

# Hukuki ve etik açıdan resüsitasyon

**Doç. Dr. Fulya İlçin Gönenç**



Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi mezunudur. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yüksek lisans (1996) ve doktorasını tamamladı (2002). 1993 yılında Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nde araştırma görevlisi olarak başladığı akademik yaşamını, 2015 yılından itibaren Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Medeni Hukuk Anabilim Dalında sürdürmekte; çeşitli üniversitelerde Roma Hukuku, tıp-sağlık hukuku ve farklı alanlarda lisans, yüksek lisans ve doktora dersleri vermektedir. Hasta hakları, tıp hukuku ve etiği, engelli hakları konusunda sivil toplum örgütlerinde ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda görev yapmaktadır.

İnsan hayatının her anı değer taşımakla birlikte, hepimiz doğum ve ölüm anının daha önemli olduğu algısına sahibiz. Bu son derece insani bir algı olmakla birlikte temel bir hukuki gerçeklikle de uyumludur. Hukuk, günlük yaşam içinde iradi davranışlarımıza sonuç bağlarken, doğum ve ölüm ise irademiz dışında kendisine sonuç bağlanan hukuki olgulardır. Yaşamın başlangıcı ve sonu, hukukun kişiliğin başlangıcı ve sonunu ifade ederken, tıp hukuku bakımından son derece karmaşık sorunları da beraberinde taşır. Tıbbi teknolojinin gelişmesine paralel olarak, yaşamın başlangıç ve sonu müdahale edilebilir hale gelmiş, doğum anının planlanması gibi ölüm anı ve şekli de tıbbin müdahale edebildiği konulardan biri olmuştur.

Sayırsız tıbbi müdahale içinde, "resüsitasyon" yaşam ile ölüm arasındaki ince çizgide ayrı bir öneme sahiptir. İnsan yaşamının ve yaşam içindeki anların en kıymetli olduğunun hissedildiği bu tür tıbbi müdahaleler; doğru zamanda, doğru teknikle yapılması gereken, hata kabul etmeyen müdahaleler olarak diğer tıbbi müdahalelerden ayrılmaktadır. Tıbbi müdahalelerde temel amaç, hastalığın önlenmesi, teşhisi, tedavisi olmakla birlikte, kardiyopulmoner resüsitasyonun (CPR: Cardiopulmonary Resuscitation) klinik ölümü henüz düzelebilir bir safhadayken geri döndürmeye yönelik olması müdahaleye ayrı bir anlam kazandırmaktadır. Tüm tıbbi müdahaleler gibi sonucun garanti edilemediği, CPR'in başarı şansının çok düşük olduğu durumlarda, yaşamının son dönemindeki hasta karşısında hekimler ve diğer sağlık çalışanları etik ve hukuki ikilemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Ani ve beklenmeyen bir ölümü engellemek CPR'in temel amacı olmakla birlikte, ölümün kaçınılmaz olduğu, geri dönüşü olmayan hastaların terminal döneminde CPR uygulaması tıp hukukunun en tar-

tışmalı konularından biri haline gelmiş, CPR'in hangi koşullarda uygulanabilir olup olmadığı soruları yıllar içinde daha fazla önem kazanmıştır.

CPR uygulamasına ilişkin kararların sadece hekimlere bırakılması, başta hasta özerkliği olmak üzere tıp etiğinin temel ilkeleri ile bağdaşamayacağı gibi zor ve ağır sorumluluk gerektiren böyle bir kararı vermenin yükünü sadece hekime yüklemek de mümkün değildir. Hekimler açısından vermiş oldukları kararın etik ve manevi değerler açısından yıpratıcı olması bir yana, kararın hukuki sonuçlarının yaratacağı kaygılar, CPR'in uygulanması ya da uygulanmaması yönündeki kararın verilmesini zorlaştırmaktadır. Diğer yandan, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının klinik değerlendirmeyi yaparken göz önüne alması gereken tıbbi belirleyiciler dışındaki belirleyicileri değerlendirmeleri de kolay olmayacaktır. Bu noktada, hastanın hukukun karar verebilme yeteneği, kişiliği, tercihleri, değerleri, hastanın yaşam kalitesi, buna ilişkin olarak hastanın kendi bakış açısı ve değerlendirmeleri, hasta yakınlarının ya da kanuni temsilcinin yaklaşımı hatta vakayı çevreleyen dış unsurlar dikkate alınmalıdır. Klinik ve etik karar verme süreci içinde, ilgili tarafların (hekim, hasta, hasta yakını, kanuni temsilci vs.) verecekleri kararlar toplumun ahlaki, dini, sosyal ve kültürel yapısından etkilendiği gibi toplumun konuya yaklaşımı, gelecekselleşmiş hekim tutumları, ülkelerin sağlık politikaları da bu konuda etkili olabilmektedir. Hiç şüphesiz, verilen karar her ne olursa olsun, kararın mevcut hukuk sistemi tarafından kabul edilebilir olması en önemli unsurlardan biri olmakla birlikte, bu durum ancak hukuki alt yapının ve konuya ilişkin düzenlemelerin yapılması, en azından hukuki belirsizliklerin ortadan kaldırılması ile mümkündür.

Kardiyopulmoner resüsitasyon, yaşam kurtarıcı bir teknik olmakla birlikte, günümüzde CPR'in kronik hastalığı ve ek sağlık sorunu olan (ciddi pnömoni gibi) hastalarda büyük oranda başarısız olduğu görülmüştür. Diğer yandan yapılan çalışmalarda, terminal hastalığı olan hastalar başta olmak üzere bazı hastaların resüsite edilmek istemediği yönünde veriler ortaya çıkmıştır. Bu konu, hastanın özerkliği açısından ayrıca önemlidir. Yakın zamana kadar her hastaya uygulanması gerektiği düşünülen, yerleşmiş CPR uygulamalarının yerini, günümüzde tüm dünyada bilimsel çalışma ve veriler doğrultusunda oluşturulan, hasta özerkliğini temel alan görüşler ve bunlara uygun olarak hazırlanmış kılavuzlar almıştır.

Özerklik kavramının tıp hukukundaki temel yansıması olan aydınlatılmış onam, hastanın her türlü tıbbi müdahaleyi kabul veya reddetme hakkını da ifade eder. CPR dâhil olmak üzere, hastanın kendisine uygulanması planlanan bir tıbbi müdahaleyi reddetmesi mümkündür. Yaşlı hastaların çoğunluğunun kendilerine sorulduğunda resüsite edilmek istemediğine ilişkin sonuçlar elde edilen pek çok çalışmada olduğu gibi, hekimlerin etkisiz bir tedavi uygulama zorunluluğunun olmadığı da bilinen bir gerçektir. Tedavi, tam anlamıyla faydasız olduğu zaman etkisiz olarak kabul edilir. Etkisizlik (futility) söz konusu olduğunda resüsitasyonun yapılmaması veya durdurulması American Heart Association (AHA) başta olmak üzere pek çok uluslararası organizasyon tarafından da belirli koşullarla kabul edilmiştir. Ancak etkisizlik, kesin ve kolay belirlenen bir ölçüte bağlı olmadığı gibi, herhangi bir tedaviye etkisiz diyebilmek için başarı oranının ne olması gerektiği konusunda da görüş birliği yoktur.

Hastanın kendisine yapılmış tam bir aydınlatma sonucunda CPR'ı reddet-

mesi ise farklı hukuki ve etik tartışmaları beraberinde getirmektedir. Günümüzde hekimlerin, CPR konusunda hastadan aydınlatılmış onam alarak hastanın verdiği karar doğrultusunda CPR uygulanıp uygulanmayacağına karar vermesi beklenmekle birlikte, bu yaklaşım pratik uygulama bakımından zor olduğu gibi hukukten rıza verme yeterliliği olmayan hastalar açısından, mevcut hukuki ve etik sorunların çözülmesi bakımından da yetersizdir. Kaldı ki hasta hukukten rıza vermeye ehil olsa dahi, süreç içinde hastanın tercihleri değişebileceği gibi, hastanın içinde bulunduğu durum ve koşullarda CPR uygulamasına ilişkin bir aydınlatmanın yapılmasının kolay olmadığı da açıktır. Hastalar resüsite edilmeme ihtimali ortaya konulduğunda kendilerini terk edilmiş, çaresiz hissedebileceğinden, hekimler resüstasyon konusunun hasta ile tartışılmasında çekimser davranmaktadır. Bu konudaki hasta talimatlarının yazılı olması ve hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapılmamasını istediği (DNR: Do Not Resuscitate) durumlarda, durumun hasta dosyasında mutlak surette yer alması gerektiği kabul edilmektedir.

CPR uygulamasının reddedilmesi ile tedavinin reddedilmesi birbirinden farklı kavramlar olup, hasta için durumunun gerektirdiği tıbbi müdahalelerin devamı konusunda bir tereddüt yoktur. Tedavisi imkânsız bir hastalığın son dönemindeki hastalar; özerkliklerini, konforlarını ve saygınlıklarını garanti eden bakımı alabilmelidir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özenin gösterilmesi ve hastanın hayatını kurtarmak veya sağlığını korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmanın bir zorunluluk olduğu açıkça ifade edilmiştir (m.14).

Diğer yandan Hasta Hakları Yönetmeliği'nde, "Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir" (m.24) ifadesi yer almakla birlikte, burada tam tersi bir durum olduğu gözden kaçmamaktadır. CPR uygulanması açısından hastanın rızası gerekmemekle birlikte, hastanın kardiyopulmoner canlandırma yapılmamasını istediği (DNR) durumlarda, rızanın açık olarak verilmesi gerekir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde "Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir." ifadesi yer almaktadır.

CPR uygulaması, hastanın hayata dönmesi ile yaşamının sona ermesi

arasında yapılması gereken bir tercih olarak görüldüğünden birçok hukuki ve etik tartışmaya yol açması kaçınılmazdır. Resüstasyon uygulanması, sonlandırılması veya uygulanmaması kararının her açıdan uygun olup olmadığını belirleyebilmek için pek çok farklı noktayı multidisipliner bir yaklaşımla ele almak gerektiği açıktır. Konu; tıp fakültelerindeki öğretim müfredatı, sağlık çalışanlarının bu konudaki eğitimi ve becerilerinin iyileştirilmesi noktasından başlayarak konuya ilişkin teknoloji, CPR teknikleri ve cihazları dâhil olmak üzere ele alınmalı, tıbbi ve hukuki yönü konunun uzmanları tarafından birlikte tartışılmalıdır. Bu tartışmaların aşılması noktasında hazırlanan ve güncellenen uluslararası kılavuzlar hekimlere yol göstermekle birlikte, CPR'ın hangi şartlarda uygulanıp uygulanmayacağı konusundaki belirsizlikleri tamamen ortadan kaldırması mümkün değildir. Konunun yerel hukuki düzenlemelerle desteklenmesi kaçınılmazdır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hekimlerin eksik veya hatalı tıbbi girişimlerin istenmeyen hukuki sonuçlarıyla karşılaşma riski karşısında kendilerini koruma güdüsüyle hareket edebildikleri bilinen bir gerçektir. DNR talimatları söz konusu olduğunda, konunun ötenazi ile birlikte tartışılıyor olması, konu gündeme geldiği her noktada Türk Ceza Kanunu'nun kasten öldürme suçunun bu tartışmaların en önemli parçası olması, hekimler açısından görevlerinin niteliği ve sınırları bakımından sıkıntı yaratmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde ötenazinin yasak olduğu belirtilmiş ve "Tıbbi gereklerden bahisle veya her ne suretle olursa olsun, hayat hakkında vazgeçilemez. Kendisinin veya bir başkasının talebi olsa dahi, kimsenin hayatına son verilemez" hükmüne yer verilmiştir (m.13). Bu hüküm karşısında hekimler yaşam destek tedavilerinin başlanması ve kesilmesinde olduğu gibi, "resüsite etmeyiniz" (DNR) talimatları konusunda da hukuki ve etik ikilemler arasına sıkışmaktadır. DNR talimatları, ölümün kaçınılmaz olduğu hallerde, hastanın durumu göz önüne alınarak verilen bir karardır ve etkisiz (yararsız, boşuna) tedavi (futile treatment) kavramı ile birlikte ele alınır. Etkisiz veya yararsız bir müdahaleye en bariz örnek, geri döndürülemez ölüm yaşamış olan hastaya CPR uygulamaktır. Burada konuya bakış açısını netleştirecek temel kavramların, toplum ve hukukçular tarafından tam olarak bilinmiyor olması ayrı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle yaşamın sonu ile bağlantılı olarak ölüm kriterleri, beyin ölümü, yaşam destek sistemleri, terminal dönem, palyatif bakım, yararsız-etkisiz tedavi gibi tıbbi konular; düzenleme yapması beklenen hukukçular tarafından bilinmediği gibi, aktif-pasif, gönüllü-gönülsüz ötenazi, hekim yardımlı intihar gibi kavramlar da hukukten açıklanma ve belirlenmeye muhtaçtır. Türk Ceza Kanunu'nun Kişilere

Karşı Suçlar başlığı altında düzenlenen Birinci Bölümünde (Hayata Karşı Suçlar) yer alan kasten öldürme, kasten öldürmenin ihmali davranışlarla işlenmesi, intihara yönlendirme, taksirle öldürme gibi suçların (m.81-85) ise konu bakımından ayrıca tartışılarak değerlendirilmesi kaçınılmazdır. CPR/DNR konusundaki güncel tıbbi kriterler uyarınca hekimlere yol gösteren bir kılavuz hazırlanmadığı ve hukuki belirsizlikler giderilmediği sürece, ötenaziden farklı değerlendirilmesi gereken DNR talimatını uygulayan bir hekim pasif ötenazi uyguladığı iddiası karşısında çaresiz kalabilecektir. Belirlenen tıbbi ve hukuki kriterler kapsamında DNR ya da "Doğal Ölüme İzin Ver" (AND: Allow Natural Death) talimatları kabul edilmeli, hekimin hukuki sorumluluğu söz konusu olmamalıdır.

## Kaynaklar

American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation (AHA) (2014-2015) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Australian Resuscitation Council, New Zealand Resuscitation Council (2014). Standards for Resuscitation: Clinical Practice and Education (Erişim tarihi: 01.07.2015)

Burns J. P., Edwards, J., Johnson, J., Cassem, N. H., Truog, R. D. (2003) "Do-not-resuscitate order after 25 years", *Crit Care Med.* Vol. 31, No. 5, s.1543-1550.

Do Not Attempt Resuscitation Orders (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Erkekol, F. Ö., Numanoğlu, N., Gürkan Ö. Ü., Kaya A. (2002), "Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular", *Türk Toraks Dergisi*, C.3, S.3, s.307-316.

European Resuscitation Council (ERC) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://ministryofethics.co.uk/?p=11&q=1> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.cprcertificationonlinehq.com/aha-cpr-guidelines-latest-jan-2014/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.ilcor.org/consensus-2010/costr-2010-documents/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.nzrc.org.nz/assets/Uploads/Guidelines/Standards-for-Resuscitation-Clinical-Practice-and-Education.pdf> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<http://www.tkd.org.tr/~media/files/tkd/kilavuzlar/aha-acc/aha-2012-kilavuzu.pdf> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<https://www.erc.edu/index.php/doclibrary/en/> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

<https://www.wsma.org/POLST> (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Kardiyopulmoner Resüstasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım İçin 2010 AHA Kılavuzu (Erişim Tarihi: 01.07.2015)

Motro, H. (1983), "Medicolegal Aspects of Cardiopulmonary Resuscitation", *Med Law 2*, s. 103-111.

Sert, H., Gözdemir, M., Işık, B. (2007), "Kardiyopulmoner Canlandırma Yapılmaması Etik mi?", *Yeni Tıp Dergisi*; 24, s. 85-89.

Sorum, P. C. (1994), "Limiting Cardiopulmonary Resuscitation", *Alb. L. Rev.* 614, s. 617-645.

Washington State Medical Association. (2011) *Physicians Orders for Life Sustaining Treatment* (Erişim Tarihi: 01.07.2015)