anlaşılabilir ve onam verilmiş mi? Hasta yeterli değilse uygun vekil kim? Vekil uygun karar verme standartlarını kullanıyor mu? Hastanın önceden bildirilmiş istekleri var mı? Hasta tedaviye uymuyor veya uyamıyor mu? Neden?
YAŞAMIN KALİTESİ (Yararlılık, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri)	ÇEVRESEL ETKENLER (Sadakat ve Hakkaniyet ilkeleri)
Tedavili ve tedavisz normal yaşama dönme olasılığı nedir? Tedavi başarılı olduğunda hastanın yaşayacağı fiziksel, zihinsel ve sosyal engeller nelerdir? Bakım vericinin hasta yaşam kalitesi değerlendirmesini gölgeleyecek önyargılar olabilir mi? Hastanın mevcut ve gelecekteki yaşam kalitesi katlanılmaz mıdır? Tedaviden vazgeçme planı veya nedeni var mıdır? Palyatif bakım planı var mıdır?	Tedavi kararlarını etkileyecek ailevi sorunlar var mı? Tedavi kararlarını etkileyecek bakım ekibinde yaşanan sorunlar var mı? Ekonomik faktörler var mı? Dini ve kültürel faktörler var mı? Mahremiyete saygının sınırları var mı? Kaynakların paylaşımıyla ilgili sorunlar var mı? Yasalar tedavi kararlarını etkiliyor mu? Klinik araştırma veya eğitim söz konusu mu? Bakım ekibi veya kurum için çıkar çatışması var mı?

etik açıdan ayrı bir öneme sahiptir. Hasta ve hasta yakınları içinde bulunduğu çevrenin imkanları ve sınırlılıklarından olumlu ya da olumsuz olarak etkilenir. Klinik etik kararların başkaları üzerinde duygusal, psikolojik, finansal, yasal, bilimsel, eğitimsel, dinsel etkileri varsa etkilenme kaçınılmaz olabildiği için her bir olgu anlaşılması ve çözümü açısından çevresel özellikleri ile ele alınmalıdır (3,4).

Olgu

84 yaşında kadın hasta araç dışı trafik kazası sonrası getirildiği Eğitim Araştırma Hastanesi Acil biriminde değerlendirilmiş ve trafik kazasına bağlı travmatik subaraknoid kanama tespit edilmiştir.

Olay öyküsü ve klinik seyir; Bir aracın geri manevra yaparken çarpması sonucu kafa travması ve kusma şikâyeti ile hastaneye başvuran 84 yaşında kadın hastada yapılan tetkiklerde yoğun travmatik SAK (subaraknoid kanama) tespit edilmiş ve yoğun bakıma alınmıştır.

Yoğun bakıma alındığı saat 17:30'da yapılan muayenesinde bilinç açık koopere oryante, nörolojik defisit yok, GKS 15 olup medikal tedavi başlanmıştır. Hasta saat 19:00'da bilinç açık koopere oryante olarak ailesi ile görüşmüştür.

Saat 19:30 civarında aniden genel durumunun bozulması üzerine çekilen kranial BT'de; kanamasında anormal artış, sol frontal alanda geniş çaplı intraserebral hematoma, yaygın SAK ve intraventriküler hematoma, orta hatta bası ve sola doğru shift izlenmiştir. Bilinci kapanan, ağrılı uyarana fleksiyon yanıtı alınan, konuşma ve göz açma olmayan şahıs entübe edilmiş, mekanik ventilatöre bağlanmıştır. Tansiyon 230/110 mmHg bulunmuş, medikal tedavi ile düşürülmüş ve uyutulmuştur. Bu arada ailesi ile görüşülüp, şahıs hakkında bilgi verilmiş, operasyon önerilmiştir. Operasyonun da riskleri olmakla birlikte ameliyat olmadığı takdirde

durumunun daha da ağırlaşabileceği konusunda bilgilendirilmiş olan aile operasyonu kabul etmemiştir. Bilinç kapalı, nonkoopere, nonoryante, sedatize, mekanik ventilasyon desteğinde; medikal tedavi ile takip edilmekte iken 62 saat (2,5 gün) sonra kardiyak arrest gelişmiş yapılan CPR'dan yanıt alınmamıştır.

Hasta yakınları, kişinin ölümünde sağlık personelinin sorumluluğunu olduğunu düşünür ve Savcılığa şikâyette bulunurlar. "Biz hastamızla görüştüğümüzde gayet iyiydi. O günün akşamı komaya girdiğini söylediler. Muhtemelen hastamıza yapılması gereken tıbbi yardımı yapmadılar" şeklinde ifade verirler.

Bunun üzerine savcılık otopsi talebinde bulunur.

Otopsi bulguları; Dış Muayene; Sağ yanakta yaygın çoklu mavi mor ekimozlar, sağ el sırtında, sağ el bileği üst kısmında çoklu mavi mor ekimozlar, sağ bacak ön yüzde 1x1 cm'lik kurutlu yara ile batın sağ alt kadranda 6 cm'lik yatay seyirli muhtemelen geçirilmiş tıbbi müdahaleye bağlı eski insizyon skarı mevcuttu. Sol antekübital bölge ile bilateral femoral bölgelerde enjeksiyon giriş deliği izleri görüldü.

İç Muayene; Baş muayenesi: Saçlı deri iç yüzünde oksipital bölgede sıvama tarzında hematoma, beyin ve beyincikte makroskobik olarak yaygın subdural kanama ile interventriküler kanamalar, frontal bölgelerde yaygın kontüzyon alanları görüldü. Kemik yapılar sağlamdı.

Ağız- boğaz-boyun, göğüs ve karın muayeneleri: Bu bölgelerin organları, yumuşak dokuları, kemik ve kırık bölümleri normal morfolojik özelliklerindedi. Kişinin ölümüne etkili olabilecek patolojik bulguya rastlanmadı. Appendiks mevcut değildi.

Histopatolojik İncelemeler: Beyin ve beyincikte subaraknoid kanama, intraparaknoid kanama, vasküler konjesyon. Akciğerlerde amfizem, atalektazi, kronik interstisyal akciğer hastalığı, antrakozis, yağ embolisi ile uyumlu histopatolojik

bulgular, vasküler konjesyon. Kalp ve karaciğerde kayda değer histopatolojik bulgu yok. Böbreklerde yaygın olarak tübül hücrelerinde hidropik dejenerasyon.

Toksikolojik İncelemeler: Kişinin tedavi seyrinde kullanılması muhtemel ilaç etken maddeleri (Levetiracetam, Metoclopramide, Metformin, Metoprolol, Lidocaine, Midazolam, Citalopram,

Propofol, Ketoprofen) saptanmıştır. Kişinin ölümüne etkili olabilecek toksik madde saptanmamıştır.

Olgu özelinde klinik etik karar verme süreci; olgunun olay öyküsü, tüm klinik süreç ve otopsi bulguları ışığında etik konulara ilişkin veriler dört ana başlık altında Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Olgu özelinde klinik etik karar verme sürecinin değerlendirilmesi

TIBBİ BELİRLEYİCİLER (Yararlılık ve Kötü Davranmama İlkeleri)	HASTANIN TERCİHLERİ (Özerkliğe Saygı İlkesi)
84 yaş, kadın hasta Tanı: Travmatik subaraknoid kanama Prognoz: kötü Hatanın durumu acil Sunulan tedavi seçeneği: cerrahi Tedavi başarısı: Başarı olasılığı düşük, başarılı olursa palyatif bakım hastası olma olasılığı yüksek. Sonuç: Cerrahi ya da palyatif tedavi alsın almasın ölüm riski yüksek. Cerrahi tedavi nafiye tedavi olarak değerlendirilebilir.	Acile ilk başvuruda bilinç açık- karar verme yeterliliği varken hızlı bir şekilde bilinç kapanıyor ve karar verme yeterliliği kalmıyor. Tedavi seçenekleri; 1-yoğun bakımda medikal tedavi, 2-cerrahi tedavi. Hastadan/yakınlarının tedavi seçenekleri konusunda aydınlatıldığına dair ve devamında tedavi seçeneği için onamının alındığına dair bilgi yok. Hastanın durumunun kötüleşmesi üzerine hasta yakınlarından cerrahi tedavi kararı için hasta vekili seçildiği (kim veya kimler olduğuna dair herhangi bir kayıt yok, bilinmiyor) ve kararı bu kişi/kişilerin verdiği anlaşılmaktadır. Hasta vekili cerrahi tedaviyi ret etmiştir. Tedaviyi ret formu düzenlenmemiştir. Hastanın önceden bildirilmiş istekleri olup olmadığı bilinmemektedir.
YAŞAMIN KALİTESİ (Yararlılık, zarar vermeme ve özerkliğe saygı ilkeleri)	ÇEVRESEL ETKENLER (Sadakat ve Hakkaniyet ilkeleri)
Sunulan olgunun yaşı ve travmanın ağırlığı birlikte değerlendirildiğinde prognozu kötü, tedavinin prognaza etkisi çok düşük, tedavi başarılı olsa bile hastanın bakım hastası olma olasılığı yüksek. Beklenen yaşam kalitesi düşük Bir başkasına ve/veya aletlere bağımlı olma olasılığı yüksek. Bakıma muhtaç olma olasılığının yüksek olması tedaviye karar vermede ön yargı oluşturabilir.	Ülkemizde hastanın karar verme yeterliliği olmadığına hasta yakınlarından biri vekil olarak hasta adına karar verir. Sunulan olguda; Hasta yakınlarından hangisinin karar verici olduğu belgelenmemiş Hasta vekilinin kim olduğu belli değil Konu ile ilgili kayıt tutulmamıştır.

Tartışma

Hekimler günlük hayatta birçok olguda klinik karar verme sürecinde ikilemler yaşayabilmektedir. Tıbbi kararlar verilirken karşılaşılan zorlukların çözümünde etik yaklaşımdan uzak kalınmaz. Bu nedenle klinik etik sorunların çözümünde; tıbbi uygulamalarda endikasyonun varlığı, hastanın yaşam kalitesine etkisi, hastanın özerkliğine ve tercihlerine saygı ve var olabilecek çevresel etkenlerin de her zaman hasta yararını önceleyecek şekilde değerlendirilmesi sistematik bir yaklaşım getirecektir.

İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun’da (Kanun No:5013, 25311 sayılı ve 09.12.2003 tarihli Resmi Gazete);

Madde 6. (Muvafakat verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması)

“Akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı, müdahaleye muvafakat etme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile müdahalede bulunulabilir. İlgili kişi mümkün olduğu ölçüde izin verme sürecine katılacaktır” olarak belirtilmektedir.

Demanslı bireylerde, acil durumlarda, yeterliğin olmadığı bilinçsiz hastalarda, hasta adına karar verecek veli veya vasinin yokluğunda, onam varsayılabilir. Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24- (Değişik:RG-8/5/2014-28994); tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilcinin rızasının yeterli olduğu hallerde dahi, anlatılanları anlayabilecekleri ölçüde, küçük veya kısıtlı olan hastanın dinlenmesi suretiyle mümkün olduğu kadar bilgilendirme sürecine ve tedavisi ile ilgili alınacak kararlara katılımı sağlanır. Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınır. Kanuni temsilci tarafından rıza verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanununun 346 ncı ve 487 inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Tıbbi müdahale sırasında isteğini açıklayabilecek durumda bulunmayan bir hastanın, tıbbi müdahale ile ilgili olarak önceden açıklamış olduğu istekleri göz önüne alınır. Yeterliğin zaman

zaman kaybedildiği tekrarlayıcı hastalıklarda, hastadan yeterliği olduğu dönemde onu kaybettiği dönemlere ilişkin yapılacak tıbbi müdahale için rıza vermesi istenebilir (5).

Sunulan olguda; yaşlı özerkliği, vekil onam, vekil onamın sınırları, tam ve geçerli aydınlatılmış onam elde etme/edememe, aydınlatılmış ret ve hekim ile hasta/hasta yakını arasında güvene dayalı ilişkiyi zedeleyen durumlar gibi pek çok etik konu söz konusudur. Bu olgunun yönetimindeki etik eksikliklerin tartışılması ile giderek daha büyük bir sorun haline gelen aydınlatılmış onam sürecindeki zorluklara da dikkat çekmek istenmiştir.

Sunulan olguda klinik etik karar verme süreci tek tek irdelenecek olursa;

Tıbbi Belirleyiciler (Yararlılık ve Kötü Davranmama İlkeleri): Subaraknoid kanama (SAK), araknoid ve piamater arasında yer almakta olan ve normalde beyin omurilik sıvısı ile dolu olan subaraknoid mesafeye kan sızması ile akut gelişen acil durumlardandır ve en sık nedeni kafa travmalarıdır. Ökten ve arkadaşlarının çalışmasında; ortalama yaşın 39.2 olduğu 58 SAK olgusunun prognozu değerlendirilmiş, hastaların %59'unda sonuçların kabul edilebilir (tam iyileşme, orta derece sakatlık), %41'inde ise kötü (ciddi derecede sakatlık, vejetatif tablo, ölüm) olduğunu ortaya konmuştur (6). Sunulan olgumuz 84 yaşındadır ve tanısı travmatik subaraknoid kanamadır. Bu olgu hastaneye geldiğinde bilinç açık olmasına rağmen hızla bilinci kapanmıştır. Olguyu değerlendiren hekimler acil cerrahi müdahale endikasyonu koymuştur ve bilinci kapanan hastanın yakınları ile cerrahi prosedürü ile diğer tedavi seçeneklerini tartışmadan (bu yönde tıbbi kayıt yok), tek cerrahi seçeneği sunulmuştur. Bu hastanın cerrahi sonrası prognozunun kötü olacağı, yaşlılar için ta operasyon başarı oranının düşük olduğu, operasyon başarılı olsa bile prognoz kötü olduğu ya da sekel kalma olasılığının yüksek olduğu, muhtemelen cihaz ve/veya kişilere bağımlı hale gelebileceği düşünülmüştür. Tıbbi belirleyiciler açısından hastayı değerlendiren hekimler tarafından hastanın tedavi seçenekleri, prognoz hakkında hasta yakınları aydınlatılmamış, bilinci kapanan hasta için vekil tayin edilmemiştir.

Karar verme sürecinin ikinci sırasında hastanın ve/veya vekillerinin, yakınlarının tercihlerinin değerlendirilmesidir. Hastanın bilincinin kapanması nedeniyle karar yasal vasileri tarafından verilmiştir. Fakat hastanın bilincinin açık olduğu medikal tedavinin denendiği süreçte özerklik ilkesi çerçevesinde hasta aydınlatılmamış ve onam alınmamış, tedavisi hakkında bilgi verilmemiştir. Hastanın bilincinin kapanması üzerine hasta yakınlarından vekil onam alınmıştır ve cerrahi tedaviyi hasta yakınları kabul etmemiştir. Hasta vekilinin kim olduğu ve tedavi seçenekleri hakkında yeterince aydınlatıldığına dair herhangi bir kayıt mevcut değildir. Hasta yakınları kişinin ölümünden

sonra hekimleri 'hekim hatası' açısından şikayet etmişlerdir. Bunda; tanı, tedavi seçenekleri, tedavi almadığında ya da aldığıda gelişebilecek sağlık durumu hakkında yeterince bilgilendirilme olmamasının rolü olduğu düşünülmüştür.

Aydınlatılmış onam süreci; hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi, aldığı bilgi üzerine düşünmesi, özgür seçimine dayalı kararını vermesi sürecidir. Aydınlatılmış onam sürecinde hastanın onam verecek yeterlilikte olması gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki (1998) Madde 15; "Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı'na" yönelik olarak hastanın uygulanacak tıbbi işlem ve müdahale yöntemleri, hastalığın seyri ve sonuçları hakkındaki sözlü ve yazılı bilgi isteme hakkını; kendisinin buna yeterliği yoksa bir başkasını yetkilendirmeyi tanımlamaktadır (7).

Karar verme kapasitesi bulunmayan hastalar, özellikle çocuklarda olduğu gibi ileri yaştaki yaşlılar için ebeveyn/vekil tercihlerinde geçerli aydınlatılmış onamlarının elde edilmesi özel önem kazanmaktadır. Karar verme kapasitesi bulunmayan hastalar için hasta vekilinden geçerli aydınlatılmış onam elde edilmesi özel önem kazanmaktadır (8). Olgumuzda hastanın yaşından bağımsız olarak acile geldiğinde bilinci açıkken açıklamaların hastanın kendisine yapılması onamın hastadan elde edilmesi gerekirdi. Hastanın bilincini kaybetmesinin ardından hastanın yakınları karar sürecine dahil olmuş ve hastanın tedavisi hakkındaki kararı hasta adına yakınları vermiştir. Hekimin hasta yakınları ile tartışmadan sunduğu cerrahi tedavi seçeneği, hasta yakınlarınca ret edilmiştir. Reddin altındaki gerekçenin mutlak araştırılması gerekmektedir. Ret durumunda bilgi yeterince anlaşılabilir mi kavranmış mı öncelikle bu değerlendirilmelidir. Örneğin, hasta yakınlarının gelişen bu acil durumda yoğun korku ve kaygı yaşamış olabilecekleri duygu durum değişikliğinin; verilen bilgiyi anlamayı, kavramayı, karar verme kapasitelerini, dolayısıyla gönüllüklerini etkilemesi olasıdır. Aydınlatılmış karar verme sürecinde kişilere düşünmeleri için yeterli sürenin tanınmaması da süreci olumsuz etkileyebilmektedir. Özellikle durumun acil olması ve ciddi bir klinik tablo ile karşılaşmış olmak, konu hakkında düşünmek için yeterli zaman ayırmayı önlemiş olabileceği için gönüllükleri etkilenmiş olabilir.

Hekim – hasta ilişkisinin güvene dayalı bir ilişki olabilmesinde hastaların tedavilerine ilişkin kararlara aktif olarak katılmaları ve ortak karar alma sürecinin önemi Salzburg Kararı ile ilk kez yayınlanmıştır (9). Hekimlerin tüm sürecin artıları ve eksileri ile seçenekleri söylediği ve hastanın tercihlerine göre seçim yapmasına izin verdiği ortak karar verilen bu hasta hekim ilişkisinde; kararsızlıkların daha az yaşandığı, tedaviye devaminin

çok daha iyi olduğu ve hekimlere yönelik dava açmaların da çok daha az yaşandığı vurgulanmıştır.

Yaşam kalitesi açısından durum değerlendirmeye göre hastanın klinik tablosu kötüdür. Yaşam kalitesi efektif tedaviye rağmen kötü seyredebilir. Yapılacak cerrahi prosedürün hastaya getireceği yaşam kalitesi mutlak hesap edilmiş olmalıdır. Bunun için hasta ve hasta yakınlarının operasyondan elde edeceği yararlar ile katlanmak durumunda kalacakları zarar ve riskler dengesi hasta ve yakınlarınca yeterince tartışılmalıdır. Hastanın elde edeceği en büyük yarar kuşkusuz yaşamının kurtarılmasıdır. TÜİK verilerine göre, Türkiye’de kadınlar için ortalama yaşam süresi 81’dir. Sunulan hasta gibi ileri yaş grubunda travmatik subaraknoid kanama kötü prognozlu sağlık sorunları arasındadır (10). Yaşlı popülasyonun cerrahi sonrası hayatta kalmaları halinde palyatif bakım hastası olma olasılığının genç hastalara oranla daha yüksek olduğu bilinmektedir. Sunulan olguda SAK’ın derecesine göre cerrahi tedavi olmazsa ölümün kaçınılmaz olacağı ifade edilmiştir. Hastanın klinik tablosu kötüdür. Yaşam kalitesi en az düzeydedir. Bakım hastası olma olasılığının yüksek olması cerrahi tedavi karar sürecini olumsuz etkilemiştir.

Çevresel faktörler değerlendirildiğinde; olgunun yakınları sunulan cerrahi tedavi seçeneğini reddetmişlerdir. Ancak ameliyata ret kararı için öncelikle hastanın özerk kararı yakınları tarafından dikkate alınmalıdır. Ülkemizde 01.08.1998 tarih ve 23420 RG sayılı Hasta Hakları Yönetmeliği 24. Maddesi ile hekime, tıbbi müdahale için hastanın/kanuni temsilcisinin rızasının alınması ödevi yüklenmiştir (7). Vekil onam olarak seçilen kişinin de hasta hakkında yeterli bilgi sahibi olması için aydınlatma yapılmalıdır. Vekil onamın, acil ve özel bir alan olması nedeniyle sınırları ve aydınlatılmış onam sürecinin düzgün yürütülmesi gerekir. Matbu formlar dışında süreç iyi yönetilmelidir. Ret hakkı olmakla birlikte ülkemizde günlük uygulamada ret formu düzenleme alışkanlığı bulunmamaktadır. Hastanın yararını koruma ödevi hekime olduğu kadar hastanın yasal vekiline de bu görev yüklenmiştir. Vekilin hasta yararına hareket etmesi beklenir, ancak özellikle çocuk ve yaşlıların da arasında bulunduğu incinebilir guruplarda aksi durumlarla karşılaşılabilir. Vekilin hastanın yararına olmayan tedaviyi reddi, tıbbi endikasyonlar açısından nfile tedavi söz konusu olduğunda makul bulunurken, hastanın yaşamını kurtarıcı ve nfileliği konusunda tam olarak uzlaşılabilen tedavi için ret kararı gölgelidir. Hasta vekili ile başlangıçta kurulan güven ilişkisini zedeler niteliktedir.

Sonuç: Tedavi için hasta vekili yetkilendirilmiş olup, tedavi ret kararına uyulmuştur. Oysa hekimin vekilden elde ettiği aydınlatılmış ret ve bu reddin nedenlerini araştırması gerekmektedir. Sonuç olarak bu olguda hastanın özerk seçiminin (özerkliğe saygı İlkesi), hastanın yararının (yararlılık ilkesi) göz ardı

edildiği söylenebilir. Bu nedenle etik karar verme sürecinde vekil onam gerekli durumlarda hastayı ve hekimi korumak için tedaviyi ret formu hazırlanmış olması gerekirdi. Bu ret formu konuyu detaylı olarak değerlendirme hukuki bir dayanak olarak hekimi koruma şansı verecektir. Hekim hasta yakınının ret talebine saygılı davranmış görünmekte ancak hasta yakınlarının durumu hukuki sürece taşınmış olması, bilinci kapanmış ve onam verme yeteneği ortadan kalkmış olan hastalarda vekil onamının aydınlatılarak alınması ve sınırlarının belirlenmesi ile ilgili hususların net olmadığını ve hekim-hasta yakını arasındaki güven ilişkisinin zedelenmiş olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde hekimler ve hasta yakınları tarafından, çocuklarda olduğu gibi yaşlılarda da, özerkliğe saygı ilkesi ihmal edilmekte, sıklıkla karar sürecine dâhil edilmeden özerkliklerinin ihlal edilmesi durumu ile karşılaşılmaktadır. Ülkemizde yaşanan nüfusla birlikte yaşlı hastanın özerkliği ve bu tür hastalar için en uygun karar vericinin belirlenmesi konularının klinik etiğin önemli uğraşlarından olacağı açıktır.

Hastanın ve vekilin, hatta hekimin olgunun fiziksel, psikolojik, sosyal, etik ve yasal yönünü değerlendirmesine olanak tanınmalı, olası yanlış anlamalar önlenmelidir. Ancak daha önemlisi yaşlı hasta/karar verme kapasitesini kaybeden ve veya kaybetme riski olan hastalar konusunda toplumun bilinçlendirilmesi, hekimlerin muhtemel etik ikilemler karşısında klinik etik karar verme süreci uygulayabilmesi, çözüm yolları üretebilmesi, zor kararlarda etik konsültasyon araması sağlanmalıdır. Özellikle klinisyenler için etik eğitimlerin başlatılması, etik olmayan uygulamalara neden olabilen tutum ve davranışların çeşitli tıbbi platformlarda tartışılması yararlı olacaktır.

Kaynaklar

1. Molewijk AC, Albert C, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics*. 2008;34(2):120-4.
2. Swetz KM, Crowley ME, Hook C, Mueller PS. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clin Proc*. 2007;82(6):686-91.
3. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 1982. <https://philpapers.org/rec/JONCEA-2>.
4. Özcan M, Küreci HD, Ersoy N. Aile Baskısı nedeniyle durdurulan transplantasyon olgusunun etik analizi. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2016;6:34-9.
5. Özkara E, Can İÖ. Demanslı bir yaşlı ile olabilecek hukuksal problemler. *Türkiye Klinikleri J Geriatr*. 2015;1(2):78-88.
6. Ökten Aİ, Gezercan Y, Ergün R. Travmatik subaraknoid kanamalar: 58 olguluk prospektif çalışma. *Türk Travma Acil Cerr Derg*. 2006;12(2):107-14.
7. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). <https://sbu.saglik.gov.tr/hastahaklari/yonetmelik.htm>, Erişim tarihi: 12.05.2020
8. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporu (Turkish Medical Association Ethical Guidelines). Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2008.
9. Marshall M, Bibby J. Supporting Patients to Make the Best Decisions. *BMJ*. 2011;342:d2117.
10. Tekinarslan İ, Güler S, Utku U. Spontan İntraserebral Hemoraji: Etiyoloji ve Bir Yıllık Prognozu Etkileyen Faktörler. *Türk J Neurol*. 2012;18(3):88-95.