

Hekimin takdir yetkisi: Nereye kadar?

Prof. Dr. Osman E. Hayran



İzmir Maarif Koleji, Ankara Fen Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdikten sonra aynı üniversitede Halk Sağlığı ihtisası yaptı. Zorunlu hizmetini Kocaeli Sağlık Müdürlüğü'nde tamamladı. 1988 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına geçti ve aynı yıl Halk Sağlığı Doçenti, 1994 yılında da Profesör oldu. Bir süre Dünya Sağlık Örgütü'nünce Ankara'da oluşturulan Sağlık Politikaları Proje Ofisinin Direktörlüğünü yaptıktan sonra 1995 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi'ni kurmak üzere Dekan olarak görevlendirildi. Dekanlık görevini 2006 yılına kadar sürdüren ve 2008 yılında Yeditepe Üniversitesine geçen Hayran, Yeditepe Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı ve Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı olarak görev yaptı. Hayran, halen Medipol Üniversitesi Öğretim Üyesi olarak görevini sürdürmektedir.

Yıllar önce bir Anadolu kentinin devlet hastanesinde, nöbetçi olduğu gecelerde gördüğü bazı hastalara kolostomi yapan ve daha sonra bunları muayenehanesine davet eden bir cerrahın soruşturması sırasında *"Bu şehirdeki cerrahlar neredeyse herkesin apendiksini, safra kesesini almış, ben birkaç kişiye kolostomi yapmışım o mu göze batıyor?"* şeklindeki gayri resmi savunma, bana çok çarpıcı gelmişti. Sağlık sektörü içerisinde yıllarım geçtikçe bu tür rasyonalizasyonlara ve hekimlik mesleğindeki gücün kontrolsüz kullanımına ne yazık ki alışmak zorunda kaldım.

Dünyanın en eski mesleklerinden biri olan hekimliğin mesleki özerklik ve takdir yetkisi şeklinde özetlenebilecek olan güç alanı, tıpkı diğer eski meslekler olan askerlik ve yargıcılıkta da olduğu gibi çok gelişmiştir. Bu anlamda, siyasi literatürümüzde hala güncelliğini koruyan askeri vesayet, yargı vesayeti kavramlarının sağlık sektöründe bulunduğu karşılığın "hekim vesayeti" olduğunu söylemek mümkündür. Dünyanın en uzun eğitiminden geçtikten sonra ölüm ile yaşam sınırında uğraş veren hekim adeta yarı-tanrı konumuna getiren bu gücün kontrolü için tarih boyunca çeşitli mekanizmaların geliştirildiği görülmektedir.

Hekimliğin temelini oluşturan *"Önce zarar vermeyeceksin!"* ilkesi doğrultusunda, her dönemde ve her toplumda, çeşitli hukuki ve etik düzenlemeler yapılarak tıbbi uygulamalar denetlenmeye ve bir sınır içinde tutulmaya çalışılmıştır. Ancak gene hekimliğin bir başka önemli ilkesi olan *"Tıpta hastalık yoktur; hasta vardır!"* doğrultusunda bu sınırlar sürekli zorlanmış ve çok sık ihlal edilmiştir. Bu sınırların zorlanması bazen yukarıda verdiğim örnekte olduğu gibi kazanç hırsından, bazen farkında olmadan, bazen de bilgisizlikten kaynaklanmaktadır. Hekimlerin takdir yetkisinin ulaşabileceği boyutları göstermesi açısından yıllar önce ABD'de yapılmış bir araştırma kilometre taşı niteliğindedir.

New York'ta devlet okullarında okuyan 11 yaşındaki bin öğrencinin sağlık taramasından geçirilmesi sırasında %61'inin tonsillerinin daha önce alındığı görülmüş, geriye kalan öğrencileri muayene eden okul hekimleri bunların %45'inin tonsillektomi olması gerektiğine karar vermiştir. Bu hekimlerin sağlıklı bulunduğu öğrenciler bir başka hekim grubuna gönderildiğinde bunların da %46'sının tonsillektomi olması gerektiği söylenmiştir. İki muayenede de sağlıklı bulunan öğrenciler üçüncü bir hekim grubuna gönderilmiş, bunların da %44'üne tonsillektomi önerilmiştir.

Sonuç olarak, 1000 öğrenci arasında tonsillektomi kararı verilmeyen öğrenci sayısının sadece 65 olduğu saptanmıştır. Başka bir deyişle sağlık taramasından geçirilen öğrencilerin % 93,5'ine tonsillektomi yapılmış ya da önerilmiştir.⁽¹⁾ Bu çalışmadaki durum, hekimlerin tonsillektomi kararı verme konusundaki takdir yetkilerini, endikasyona özen göstermeksizin sınırsızca kullanmalarının bir sonucu olarak yorumlanmıştır. Sunucu tarafından oluşturulan talebin tipik bir örneği olan bu yaklaşım, tonsillektomi işleminin zamanla normal karşılanmasına hatta bir süre sonra endikasyonlar arasına "koruyucu amaçla da tonsillektomi yapılması" kılıfının eklenmesi ile yapılan ameliyatların bilimsel gerçeklerle açıklanması zor boyutlara ulaşmasına neden olmaktadır. Ülkemizde bir dönem çok yaygın olan "selektif apendektomi", hastane doğumlarında %70'lere ulaşan "sezaryen" ameliyatları, başka bir dönemde adeta bir salgın haline gelen koroner by-pass, prostat ameliyatları bu tür uygulamaların tipik örnekleridir.

Sağlık hizmeti sunucularının iyi kulanılmayan takdir yetkilerinin sonucu olan "aşırı" ve gerekli olmayan türdeki hizmetler, sağlık sistemleri açısından en az "yetersiz" veya "hatalı" hizmetler kadar ciddi sorundur. Etkin ve kaliteli sağlık hizmetinden söz edebilmek için *sunulan*

hizmetin aşırı, yetersiz veya hatalı olması gerekir. Sağlık sistemleri ve sağlık politikalarından söz edilirken genellikle üzerinde durulan konular, hizmetlerin yeterli olup olmadığı, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşım ulaşılamadığı ve hizmetlerden duyulan memnuniyet konularıdır. Oysa sağlık hizmetlerinin aşırı sunulması da en az yetersizliği kadar önem taşımaktadır. Yetersiz sağlık hizmeti, büyük ölçüde hizmeti alanların içinde bulunduğu koşullar ve hizmet sunucuların olanakları ile ilgili iken; aşırı hizmet, neredeyse tamamen hizmeti sunanların anlayışı ve takdir yetkisi ile ilgilidir. Bu durumun boyutlarına ve önemine geçmeden önce, sağlık hizmetlerinin bazı özelliklerine ve sunanlarla alanlar arasındaki ilişki dinamiklerine kısaca değinmek gerekir.

Sağlık hizmetlerinin ekonomik özellikleri

Temel insan hakları arasında yer alan ve talep edilmediği durumlarda bile sunulması gerekli olan bazı sağlık hizmetlerinin tamamen piyasa koşullarına bırakılması mümkün olamamaktadır. Piyasaya bırakılan sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ise hizmeti alanlar ile sunanlar arasındaki bilgi asimetrisinden kaynaklanan nedenlerle; hizmetlerin türü, kapsamı, verilmiş şekli ve zamanı konusunda sunucuların her zaman bir üstünlüğü bulunmakta ve bunun doğal sonucu olarak *“sunucu tarafından oluşturulan talep”* riski ortaya çıkmaktadır. Örneğin göğüs ağrısı olan bir kişinin kalp ameliyatı talebi olmasa bile hekimin koyacağı teşhis ile bu talep oluşabilmekte, üstelik ertelenemez bir talep olarak gündeme gelebilmektedir. Bu tür taleplerin gerçek ihtiyaçlardan kaynaklanıp kaynaklanmadığının bir önemi yoktur ve talep oluşturmak büyük ölçüde sunucuların elindedir.

Sunucuların takdir yetkilerinden kaynaklanan bu üstünlüklerini kontrol etmek, sakıncalarını ve kötüye kullanımları önlemek amacıyla çeşitli yol ve yöntemler geliştirilmiştir. Örneğin tüm hastalık tanıları uluslararası bir uzlaşma ile sınıflandırılarak (ICD-10) listelenmiş ve her sunucunun dilediği gibi tanı koyma yetkisinin denetlenmesi sağlanmış; bazı ülkelerde Tanı İlişkili Gruplar (TİG) ve benzeri (DRG, HRG) uygulamalarla hastalıkların tanı ve tedavileri sırasında yapılması gerekenlerin sınırları belirlenmiştir. Uzman grupların görüş birliği ile hastalık tanı-tedavi rehberleri ve protokolleri hazırlanmış, hastaya zarar vermeden doğru işlerin nasıl yapılması gerektiğine ilişkin süreçler ve işlemler tanımlanmıştır. Hizmeti alanlar ile sunanlar arasındaki para alışverişinin üçüncü taraflara -devlet, sigorta- devredilmesi ile yapılanların gerekliliği ve yukarıda



sayılan düzenlemelere uygunluğunun denetimi sağlanmaya çalışılmış; bu şekilde hem maliyetlerin kontrol edilebilmesi, hem de gereksiz hizmetlerin önlenmesi amaçlanmıştır. Ancak bu durumda da hizmeti alan kişinin, güvence altında olan sağlık hizmetlerini kullanma konusunda artan bir savurganlığı ile sağlığını koruma konusunda özensizliği şeklinde kendini gösteren *“ahlaki tehlike”* sorunları ortaya çıkmıştır.

Yapılan tüm düzenlemelerin ağırlıklı olarak maliyet kontrolünü amaçladığı, sunucu hatalarını azaltma amaçlı düzenlemelerin bile oluşabilecek tazminat sorunlarının önüne geçme kaygılarından kaynaklandığı dikkati çekmektedir. Oysa sağlık hizmetlerindeki *“sunucu tarafından oluşturulan talep”* ve *“ahlaki tehlike”* sorunlarını diğer sektörlerden daha önemli yapan özellikleri ekonomik olmaktan çok, doğrudan doğruya insan hayatının kalitesini ilgilendiriyor olmaları ve hizmet sunucuların, özellikle de hekimlerin neredeyse başka hiç bir meslekte görülmedik şekilde geniş olan *takdir yetkileri ve mesleki özerklikleri* ile yakından ilişkili olmalarıdır.

“Açıklanması zor farklılıklar”

Yukarıda sayılan özellikler ve dinamikler nedeniyle, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı

olarak piyasa ekonomisi anlayışına göre sunulduğu ülkelerde, hizmet maliyetleri ve hasta güvenliği sorunları hızla artmaktadır. Yapılan araştırmalar, “benzer durumlarda farklı hizmet sunumu” şeklinde ortaya çıkan ve “açıklanması zor farklılıklar” olarak adlandırılan yaygın bir sorunun varlığını göstermektedir. Yetmişli yıllarda ABD’de Vermont’ta 13 sağlık bölgesinde yapılan bir araştırmada, bölgeler arasında hastaneye yatış oranları açısından 2-3 kat, cerrahi işlemler açısından ise 10 kat farklılık olduğunun saptanması üzerine,⁽²⁾ sağlık hizmetlerindeki farklılıkları ülke çapında belirlemek ve izlemek amacıyla çalışmalar yürütülmüş ve tıbbi uygulamalardaki açıklanması zor, çarpıcı farklılıkları ayrıntılı olarak gösteren Dartmouth Atlas hazırlanmıştır. Bu çalışma sırasında, bir bölgede yapılan nüfus başına koroner by-pass ameliyat miktarının başka bir bölgedekinin üç katı olduğu; bir bölgedeki kişi başına düşen sağlık harcamasının, nüfusun yaş, cinsiyet ve ırk özelliklerine göre standardize edilmesinden sonra bile başka bir bölgeden iki kat daha fazla olduğu görülmüş ve asıl önemlisi bu farklılıkların toplumdaki erken ölümlerin engellenmesine, beklenen yaşam süresinin uzamasına herhangi bir katkıda bulunmadığı saptanmıştır.⁽³⁾

Benzer şekilde İngiltere için 2010 yılında

hazırlanan ve ülke çapındaki hizmet farklılıklarını sunan bir raporda, örneğin, kalça protezine ihtiyacı olanlara yapılan ameliyatlara açısından bölgeler arasında 6 kat farklılık olduğu, benzer farklılıkların epilepsi hastalarının, astım hastalarının, inmesi olanların hastaneye yatış oranları, kanser hastaları için yapılan ortalama tedavi harcamaları gibi çeşitli tanı ve tedavi uygulamaları için de geçerli olduğu vurgulanmıştır.⁽⁴⁾

Yakın zamanda ABD’de yapılan bir çalışmada diz artroplastisi ameliyatlarının üçte birinin uygun olmadığı sonucuna varılmıştır.⁽⁵⁾ Diz artroplastisi konusunda İspanya’da yapılan bir çalışmada, 1997-2010 yılları arasında yapılan 393.714 ameliyatın 17 bölgeye dağılımı incelenmiş, standardize edilmiş artroplastisi hızlarının yüz binde 27 ile 702 arasında değiştiği yani bölgeler arasında 26 kat farklılık gösterdiği saptanmış ve bu farklılığın bilimsel bir açıklamasını yapmak mümkün olamamıştır.⁽⁶⁾ Benzer vakalar-daki tıbbi uygulamalar konusunda ortaya çıkan ve sadece bireysel özellikler ya da hasta tercihleri ile açıklanması mümkün olmayan bu tür farklılıkları gösteren çok sayıda çalışma, sağlık hizmetlerinin bazı durumlarda gereğinden fazla sunulduğunun kanıtı sayılmaktadır.

Bu konuya dikkat çekmek amacıyla ilk kapsamlı çalışmaları yapan J Wennberg’in tanımıyla, “*Tip bilgileri, hastalık özellikleri ve hasta tercihleri ile açıklanamayan tıbbi uygulama farklılıkları*”⁽⁷⁾ anlamına gelen “*açıklanamaz zor farklılıklar*” sağlık sistemleri açısından önemli bir risk unsuru olup sadece kaynakların kötü kullanımına değil ciddi boyutlarda insan hayatına da mal olabilen bir sistem sorunudur. ABD’de Ulusal Kalite Güvence Komitesi tarafından hazırlanan bir rapora göre sağlık sektöründe kanıta dayanmayan uygulamalar nedeniyle her yıl hayatını kaybeden kişi sayısı 57.000’dir. Başka bir deyişle, her hafta en az bin kişi aşırı ya da gereksiz sağlık hizmeti nedeniyle ölmektedir. Bu sayının tıbbi hatalar sonucu kaybedilen hayatlar dışında bir sayı olduğu özellikle vurgulanmaktadır.⁽⁸⁾ Bu farklılıkların azaltılması ile sağlık hizmetlerindeki kalitenin artmasının yanı sıra sağlık harcamalarında %30 oranında azalma sağlanması da mümkün görünmektedir.⁽⁹⁾

Yapılan araştırmalar aynı hastalık için kullanılan tanı ve tedavi yöntemlerinin bölgeler arasında, topluluklar arasında açıklanamaz zor farklılıklar gösterdiğini ve bunun önemli bir sorun olduğunu ortaya koyduğuna göre bu sorun nasıl çözümlenmelidir? Bir hastanın hastalığının tanısı ve tedavisi için gereken en doğru ve en uygun yöntemlerin ne olduğuna nasıl karar verilmelidir? “Doğru” ve “uygun” hizmetin kriterleri nedir? Hizmetlerin ücretini ödeyen sigorta kurumlarının,

hastanın ve hizmeti sunanların bu kararın oluşması sürecindeki rolleri ne olmalıdır? Kaynakların dağılımı her zaman eşit olmadığına göre her hastaya en doğru ve en uygun hizmetin verilmesi mümkün müdür? Kaynakların yeterli ve eşit dağıldığı hallerde, hizmet sunucularının bilgi ve beceri eşitsizliğinden kaynaklanan sorunları, uygulama farklılıklarını önlemenin yolu nedir? Hekimin takdir yetkilerinin ve tıbbi uygulamadaki özgürlüklerinin sınırı nasıl çizilmelidir?

Bu soruların her birine kapsamlı yanıtlar vermek çok sayıda yazının konusu olacağından, üzerinde durduğumuz konu olması nedeniyle son sorunun yanıtı üzerinde durmak gerekecektir. Hekimlerin takdir yetkileri ve mesleki özerkliklerinin sınırlarını belirlemek için çeşitli hukuki, etik, ekonomik düzenlemeler geliştirilmiş olmakla birlikte bunların yeterli olmadığı görülmektedir ve bu sorunun en net yanıtı, sınırların “*sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi ve uygulamaların kanıta dayalı olması*” ile çizilebileceğidir.

Sağlık hizmetlerinin demokratikleşmesi

Sağlık hizmetlerinde demokratikleşme sorunu; hizmet sunucuları arasında “çoğulculuk”, hizmeti sunanlar ile alanlar arasındaki ilişkilerde ise “katılımcılık” eksikliği şeklinde ortaya çıkmaktadır. Özellikle ülkemizdeki sağlık sisteminde tüm hizmetler sunucu odaklı hatta hekim odaklıdır. Hekimlerin, yöneticiler de dahil olmak üzere tüm sağlık meslekleri karşısında tartışılmaz bir baskınlığı söz konusudur. Hatta bu baskınlığın doğal bir sonucu olarak hekim dışındaki tüm sağlık personeline “yardımcı sağlık personeli” denilmesi alışkanlık haline gelmiştir. Sağlık sektöründe hekimlerin baskınlığı nedeniyle ülkemizde olması gereken kiropraktörlük, osteopatik hekimlik, podiatristlik gibi pek çok meslek ne yazık ki ya hiç bulunmamakta ya da klinik eczacılık, optisyenlik, optometristlik, ergoterapistlik gibi kendisine yer açmaya çalışmaktadır. Sağlık mesleklerinde olması gereken çoğulculuğa ek olarak sağlıkla ilgili uygulamalar konusunda da çoğulculuk gerekmektedir. Modern Batı tıbbının ciddiye almadığı hatta yok saydığı, ancak varlığını yüzyıllardır sürdürmekte olan akupunktur, bitkisel ilaçlar, kupa çekme, sülük uygulama gibi geleneksel uygulamalara saygı gösterilmeli ve tıpkı modern tıp uygulamalarında olduğu gibi bunların da hukuki ve etik kurallar çerçevesinde kullanılmalarına olanak sağlanmalıdır. Sosyal medya, internet, google, wikipedia, mobil cihazların kullanımının yaygınlaşması ile sıradan insanların sağlık konusundaki doğru bilgilere ulaşması artık çok kolaylaştığı ve hekimlerin tekelsiz konularını kaybetme-

ye başladığı unutulmamalıdır. Hekimlerin kendilerini ortaya çıkarmakta olan yeni hasta türüne göre konumlandırmaları gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde demokratikleşme sorununun diğer yönü sunucular ile hizmeti alanlar arasındaki ilişkilerde gözlenmektedir. Burada da hekimlerin otoriterliğinden ve ben-merkezliliğinden kaynaklanan sorunlar ön plandadır. Demokrasi kültürü yeterince gelişmemiş toplumlarda ne yazık ki hala makbul olan hekim modeli, az konuşan, hastası ile fazla yüzgöz olmayan, ulaşılmazı güç olan, buyurgan hekim modelidir. Hekimin, katılımcı bir anlayışla hasta ve hasta yakınları ile her türlü bilgiyi paylaşması, karar aşamasında onların tercih ve görüşlerine kulak vermesi, onlara sağlık konusunda tam anlamıyla danışmanlık yapması gerekirken; otoriter ve buyurgan tavırlar takınması ilişkinin niteliğine ters düşmektedir. İşin ilginç yanı, hasta ve yakınlarının önemli bir kısmının da bu tavırlardan adeta memnun olmaları ve pekiştirecek tutumlara sahip olmalarıdır. Oysa bu tür tavırların hiç bir haklı gerekçesi yoktur. Hekimler de tıpkı diğer meslekler gibi verdikleri hizmetler nedeniyle bir ücret almakta, bu yolla geçimlerini sağlayacak kazanç -üstelik gayet iyi bir kazanç- sağlamaktadırlar. Hekimlerin, gerek diğer hizmet sunucularıyla, gerekse de hasta ve yakınları ile olan ilişkilerde sergiledikleri olumsuz tavırların hasta güvenliğini tehdit ettiğini gösteren çok sayıda araştırma olması nedeniyle bazı akreditasyon kurumları, izlenmesi gereken hizmet kriterleri arasında bu tavırlara da yer vermeye başlamıştır.

Uygulamaların kanıta dayalı olması

Sağlık hizmetlerindeki uygulamaların ne derece doğru ve uygun olduğu, dayandıkları kanıtların niteliği ve gücüne bağlıdır. Bu anlamda kanıta dayalı tıp ve kanıta dayalı yönetim kavramları önem kazanmaktadır. “Kanıta dayalı tıp” kavramı ilk kez 1992 yılında kullanılmış ve doksanlı yıllardan itibaren hızla yaygınlaşmıştır.⁽¹⁰⁾ Bu anlayış özet olarak, “*günlük tıp uygulamalarında verilecek her türlü kararın, hastaların beklenti ve değerleri de dikkate alınarak, uzman tecrübeleri ışığında, ama mutlaka geçerli kanıtlara dayandırılması*” demektir.⁽¹¹⁾ Amaç, bir yandan hekimlerin ve sağlık personelinin takdir yetkilerinin sınırlarını bilimsel kanıtlara dayanarak çizmek, diğer yandan da hastaya en çok yararı olacak uygulamaları onun beklentilerini de dikkate alarak gerçekleştirmektir. Bu anlayış, daha önce egemen olan, günlük tıbbi uygulamalardaki kararların ağırlıklı olarak uzman görüşlerine göre verildiği anlayıştan farklı bir yaklaşım

gerektirmektedir. Eski anlayışın yaygın olduğu ortamlarda “kapıdan giren hastanın duruşundan” hatta “dışarıda bekleyen hastanın öksürüğünden” teşhis koyabilen tecrübeli hekimlerden “sans kliniği kuvvetli” şeklinde takdirle söz etmek; yapılan ameliyatlardaki hataları “modifiye ... ameliyatı” notu ile örtbas etmek; güncelliğini yitirmiş, çelişkili bilgileri fark eden öğrencilere “ekol farkı” şeklinde açıklamalar yapmak sık karşılaşılan durumlardır. Kanıtla dayalı tıp kavramı ile birlikte, hekim ve sağlık personelinin geleneksel rolü değişmiş, kanıtla dayanmayan uygulamalar geçerliliğini yitirmeye ve sorgulanmaya başlamıştır.

Kanıtla dayalı tıp uygulamalarında kararlar verilirken mutlaka bilimsel yöntemlerle üretilmiş kanıtlara ihtiyaç vardır. Ancak gene de kanıtlar her şey demek değildir. Uzman görüşleri ve hasta beklentileri de dikkate alınmak zorundadır. Başka bir deyişle bu anlayış hekimlerin takdir yetkisini ve uygulama özgürlüğünü elinden almamakta, bilimsel bulguların, hizmeti alanların beklentileri ve sunanların tecrübeleri ile en uygun noktada buluşmasını amaçlamaktadır. Bu yolla bir yandan hekimlerin geleneksel yarı-tanrı rolleri bir tarafa atılıp yaptıkları uygulamaların kanıtlara dayanması sağlanırken, bir yandan da bilimsel kanıtların yeni tanrılar haline gelmesinin önü kesilmektedir.

Kanıtla dayalı uygulama kavramı kulağa hoş gelmekle birlikte hayata geçirilmesinin ne derece mümkün olabileceği, olabileceği de soru işaretidir. Kanıtla dayalı uygulamalardan söz edebilmek için tüm sağlık hizmetleri sunucularının ve yöneticilerinin kendi alanındaki gelişmeleri yakından izlemesi ve bilgilerini yani kanıtlarını sürekli güncellemesi gerekmektedir. Kanıtlar, genellikle bilimsel yöntemlerle yapılan araştırmalardan elde edilen bilgilerdir. 2013 yılı sonu istatistiklerine göre uluslararası saygınlığı olan 5 bin 640 tıp dergisinde yayımlanan bilimsel makale sayısı 734 bin 52 ve bu tür dergilerde 1965 yılından beri yayımlanmış makale sayısı 20 milyon 695 bin 240’tır.⁽¹²⁾ Her yıl artmakta olan yeni yayın sayısının son beş yıllık ortalaması yılda 700 binden fazladır.

Bu devasa bir bilgi kümesi demektir ve herhangi bir hekimin kendi uzmanlık alanında üretilmiş tüm yayınlara ulaşabilmesini, okuyabilmesini, birbiri ile çelişkili olanları ayıklayarak yorumlayabilmesini ve yeni üretilen bilgilere hakim olabileceğini neredeyse imkansız kılmaktadır. Üstelik yeni yayınlarla birlikte eski bilgilerin bir kısmı geçerliliğini yitirmekte, bir kısmı da düzenli kullanıma fırsatı olmadığı için unutulmaktadır. Sonuç olarak; hekimin, karşısına gelen hasta için güncel bilgiyi, en son kanıtları kullanma olasılığı son

derece düşük kalmaktadır. Tabii bu noktada yapılan yayınların dayandığı bilimsel araştırmaların ne derece bilimsel olduğu, araştırmacıların kendi önyargı ve kabul görme arzularından ne ölçüde arınabildikleri ve en önemlisi kullanılan yöntemlerin ne derece geçerli olduğu da ayrı bir konudur.

Yeni bilgilere ve kanıtlara zamanında ulaşmak, hâkim olmak zor olduğuna göre uygulamaların kanıtla dayalı olması nasıl sağlanacaktır? Bu amaçla yeni bilgileri belirli aralıklarla süzgeçten geçirip özetleyen (sistemik derleme), aynı konuda yapılmış pek çok çalışmanın verisini bir araya getirip yeniden analiz eden (meta-analiz) yöntemler geliştirilmiş ve araştırma-danışma amaçlı merkezler oluşturulmuştur. En eskisi ve yaygın bilineni Cochrane Collaboration olan bu merkezlerin bir kısmı abonelerine, bir kısmı ise her ulaşana en güncel ve güvenilir araştırma sonuçlarını sunmaktadır. Ancak her hekimin ve sağlık personelinin bu kaynaklara ulaşarak kanıt aramasını beklemek de gerçekçi değildir. Bu amaçla uzmanlık kuruluşları ve uluslararası kuruluşlarca hazırlanan tanı-tedavi rehberleri, protokoller bir ölçüde işe yaramaktadır.

Son söz

Hizmet sunucuların takdir yetkileri ile uygulama özgürlüğünün neden olabileceği algıları göstermesi açısından öğrencilik yıllarımda Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yaşanmış bir olayla yazımı tamamlayayım. Hacettepe iddialı bir şekilde kurulup nam saldı 70’li yıllarda akademik anlamda üst düzeyde, ancak sağlık güvencesi olmayanlar için pahalı bir hizmet sunmakta idi. Komplike sorunları olup da güvencesi olmayan hastalar için ise “eğitim vakası” formülü bulunmuştu. Bu şekilde yatırılan hastadan ücret alınmıyor, ancak yatışta yapılan bir anlaşma uyarınca hastanın kendisine tıp ve hemşirelik öğrencileri tarafından hoca gözetiminde yapılacak her işleme rıza göstermesi isteniyordu. İlerlemiş sirozu olan yaşlı bir kadın hasta eğitim vakası olarak yattıktan sonra öğrencilerin yaptığı asit perküzyonu, karaciğer palpasyonu gibi çeşitli muayenelere, kan alma ve enjeksiyon yapma denemelerine günlerce ses çıkarmadan katlanmak zorunda kalmıştı. Belirli aralıklarla yapılan ve o klinikte sorumluluğu olan tüm öğretim elemanı, personel ve öğrencilerin katıldığı “patron viziti” sırasında hasta sorumlu asistan tarafından ayrıntılı bir şekilde sunulmuş, gelen sorular çerçevesinde hastanın durumu tartışılarak değerlendirilmişti. Bölüm başkanı olan hoca yapılan işlerle ilgili olarak hastanın karaciğer sintigrafisinin sonucunu öğrenmek amacıyla, o zamanlar bu tetkikin İngilizcesi olan “scanning”in kısaltılmış

şeklini kullanarak “-Hastamızın ...’i var mıydı?” diye sorması üzerine hasta yerinden fırlamış ve “-Yok! Yattığımdan beri bir tek o kaldı zaten yapılmayan. Onu da yapın, kurtulayım artık” diyerek, aslında öznesi olması gerektiği halde nesnesi olduğu tıbbi uygulamalardaki sınır tanımazlığın neden olabileceği ruh halini herkesin anlayacağı şekilde dile getirmişti.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve mesleklerin saygınlığı, her türlü günlük uygulamadaki kararların demokratik ve bilimsel kanıtlara dayalı şekilde alınması ile yakından ilişkilidir. Meslekleri güçlü yapan şey takdir yetkileri ve güç alanlarının genişliği değil, insani ihtiyaçların karşılanmasına sağladıkları katkıların doğruluğu ve uygunluğudur.

Kaynaklar

- 1) Bakwin H. *The Tonsil-adenoidectomy Enigma. Journal of Pediatrics*, 1958; 53: 339-61.
- 2) Wennberg J, Gittelsohn A. *Small area variations in health care delivery: a population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. Science*, 1973;182:1102-8.
- 3) Wennberg JE, Cooper M. *The Dartmouth Atlas of Health Care. AHA Publishing Inc*, 1998.
- 4) Gray M, DaSilva P (eds.). *The NHS Atlas of Variation in Healthcare: Reducing unwarranted variation to increase value and improve quality. http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/nhs-atlas/2010. (Erişim tarihi: 01.08.2014)*
- 5) Riddle DL, Jiranek WA, Hayes CW. *Using a validated algorithm to judge the appropriateness of total knee arthroplasty in the United States: A multi-center longitudinal cohort study. Arthritis & Rheumatology*, 2014 DOI: 10.1002/art.38685.
- 6) Gómez-Barrena E, Padilla-Eguiluz NG, García-Rey E, Cordero-Ampuero J, García-Cimbrelo E. *Factors influencing regional variability in the rate of total knee arthroplasty. The Knee*, 2014;21: 236-41.
- 7) Wennberg JE. *Tracking Medicine. A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press*. 2010: 4. (tanım kaynağı).
- 8) Sipkoff M. *9 Ways To Reduce Unwarranted Variation. Managed Care* 2003;12(11):20-24. http://www.managedcaremag.com/archives/0311/0311_variation.html (Erişim tarihi: 01.07.2014)
- 9) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. *The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care. Ann Intern Med*. 2003; 138: 273-87.
- 10) Evidence-Based Medicine Working Group. *Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA* 1992; 268(17): 2420-5.
- 11) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ* 1996;312 (7023): 71-2.
- 12) United States National Library of Medicine. *Detailed indexing statistics: 1965-2013. U.S. National Library of Medicine*, 2014. http://www.nlm.nih.gov/bsd/index_stats_comp.html (Erişim tarihi: 01.07.2014)