

Beyhude tedavi!

Dr. Bülent Özalay



1962'de İstanbul'da doğdu. 1980'de İstanbul Erkek Lisesi'nden, 1986'da İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Haseki Hastanesi'nde Aile Hekimliği ihtisası (1987-90), İstanbul Tıp Fakültesi'nde Deontoloji ve Tıp Tarihi ihtisası (1994-1996) yaptı. Halen İstanbul Tıp Fakültesi Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda görev yapmaktadır.

B“eyhude tedavi” ya da diğer bir ifade ile “tedavinin beyhudeliği” (medical futility) kavramı 1980'li yılların ikinci yarısından 1990'lı yılların sonlarına kadar tıp literatüründe yoğun tartışmalara neden olmuştur. Bu konunun hangi saiklerle gündeme taşınmış olduğu hakkında çeşitli tezler ileri sürülebilir. Ancak meselenin arka plânında salt tıbbi gerekçelerin yattığını söylemek oldukça güçtür.

“Beyhude tedavi” ya da “tedavinin beyhudeliği” kavramı bazı temel varsayımlara dayanmaktadır:

1. Tedaviyi sürdürmenin ya da uygulamanın tıbbi açıdan yararsız ve beyhude olduğu bir nokta vardır.
2. Bu noktadan itibaren tedavinin sürdürülmesi bazı sorunları da beraberinde getirecektir.
3. Sağlık çalışanları, bu tür tedavileri ya da girişimleri uygulamak zorunda de-

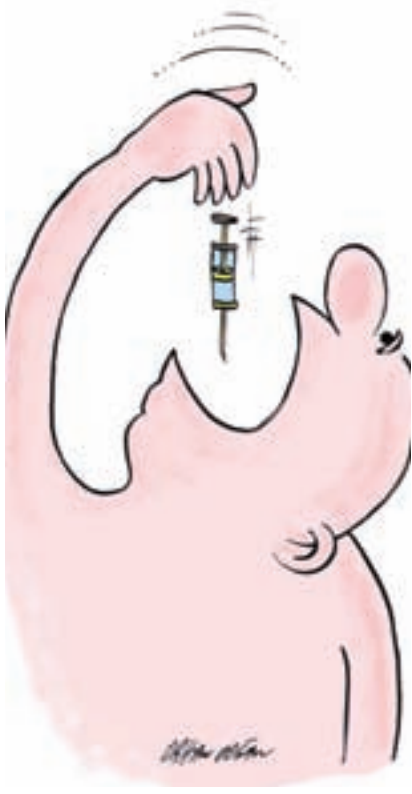
ğildirler ve uygulamaya zorlanamazlar.

Bir tür durum tespiti olarak değerlendirilebilecek olan ilk iki varsayım tanımlama açısından bazı sorunları taşısa da belki de meselenin tartışılmasına neden olan esas husus son varsayımda yatmaktadır.

Herhangi bir tedavinin ya da tıbbi girişimin bazı koşullarda yararsız olarak görülmesi ve dolayısı ile söz konusu tıbbi müdahalelerin esirgenmesi ya da sonlandırılması konusunun tıp camia-







Farklı çalışmalarda, yoğun bakım birimlerinde ölen hastaların yüzde 53 ila 90'ının yaşam desteğinin esirgenmesi ya da sonlandırılması nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Bu hastaların hemen hepsinde yapılacak bir şeyler daha vardır. Ancak yaşamın sürdürülmesine imkân sağlayacak girişimlerin esirgenmesine ya da durdurulmasına yönelik bir karar alınmıştır ve bu kararın gerekçesi, söz konusu tedavinin yararsız olduğudur.

sında yol açtığı tartışmalar, "beyhude tedavi" kavramına nispeten daha uzun bir geçmişe sahiptir. Nitekim beyhude tedavi kavramının savunulmasında kullanılan kimi argümanlar, bugün artık neredeyse terk edilmiş olan "istemsiz pasif ötenazi" kavramı çerçevesinde yürütülmüş tartışmalar hatırlandığında tanıdık gelecektir.

Günümüzde, gelişmiş ülkelerde hastanelerde ölen hastaların önemli bir bölümü, yaşamın belirli bir andan itibaren

uzatılmamasından değil, tedaviye başlamaktan kaçınmak ya da tedaviyi sonlandırmak konusunda verilen bir karar neticesinde hayatlarını kaybetmektedirler. Yoğun bakım birimlerinde ölen hastalar söz konusu olduğunda, bu durum çok daha çarpıcı bir özellik arz etmektedir. Farklı çalışmalarda, yoğun bakım birimlerinde ölen hastaların yüzde 53 ila 90'ının yaşam desteğinin esirgenmesi ya da sonlandırılması nedeniyle hayatlarını kaybettikleri bildirilmektedir. Bu hastaların hemen hepsinde yapılacak bir şeyler daha vardır. Ancak yaşamın sürdürülmesine imkân sağlayacak girişimlerin esirgenmesine ya da durdurulmasına yönelik bir karar alınmıştır ve bu kararın gerekçesi, söz konusu tedavinin yararsız olduğudur. Bu olguların çoğunda tedaviyi reddedenler, hastalar ya da hastaların vekilleridir. Hekimler ile hastalar veya vekilleri arasında, tedavinin sürdürülmemesi yönünde ortak bir karara varıldığı koşullarda sorun yaşanmamaktadır. Ancak kimi zaman hastalar ya da vekilleri, sağlık çalışanları tarafından yararsız kabul edilen bir tedavinin uygulanmasını istemekte hatta ısrar etmektedirler. Beyhude (futile) olarak nitelenen bu tedaviler, beyhude tedavi kavramının ve bu kavram etrafında sürdürülen tartışmaların odak noktasını oluştururlar.

Beyhude kabul edilen girişim ve tedavileri uygulama noktasında kimi sağlık çalışanları tarafından gösterilen isteksizlik ve direnç, dolayısı ile bu kavramın gördüğü rağbet, çok temel iki gerekçeyle ilişkilendirilebilir:

1. Hekimlerin, hastanın özerkliği ilkesinin kimi zaman hastanın otoritesine dönüşmesinden ve yararı şüpheli tedavileri uygulamak ya da sürdürmek zorunda kalmalarından duydukları hoşnutsuzluk.

2. Meselenin ekonomik boyutu yani yüksek maliyetlerine rağmen beyhude olduğu varsayılan bir girişimin ya da tedavinin sürdürülmek zorunda kalınması.

Söz konusu iki gerekçeye koşut olarak ortaya çıkan, özel koşullarda herhangi bir tedavinin beyhude olduğuna karar verme ya da bir tedavinin beyhudeliği konusunda son sözü söyleme hakkının kime ait olması gerektiği şeklindeki tartışma, tartışmaların çıkış noktasını oluşturur. Hasta özerkliği ile hekim özerkliğini karşı karşıya getirdiği ileri sürülen bu çatışmanın bir sorun olarak telakki edilmesi, bu sorunu aşma çabalarını da beraberinde getirmiştir. Sorunu çözenin ilk aşaması, beyhude tedavilerin tanımlanması ve kriterlerin oluşturulması olarak görülmüştür. Bu noktadan hareketle, herhangi bir tedavinin yararsız ve beyhude olması durumunun, tıbbi bakım standartları bağlamın-

da tanımlanabileceği ileri sürülmüştür. Yani tıbbi bakım standartlarının yalnız yararlı tedavilerin uygulanmasını değil yararsız ve beyhude tedavilerin uygulanmamasını da içermesi mümkündür. Bu standartlar etik kurullar ve mahkemeler için bir kılavuz işlevi göreceğinden, hastalardan ve ailelerden gelen isteklere rağmen beyhude tedavileri uygulamayı reddeden hekimlere karar sürecinde etik ve yasal destek sağlayacaktır. En azından, beyhude olduğu kabul edilen bir tedavinin ya da girişimin sağlık çalışanları tarafından varılan tek taraflı bir kararla sonlandırılması ya da esirgenmesine, tıbbi açıdan bir meşruiyet kazandırılmış olacaktır.

Bu amaçla, tartışma sürecinde muhtelif tanımlamalar yapılmıştır. Bunlar arasında en sık refere edilen beyhudelik tanımı, kantitatif beyhudelik ve kalitatif beyhudelik gibi iki bileşene sahiptir. Kantitatif beyhudelik tanımına göre, "Hekimler son 100 vakada (kişisel deneyimleri, meslektaşları ile paylaştıkları deneyimler ya da yayınlanan deneysel verilerin değerlendirilmesi aracılığı ile) bir tedavinin yarar sağlamadığı sonucuna varırlarsa, söz konusu tedaviyi beyhude saymaktadırlar." Kalitatif olarak da, "Eğer bir tedavi yalnızca bilinçsiz bir yaşamın sürmesine yarıyorsa ya da yoğun bakıma bağımlılık durumunu sona erdirmiyorsa, beyhude kabul edilmelidir." Yarar merkezli olarak değerlendirilen bu tanımlamaya göre, "Hekimler, hastanın bedeninin bir bölümü ile sınırlı kalan etki ile hastanın değerlendirebileceği, genel bir iyileşme sağlayan yarar arasında bir ayırım gözetmelidirler. Genel iyileşmeyi sağlayamayan tedavi, sınırlı bir etki açısından başarılı olsa bile beyhude sayılmalıdır."

Bazı kurumlar da tartışmaya katılarak beyhudelik kavramına kendi disiplinleri açısından yorum getirmeye çalışmışlardır. Örneğin The American Thoracic Society, sonucunda anlamlı hayatta kalma ihtimali ileri derecede düşük girişimleri beyhude olarak tanımlamıştır. The American Heart Association, CPR (Kardiyopulmoner resüsitasyon) ile sınırlı bir beyhudelik tanımı yaparak, iyi planlanmış çalışmalarda hayatta kalan bildirilmeyen koşullardaki CPR'ı beyhude olarak nitelmiştir. The Critical Care Society, hedeflenen amaca ulaşamayacak girişimleri beyhude olarak nitelmiş ancak "Başarılı olma ihtimali ileri derecede düşük, aşırı pahalı ve yararı kesin olmayan girişimler, uygun ve makul görülmeyebilir ancak beyhude olarak yaftalanamazlar." şeklinde görüş bildirmiştir.

Bu tanımlama girişimleri bulanık, belirsiz, tehlikeli, toplumsal değerler bağla-

mında kesin bir içerikten yoksun oldukları yolunda eleştirilere muhatap olmuş; müphem, muğlak ve nesnellikten yoksun olmakla itham edilmiştir. On yılı aşan süreçte, beyhude tedavinin tanımında ortak bir görüşe varılmamış, uzlaşma sağlanamamış ve tanımlama çabaları sonuçsuz kalmıştır. Beyhude tedavi tanımlarına getirilen eleştirilerin dışında, kavramın kendisi de etik, sosyal, hukuki ve tıbbi açıdan itirazlarla karşılaşmıştır.

Beyhudelik kavramına gösterilen direnç, büyük ölçüde, bu terimin savunulması daha güç amaçlar için kullanılabilmesi korkusundan kaynaklanmaktadır. Örneğin tek taraflı bir kararın tedavinin sonlandırılması ya da esirgenmesinin, kabul edilemez bulunan istemsiz pasif ötanazi ya da istem dışı pasif ötanazi uygulamalarından ne farkı olduğu açıklanmaya muhtaçtır. "Tedavinin beyhudeliği" kavramının benimsenmesinin, otoriter tıbbi yaklaşıma, paternalist uygulamalara güç kazandırması da kaçınılmazdır. Bu bağlamda, hastanın özerkliği ve tıbbi kararların birlikte verilmesi konularında sağlanan gelişmeler olumsuz yönde etkilenebileceği gibi hastanın özerkliği ilkesinde ciddi biçimde aşınma yaşanacaktır.

Tıp etiği literatüründe sıklıkla kullanılan "kaygan zemin" (slippery slope) argümanı, beyhude tedavi kavramı için de geçerlidir. Tedavinin beyhude olduğu biçiminde bir açıklama yapabilmek ve tek taraflı karar verebilme gücünün, bakım görmeye değer saydıkları hastaları ihmal etmek için hekimlerin eline uygun bir koz vereceği şeklindeki eleştiriyi göz ardı etmek mümkün değildir. Çağlar boyunca egemen olan "yaşamın kutsallığı", seküler ifadeyle "yaşamın dokunulmazlığı" ilkesinin yerine "yaşamın niteliği" ilkesinin ikame edilmesi, "yaşamların eşitliği" ilkesini zedeleyecektir. Bu durum, riskli hasta grupları oluşmasına zemin hazırlayacak; özürlüler, anomalili çocuklar, mental retardeler, ileri derecede demansı olanlar, psikotik hastalar, yaşlılar gibi bazı gruplar tehdit altında kalacaklardır.

Ayrıca, "Ürkek sağlık çalışanlarının, yaşamı tehdit eden bulaşıcı hastalığı olan hastalardan uzak durmaları için çarpık bir gerekçe mi sağlanmış olacak?"; "Hastanın, yararı kanıtlanmamış tedavi hakkı ne olacak?"; "Tıbbın gelişimi ve deneysel çalışmalar menfi yönde etkilenecek mi?" gibi şüpheler tatminkâr bir biçimde cevaplandırılmamıştır.

"Beyhude tedavi" ya da "tedavinin beyhudeliği" kavramı etrafında sürdürülen tartışmalar, eski hızını kaybetmiş durumdadır. Bunun en önemli nedeni

olarak; beyhude tedavi kavramının benimsenmesinin ve tıp pratiğinde uygulama alanı bulmasının doğuracağı tıbbi, sosyal, etik sorunlardan ve bu kavrama gösterilen dirençten çok, tartışma sürecinde beyhude tedavinin tanımlanması meselesinde tıp camiasında bir uzlaşmanın sağlanamamış olması gösterilmektedir. Bunun yanında; hekimlerin beyhude kabul ettikleri tedaviler konusunda, mahkemelere intikal eden ihtilafların hemen hepsinde hastaların lehinde karar verilmiş olması da, diğer bir neden olarak sayılabilir.

Beyhude tedavi kavramı etrafında sürdürülen tartışmalar eski yoğunluğunu kaybetmiş olarak görülse de, kimi sağlık çalışanlarının beyhude ve yararsız kabul ettikleri tedavileri uygulama konusundaki isteksizliklerinin sona erdiğini veya meselenin bir şekilde çözüme ulaştırıldığını söylemek mümkün değildir. Söz konusu tartışmalar artık farklı kavramlar çerçevesinde yürütülmektedir. Anglosakson tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan "adalet" ilkesi ve bu ilkeye isnat edilen "kaynakların paylaşımı", "kısıtlı kaynakların kullanımı", "akılcı kaynak kullanımı" şeklinde ifade edilebilecek kavramlar tartışmaların yeni zeminini oluşturmaktadır.

Kaynaklar

Ardagh M. Futility has no utility in resuscitation medicine. *J Med Ethics* 2000; 26: 396-399.

Balfour-Lynn IM, Tasker RC. At the coalface - medical ethics in practice. Futility and death in paediatric medical intensive care. *J Med Ethics* 1996; 22: 279-281.

Burns JP, Truog RD. Futility: A concept in evolution. *Chest* 2007; 132: 1987-1993.

Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997; 25: 887-891.

Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet* 2001; 357: 9-14.

Heft PR, Siegler M, Lantos J. The rise and fall of the futility movement. *N Eng J Med* 2000; 343: 293-296.

Jecker NS. Medical futility: A paradigm analysis. *HEC Forum* 2007; 19: 13-32.

Kasman DL. When is medical treatment futile? A guide for students, residents, and physicians. *J Gen Intern Med* 2004; 19: 1053-1056.

Keenan SP, Busche KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med* 1997; 25: 1324-1331.

Lantos JD, Singer PA, Walker RM, et al. The illusion of futility in clinical practice. *Am J Med* 1989; 87: 81-84.

Çağlar boyunca egemen olan "yaşamın kutsallığı", seküler ifadeyle "yaşamın dokunulmazlığı" ilkesinin yerine "yaşamın niteliği" ilkesinin ikame edilmesi, "yaşamların eşitliği" ilkesini zedeleyecektir. Bu durum, riskli hasta grupları oluşmasına zemin hazırlayacak; özürlüler, anomalili çocuklar, mental retardeler, ileri derecede demansı olanlar, psikotik hastalar, yaşlılar gibi bazı gruplar tehdit altında kalacaklardır.

Loewy EH, Carlson RA. Futility and its wider implications. A concept in need of further examination. *Arch Intern Med* 1993; 153: 429-431.

Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the intensive care unit. *Crit Care Clin* 2009; 25: 221-237.

Nasraway SA. Unilateral withdrawal of life-sustaining therapy: Is it time? Are we ready? *Crit Care Med* 2001; 29: 215-217.

Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidents of withholding or withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997; 155: 15-20.

Schneidermann LJ, Lecker N, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990; 112: 949-954.

Schneidermann LJ, Lecker N. Futility in practice. *Arch Intern Med* 1993; 153: 437-441.

Weijer C, Elliott C. Pulling the plug on futility. *Br Med J* 1995; 310: 683-684.

Weijer C. Medical futility. *West J Med* 1999; 170: 254.

Youngner SJ. Who defines futility? *JAMA* 1988; 260: 2094-2095.