

ACİL TIPTA ETİK İLKELERİN TEMELLERİ VE KULLANIMI

Arzu DENİZBAŞI*

ETİK NEDİR?

Kelime olarak Latince ethicus (karakter) kökeninden gelen bu terim iyi ve kötüyü veya doğru ve yanlış ayırabilme bilimidir. Tüm bilimlerin anası olarak da kabul edilebilecek olan bu düşünme tarzı tıpta insan hayatı ile ilgili pek çok çelişki ile karşılaştığımız için vicdani yargı gerektiren bilgileri de içermektedir. Etik, antik çağlardan beri hekimlerin üzerinde durduğu bir konu olmakla beraber son çeyrek yüzyılda tıptaki teknolojik devrim, hastaların bilinçlenmesi, insan haklarının daha ön plana çıkması ve tıbbi bakımın maliyetinin artması, hekimlerin mesleki ve ahlaki sorumluluklarının önemini daha da artırmıştır. Hekimlerin temel mesleki sorumlulukları başta Hipokrat yemini olmak üzere etik ile ilgili birçok kaynakta ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır. Bunlara ek olarak, Acil Tıp hekimleri, acil uygulamalarından kaynaklanan, daha özellikli etik sorunlarla da karşı karşıyadır. Acil hekimlerine özgü bu etik sorunları daha iyi anlayabilmek için önce acil hekiminin çalışma koşullarına bir göz atmak gerekir. Acil servislerde hastalara müdahale yaparken, onlarla konuşurken, onlar için konsültasyon isterken veya hemşireye bir emir verirken etik kurallar içinde davranmaktayız. Hastanın özerkliği; hastaya saygı göstermenin ifadesi kabul edilen, hem etik hem de yasal olarak uygulanması gereken ilkedir.

TARİHÇE

Etik tartışmalarının günümüzde artmasının en büyük nedeni modern tıbbın gittikçe ilerlemesidir. Biyomedikal alanların gelişmesi ve rahat uygulanabilmesi nedeni ile hastalıkların nedenleri daha kolay anlaşılacaktır. İkinci Dünya Savaşı bittikten sonraki 50 yıl içindeki tıptaki gelişme insanlık tarihinin en önemli adımlarından biri olarak kabul edilmektedir. Bu süre içinde antibiyotiklerin kullanımından başlayıp

fiberoptik görüntüleme yöntemlerine dek giden pek çok önemli buluş vardır. Modern tıbbın en büyük başarıları erken mortaliteyi engellemek ve yaşam beklentisini uzatmak olmuştur. Teknolojinin kötüye kullanımı, ölmeği geciktirmek için yapılan tedavilerin yüksek bedeli, klinik ile uğraşan bilim adamları sayısında azalma, epidemiyolojik verilerin maksatlı veya maksatsız yanlış kullanımı gibi önemli sorunlar da bu dönemde ortaya çıkmıştır. Aslında bu sorunları yenmenin en kolay yolu bilgilerimizi nasıl kullanacağımızı belirlemek ve bireylere veya topluma zarar vermemektir. Yalnız İngiltere' de 1997 yılında hekimler aleyhine yapılan resmi şikayet sayısı 1997' de 1500 iken 2000' de 4500 sayısına ulaşmıştır. Modern tıp komplike olduğu için sistem hataları da oluşmaktadır. ABD de tıp hataları nedeni ile ölümler toplam ölümlerin içinde 8. sırada yer almaktadır. Bu durumun ülkemizde daha iyi olması beklenmemelidir. Modern tıp bir anlamda kendi başarısının kurbanı olmuştur. Toplumdaki sakatlık oranındaki artışın şu anda fazla olması eskiden ölümcül olan hastalıklar ile yaşama şansının şu anda modern tıp ile mümkün olmasıdır.

ETİK TEMELLERİN ACİL TIPTA ORTAYA ÇIKMA EVRELERİ

Çeşitli nedenlerden dolayı etik kuralları uygulamak çeşitli evreleri içerir. Önce etik problem ortaya çıkar daha sonra aşamalar halinde bir yaklaşım modeli oluşur.

1. İlk aşama, eylemin ya da tutumun anlaşılabilmesi için, ortaya çıkış koşulları, o koşullar çerçevesinde olanaklı öteki seçenekler ve eylemi gerçekleştiren kişinin amaçlarının ele alınmasıdır.
2. İkinci aşama, eylemin amacına ulaşması durumunda,

* Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

† Acil Tıp ve Etik Konuları hakkında İstanbul Tabip Odasına sunulmak üzere aşağıda adı yazılı kurumlar tarafından ortak olarak hazırlanmış rapordan alıntı yapılmıştır.

1. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı
2. Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı
3. Türkiye Acil Tıp Derneği
4. Acil Tıp Uzmanları Derneği

eylemin yöneldiği bireyde/hedefte ortaya çıkan değişiklikler, eylem öncesinde varolmayan ve eylemle edinilen kazanımlar ya da kayıpların gözden geçirilmesi aşamasıdır.

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

Değerlendirmeyi yapanın da insan olduğu göz önüne 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 göz önünde bulundurmalıdır. Düşülebilecek tuzaklardan biri, teknik beceri ve yetkinliğin etik hataları tümüyle ortadan kaldırayabileceği yönündeki yaygın yanılgıdır. En doğru davranışı belirlerken tümüyle sezgilere dayanılması da yeterli olmayacaktır. Etik değerlendirmeler, özellikle nesnelliğin uyumlu bir dengesine dayanmak durumundadır. Bu dengenin 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.

Acil hekimleri sıklıkla etik tartışmaları için yeterli zamana sahip olmayabilirler. Bir nöbet sırasında bırakın etik değerlerle ilgili felsefi kaygıları, tıbbi konular için bile zor zaman olabilir. Acil hekimlerinin kısa zamanda doğru karar vermesi için kardiyak arrest gibi acil tıbbi durumlarda belli kılavuzlar kabul görmüştür. Bu kılavuzlarda yapılması gereken işlemler ve yaklaşımlar net bir şekilde tarif edilmiştir. Her klinik durum farklı ve hızlı karar gerektirir olduğu için klinisyen bu kılavuzları kullanarak vakalara en uygun ve etik yaklaşımı göstermek zorundadır.

Etik karar verirken klinisyen bir çerçeve belirlemek zorundadır. Tıp dinamik bir alandır. Hem insanların bilgi düzeyi sürekli artmakta hem de yeni durumlar sürekli ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda sosyal kuralların da sürekli değişmesi yüzünden eski konulara yeni yaklaşımlar eklenmektedir. Tıbbi hata ve ötanizi gibi konular sürekli medyayı da meşgul etmekte ve hekimler için bir cevap gerektirmektedir. Herkesin de kabul ettiği gibi klinik tecrübenin yeri doldurulamaz. Etik karar vermenin en kolay yollarından biri geç-

mişte elde edilen tecrübelerden faydalanarak o günkü sorunlara çözüm bulmaktır.

Etik kurallardan bahsederken bazı terimlerin net bir açıklaması gerekmektedir:

Otonomi: Hastaların kendi değer yargıları, amaçları ve yaşam planları ile uygun şekilde kendi tedavilerini seçme hakkı vardır. Bu seçim ailenin veya hekimlerin önerilerine ters düşebilir. Seçimler özgür irade ile yapılmalıdır.

Faydalı olma: Her hasta için ona en faydalı tedavi ve girişimler yapılmalıdır. Bu konsept bazen hastaya zarar verme ilkesi ile de ifade edilebilir.

Gizlilik: Hastanın özel hayatına saygı duymak ve hekim ve hasta arasındaki bilgileri özel olarak saklamak ilkesidir.

Gereksiz uygulamadan kaçınma: Hastalara gereksiz tıbbi uygulamalardan kaçınmak gereklidir. Rasyonel esası olmayan girişimlerden kaçınmak gereklidir. Daha önceden yeterli kadar başarılı olmadığı bilinen girişimler uygulanamaz.

Bilgilendirilme: Rasyonel bir girişimden önce hastaya durumu ve işlemlerden önce bilgi verilmelidir. Standart uygulamalar, hastanın anlama yeteneği, istemli davranabilme yeteneği, kompetans ve hasta onayı göz önüne alınması gereken faktörlerdir.

Adalet: Sağlık bakımı ile ilgili dürüst ve adil kaynak kullanımını gereklidir.

Dürüstlük: Hastaya doğruyu söylemek ve dürüst olmak şartını vurgular.

Bu yedi ilke tüm hekimler gibi acil hekimlerinin de uyması gereken esasları içermektedir.

ACİL HEKİMİNİN ETİK GÖREVLERİ

Hekimlere düşen en büyük görev tanı koymaktır. Yanlış olan şeyi bulmak ve niçin yanlış olduğunu bulmak biyomedikal ve davranış bilimleri ile ilgili bilgi birikimi ve içindeki yaşadıkları toplumu anlama becerisi gerektirir. Yalnız bu kararları alırken hekimin çalışma şartlarının da önemi vardır. Acil servis genelde çalışanlar üzerinde yoğun baskı olan bir bölümdür. Kabul edilen hasta sayısı ile beklenen hasta sayıları uygunsuz olabilirler. Acil hekimlerine yönelik bu stresi azaltmanın ve etik tartışmaları kaldırmanın bir çok yolu denenmiştir. Bu yaklaşımlardan biri acil departmanları, gözlem odaları ve hasta muayene odalarının bir hekim gurubu

tarafından birlik halinde yönetilmesini sağlamaktır. Muayene odalarının işlevleri tanı koymak, stabilize etmek, hastayı eve veya diğer servislere göndermek olmalıdır. Bu kabul yerleri esnek ve farklı streslere dayanıklı olarak organize edilmelidirler. Ön saflarda çalışan bu personel iyi eğitilmiş olmalıdır. İlk tanı, tedavi veya bakım planının geliştirilmesi ilk başvuruda hayati önem taşır.

ACİL TIPTA ETİK SORUNLARIN ALTTA YATAN NEDENLERİ

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. Ancak bu arada ikilemler ortaya çıkabilir. Hastanın sırrını saklamak, toplum yararını düşünmek gibi örnekler ortaya çıkabilir. Bu karar 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. Fizik koşullar: Acil servislere halka açık, kalabalık, gürültülü ne yazık ki genellikle mimari olarak uygunsuz dizayn edilmiş yerlerdir ve hastaların fiziksel mahremiyetlerini sağlamada ciddi zaafılar 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.

3. Acil hastaların farklı özellikleri: Acil servislere yaşamı tehdit eder hastalığı olan, kendini ve haklarını koruyamayacak kadar kırılgan ya da zor durumda; kendinde olmayan, tecavüze uğramış, evsiz, kimsesiz, kimliği belirsiz hastaların te-

davi 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, intihar, beklenen ya da beklenmeyen ölümler, resüsitasyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar kimilerince ahlak dışı olarak nitelenebilecek seçim ve tutumlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunları acil tıp pratiğinin içinde yer alır.

4. Yasal belirsizlik: 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 hekime karşı önceden kazanılmış bir güveni yoktur. Bu hızla müdahalesi gereken acil hastanın değerlendirilmesinde zorluklara yol açar.

6. Hasta ile iletişim kurmada yaşanan güçlükler: Acil servise gelen/getirilen hastalar şuurlarını 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 hekimi hasta ile ilgili kararları alırken zorlayabilecek önemli bir unsurdur.

7. Geniş profesyonel etkileşim: 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 servislere adli olguların değerlendirildiği yerlerdir: Her acil servis hekime otomatik olarak biçilen bir adli hekim rolü vardır. Alkollü araç kullanımının belgelenmesi, verilen bir raporla bir kişinin nezarete kalıp kalmayacağına

belirlenmesi, cinsel suçlar, ev içi şiddet, çocuk istismarı, yaşlı istismarının raporlanması gibi sorumluluklar ve zaman içinde yaşanan baskılar acil hekimliği açısından üstesinden gelmesi zor konulardır.

9. Geniş hasta kitlesi: Acil servisler, kendini acil hasta olarak gören ve acil servise başvuran herkese bakma sorumluluğunu taşırlar. Randevusu, parası veya sosyal güvencesi olmadığı için bakılmayan bir hasta acile başvurduğunda en azından muayene edilmeyi beklemektedir.

10. Sahada uygulama: 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. Afet uygulaması: Acil hekimlerinden afetlerde, toplu kazalarda ve zehirlenmelerde aktif görev almaları ve toplumun sağlığını tehdit eden böyle durumlarda bu zararları azaltıcı önlemleri almaları beklenmektedir.

12. Donanım: Acil serviste çalışan hekimler için yaşamı tehdit eder sorunların tedavisini yapabilmeyi 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.

ACİL TIP İLE İLGİLİ ETİK KODLAR

Dış kaynaklar tarafından kod olarak nitelendirilen etik ilkelere bazı önemli temel kurallardan oluşmaktadır. Acil Tıp Etiğinde karşılaşılan uygulamalar bu kodlar ile farklı açılardan çözümlere ulaşmaktadır.

I. Acil Hekimi – Hasta İlişkisi

Hasta yararının önceliği: Ölüm, organ kaybı ve disfonksiyonunun önüne geçebilmek için acil hekiminin hasta yararının önceliği prensibini uygulaması gerekir. Hekim hastasına yakın ilgi göstermeli ve iyi hizmet vermelidir. Acil hekim akut hastalık veya travmada süratle müdahale ederek hastasının acısını dindirmeli, organ kaybı veya disfonksiyonunu önlemeli ve hastanın ölüm tehlikesini ortadan kaldırmaya çalışmalıdır. Bu hedeflerin başarılması için acil hekiminin hasta yararının önceliği prensibini uygulaması gerekir. Bu da hastaya yakın ilgiyle olur.

Hasta kararlarına saygı: Hekimin tercihi hastanın sağlığını gözetmesi yönünde olmalıdır. Acil hekim, karar verme kapasitesine sahip hastaların tedavi seçeneklerini anlamasını,

tedaviden sonra yapılan önerileri onaylamasını ve hastalığı ile ilgili olarak verilen bilgiyi yeterli bulmasını gözetmek zorundadır. Acil servise başvuran erişkin hastaların kendi tedavileri ile ilgili doğru karar verme kapasiteleri, doğaldır ki, acil hekimlerinin hastanın bu kararına uyup uymayacağına belirleyici olacaktır. Hekimin tercihi, hastanın sağlığını gözetmesi yönünde olmalıdır. Acil hekim, doğru karar verme kapasitesine sahip olan hastaların gönüllü olarak tedaviyi kabul etmesini, tedaviden sonra yapılan önerileri onaylamasını ve hastalığı ile ilgili olarak verilen bilgiyi yeterli bulmasını sağlamak zorundadır. Hastalar bağımsız karar alabilmek için doğru ve yeterince bilgilendirilmelidir. Bunu da acil hekimleri yapmalıdır. Acil hekim hastanın tedaviyi ve ilaçların adını öğrenme hakkına da saygılı olmalıdır. Hastaya, tedavisi hakkında güncel bilgiler verilmeli ve diğer tedavi seçenekleri de sunulmalıdır. Hasta tüm bu tedavilerin sonucu hakkında bilgi aldıktan sonra karar vermeli, eğer karar verme yetisi yoksa, hasta yakınlarının onayı alınmalıdır.

Tarafsızlık: Acil hekimleri tüm hastalara eşit davranmalı, farklı kültür, sosyo-ekonomik düzey, ırk, dil, din, cins ayrımı yapmamalıdır. Hiçbir hasta maddi yetersizlik nedeniyle aşağılanmamalı ve hastanın parasal durumu onun acil bakımını etkilememelidir. Maddi durumu bozuk, fakat tıbbi durumu çok acil olmayan hastalarda da acil hekim hastanın tedavisini ücretsiz yaptırabileceği bir merkeze gidebilmesi için yardımcı olmalıdır.

Mahremiyete saygı: Acil hekim güvenilir olmalı, hastanın sırlarını tutmalı, yalan söylememelidir. Hasta sırları ancak kişi ve kuruluşların ciddi zararlar görebileceği durumlarda ya da yasal zorunluluk hallerinde açıklanabilir. Acil hekim tıbbi gereklerden ötürü çıplak olan (örneğin travma hastaları, akıl hastaları vb) hastasını muayene ve tedavi ederken insan onuruna ve mahremiyetine dikkat etmeli ve rektal tuşe, vaginal tuşe gibi muayenelerini mutlaka kapalı bir mekanda ve hemşire eşliğinde yapmalıdır.

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. Zarar vermeme ilkesine göre acil hekim gerekirse kendisini, diğer hekimleri, acilde çalışan hemşire ve personeli de hastadan gelebilecek zararlara karşı korumalıdır. Örneğin; alkollü veya ajite hastaların fiziksel saldırılarından acil çalışanları kendilerini korumalıdır.

II. Acil Hekimi ile Diğer Tıbbi Personel Arasındaki İlişkiler
Acil tıp multi-disipliner bir ekip işidir. Ekibin her üyesinin

dürüstlük, karşılıklı saygı ve anlayış gibi genel etik kurallarına uyması, her şeyden önce hastanın yararına olacaktır.

Diğer Hekimlerle İlişkiler: 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 hazırlamalıdır.

Yetersiz ve yeteneksiz hekimler: Zarar vermeme ilkesi, yetersiz, yeteneksiz hekimlerden hastanın korunmasını da içerir. Uyuşturucu, alkol ve psikiyatrik nedenlerle davranış bozukluğu gösteren meslektaşlarını da yetkili yerlere bildirmek zorundadır. 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 komisyon tarafından belirlenmelidir. Acil hekimleri bu kurallara uymalı ve deneysel çalışmalarda da 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 hekim 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:

1. Acil tıbbi bakımın sağlanması temel bir haktır.
2. Hastane içi ve dışında hastaların kaynaklara ulaşımıyla

ilgilenmelidir.

3. Kaliteden ödün vermeden ülke kaynaklarının kullanımında bedel-etkinliğe önem vermelidir.
4. Hastane dışında ve afetlerde acil hekiminin görevi önemlidir.
5. Acil hekimleri toplumun genel sağlığını korumak için çaba göstermelidir.

IV- Acil Hekimi ve Tıbbi Hata Yönetimi

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.

SON SÖZ

Hekimlerin acil servislerde etik kurallara uygun olarak çalışmaları aslında Tıp eğitiminin bir parçası olan Deontoloji bilimi ile paralellik göstermektedir. Genel ahlaki ve vicdani kurallara uygun çalışma her hekim etik kurallara da uygun davranıyor olacaktır. Yüzyıllardan beri bilinen bir ilke olan "önce hastaya zarar verme" uyarısı belki de durumu en esaslı özetleyen cümledir.

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, Çalırkoğlu 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-yaritim.uludag.edu.tr/acil8.html>
6. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL ve ark. From Hippocrates to HIPAA: Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine- Part I: Conceptual, Moral and Legal Fo-

- undations (Concepts). *Ann Emerg Med.* 2005;45:53-59.
7. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL ve ark. From Hippocrates to HIPAA: Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine- Part II: Challenges in the Emergency Department (Concepts). *Ann Emerg Med* 2005; 45: 60-67.
 8. Larkin GL, Binder L, Houry D ve ark. Defining and evaluating professionalism: a core competency for graduate emergency medicine education. *Acad Emerg Med.* 2002;9(11):1249-56.
 9. American College of Emergency Physicians. Code of ethics for emergency physicians. *Ann Emerg Med.* 1997; 30:365-372.
 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, Gelderman JM, Hobgood CD ve ark. Emergency Physicians and Disclosure of Medical Errors. *Ann Emerg Med.* 2006;48:523-531.
 12. Cowan EA, Calderon Y, Gennis P ve ark. Spanish and English video-assisted informed consent for intravenous contrast administration in the emergency department:a randomized controlled trial. *Ann Emerg Med.* 2007;49(2):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(3):282-284.
 14. Adams J, Schmidt T, Sanders A ve ark. Professionalism in emergency medicine. SAEM Ethics Committee. Society for Academic Emergency Medicine. *Acad Emerg.Med.*1998;5(12):1193-1199.
 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 Nov;20(4):887-911.
 18. Khaliq AA, Dimassi H, Huang CY ve ark.. Disciplinary action against physicians: who is likely to get disciplined? *Am J Med.* 2005;118(7):773-7.
 19. Gisondi MA, Smith-Coggins R, Harter PM ve ark. Assessment of resident professionalism using high-fidelity simulation of ethical dilemmas. *Acad Emerg Med.* 2004;11(9):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(7):742-747.
 21. Erdemir AD: Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. Güneş ve Nobel Yayınları, Bursa 1996.