

Nörolojide Etik Sorunlar

ETHICAL PROBLEMS IN NEUROLOGY

Hilmi UYSAL, Levent E İNAN, Pervin KULİ, Muhlis YURDAKUL

SB Ankara Hastanesi Nöroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

Nöroloji kliniklerinde etik sorunlar yüksek ölüm oranları nedeniyle diğer kliniklerden daha yoğun yaşanmaktadır. Etik konuların kapsamındaki Beyin Ölümü, Kalıcı Bitkisel Durum (KBD) gibi başlıca klinik tablolar nöroloji kliniklerinde izlenmekte, hasta-hekim ilişkilerinde sık sık etik sorunlar ile karşılaşmaktadır.

Ülkemizde Nöroloji uzmanlık eğitimi etik konularda eğitimi içermemektedir. Tıp etiği ile ilgili mezuniyet sonrası eğitim programları da yoktur. Bu konuyla ilgili yasal mevzuat ise hem yetersizdir, hem de bilinmemektedir. Klinik çalışma sırasında karşılaşılan sorunlar genellikle hekimlerin kişisel formasyonlarına göre oluşan yaklaşımlarla çözülmektedir. Karşılaştığımız sorunlarımız aracılığı ile etik sorumluluklarımızın tartışılmasını amaçlamaktayız.

1. Resüsitasyon ("Do not resuscitate")

"Canlandırma yapmayınız" kararı verilmeli midir?, Kimler bu konuda eğilim oluşturmali? Hekim olarak bu konudaki yetki ve sorumluluklarımız nelerdir?

2. Beyin ölümünde yaklaşım

3. Kalıcı bitkisel durumda yaklaşım (KBD)

Anahtar Kelimeler: Nöroloji, Etik, Kalıcı bitkisel durum, Beyin ölümü, Resüsitasyon

T Klin Tıbbi Etik 1995, 2-3:72-75

Hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmeler hasta-hekim ilişkilerinde daha önceden tanımlanmamış sorunlarla karşılaşılmasına neden olmaktadır. Bunlardan en çarpıcı olanı kuşkusuz "Beyin Ölümü"dür. "Kalıcı

Geliş Tarihi: 2.11.1994

Yazışma Adresi: Dr.Hilmi UYSAL

Bağlar Cad. Bağlar Apt. 51/7
Seyranbağlan, ANKARA

tXXX. Ulusal Nöroloji Kongresi'nde (9-14 Ekim 1994) bildiri olarak sunulmuştur.

SUMMARY

Ethical problems are common in neurology departments because of high mortality. Status like brain death and persistent vegetative state usually cause difficulties between patient's relatives and doctors.

First of all training of medical doctors during specialization in neurology departments does not include ethics. Secondly there isn't any post-graduate programme on this subject too and most important of all, justice regulations are weak and unknown. As a result every ethical problem have been solved according to physician attitudes. So we want to discuss ethical problems which we met during our practice. These are; "do not resuscitate" orders, brain deaths and persistent vegetative state.

Key Words: Neurology, Ethic, Persistent vegetative state, Brain death, Resuscitation

T Klin J Med Ethics 1995, 2-3:72-75

Bitkisel Durum" (KBD) ise giderek daha sık karşılaşılabileceğimiz klinik tablolardır. Başarısız, "uygunsuz" veya geç uygulanmış canlandırmalar sonucunda her iki klinik tabloya uyan hastalar görülebilmektedir.

Nöroloji kliniklerinde ölümlerin sık görülmesi nedeniyle "etik sorunlar" daha yoğun yaşanmaktadır. Etik konuların kapsamındaki Beyin Ölümü, Kalıcı Bitkisel Durum (KBD) gibi başlıca klinik tablolar nöroloji kliniklerinde izlenmekte, hasta-hekim ilişkilerinde sık sık etik kapsamına girecek sorunlar ile karşılaşmaktadır (1).

Ülkemizde Nöroloji uzmanlık eğitimi etik konularda eğitimi içermemektedir. Tıp etiği ile ilgili mezuniyet son-

rası eğitim programları da yoktur. Bu konuyla ilgili yasal mevzuat ise hem yetersizdir, hem de bilinmemektedir. Klinik çalışma sırasında karşılaşılan sorunlar genellikle hekimlerin kişisel formasyonlarına göre oluşan yaklaşımlarla çözülmektedir. Karşılaştığımız sorunları tanımlamaya çalışarak, etik sorumluluklarımızın tartışılmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktayız.

YÖNTEM

Bu makalede son bir yıl içinde karşılaştığımız hasta-hekim ilişkisi kökenli sorunlardan üçü tanımlanmaya çalışılmıştır. İki sorun olgu düzeyinde, bir sorun ise retrospektif çalışma şeklinde ele alınmıştır.

Servisimiz 20 yataklıdır. Yılda ortalama 500 hasta yatarak izlenmektedir. Yoğun bakım ünitemiz yoktur. Klinikte çalışan hekim dağılımı 1 şef, 2 şef muavini, 4 başasistan ve 12 asistan olmak üzere toplam 19'dur.

Sorun 1: İatrojenik Kalıcı Bitkisel Durumda Etik Sorunlar

36 yaşındaki kadın hastada sezeryan ardından akut karın gelişmiştir. Yapılan abdominal cerrahi sırasında kardiak arrest olmuş, resüsitasyon sonrası bilinci kapalı olan hasta başka bir hastaneye sevk edilmiştir. "Akut karın" tablosunun ve ateşin devamı üzerine ikinci cerrahi girişim yapılmış, cerrahi sırasında ikinci kez kardiak arrest olan hasta resüsite edilmiştir. Cerrahi sonrası spontan solunumun olmadığı, respiratuvara bağlı kısa bir dönem geçiren hastada akut dönemin ardından spontan solunum dönmüştür. 1 aylık süre içinde gözlerinin spontan açık olduğu, ancak anlamlı hiçbir aktivitesinin olmadığı, tetraplejik tabloda stabilleşmiştir. Kalıcı Bitkisel Durum (KBD) tanısı ile üç ay süreyle reanimasyon kliniğinde izlenme sonrası kliniğimize devredildi.

Kliniğe kabulünde gözleri spontan açıldı, verbal ve amaçlı motor yanıtı yoktu. Gözleri zaman zaman cisimleri izliyordu. Ancak anlamlı ve amaçlı göz fiksasyonu yoktu. Beyin sapı refleksleri normaldi. Tetraplejik olan hastanın üst ve alt ekstremitelerde kontraktürleri gelişmekteydi. Babinskisi bilateral pozitif. Beyin tomografisinde yaygın kortikal atrofisi ve ventriküler dilatasyonu vardı.

Hasta bir yıl nöroloji kliniğinde KBD tanısı ile izlendi. Sosyal güvenlik kurumunun bir yıllık yatıştan sonraki masrafları ödemeyeceğini ve ailenin de bu koşullarda hastayı hastanede yatıramayacağını belirtmesi üzerine taburcu edildi.

Bu tip olgularda sağlık kurumlarının en azından hastanın bakımını (sosyal güvenlik koşulu aramadan, hasta yakınlarından beklemeden) üstlenmesi ve aileyi bu yükün altında ezilmekten koruması mümkün değil mi?

Bu tartışmanın yapılmasını, hastayı tedavi etmeye çalışan ancak komplikasyonlarla karşılaşan hekimlerin "suçlanmasına neden olmak için değil, hastanın sorumluluk ve bakımını üstlenmenin "Etik bir görev" ol-

duğu düşüncesiyle istiyoruz. Böylesine bir davranış, çektiği sıkıntıyı bir yana bırakın, gözlerinin önündeki hasta ile ama hiçbir iletişim kurmadan derin bir "acı" yaşayan hasta yakınlarına en büyük destek olacaktır.

İatrojenik kökenli ağır sakatlık, yetersizlik ve KBD'da hekimin hastaya karşı sorumluluk ve görevleri nelerdir?

Sorun 2: Beyin Ölümüne Yaklaşımında Etik Sorunlar

32 yaşında, erkek hasta

Yakınması: Ani bilinç kaybı, solunum düzensizliği

Öyküsü: T2 saat önce gelişen ani bilinç kaybı ile acile getirilen hastanın kan basıncı 250/110 mmHg idi. Bilinci kapalı, derin komada ve solunumu düzensiz olan hastanın acil çekilen BBT'sinde ventriküle ve subaraknoid mesafeye açılmış, beyin sapına bası yapan büyük intraparaknimal hematoma saptandı. Nöroşirurji cerrahi girişim düşünmediği için hasta kliniğimize alındı.

Nörolojik **Muayenesinde;**

Solunumu ileri derecede düzensizdi. E=1, V=1, M-1. İR -/-, pupiller bilateral miyotik idi. Beyin sapı refleksleri alınmıyordu. Babinski bilateral ilgisiz, DTR'ler dört ekstremitede alınmıyordu.

Hasta kliniğe alındıktan 1 saat sonra solunumu durdu. Resüsite edildi. Respiratuvara bağlandı. Spontan solunumu yoktu. Pupiller fiks dilate idi. Kornea refleksi bilateral alınmıyordu. Beyin sapı refleksleri alınmıyordu. Motor yanıt yoktu.

24 saat dolduğunda hasta "Beyin Ölümü" tanısı ile izlenmeye başlandı. Hasta yakınlarına hastanın beyin ölümü tanısı söylendi. Prognozu konusunda bilgi verildi ve organ nakil konusunda görüşleri soruldu. Yakınları kesinlikle organ bağışında bulunmak istemiyorlardı. Bu durumda aileye respiratuvardan çıkarmayı düşündüğümüz belirtildi. Çünkü halen geçerli mevzuat ve bilgilerimiz bize bu yetkiyi veriyordu.

Ancak ailenin beklenmedik boyutta büyük tepkisi ile karşılaşıldı. Hastalarının "Beyin Olarak Ölü" olduğunu kabullenemiyorlardı. Bunun üzerine hasta respiratuvardan çıkarılmaktan vazgeçildi ve izleme kararı verildi.

Hastanın 48. saatten sonra ağır hipotansiyonu gelişti, kardiyotoniklerle desteklenen hasta yatışının 72. saatinde antibiyotik almasına rağmen yükselen ateşinin ardından, tansiyonunun alınmadığı bir dönem sonunda kardiak arrest oldu.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Tıbbi olarak ölümün saptanması bilimsel gelişmeler ile yakından ilgilidir. 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar kalbin durması ölüm için gerekli koşul iken, artık beyin ve beyin sapı fonksiyonu yani "Beyin Ölümü", ölüm için gerekli ve yeter koşul olarak kabul edilmektedir

(1). Ülkemizde 1979 yılında çıkan "Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında kanun" beyin ölümünden bahsetmemekte, ancak ölüm halinin bilimin ülkede ulaştığı düzeye göre, 4 kişilik bir kurul tarafından saptanacağını söylemektedir (6). 20.7.1993 tarih ve 21674 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Organ Nakli Merkezleri Yönetmeliğinde "Beyin Ölümü" tanımlanmakta ve tanı kriterleri belirtilmektedir (7). Ancak yönetmelik organ nakline yönelik hazırlanmıştır. "Hasta yakınına beyin ölümü deklare edildikten sonra, organ bağış izni alınmadığında, hastaya uygulanan tıbbi destek kesilir" denilmektedir.

Beyin Ölümü ile ilgili yaklaşımda 12-24 saatlik süre hekimin tanısını kesinleştirmek için kabul edilen süredir. Hasta yakınlarının tanıyı anlamaları ve kabul lenmeleri için bu süre yeterli değildir. Hasta yakınlarıyla hekimleri karşı karşıya getiren "respiratuvardan hastayı çekme işlemi" ancak hasta yakınlarının kabulü ile 24. saat sonunda, kabul etmiyorlar ise en az 72. saate kadar uzatılarak ailenin tanıyı kabullenmesi ve anlaması için gerekli süre verilmelidir.

Sorun 3: Resüsite edilecek - Resüsite edilmeyecekler

"Do Not Resuscitate" (DNR) Canlandırma Yapmayınız

Nöroloji kliniklerinde sık görülen ölüm nedeni serebrovasküler olaylardır. Bu hastaların bir bölümünü ağır sakatlığı "disabilitesi" ve "tekrarlayan strokları" olanlar oluşturmaktadır. Bir kısmı ise, genç ve "ani stroke" nedeni ile kliniğe yatan hastalardır. Hekim ve hemşire ölmekte olan hasta için standart bir prosedür izlemekte ve resüsitasyon konusunda koşullara ve formasyonuna bağlı kararlar vermektedir.

Bir hastanın resüsitasyonunu etkileyen çok sayıda etken vardır. Ancak ülkemizde "resüsite edilecek-edilmeyecek" kararının verilmesi koşullarını düzenleyen tıbbi, hukuki, etik kurallar tanımlanmamıştır. "Böyle bir karar vermeye hekimin yetkisi var mıdır?" sorusu da en başta yanıtlanmamış olarak durmaktadır.

Ayrıca teknik, verili koşullar canlandırma sayısını belirlemektedir (Acil girişim koşul ve olanakları, anestezi ile iletişim, canlandırma konusunda eğitimli personel).

Kliniğimizdeki resüsitasyonla ilgili davranış eğilimini anlamak amacı ile ölen hastaları bu yönden değerlendirdik.

1.1.1994 ile 1.7.1994 tarihleri arasındaki 6 aylık sürede kliniğimize serebrovasküler olay, tanısıyla yatan hastalardan 42 tanesi eksitus oldu.

Ölen hastaların yaş ortalaması 64 idi. 25/42 kadın (%59) ve 17/42'si erkek (%41) idi. Hastalardan 6 tanesine canlandırma uygulandı. Resüsitasyon oranı %15 ve resüsite edilmeyen %85 idi. Resüsite edilenlerin yaş ortalaması 47 ve 5/6'sı erkek (%83), 1/6'sı kadın

(%17) idi. Resüsite edilenlerden sadece bir tanesi 72 saat beyin ölümü tanısı ile izlenebildi.

Kardiak arrest, geç müdahale ve klinik kararı olmasa da canlandırma uygulamayan ("Do Not Resuscitate") hastaların toplam oranı %85'dir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Kardiyopulmoner resüsitasyonun kurallarını tartışan ve standartlar koymaya yönelik ilk ve başlıca girişim 1974'de Amerika Tıp Birliği'nin "American Medical Association"un raporudur (8). Burada canlandırmanın "ani ve beklenilmeyen ölümden korumak" olarak tanımlanmıştır. Terminal dönemdeki geriye dönüşsüz hastalıklarda beklenen ölümlerde veya uzamış kardiak arreslerde resüsitasyonun "endike olmadığı" belirtilmektedir. Ancak hastanedeki ölümlerde "kardiyopulmoner arrest olan hastaların tümü resüsite edilmelidir" anlayışı da hekim ve hemşireleri etkilemektedir (9).

Çoğu ülkede "resüsite edilmeyecek" kararının yolları ve kuralları belirlenmiştir ve hekim böyle bir kararı tek başına vermek durumunda bırakılmamıştır. Ancak ülkemizde bu kararın verilme koşullarını düzenleyen tıbbi, hukuki, etik kurallar tanımlanmamıştır.

Kliniğimizdeki eğilimin "genç hastalarda canlandırma yapılması" gerektiği şeklinde olduğu anlaşılmaktadır. Ancak resüsitasyonun başarılı olduğu olgu da yoktur. Bir hasta beyin ölümü tablosu ile izlenmiştir. Teknik ve eğitim koşullarının böylesi bir sonuçta etkili olduğu kanısındayız. Nöroloji eğitiminin önemli bir parçası da etkin canlandırma bilgisi ve erken girişim olmalıdır.

Hollanda'da nöroloji kliniklerindeki ölümlerden %77'sinde "Do Not Resuscitate" prosedürü uygulanmıştır (10). Bu oran da oldukça yüksek olarak değerlendirilebilir.

İngiltere'de (tüm ölümler içinde) hastane ölümlerinde %9-31 oranında DNR uygulanmıştır (11).

ABD'de ise hastaneye tüm kabuller içinde DNR oranı %6 olarak bildirilmiştir (12).

Söz konusu durumda hastanın "disabilitesi" gibi faktörlerin de etkili olduğu kanısındayız, ancak etkileme yolu ile ilgili bilgiyi hasta grubumuzdan çıkaracak ayrıntıya ulaşamadık.

Hasta yakınlarının tutumu canlandırmayı etkilemektedir. Kimi aile ölmekte olan hastalarına yapılan canlandırıcı girişimlere karşı çıkmakta, "doğal" sürece müdahale edilmesini istememektedir. Kimi aile ise canlandırılma başarısızlığında hekimleri sorumlu tutabilmektedir.

Hekim birçok etki arasında bilgisi becerisi ve vicdanı ile resüsitasyon konusunda karar vermek durumunda kalmaktadır.

Resüsitasyon için gerekli asgari teknik koşul ve olanakların sağlanması, acil olarak, nöroloji kliniklerinde çalışanlara yönelik "Resüsitasyon konusunda ortak eğilimler dizgesine" gereksinim olduğu düşüncesindedir.

KAYNAKLAR

1. Bemat JL Ethical issues in neurology. In: Robert J, Joynt RJ. Clinical neurology. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992: 1:3.
2. Jennet B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage. The Lancet 1972; 1:734-7.
3. Jennett B, Bond M. Assessment of outcome after severe brain damage. The Lancet 1975; 1:480-4.
4. Munset TL, Stuart WH, Cranford RE. Guidelines on the vegetative state. Neurology 1989; 39:123-4.
5. AMA Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs: Persistent vegetative state on the decision to withdraw or withhold life support. JAMA 1990; 263:426.
6. Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. Resmi Gazete 3.6.1979 tarih ve 16655 sayı cilt 18, sayfa 150.
7. Organ Nakil Merkezleri Yönetmeliği. Resmi Gazete 20 Ağustos 1993, 21674 sayı, sayfa 15.
8. National Conference Steering Committee: Standards for cardiopulmonary resuscitation (CRP) and emergency cardiac care (ECC). JAMA 1974; 227:837,864.
9. Rippe JM, Irwin RS, Alpert JS, Fink MP. Intensive care medicine, 2nd ed. Little, Brown and Company, 1991.
10. van Delhen JJV, van der Mass PJ, Pijnenbrog L, Looman CWN. Deciding not to resuscitate in Dutch hospitals. J of Medical Ethics 1993; 19:200-5.
11. Aarons EJ, Beeching NJ. Survey of "Do not resuscitate" orders in a district general hospital. British Medical Journal 1991; 303:1504-06.
12. Lo B, Saika G, Strull W, Thomas E, Showstact J. Do not resuscitate decisions. A prospective study at three teaching hospitals. Archives of Internal Medicine 1985; 145:1115-17.