

YARARSIZ TEDAVİ (FUTULİTE) Mİ? YOKSA FONKSİYONEL KAZANÇ MI?

Dr. Öğr. Üyesi Kamil Gönderen

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Yoğun bakıma(YB) yatan hastaların çoğunu >65 yaş üstü hastalar oluşturmakta ve sayılar giderek artmaktadır. Yoğun bakım yataklarına olan talebi karşılamakta mevcut zorlukla birlikte yapılan çalışmalarla önümüzdeki yıllar içinde daha fazla YB yatağına ihtiyaç duyulacağı tahmin edilmektedir (1). COVID-19 pandemisiyle birlikte; artan enfekte hasta sayısı, hastane yataklarının yeterli olmaması, kişisel koruyucu ekipman sıkıntısı ve çalışan sağlık görevlilerinin kapasitelerinin üzerinde çalışmak zorunda kalması ile tedavi verilecek öncelikli grup ile tedavi kaynaklarının kısıtlı olması arasında ikileme karşı karşıya kalındı. Bu ikilemin tıbbi, yasal, etik, toplumsal ve ekonomik olmak üzere birçok boyutu bulunmaktadır. Hastane servislerinde yapılan müdahalelere cevap vermeyen tek veya çoklu organ yetmezliği olan hastalar, ileri yaşam desteği almazlarsa muhtemelen öleceklerdir. Yoğun bakım ünitelerine (YBÜ) kabul için fizyolojik ve klinik kriterler yaygındır ve hastaların yoğun bakım ünitelerine kabul edilmesinde kullanılan daha objektif kriterler belirlenmiştir. Ancak tedavisi süren hastanın tedavisine ne kadar daha devam edileceği ile ilgili belirsizlikler devam etmektedir. Yararsız tedaviyi tanımlamaya yönelik devam eden girişimler, daha fazla belirsizliğe ve fikir çatışmasına neden olmaktadır (2).

Hasta tedavisi yapılırken başlıca sorulması gereken sorular:

- Tedavinin amacı nedir?
- Hedefine ulaşma olasılığı çok düşük olan tedaviler denenmeli mi?
- Tedavinin hedefine ulaşmakta başarısız olduğunda hemfikir olabilir miyiz?
- Bu şartlar altında hekim ne yapmalı ve ne yapmamalıdır?

Bu konuları araştırmak, doktor-hasta ilişkisini ve tıp mesleğinin toplumla ilişkisini yeniden gözden geçirmeye zorlamıştır. Tıbbi yararsızlığın hem nicel hem de nitel bileşenleri vardır. “Yararsız tedavi” tartışması yaşam desteğinin rutin olarak uygulandığı yoğun bakımları kapsamaktadır (3). Teknoloji ve tıptaki ilerlemeler ile YBler, hayat kurtarmanın yanı sıra ölümlerin uzamasına da neden olabilmektedir. Kalıcı vejetatif durumda olan ölümcül hastalarda, yaşamı sürdüren invaziv müdahalelerin kullanılması sadece ölüm sürecini uzatmaktadır. Yararsız tedavi tanımı ve yaşam sonu kararlarında uygulanması, yıllardır etik tartışma konusudur (4).

Yararsız tedavi tartışılırken, verilen tedavinin fizyolojik parametreler üzerine etkisi ile hasta yararına olan etkisi ayırt edilmelidir. Tedavinin amacı bir organın, vücut bölümünün veya fizyolojik aktivitenin işlevini sürdürmek değil, bir bütün

olarak hasta sağlığını korumaktır. Yararsız tedaviyi uzatmak, iyi tıbbi uygulama standardını ihlal etme anlamını taşımaktadır. Yararsız tedaviyi etik bakış açısıyla tanımlamak en büyük zorluklardan birisidir. Yaşamın sürmesini sağlayan tedavileri sınırlamak veya durdurmak anlamında da kullanılmıştır.

Tedaviden kaçınma: Belirli durumlarda hastaya tedavi başlanmamaktır. Hastaya solunum desteği ya da hemodiyaliz sağlanmaması vb.

Tedaviyi sonlandırma: Belirli durumlarda daha önce hastada başlatılmış ve yaşamı uzatıcı olan bir tedaviyi kesmek. Başlatılmış hemodiyalizi kesmek vb.

Bu kararlar alınırken, hastaya uygulanmakta olan tedavinin boşuna olduğu ya da yaşamı değil, ölümü uzatmak olduğu şeklinde değerlendirilmesi ile alınmaktadır. Yararsız tedaviyi fizyolojik, nicelik ve niteliksel olarak değerlendirdiğimizde fizyolojik yararsızlık tanımı daha nesnel olması sebebi ile hekimler tarafından daha kolay tanımlanmaktadır. Kardiyojenik şoku olan bir hastada ventriküler destek cihazının kalp debisini etkili bir şekilde destekleyip desteklemediği veya hemodiyalizin böbrek fonksiyonunu yeterince değiştirip değiştirmediğinin tespit edilmesi gibi. Yararsız tedavinin niceliksel ve niteliksel yönlerini ayırmak ise genellikle zordur. Yaşam kalitesine ilişkin değer yargılarına ve uzun ömürün erdemini değerlendirmedeki rolüne dayanmaktadır. Hastanın veya vekilin nitelik veya nicelik olarak tanımladığı şey doktorun bakış açısına göre farklılık gösterebilir ve esas olan tedavinin, hastanın hedeflerine, tercihlerine ve değerlerine göre yaşamasına izin vermiyorsa niteliksel yararsızlıktan bahsedilebileceğidir (2).

Futurity kavramı uzun süredir bilinmesine ve tanımlanmaya çalışılmasına rağmen, kullanılabilecek belirli kriterleri tanımlamak zordur. Hastanın yaşamının son döneminde olduğundan emin olmak imkansız olsa da, hastaların yoğun bakımdayken hayatta kalma olasılığını tahmin edebilmek için prognostik skorlama sistemleri geliştirilmiştir. APACHE gibi skorlar fizyoloji ve ölüm olasılığını ilişkilendirmeye çalışsa da, tek bir hastada sonuca uygulandığında yararı net değildir. Bu bağlamda tıbbi yararsızlık: hekimin, tedavisi mümkün olmayan hastalık veya travma sonucunda, daha fazla tedavi uygulamanın hastanın durumunu iyileştirmeyeceği ve bu nedenle denenmemesi gerektiği yönündeki prognostik beyanını ifade eder. Hastaların içinde bulunduğu klinik durumu düzeltme olasılığı çok düşük olan/olmayan ve halen uygulanmakta olan tedaviden daha yararlı olması beklenmediği halde daha pahalı ya da daha riskli olan tedavilerin uygulanması yararsız tedavi olarak tanımlanabilir (5,6).

Doktorlar aile (veya daha nadiren hasta) taleplerine karşı yaşam desteğini tek taraflı olarak geri çekmeli veya sınırlandırmalı mıdır? Tıp uzmanlarının kesinlikle sağlanmaması gerektiğine inandığı tedaviye devam etmek kabul edilebilir mi? Platon ve Hipokrat tarafından tespit edilmiş: Hipokrat yazarı, hekimlerin “hastalıkları son dönemde olan hastalarını tedavi etmeyi reddetmeleri ve bu gibi durumlarda tıbbin güçsüz olduğunu fark etmeleri” gerektiğini belirtmiştir. Ölmekte olan imparatorlara beyhude tedavi yapılmaması gerektiği görüşü Hıristiyan Bizans dönemine kadar desteklenmiştir (7,8). 1900’lerin başına kadar, hekimler tıbbi bir işlem yapmadan önce hasta rızasını almaktan sorumlu değillerdi. Yirminci yüzyılda medeni haklar, kadın hakları, hasta hakları asgari düzeyde ve hastalar adına en doğru kararı hekimlerin vereceği varsayıyordu. O dönemde tıp cemiyetlerinin, hastaların tıbbi kararlara dahil olmasının, süreci karmaşılaştıracağını düşünmesi sağlık hizmetinde kararların tek taraflı olmasına yol açmıştır.

Yararsız tedavi ile ilgili “karar verme” sürecini düzenlemek için yasal mevzuat oluşturulmuştur. 1990’da, Resmi Sağlık-Bakım Kararları Yasası ile doktorların tıbben etkisiz olduğuna inandıkları, vicdanlarına aykırı davrandıkları veya tıbbi olarak kabul edilen standartlara aykırı olduğuna inandıkları tedaviyi reddetmelerine izin verilmiştir. Teksas Sağlık ve Güvenlik Yasası, daha prosedürel bir yaklaşım sunarak “hastane etiği ve tıbbi inceleme komitesi” kurulması ve komite incelemesi sonrasında doktora tedaviyi sonlandırma hakkı tanımıştır (9,10).

Demokratik ve gelişmiş toplumlarda ilerleyen süreçte hekimlerin hastalar adına karar vermeleri gerektiği görüşü hoş karşılanmamaya başlandı ve günümüzde hasta ve hekim arasında, hastanın “karar verme ekibinin bir parçası olduğu” “ortak karar verme” dili, hem toplum hem de tıp tarafından onaylanan baskın model haline gelmiştir.

Teknolojideki gelişmeler, hayat kurtarmaya önemli ölçüde yardımcı olan teşhis ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine olanak sağlamıştır bununla birlikte maliyetler de artmıştır. ABD’de, tüm tıbbi maliyetlerin yaklaşık %20’sini yoğun bakım hastaları oluşturmaktadır. Daha ileri yaşlı hastaların çeşitli komorbiditeleri nedeni ile yoğun bakım tedavisine daha sık ihtiyaç duyabilir. Ayrıca, şiddetli sepsis veya yüksek riskli ameliyatlara gibi hastanın yaşı ne olursa olsun yoğun bakım yönetimi gerektiren durumların prevalansı giderek artmaktadır.

Sonuç olarak bir girişim,

- Kendinden umulan fizyolojik etkiyi göstermeyecekse,
- Eğer hasta bu girişime rağmen çok yakın bir gelecekte ölecekse,
- Hastada altta yatan ölümcül bir durum söz konusuysa ve
- Planlanan girişimin bunu ortadan kaldırma olasılığı yoksa yararsız tedavidir.

Yararsız tedaviyi değerlendirirken, hastanın vücudunun bir kısmı ile sınırlı olan etki ile kişiyi bir bütün olarak önemli ölçüde iyileştiren fayda arasında ayırım yapılmalıdır. Hastaların konforunu artıran ve hem hastaların hem de ailelerinin acısını en aza indiren tedaviler, hastaların hayatlarını kurtarmayı amaçlayanlar kadar önemlidir. Yoğun bakıma kabul, tedavi denemesi olarak düşünülmelidir. Tedavinin hasta için kabul edilebilir bir sağlık durumuna ulaşmayacağı netleştiğinde yoğun bakım tedavisinden palyatif bakıma geçilmesi düşünülmelidir.

Kaynaklar

1. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. Huynh, T.N., E.C. Kleerup, J.F. Wiley, et al. JAMA Intern Med 173(20): 1887-1894. 2013
2. Ten common questions (and their answers) on medical futility. Swetz, K.M., C.M. Burkle, K.H. Berge, and W.L. Lanier. 2014. Mayo Clinic Proceedings 89(7): 943-9
3. Futility has no utility in resuscitation medicine. Ardagh, M. 2000. Journal of Medical Ethics 26(5): 396-399
4. Beyond the futility argument: The fair process approach and time-limited trials for managing dialysis conflict. Rinehart, A. 2013. B Clinical Journal of the American Society of Nephrology 8(11): 2000-2006.
5. Medical Futility Definition, Determination, and Disputes in Critical Care, James L. Bernat, Neurocrit. Care 2005;2:198-205)
6. Medical futility: the duty not to treat. Jecker NS, Schneiderman LJ. Cambridge Q Healthcare Ethics 1993;2:151-159.
7. Medical futility: a paradigm as old as Hippocrates. Whitmer M, Hurst S, Prins M, Shepard K, McVey D. Dimens Crit Care Nurs. 2009 Mar-Apr;28(2):67-71.
8. Abandonment of terminally ill patients in the Byzantine era. An ancient tradition? Lascaratos J, Poulakou-Rebelakou E. J Med Ethics. 1999 Jun;25(3):254-8. Hippocrates. 1. Garis L Silega, 1957.
9. Medical futility: its meaning and ethical implications. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Ann Intern Med 1990;112(12):949-954.
10. Texas Health and Safety Code. Texas Statutes – Section 166.046: Procedure if not effectuating a directive or treatment decision. 1999