

Acil Tıp ve Etik

Emergency medicine and ethics

Türkiye Acil Tıp Dergisi - *Turk J Emerg Med* 2007;7(4):183-190

Serpil YAYLACI,¹ Serkan YILMAZ,² Özgür KARCIOĞLU³

¹Acıbadem Hastanesi Bakırköy Acil Servis, İstanbul

²Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kocaeli

³Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis, İstanbul

ÖZET

Hekimler için karar verme sürecinde etik sorumluluk, en eski ve bilinen profesyonel sorumluluklardan bir tanesidir. Acil tıp dinamikleri, bu sorumluluğu taşımayı daha güç ve zorlayıcı hale getirebilecek özel koşulları barındırır. Acil tıp klinik pratiğinde ve asistan eğitiminde etik kavramları tanımak, etik kodları tanımlamak, öğretmek ve kullanmak, mesleki profesyonelliğin önemli bileşenleridir. Aydınlatılmış onam; hastanın tedavi sürecine katılımının, hekimin yasal ve mesleki sorumluluklarını taşıyışının, hasta hekim arasındaki etkin iletişimin göstergesidir.

Anahtar sözcükler: Acil tıp; aydınlatılmış onam; etik; profesyonellik.

SUMMARY

Ethical responsibilities in the process of decision making is an ancient and known responsibility of physicians as a whole. The overwhelming dynamics of emergency medicine constitute a special set of circumstances which make these responsibilities harder to cope with. Recognition of ethical phenomena, definition, usage, instruction and teaching of ethical codes are vital components or musts of professionalism in the emergency medicine armamentarium, both during the residency and also in the clinical practice. Informed consent, is the manifestation of the efficiency of the communication pursued between the patient and the caregiver, degree of the contribution fo the patient to the care and legal and professional mandates as undertaken by the physician.

Key words: Emergency medicine; ethics; informed consent; professionalism.

İletişim (Correspondence)

Dr. Serpil YAYLACI

Acıbadem Hastanesi Bakırköy Acil Servis,
34140 Bakırköy, İstanbul, Turkey.

Tel: +90 - 212 - 414 50 09

Faks (Fax): +90 - 212 - 414 51 10

e-posta (e-mail): syaylaci@asg.com.tr

Tıp son derece dinamik bir süreçtir. Teknolojik gelişmeler, hastaların bilinçlenmesi, insan haklarının ön plana çıkması ve tıbbi bakımın maliyetinin artması hekimlerin mesleki ve ahlaki sorumluluklarının önemini daha da artırmıştır. Sadece bizim bilgilerimiz değil, aynı zamanda karşı karşıya kalabileceğimiz durumlar da çeşitlenmekte ve artmaktadır. Tıp uygulamasında ortaya çıkan “değer” sorunlarını nasıl aşacağız? İyi-kötü, doğru-yanlış değerlendirmesini hangi değerlere göre yapacağız? Tıpta değer nedir? Bu soruların yanıtını verebilmek için evrenselliği sorgulanabilir prensiplere ihtiyaç vardır.^[1,2]

Tıbbi etik, açık uçlu sorularla yürütülen ve uygulamaya yönelik sonuçları olan kuramsal bir etkinliktir. Geleneksel tıp uğraşında varolan yasalar, normlar ve ilkeler, ortaya çıkan sorunların irdelenmesinde yetersiz kalmakta, yeni ilke ve normların belirlenmesi ihtiyacı doğmaktadır. Yine de her zaman tek bir doğru yoktur.^[3]

Acil serviste hekimler, hızlı değerlendirmeler yapar, kararlar alır ve sonuçlarına katlanırlar. Bazen bu sonuç şiddete maruz kalma ya da dava edilme şeklindedir. Acil tıp pratiği açısından etik değerlendirme yaklaşımını ortaya koymak, acil pratiğine özgü özel koşulları tartışmak, acil etik kodları tanımlamak yararlı olacaktır.

Acil serviste çalışan hekimler için; mesleki profesyonel tutum geliştirmek, hastaları ile kurmak istedikleri açık yalın iletişimin göstergesi olan aydınlatılmış onamı etkin kullanmak, acil sağlık hizmetinin niteliğini arttıracak, acil tıpta değerleri oluşturmaya ve geliştirmeye katkıda bulunacaktır.

Etik değerlendirme, eylemin ya da tutumun anlamlandırılmasıdır.

İlk aşama, eylemin ya da tutumun anlaşılabilirliği için, ortaya çıkış koşulları, o koşullar çerçevesinde olanaklı öteki seçenekler ve eylemi gerçekleştiren kişinin amaçlarının ele alınmasıdır.

İkinci aşama, eylemin amacına ulaşması durumunda, eylemin yöneldiği bireyde-hedefte ortaya çıkan değişiklikler, eylem öncesinde varolmayan ve eylemle edinilen kazanımlar ya da kayıpların gözden geçirilmesi aşamasıdır.

Üçüncü aşama, eylemin “iyi-kötü” ya da “doğru-yanlış” gibi insani değerler açısından taşıdığı anlamın belirlenmesidir.

Değerlendirmeyi yapanın da insan olduğu gözönüne alındığında, sadece temel ilkelerin yeterli olmadığı, değerlendirenin genel olarak değer sistemi, özel olarak değerlendirmede bulunduğu alana bakışı, temel ilkeleri algılayış ve yorumlayış biçimi gibi öznel faktörlerin devreye girmesi kaçınılmazdır.

Etik değerlendirme yaparken hekimler, kendi değerlerinin olabildiğince farkında olarak, küçük bilgi parçalarını özenle aramalı ve gözönünde bulundurmalıdır. Düşülebilecek tuzaklardan biri, teknik beceri ve yetkinliğin etik hataları tümüyle ortadan kaldıracabileceği yönündeki yaygın yanılgıdır. En doğru davranışı belirlerken tümüyle sezgilere dayanılması da yeterli olmayacaktır. Etik değerlendirmeler, özellikle nesnellüğün uyumlu bir dengesine dayanmak durumundadır. Bu dengeyi sağlanması bir beceri olarak görülebilir. Bu becerinin kazanılabilir ve geliştirilebilir olduğu da açıktır. Olguları içerdikleri etik sorunlar açısından da düşünmek, o konudaki sezgisel tutumumuza eleştirel bir bakışla yaklaşmak, farklı davranış seçeneklerini değerlendirmek ve bunu başkaları ile tartışmak, gelişimimizde bir yöntem olarak kullanılabilir. Ülkemizde de tercih edilen, ancak etkinliği daha az güvenilir olan bir başka yöntem tutumumuzu yalnızca usta-çırak ilişkisinde öğrendiklerimize dayandırmaktır.^[4]

Iserson'un özellikle acil durumlar için geliştirdiği etik sorunlarda karar verme modelinde şöyle önerilmektedir:

Karşılaştığınız probleme çözüm olabilecek, kapsayıcı kural varsa, ona uyun. Hastayı riske atacak gecikmelerden kaçınarak, başka hekimlerle görüş alışverişinde bulunabilmek için zaman kullanın. Bunlar çözüm için yeterli değilse, hastanın yerinde olsanız kabul edebileceğiniz, benzer durumlar ve olgular için uygulanabilir ve yasal olarak da savunulabilecek bir karar verin.^[2]

Acil Hekimlerinin Karar Alma Sürecini Güçleştirebilecek Acil Servise Özgü Koşullar^[1,2,5]

Acil serviste çalışan hekimler, acil tıp pratiğinden kaynaklanan, özellikli koşullarda, acil sağlık hizmeti verirler. Pek çok karar alır, tutum ve tavır sergilerler. Yarar sağlama, zarar vermeme, hastaların özerkliğine saygı, adil olma çabası acil tıp etkinliği açısından da “karar verme” sürecinde sınırlar çizer, yol gösterir. Peki ya ikilemler? Doğru ya da iyi her zaman çok açık mıdır?

Hastanın sırrını saklamak, üçüncü kişiler için tehdit oluşturorsa ne yapacağız? Hastanın yararı toplumun yararı ile çelişiyorsa? Hastanın özerkliğine saygı gösterirken, hastamızın durumu değerlendirme yetkinliği hakkında şüphelerimiz varsa? Önerdiğimiz çözüm hem hasta hem de toplum için adil değilse?

Bu süreci daha iyi anlayabilmek için acil servis dinamiğine ve çalışma koşullarına göz atalım.

1. Zaman baskısı: Sıklıkla hastaları değerlendirebilmek için yeterli vakit yoktur. Acil hekimi bazen tanıya yönelik yeterli öykü ve tetkik olmadan hastasını tedaviye başlamak zorunda

kalabilir. Genellikle hastalar acil servise akut hastalık veya yaralanma sonucu gelirler ki bu da acil ve hızlı bir tedaviyi gerektirir. Bu nedenle acil hekimlerinin tedavi alternatifleri aramak, ek laboratuvar verileri elde etmek ve konsültasyonlar yapmak için zamanları olmayabilir. Acil durumlarda önceden oluşturulmuş tedavi protokollerinin uygulanması yararlı olacaktır.

2. Fiziksel koşullar: Acil servisler halka açık, kalabalık, gürültülü ne yazık ki genellikle mimari olarak uygunsuz dizayn edilmiş yerlerdir ve hastaların fiziksel mahremiyetlerini sağlamada ciddi eksiklikler içerir. Görsel ve işitsel mahremiyet, hasta bilgi, film ve kayıtlarının gizliliği, yetkilendirilmemiş sağlık çalışanlarının kayıtlara ulaşamaması gibi anlayışlar kavramsal olarak bile yeterince bilinmemektedir. Çoğu acil serviste hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğini etkin düzeyde sağlayacak idari bakış, giriş-çıkış kontrollerinin yapıldığı fiziksel koşullar sağlanamamıştır. Yetkilendirilmemiş kişilerin acil servis alanlarına girmemesi çoğu acil serviste sağlanamaz.^[6,7]

3. Acil servisler yaşamı tehdit eder hastalığı olan, kendini ve haklarını koruyamayacak kadar kırılgan ya da zor durumda; kendinde olmayan, tecavüze uğramış, evsiz, kimsesiz, kimliği belirsiz hastaların tedavi edildiği yerlerdir. Bu nedenle de hastalar sağlık profesyonellerinin insafı ve anlayışına mahkumdurlar. Acil çalışanlarına bu özel durum ayrı bir sorumluluk yükler. Bu durum taraflar açısından her iki taraf için de kötüye kullanıma izin verebilecek bir zemin oluşturur. Poliklinik hasta grubu ile karşılaştırıldığında acil servise başvuran hastalar, daha sıkıntılı, ağrılı, ciddi, sınırda koşullardadır. Organ nakli, özkıym, beklenen ya da beklenmeyen ölümler, resüsitasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar kimilerince ahlakdışı olarak nitelenebilecek seçim ve tutumlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunları acil tıp pratiğinin içinde yer alır.^[7]

4. Belirlenmemiş politikalar ya da uygulanmayan yasa, prosedürler acil sağlık hizmeti alan ve vereni aslında asıl sorun ekonomik veya sosyal olmasına rağmen kişisel bir sorunun tarafları gibi karşı karşıya getirebilir. Sürtüşme yönetimi becerileri önem kazanır.

5. Hasta hakkında bilgi edinmekte yaşanan güçlükler: Acil servise gelen-getirilen hastalar sıklıkla apar topar getirildiklerinden eski tıbbi kayıtlarını yanında getirememekte ve hasta ile ilgili geçmiş bilgilere ulaşmak sıklıkla mümkün olamamaktadır. Hekimini önceden bilmediği ve onu kendisi seçmediği için hastanın da acil hekimine karşı önceden kazanılmış bir güveni yoktur. Bu hızla müdahalesi gereken acil hastanın değerlendirilmesinde zorluklara yol açar.^[2]

6. Hasta ile iletişim kurmada yaşanan güçlükler: Acil servise

gelen-getirilen hastalar şuur durumunu etkileyen pek çok hastalığa sahip olabilir. (Zehirlenme, travmaya maruz kalma, psikiyatrik, nörolojik veya metabolik hastalıklar gibi). Bu hastalar ile iletişim kurmak, hastalıkları hakkında sağlıklı bilgi almak bazen neredeyse olanaksızdır. Bu hastalar tedavileri ile ilgili kararlarda da bilinç durumları nedeniyle söz sahibi olamaz. Bu da acil hekimini hasta ile ilgili kararları alırken zorlayabilecek önemli bir unsurdur.

7. Acil hekimleri acil serviste, hastane öncesi sağlık profesyonelleri, hemşireler, hastabakıcılar, teknisyenler, yasal görevliler ve diğer branşlardan hekimler ile yakın ilişki içinde çalışmak durumundadır. Ne zaman, hangi tür ve kaç tane hastanın geleceğinin bilinmediği stresli bir ortamda acil hekimleri diğer meslektaşları ve tıbbi personelle takım işi üretmek zorundadır.

8. Acil servisler adli olguların değerlendirildiği yerlerdir: Acil serviste çalışan hekimler adli süreçte roller üstlenirler. Alkollü araç kullanımının belgelenmesi, hayati tehlike varlığının belirlenmesi, cinsel suçlar, eviçi şiddet, çocuk istismarı, yaşlı istismarının raporlanması gibi sorumluluklar ve zaman zaman da yaşanan baskılar acil hekimliği açısından üstesinden gelmesi zor konulardır.

9. Acil servisler, kendini acil hasta olarak gören ve acil servise başvuran herkese bakma sorumluluğunu taşırlar. Randevusu, parası veya sosyal güvencesi olmadığı için sağlık hizmeti alamayan bir hasta acile başvurduğunda acil sağlık hizmeti almayı beklemektedir.

10. Hekimler, acil durumlarda, hastane ortamı dışında da hasta veya yaralıya müdahale etme görevini yüklenmektedir. Hastane ortamı dışında yapılacak uygulamaların bazı etik sorunlara neden olma olasılığı fazladır.

11. Acil hekimlerinden afetlerde, toplu kazalarda ve zehirlenmelerde aktif görev almaları ve toplumun sağlığını tehdit eden böyle durumlarda bu zararları azaltıcı önlemleri almaları beklenmektedir.

12. Acil serviste çalışan hekimler için yaşamı tehdit eden sorunları tedavi edebilmeyi sağlayacak tıbbi bilgi ve girişimsel becerinin yanında, acil servise özgü dinamikleri yönetmeye yönelik, farkındalık, profesyonel donanım ve beceriye sahip olma zorunluluğu da ortadadır. Acil tıp asistanlık programları bu konuları içermelidir.^[8]

Acil Tıp İle İlgili Etik Kodlar^[9,10]

I. Acil Hekimi - Hasta İlişkisi

Hasta yararının önceliği: Ölüm, organ kaybı ve disfonksiyonunun önüne geçebilmek için acil hekiminin hasta yararının önceliği prensibini uygulaması gerekir.

Hasta kararlarına saygı: Hekimin tercihi hastanın sağlığını gözetmesi yönünde olmalıdır. Acil hekimi, karar verme kapasitesine sahip hastaların tedavi seçeneklerini anlamasını, tedaviden sonra yapılan önerileri onaylamasını ve hastalığı ile ilgili olarak verilen bilgiyi yeterli bulmasını gözetmek zordur.

Tarafsızlık: Acil hekimleri tüm hastalara eşit davranmalı, farklı kültür, sosyo-ekonomik düzey, ırk, dil, din, cins ayrımı yapmamalıdır.

Mahremiyete saygı: Acil hekimi güvenilir olmalı, hastanın sırlarını tutmalı, yalan söylememelidir. Hasta sırları ancak kişi ve kuruluşların ciddi zararlar görebileceği durumlarda ya da kanuni zorunluluk hallerinde açıklanabilir.

Zarar vermeme: Hastanın hekime olan güveninin sağlanmasında zarar vermeme ilkesi çok önemlidir. Hekim dürüst olmalı, riskli ve gereksiz girişimlerden kaçınmalıdır. Uygun eğitim almamış, yetersiz ve yeteneksiz hekimler acilde çalıştırılmamalıdır.

II. Acil Hekimi ile Diğer Tıbbi Personel Arasındaki İlişkiler

Diğer hekimlerle ilişkiler: Uygun hasta bakımı için hekimler işbirliği içinde olmalıdır. Hasta sevki, konsültasyon ve hasta yatışı ile ilgili mevcut protokollere uyulmalıdır.

Hemşire ve diğer personelle ilişkiler: Acil tıp bir ekip çalışmasıdır. Hastaların bakım kalitesini artırmak için hekimler, hemşireler ve diğer personel ile birlikte protokoller hazırlanmalıdır.

Yetersiz ve yeteneksiz hekimler: Zarar vermeme ilkesi, yetersiz, yeteneksiz hekimlerden hastanın korunmasını da içerir. Uyuşturucu, alkol ve psikiyatrik nedenlerle davranış bozukluğu gösteren meslektaşlarını yetkili yerlere bildirmelidir.

Hastane idaresi ile ilişkiler: Acil hekimleri, hastane idaresi ile uyumlu bir ilişki halinde olmalıdır.

Tıp öğrencileri ile ilişkiler: Acil hekimleri tıp öğrencilerine acil tıbbi bakımın gerektirdiği teknik ve bilimsel konularda yardımcı olmalı ve onların hasta takiplerini denetlemelidir.

Yasal sistem ile ilişkiler ve bilirkişi olarak etik: Acil hekiminin bilirkişi olarak adli bir olayda bilgisine başvurulabilir. Bu durumda hekim, tarafsız ve açık olmalıdır.

Bilimsel araştırma komiteleri ile ilişkiler: Biyomedikal ve davranışla ilgili araştırmalar insan hayatının korunması ve Helsinki sözleşmesi uyarınca hasta haklarına saygılı bir biçimde yapılmalıdır. Araştırmanın buna uygunluğu bir ko-

mision tarafından belirlenmelidir. Acil hekimleri bu kurallara uymalı ve deneysel çalışmalarda hayvan haklarını gözetmelidirler.

III. Acil Hekimi ile Toplum İlişkisi

Toplum ve acil hekimleri: Acil tıbbi bakım için dil, din, ırk, cinsiyet, sosyal statü gözetilmemelidir. Acil hekimleri fakir hastaların bakımları için gerekli maddi kaynağın bulunması konusunda hastanın yararına karar vermelidir.

Acil tıp hizmetlerine ayrılan kaynakların yeterliliği ve düzenli dağıtılması: Acil sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için her yerde maddi olanaklar yeterli olmayabilir. Böyle bir durumda acil hekimi acil tıbbi bakımı sağlamalıdır. Toplumda acil tıp hizmetlerine ayrılan kaynakların yeterliliği ve düzenli dağıtılması için acil hekimleri ellerinden geleni yapmalıdır.

Toplum ile acil hekimlerinin ilişkisindeki temel inançlar:

Acil tıbbi bakımın sağlanması temel bir haktır.

Hastane içi ve dışında hastaların kaynaklara ulaşımıyla ilgilenmelidir.

Kaliteden ödün vermeden ülke kaynaklarının kullanımında bedel-etkinliğe önem vermelidir.

Hastane dışında ve afetlerde acil hekiminin görevi önemlidir.

Acil hekimleri toplumun genel sağlığını korumak için çaba göstermelidir.

IV. Acil Hekimi ve Tıbbi Hata Yönetimi^[1]

Tıbbi hata: Tıbbi bir yaklaşımda amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması veya planlanan yaklaşımın planlandığı şekilde tamamlanamamasıdır.

Hasta güvenliği ve tıbbi hataların en azda tutulması için politika ve uygulamaların geliştirilmesi gereği açıktır. Hataları tanıma ve yönetme konusunda hazırlıklı olmak profesyonel hekim sorumluluğunun kaçınılmaz bir parçasıdır. Hataların, hastanın fiziksel ve duyu durumu, hatanın büyüklük ve olası sonuçları dikkate alınarak, hastaya en erken ve en uygun zamanda söylenmesi hasta yararına olacaktır.

Çocukların Sağlık Hakkı

Dünya Tabipler Birliği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi'ne göre;

Yasal ehliyeti olmayan hasta;

Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilci-

nin onayının alınması gereklidir. Bununla birlikte bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir. Eğer yasal ehliyeti olan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır. Yasal temsilcisinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklindeyse karar yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına davranacaktır.^[4,6]

Özkıyım Düşüncesi Olan Hastayı Acil Serviste Değerlendirirken

Hastanın yaşamla ölüm arasında seçim yapabilme özerkliği, hastalık nedeniyle kısıtlanmış, yaşam yönünde seçim yapabilme özerkliği, tıbbın yardımıyla onarılabilecek biçimde zedelenmiştir. Hasta istememesine karşın hastanede tutma, özkıyım isteğini tedavi sonrası yeniden değerlendirme şansı ve receği ve özerkliği yeniden inşa etmeye yönelik olduğu için adil ve hasta lehinedir.^[4]

Aydınlatılmış Onam ve Profesyonellik

I. Aydınlatılmış onam

Aydınlatılmış onam (AO), tıbbi etiğin temel ilkelerinden özerklik ilkesine dayanmaktadır ve iyi hekimlik uygulaması için ön koşullardan biridir. Özerklik, kişinin kendi kaderini tayin hakkı ya da kendi sağlığına ilişkin tüm kararlara katılması biçiminde yorumlanabilir. AO ise, hastanın kendisine uygulanacak herhangi bir tıbbi işleme onay verebilmesi ya da reddedebilmesi için yeterince bilgilendirilmesi görevidir. Uygulanacak tanı ve tedavi yöntemlerinin niteliği, beklenen yararları, olası yan etkileri alternatif tanı ve tedavi yöntemleri ile hastanın tanı ya da tedaviyi reddetmesi durumunda ortaya çıkabilecek olası riskli durumların hastaya sözel ya da gerekli durumlarda yazılı olarak anlatılmasıdır. Bunun yanında, kişinin durumu hakkında “aydınlanması” ve kendisine önerilen tıbbi girişime onay verebilmesi için çeşitli koşullar söz konusudur. Bilgilerin uygun bir dil ile açıklanması, bunların hasta tarafından anlaşılması, hastanın gönüllü olması ve onay vermeye yeterli olması gerekir. Bu koşulların yerine getirilmesi, doğrudan ve/veya dolaylı olarak hekimin sorumluluğundadır. AO evrensel tıbbi etik belgelerinde tanımlandığı gibi, ülkemizde yasal düzenlemelerle uygulamaya konulmuştur.

AO, hasta hekim-sağlık profesyoneli ilişkisinin temel elemanlarından biridir. Hastanın süreci anlaması, sorularını sorup değerlendirebilmesi için gerekli özeni ve çabayı sarfetme zorunluluğumuzu tanımlar. Hasta için en iyi kararın verilme-

si sürecinde proaktif rolümüz devam eder.^[4,6] Koşullar izin veriyorsa ideal olan yazılı AO formunun kayıtlarda saklanmasıdır.

Aydınlatılmış onam bilgilendirme bölümü her hastanın durumuna göre farklılık gösterebileceğinden hastaya özel olmalıdır. Hekimi tarafından hastaya sözel ya da yazılı şekilde yapılması önerilir.

Aydınlatılmış onam “onam” kısmıyla ilgili olarak hasta dosyasına ya da ayrı bir kağıda “onay” alınması önerilir.

Onay kağıdında hasta kendisi onay veriyorsa tanığa gereksinim yoktur. Ancak hasta ya da yakını onay vermediği halde onay vermediğine dair belgeyi imzalamak istemiyorsa o zaman tanıklı bir tutanak düzenlenmesi yerinde olur.

Hastadan AO alınmasının hekimin gerekli özen ve dikkati gösterme sorumluluğunu ortadan kaldırmadığı konusu bilinmelidir.

Yapılan tıbbi girişimleri düzenleyen ayrı bir yönetmelik varsa (organ transplantasyonu gibi) o yönetmelikte belirtilen AO formatı uygulanmalıdır.

Bu öneriler klinik tanı ve tedavi uygulamaları için geçerlidir. Klinik araştırmalar için AO formları o klinik çalışmaya özel olmalıdır.

Aydınlatılmış onam bir işlem için alındığında o işlem sırasında yapılması doğal olan (enjeksiyon, kesi yapılması vb. gibi) diğer müdahaleler için ayrıca onay alınması gerekmez.

Aydınlatılmış onam belgesi hastanın-veli-vasi açık kimliğinin belirtildiği, yapılacak girişimin adının açıkça yazıldığı hastanın yapılacak girişimle ilgili yeterince bilgilendirildiğini ve bu bilgiler ışığında girişimin kendisine uygulanmasını kabul ettiğini bildiren imzalı yazılı bir belgedir.

Aydınlatılmış onam bilgilendiren hekimin adını ve imzasını içermelidir.

Aydınlatılmış onam sürecinde yapılan bilgilendirme tarihi belgede yer almalıdır.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’na göre aydınlatılmış onam, Madde 26’da aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır:

“Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydın-

latır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, ek-sik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir. Acil durumlar ile hastanın reşit olmaması veya bilincinin kapalı olduğu ya da karar veremeyeceği durumlarda yasal temsilcinin izni alınır. Hekim temsilcinin izin vermemesinin kötü niyete dayandığını düşünüyor ve bu durum hastanın yaşamını tehdit ediyorsa, durum adli mercilere bildirilerek izin alınmalıdır. Bunun mümkün olmaması durumunda, hekim başka bir meslektaşına danışmaya çalışır ya da yalnızca yaşamı kurtarmaya yönelik girişimlerde bulunur. Acil durumlarda müdahale etmek hekimin takdirindedir. Tedavisi yasalarla zorunlu kılınan hastalıklar toplum sağlığını tehdit ettiği için hasta veya yasal temsilcinin aydınlatılmış onamı alınmasa da gerekli tedavi yapılır. Hasta vermiş olduğu aydınlatılmış onamı dilediği zaman geri alabilir.”

Bunun yanında acil konularda farklı istisnalar sözkonusu olabilmektedir. Örneğin aynı bildirmede Madde 10’da “Hekim, görevi ve uzmanlığı ne olursa olsun, gerekli tıbbi girişimlerin yapılamadığı acil durumlarda, ilk yardımda bulunur” şeklinde bu konunun farklı yönü vurgulanmıştır.

Acil kuralı, bilinci kapalı, onam yetkinliği olmayan hastanın hemen tedavi görmezse zarar görebileceği durumlarda, onam alınmadan hastanın yararına uygulanabilecek en iyi seçenek sağlık ekibi tarafından uygulanmalıdır.^[2]

Araştırma, hastane öncesi ve acil servisleri içeren acil sağlık sisteminin iyileştirilmesi için vazgeçilmez bir bileşendir. Hastanın AO süreci tanımlanmalıdır, hastaya istediği zaman çalışma kapsamından çıkabileceği ve bunun tedavisini etkilemeyeceği anlatılmalıdır. Araştırma planlama süreci etik kurulun denetiminde gerçekleşir.^[4]

Hastanın Bilgilendirilmesi

Sözel ya da yazılı olabilir.

Hasta anlayabileceği bir dille bilgilendirilmelidir.

Hastaya diğer tanı veya tedavi alternatifleri aktarılmalıdır.

Yapılacak girişimin hastaya sağlayacağı yarar aktarılmalıdır.

Yapılacak girişimin olası riskleri anlatılmalıdır.

Girişimi kabul etmez ise gelişebilecek zararlar anlatılmalıdır.

Aslında tüm uygulamalar için “bilgilendirme” ve ardından “onam” alma süreci etik ilkeler arasındaki dengelerin bozul-

masını önleyen önemli bileşenlerdir. Bilgilendirmede teknolojinin son zamanlarda sağladığı olanaklardan da yararlanılmakadur. ABD’de intravenöz kontrast verilecek olgulara İspanyolca ve İngilizce hazırlanmış videolar gösterilerek AO alınması sonucunda bilgilendirmelerini ölçen skorların rutin konuşma yapılan gruba göre anlamlı olarak yükseldiği görülmüştür.^[12]

Hastanın karar verme kapasitesinin (KVK) saptanması kritik bir aşamadır. KVK tedavinin yapılması için de reddedilmesi için de aynı şekilde önemlidir. Hastayla her karşılaşmada tekrar ve ayrı ayrı saptanmalıdır. KVK saptanması hasta bakımını geciktirmemelidir. KVK belirlenmesinde güçlük ve belirsizlik olan durumlarda üçüncü kişilerden yardım alınabilir (diğer bir klinisyen, konsültan, vasi gibi). KVK değerlendirilmesinin klinik yararlılığı yanında, bu işlem sırasında hasta ile güven ilişkisi, profesyonellik ve humanistik klinik pratiğin yerleşmesi sağlanır.^[13]

AO ve diğer tüm etik konular organ donasyonu gibi özel konularda daha büyük önem kazanmaktadır.

Tablo 1’de acil servisteki olası girişimleri içeren aydınlatılmış onam formu örneği görülmektedir.

II. Profesyonellik

Tıpta profesyonellik, hekimlerin, hemşirelerin ve paramediklerin, kendi çıkarlarının üstünde hastalarının çıkarlarına hizmet etmelerini gerektirir. Profesyonellik; başkalarını düşünme, sorumluluk (bireysel hastalara, topluma ve mesleğe), mükemmellik (hayat boyu öğrenmeye katılma), görev (hastasının ihtiyaçlarını karşılamak için zahmeti kabul etme), onur, dürüstlük ve başkalarına saygıyı (hastaya, hasta ailelerine ve profesyonel meslektaşlara) gaye edinir.

Profesyonel ilişkiler, süpervizyon, sağlık profesyonellerinin kendi arasındaki görev paylaşımı, tanımı, görüş ayrılıklarını kapsar. Görevini yerine getirmediği düşünülen takım elemanına yönelik tutumla ilgili ikilemleri içerir. Tıbbi hatanın değerlendirilmesi süreci de burada incelenebilir.^[8,11,14]

Acil tıp çalışanları için profesyonellik eğitim hedeflerini oluşturan temel unsurlar^[15-17]

1. İnsan yaşamına ve onuruna saygı duyma,
2. İnsanı biyolojik, ruhsal ve sosyal çevresi ile bir bütün olarak görme,
3. Hasta merkezli yaklaşımı benimseme,
4. Mesleğin gerektirdiği bedensel uygunluğu ve hazırlıklı olma halini sürdürme,

Tablo 1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı'nda kullanılan aydınlatılmış onam formu ve altbaşlıkları.

Ben, _____, kabul ederim ki doktorum bana tıbbi tedavi, tanı amaçlı bir girişim yapılacağını söyledi. Doktorum bu girişimin tekniğini, beklenen sonucu ve risklerini açıkladı; bana alternatif tedavi seçenekleri hakkında bilgi verdi, beklenen olası sonuçları söyledi ve bu tedavi uygulanmaz ise ne olabileceği hakkında bilgi verdi. Girişim ile ilgili tüm açıklamaları bana okudu, sorularıma yanıt verdi; ben de dinledim anladım. Bu bilgilendirme sonucunda bu girişimi:

<input type="checkbox"/> Evet, Kabul Ediyorum	<input type="checkbox"/> Hayır, Kabul Etmeyorum	Tarih:
Doktorun Adı, Soyadı: İmza (Doktor): Tedavi Girişiminin Adı (Lütfen ayrıntılı bilgi için arka sayfayı okuyun): Vasinin Adı, Soyadı (Onay veremeyecek durumda olanlar için): Hastanın TC Kimlik Numarası:		Hastanın Adı, Soyadı: İmza (Hasta - Vasi): Hastane Protokol Numarası:
<input type="checkbox"/> Endotrakeal Entübasyon	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Ağızdan ya da burundan nefes borusuna tüp yerleştirilmesi Havayolunun güvenlik altına alınması, yeterli solunum sağlanması Ağız içi, dil ve/veya dış yaralanması, aspirasyon, akciğer enfeksiyonu
<input type="checkbox"/> Kardiyoversiyon	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Defibrilatör ile senkronize olarak göğüs cildi üzerinden kısa süreli kalbe elektrik akımı verilmesi Güvenli bir kalp ritmine ulaşılması Güvenli kalp ritmine ulaşamaması, göğüs cildi üzerinde 1. derece yanık olması, elektrik akımını hissetme ve acı duyma
<input type="checkbox"/> Tüp Torakostomi	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Göğüs cildi üzerinden göğüs boşluğuna girip akciğer zarları arasında tüp ve su altı drenajı yerleştirilmesi Akciğer zarları arasında biriken hava-kansının yeterince boşaltılması, akciğerin uygun genişliğine ulaşması Tüpün göğüs boşluğu içinde kıvrılması, zarlar arasında biriken hava-kansının yeterince boşalmaması, göğüs duvarı içinde enfeksiyon, göğüs tüpünün göğüs içine girişini hissetme ve acı duyma
<input type="checkbox"/> Girişimsel Sedasyon ve Analjezi	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Damar yolu ile uygun doz ve ilacın kan dolaşımına verilmesi Geçici olarak bilinç ve acı duygusunun kaybolması Damar zedelenmesi, solunumun yüzeyselleşmesi, uyanıklığın uzaması, bilinç ve acı hissetme duygusunun erken geri gelmesi, iğne yerinde geçici ağrı
<input type="checkbox"/> Santral Damar Yolu Girişimi	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Santral damar yolu açıklığının sağlanarak kan dolaşım sistemine girilmesi İlaç-kan-sıvı benzeri tedavilerin kan dolaşımına verilmesi amacıyla güvenli bir damar yolunun sağlanması Atar ya da toplardamar zedelenmesi, kanama, enfeksiyon, akciğer zarlarının zedelenmesi (boyun ve köprücük kemiği altı girişimler için) ile göğüs içine hava-kan girmesi, iğne yerinde geçici ağrı
<input type="checkbox"/> Lomber Ponksiyon	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Sırt cildinden sırt omurlarının arasından geçerek omurilik kanalına iğne ya da kateter yerleştirilmesi Omurilik kanalına girilerek örnek almak için yeterli miktarda beyin omurilik sıvının elde edilmesi Geçici baş ağrısı, enfeksiyon, iğne yerinde geçici ağrı
<input type="checkbox"/> Eklem İçi Aspirasyon	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Cilt üzerinden iğne yada kateter kullanarak eklem aralığına girilmesi Eklem aralığındaki eklem sıvısının tanı yöntemlerinde kullanılmak üzere elde edilmesi Enfeksiyon, iğne yerinde geçici ağrı, geçici eklem hareket kısıtlılığı
<input type="checkbox"/> İğne Torakostomi	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Göğüs cildi üzerinden iğne ya da kateter kullanarak kaburgalar arasından göğüs boşluğuna girilmesi Göğüs boşluğunda akciğer zarları arasında biriken hava-kan-sıvının boşaltılması Enfeksiyon, iğne yerinde geçici ağrı, hava-kansının yeterince boşaltılamaması, akciğer dokusunun zedelenmesi
<input type="checkbox"/> Parasentez	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	Karın cildi üzerinden iğne yada kateter kullanarak karın boşluğuna girilmesi Karın boşluğunda biriken sıvının boşaltılması ya da kan-sıvı tespiti Enfeksiyon, iğne yerinde geçici ağrı, sıvının yeterince boşaltılamaması, nadiren bağırak zedelenmesi
<input type="checkbox"/> Diğer Uygulama	Teknik Beklenen sonuç (Amaç) Riskler	
<input type="checkbox"/> Diğer İlaç		

5. Yaşam boyu öğrenme kararlılığı,
6. Profesyonel mesleki becerilere sahip olma ve geliştirme,
7. Kişisel gelişimi önemseme, iletişim becerilerine sahip olma,
8. Profesyonel otonomi ve sorumluluk sahibi olma,
9. Profesyonel ilişkiler kurabilme,
10. Çalıştığı toplumun sağlık sorunları konusunda bilgili ve duyarlı olma,
11. Ekip çalışmasını, bilgiye ulaşma yollarını ve öğrenme yöntemlerini bilme,
12. Yaratıcı problem çözme becerisine sahip olma,
13. Sağlık sorunlarını ve mesleğinin özelliklerini tarihsel bir süreç içinde değerlendirebilme,
14. Ulusal ve uluslararası yasal düzenlemelerden haberdar olma,
15. Mesleki uygulamalarda karşılaşılan karmaşık sorunlarla başedebilme, danışma mekanizmalarını kullanabilme,
16. Birbiriyle çelişen ya da çelişiyor görünen değerler konusunda tartışabilme ve zor karar aşamalarında evrensel tıbbi etik ilkelerden yararlanabilme,
17. Uygulamalar sırasında ortaya çıkan etik sorunları tanımlayabilme ve baş edebilmedir.

Hekimlere karşı açılan disiplin soruşturmalarını inceleyen araştırmasında Khaliq ve ark.^[18] acil tıp hekimlerinin disiplin soruşturmaları açılması konusunda yüksek risk taşıdıklarını belirtmiş ve asistanlık programlarında ana eğitim maddelerinin içinde hasta bakımının yanında profesyonelliğin de öğretilmesi gerektiğini vurgulamıştır.

Acil tıp araştırma görevlilerinin etik sorunlarla karşılaştıklarında profesyonellik davranışını nasıl gösterdiklerini araştıran bir çalışmada Gisoni ve ark.^[19] kıdem arttıkça profesyonellik davranışı alt maddelerinin daha çok gerçekleştirildiğini saptamışlardır.

Küçük örnek büyüklüğüne karşın deneyim ile profesyonelliğin artmasının yanında eğitimde bu konuya daha fazla yer verilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Baernstein ve ark.^[20] tıp öğrencilerinde profesyonellik ilkelelerinin yerleşmesinde hangi tekniğin daha etkin olduğunu araştırmışlar ve öğretim üyeleri ile birebir görüşmelerin en etkin yöntem olduğunu belirtmişlerdir. Yazma yönteminin ise etkin olmadığını vurgulamışlardır.

Eğitim yöntemi olarak, senaryolar, olgu çalışmaları yapılma-

sı, bu konudaki araştırmaların, yeni sonuçların izlenmesi ve ulusal etik kodların geliştirilmesi, güncellenmesi acil sağlık hizmetinin kalitesini, acil tıp çalışanlarının profesyonellik düzeyini arttıracaktır.

Kaynaklar

1. Isaacs E, D'Souza P. Ethics in Emergency Medicine. Emedicine Web site. Available at: <http://www.emedicine.com/emerg/topic692.htm>.
2. Ethics Curriculum for EM Residencies. Society for Academic Emergency Medicine Web site. Available at: <http://www.saem.org/saemdn/Home/Education/EducationResources/tabid/57/Default.aspx>.
3. Aydın E. Tıp etiğinin temel kavramları. Hacettepe Üniversitesi Web site. Available at: <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D2/9/3370.doc>.
4. Akpınar C, Aslan F, Örnek Büken N, Çalikoğlu E, Çay F, Oğuz NY, Önder E, Öztürk H, Yetener M. Etik Bunun Neresinde? 1st ed. Ankara Tabip Odası Yayınları; 1997.
5. Tokyay R, Armağan E, Akköse S. Acil Tıpta Etik. Uludağ Üniversitesi Web site. Available at: <http://acil-yardim.uludag.edu.tr/acil8.html>.
6. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine-Part I: conceptual, moral, and legal foundations. *Ann Emerg Med* 2005;45:53-9.
7. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine-Part II: Challenges in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2005;45:60-7.
8. Larkin GL, Binder L, Houry D, Adams J. Defining and evaluating professionalism: a core competency for graduate emergency medicine education. *Acad Emerg Med* 2002;9:1249-56.
9. Code of ethics for emergency physicians. American College of Emergency Physicians. *Ann Emerg Med* 1997;30:365-72.
10. Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics of the American Medical Association. Current Opinions with Annotations. 2006-2007 Edition. U.S.A.
11. Moskop JC, Geiderman JM, Hobgood CD, Larkin GL. Emergency physicians and disclosure of medical errors. *Ann Emerg Med* 2006;48:523-31.
12. Cowan EA, Calderon Y, Gennis P, Macklin R, Ortiz C, Wall SP. Spanish and English video-assisted informed consent for intravenous contrast administration in the emergency department: a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med* 2007;49:221-30, 230.e1-3.
13. Larkin GL, Marco CA, Abbott JT. Emergency determination of decision-making capacity: balancing autonomy and beneficence in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2001;8:282-4.
14. Adams J, Schmidt T, Sanders A, Larkin GL, Knopp R. Professionalism in emergency medicine. SAEM Ethics Committee. Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg Med* 1998;5:1193-9.
15. Principles of medical ethics. Adopted by the AMA's house of delegates June 17, 2001. American Medical Association Web site. Available at: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/2512.html>.
16. National guidelines for educating EMS instructors August 2002. Module:5 Ethics. National Highway Traffic Safety Administration Web site. Available at: <http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/ems/Instructor/Module%205%20-%20Ethics.pdf>.
17. Larkin GL, Fowler RL. Essential ethics for EMS: cardinal virtues and core principles. *Emerg Med Clin North Am* 2002;20:887-911.
18. Khaliq AA, Dimassi H, Huang CY, Narine L, Smego RA Jr. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *Am J Med* 2005;118:773-7.
19. Gisoni MA, Smith-Coggins R, Harter PM, Soltysik RC, Yarnold PR. Assessment of resident professionalism using high-fidelity simulation of ethical dilemmas. *Acad Emerg Med* 2004;11:931-7.
20. Baernstein A, Fryer-Edwards K. Promoting reflection on professionalism: a comparison trial of educational interventions for medical students. *Acad Med* 2003;78:742-7.