

# Yoğun Bakım Ünitelerinde Karar Verme Konulu Politika Belgesi

## Policy Paper on Decision Making in Intensive Care Units

Alpay Azap<sup>1</sup>, Neyyire Yasemin Yalım<sup>2</sup>, İsmail Cinel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, Başkan, Ankara, Türkiye; <sup>2</sup>Türkiye Biyoetik Derneği, Başkan, Ankara, Türkiye;

<sup>3</sup>Türk Yoğun Bakım Derneği, Başkan, İstanbul, Türkiye

### ÖZET

Yoğun bakım üniteleri (YBÜ) kritik durumdaki hastalara yaşamsal desteğin verildiği, ileri teknoloji ile donatılmış ve aynı zamanda disiplinlerarası yaklaşımların yoğun olarak uygulandığı birimlerdir. Hastaların gerekli tedaviye zamanında ulaşabilmesi, kaynakların doğru ve verimli kullanılması için sınırlı olan YBÜ yataklarının akılcı şekilde değerlendirilmesi çok önemlidir. Bu amaçla yapılacak uygulamalar hasta veya hasta yakınları, toplum ve sağlık ekibi arasında çatışmalar doğmasına neden olabilir. Bu çatışmaları önlemek ve ortaya çıktığında doğru şekilde çözülmesini sağlamak gereklidir. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, Türk Yoğun Bakım Derneği ve Türkiye Biyoetik Derneği tarafından hazırlanan bu politika belgesi özellikle salgın döneminde önemi daha da artan yoğun bakım olanaklarının akılcı kullanımı konusunda hekimlere ve sağlık yöneticilerine öneriler getirmektedir. Politika belgesinin, ülkemizde faaliyet gösteren meslek kuruluşlarının ve uzmanlık derneklerinin desteklediği oranda yürürlük kazanacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yoğun bakım üniteleri, boşuna tedavi, uygunsuz tedavi

### ABSTRACT

Intensive Care Units (ICU) are units where vital support with advanced technology is given to critically ill patients and multidisciplinary approaches are frequently applied. As we all see during the pandemic, the ICU beds are limited in number; therefore, appropriate use of ICU beds is very important to give the necessary treatment to patients on time while allocating the resources rationally and efficiently. Practices to be implemented for this purpose may cause conflicts between the patients, relatives of the patients, the society and the healthcare team. It is crucial to prevent these conflicts and to ensure that they are resolved properly when they arise. This policy paper prepared by Turkish Society of Clinical Microbiology and Infection (Klimik), Turkish Society of Intensive Care and Turkish Bioethics Association brings suggestions to physicians and healthcare administrators regarding the rational use of intensive care units. We presume that it will be effective as supported by the professional organizations and medical associations operating in our country.

**Keywords:** Intensive care units, futile treatment, potentially inappropriate treatment, Do-Not-Resuscitate Orders

### GEREKÇE

Bu politika belgesi yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) verilen kritik kararlarda yol gösterici olmak üzere hazırlanmıştır. Bilindiği gibi YBÜ hastadan ya da hasta yakınlarından gelen ve hekim tarafından uygulanması yararlı/doğru bulunmayan kimi yaşam uzatıcı girişim taleplerinin söz konusu olduğu ortamlardır. Hastanın YBÜ'ye alınması ya da bu üniteye izlenmeye devam edilmesi de talep edilen, fakat hekimler tarafından kimi zaman uygun bulunmayan isteklerdir.

Bu metin bu tür isteklerin değerlendirilmesinde karar vericilere yol göstermek ve etik bir dayanak sunmak amacıyla hazırlanmıştır. YBÜ'de verilen kararların üç temel paydaşı bulunmaktadır. Bunlar hasta, sağlık sunumunda yer alan ekip ve toplumdur. Ortaya çıkan çatışmalar genellikle bu üç grubun çatışan değerleri nedeniyle söz konusu olmaktadır. Metin boyunca hastaların kendi değerlerine ve tercihlerine göre tedavi alma hakları ile sağlık ekibinin mesleki bilgi ve ilkelerine, yani profesyonel değerlerine aykırı eylemde bulunmaya zorlanmamaları yönündeki kaygıları temel alınacaktır. Buna ek olarak toplumun, kişi haklarını korumak, sağlık çalışanlarının profesyonel değerlerini desteklemek ve sağlık kaynaklarını hakkaniyetli biçimde dağıtmak yönündeki çıkarları da göz önünde bulundurulacaktır. YBÜ söz konusu olduğunda hasta kadar ve sıklıkla onun yerine karar verici olarak hasta yakınlarını dikkate almak gerekmektedir. Bunun nedeni söz konusu hastaların çoğu kez kendi çıkarlarını koruyamayacak durumda olmaları, müdavi hekimlerini seçmekten ve hangi kurumda tedavi alacaklarına karar vermekten aciz bulunmalarıdır.

Elinizdeki metin YBÜ'ye kabul ve taburculuk ölçütleri yanında, hastanın YBÜ'de bulunduğu sürede talep edilen tedaviler konusunda ortaya çıkan anlaşmazlıklarda belirleyici olacak ilkeleri de ortaya koymayı hedeflemektedir. **Metinde yer alan**

Cite this article as: Azap A, Yalım NY, Cinel İ. [Policy paper on decision making in intensive care units]. Klimik Derg. 2021; 34(2): 82-6. Turkish.

**Sorumlu Yazar / Correspondence:** Alpay Azap, E-posta / E-mail: azap@medicine.ankara.edu.tr, **Geliş / Received:** 02 Mayıs / May 2021;

**Kabul / Accepted:** 11 Ağustos / August 2021; **Yayın Tarihi / Published:** 27 Ağustos / August 2021, **DOI:** 10.36519/kd.2021.3946

etik değerlendirmede, başta tedavi uygulamaları olmak üzere sürece ait tüm karar yetkisini hasta ya da hasta yakınına veya sağlık ekibine bırakmanın etik açıdan uygun görülemeyeceği önsavından yola çıkılmaktadır. Bu nedenle metnin temel eksenini sağlık ekibiyle hasta ve/veya hasta yakınlarının birlikte çalışmasını sağlayacak mekanizmaların ve karar aşamalarının belirlenmesi oluşturmaktadır.

Etik çatışma çözümleri kültür ve sistem bağımlı oldukları için bu metnin hazırlanmasında çeşitli ulusal ve uluslararası kaynaklardan yararlanılmış olsa bile, ki bu kaynaklar metnin sonunda listelenmiştir, söz konusu politika belgesi herhangi bir metne tümüyle bağlı kalmayan özgün bir çalışmadır (1-3). Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği, Türk Yoğun Bakım Derneği ve Türkiye Biyoetik Derneği temsilcilerinin 2020 yılında bir araya gelmesi ile hazırlanmıştır. Ülkemizde faaliyet gösteren meslek kuruluşlarının ve uzmanlık derneklerinin desteklediği oranda yürürlük kazanacaktır.

## YBÜ'YE HASTA KABULÜ

Yoğun bakım üniteleri vital fonksiyonları bozulmuş ve yaşamsal risk taşıyan kritik hastaların kesintisiz 24 saat bakımlarının yapıldığı, yaşamsal desteğin verildiği ve ileri teknoloji ile donatılmış alanlardır. Yoğun bakım üniteleri gelişmiş teknolojik altyapılarının yanı sıra, disiplinlerarası yaklaşımların yoğun olarak uygulandığı birimlerdir. Bu tanım çerçevesinde yoğun bakım hizmetlerinin temel felsefesinin, 1: kritik durumdaki hastayı, bu durumda yaşamda tutarak, söz konusu durumu aşmasını sağlamak; 2: kritik durumdaki hastayı, sağlık sisteminin olağan koşullarında tedavisi sürdürülebilir duruma getirmek ve 3: yakın takip gerektiren yenilikçi girişimleri uygulamak olduğu kabul edilmiştir (4). Bu tanımın kabul edilmesi durumunda:

1. Yukarıdaki işlemlerden yararlanamayacak durumda olan hastalar YBÜ'ye kabul edilmemelidir. Bu cümleden olmak üzere kurumlar yalnızca YBÜ'leri değil; hasta bakımının tüm safhalarını sınıflandırmalı ve hangi işlemlerin hangi düzeyde yerine getirileceği konusunda bir görev tanımları oluşturmalıdır. Örneğin standard klinik bakımın kapsamı belirlenmeli, bu bakımdan öte gereksinimleri olan hastalar için gerekirse YBÜ dışında birimler (ara bakım üniteleri, uzun dönem yoğun bakım üniteleri gibi) oluşturulmalıdır. Aynı biçimde yukarıdaki tanım kapsamına girmeyen terminal dönem hastaları için palyatif bakım üniteleri (PBÜ) oluşturulmalıdır. Bir kurumun vermekte olduğu sağlık hizmetleri içinde, ilişkili birimler planlanmadan, tek başına YBÜ hizmetlerinin yerinin ne olması gerektiğinin belirlenemeyeceği unutulmamalıdır.
2. YBÜ'nün tanımı gereği özel gereksinimleri olan bir hasta grubuna hizmet verme sorumluluğu dikkate alınarak hastanın kabulünden itibaren uygun durumdaysa kendisine, değilse yakınlarına bu çerçevede bilgi verilmeli; hastanın hangi durumda hangi birime yönlendirileceği konusunda açık olunmalıdır. Özellikle yaşam sürecinin tüm müdahalelere karşın kısa erimde sonlanacağı bilinen terminal dönem hastalar, yukarıda tanımlanan çerçevede dışında, salt bakım amacıyla, YBÜ'ye kabul edilmemelidirler.
3. YBÜ sorumluları belirli bir hastanın YBÜ'deki tedavisi sırasında, yukarıda belirtilen işlevi temel almalıdırlar. Yatak uygunluğu, sorumlu hekimin talebi ya da hasta yakınlarının istekleri bu kararın nesnel yapısını etkilememelidir.

## YBÜ'DE TIBBİ GİRİŞİMLER

1. Hasta kabulü sonrasında da, süreçte ortaya çıkabilecek tedaviye ilişkin çatışmaları önlemek açısından bilgilendirici iletişim sürdürülmelidir. Bu bilgilendirme yalnızca mevcut durumu tanımlamaya yönelik olmamalı, geleceğe yönelik kestirimde bulunma olanağını da içermelidir. Bu nedenle bilgilendirmenin kimin tarafından yapılacağı belirlenmelidir. Aynı hasta için mümkün olduğunca aynı

## ÖNE ÇIKANLAR

- Yoğun bakım üniteleri, hastadan ya da hasta yakınlarından gelen ve hekim tarafından uygulanması yararlı/doğru bulunmayan kimi yaşam uzatıcı girişim taleplerinin söz konusu olduğu ortamlardır. Mümkün olan en fazla sayıda hastaya en yüksek faydanın sağlanması, hasta ve çalışan güvenliğinin korunabilmesi için YBÜ'nin verimli kullanılması çok önemlidir.
- YBÜ'lerin işlevleri; kritik durumdaki hastayı yaşamda tutarak söz konusu durumu aşmasını sağlamak, kritik hastayı sağlık sisteminin olağan koşullarında tedavisini sürdürülebilir duruma getirmek, yakın takip gerektiren yenilikçi girişimleri uygulamaktır. Bu işlemlerden yararlanamayacak durumda olan hastalar YBÜ'ye kabul edilmemelidir.
- YBÜ'de uygunsuz (futile) tedavilerin başlatılmasından kaçınılmalıdır. Bu tedaviler hastada çözülmesi gereken sorunu çözmeden, beklenen ölümcül sonu ortadan kaldırmaması umulmayan, uygulanması herhangi bir amaca yönelmeyen, kaynakları harcayan, anlamsız derecede riskli ve ek yarar umudu sunmayan tedavilerdir.
- YBÜ'de verilen hizmetlerin sunumu sırasında ortaya çıkan etik çatışmaları/sorunları çözüme kavuşturmak için hastanelerde disiplinlerarası etik kurullar oluşturulabilir.
- Konuyla ilgili üç uzmanlık derneğinin hazırladığı bu politika belgesi, diğer meslek kuruluşları ve uzmanlık derneklerince desteklendiği oranda yürürlük kazanacaktır.

kişi tarafından, periyodik bilgilendirme yapılmalıdır. Çelişik bilgi ve mesaj alışverişinden kaçınılmalıdır.

Bilgilenmenin karşılıklı olduğu unutulmamalıdır. Hastanın durumu ve olası gelişmeler konusunda bilgi verilirken, hastanın ve hasta yakınlarının değerleri, beklentileri, inançları ve açıklayıcı modelleri konusunda bilgi edinilmeye çalışılmalıdır. Bazen bu süreçte boş inançları sorgulamak, yanlış bilgileri düzeltmek, temelsiz beklentilerin yerine gerçek olasılıkları koymak ya da hatalı açıklayıcı modelleri doğrularıyla değiştirmek bile kaçınılmaz görünen bir çatışmayı başlamadan sonlandırabilir (5).

2. Hasta ve hasta yakınlarının YBÜ'deki tedavinin ilerleyen aşamalarında ortaya çıkabilecek kararlar konusunda, bu durumlar ortaya çıkmadan düşünmelerini ve mümkünse karar vermelerini sağlayacak düzenekler kurulmalı, hasta yakınları ile yapılan bilgilendirme görüşmelerinde bu konu da uygun şekilde gündeme alınmalıdır. Bu uygulama özellikle yaşam destek ünitesine bağlanma, tedavi başlatmama ('withold'), tedavi sonlandırma ('withdraw') ve DNR ('Canlandırma Uygulamayınız') kararları bakımından çok kritiktir (6,7).
3. YBÜ'de uygulanacak tedavilerin kararlaştırılması sırasında ortaya çıkan en önemli kavramlardan biri Türkçede "[boşuna, nafile, beyhude, yararsız, uygunsuz] tedavi terimleriyle karşılanan "potentially inappropriate" ya da "futile treatment" kavramıdır (7). Bu tür tedaviler; hastada çözülmesi gereken sorunu çözmeden, beklenen ölümcül sonu ortadan kaldırmaması umulmayan, uygulanması herhangi bir amaca yönelmeyen, kaynakları harcayan, anlamsız derecede riskli ve ek yarar umudu sunmayan tedavilerdir. Bir tedavinin uygunsuz tedavi olarak değerlendirilmesi, hem sağlık ekibini o tedaviyi uygulamaktan dolayı sorumlu tutulmaktan korumakta, hem de hasta yakınlarının talep edebilecekleri tıbbi bakımın sınırlarını belirlemektedir. Günümüzde pek çok Batı ülkesinde uygunsuz bir tedaviyi uygulamak ve bunda direnmek "malpraktis" olarak kabul edilmektedir. Buna örnek olarak, yarar umulmayan antibiyotik tedavileri verilebilir (5).

Uygunsuz tedavi olarak belirlenebilecek bazı uygulamalar şunlardır:

- Solunum ve dolaşım desteği
- Yapay besleme
- Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR)
- Antibiyotik tedavisi
- Diyaliz ve organ replasman tedavileri

Bu tedavilerin hiç başlatılmaması ya da başlatılmış tedavinin sonlandırılması arasında etik açıdan bir fark bulunmamaktadır. Ancak psikolojik bir fark olduğuna dikkat etmek gerekir ve bu nedenle hiç başlatılmaması, tercih edilen bir durum olarak kabul edilebilir.

4. İkinci önemli kavram; “Canlandırma Uygulamayınız” (Do Not Resuscitate-DNR) komutudur ki, hastaya gerekli her türlü girişimin yapıldığı, ancak bu girişimlere karşın kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) gereksinim ortaya çıkması durumunda bu uygulamanın yararsız olacağı yönünde karar verildiğini ve başlatılmaması gerektiğini bildiren uygulamadır. Dikkat edilirse KPR'nin uygunsuz tedavi grubuna girmesinin söz konusu olduğu durumlardır. Ötanaziden farkı bunun da tıbbi bir karar oluşudur. **Türkiye’de tıbbi gerekçelerle DNR komutu verilmesine ve hekimin «uygunsuz tedavi» kararı vermesine mani yasal düzenleme YOKTUR.**

Hastanın ya da yakınlarının DNR talebi, “tedavi reddi” kavramı ile ilişkili olup, farklı bir değerlendirmeyi gerektirir. Burada DNR komutu terimi kullanılmamalıdır; çünkü komut (order) hekim tarafından verilen, yetki ve sorumluluğu hekimde olan bir talimattır. KPR’ın hasta ve yakınları tarafından reddedilmesinde hekimin tutumu, KPR’yi uygunsuz tedavi olarak değerlendirmede her durumda öteki yaşam kurtarıcı girişimlerde olduğu gibi olmalıdır.

5. YBÜ çalışanları bu iki kavram konusunda eğitilmeli ve gerekirse sık ortaya çıkan sorun alanları için özel algoritmalar hazırlanmalıdır. YBÜ’de bu bağlamda karşılaşılabilecek sorunlar ve olası çözüm önerileri aşağıda listelenmiştir:

- a. **Tedavi konusunda karar verenlerin belirli bir uygulamanın uygunsuz tedavi olup olmadığı konusunda anlaşmazlığa düşmesi:** Bu konuda YBÜ’lerde tıbbi kararların alındığı konsey, kurul vs. yapıların yol göstericiliği önceliklidir. Ancak bazen sorun, değer çatışması noktasına gelebilir ki o zaman klinik etik danışmanlık almak yararlı olabilir. Sağlık kurumları bu danışmanlık sistemini oluşturmalı ve her hastanede ‘Disiplinlerarası Hastane Etik Kurulu (DAHEK)’ kurulmalıdır.

- b. **Hasta ya da hasta yakınlarının sağlık ekibi tarafından uygunsuz olarak değerlendirilen bir uygulamayı ısrarla talep etmesi:** Burada aşamalı bir karar alma süreci önerilir.

- Öncelikle yukarıda sıralanan ve karar almayı zedeleyen unsurları ortadan kaldırmak ve uzlaşmazlığın boyutlarını kavramak için hasta ya da hasta yakınları ile bir görüşme ayarlanmalıdır. Bu görüşmede tercihen problem çözme ve uzlaştırma yöntemleri konusunda uzman profesyoneller de yer almalıdır.
- Sürecin nasıl işleyeceği konusunda tüm taraflar bilgi sahibi olmalıdır. Bu noktada klinisyenlerin uygunsuz olarak değerlendirdikleri bir uygulamayı yapmaya zorlanamayacağı, hasta ya da hasta yakınlarının belirli sağlık hizmetlerini talep etmeye haklarının bulunduğu ve sağlık hizmetinin toplumu da ilgilendiren ve kaynakların adil dağıtımını gerektiren bir yapısı olduğu tüm taraflarca açıkça anlaşılmalıdır. Bu bağlamda gerek hasta ve hasta yakınlarının, gerekse hekimlerin ikinci bir tıbbi görüş alma hakkı vardır. Ayrıca hasta ve hasta yakınları başka bir kurumdan hizmet almayı da seçebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

- Uzlaşmazlık sürerse klinisyenlerle, hasta/hasta yakınlarının karşı saflar halinde sıkışıp kalmalarını önlemek üzere disiplinlerarası hastane etik kurulu (DAHEK) uzlaşma sürecini üstlenmelidir. Böyle bir kurulun olması, uygunsuz tedavi kararının hekimlerin kaprisyöz bir seçiminden kaynaklanmayıp sağlık kurumunca benimsenen bir yaklaşım olduğunun altını çizmesi açısından da önemlidir. Disiplinlerarası hastane etik kurulunun oluşturulması ve çalışması ile ilgili öneriler Kutu 1’de verilmiştir (6).

- Son aşamada hasta ve hasta yakınlarının yasal yollara başvurma hakları olduğu unutulmamalıdır. Uzlaşmazlığın bu aşamaya gelmesi halinde yasal yaptırımlar söz konusu olabilir; ancak hekimlerin tıbben uygunsuz buldukları bir tedaviyi yasal olarak uygulamaya zorlanmaları mümkün değildir.

Burada dikkate alınması gereken önemli bir kısıt, zaman kısıtıdır. Özellikle YBÜ ortamında karar alma süreleri oldukça kısadır. Bu nedenle yukarıda serimlenen durumda süreç başlamadan önce aşağıdaki sorulara hekimler tarafından olumlu yanıt verilmiş ve gerekli bilgi temeli hazırlanmış olmalıdır.

- Olgular konusunda net miyiz? Eksik bir bilgi var mı?
  - Varsayımlarımızı değerlendirdik mi? Olası sonuçları öngörebiliyor muyuz?
  - Kararımızın hasta, hasta yakınları, tedavi ekibi ve hastane açısından sonuçlarını değerlendirdik mi?
  - Kararımızın değerleri ilgilendiren boyutlarının farkında mıyız? Bu değerler arasında hekimliğin profesyonel değerleri ile bağdaşmayan kişisel unsurlar (hastanın ırkı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu, kendi dinsel inançlarımız, batıl itikatlarımız, hasta ve/veya yakınları ile daha önce yaşadıklarımız, hastane ile çıkar çatışmamızın olması vb.) olmadığından emin miyiz?
  - Bu karar bizim dışımızdaki hekimlerin hem tıbbi bilgiler hem de hekimliğin profesyonel değerleri açısından kabul edebileceği bir karar mı?
  - Bu konudaki yasal ve idari düzenlemeler; sosyal olanaklar konusunda yeterince bilgi sahibi miyiz?
  - Kararımızın toplum ve/veya hastane nezdinde tartışmaya açılacak olması ihtimali kararımızı değiştirir miydi?
- c. **Sağlık kurumunun yönetsel yapılarının sağlık ekibi tarafından uygunsuz olarak değerlendirilen bir uygulamayı ısrarla talep etmesi:** Sağlık kurumları yukarıda serimlenen çatışma durumlarını yakından izlemeli ve sonuçlarını kaydetmelidir. Böyle bir arşiv zaman içinde hem karar vermeyi kolaylaştıracak bir deneyim birikimi hem de bir kurum kültürü yaratacaktır. Genellikle sağlık kurumları tıbbi geçerliliği olan kararlarda çalışanlarını desteklerler. Ancak bazı durumlarda ekonomik, politik, kültürel, dinsel ve benzeri nedenlerle baskı altında kalabilirler. Bu durumda hekimlerin profesyonel yaklaşımları ile kurumların değerleri ya da çıkarları çatışabilir. Böyle durumlarda kurum dışı ya da kurum içi bağımsız yapılardan (örneğin uzmanlık dernekleri, disiplinlerarası hastane etik kurulu vb) destek almak uygun olur (1).
- d. **Sağlık ekibi tarafından uygunsuz olarak değerlendirilen bir uygulamanın yasal olarak zorunlu tutulması:** Oldukça nadir bir durum olsa da bazen tıbben uygunsuz bir tedavi yasa tarafından zorunlu tutuluyor olabilir. Burada kritik nokta yasanın doğru anlaşılıp anlaşılmadığıdır, çünkü genellikle sağlık alanındaki yasal düzenlemelerin teknik bilgiye dayanan kısmında karar hekime ya da bir kurula bırakılmıştır. Buna örnek olarak DNR konusundaki yanlış anlamayı verebiliriz. Bu cümleden olmak üzere yasaaların tıbbi bilgilerle uyumlu, toplumun tiptan beklentisinin de

## Kutu 1. Disiplinlerarası Hastane Etik Kurulu

Bu metinde kurulması önerilen Disiplinlerarası Hastane Etik Kurulu (DAHEK) sağlık bakım hizmeti sunumu sırasında hastanın tedavisi ile ilgili olarak hasta ve/veya hasta yakınları ile tedavi ekibi ya da hastane yönetimi arasında ortaya çıkan etik çatışmaları çözmek üzere oluşturulmuş farklı disiplinlerden ve meslek gruplarından profesyonellerin yer aldığı komitelerdir. İlk defa 1970'li yıllarda ileri yaşta ve ağır hastalığı bulunan hastalarda tedavi sonlandırma kararını doğru şekilde verebilmek amacıyla oluşturulan bu komiteler, yaşam destek tedavilerinin gelişmesi ve çeşitlenmesi ile birlikte yaygınlaşmıştır.

### Kurulun İşlevi

İleri sağlık hizmetlerinin, özellikle YBÜ'de verilen hizmetlerin, sunumu sırasında ortaya çıkan etik çatışmaları/sorunları çözüme kavuşturmak için DAHEK'in üç ana işlevi olmalıdır:

- 1 Olgu bazında gerekli inceleme ve ardından tartışmaları yürüterek etik çatışmaları çözmek (konsültasyon hizmeti)
- 2 Sağlık kuruluşunda hasta bakımına ilişkin etik kuralların oluşturulmasına katkı sağlamak
- 3 Sağlık çalışanlarının ve hasta/hasta yakınlarının karar verme süreçlerine destek vermek
- 4 Kurum bazında, paydaşlara ve bileşenlere yönelik etik duyarlılığı geliştirici eğitimler düzenlemek

### Kurulun Oluşturulması

Kurulda farklı disiplinlerden hekimler (konsültasyon liyezon alanında deneyimli bir psikiyatrist, biyoetik uzmanı, cerrahi ve dahili bilimlerden meslek tecrübesi yüksek hekimler), psikolog, sosyal hizmet uzmanı, yoğun bakım hemşiresi, hastane yönetici temsilcisi ve varsa avukat yer almalıdır. Kurulda yer alacak kişiler seçilirken iki noktaya dikkat edilmelidir:

- 1 Kurul üyesi hangi meslek veya branştan olursa olsun etik konularda bilgili ve kendini geliştirmeye istekli olmalıdır.
- 2 Kurulda profesyonel gruplar, kurum içi hiyerarşik yapı, cinsiyet, etik yaklaşım, sosyoekonomik statü gibi özellikler açısından dengeli bir temsiliyet sağlanmalıdır.

gerçekçi olabilmesi için hekimlerin, uzmanlık derneklerinin ve meslek kuruluşlarının bilgilendirme, kamuoyu yaratma sorumluluklarını yerine getirmeleri gereklidir.

## HASTANIN YBÜ'DEN AYRILMASI

Yukarıda görev tanımı açıkça belirtilen ve oldukça özel bir yapıya sahip olan YBÜ'den hastanın ayrılması dört biçimde olabilir. Hastanın ileri teknoloji ve yakın takip gerektiren durumunun sonlanması ile standart yataklı servise çıkarılması; ileri teknoloji kullanımının uygunsuz tedavi haline gelmesi ile PBÜ'ye çıkarılması; hastanın YBÜ'de ölmesi ve hastanın doğrudan taburcu edilmesi.

Bu konuda daha gerçekçi önerilerde bulunabilmek için hangi tür ayrılışın hangi oranda gerçekleştiğini bilmek gereklidir. Örneğin hastanın doğrudan taburcu edildiği YBÜ'lerin öteki yataklı birimlerle iyi koordine olamadığını düşünmek gerekir. Hastanın YBÜ'de öldüğü durumların da analiz edilmesi planlama açısından önemlidir. Uygun ileri teknoloji ve yakın takip uygulanmasına karşın mı ölüm olmuş, yoksa çok sayıda hatalı terminal hasta kabulü yapıldığı için mi? Buradaki hedef YBÜ'de ölüm ve doğrudan taburculuk oranlarını azaltırken, yataklı servise ve PBÜ'ye çıkarma oranlarını artırmak olmalıdır. Bu veriler YBÜ yönetimi tarafından yakından izlenmelidir.

### Kurulun İşleyişi

Kurul yukarıda belirtilen işlevleri yerine getirebilecek işleyişe sahip olmalıdır. Her bir işlev için farklı alt komiteler oluşturularak çalışılabilir gibi daha etkili ve hızlı çalışma için çok kalabalık olmayan bir kurul oluşturularak tüm işlevler tek elden yerine getirilebilir. Kurulun etkili şekilde çalışabilmesi için;

- 1 Etik çatışmaları hızla çözebilmek için çabuk bir araya gelebilmesi gerekir.
- 2 Kurulun işleyiş prosedürü yazılmalı ve duyurulmalıdır. Bu prosedür, kurula kimlerin, nasıl başvuracağını, kurulun hangi durumlarda ve nasıl toplanacağını, konsültasyonlara nasıl yanıt verileceğini, konsültasyon oturumlarına kimlerin katılacağını, hasta mahremiyetinin nasıl korunacağını, güvenilirlik ve şeffaflığın nasıl sağlanacağını, hangi durumlarda ileri danışma hizmeti alınacağını, kararın ilgililere nasıl duyurulacağını, karara itirazların nasıl sonuçlandırılacağını içermelidir.
- 3 Kurulun aldığı kararların tavsiye niteliğinde olması ve çatışmanın ikna süreçleri ile çözülmesi esastır. Bu kararlara uymama durumunda sorumluluğun taraflarda olacağı açık bir şekilde belirtilmelidir.
- 4 Kurulun bütün faaliyetleri tutanağa geçirilmeli ve bilgi birikimi sağlamak üzere düzenli aralıklarla rapor haline getirilerek ilgililerle paylaşılmalıdır.
- 5 Klinik araştırmalar etik kurulları, DAHEK'ten farklı olarak araştırmalara dahil edilen deneklerin haklarının korunması ve klinik araştırmaların iyi klinik uygulamalar kuralları doğrultusunda yapılmasından sorumludur. Ancak bu iki kurul arasında etkili bir iletişim olması bilgi birikiminin sağlanması açısından faydalı olacaktır.
- 6 Kurul kendi üyelerinin bilgi ve tecrübelerini artıracak eğitim faaliyetleri planlamalıdır.

YBÜ kavramına en büyük zararı veren düşünce, hastaların hastanelerde yalnızca bu ortamlarda "iyi" bakıldığı, buralarda yapılan işlemlerin sorunsuz ödendiği, buralarda sağlık hizmetinin sistemli verildiği kanısıdır. Bu nedenle giderek sadece YBÜ'den oluşan sağlık kurumları ortaya çıkmaktadır. Bu sorunun çözümü için YBÜ'ye kabul, uygun tedavi ve çıkarma ölçütlerinin kesin sınırlarla belirlenmesi ve ayrıca hastanelerde kaliteli sağlık hizmetini garanti edebilen yataklı servislerin ve YBÜ ile koordineli çalışacak palyatif tedavi birimlerinin oluşturulması gereklidir.

### Danışman Değerlendirmesi

Bağımsız dış danışman.

### Yazar Katkıları

Fikir/Kavram – A.A., N.Y.Y., İ.C.; Tasarım – A.A., N.Y.Y., İ.C.; Denetleme – A.A., N.Y.Y., E.E.; Literatür Taraması – A.A., N.Y.Y., İ.C.; Makale Yazımı – A.A., N.Y.Y.; Eleştirel İnceleme – A.A., N.Y.Y., İ.C.

### Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

### Finansal Destek

Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Bosslet GT, Pope TM, Rubenfeld GM et al. An Official ATS/AACN/ACCP/ESICM/SCCM Policy Statement: Responding to requests for potentially inappropriate treatments in Intensive Care Units. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2015;191(11): 1318-1330. [\[CrossRef\]](#)
2. Türk Tabipleri Birliđi Yaşamin Başlangıcı ve Sonuna İlişkin Bildirgeler Sonuç Raporu. In: Türk Tabipleri Birliđi Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporları (pp. 30-34). 2008 Ankara Türk Tabipleri Birliđi Yayınları
3. Code of Ethics for Emergency Physicians, American College of Emergency Physicians. [erişim 15 Nisan 2021] <https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/code-of-ethics-for-emergency-physicians/>
4. Luce JM, White DB. A history of ethics and law in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 2009;25(1): 221-236. [\[CrossRef\]](#)
5. Moon JY, Kim JO Ethics in the Intensive Care Unit. *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 2015;78(3): 175-179. [\[CrossRef\]](#)
6. Oerlemans AJM, Van Sluisveld N, Van Leeuwen ESJ, Wollersheim H, Dekkers WJM, Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: A qualitative study among physicans and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*, 2015;16(9): 1-10. [\[CrossRef\]](#)
7. Oğuz NY, Tepe H, Örnek-Büken N, Kırımsoy-Kucur D. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara. Türkiye Felsefe Kurumu Derneği Yayınları. 2005; s. 38-39, 229-32.