

Hasta güvenliğine doğan güneş: Kanıta dayalı tıp

Dr. Rabia Kahveci



Kanıta Dayalı Tıp Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Kahveci, Hacettepe Üniversitesi İngilizce Tıp Fakültesi'nden mezun olduktan sonra Ankara ve Roma Katolik Üniversitesi'nde yüksek lisans eğitimini tamamladı. Montreal, Roma Katolik, Barcelona ve Ottawa Üniversitesi'nde çeşitli sertifika programlarını tamamlayan Kahveci, ulusal ve uluslararası birçok kongreye katılmış ve sunumlar yapmıştır. Avrupa'da genç aile hekimleri hareketi olan Vasco da Gama Hareketi'nde 2006 yılında Türkiye temsilcisi de olan Dr Kahveci 2. Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi Genel Sekreteri ve İş Güvenliği Çalışanları Dayanışma Derneği kurucu üyesidir. Kahveci, evli ve bir çocuk annesidir.

Hastanede yatıyor olmanın, her türlü ulaşım aracında olmaktan en az 20 kat daha fazla ölüm riski taşıdığını bilmek ne kadar ürkütücü...

Her hangi bir nedenle hastaneye yattığınızda, günlük yaşamınıza göre yaşamınızı kaybetme riskinizi defalarca katlıyorsunuz ve işin ilginç yanı hastaneye yatış nedeninizin kendisi büyük bir risk oluşturmasa bile durum böyle.

Temelde hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar elbette sistem hatalarıdır. Sağlık profesyonelleri belki bu sistem içinde sadece o an için parmakla gösteri-

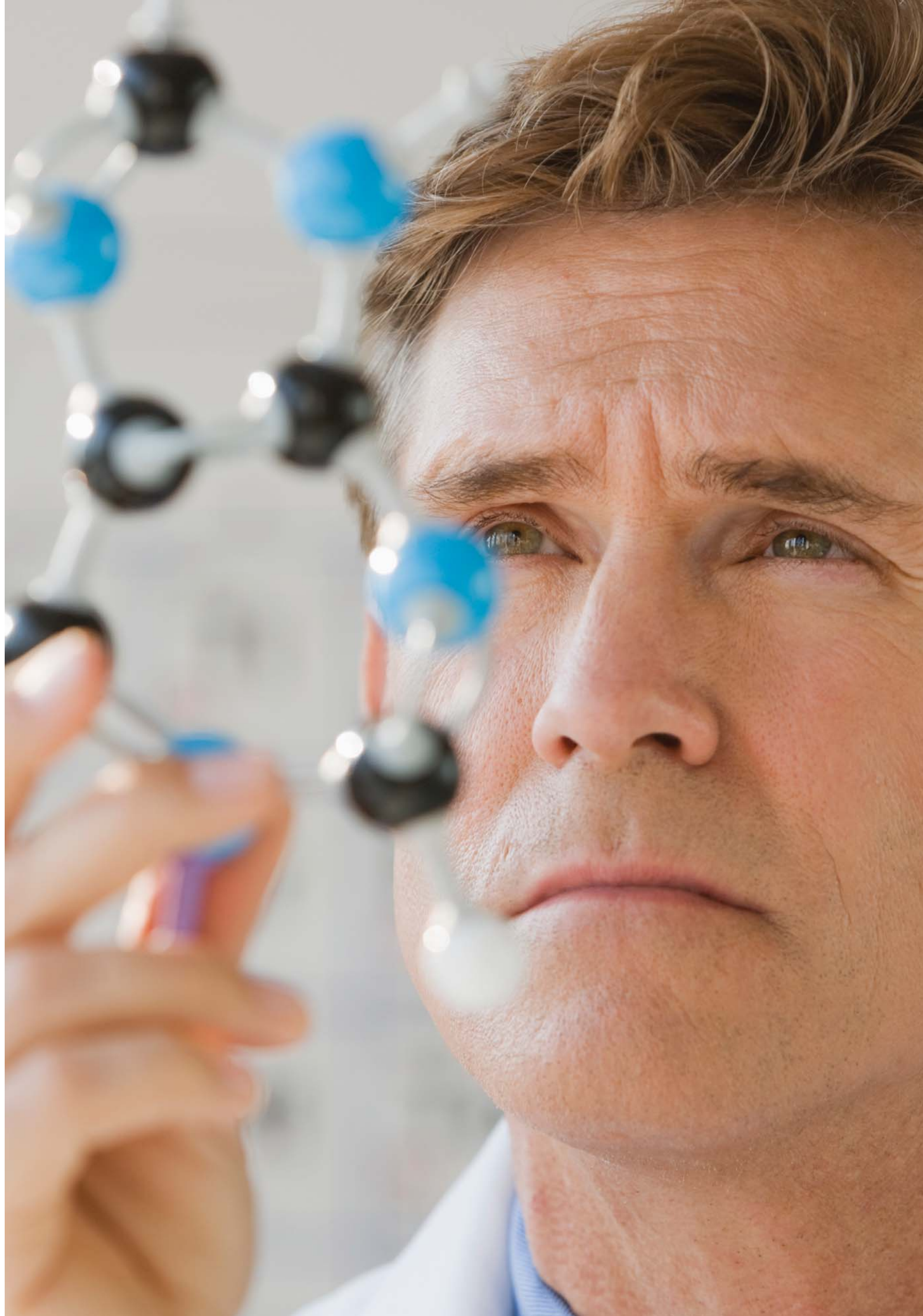
lip suçlanacak 'günah keçileri' konumundadır. Uygulamada bir hata olduğunda dikkatler sağlık profesyonellerine odaklandırılmakta; böylece bir sonraki hataya kadar sistem bu mağdur profesyoneli gündemde tutarak kendini gizleyebilmektedir. Ancak sistem değil midir ki; ona eğitimi veren, görevi veren, yetkiyi veren, ortamı sunan? Ve yine sistem değil midir ki; onu denetlemekle yükümlü olan?

İşte bu kargaşanın içinde yine de hasta ile yüz yüze olan, acısını, sevincini, hastalığını ve sağlığını da paylaşan sağlık profesyonelleridir. Güven duyarak sağlık hizmeti almak üzere başvuran birey, hak ettiği hizmeti almayı ve sağ-

lıklı bir yaşam sürdürme hedefine ulaşmayı planlar. Bu hedefe varma sürecinde sağlık profesyoneli, 'görünen', sistem ise, 'görünmeyen' aslında her şeyin 'özünde yer alan' vasıtasıdır.

Sağlık profesyonellerinin hizmet verme sürecindeki beklentisi, iyi hizmet vererek mesleki tatmini ve toplumsal fayda elde etmektir. Sonuçta kendisi de bir insan olan -ancak bazen bu gerçeğin unutulduğu- hekim, hemşire, sağlık görevlisi ve sağlık profesyonelleri, hastasına uygun olan en doğru tedavi yaklaşımında bulunarak hem onun beklentisi olan sağlıklı bir yaşama kavuşmasını sağlar; hem de doğru işi, doğru şekilde ve kusursuz ya da daha doğru bir ta-







birle hasta güvenliğini tehdit etmeden yapma keyfini yaşar ve mesleki anlamda tatmin olur. İşte bu keyifli yolculukta sağlık profesyoneli için en güzel vasıta Kanıta Dayalı Tıp'tır.

Kanıta Dayalı Tıp (KDT) hasta bakımı ile ilgili alınan kararlarda mevcut en iyi kanıtların dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımınıdır (1). Klinik tecrübe, sistematik araştırma ile elde edilen mevcut en iyi kanıtlar ve hasta değer ve beklentilerinin entegrasyonudur. Hasta koşulları ve tercihleri ile en iyi kanıtların birleşmesi, klinisyen kararlarının kalitesini geliştirmek üzere uygulanır (2, 3). Sonuç olarak KDT, eleştirilere uğradığı yönü ile kuru kuruya literatürün kullanıldığı bir hasta bakım süreci değildir. Kanıta dayalı tıp, bilimsel veriler ışığında, bunlardan yararlanarak hasta ve sistem dinamikleri için en doğru, en uygun kararı alabilmektir.

Sağlık bakımı daha karmaşık ve daha pahalı oldukça ve hasta beklentileri arttıkça, bir medikal tedavinin seçimini haklı çıkaracak kanıtları bulmak da günden güne daha çok önem arz etmektedir. Günümüzde sağlık bakım uygulamalarının kanıta dayalı olmadığı, uygulamalarda farklılıkların yaşandığı, sonuçlarla ilgili güvenilirliği tartışmalı ve yetersiz veri bulunabildiği, tedaviye ulaşımında eşitsizlik olduğu ve kanıt dayanağının eksikliği zaman zaman göze çarpmaktadır. Optimal sonuç elde etmek, klinik uygulamalarındaki farklılıkları azaltmak, daha kaliteli hizmet verebilmek ve etkin ve maliyet etkin bir sağlık hizmet kültürünü teşvik etmek için Kanıta Dayalı Tıbbi (KDT) gereksinim vardır (4).

KDT, geleneksel otoriteye dayalı klinik uygulamaların yerini alacak gibi görünmektedir. KDT'ın klinik özgürlüğe kabul edilebilir olmanın ötesinde 'zaruri' bir kısıtlama getirdiği gerçeği unutulmamalıdır. Günümüzde sağlık profesyoneli için kaynak yönetimi ile ilgili yeni bir rol gelişmektedir. Sağlık bakımının maliyetinin giderek arttığı bir ortamda kli-

nisyen, hastasıyla işbirliği içerisinde sağlık sunumu ve kaynak kullanımı konusunda öncelikleri saptayabilecek eşsiz bir konumdadır. Hekimlerin yalnızca kendilerinin değil meslektaşlarının da maliyet-etkin uygulamalarını artırma konusundaki rollerinin farkında olmaları gerekir. Birey olarak hastanın istek ve gereksinimleri ile bir bütün olarak toplumun gereksinimleri arasında bir çatışma söz konusu olabilir. Hekim bunun farkında olmalı; ikisi arasında uygun bir denge sağlayabilmeli ve bunu hastaya anlatmalıdır (5).

Kökleri klinik epidemiyolojiye dayanan KDT, hem her bir birey hem de toplum için alınan klinik kararlarda rehber görevi üstlenir. KDT süreci, bilgi hâkimiyeti ile de güçlenerek günümüzde daha da çok kabul görmekte ve uygulanmaktadır. KDT, eğitim ve klinik uygulamalarda temel unsur olmalıdır (6).

Daha spesifik bir anlatımla, kanıtların viral enfeksiyon lehine olduğu ve antibiyotik önerilmesi gerekmeyen durumlarda hastaya antibiyotik başlanması hastanın gereksiz yere yan etkilere maruz kalmasına ve antibiyotik direncinin artırılmasına neden olmaktadır. Bu durum hasta güvenliğini tehdit ederken maliyetleri de gereksiz yere artırır, başka bir alana yapılabilecek bir yatırımın boş yere heba olması ile sonuçlanır.

Öte yandan kanıtların enfeksiyon önemi amaçlı -örneğin cerrahi öncesi- antibiyotik kullanımı lehine olduğu durumlar da olabilir. Bu gibi durumlarda antibiyotik kullanmamak ise hastane enfeksiyonlarını arttırabilir, hastalığa yakalanma ve can kaybı artışı ile sonuçlanabilir. Bu şekilde hem hasta güvenliği tehdit edilmekte, hem de eklenen enfeksiyonların tedavi maliyetleri nedeniyle kaynaklar gereksiz yere harcanmış olmaktadır. Yanlış uygulamalar, sağlıkta gelişime daha büyük katkı sağlayacak yatırımlara, belirli bütçeden finansman ayrılmasının da önünü kapatacaktır.

KDT uygulamaları aslında iç içe geç-

miş kabul edilebilecek iki ana başlık altında incelenebilir: Kanıta dayalı klinik tıp ve kanıta dayalı sağlık politikası. Ancak sağlık politikası belirleyicilerinin bizzat kendilerinin her zaman klinikte olmadıkları ve her klinisyenin de genel sağlık politikası belirlemede rolü bulunmadığı düşünülürse iki grubu ayrı ayrı incelemek faydalı olabilir.

Tıbbi müdahalelerin yalnızca yüzde 15'inin kanıta dayalı olduğu tespit edilmiştir ve kanıtlara ulaşmak için klinisyenlerin önünde Medline'da yer alan 4 bin tıbbi derginin yanı sıra Medline dışı dergilerle birlikte 20 bin'in üzerinde dergi bulunmaktadır. Ayrıca yayınların da sadece yüzde 1'inin bilimsel özenli sonuç veren yayınlar olduğu tespit edilmiştir. Klinisyen bu bilgi yoğunluğunun içinden klinik kararlarını dayandırabileceği güvenilir verileri ayıklamak zorundadır. Çok dar klinik alanlarda dahi hekimler ve politika belirleyiciler için primer araştırmaları okuyarak güncelliği yakalayabilmek artık mümkün değildir.

Doktorlar KDT araçlarını kullanmanın ötesinde yetenekli, bilgili, akılcı ve istekli de olmak zorundadırlar. Ayrıca hastaların kendi çevresel faktörlerinde olabilecek taleplerine de saygı duymaları gerekmektedir. Ancak bu özelliklerin hepsi bir arada gerçekleşebilirse ideal bir kanıta dayalı sağlık yaklaşımının oluşabilmesi mümkündür (7, 8).

Dünyanın her yerinde sağlık sistemlerinde sunulabilecek hizmetlerle halkın beklentileri arasındaki açık gittikçe büyümektedir. Her yıl, hastalar için teorik olarak yapılabilecek olanlar, sistemlerin pratikte yapabildiklerini fazlasıyla aşmaktadır (9). Kaynakların sınırlılığı, buna karşın halkın beklentilerindeki artış, sağlık politikacılarını ne yapabilecekleri konusunda düşünceye sevk etmekte, birçok hükümet bu soruna harcamaları kısıtlayarak cevap vermektedir (10). Çoğu ülkede sağlık politikasında ana yaklaşım bu olurken tıp profesyonelleri, uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesine ihtiyaç olduğunu vurgulamışlardır.

Tıp mesleği, eğer sağlık harcamaları kontrol altına alınacaksa etkin yöntemlere öncelik tanınmasını kabul etmiştir. Klinik çalışmalarla etkin oldukları ve hatta tehlikeli oldukları gösterildiği halde, yıllar sonra bile, bu uygunsuz tedavilerin sürdürülüyor olması dünya genelinde, kanıtların tıbbi uygulamalara sistematik aktarımı olan, KDT akımını arttırmıştır (9). Sağlık alanındaki müdahale araçlarının klinik etkinliğini belirlemek, toplumun sınırlı kaynaklarını tanısal, tedavi edici veya rehabilitasyona yönelik yatırımlara dönüştürmek için gerekli, ancak yeterli olmayan bir durumdur.

Gerçek şu ki, talep fazla ancak arz yetersizdir. Karar alıcı organlar, kıt kaynakları toplum sağlığına daha verimli yatırım yapmak için isabetli kullanmak durumundadırlar ve bu aşamada onlar için sadece neyin işe yaradığı yani klinik etkinlik değil, ama bu işe yarayanın nasıl daha az maliyetli olabileceği veya neyin daha maliyet etkin olduğudur.

Birçok politika belirleyicinin hâlâ anlaması gereken bir gerçek ise, bilgi edinmek ve bu bilgiyi yaymak maliyetlidir. Ancak cehaletin ve halka daha kötü sağlık hizmeti götürmenin bedeli de çok ağırdır (9). Sağlık politikasında kanıtların kullanılması ve maliyet etkinlik hesaplarının politikaya entegrasyonu için en önemli araçlardan biri Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (Health Technology Assessment) kısaca STD'dir.

Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD), ilk kez 1976'da kavramlaşmasına karşın son 10 yılda, özellikle de Batı Avrupa'da belirgin gelişme kaydetmiştir (11). STD, artan harcamalar, kaliteye ilişkin tereddütler ve sağlık teknolojilerinin etkinliği ve kullanışlılığı gibi bir takım konulara yönelik, bir çeşit yönetsel araştırma olarak gelişmiştir (12). STD karar organlarına, bir sağlık teknolojisinin tüm etkilerine yönelik, güvenilir ve bilimsel olarak ispat edilebilir bulgular sağlamaktadır (13).

Sağlık Teknolojisi 'Sağlık alanında kullanılan ilaç, cihaz, tıbbi veya cerrahi teknikler ve bu hizmetlerin verildiği kurumsal veya destek sistemler' olarak tanımlanır (14).

STD'nin temeli bir teknolojinin etkinliği, güvenilirliği ve maliyeti ile ilgili araştırma sonuçlarını sistematik olarak derlemektir. Genelde, belli bir cihaza veya yönetime odaklanır (12). STD'yi basitçe 'daha fazla araştırmak' şeklinde tanımlamak yanlış olur. STD politika yönelimlidir, hedefi politik kararlara bilimsel destek sağlamaktır. Aynı zamanda, araştırmalarla, klinik kararlar ve özellikle de politik kararlar arasında köprü vazifesi görmektedir (15).

Artan talep, teknolojik gelişmeler, malpraktis yasaları, bilgi ve bilgi kaynaklarının hızla artışı hekimleri KDT'ye yönlendirmekte ancak beraberinde hekimlere KDT uygulamaları için beceri edinme yükünü de getirmektedir. KDT yaşam boyu öğrenimin önemini vurgulamaktadır.

Bir çok hükümet KDT'yi teşvik etmektedir çünkü etkin tedavi yöntemlerini belirleyerek daha maliyet etkin bir sağlık sistemi oluşturulabileceğini çoğu görmüştür. Ayrıca hukuki kararlarda da klinik kararların kanıtlara ve mevcut kanıta ve rehberlere dayalı olup olmadığı sorgulanmaktadır. Hastaların daha bi-

linçli olması da hekimleri daha çok araştırmaya teşvik etmektedir. Hekimler hem daha kaliteli hizmet verebilmek için, hem de bilgiye rahat ulaşabilmek için çeşitli veri tabanlarına erişebilmek durumundadır (16). Hekim bir hastayı değerlendirirken hızla ve uygun bir şekilde klinik sorusunu oluşturmak, bu sorunun cevabını kanıtlarda aramak, bu kanıtları eleştirel değerlendirmek ve edindiği bu bilgiyi klinikte hasta uygulamalarına yansıtmak durumundadır (17). Kanıta dayalı tıp uygulaması yapacak hekimin bu becerileri mesleki bilgi birikimi ve klinik tecrübeleriyle gelişen yargı yetenekleriyle de birleştirmeleri gerekmektedir (18).

Yıllardır daha sağlıklı bir toplum için yapılan müdahalelerin bir kısmının aslında tıbbi hatalar içerdiği ve bu hataların her gün tekrar ederek toplum sağlığını riske attığı bir gerçektir. Ancak bu gerçek şimdiye dek karanlıkta kalmış, yerine göre inkâr edilmiştir. Artık hasta güvenliği konusunun gün yüzüne çıkması ve tartışılmasının zamanıdır. Tartışmamak veya üzerini örtmek sadece her geçen gün istenmeden gerçekleşen hatalar ve ölümlerle bilançolaşmaktadır.

Hasta güvenliğini aydınlatacak güneş Kanıta Dayalı Tıp uygulamalarıdır. Kanıta Dayalı Tıp ve Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi hasta bakım standartlarını tanımlamaktadırlar. Tanımlanan standartlara uyum ise, sağlık profesyoneli için mesleki başarı ve güven; toplum için güvenli bir hasta bakım ortamı ile sağlıklı toplum; yönetim için ise maliyet etkin başarılı sağlık hizmeti sunma olanağı sağlayacaktır. Işıl ışıl, sağlık güneşinin doğması, aydınlatması ve içimizi ısıtması dileğiyle...

Kaynaklar

1. Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
2. McKibbin KA, et al. (1995). The medical literature as a resource for evidence-based care. *Working Paper from the Health Information Resources Unit, McMaster University, Ontario, Canada*.
3. Gambrill E. Evidence-based clinical practice, (corrected) evidence-based medicine and the Cochrane collaboration. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1999 Mar; 30(1): 1-14.
4. Kitchener H. Evidence-based medicine applied to cervical cancer. *Virus Res*. 2002 Nov; 89(2): 175-81.
5. The European Definition of General Practice/Family Medicine WONCA Europe 2005 Edition (erişim: Nisan 2007'de, www.woncaeurope.org)
6. Geyman JP, et al. What does family practice need to do next? A cross-generational view. *Fam Med*. 2001 Apr; 33(4): 259-67
7. Kitchener H. Evidence-based medicine applied to cervical cancer. *Virus Res*. 2002 Nov; 89(2): 175-81.



8. Grimshaw JM, et al. Knowledge for knowledge translation: the role of the Cochrane Collaboration. *J Contin Educ Health Prof*. 2006 Winter; 26(1): 55-62.

9. Editorial. Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges.

Health Policy 63 (2003) 117-120.

10. Mossialos E, Le Grand J. *Health Care and cost containment in the European Union*. Aldershot, UK: Ashgate, 1999.

11. Office of Technology Assessment. *Development of medical technology: opportunities for assessment*. Washington DC: U.S. Government printing Office, 1976.

12. Leys M. Health Technology Assessment: The contribution of qualitative research. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 19:2 (2003), 317-329.

13. EUR-ASSESS. Special issue. *Int J Health Care Technol Assess*. 199

14. Banta D. The development of health technology assessment. *Health Policy* 63 (2003) 121-132

15. Battista RN. Towards a paradigm for technology assessment. In: *The scientific basis of health services* (Peckham M & Smith R, editors). London: BMJ Publishing group, 1996, pp. 11-18.

16. Glanville J, et al. Getting research into practice. Finding information of clinical effectiveness. *BMJ* 1998; 317: 200-3.

17. Sackett DL, Haynes RB. On the need for EBM. *Evidence-based Med* 1995; 1:1.

18. McQueen MJ. Overview of Evidence-based Medicine: Challenges for Evidence-based Laboratory Medicine *Clinical Chemistry* 47:8 1536-1546 (2001)