

Hekimin Bulaşıcı Hastalık Taşıyan Hastaya Sağlık Hizmeti Sunma Ödevi: Nereye Kadar?

PHYSICIAN'S DUTY TO PROVIDE CARE TO THE INFECTED PATIENT: WHERE IS THE LIMIT?

Murat CİVANER^a

^aTıp Tarihi ve Deontoloji ABD, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, BURSA

Özet

AIDS, SARS ve son olarak kuş gribi salgınları, hekimlerin karşı karşıya kaldıkları mesleki bulaşıcı hastalık risklerini tekrar gündeme getirmiştir. Bu türden riskler nedeniyle hekimler birçok sorunla karşılaşmakta ve çeşitli gerekçeler öne sürerek hastalara hizmet sunmayı reddedebilmektedirler. Hekimin, örneğin yeni ortaya çıkan bir salgında kendi yaşam ve/veya sağlığını tehlikeye atıyor olsa da öncelikle hastaya hizmet sunma ödevi var mıdır? Eğer bu ödevin geçerliği için bir sınır var ise, bu sınır hangi ölçüte göre belirlenebilir ve hangi hastalıklar ya da durumlar bu sınırın altında kalır? Bu yazının amacı, hekimlerin oluşum ve oluşabilecek olan farklı durumlarda sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun sınırlarını nasıl belirleyecekleri konusunda görüş üretmektir. Bunu yapabilmek için öncelikle düzenlemeler gözden geçirilmiş, sonrasında ise yazında yer alan çıkarımlar ve bulaşıcı hastalıklarla savaşım aşamaları dikkate alınarak hizmet sunma ödevinin sınırları belirlenmeye çalışılmıştır. Ayrıca hizmet sunma ödevinin sınırları aşan koşullarda ve hastanın serolojisi bilinmediğinde sağlık hizmetine erişim hakkı dikkate alınarak yapılması gerekenler ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, hekim-hasta ilişkisi, bulaşıcı hastalıklar, meslek etiği, hizmet sunmayı reddetme

Abstract

Risks of occupational contagious diseases confronted by physicians have been brought to public agenda again by AIDS, SARS and recent avian-flu epidemics. Physicians have many kinds of problems caused by this problem, and sometimes might refuse to care by using various reasons. Does a physician have a duty to care, even in an outbreak which jeopardize her own health and life? If there is a limit for the duty to care, then how could it be determined, and which diseases or situations would be below that limit? The aim of this article to construct a viewpoint about how to determine the limit of physicians' duty to care in different circumstances. To do that, first, regulations and codes about morality of medicine, and then, by taking into consideration the arguments in the literature and the phases of struggling with contagious diseases, the limit of duty to provide care has been tried to determine. Besides, by considering the right to health, the right way to act was dealt in case of serology of patient is unknown and the circumstances beyond the duty to care.

Key Words: Physicians; physician-patient relations; communicable diseases; ethics, professional, refusal to treat

Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2007, 15:166-175

İnsanlar diğer makroorganizmalar gibi, çeşitli bulaşıcı hastalıklara yol açabilen mikroorganizmalara ev sahipliği yaparlar. Günlük yaşamda çeşitli boyutlardaki karmaşık insan ilişkileri içinde, her insan bilerek ya da bilmeyerek bir başkasına hastalık etkenini bulaştırma potansiyeline sahiptir. Elbette her bulaş enfeksiyonla, her enfeksiyon da hastalıkla sonuçlanmayabilir; enfeksiyondan söz edebilmek için mikroorganizmanın makroorganizmada üremesi gerekir. Alıcı konum-

daki makroorganizmanın özellikleri, çevre koşulları ve virulans bu konuda belirleyicidir. Sağlık çalışanları, meslekleri dolayısıyla hastalık bulaşma riskiyle daha fazla yüz yüze kalabilirler ve benzer biçimde kendi sağlıkları düzeyleri, çalışma ortamı ve etkenin özellikleri enfeksiyon oluşumunda belirleyici olur. Gripten AIDS'e, tüberküloz'dan hepatit'e kadar değişebilen bu hastalıklar, solunum, temas ya da kan yoluyla bulaşabilmekte, ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. Özellikle kanla bulaşan patojenlere maruz kalmanın sonuçları sadece enfeksiyonla sınırlı değildir. Her yıl binlerce sağlık çalışanı günlerce, bazen haftalarca serolojik testlerin sonuçlarını beklerken psikolojik travmaya da maruz kalmaktadırlar. Maruziyet sonrasında risk algısı ve bilmesi gerekenlerin ne söy-

Geliş Tarihi/Received: 23.01.2007 Kabul Tarihi/Accepted: 04.05.2007

Yazışma Adresi/Correspondence: Murat CİVANER
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Deontoloji ABD, BURSA
mcivaner@gmail.com

Copyright © 2007 by Türkiye Klinikleri

leyeceğini düşünmek anksiyete yaratmaktadır.¹ Kişisel yaşamı etkileyen diğer sonuçlar ise, çocuk doğurmanın ertelenmesi, cinsel alışkanlıkların sınırlanması, koruyucu ilaçların yan etkileri, kronik sorunlar, iş kaybı, tazminat davalarının kaybedilmesi, karaciğer nakli ve erken ölümdür.²

AIDS, SARS ve son olarak kuş gribi salgınları bu riskin varlığını tekrar gündeme getirmiştir. Örneğin 2002 yılı sonbahar aylarında Çin'in Guandong bölgesinde ortaya çıkan SARS salgınından etkilenenlerin %30'u hastalanan kişilerin tedavisinde rol alan sağlık çalışanları ve onların aileleridir.³ Etkenin bulaş yolu ve bulaşı engellemek için yapılması gerekenlerin anlaşılmasına kadar geçen süre içinde çok sayıda sağlık çalışanı hastalığa yakalanmıştır. Vietnam'da, indeks hasta dışında SARS'tan ölenlerin tümü hekimler ve hemşirelerdir. Hong Kong'da SARS'lı hastaların yaklaşık yüzde 25'i, Çin'de ise ölenlerin yüzde 22'si, aralarında hastane üst düzey yöneticileri de olmak üzere sağlık çalışanıdır.⁴ Bu tür salgınlar, özellikle yeni ortaya çıkan ve tedavisi henüz bulunamamış hastalık salgınlarında sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunma ödevini yeniden sorgulatmış, kimi sağlık çalışanları çeşitli gerekçelerle bu tür hastalara hizmet sunmayı reddetmişlerdir. Örneğin ABD Ulusal AIDS Komisyonu'nun yaptığı bir araştırmaya katılan hekimlerin önemli bir kısmı HIV-pozitif ve AIDS'li kişilere sağlık hizmeti sunmaya isteksiz olduklarını belirtmişlerdir.⁵ İç Hastalıkları asistanlarının sadece %10'u bu konuda gönüllü olduklarını ve meslek yaşamlarında bu hastalara bakacaklarını belirtirken, yaklaşık %30'u bu hastalarla uğraşmaktan hoşlanmadıklarını ve ileriki meslek yaşamlarında bu hastalardan kesinlikle uzak duracaklarını söylemişlerdir. 2003 yılında Kanadalı bir hemşire ise çalıştığı hastanenin SARS ekibine atandığında, üç çocuğunu ve immunosüpresif tedavi alan annesini korumak gerekçesiyle ekibe katılmayı reddetmiştir.⁶

Bu yargı ve davranışların nedenlerini inceleyen araştırmalar, sağlık çalışanlarının çok çeşitli gerekçeler ileri sürdüğünü saptamıştır. Bir çalışmada hekimlerin HBV'li hastaya sağlık hizmeti sunmayı kabul edilebilir bulurken, HIV-pozitif hastayı reddetme gerekçeleri araştırılmıştır.⁵ Hekimler, HIV için daha az bulaş riski olmasına rağmen ölüm ora-

nının çok daha yüksek olması, HBV'nin heteroseksüel ilişkiyle daha az oranda bulaşması (ve böylece aile üyelerinin korunması), HIV'in toplumsal etiketi ve HBV'ye karşı koruyucu bir aşı bulunmasını gündeme getirmişlerdir. Bu gerekçelere dayanarak HIV'in, hekimlik mesleğini seçmekle kabul edildiği varsayılan risk "paketine" dahil olmadığı öne sürülmüştür. Bu isteksizliğe, korkunun yanı sıra başka etkenler de yol açmaktadır. Örneğin bazı hekim ve diş hekimleri, AIDS'li hastalara baktıklarını işiten diğer hastaların kendilerine bir daha gelmeyeceğini gerekçe göstermişlerdir. Diğer gerekçeler ise, bu konuda yeterince bilgi sahibi olmamak, öğrenmek için zaman bulamamak ve AIDS'li hastalardan genel olarak hoşlanmamaktır.⁵ Diğer bir görüş, başkalarını enfekte etmemenin ahlaki açıdan bir yükümlülük olarak kabul edilebileceğini, ancak özellikle hekimlerin öncelikle enfekte olmaktan kaçınmaları gerektiğini ileri sürmektedir. Çünkü "öncelikle zarar vermemek" için hekimin kendi sağlığına dikkat etmesi gerekir.⁷ Başka bir görüşe göre ise, daha önemsiz bir gerekçeyle, örneğin parası olmadığı için hastayı reddetmek olası iken, kişisel sağlığı korumak gerekçesiyle hastanın çok daha kolay reddedilebileceğidir.⁵ Bu gerekçelere genel olarak baktığımızda temel olarak, bulaşıcı hastalık taşıyan hastalara hizmet sunmayı reddeden hekimlerin, kendisini, yakınlarını, ekibindeki sağlık çalışanlarını ve diğer hastaları korumak ile çalışanın hizmet sunma ödevi ve hastanın hizmet alma hakkı arasında yaşanan çatışmayı, hasta aleyhine çözdüğünü görmekteyiz. Tartışmanın temel noktası buradadır; hekimin örneğin yeni ortaya çıkan bir salgında kendi yaşam ve/veya sağlığını tehlikeye atıyor olsa da öncelikle hastaya hizmet sunma ödevi var mıdır? Eğer bu ödevin geçerliği için bir sınır var ise, bu sınır hangi ölçüte göre belirlenebilir ve hangi hastalıklar ya da durumlar bu sınırın altında kalır? Bu yazının amacı, hekimlerin oluşan ve oluşabilecek olan farklı durumlarda sağlık hizmeti sunma sorumluluğunun sınırlarını nasıl belirleyecekleri konusunda görüş üretmektir.

Konuyla İlgili Düzenlemeler

Gerek uluslararası gerek ulusal düzeydeki metinler incelendiğinde hekimin hizmet sunma yü-

kümlülüğüne ilişkin kafa karıştırıcı ifadeler rastlanmaktadır. Kimi metinler kendi içlerinde çelişki barındırabilmektedir. Örneğin, ülkemizde hekimlik yapan kimselerin uymakla yükümlü buldukları meslek ahlakı kurallarını düzenleyen Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin ikinci maddesi yaşam ve sağlığa saygı ve özen göstermeyi, kişisel özelliklere göre ayırım yapmamayı korunması gereken birer mesleki değer olarak tanımlamaktadır.⁸

“Madde 2 - Tabip ve dış tabibinin başta gelen vazifesi, insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermektir.

Tabip ve dış tabibi; hastanın cinsiyeti, ırkı, milliyeti, dini ve mezhebi, ahlaki düşünceleri, karakter ve şahsiyeti, içtimai seviyesi, mevkii ve siyasi kanaati ne olursa olsun, muayene ve tedavi hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle mükelleftir.”

Diğer yandan, onbeşinci maddede, gerek görüldüğünde korunma amacıyla hizmet sunmanın reddedilebileceği, onsekizinci maddede ise acil durum, resmi veya insani görevin koşulları oluşmamış ise, mesleki ya da kişisel gerekçelerle hizmet sunulmayabileceği belirtilmektedir.

“Madde 15 - Hastaya bakmak üzere bir aile nezdine veya herhangi bir müesseseye çağrılan tabip, korunmayı da sağlamaya çalışır. Tabip, hastalara ve onlarla birlikte yaşayanlara, kendilerine ve muhitlerine karşı mesuliyetlerini bildirir.

Tabip icabında, tedaviye devamı reddetmek pahasına da olsa, hijyen ve korunma kaidelerine riayeti temin için gayret sarfeder.

Madde 18 - Tabip ve dış tabibi, acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere, mesleki veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir.”

Ülkesi ve uzmanlığından bağımsız olarak tüm hekimleri temsil etmek üzere 1947'de kurulan Dünya Hekimler Birliği, Hipokrat Andı'nı güncellemiş ve Cenevre Bildirgesi adıyla yayımlamıştır. Bu bildirmede hekim, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde yer verilen ifadeye benzer biçimde hastanın kişisel özelliklerine göre ayırım yapmayacağına ilişkin söz vermektedir.⁹

“Yaş, hastalık ya da engellilik, inanç, etnik köken, cinsiyet, milliyet, politik düşünce, ırk, cinsel seçim ya da toplumsal konuma göre değerlendirilmelerin görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim”.

Aynı örgütün 2006'da güncellenen bir bildirisinde ise hekimin sadece seçtiği hastalara hizmet sunmasına izin verilmesi gerektiği, ancak acil girişim gerektiren durumdaki hastayı tedavi etmek için bir ahlaki zorunluluk bulunduğu belirtilmektedir.¹⁰

“Sağlık sistemleri, her ikisinin de hakları etkilenecek biçimde, hastaya seçtiği hekime başvurmaya, hekime de sadece seçtiği hastaya hizmet sunmaya izin vermelidir. (...) Hekimlerin acil durumdaki hastaya hizmet sunmak için zorlayıcı bir mesleki ve ahlaki ödevleri bulunmaktadır.”

Dünya Sağlık Örgütü, son yıllarda yaygınlaşan kuş gripi salgınlarından sonra konuyla ilgili bir çalışma grubu oluşturmuş, grup 2006 yılında “Project on Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning” isimli bir rapor yayımlamıştır.¹¹ Raporda sağlık çalışanlarının bir salgın sırasındaki rol ve ödevleri aşağıdaki biçimde tanımlanmıştır:

- Sağlık hizmeti sunanların katılımı, pandemik influenza'ya etkin bir yanıt verilebilmesi için yaşamsal önemdedir.
- Sağlık çalışanları, salgınlarda görev almalarını gerektiren benzersiz yeteneklere sahiptirler.
- Bir sağlık çalışanının hangi risk düzeyinin kabul edilebilir olduğuna ilişkin kararı, kişisel bir seçimdir.

Doğaldır ki, düzenlemeler yaşamın her boyutunu en ince noktasına dek kavrayamaz; boşluklar mutlaka olacaktır. Yanısıra, düzenlemeler statiktir; toplumsal değişimi genellikle geriden izler. Bu nedenlerle yukarıdaki farklı ifadeleri birer çelişki olarak değil, zaman içinde karşılaşılan çok çeşitli durumlar göz önüne alınarak hazırlanmış genel kurallar olarak görmek gerekir. Düzenlemelerin ortak noktası, hastalar arasında ayırım yapmama yükümlülüğünü açık biçimde tanımlamış olmalarıdır. Yanısıra, başka maddelerde ya da metinlerde hekimin hizmet sunmayı acil durumlar dışında mesleki ya da kişisel gerekçelerle reddedebileceği

belirtmiştir. Ayrım yapmama ve yararlı olma ödevlerini tanımladıktan sonra sözü edilen bu olanağı, zarar vermeme ödevinin bir yansıması olarak okumak olasıdır. Ancak yine de, düzenlemelerin bulaşıcı hastalıklarda sağlık hizmeti sunma ödevinin sınırları konusunda açık bir yönlendirmede bulduklarını söylemek güç görünmektedir. Literatürdeki diğer incelemelerde de aynı yorumda bulunmaktadır.¹²⁻¹⁴

Standart Risk Düzeyi

Daniels, hekimlerin mesleklerini seçtiklerinde ya da sonrasında eğitim aldıklarında o mesleğin getireceği riskleri öğrenmiş olacaklarını ve dolayısıyla kabullenmiş varsayılacaklarını belirtmektedir.⁵

“İtfaiyecilerin ve polislerin, mesleklerini seçerek, mesleki eğitimlere devam ederek ve çalışma koşullarını ve uygulamalarını düzenleyen kurallara uymayı kabul ederek, anlamlı derecede yüksek risklerle karşılaşmak zorunda kalabileceklerini kabul ettiklerini varsayabiliriz. (...) Bu durum pek çok açıdan tıbbi paralellik gösterir. Tıp mesleklerini seçen kişilerin başka seçenekleri olduğu açıktır. Hekimlerin mesleklerini uygularken kendilerine hastalık bulaşma riskinin artacağı genel olarak bilinir, ayrıca bu bilgi tıp fakültesi eğitimi boyunca daha da sağlamlştırılır.”

Bununla birlikte, hemen arkasından, kabullenildiği varsayılan riskler için bir sınır olduğundan söz etmektedir:

“Örneğin, tıbbi merkezlerde çalışmaya yeni başlayan hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının bağışıklık sistemlerinin baskılanmış olması ya da gebelik gibi özel bulaş riskleriyle karşı karşıya olup olmadıklarını belirlemek, yaygın bir uygulamadır. Tarama sonrasında yüksek risk taşıdığı saptananların, belli tedavi girişimlerinden, materyallerden ya da hastane bölgelerinden uzak durmaları istenir. (...) Bağışıklık sistemi baskılanmış sağlık çalışanlarını korumak, akılcı bir “risk yönetimi”, istenmeyen sonuçları azaltmak için alınan bir önlemdir. Ancak bu tür özel koruma uygulamaları, sadece standart risklerin hizmet sunma ödevi içinde yer aldığı savını destekler. (...) Bazı meslekler risklerin bu ödevin dışında olduğu açıktır.”

Daniels sözünü ettiği risk düzeyi için kesin bir ölçüt belirtmemiş, immunosüpresif tedavi alıyor olmak ya da gebe olmak gibi belli durumları örnek vermiştir. İmmunosüpresyon kişinin bağışıklık sistemini popülasyon ortalamasının altına düşüreceğinden kişiye özel bir risk artışı getirir, gebelik ise hem kişinin bedeninde özel bir değişim dönemi olduğundan hem de bir başka insanın yaşamı söz konusu olduğundan bulaş riskini artıran ve bulaş sonuçlarını olumsuzlaştıran bir durumdur. Daniels’ın ortalamaya göre etkilenme olasılığı daha fazla olan insanları dikkate aldığı sonucuna varılabilir; ancak bu ölçüt de hizmet sunma ödevinin sınırlarını belirlemeye çalışırken yeterince yol gösterici olmaz. Örneğin bu ölçütlere bakarak bağışıklık sistemi sağlam ya da gebe olmayan bir sağlık çalışanının ahlaki ödevi hakkında belirgin savlar ileri süremeyiz. Ancak Daniels’ın verdiği örnekler, hizmet sunma ödevinin ortadan kalkacağı durumların var olabileceğini göstermesi açısından önemlidir; sağlık mesleklerinde görev ile kahramanlık arasında bir sınır vardır. Örnek verilen özel durumların dışında, sağlıklı bir sağlık çalışanı için bu sınırı hangi ölçüte göre belirleyebiliriz? Bu noktada, bulaşıcı hastalıklarla savaşım aşamalarını gözden geçirmek yararlı olacaktır.

İnsanlığın karşılaştığı herhangi bir bulaşıcı hastalık için Tablo 1’deki aşamalar geçerli olur. İlk aşamada hastalık etkeni bilinmemekte, etkin korunma sağlanamamakta ve hastalık tedavi edilememektedir. Bilgi düzeyi arttıkça bir sonraki aşamaya geçilir ve son aşamada insanlık artık o hastalığa karşı etkin biçimde savaşım verebilir duruma gelir. Aşama III ve IV’te sağlık mesleklerindeki uygulamalardan kaynaklanan risk, toplum için ortalama bulaş riskinden istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla değildir. Bunun bir nedeni, kimi hastalıklarda mesleki uygulamaların bulaş riskini anlamlı derecede artırmamasıdır. Bir hekimin mesleki yaşamında karşılaşacağı özel bir risk, maruziyet başına serokonversiyon riski, cerrahi aletlerle yaralanmaların sıklığı ve o hastalığın toplumdaki prevalansına bağlı olarak değişir.⁵ Örneğin Kanada’da HCV’nin toplumdaki prevalansı %1, HIV virüsünün ise binde 15’tir.¹ Yine Kanada’da tıp öğrencileri ve asistanlar arasında yapılan bir

Tablo 1. Bulaşıcı hastalıklarla savaşım aşamaları ve SRD.

| SRD | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Aşama I | Aşama II | Aşama III | Aşama IV |
| Etken bilinmiyor. | Etken biliniyor | Etken biliniyor | Etken biliniyor |
| Enfeksiyon kaynağına yönelik salgın inceleme çalışmaları sürüyor. | Enfeksiyon zinciri tanımlanmış | Enfeksiyon zinciri tanımlanmış | Enfeksiyon zinciri tanımlanmış |
| Etkin korunma sağlanamıyor. | Etkin korunma sağlama olasılığı var. | Etkin korunma sağlanıyor. | Etkin korunma sağlanıyor. |
| Etkin biçimde tedavi edilemiyor. | Etkin biçimde tedavi edilemiyor. | Etkin biçimde tedavi edilemiyor | Etkin biçimde tedavi edilebiliyor |
| Yüksek risk | | Mesleki açıdan standart risk | |

araştırmada, cerrahi dal asistanlarının en yüksek yaralanma oranına sahip olduğu, yılda ortalama 5.4 cerrahi iğne yaralanması olduğu ve bunların %5'inden azının bildirildiği saptanmıştır.¹ Britanya'da yapılan bir araştırmada ise, sağlık çalışanlarının %64'ünün tıbbi işlem sırasında, %20'sinin tıbbi işlemden sonra, %13'ünün ise malzemelerin kullandıktan sonra atılması sırasında kan yoluyla bulaşan virüslere maruz kaldıklarını göstermiştir.¹⁵ Buna karşılık, cerrahlar arasındaki HCV ve HIV prevalansları ise toplumla hemen hemen aynı oradadır (sırasıyla %0.8-0.9 ve %0-0.1).¹ Sonuç olarak bu verilerle, sağlık çalışanları ile toplumun geneli arasında prevalans açısından fark olmadığından, kimi hastalıklar için mesleğe bağlı maruziyetin bulaş riskini anlamlı derecede artırmadığı söylenebilir. Aşama III ve IV'teki hastalıklardan kaynaklanan mesleki risklerin topluma göre daha fazla olmamasının diğer nedeni, bu hastalıklar için bulaştan etkin biçimde korunmanın olası olmasıdır.

Aşama II'de ise sağlık çalışanlarının hizmet sunma ödevi içinde kalan risk düzeyi, diğer bir deyişle standart risk düzeyi (SRD), toplum ortalamasına göre artmıştır; çünkü etkin (kolay uygulanabilen, yüksek derecede korunma sağlayan, her koşulda işlevsel kalan) bir korunma yöntemi henüz bulunmamıştır. Eldeki konvansiyonel yöntemler bir dereceye kadar koruma sağlayabilmektedir, ancak her koşulda güvenilir bir koruma elde edilememektedir; dolayısıyla hekim için etkeni ve enfeksiyon zinciri tanımlanmış, ancak etkin tedavisi bulunmayan bir hastalığa yakalanma riski bulunmaktadır. Böylesi bir durumda toplumun diğer üyeleri için bulaşıcı hastalık taşıyan kişilerle temastan kaçınmak bir dereceye kadar da olsa olası iken, hekim için böyle

bir olanak bulunmamaktadır. Çünkü henüz etkin korunma yöntemi bulunmamış olsa dahi, hekimin hizmet sunma ödevi halen geçerli bulunmaktadır. Bu ödevin dayanaklarından biri hekimlik mesleğinin toplumla yaptığı sözleşmedir:⁹

“Hekimlik mesleği, (...) aynı zamanda toplumla ilişkileri de içerir. Bu ilişki, toplumun hekimlik mesleğine belli hizmetler sağlaması ve mesleğin büyük oranda kendi kendisini denetlemesi gibi ayrıcalıklar tanınması karşılığında, mesleğin bu ayrıcalıkları birincil olarak başkalarının yararına ve sadece ikincil olarak kendi yararına kullanmayı kabul etmesini içeren bir çeşit ‘toplumsal sözleşme’dir.”

Diğer dayanak, toplumsal sözleşme ile bağlantılı olarak, hekimlerin özel bir eğitim almaları ve bu mesleği sürdürmeleri nedeniyle, bu konuda toplumun en bilgili ve en deneyimli üyeleri olmalarıdır.¹³ Ayrıca Daniels'ın belirttiği gibi, bir dereceye kadar da olsa hekimin mesleği dolayısıyla toplum için ortalama riskin üzerinde bir riske maruz kalmayı kabul ettiği varsayılır; dolayısıyla hekimin sorumluluğu Aşama III ile sınırlı kalmaz. Bu dayanaklara temellenen hizmet sunma ödevinin geçerliliği Aşama II'de de devam eder.

Aşama I'deki hastalığın etkeni, enfeksiyon zinciri, etkin korunma ve tedavi yöntemi bilinmemektedir. Bu hastalıklar genellikle yeni ortaya çıkan, salgın belirtileri gösteren, hızlı gelişen, yaşam ve sağlık üzerinde önemli derecede etkili olan hastalıklardır ve bu nedenle hizmet sunma ödevinin dayanakları, çatıştıkları değerlere karşı diğer aşamadakiler kadar kolay üstünlük sağlayamaz. Toplumsal sözleşme sürmekle birlikte, hekimlik artık en iyi bilen kurum olma özelliğini önemli

derecede yitirmiş, deneyim, sezgi, bilimsel yöntem kullanma yetisi gibi kişisel özellikleri ön plana çıkmıştır. Önemli derecede bir belirsizlik söz konusudur ve sağlık sistemi bu belirsizlik içinde çalışanlarını nasıl kullanacağını özenle düşünmek durumundadır; yanlış kararlar çalışanların en azından hizmet sunamamasına, dolayısıyla da daha fazla sayıda kişinin hastalıktan etkilenmesine yol açabilir. Bu nedenlerle Aşama I, SRD'nin üzerindedir. Hizmet sunmayı reddetme olanağını kullanmanın koşulları ancak bu aşamada oluşur; hastanın durumu acil değilse hekim kendisini, yakınlarını, diğer sağlık çalışanlarını, diğer hastaları korumak gerekçesiyle, ya da düzenlemelerde belirtilen biçimiyle “şahsi sebepler”le bu olanağı kullanabilir.

Bir parantez açarak, hizmet sunmayı reddetme olanağı hakkında tüm ulusal ve uluslararası düzenlemelerde yer verilen “hastanın durumunun acil olmaması” koşulu üzerinde düşünülmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Bu koşul, hastanın yaşamı ve sağlığı üzerinde geri dönüşsüz bir olumsuz etki oluşması söz konusu ise reddetme olanağının kullanılmayacağını belirtmektedir. Ancak hastanın hekime başvurmasına neden olan sağlık sorunu, yönlendirmeyle kaybedilen zaman içinde -en azından hastanın yakınmalarının artması anlamında- acilleşebilecektir. Bu uygulama, belli bulaşıcı hastalıklara sahip kişilere durumları acilleşene dek sağlık hizmeti verilmeyebileceği anlamına gelir. Bir hastalığa yönelik erken evrede girişimde bulunmak yerine, hastanın durumunun kötüleşmesini, girişimde bulunmanın kaçınılmaz bir ödev haline dönüşmesini beklemek etik açıdan kolayca gerekçelendirilemez. Ayrıca, hastanın durumu acilleştiği zaman başvuracağı hekimin ve kurumun nitelikleri sadece şansa kalmıştır. Bu “son” hekim, hastanın içinde bulunduğu acil durum nedeniyle sağlığı açısından daha olumsuz, iletişim kurmanın ya da bilgi edinmenin daha zor, olanakların daha kısıtlı olacağı koşullarda ve daha kısa süre içinde sağlık hizmeti sunmak zorunda kalabilecek, bu ise hem hasta hem de kendisi için olumsuz sonuçların oluşma olasılığını artıracaktır. Bu nedenlerle, “hastanın durumunun acil olmaması” koşulunun, hizmet sunmayı reddetme olanağını tanımlayan ucu açık ifadeleri biraz olsun sınırlandırabilen için geti-

rildiğini göz önünde tutarak, düzenlemelerdeki sınırları daha belirgin tanımlamak gerekir.

Yanısıra, kimi hastalıklar için Tablo 1'deki aşamalara ait özelliklerin karışık halde bulunabileceği belirtilmelidir. Örneğin, henüz etken izole edilemediği halde o hastalık etkin biçimde tedavi ediliyor olabilir. Bir başka olasılık, etkin korunma ve tedavi yöntemi bulunmasa bile kimi bulaşıcı hastalıklar kendiliğinden, sekel bırakmadan iyileşebilir. Böylesi durumlarda yukarıda sözü edilen belirsizlik söz konusu değildir; hastalığın kendiliğinden iyileştiği ya da hangi yöntemle iyileşeceği bilinmektedir. Dolayısıyla bu tür hastalıkları Aşama I içinde tanımlamak uygun olmaz; hizmet sunma ödevi geçerliliğini korumaktadır.

SRD'yi yeniden tanımlamayı gerektirecek bir başka etken, çalışma koşullarıdır. Çalışma koşullarının uygun olup olmaması, hizmet sunma ödevini yeniden değerlendirmeyi gerektirebilir. Hekim Aşama II'de bulunan bir hastalıkla karşı karşıya iken, bir dereceye kadar koruma sağlayabilen yöntemler elinde ya da erişebileceği bir kaynakta yoksa, hastalık Aşama I içinde değerlendirilmelidir; hekim hizmet sunmayı reddederek hastayı uygun koşullara sahip bir hekime/kuruma yönlendirebilir. Bu noktada, çalışanlarına hizmet sunarken olası en güvenli koşulları sağlamakla yükümlü olan sağlık sisteminin yükümlülüğünü yerine getirmediği, kaynakları yönetme yetkisine sahip kurumun hizmet sunumunun temel koşullarını sağlamadığı gözden kaçırılmamalıdır. Bu eksikliği görmezden gelerek, yaşanan durumu sadece hekimin hizmet sunma ödevi çerçevesinde tartışmak hem adil, hem de sorun çözücü olmaz. Sorunun temel kaynağını görmemek, teknik olanaksızlık gerekçesiyle hastanın başka bir hekime/kuruma yönlendirilmesi uygulamasının zaman içinde sıradan görülmesine, hem hizmet sunanlar hem de toplum tarafından doğal kabul edilmesine yol açar. Ancak bu durum olayın dramatik niteliğini değiştirmez. Dramatik olayların sıradan algılanıyor olması ve o olaya karşı genel olarak duyarsızlaşılması olayın dramatikliğini ortadan kaldırmaz. Çünkü o olayı dramatik yapan bir değer harcanmasıdır; o olayın sıradanlaşabilmesi için söz konusu değeri yaratan gerekçelerin ortadan kalkmış olması gerekir. Gerek-

sinilen sağlık hizmetini alma hakkı herkes için geçerli olduğuna göre böyle bir durum söz konusu değildir. Dolayısıyla, çalışma koşullarının sorumlularınca uygun niteliklere kavuşturulmamış olması hizmet sunmayı reddetme olanağı yaratmasının yanısıra, hasta için her zaman en iyisini gözetme ödevi bulunan hekime bu durumun düzeltilmesi için çaba gösterme sorumluluğu da yükler.

Aşama I'de ne yapmalı?

Yazının bu noktasına dek, hekimin hizmet sunma ödevinin sınırları üzerine bir tartışma yürütülmüş ve bu ödevin bazı koşullarda geçerliliğini yitirebileceği ileri sürülmüştür. Bununla birlikte, hizmet sunma ödevi kimi özel koşullarda ortadan kalkabilirse de hastanın gereksindiği hizmeti alma hakkı kalıcıdır; bu hakka Aşama I'de de sınırlama getirilemez. Öyleyse hizmetleri, bu hakkın gereklerini her koşulda sağlayabilmek amacıyla yönelik olarak örgütlemek, hekimin hizmet sunmayı reddebileceği koşullara dönük planlama yapmak gerekir. Doğal olarak öncelikle, reddetme olanağının koşulları incelenmelidir; bu koşulların oluşma nedeni sağlık örgütlenmesinin eksikliği nedeniyle oluşan olumsuz çalışma koşulları ise, çalışma ortamındaki korunulabilen risklere yönelik olası tüm önlemler alınmalı ve bu önlemlerin etkin biçimde devamlılığı sağlanmalıdır. Böylece hekimin hizmet sunma ödevi tekrar geçerlik kazanacaktır.

Eldeki olanakların kullanılıyor olmasına karşın hastalıkla savaşım halen Aşama I'de ise, hastanın sağlık hizmeti alma hakkının gereklerini yerine getirmek için daha karmaşık bir yöntem bulmak gerekir. Bu koşullarda sunulabilecek en iyi hizmet henüz bir standarda kavuşmamıştır; değişik korunma, tanı ve tedavi yöntemleri denenmektedir. Dolayısıyla hastanın hizmet alma hakkı, temel olarak acısız biçimde, olası ise günlük işlevlerini sürdürebilmesine olanak tanıyan, değilse yaşamını sürdürmesini ve sağlığı üzerinde kalıcı hasar kalmasını önleyici nitelikte bir hizmet sunulmasıyla sağlanabilir. Sağlıklı bireylere sunulması gereken sağlık hizmeti ise, sağlığı koruyucu ve geliştirici bilinen uygulamaların yanısıra, hastalıktan korunmaları için gereğinde izolasyon ve karantina aracı-

lığı ile etken maruziyetini azaltıcı önlemlerdir. Hizmeti sunacak hekimler ise birkaç aşamalı bir yöntem izlenerek belirlenebilir. Öncelikle tüm hekimler, hastalık hakkında bilinen tüm bilgiler, süregiden çalışmalar ve planlananlar hakkında açık, eşit ve güncel biçimde bilgilendirilmeli, hekimler ayrıca süreç içinde bilgi akışının güvenceye alındığına ikna olmalıdır. Ayrıca, bilinen tüm koruyucu önlemler alınmalı, olası tüm olanakların kullanıldığı gösterilmelidir. Sonrasında ise hekimlere hizmet sunmayı reddetme olanağını kullanıp kullanmayacakları sorulur. Bu aşama iyi niyete, ekip çalışmasına, süregiden olumlu ve tatminkâr bir çalışma ortamına, daha da önemlisi sağlık çalışanları ile toplum arasında dayanışmacı ve özgeci ilişkilerin varlığına dayanır; emirle ya da hukukla kalıcı/güvenilir çözüm oluşturmak güçtür. Sözü edilen koşulların varlığında büyük olasılıkla reddetme olanağı kullanılmayacaktır. Ancak yine de yeterli sayıda hekim bulunamayabilir. Bu durumda hekimlerden reddetme yönündeki seçimlerinin gerekçelerini, sağlık örgütlenmesinin yöneticileri, hekimlerin meslek örgütü, sağlık çalışanlarının sendikası, hasta yakınları ve toplum temsilcilerinden oluşan bir kurula açıklamaları beklenir. Önemli olan kurulu ikna etmeleri değil, kendi içinde tutarlı bir açıklamada bulunmalarındır; çünkü oluşan koşullar nedeniyle halihazırda hekimler bu olanağı kullanma hakkını elde etmişlerdir. Kendilerinden beklenen sadece, kararlarını gerekçelendirmeleri ve topluma açıklayabiliyor olmalarıdır. Sayı yine yetersiz kalır ise, oluşan yeni durumu tekrar değerlendirmek gerekir. Bu aşamada, sağlık hizmeti alma hakkının ağırlığı tekrar artar; çünkü hizmeti sunacak hekim sayısının toplamı yetersiz miktardadır. Oluşan bu durum, eldeki olanakları kullanarak acil girişimde bulunmayı gerektirir ve sağlık hakkının gereğini yerine getirebilmek için şansın belirleyiciliğini kullanmak ya da yaptırım uygulamak gibi kaba yöntemlere başvurmak durumunda kalınır. Örneğin en eşitlikçi yöntem olarak, hizmet sunmayı reddeden hekimler arasında kura çekilebilir. Bir başka yöntem, hizmet sunmayı reddeden hekimlerin özlük haklarıyla ilgili yaptırımlar uygulamak olabilir. Doğaldır ki, sağlık hizmeti alma hakkının gereğini yerine getirdiği sürece bu öneri-

lerden çok daha iyileri/yaşamla bağdaşanları bulunabilir, bulunacaktır.

Tam ya da seroloji bilinmiyorsa...

Tüm bunların yanısıra, Aşama II, III ve IV'e ilişkin yürütülen tartışmanın, hekimin hizmet sunacağı hastanın tanısını ve taşıyıcısı olduğu diğer bulaşıcı hastalıkların ne olduğunu bildiği varsayımına dayandığı gözden kaçırılmamalıdır. Hekimin bilgilenmesi, ancak hastanın o bilgiye sahip olup hekimiyile paylaşması, ya da test yaptırmayı kabul etmesiyle olasıdır. Diğer bir deyişle, yaygın olarak karşılaşılan durum, hekimin hastanın tanı ve serolojisi hakkında önceden bilgisinin olmamasıdır; hekim hastanın işbirliği yapmasıyla bu bilgilere sahip olur. Hastanın bu bilgiyi paylaşması ya da test yaptırmak için onam vermesi için ise, mesleki gizliliğin korunacağına ve hastalığı nedeniyle ayrımcılığa uğramayacağına güveniyor olması gerekir. Hastanın bu bilgileri tam ve doğru vermek ya da test yaptırmak gibi ahlaki bir yükümlülüğü bulunmamaktadır. Ancak başkalarına hastalık bulaştırmamak gibi bir yükümlülüğü bulunduğu ileri sürülebilir.¹⁶ Yine de, Harris'in belirttiği gibi, insanların bu yükümlülüğe sahip çıkmasını bekleyebilmek için, hastalık taşıyan kişilere yüklenen yükün, toplumun tedavi etme, bakım hizmeti verme, ayırım yapmama ve bazı durumlarda tazmin etme gibi sorumlulukları üstlenmesiyle dengelenmesi gerekir. Böyle bir ödev tanımlayabilmemiz için, bireylerin bu ödevi yerine getirmenin tüm yüküyle başbaşa bırakılmadığı bir toplumda yaşıyor olmaları gerekir.¹⁶ Bu koşulların sağlanamadığı bir toplumda hastalar bildiklerini paylaşmanın bedelini kendilerine hizmet sunulmasının reddedilmesi biçiminde öderlerse, hem ayrımcılığa uğramış olurlar, hem de bu bilgileri paylaşmaktan sakınabilirler. Bu da doğal olarak zaman içinde kişilerin uygun sağlık hizmeti alamamasına, o hastalığın toplum içinde yaygınlaşmasına, ayrıca mesleki risklerin artmasına yol açacaktır.

Hekimleri hastalık bulaşma riskinden korumak için cerrahi girişim gereken her hastaya test yapılması bir çözüm olarak önerilmiştir. Örneğin

Kanadalı Hekimler Birliği (KHB) 1999 yılında bu yönde bir adım atmıştır:¹⁷

“KHB, sağlık çalışanlarının hastanın beden sıvıları ile temas edebileceği herhangi bir tıbbi işlem için, bu türden bir maruziyet gerçekleştiğinde HIV ve Hepatit testi yaptıracaklarına ilişkin hastaya bir izin belgesi imzalatılmasını önerir.”

Ancak bu türden düzenlemelerin uygulamada birçok zorluğu ve yeni soruları beraberinde getireceği kolayca öngörülebilir. Test yaptırmaya zorlayan bir düzenleme olmaksızın hastaların büyük çoğunlukla test yaptırmayı kabul ettikleri bilinmektedir.¹⁷ Bu uygulama zorunlu hale getirildiğinde, öncelikle onam konusu akla gelecektir; sözü edilen test ya da testlerin yapılabilmesi için hastanın onamı alınmalıdır. Test yaptırmayı reddeden hastaların ayrımcılığa uğramamaları sağlanmalıdır; gereksinilen sağlık hizmetini alma hakkı kısıtlanamaz. Bu durumda test uygulaması ile amaçlanan sonuç elde edilemeyecektir. Diğer taraftan, zorunlu bir uygulama getirilmesi, ancak bu zorunluluğa uymayanların yaptırma uğramaması, o zorunluluğu anlamsızlaştıracaktır. Ayrıca, sağlık çalışanlarının hastaların beden sıvıları ile karşı karşıya gelebilecekleri olguların çeşitliliği o kadar fazladır ki, neredeyse bütün girişimlerde hastanın test yaptırmasını istemek gerekebilecektir. Böylesi bir durum hem kaynakların gereksiz yere harcanmasına, hem de zaman ve emek yitirilmesine yol açacak, hizmetin niteliğini azaltacaktır.

Test uygulama düşüncesi, teknik açıdan da sınırlıdır. Test uygulanacak hastalıklar arasında ilk planda akla HIV, Hepatit B ve Hepatit C virüsleri gelmektedir. Ancak çalışma ortamında sağlık çalışanlarına sadece bu virüsler değil, örneğin tüberküloz, menenjit gibi solunum yoluyla bulaşan hastalıklar da bulaşabilmektedir. Bu durumda tüm hastalıkların bulaşma riski, korunma önlemleri, tanı yöntemleri, prognoz, tedavi olanakları ve mortalite oranlarına göre sınıflandırılması ve en azından görece olarak yüksek bulaş riski olan her hastalık için tüm hastalara test uygulanması gerekecektir. Böyle bir durumda aşağı yukarı şöyle bir cümle kurulmuş olur: “*Hastalar, sağlık çalışanlarının ve*

diğer hastaların sağlığını korumak için, bugünkü bilimsel bilgilerimizle yüksek riskli kabul ettiğimiz şu 7 bulaşıcı hastalığın kendilerinde olup olmadığını belirlemeye yönelik olarak şu testleri yaptırmalıdır.” Bu cümle, maruziyet olasılığından maruziyetin gerçekleşmesi koşuluna daraltılabilir. Ancak yine de ortaya çıkacak kaosun kapsamı önemli derecede azaltılamayacaktır. Çünkü bu kez sağlık çalışanı her kuşku temas sonrası test ya da testler talep edecek, sağlık hizmetleri aksayabilecek, test sonucu kesinleşene dek sağlık çalışanı ve hasta için rahatsız edici bir süreç yaşanacaktır. Ayrıca bu türden bir cümle kurduğumuzda karşımıza yeni bir teknik sorun çıkmaktadır: Yanlış pozitif ve negatif sonuçlar. Örneğin AIDS için kullanılan ELISA testinin binde 5 oranında yanlış sonuç verdiği, bunların da çoğunlukla yanlış pozitif sonuçlar olduğu bilinmektedir.¹⁷ Bu durumda doğrulama testleri gündeme gelebilir; ancak yine AIDS örneği için doğrulama testi olan Western-blot testi günler hatta haftalar sonra sonuç verdiği anımsanmalıdır. Bu durumda yanlış-pozitif sonuçlar ya çoğunluğun yararı için göz ardı edilecek, ya da doğrulama testi sonuçlanana kadar sağlık hizmeti sunulmayacaktır. Ancak her iki durumda da etik sorunların süreceği açıktır. Aslında tüm bu sorunların oluşumunu engellemek ya da en aza indirmek için basit ve etkin bir çözüm bulunmaktadır: Tüm hastalara test yapmak yerine, tüm hastaları seropozitif kabul etmek ve buna göre önlem alarak çalışmak.

Sonuç

Hizmet sunma ödevinin sınırları vardır. Bulaşıcı hastalıklarla savaşım aşamalarından ilki, bu sınırın üstüne karşılık gelir; bu bölgede hekim hizmet sunmayı reddetme olanağını kullanabilir. Ancak yine de, hekim sayısının yetersizleştiği koşullarda gereksinilen sağlık hizmetini alma hakkı ağırlık kazanır ve bu hakkın gereklerinin yerine getirilmesi için önceden bir yöntem geliştirilmelidir.

Çalışma koşullarının uygun olduğu koşullarda, hastayı reddetme olanağının doğma olasılığı oldukça düşük olacaktır; bu bakımdan sağlık örgüt-

lenmesinden sorumlu kurum(lar) önemli bir role sahiptir.

Hekimin hastaya hizmet sunmayı reddetmesinin arkasındaki önemli nedenlerden biri, hem riskler konusundaki bilgisizliği, hem de meslek ahlağına ilişkin eğitimsizliğidir. HIV gibi kimi korkulan hastalıkların mesleki maruziyetle artmadığını bilen ve hasta için en iyisini gözetmek ile ayırım yapmamak değerlerini edinmiş, hizmet sunma ödevinin dayanaklarını içselleştirmiş bir hekimin hastaya hizmet sunmanın sınırlarını gereğinde kendi kendisine doğru biçimde belirleyebileceği açıktır.

Yanısıra, konuyla ilgili yasal ve ahlaki düzenlemeler gözden geçirilmeli, taraflarca ortaklaşarak hizmet sunma ödevinin sınırları, reddetme olanağının koşulları ve sağlık hizmeti alma hakkı ile yaşanabilecek çatışmalarda nasıl eylemesi gerektiği ayrıntılı biçimde tanımlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Moloughney BW. Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: where are we now? CMAJ 2001;165: 445-51.
2. International Health Care Worker Safety Center. Annual Number of Occupational Percutaneous Injuries and Mucocutaneous Exposures to Blood or Potentially Infective Biological Substances. 1998 [Erişim tarihi 11 Nisan 2007]; <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/epinet/estima tes.cfm>
3. World Health Organisation. Consensus document on the epidemiology of severe acute respiratory syndrome (SARS). 2003 [Erişim tarihi 11 Nisan 2007]; <http://www.who.int/csr/sars/guidelines/en/index.html>
4. Ergönül Ö. Dr. Carlo Urbani'nin 'SARS'an öyküsü. Radikal/Radikal 2. 2003.
5. Daniels N. Duty to treat or right to refuse? Hastings Cent Rep 1991;21:36-46.
6. Sibbald B. Right to refuse work becomes another SARS issue. CMAJ 2003;169:141-a-.
7. Rea E, Upshur R. Semmelweis revisited: the ethics of infection prevention among health care workers. CMAJ 2001;164:1447-8.
8. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. 1960 [Erişim tarihi 11 Nisan 2007]; <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>
9. The World Medical Association. Tıp Etiği Elkitabı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2006.
10. The World Medical Association. Statement on the Twelve Principles of Provision of Health Care in any National Health Care System. 2006 [Erişim tarihi 11 Nisan 2007]; <http://www.wma.net/e/policy/h6.htm>.

11. World Health Organisation. Project on Addressing Ethical Issues in Pandemic Influenza Planning. 2006 [Erişim tarihi 11 Nisan 2007]; www.who.int/entity/eth/ethics/PI_Ethics_draft_paper_WG2_6_Oct_06.pdf
12. Ehrenstein BP, Hanses F, Salzberger B. Influenza pandemic and professional duty: family or patients first? A survey of hospital employees. *BMC Public Health* 2006; 6:311.
13. Ruderman C, Tracy CS, Bensimon CM, Bernstein M, Hawryluck L, Shaul RZ, et al. On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *BMC Medical Ethics* [electronic resource]. 2006;7:E5.
14. Sokol DK. Virulent epidemics and scope of healthcare workers' duty of care. *Emerging Infectious Diseases* 2006;12:1238-41.
15. Evans B, Duggan W, Baker J, Ramsay M, Abiteboul D. Exposure of healthcare workers in England, Wales, and Northern Ireland to bloodborne viruses between July 1997 and June 2000: Analysis of surveillance data. *BMJ* 2001;322: 397-8.
16. Harris J, Holm S. Is there a moral obligation not to infect others? *BMJ* 1995;311:1215-7.
17. Tyndall MW, Schechter MT. HIV testing of patients: Let's waive the waiver. *CMAJ* 2000;162:210-1.