



T.C
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TEZSİZ YÜKSEK LİSANS BİTİRME PROJESİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE TIBBİ
UYGULAMA HATALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Uz. Dr. HÜLYA KIMIL

YL130097

SAĞLIK HUKUKU TEZSİZ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. PERVİN SOMER

İSTANBUL

2016

ÖNSÖZ

Hekimlik kutsal olan meslek ve sanatların başında gelmektedir. Her hekim sanatını en iyi şekilde icra etmek zorundadır. Bunu yaparken de tıp mesleğinin belirlediği etik kuralların ve kanunların belirlediği sorumlulukları mevcuttur. Her alandan olduğu gibi tıbbi uygulamalarda istemeden de olsa hata yapmak kaçınılmazdır. Tıbbi uygulama hataları (malpraktis), son yıllarda toplum duyarlılığının artması, sağlık hukukuna hukukçuların ilgisinin artması, yeni Türk Ceza Kanunu (TCK)'nun 2014 yılında yürürlüğe girmesi ve medyanın da etkisi ile de daha dikkat çekici bir hale gelmiştir.

Özellikle hasta sayısının fazla olduğu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Pediatri) Kliniklerinde, tıbbi uygulama hataları ve bunlarla ilgili açılan davalarda göze çarpan bir artış görülmektedir. Bu yazıda ülkemizde sağlık hukuku yönünden Pediatri alanında tıbbi uygulama hataları ile ilgili yapılmış çalışmalar irdelenmiş, buradan çıkarılan sonuçlar değerlendirilmiştir. Günümüzde bu konuda yapılmış çalışmalar oldukça az sayıdadır. Pediatri alanında tıbbi uygulama hataları ile ilgili, yol gösterici ve bu alanda çalışan sağlık personelinin bilinçlenmesini sağlayacak daha fazla sayıda ve kapsamlı çalışmalara, projelere ihtiyaç olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ve Sağlık Hukuku Yüksek Lisans eğitimim boyunca, bilgi tecrübeleri ile bana destek olan, ufkumu açan, başta Proje Danışmanım Prof. Dr. Pervin Somer olmak üzere Medipol Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Hukuku Yüksek Lisans programında yer almış tüm akademik kadroya, aileme ve beni her aşamada destekleyen arkadaşşıma teşekkürü borç bilirim.

ÖZET

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde tıbbi uygulama hataları ve bununla ilgili davalarda 2000'li yıllardan itibaren bir artış olduğu görülmektedir. Bunun, değişen sağlık mevzuatı ve geleneksel hasta hekim ilişkisinde farklı bir sürece uyum sağlamadaki zorluklarla ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bu konuda çalışma yaparken verilerin toplanması oldukça zor ve zahmetli bir süreçtir. Ülkemizde de malpraktis iddiaları ve sonuçlanan davalarla ilgili veriler yeterli değildir. Bu konuda sağlıklı bir veri tabanının oluşturulması gereklidir. Pediatri Klinikler'inde tıbbi uygulama hataları sıklıkta görülmekte olup Devlet hastaneleri ilk sırada yer almaktadır. Pediatri Klinikler'inde, tıbbi uygulama hataları en çok aciller ve yoğun bakımlarda görülmektedir. Sağlık çalışanları içinde, tıbbi uygulama hataları nedeniyle sorumlu tutulanlar arasında ilk sırayı hekimler yani çocuk uzmanları ve pratisyen hekimler almaktadır. Pediatri Klinikler'inde en sık rastlanan tıbbi uygulama hataları nedenleri içinde; en başta tanı, tedavide gecikme, reçete yazımında hata, yanlış doz uygulama , gerekli sevki yapmamak, eksik, özensiz muayene, gerekli tetkik ve grafileri istememek, çağrıya zamanında uymamak, konsültasyon istememek, hastayı yatırmayıp eve yollamak gelmektedir. Hastaların yaş gruplarına göre bakıldığında ; tıbbi uygulama hatalarına en sık 0-24 aylık (özellikle 0-12 ay) süt çocukluğu döneminde saptanmıştır. Bunun yanı sıra yapılan çalışmalarda, tıbbi uygulama hatası iddialarının 3/4 ünün asılsız çıktığı belirlenmiştir. Tıbbi uygulama hatalarını önlemek için öncelikle sağlık eğitim sisteminde değişiklikler yapılması, sağlık çalışanlarının da hukuki sorumlulukları bakımından bilinçlendirilmesi, bu anlamda sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimler planlanması, sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının ve özlük haklarının düzeltilmesi, uzmanlık alanlarının görev tanımlarının yapılması, yüksek riskli uygulamaların standartlarının belirlenip, ona göre çözümler üretilmesi, tıbbi hataların çekinmeden bildirileceği ortam sağlanıp, geri bildirim sisteminin oluşturulması, klinik uygulama rehberlerinin hazırlanması, sağlık kayıt sisteminin önemi konusunda sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi önem taşımaktadır.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ

I. BÖLÜM: TIBBİ UYGULAMA HATALARI

1.Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) Tanımı	3
2.Genel Olarak Tıbbi Uygulamada Hata Kaynakları	4
3.Sağlık Hizmetinin Basamaklarına Göre Tıbbi Hatalar	6
3.1.Acil Müdahalelerde Malpraktis	6
3.2. Teşhiste Malpraktis	7
3.3. Tedavide Malpraktis	9
3.4. Organizasyonda Malpraktis	11
3.5. İyatrojenik Malpraktis	13
4.Hekimin Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından (Malpraktisten) Doğan Sorumluluğu	13
5.Ülkemizde Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Çalışmalar Ve Elde Edilen Veriler	19

II. BÖLÜM: ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ALANINDA TIBBİ UYGULAMA HATALARI

1.Ülkemizde Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Alanında Tıbbi Uygulama Hataları ve Bu Konuda Yapılan Çalışmalara Ait Verilerin Değerlendirilmesi	22
2.Tıbbi Uygulama Hatalarını Önlemek İçin Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılması Gerekenler	24
3. Ülkemizde Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Alanında Tıbbi Uygulama Hatalarının Önlenmesi İçin Yapılması Gerekenler	25

SONUÇ

KAYNAKÇA

GİRİŞ

Ülkemizde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Pediatri Klinikleri) koruyucu hekimlik (aşılama, büyüme- gelişme takibi) acil, poliklinik, yan dal poliklinikleri ve yataklı hizmetleri (servisler, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım) kapsayan çok geniş bir çalışma düzeni içinde hizmet vermektedir. Türkiye'de nüfusun en önemli özelliklerinden biri genç nüfus oranının yüksek olmasıdır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'nin 2014 verilerine göre 0 -19 yaş nüfusu 25.381.351 olup nüfusun yaklaşık % 33' ünü oluşturmaktadır (TÜİK 2014 resmi sitesi). Pediatri kliniklerinin 18 yaş altı hastaları kabul ettiği düşünüldüğünde yıllık hasta sayılarının yüksek olacağı beklenen bir sonuçtur. 2015 yılında Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesinde sadece Çocuk Acil Polikliniği'ne (randevulu poliklinikler, kliniklerde, çocuk yoğun bakımda yatan hastalar, yan dal polikliniklerine ve sağlam çocuk polikliniğine başvuran hastalar hariç) başvuran hasta sayısı toplam 108580 olarak bulunmuştur. Son yıllarda özellikle Devlet Hastaneleri'nde tıbbi uygulama hataları ile ilgili dava dosyalarında artış sebeplerinden biri hasta başvuru sayısının fazla olması, bunun yanı sıra basın yayın organları kanalıyla yargı çalışanlarının bu konuya ilgisinin artması ve toplumunun hak arama konusunda bilinçlenmesi sayılabilir.¹

Sağlık hizmetlerinin amacı hizmet alanların sağlığını korumak geliştirmek hastalıklarını iyileştirmektir. Ancak bazen yapılan bir uygulama kişiye zarar verici olabilir. Kişisel özellikler tıp bilimindeki belirsizlikler ve hastalığın gidişatında olan değişiklikler bu zarara sebep olabilir. Bazı girişimlerin getireceği yararların verebileceği zararlardan fazla olduğu düşünülürse, uygulanabilirler. Burada hekimin bilgi birikimi ve teknolojik olanakları dikkate alınmalıdır. Bu sınırlar içinde oluşan zarar komplikasyon olarak kabul edilmelidir. Önemli olan kabul edilebilen sınırların ne olduğu, verilen zararın nasıl düzeltilebileceğinin, en önemlisi bu zararların bir daha oluşmaması için neler yapılabileceğinin belirlenmesidir.² Sağlık personelinin veya hekimlerin hastaya karşı hukuki ve tıbbi sorumluluklar ve konusunda bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi bu konuda yapılabilecek önemli en önemli çalışmalar olmalıdır. Ülkemizde özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında tıbbi uygulama hataları konusunda yeterli veri olmaması da sağlık personelinin bilinçlenmesini engelleyen bir durumdur.

Türk Tabipler Birliği'nin malpraktis (hizmet kaynaklı zarar) olgusuna yaklaşımı ise; zararı önlemek, zarar oluştuğunda geri dönük olarak hastaya zarar sürecini inceleyip tekrarını önlemek, zarar görenin zararın oluşma nedenine göre ayırım yapılmaksızın tazmininin sağlanmasının gerekli olduğu yönündedir. Türk Tabipler Birliği bu çerçevedeki görüşlerini

¹ Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009; 29(4):885.

²Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor, 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları:5.

politikacı, sağlık çalışanları, toplum ile paylaşmak ve bu konudaki çalışmaları desteklemek amacıyla olduğunu bildirmiştir.³

³Sađlık Alanında ‘‘Hizmet Kaynaklı Zarar’’:Hekimler Ne Diyor, 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları:5.

I. BÖLÜM: TIBBİ UYGULAMA HATALARI

1. MALPRAKTİS (TIBBİ UYGULAMA HATASI) TANIMI

Kaza, dikkatsizlik ya da ihmâl sonucu meydana gelen, can veya mal kaybına neden olan öngörülmemiş ve planlanmamış talihsiz olay biçiminde tanımlanabilir⁴. Hata ise belirli bir davranış ya da uygulama sürecinden sapmak, kabul edilmiş standart uygulamayı ihmâl etmek anlamına gelmektedir. Kaza tanımında şans, öngörülmezlik ve/veya önlenemezlik öne çıkarken, hata tanımında daha mekanik, önceden adım adım tanımlanarak tümüyle denetim altında tutulabilen bir sürecin, süreci yürütmekle sorumlu kişi tarafından aksatılması söz konusudur.^{5 6 7}

Malpraktis ve komplikasyon kavramları için de benzer bir ayırım yapılabilir. İzin verilen risk istenmeyen yan etki gibi sözcüklerle tanımlanan komplikasyon kavramında, öngörülmezlik ve/veya bilinen yöntemlerle önlenemezlik söz konusudur. Örneğin; çocuk felci açısından sonra 1/5.000.000 oranında felç gelişme riski olduğu bilimsel bir gerçekliktir. Çocuk felci açısından sora felç olma durumu meydana geldiğinde bu bir komplikasyon olarak kabul edilmelidir. Hastanın kar zarar oranı hesaplandığında aşı olmasının olmamasından daha az riskli olduğu bu sebepten dolayı aşılamanın yapılmasının daha doğru olacağı tibben kabul edilmektedir.

Malpraktisin diğer bir tanımı bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik sebebiyle hastanın zarar görmesidir. Öngörülebildiği ve önlem alarak oluşumu engellenebildiği halde öngörülmesinde ve/veya önlenmesinde kusur olan durumları kapsar.⁸

Dünya Tabipler Birliği'nin 1992 yılında yapılan 44. Genel kurulunda kabul edilen bildirgesine göre; tıbbi malpraktis (Tıbbi Uygulama Hataları) hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar şeklinde tanımlanmış; tıbbi bakım ve tedavi sırasında görülen ve hekimin hatası olmayan durumlardan (komplikasyon) ayırt edilmesi gerektiğini vurgulanmıştır.⁹

Bu tanımlamalar bireye odaklı açıklayan yaklaşımdır. Bireye odaklı yaklaşımın temelinde doğa ve toplumdaki olayların bir kök nedeni olduğu bu nedenin de hizmeti sunan birey olduğudur. Hataları önlemenin yolu da sorumlu olan bireye yönelik girişimlerdir. Suçlama kültürü olarak adlandırılan bu yaklaşımda birey özenli olmaya teşvik edilir. Suçlu bulunan

⁴ Merriam-Webster's Collegiate Dictionary. Massachusetts: Merriam Webster; 1996

⁵ Sağlık Alanında "Hizmet Kaynaklı Zarar": Hekimler Ne Diyor, 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları: 14.

⁶ Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1988.

⁷ Civaner M. "Malpraktis" yerine "hizmet kaynaklı zarar". Türk Pediatri Arşivi. 2011;46:6-11.

⁸ Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:77-102.

⁹ Tuğcu, Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

cezalandırılır ve zarar görene tazminat öder. Tazminatların ödenirliğini güvence altına almak için özel bir sigorta sistemi kurulması gereklidir.¹⁰

Sisteme odaklı yaklaşım, malpraktis olgusunu daha geniş bir boyutta ele alır. Alt yapı sorunları çalışma koşulları, hizmetin örgütlenme biçimi gibi etmenlerin etkisini dikkate alarak önerilerini bu noktalara dayandırır. Sisteme odaklı yaklaşım toplumdaki olayları tek bir kök nedene bağlamaz, çok nedencilik ve nedenler sonuçlar arasındaki diyalektik etkileşimin ve birbirlerini değiştirdiğini kabul eder. Ayrıca hatanın insan doğasının bir parçası olduğu ve tamamen ortadan kaldırılamayacağını dikkate alır. Bu nedenlerle sağlık hizmeti sunumunda oluşan hata için tekil bir sorumlu belirleyip cezalandırmak yerine, temel sorumlunun bireysel hataların zarara dönüşmesini engellemeyen hizmet sunum sistemi olduğunu kabul eder.¹¹ Dolayısıyla bir taraftan hatalar azaltılmaya çalışılırken diğer taraftan asıl zarar oluşumunu önlemek amaçlanır. Bu amaçla hatanın zarar yol açma süreci geriye dönük incelenir. Sistem odaklı yaklaşım hatanın kendisine odaklanarak kim hata yaptı değil hangi önlem işe yaramadı, tekrarlanmaması için ne yapılmalı sorularına cevap arayarak pek çok hata ve zararın önlenmesini amaçlar.¹²

2. GENEL OLARAK TIBBİ UYGULAMADA HATA KAYNAKLARI

Dikkatsizlik veya Tedbirsizlik: Dikkatsizlik, bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır. Örneğin; Yanlış kan grubunda bir kanı hastaya vermek gibi. Tedbirsizlik ise önlenemez bir tehlikenin önlenmesinde gösterilen kusurluluğu ifade eder. Örneğin; Alerjisi olduğu bilinen hastaya ilacı uygulamak veya anafilaksiye karşı gereken araç gereci hazır bulundurmamak. Tıbbi standart; hekim açısından tanı ve tedavide, ülkenin sağlık koşulları ele alınarak, göstermesi gereken dikkati göstermemiş, önlemlerini almamış olmasıdır. Hekimden beklenen aşırı bir dikkat göstermesi ve önlem alması değil, normal bir dikkat gösterip, tedbir almasıdır. Örneğin penisilin tedavisi yapacaksa hekim test dozunda dahi olsa gelişebilecek anafilaksi için gerekli ilaçları ve oksijen kaynağını, solunum destek cihazlarını bulundurmalı veya böyle bir ortam yoksa penisilin tedavisini o ortamda yapmamalıdır.^{13 14}

Özen Eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamamak; yakın izlem gereken hastayı eve yollamak; örneğin ateş şikayeti ile getirilen yenidoğanı takip etmek gerekliken ilaç vererek yollamak, eksik araştırma sonucu tanıda hata; örneğin, peteşi ve ekimoz (deride kanama

¹⁰Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”:Hekimler Ne Diyor,2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları:14.

¹¹Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”:Hekimler Ne Diyor,2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları:14.

¹² Civaner , 2011;46:6-11.

¹³Tuğcu,Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

¹⁴Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:89

,morluk) şikayeti ile getirilen çocuğa kan sayımı (hemogram) yaptırmak, kanama- pıhtılaşma testlerini yaptırmayıp, hemofili tanısını atlamak.^{15 16}

Meslekte Acemilik: Hekimin mesleği ile ilgili olarak kabul edilen klasik bilgileri bilmesi benimsemesi ve buna uyması zorunludur. Kendini ülke tıbbının gelişmesi düzeyinde yetiştirmesi gerekir. Aksi nedenlerle oluşan hatalar meslekte acemilik olarak kabul edilir ve hekime sorumluluk getirir. Örneğin; Solunum fonksiyonu duran çocuğa hatalı entübasyon (solunum tüpü takma) yaparak, solunumu sağlayamayıp beyin hasarına sebebiyet vermek, karşılaştırma yapmadan (cross match) dönörden alınan kanı direkt çocuğa vererek, subgrup uyumsuzluğu neticesi hemolitik reaksiyon oluşması ve sonuçta akut böbrek yetmezliğine sebep olmak.^{17 18}

Yasa, Emir ve Yönetmeliklere Uymama: Konu ile ilgili her türlü yas yönetmelik ve idari kuralı kapsar. Genel tıp ve uzmanlık alanlarının yazılı kurallarının belirlenmesi günümüzde önem kazanmıştır. Acil hastanın kabul edilmemesi; örneğin, kalp yetmezliği olan çocuğun acile yoğunluk sebebiyle kabul edilmemesi, bilimsel tedavi dışında bir tedavi uygulamak, işkence yapmak, icap nöbetine çağırıldığı halde gelmemek bu konuda verilebilecek örneklerdir.^{19 20}

¹⁵Ertem, Oksel, Akbıyık, 2000: 1: 1-10.

¹⁶Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:90

¹⁷Ertem, Oksel, Akbıyık ,2000: 1: 1-10.

¹⁸Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:89

¹⁹Tuğcu, Yorulmaz, Koç,2009:6-10.

²⁰Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:90

3. SAĞLIK HİZMETİNİN BASAMAKLARINA GÖRE TIBBİ HATALAR

Hasta tedavi amacıyla hekime başvurduğunda acil durumun varlığı ya da yokluğu, oluşacak zararın boyutu, hekimin sorumluluğu üzerinde etkilidir. Acil olmayan durumlarda hastanın hekimi, hekimin de hastayı kabul etmeme hakkı mevcuttur (Bali Bildirgesi, md.2; Lizbon Bildirgesi, md.1; Amsterdam Bildirgesi, md.5-6).

Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz ve sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır. Acil ve adli vakalar ile yaşlılar ve özürllüer hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 11. maddesi), Hasta Hakları Bildirgesi (md.10) uygulanır.

3.1. ACİL MÜDAHALELERDE MALPRAKTİS

Acil müdahaleler; hastanın hayatının tehdit altında olduğu veya belirli bir müdahale yapılmamasının hastada ciddi veya kalıcı eksiklik, bozulmaya neden olmasının beklendiği hallerdir.

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 3. Maddesinde “Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı acil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur” denilmektedir. Hekimin acil durumlardaki hastaya müdahalesi zorunludur. Burada hekimin tedavi etmeyi reddetmek hakkı yoktur. Ancak müdahalenin yapılamamasında hastane ya da hekimin yetersizliği söz konusu ise daha donanımlı hastane ya da konunun uzmanına sevki mümkündür. Örneğin; soluk borusuna yabancı cisim kaçmış olan bir çocuğun, soluk borusundaki cismin çıkarılabilmesi ancak rijid bronkoskopi yapılabilen merkezlerde mümkündür. Herhangi bir devlet hastanesine başvuran böyle bir hastaya ya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı veya çocuk cerrahisi uzmanı müdahale edebilir. Ayrıca rijid bronkoskopi aletinin de olması gereklidir. Bu şartların sağlanamadığı durumlarda hastanın, çok acil olarak bu şartlara haiz bir merkeze haber verilerek sevki uygundur. Bunu organizasyondan sorumlu olan hastayı ilk gören çocuk uzmanı veya yokluğunda pratisyen veya aile hekimidir.²¹ Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliğinin 57. Maddesi gereğince hekimin yer olmadığı gerekçesi ile hastayı reddetmesi ya da başka bir sağlık kurumuna göndermesinde hekimin sorumluluğu söz konusudur.²²

Yapılan araştırmalar acildeki hekimlerin en önemli sıkıntılarının yeterli anamnez, laboratuvar, görüntülü tanılama yöntemleri, konsültasyonlar yapmadan direkt olarak tedaviye geçme zorunluluklarından kaynaklanmaktadır. Acildeki hekimin sorumluluğu, hastayı ilk

²¹Hakeri, 2012:521.

²²Hakeri, 2012:521,582.

gördüğü anda başlar ve başka bir hekimin tedaviyi üstlenmesi ile sona erer. Ancak sevk durumu söz konusu ise sevkten sonra da sevk anına kadar yapmış olduğu tedaviden sorumluluğu devam eder.²³

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin 32. maddesi gereğince de özel hastanelere gelen tüm hastalara sağlık güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın müdahale edilmek zorundadır.

Acil müdahalelerdeki en önemli sorunlardan birisi de hastanın aydınlatılması ve rızasının alınmasında yaşanır. Acil müdahaleler hekim açısından vekaletsiz iş görmedir. Hasta rıza açıklayamayacak durumdaysa ve adına rıza verecek kişinin bulunmadığı acil hallerde rıza olmaksızın tıbbi müdahale yapılabilir. Bu durumda “varsayılan rıza”dan söz edilir. Varsayılan rıza, özellikle hastanın kendinde olmadığı ve herhangi bir rıza açıklaması yapamayacak durumda olduğu hallerde karşımıza çıkar. Örneğin trafik kazası geçirmiş ve bilincini kaybetmiş yanında ebeveyni olmayan bir çocuğun rızasının alınabilmesi mümkün değildir.²⁴

3.2. TEŞHİSTE MALPRAKTİS

Teşhis birçok ön araştırmayı içinde barındıran geniş bir kavramdır. Ayrıca birçok basamağı mevcuttur. Bu basamakların herhangi birinde yapılacak hata, ondan sonraki adımlar doğru izlenmiş olsa dahi tedavide hata oluşturacaktır.

Hekimin teşhiste başarılı olma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hekimin yükümlü olduğu husus, uzmanlığının, hastalığın gerektirdiği şekilde hareket etme yükümlülüğüdür. Hekim teşhis için gerekli tüm tıbbi müdahaleleri, tetkikleri yapmalı ve elde ettiği sonuçları da tıp biliminin gereklerine göre doğru yorumlamalıdır. Burada hekimin sorumluluğu ancak verileri, bulguları yanlış değerlendirmesi veya iyi değerlendirememesi halinde söz konusu olabilir. Mutlak olarak kesin, güvenilir bir teşhis yoktur. Teşhiste malpraktise örnek olarak, çocuk uzmanının, akciğer filmi çekirtmemiş veya çekirtmiş olduğu halde pnömoni (zatürre)yi tanımaması, sepsis olan bir yenidoğanı eksik muayene, eksik tahlil ederek teşhis edememesi, barsak tıkanması (ileus), akut apandisit bulgularını fark etmemesi, gerekli akut batın grafisini çekirtmemiş olması veya çekilen grafîyi değerlendirememiş olması, tanı için gerekli olan batın ultrasonografi tetkikini istememiş olması verilebilir.

Hasta Öyküsünü (Anamnez) Almada Malpraktis

Hastanın öyküsünün alınması ve teşhise yönelik muayenesinin yapılması hastanın ve hastalığın geçmişi açısından büyük önem arz etmektedir. Bunların yapılmaması doğrudan tıbbi uygulama hatası–malpraktis olarak kabul edilmektedir. Hasta hikayesinin düzgün alınıp alınmadığında dava aşamasında en önemli belge, anamnez sırasında hekim tarafından tutulan kayıttır. Kayıt hekimin hareketinin hukuka uygunluğunu ya da sözleşmeye aykırı davranıp

²³Hakeri, 2012:663-670.

²⁴Hakeri, 2012:764-765.

davranmadığını gösterecektir.²⁵ Hasta açısından ise belirtmediği husus, geçirdiği hastalık, kullandığı ilaçlar, sorumluluğun paylaşılmasını sağlayacaktır.Örneğin, bir hekim çocuğun herhangi bir ilaca alerjisi olup olmadığını aileye sorarak, bunu kaydederek doğru bir tıbbi uygulama yapmıştır. Aile, çocuğun bilinen bir ilaca alerjisi olduğunu bildiği halde, hekime bildirmemişse, burada da ailenin sorumluluğu paylaşması söz konusu olacaktır.

Tanı Yöntemlerinde Malpraktis

Biyotıp Sözleşmesinin 4. maddesi gereğince araştırma dahil, sağlık alanında herhangi bir müdahalenin, ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekir. Bu tüm hekimler için bağlayıcıdır. Hekimin yükümlülüğü, yerleşmiş ve standartlaşmış kuralları uygulamaktır. Kural olarak tıbbi standartlardan her sapma, doğrudan özen yükümlülüğünün ihlali olarak değerlendirilmemektedir. Yani hekimin geleneksel yöntemlerden sapması tek başına uygulama hatası olarak kabul edilmemektedir. Örneğin; zatürre teşhisi için akciğer grafisi çektirmek standart bir yöntemdir, ancak akciğer tomografisi çektirerek de tanı konulması mümkündür. Bu standart bir yöntem olmamakla birlikte uygulama hatası kabul edilmemektedir. Bunun yanında yapılmasına hiç gerek olmayan, tıbbi standartlar ile belirgin olan bir tanı yöntemini hastaya uygulaması durumunda hekimin özensizlikten sorumlu tutulması mümkün olacaktır. Örneğin; epilepsi hastası olduğu bilinen ve çocuk nörolojisi tarafından takip edilen bir çocuğa, ateşsiz havale geçirerek acile başvurduğunda lomber ponksiyon yapmak (omurilikten iğne ile bel suyu almak) gereksiz bir tanı yöntemidir. Oluşabilecek zararlardan hekim sorumlu tutulabilir. Mesela havale sebebi beyin tümörü olabilir ve beyin tomografisi de çekilmeden bel suyu alınırsa beyin herniasyonu (fitiklaşması) olabilir ve çocuğun solunumu durabilir. Yine hekimin hastanın şikayetlerine göre istemesi gereken tetkikleri istememesi bir tıbbi uygulama hatasıdır. Bu tetkiklerin istenmemesi nedeni ile, hastada mevcut olan bazı hastalıkların tespit edilememesi durumunda hekim sorumlu tutulabilir.²⁶ Örneğin; tekrarlayan karın ağrıları olan çocuğa idrar tetkiki yapılmadan antibiyotik verilmesi durumunda, böbrek iltihabı tam teşhis edilemediğinden ilerleyen zamanlarda böbrek hasarı oluşabilir. Hatta kronik böbrek hastası olarak karşımıza çıkabilir. Sonuç olarak çocuk böbrek kaybı ve diyaliz hastası olarak büyük bir zarara uğramış olur.

Tanı Yöntemlerinin Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Malpraktis

Hekimin her tanı hatası, hukuki sorumluluk doğurmaz. Örneğin hekim anemi (kansızlık) saptadığı bir hastada tetkikler istemiş ve bu tetkikleri yanlış değerlendirme neticesinde demir eksikliği anemisi düşünerek demir tedavisi vermiştir.Oysa ki tetkikleri doğru değerlendirseydi hastada Talasemi (Akdeniz anemisi) taşıyıcısı olduğunu tespit edecekti. Bu iki hastalık çok dikkat edilmezse karıştırılabilen bir durum olabilmektedir. Çocuk devamlı demir tedavisine rağmen hep kan değerleri sınırda bir seviyede olacaktı. Ancak sonuç olarak yanlış tanı nedeniyle bir zarar meydana gelmeyecekti. Hekimin sorumluluğunun doğması için konulan

²⁵Somer. Tıbbi Kayıtlar, :526-553.

²⁶Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:87.

yanlış tanı neticesinde bir zarar oluşması, zarar ile yanlış tanı arasında uygun illiyet bağı bulunması gereklidir. Bu örnekte çocuk Talasemi taşıyıcısı değil de Talasemi hastası olsaydı anemi tedavisine rağmen, kansızlık neticesi kalp yetmezliğine girip hayati tehlike yaşayabilirdi. Bu noktada zarar oluştuğundan hekimin sorumluluğu doğabilirdi. Burada var olan doğru anamnez, doğru tetkikler ancak hekimin yanlış değerlendirmesi sonucundaki yanlış tanıdır. Teşhisin konulması hasta haklarından biri olmasına karşılık hekimin yükümlülüğü değildir. Ancak hekim bunu hastaya bildirmekle yükümlüdür. Yani tıbben tüm tetkikler tarafımdan yapılmıştır ancak bu benim bilgimi aşan bir durumdur diyerek hastayı bu konuda daha tecrübeli veya daha uzmanlaşmış bir hekime yönlendirebilir. Teşhiste artık tıpta “Kanıtı Dayalı Tıp” uygulaması önerilmektedir. Kanıtı dayalı tıp genel olarak hasta ile ilgili kararlarda eldeki en iyi kanıtın, açık, özenli ve mantıklı olarak kullanılması şeklinde tanımlanmaktadır. Kanıtı dayalı tıp hekimin yükümlülüğü arasındadır.

Teşhiste malpraktis diğer adım olan tedavide malpraktisi beraberinde getirir. Ancak yanlış teşhise rağmen doğru tedavi oluşur ise hekimin özensizliğinden ya da kusurundan söz etmek mümkün değildir. Örneğin; ateşli, karın ağrısı olan çocukta, idrar tahlili yapılmadan, hızlı test yapılmadan boğaz iltihabı düşünülerek antibiyotik başlandığında, aslında idrar yolu enfeksiyonu olan çocuğa başlanan antibiyotiğin tesadüfen uygun antibiyotik olması ile idrar yolu enfeksiyonu düzelebilir. Hekimin koyduğu teşhisi yazılı olarak bildirme yükümlülüğü vardır ancak yukarıda da işaret ettiğimiz gibi hekimin teşhis yükümlülüğü yoktur. Özetle; eksik araştırma yapmak, nitelendirmede hata yapmak, teknik kusurlar bu başlık altındadır.^{27 28}

3.3. TEDAVİDE MALPRAKTİS

Tedavinin Hiç Yapılmaması veya Yapılmasında Malpraktis

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan kanun Tasarısının 3. Maddesinde Tıbbi kötü uygulama “sağlık personelinin, kasıt veya kusur veya ihmal ile standart uygulamayı yapmaması, bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması veya yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu” olarak tanımlanmıştır.²⁹ Yanlış tedavi tıbbi malpraktisin konusu olabileceği gibi görev ve sorumluluğun gereği müdahale etmeme veya geç müdahale de tıbbi malpraktis kavramı içinde yer alır. Hukuksal açıdan bakıldığında müdahalenin hiç yapılmaması ihmali hareket niteliğindedir. Yargıtay, hekimin hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında ve gecikmeksizin belirleyip, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz biçimde almak, uygun tedaviyi de yine gecikmeden belirleyip uygulamak zorunda olduğunu belirtmektedir.³⁰

²⁷Hakeri, 2012:547-548.

²⁸Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:88.

²⁹Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:79.

³⁰Hakeri, 2012:547-548.

Tedavi esas olarak hastanın iyileştirilmesi amacı ile yapılır. Daha önce anamnez, tanı yöntemleri, doğru yorumlama ve doğru teşhis basamaklarını geçen tıbbi müdahale doğru tedavi seçeneğine gelir. Hekimin “Tedavi Özgürlüğü İlkesinden” hareketle burada tedavi yöntemi serbestliği söz konusudur. Tedavi hatası olarak söz konusu olabilecek en temel hata, bizzat tıbbi müdahalenin gerekli olmasına rağmen yapılmamasıdır. Müdahalenin geç yapılması da bu kapsamda değerlendirilir.³¹ Örneğin; arı sokması neticesi, anafaksi (şok) ön belirtileri ile getirilen bir çocuğa basit bir alerjik reaksiyon düşünerek müdahale etmeyen veya geç müdahale eden hekim tedavi hatası yapmış olur. Zira gecikme neticesi anafaksi gelişebilir ve çoğunlukla ölümcül olabilmektedir.³²

Teşhis ve tedavinin ölçülü olması gerekir. Ölçünün aşılması durumunda tedavi hatası söz konusu olur. Vücuda dıştan verilen maddeler, yapılan müdahaleler ölçülü olmalıdır. Örneğin pediatrik hastalarda ilaç dozları, ilaç dozları rehberlerindeki yaş ve kiloya göre belirtilen şekilde hesaplanmalıdır.³³ Örneğin; kemik iliği alınacak bir çocukta yaşına uygun kalınlıkta kemik iliği iğnesi kullanılmalıdır. Büyük bir çocukta ince iğne kullanılırsa iğne kemik içinde kırılabilir. Geç sevk veya hatalı sevk, uzman hekime danışılmaması, danışmada gecikme, konsültasyon sisteminin işletilmemesi de çok sık karşılaşılan tedavi hatalarındandır. Örneğin; mide kanaması ile getirilen bir çocuğun asistan doktor tarafından uzman doktora hatta o kurumda varsa çocuk gastroenteroloji uzmanına danışılması gerekmektedir. Konsültasyon istememek veya geciktirerek hastanın durumunda ağırlaşmaya sebep olmak hatalı tıbbi uygulamadır. Bu hastanın durumunda ağırlaşma olduğunda yoğun bakıma sevkini yapmayan veya uygun bir yoğun bakım ünitesinde yer bulmadan hastayı özel ambulans veya 112 aracılığı ile değil de herhangi bir hastane ismi vererek yakınlarının imkanlarıyla yollayan hekimin yaptığı da tıbbi uygulama hatasıdır.³⁴

Tedavi Yönteminde Malpraktis

Tedavi yöntemini seçmede genel olarak kabul gören; hekimin hastası için en az tehlikeli ve en az acı verecek yöntemi seçmesidir. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 13. maddesinde de hekimin tıp ilke ve kurallarına göre hareket etmesi vurgulanmıştır. Hekim tıbben kabul edilmemiş, yeteri kadar denenip standart tedavi yöntemleri arasına girmemiş yöntemi kullanamaz. Ancak yukarıda da işaret ettiğimiz gibi hekimin geleneksel yöntemlerden sapması, tek başına uygulama hatası olarak kabul edilmemektedir. Hekimin bilinen bir ilaç tedavisi ile iyileşmesi mümkün bir hastalık için, son çare olan etkisi tam kanıtlanmamış başka bir ilaca daha baştan başvurusu halinde tıbbin gerekli gördüğü kurallara uymadığı söylenebilir. Bu durumda hekimin sorumluluğu doğar. Bu durum özellikle pediatrik onkoloji (çocukluk çağı kanserleri) hastalarında yeni uygulanan ilaçları uygulama şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Yeni ilaçların standart tedavilerden önce kullanılması, zarar oluştuğunda hekim

³¹Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:86.

³²Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:88.

³³Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:87.

³⁴Hakeri, 2012:547-548.

sorumluluğu söz konusudur. Bu tür yeni ilaçların kanser hastalarına başlanabilmesi için Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden izin alınması gerekmektedir.³⁵

İlaçla Tedavide Tıbbi Malpraktis

Hekimin ilacın üretimine değil, kullanımına ilişkin hatalardan sorumluluğu söz konusu olabilir. Hekim ilaç ile ilgili bilgileri hastaya aktarmakla sorumludur. Hekimin ilaçtan sorumluluğunda temel nokta, hekim tarafından yazılan reçeteye dayandırılır. Reçete hekimin imzasını taşıyan, hekime sorumluluk yükleyen bir belgedir. Reçete yazma yetkisi yalnızca hekimlere, diş hekimlerine ve veterinerlere verilmiştir. Yetki de her zaman beraberinde sorumluluğu getirmiştir. Reçete ilacın ismini, dozunu ve kullanım şeklini içerir. Burada hekime karşı tehlike sorumluluğuna gitmek mümkün değildir. Eğer hekim hastasına tavsiye ettiği ilacın zararlarını biliyor veya bilmesi zorunlu ise buna rağmen ilacı hastaya tavsiye etti ise bizzat sorumluluğu mevcuttur. Örneğin; ibuprofen etken madde içeren ağrı kesici ve ateş düşürücü ilaç çocuklarda sıklıkla mide kanamasına neden olmaktadır. Bu nedenle çok gerekmedikçe kullanılmamalı veya zorunlu ise mide koruyucu ile veya çok dozda kullanılmamalı, aileye de uyarı yapılmalıdır. Ancak ilaç prospektüsünde yer almayan bilgiler ve tehlikelerin mevcut olması durumu hekim tarafından bilinmesine rağmen hastaya bu ilaç tavsiye ediliyor ise ilaç üreticisi ve hekim arasında müteselsilen sorumluluk söz konusudur. Yine ilaç dozunun yanlış ayarlanması tıbbi uygulama hatasıdır. Bu pediatri kliniklerinde sıklıkla karşılaşılan bir tıbbi uygulama hatasıdır. Özellikle yeni mezun olmuş hekim ve hemşirelerin, üstleri tarafından titizlikle kontrol edilmesi gerekmektedir.³⁶

3.4. ORGANİZASYONDA MALPRAKTİS

Sağlık Hizmetleri sağlayan özel ya da kamu hastaneleri tıbbi müdahalelerden sorumludurlar. Sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak hizmet yapan tüm hastaneler organizasyondan sorumludurlar. Hastanenin ilk sorumluluğu hastanın tedavisi iken, diğer sorumlulukları da yerine getirmelidir.

Hastane yönetiminin istihdam ettiği personel ile ilgili olarak da sorumluluğu bulunmaktadır. Bakım, muhafaza, denetim gibi görevler personel tarafından yerine getirilecek ise hastane hekim dahil bu personelin iyi bir şekilde seçilmesi, eğitilmesi ve denetlenmesi konularında hastasına karşı sorumludur. Burada kamuda çalışan hekimler için yönetimin fazla bir seçim şansı olmayabilir, ancak çeşitli eğitim programları, kurslar, rotasyonlar ile hekimin eğitilmesi, denetlenmesi gerekmektedir. Örneğin; çocuk uzmanları ve asistanları için Sağlık Bakanlığı Çocuk Acil Kursu,ÇİLYAD(Çocuklarda İleri Yaşam Desteği Kursu),Yenidoğan Resüsitasyon Kursu (NRP) periodik olarak düzenlenmekte olup hastane yönetimi ve klinik

³⁵Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:91.

³⁶Hakeri, 2012:554.

şeflerinin bu kurslara çocuk acil veya yoğun bakımda çalışan uzman ve asistan hekimlerin katılmalarını sağlamaları gerekmektedir.³⁷

Tıbbi aletlerin kullanılmasına yönelik olarak da hastane yönetiminin sorumlulukları bulunmaktadır. Bu aletlerin uzman kişiler tarafından kullanılmasının sağlanması gerekir. Yine bu aletlerin fonksiyon görecekte vaziyette tutulması hastane yönetiminin organizasyon görevlerindedir. Aksi halde hastane yönetimi sorumlu olacaktır. Örneğin çocuk yoğun bakımda her yaş ve kiloya uygun özelliklere sahip ventilatörler bulundurulmalı, bunların periyodik bakımları yaptırılmalıdır. Bu cihazları kullanacak hekimlere de eğitim verilmeli, sertifika programları düzenlenmeli, mümkünse en kısa sürede Çocuk Yoğun Bakım Uzmanı atanması için yönetim tarafından girişimler yapılmalıdır.³⁸

Hastane yönetiminin özen gösterme borcunun gereği olarak hastanede bulunması gereken asgari unsurları bulundurması, tıp bilimi ve uygulamasında ortaya çıkan yeni gelişmeleri takip ederek hastaneyi buna uydurması gerekmektedir. Tıbbi teknik aletlerdeki yeni gelişmeler takip edilmeli, eskimiş aletler yenileri ile değiştirilmelidir. Hastanelerin en yeni aletler, en donanımlı cihazları bulundurması zorunluluğu bulunmamaktadır. Önemli olan husus bunların güvenilir bir şekilde çalışmakta olup olmadığıdır. Örneğin; Çocuk Acilde defibrilatör (elektroşok) cihazı, laringoskop (hastaya solunum tüpü takmak için gerekli alet), kan şekeri ölçüm cihazlarının periyodik bakımlarının kurum teknik servisi tarafından yapılması ve bunların da çocuk acil sorumlu hemşire ve doktoru tarafından takibi gereklidir. Acil bir durumda çalışmayan cihazlardan dolayı ilgili kişiler ve hastane yönetimi sorumludur. Anayasa 56. Maddesinde devletin, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamakla görevli olduğu belirtilmekle beraber; bu görev mali kaynakların yeterliliği ölçüsünde yerine getirilir.³⁹

Hasta Hakları Yönetmeliğinin 37. Maddesine göre “Herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır. Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastaların ve ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri almak zorundadırlar”. Güvenlik konusu da organizasyon yükümlülükleri arasındadır. Örneğin; hastanede çıkan bir yangın durumunda yangın talimatı ve eğitimi yönetim tarafından organize edilmemiş, hastalarda oluşacak zararlardan hastane yönetimi sorumlu olacaktır.⁴⁰

³⁷Hakeri, 2012:564,567.

³⁸Akyıldız, Çelik, Hakeri, Somer, 2013:88.

³⁹Hakeri, 2012:566-567.

⁴⁰Hakeri, 2012:565.

3.5. İYATROJENİK MALPRAKTİS

İyatrogen, hekimin tedavi sırasında verdiği ilaç ya da tedavi nedeni ile bir başka hastalığa neden olmasıdır. Bu durum izin verilen risk içerisinde ise hekim sorumlu olmayacak; izin verilen risk içerisinde değilse ve izin verilen risk içerisinde kabulü mümkün değilse hekim sorumlu olacaktır. Örneğin; pediatrik nöroloji alanında kullanılan bazı ilaçlar, kan değerlerinde düşüslere sebep olabilmektedir. Bu ilaçları kullanan hastalar, kan değerleri bakımından periodik olarak kontrol edilmelidirler.⁴¹

4. HEKİMİN TIBBİ HİZMETLERİN KÖTÜ UYGULANMASINDAN (MALPRAKTİSTEN) DOĞAN SORUMLULUĞU

Doktor ile hastası arasındaki sözleşmeye dayanan eylemli durumun hukuken geçerli olması, hastanın rızası ile doktorun tıp mesleğini uygulama ve yapabilme hak ve görevinin birlikte bulunmasına bağlıdır. Özel hukukta hasta doktor ilişkisi sözleşmeye (vekalet) dayanmaktadır. Sözleşmenin kurulabilmesi için ilk koşul hastanın rızası, ikincisi ise doktorun mesleğini uygulayabilme ve yapabilme hakkına dayanan kabulüdür. Sözleşme kurulduktan sonra doktorun eylemleri ve yardımları belirli sınırlar içinde hukuka uygun olarak kalacaktır. Doktorun tedavi nedeniyle sorumluluğunda asıl olan, sorumluluğun sözleşmeden kaynaklanmasıdır. Ancak doktorun sorumluluğunun tek kaynağı sözleşme değildir. Zarar görenle doktor arasında sözleşmeye dayanmayan bir ilişkinin bulunması da olağan durumlardandır.^{42 43 44}

Hekimlik doğası gereği riskli bir meslektir. Her tıbbi girişimin , tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmaları çerçevesinde oluşabilecek sonuçları hekimi sorumlu kılmaz. İzin verilen risk yani komplikasyon tek başına kusur sayılmaz. Ancak tıbbi yardımın özenle yürütülmesi zorunluluğu yani özen borcu vardır. Beklenen özen sağlık biriminin tıbbi olanakları ve müdahalenin tehlikelilik derecesiyle orantılıdır. Hekim tedavi sonucunda ortaya çıkacak risken ancak kusurlu olması halinde sorumlu tutulabilir.⁴⁵

Hekimlerin mesleki uygulamalardan kaynaklanan kusurlu eylemleri yalnızca tanı ve tedavi ile sınırlı olmayıp, genel olarak mesleki alandaki tüm eylem ve davranışlarıyla, ilgilidir. Hekim yalnızca tanı ve tedavideki kusurları açısından değil; aynı zamanda meslektaşları ve hastaları ile ilişkileri bakımından da önemli sorumluluklar taşımaktadır. Hekimlik mesleki uygulamalarından doğan sorumlulukları; cezai, hukuki, idari ve mesleki sorumluluklar olmak üzere dört başlık altında incelenebilir.

⁴¹Hakeri, 2012:675.

⁴²Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas, 2011; 46: 154.

⁴³Geniş bilgi için bkz. Kılıçoğlu , Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 2015:286 vd.

⁴⁴ Geniş bilgi için bkz. Nomer . Borçlar Hukuku Genel Hükümler, 2013: 111.

⁴⁵Tuğcu Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

Birçok yasal düzenleme ile hekimlerin mesleki görev ve sorumluklarının ayrıntılı bir şekilde tanımlanmış olduğunu söyleyebiliriz. Bu sorumluklar hekimin görevinin niteliği, uzmanlık alanı ve çalışma koşullarına göre değişkenlik göstermektedir.⁴⁶

Hekimlerin mesleki uygulamaları ile ilgili yukarıda bahsedilen çok sayıda kapsamlı yasal düzenlemelerin varlığına karşın, gerek ceza gerekse medeni kanunumuzda hekimlerin cezai ve hukuki sorumluluğunu düzenleyen özel bir madde bulunmamaktadır. Yasal düzenlemelerde yer alan mesleki etik kurallar gereğince hekim, ilgili yasalardaki genel tanımlar çerçevesinde cezai ve hukuki açıdan sorumlu hale gelmektedir⁴⁷. Hekimler yaptıkları hatalardan dolayı cezadan ayrı olmak üzere özel hukuk (tazminat) yönünden de sorumlu olurlar. Özel hukukta her türlü kusur haksız fiil sayılır ve hekimin kusurlu olduğu saptandığında, zarar ve nedensellik bağı da kurulmuşsa, hekim bu zararı ödemekle yükümlüdür. Borçlar Kanununun 41. ve 42. Maddelerine göre; tazminat davası olarak bilinen bu davanın açılması Medeni Kanunun 6.maddesine göre de davacı davasını dayandırdığı olguların varlığını ispatla yükümlüdür.⁴⁸

Hekim sorumluluğunun yasal anlamda koşulları şunlardır:

1. Fiilin hukuka aykırı olması,
2. Zararın doğmuş olması,
3. Kusur,
4. Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet)
bağının bulunmasıdır.⁴⁹

Hekimin cezai sorumluluğu, 12/10/2004 tarih, 25611 sayılı yeni TCK'da şu şekilde yer almaktadır.⁵⁰

Taksirle Öldürme (Madde 85) Örneğin; Hekim serviste vizit yaparken acildeki bir hastaya resüsitasyona (yeniden canlandırma) çağırıldığı halde yoğunluktan dolayı gecikmişse ,çocuk da hayatını kaybetmişse hekim sorumluluğu söz konusu olur.⁵¹

Taksirle Yaralama (Madde 89) Örneğin; yukarıdaki olayda çocuk ölmemiş ama bitkisel hayata girmişse hekim sorumluluğu söz konusudur.⁵²

⁴⁶Tuğcu, Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

⁴⁷Tuğcu, Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

⁴⁸Koç, 2007;41:33-38.

⁴⁹ Nomer, 2013:114-127.

⁵⁰Tuğcu, Yorulmaz, Koç, 2009:6-10.

⁵¹Hakeri, 2012:661,672.

Kasten öldürmenin ihmali davranışla işlenmesi (Madde 83) Örneğin; yukarıdaki olayda aynı hekim dinleniyor olması nedeniyle resüssitasyonu geciktirmiş ve çocuk ölmüşse sorumluluğu söz konusudur.⁵³

Kasten Yaralamanın ihmali davranışla işlenmesi (Madde 88) Örneğin; aynı olayda hekim resüssitasyona çağırıldığı halde hekim dinleniyor olması nedeniyle gecikmiş çocuk da ölmemiş bitkisel hayata girmişse hekim sorumluluğu söz konusudur. Örneğin; Sepsis (Kanda enfeksiyon değerleri yüksek) düşünülen hastayı yatırmayıp stabilize etmeden, başka bir merkeze yollama esnasında çocuğun kalp ve solunumu durması ve anoksi (beynin oksijensiz kalması) nedeniyle beyin fonksiyonlarının bir kısmını kaybetmesinde de hekimin sorumluluğu söz konusu olmaktadır.⁵⁴

Hekimin özel hukuktan sorumluluğuna gelince, öncelikle bu sorumluluk ya halsız fiilden veya sözleşmeden doğacaktır

Haksız fiilden dolayı tazminat davası açmak için hukuka aykırı bir fiil gerçekleştirilmiş olmalıdır. Haksız fiilde yer alan hukuka aykırılık, sözleşmeden doğan sorumluluk açısından borca aykırılıktır. Haksız fiil ilişkisindeki hukuka aykırılık, başkalarının gerek malvarlığına, gerekse şahıs varlığı değerlerine zarar vermeyi yasaklayan bir hukuk normunun ihlalini ifade eder.⁵⁵ Haksız fiillerde hukuka uygunluk sebepleri Türk Borçlar Kanunu (TBK) m. 63'de düzenlenmiştir. Malpraktisten doğan davalarda vücut bütünlüğüne yönelik, kusurlu fiiller, diğer unsurlar da mevcutsa haksız fiil sayılabilir.⁵⁶

Kusur hukuk düzeni tarafından hoş görülmeyip, kınanan davranış biçimidir. Hekimin sözleşme nedeni ile sorumluluğuna gidilebilmesi için sözleşmeye aykırılığın yanı sıra, kusurlu da olması gerekir. Haksız fiil sorumluluğu için de kusur aranır. Ancak kusurun ispatı yönünden her iki durum farklılık arz eder. Haksız fiile dayanılarak açılan davada kusurlu davranıldığını ispatlaması gereken davacı / hasta iken, sözleşmenin aykırılığına dayanılarak açılan davada kusursuzluğunu ispat sözleşmeye aykırı davranan davalı / hekime düşer. Sözleşmeye aykırılık zaten kusur kabul edilir.⁵⁷

Kusurun objektif ve sübjektif olarak iki yönü vardır. Objektif yön; aynı şartlar altında bulunan kişilerden beklenen ortalama davranış tipinden sapılmış olması, yani zararın önlenmesi için gerekli özenin gösterilmemiş olmasıdır. Sübjektif yön ise zarara sebep olan kişinin, zarardan sorumlu tutulabilmesi için isnad yeteneğine sahip olması gerekir.

⁵²Hakeri, 2012:660,672

⁵³ Hakeri, 2012:660-66

⁵⁴Hakeri, 2012:659-661.

⁵⁵Ayan, 1991:167.

⁵⁶Hakeri,2012:597.

⁵⁷Hakeri, 2012:597.

Kusur kast veya ihmal şeklinde olabilir. Buna örnek olarak endikasyon bulunmadığı halde, ücret alabilmek amacı ile yapılan müdahale gösterilebilir. İhmal ise özen eksikliği anlamına gelir. İhmalin değerlendirilmesinde ortalama bir hekimin göstermesi gereken özen; tıbbi müdahalenin zorluğu ve tehlikesi esas alınırken, hekimin kişisel mazeretleri göz önünde tutulmaz. Ancak tazminat miktarında ihmalin derecesi dikkate alınır.⁵⁸

Sözleşme veya haksız fiile rağmen bir zarar oluşmamış ise burada hekimin sorumluluğundan bahsedilemez.⁵⁹

Zarar maddi olabileceği gibi manevi zarar da olabilir. Tıbbi uygulama hatası sonucu kişiler yaralanabilir, sakat kalabilir, ölebilir. Bu durumların oluşmasına göre maddi tazminat kalemleri değişir. TBK 53. ve 54. maddelerinde bu husus düzenlenmiştir. Tıbbi uygulama hatası sonucu ölüm meydana gelmiş ise, ölenin yakınları ölene kadar olan hastane, ulaşım, ilaç gibi sağlık harcamalarını, defin masrafını, ölen kişinin maddi desteğinden yoksun kalmaları dolayısıyla uğradıkları zararları ve diğer zararlarını talep edebilirler. Tıbbi hata sonucu yaralanma ya da sakat kalma meydana gelmiş ise, sakat kalan kişi hastane, ilaç, ulaşım gibi diğer sağlık harcamalarını, çalışma gücünü kaybetmesinden doğan maddi kayıplarını, ekonomik geleceğin sarsılmasından kaynaklanan zararlarını ve diğer zararlarını talep edebilirler.⁶⁰

Ölüm halinde, ölümden etkilenen kişiler; yaralanma ya da sakat kalma halinde; yaralanma ve bu durumdan etkilenen kişiler manevi tazminat talep edebilirler. Ancak sakat kalma, yaralanma halinde, sakat kalan dışındaki kişiler manevi tazminat talep etmişlerse; bu sakat kalma nedeni ile manevi tazminat talep eden kişinin şahsında acı, elem, üzüntü, manevi yıkım oluştuğunun iddia ve ispatı gerekir. TBK ağır bir zarar olması halinde de, yaralanan veya sakat kalanın yakınlarına tazminat verilebileceğini belirlemiştir. Haksız fiil durumunda doğrudan zararlar tazmin edilirken, destekten yoksun kalma tazminatı ve manevi tazminat dışında yansıma zararlar tazmin edilmez.⁶¹

Zarar gören, zararını ve zarar verenin kusurunu ispat yükü altındadır. Hâkim, tazminatın kapsamını ve ödenme biçimini, durumun gereğini ve özellikle kusurun ağırlığını göz önüne alarak belirler. Zarar gören, zararı doğuran fiile razı olmuş veya zararın doğmasında ya da artmasında etkili olmuş yahut tazminat yükümlüsünün durumunu ağırlaştırmış ise hâkim, tazminatı indirebilir veya tamamen kaldırabilir. Zarara hafif kusuruyla sebep olan tazminat yükümlüsü, tazminatı ödemediğinde yoksulluğa düşecek olur ve hakkaniyet de gerektirirse hâkim, tazminatı indirebilir.⁶²

⁵⁸ Doğan, Hukuki Sorumluluk, 2007:44-46

⁵⁹Hakeri, 2012:599.

⁶⁰Hakeri, 2012:601.

⁶¹Hakeri, 2012:602,604-605.

⁶²Hakeri, 2012:602-603,607.

Sözleşmeye aykırılık veya haksız fiil ile meydana gelen zarar arasında bir neden sonuç ilişkisinin kurulabilmesi gerekir. İlliyet bağı olarak nitelendirilen bu bağı olmaması durumunda zararlı sonuçtan dolayı tıbbi hata yapan kişi sorumlu olmaz. Hekimin özen yükümlülüğüne aykırı icrai veya ihmali hareketi ile meydana gelen netice arasında bir nedensellik ilişkisi bulunmalıdır. Bu konuda hukukta genellikle benimsenen görüş uygun illiyet bağı teorisidir .

Tıbbi meslek kusuru, tıbbi uygulama hatası, tıbbi hizmetlerin kötü uygulanması olarak da ifade edilen malpraktis; hekimin sorumluluğunun temelini oluşturur.

Sorumluluk kusura dayalı genel sorumluluktur. Hekim ve sağlık personeli “özen borcu” nedeniyle “en hafif kusur”larından dahi “tam sorumlu”durlar. Tazminata hükmedilirken kusur oranlarına bakılmaz. Tazminattan indirim, yalnızca hastanın kusuru saptanmışsa söz konusu olabilir.

Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) nedeni ile oluşan zararlar, hekim açısından maddi veya manevi tazminat sorumluluğunu gerektirir. Bu husus TBK m.49’da düzenlenmiştir. Kusurlu ve hukuka aykırı bir şekilde başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür.

Malpraktisten doğan tazminat davaları çeşitli hukuki temellere dayandırılmaktadır. Tıbbi müdahale hatası vücut bütünlüğünün ihlali niteliğinde olduğundan haksız fiil kabul edilebilir. Ancak hasta ile hastane veya hekim arasındaki ilişki sözleşme ilişkisi olduğundan tıbbi hata sonucu oluşan zararların sözleşmeye aykırılıktan kaynaklandığı da söylenebilir. Tıp hukukunda tazminat nedenleri çoğu kez çatışmaktadır. Bu nedenle bu gibi durumlarda TBK 60. madde hükmü uygulanabilir. TBK’nun “Sebeplerin yarışması” başlıklı 60. Maddesine göre bir kişinin sorumluluğu birden çok sebebe dayandırılabilir ise hakim, zarar gören aksini ispat etmiş olmadıkça veya kanunda aksi öngörülmedikçe, zarar görene en iyi giderim imkanı sağlayan sorumluluk sebebine göre karar verir. Ayrıca acil durumlarda kendinde olmayan kişi ile sözleşme kurulamayacağından burada vekaletsiz iş görme hükümleri de uygulanmaya müsaittir. Zaruret halinde bulunan bir hastanın hayatını kurtarmak veya ağır zarara uğramasını engellemek için tıbbi müdahalede bulunan hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi bulunmaz. Yine, ameliyatın devamı esnasında ortaya çıkan bir zorunlu genişletme halinde, genişletilen kısım için de hekim ve hasta arasında herhangi bir sözleşme ilişkisi yoktur. Bu gibi durumlarda hekimin vekaletsiz iş görme hükümleri gereği sorumluluğu doğacaktır.⁶³

Hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisinin bulunması halinde, hekimin mesleğini icra ederken malpraktis kapsamında bir zarara sebebiyet vermesi durumunda hekim TBK 112. maddesi uyarınca sorumlu olacaktır. Yine hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisinin bulunmaması halinde hekimin mesleğini icra ederken malpraktis kapsamında bir zarara sebebiyet vermesi halinde hekim BK 49. maddesi uyarınca sorumlu olacaktır.⁶⁴

⁶³Hakeri, 2012:596-597.

⁶⁴Hakeri, 2012:596.

Malpraktis kapsamındaki zararın hekimin kullandığı yardımcı kişinin eyleminden kaynaklanması halinde hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi varsa hekimin sorumluluğu “Yardımcı Kişilerin Fiillerinden Sorumluluğu” düzenleyen TBK’nın 116. maddesine, hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi yok ise “Adam Çalıştırmanın Sorumluluğunu” düzenleyen TBK’nın 66. maddesine göre belirlenecektir.⁶⁵

Hekim TBK 66 ve TBK 116 kapsamında çalışan ve yardım eden sıfatı ile tıbbi müdahaleye dahil olan kişilerin fiillerinden doğan zararlardan da sorumludur. Ayrıca tıbbi müdahalede kullandığı malzemelerin kötü üretilmiş veya kötü şartlar altında muhafaza edilmiş olmasından dolayı hasta bir zarar görmüş ise burada da hekimin sorumluluğu mevcuttur. Hekimin malzemedeki ayıp için 3. kişilere rücu hakkı saklıdır.⁶⁶

Özel hastaneye teşhis, tedavi, sağlığının kontrolü, korunması gibi nedenlerle gelen hasta ile hastane arasında başvuru anından itibaren özel bir hukuk ilişkisi kurulmaktadır. Özel hastaneler ile hasta arasında kurulan sözleşmelere “Hastaneye Kabul Sözleşmesi” adı verilmektedir. Hastaneye kabul sözleşmeleri ise tam hastaneye kabul sözleşmesi, hekimlik sözleşmesi ilaveli tam hastaneye kabul sözleşmesi, bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesi olarak üçe ayrılır. Tam hastaneye kabul sözleşmesinde hasta ve hastane işleticisi arasında sözleşme ilişkisi mevcuttur. Hasta ve tedaviyi uygulayacak hekim arasında herhangi bir sözleşme ilişkisi yoktur. Bütün sorumluluk hastane işleticisindedir. Hekim burada ifa yardımcısı durumundadır. Hasta tıbbi hizmetlerin kötü uygulanmasından dolayı zarar görmüş ise hastane işleticisi aleyhine TBK 116 hükmü gereğince dava açabilir. Aralarında sözleşme ilişkisi mevcut olmadığından, hastanın sözleşmeye aykırılık nedeni ile hekim aleyhine dava açması mümkün değildir. Hekimlik sözleşmesi ilaveli tam hastaneye kabul sözleşmesinde, tıbbi tedavi, barındırma, yedirip içirme ve sair hastane bakımı şeklindeki bütün edimler hastaneye işleticisi tarafından üstlenilmiştir. Tıbbi tedavi ediminin ifası bakımından, hastane işleticisinin yanında hekimin de sözleşme gereği sorumluluğu vardır. Burada hasta tam hastaneye kabul sözleşmesine ek olarak hekim ile de ayrı bir sözleşme yapmaktadır. Hastane işleticisi ile hekim arasında müteselsil borçluluk ilişkisinin bulunduğu kabul edilmektedir. Bölünmüş hastaneye kabul sözleşmesinde ise hastanenin taraf olduğu iki ayrı sözleşme vardır. Tıbbi tedavi bakımından hastane işleticisinin herhangi bir sorumluluğu yoktur. Burada hekim hastanenin ifa yardımcısı konumunda değil, kendi borcunu ifa eden kişi durumundadır.⁶⁷

Özel hastane, hastaya karşı borcunu yerine getirirken özenle davranmak zorundadır. Aksi halde bu tür davranışlar malpraktise yol açacaktır. Özel hastane ile hasta arasında yapılan sözleşmede edimin ifa edilmesine yardımcı, yan edimler: aydınlatma, hastanın rızası, sadakat ve özen, sır saklama, kayda geçirme yükümlülükleridir. Söz konusu edimler asıl borcun yerine getirilmesine yardımcı olurlar. Bu sayılan yan yükümlülükler aynı zamanda hasta hakları olarak da karşımıza çıkmaktadır. Hekimin hastaya karşı yükümlülükleri Hasta Hakları

⁶⁵Hatırnaz Erol, 2015:283.

⁶⁶Hatırnaz Erol, 2015:283-284.

⁶⁷Hatırnaz Erol, 2015:96-104.

Yönetmeliği'nde düzenlenmiştir. Bu nedenle bu yükümlülükleri ihlal eden hastane ile ifa yardımcısı hekim hasta haklarını da ihlal etmiş olur ve bu nedenle de sorumluluğu olur. Bu yükümlülüklerden en çok ihlal edileni olarak uygulamada karşılaşılan aydınlatma yükümlülüğüdür. Aydınlatma yükümlülüğünün hastaya karşı yapılmaması, hastanın rızasının alınmaması, söz konusu edimler yerine getirilirken özenli bir şekilde davranmama malpraktise sebebiyet verir. Koruma yükümlülüklerinin ihlali de sorumluluğu gerektirir. Koruma yükümlülükleri, Türk Medeni Kanunu (TMK) madde 2'de düzenlenmiş bulunan dürüstlük kuralları gereğidir. Özel hastanede hastaya ait sırları ve belgeleri kayda geçirip saklamak, hastanın izni olmadan başkalarına açıklamamakla yükümlüdürler. Aksi durum özel hastanenin sorumluluğunu gerektirir.⁶⁸

5. ÜLKEMİZDE TIBBİ UYGULAMA HATALARI İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR VE ELDE EDİLEN VERİLER

Türk Tabipler Birliği Hukuk Bürosu'nun Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliğinin açıklamasını kaynak gösterdiği yazısında 2005- 2004 yılları arasında Sağlık Bakanlığı'na hatalı tıbbi uygulama nedeniyle açılan dava sayısı 416, hükmedilen tazminat toplam tutarı ise 6 milyon 200 bin Türk Lirası civarında olduğu belirtilmektedir. Yine aynı kaynağa göre sadece bir yılda toplanan prim miktarı ise yaklaşık olarak 80 milyon liradır.⁶⁹

Hekimlerinin uzmanlık alanları farklı oranlardaki malpraktis iddiaları ile ciddi şekilde ilişkilidir. Bu oranları açıklayan farklı teoriler bulunmaktadır. Ancak bunların üzerinde herhangi bir uzlaşma yoktur. Elbette hekimlerin zor prosedürleri uygulama sıklığı, hastaları yaşları, tutumları ve mevcut morbiditeleri gibi karakteristik özellikler, hasta hekim ilişkisinde bireysel farklılıklar, kusurlu bir tıbbi mesuliyet sigorta sistemi yada güncel sağlık yönetimi uygulamalarından etkilenecek büyük ölçüde değişebilir.

Malpraktis ve bu konudaki yeniliklere ilgi sürekli artmaktadır. Ancak malpraktis iddiaları ile karşılaşan hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımı, uzmanlık alanlarına göre yapılan ödemeler ve meslek yaşamı boyunca dava açılan hekimlerin kümülatif insidansı ile ilgili önemli bilgi eksiklikleri olduğu bir gerçektir.⁷⁰

Bu konuda en fazla veri sahip olduğu belirtilen Amerikan Sağlık Birliği tarafından yapılmış olan anketlerin sonuçları dahi çeşitli bilgilerdeki eksiklikler nedeniyle eleştiri konusudur. Bu çalışmaların her birinde verilerin çalışma dönemine kısıtlı olması, coğrafi verilerdeki eksiklik, katılımcıların verdiği cevaplar güvenilirliğini, hekimlerinin uzmanlık alanlarındaki bilgilerindeki eksiklikler, çalışmaya düşük katılım gibi eleştiri konularıdır.⁷¹

İngiltere'de 1991- 2005 yılları arasında 40916 hekimin değerlendirildiği bir çalışmada, Jena ve arkadaşları 25 uzmanlık alanında bu yıllar içerisinde malpraktis iddiaları ile karşılaşan hekimlerin oranı , tazminat ödemeye mahkum edilen hekimlerin oranı ve ödeme

⁶⁸Hatırmaz Erol, 2015:105-278.

⁶⁹Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2011:33.

⁷⁰Yorulmaz, Kaya, 2012;78: 9-21.

⁷¹Yorulmaz, Kaya, 2012;78:9-21.

miktarının büyüklüğü olmak üzere, malpraktis iddialarının üç yönünü değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada pediatri kliniklerde düşük riskli alanlarda saptanmıştır.⁷²

Türkiye’de benzer çalışmalardan ilki 1999-2003 tarihleri arasında İstanbul Tabip Odası’na (İTO) yansıyan hekim hataları iddialarının değerlendirildiği tez çalışmasıdır. Çalışmada cerrahi ve dahili tıp bilimleri ayrı ayrı malpraktis davaları ve oda onur kurulunun aldığı kararlar verilmiştir. Bu sonuçlara bakıldığında, çocuk sağlığı ve hastalıkları malpraktis davalarında 3.sırada (%1, 74) yer almakta, birinci sırada nöroloji, ikinci sırada kardiyoloji yer almaktadır.⁷³

2001- 2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu 1. Ve3. İhtisas Dairesinde değerlendirilen, bir uygulama hatası iddiası bulunan ya da ölümle sonuçlanan olguların ele alındığı Pakiş’in tez çalışmasında pediatri klinikleri % 8.4 oranıyla dördüncü sırada yer almaktadır. Birinci sırada acil, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi bulunmaktadır.⁷⁴

Şanyüz ve arkadaşların çalışmasında ise, 2009 yılında 3. adli tıp ihtisas kuruluna tıbbi uygulama hatası nedeniyle başvuran 707 olgu incelenmiştir. Toplam 707 olgunun 510 da sağlık personelinin uygulamaları tıp kurallarına uygun bulunmuştur. Uygulamaların tıp kurallarına uygun olmadığına karar verilen olgu oranı ise % 27 olarak saptanmıştır. Burada da çocuk hastalıkları % 16 oranıyla birinci sırada tespit edilmiştir.⁷⁵

Adli Tıp Kurumu üçüncü ihtisas kurulu hatalı tıbbi uygulama verilerine bakıldığında, rakamların 2010 yılı için yaklaşık 1000 iken, 2011 yılında 2000 li sayıları ulaştığı görülmektedir. 2000’li yıllardan itibaren progresif bir artış bulunduğu saptanmıştır.⁷⁶

Uluslararası literatürde sunulan verilerin sıklıkla tıbbi mesuliyet sigortası yapan şirketlere ait olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise bu veriler genellikle bilirkişilik kurumlarına gelen olguları yansıtmaktadır. Bu durum da bazı yanılsamalara neden olmaktadır. Örneğin, Sağlık Bakanlığı verileri Yüksek Sağlık Şurası kaynaklıdır. Ancak günümüzde şura için başvuru zorunluluğu kaldırılmıştır. Bilirkişilik kurumlarının verilerinin kullanılmasının diğer bir dezavantajı ülkedeki branşlara göre hekim sayısı dikkate alınmadan sadece haklarında malpraktis davaları olanların çalışmaya dahil edilmesidir. Bu da istatistiksel olarak uzman sayısının görece fazla olduğu branşlarda malpraktis oranlarının yüksek bulunmasına sebep olmaktadır.⁷⁷

Branşlara göre malpraktis iddialarının oranlarını bilmek yukarıda belirtildiği gibi en fazla risk değerlendirmesi yapacak olan sigorta şirketlerini ilgilendirmektedir. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından 23.06.2011 tarihinde oluşturulan data'lara göre, dosya adetleri güncel olarak sigortacıların sigortalılıkları hekimlerle ilgili ihbar sayıları veya açılmış

⁷²Yorulmaz ,Kaya, 2012;78:9-21.

⁷³Yorulmaz ,Kaya, 2012;78:9-21.

⁷⁴Yorulmaz ,Kaya, 2012;78:9-21.

⁷⁵Şanyüz, Birgen, İçmeli,Yorulmaz, Gökdoğan, 2010:Sözel Sunum.

⁷⁶Yorulmaz, Kaya, 2012;78:9-21.

⁷⁷Yorulmaz, Kaya, 2012;78:9-21.

dava sayılarını göstermektedir. Henüz sigorta şirketlerinde de sağlıklı bir kayıt sisteminin oluşturduğu söylenemez. Bu verilere göre çocuk sağlığı ve hastalıkları 8. sırada yer alıp toplam içindeki payının % 2.26 oranında olduğu görülmektedir. Önümüzdeki yıllarda bu verilerin uluslar arası yayınlarda olduğu gibi dava sonuçlarını da içeren sağlıklı bilgileri dönüşeceği umut edilmektedir. Bu aşamada veriler için profesyonel danışmanlık alınması gerekliliği de göz ardı edilmemelidir.⁷⁸

Tüm bu veriler ışığında malpraktis in neden sık gündeme gelen kaygı oluşturan bir başlık olduğu daha açık ortaya çıkmaktadır.

⁷⁸Yorulmaz, Kaya, 2012;78:9-21.

II. BÖLÜM: ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ALANINDA TIBBİ UYGULAMA HATALARI

1. ÜLKEMİZDE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ALANINDA TIBBİ UYGULAMA HATALARI VE BU KONUDA YAPILAN ÇALIŞMALARA AİT VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2004-2006 tarihleri arasında Adli Tıp Kurumu 3. Adli Tıp İhtisas Kurulunda uygulama hatası ile gönderilen ve karara bağlanan toplam 1563 olgunun 105'inin (%6.7) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları kliniklerinden olduğu saptanmıştır. Sarıca ve arkadaşlarını yaptığı bu çalışmada, uzmanlık alanlarına göre dava edilme sıralamasında çocuk sağlığı ve hastalıkları ile ilgili olgular kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, dahiliye, ortopedi ve travmatoloji alanını takiben 5.sırada yer almıştır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında hizmet veren sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarına yönelik iddialar nedeniyle incelenen ve karara bağlanmış olan 105 olgu, yaş, cinsiyet, ortaya çıkan zarar, olayın meydana geldiği sağlık kuruluşu, sağlık personelinin niteliği, tıbbi uygulama hataları olup olmadıkları bakımından incelenmiştir. 105 olgudan 85(%81)'inin ölümle sonuçlandığı, 105 olgunun %73.3'ünü 0-24 aylık çocukların oluşturduğu görülmüştür.⁷⁹

Özkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise doktor hatası iddiası olan 0-1 yaş grubu olguların, 0-18 yaş olgulara oranı %48.1, tüm olgulara oranı %12.5 olarak bulunmuştur.⁸⁰

Sarıca ve arkadaşlarını yaptığı bu çalışmada, TUH (Tıbbi Uygulama Hataları) belirlenen 32 olgunun 25'i (%78) ölümle sonuçlanmıştır. Tıbbi uygulama hatası belirlenen 32 (%30.5) olgu içinde en çok tanıya bağlı hatalar (%53.2), ikinci sırada (%37.5) tedavi ve takip yetersizlikleri saptanmıştır. %15.2 olguda, ifadelerdeki çelişkiler sebebiyle ölüm nedeni belirlenememiş olması ve buna bağlı olarak tıbbi uygulama ile ortaya çıkan zarar arasında bir illiyet bağı olup olmadığının anlaşılmasından, tıbbi kayıtlardaki eksiklikler gibi nedenlerden dolayı TUH yönünde herhangi bir görüş belirtilememiştir. Dava konusu olan sağlık kuruluşları incelendiğinde; devlet hastaneleri %45 oranıyla birinci, özel hastaneler-poliklinikler-muayenehaneler (%28.5) ikinci sırada yer almaktadır. Diğerleri ise sırasıyla; Sağlık ocağı (%14.3), Üniversite Hastaneleri (%7.7), Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri (%3.8) dir. TUH açısından 112 hekimin eylemi incelendiğinde Çocuk sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarının %21.2'sini ve pratisyen hekimlerin ise %33.3'ünün kusurlu bulunduğu görülmüştür.⁸¹

Türk Tabipler Birliği TUH ile ilgili 1982-2001 yılları arasında başvurulmuş olan dosyalarda Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının % 6.1 oranıyla 8. sırada yer aldığı görülmektedir.⁸²

⁷⁹Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009:884-889.

⁸⁰ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiç, Yıldırım, Elmas, 2011;48: 151-158.

⁸¹ Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009;29(4):884-889.

⁸²Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009;29(4):884-889.

ABD Uzman Hekimler Sigorta Birliği (PIAA) tarafından bu konuda yapılan ve ABD verilerinin yaklaşık %25'ini içeren bir araştırmada ise 20 yıllık süreç içerisinde en sık TUH ile karşı karşıya kalan 28 değişik uzmanlık alanı arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanı %2.97 oranıyla 10.sırada yer almıştır.⁸³

Özkaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Adli Tıp Kurumuna 2002-2006 yılları arasında gönderilen 3.ihtisas kurulunca incelenen ve TUH iddiası bulunan 0-18 yaş grubundaki 378 olgunun yer aldığı çalışmada 109 (%28.8)olguda TUH olduğu belirlenmiştir. 74 olguda (%19.6) TUH olup olmadığı belirlenememiştir. 219 (%57.9) olguda ortaya çıkan zarar ölüm olarak saptanmıştır. TUH olduğu belirlenen 109 olgu incelendiğinde 59 (%54.1) tanı yetersizliği,42 (%38.5) tedavi ve takip yetersizliği belirlenmiştir.⁸⁴

Bu çalışmada çocuk hekimlerinin kusur nedenlerine bakıldığında; konsültasyon istememek (%5), gereken sağlık kurumuna sevk etmemek (%3), yatması gereken hastayı eve yollamak (%4), takipte özen eksikliği (%3), eksik ve özensiz muayene (%2), gerekli tetkikleri ve grafileri istememek (%1), doğru teşhis koyamama, doğru tedavi vermeme (%1), çağrıya zamanında uymama (%1), meslekte acemilik, yetersizlik (%1) gibi nedenler saptanmıştır.⁸⁵

Aynı çalışmada TUH iddiası içeren olgular yıllara göre değerlendirildiğinde, 2004 yılından itibaren TUH iddiası sayısında önemli bir artış (%104) göze çarpmaktadır.⁸⁶

Pakiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 2001- 2005 yılları arasında TUH iddiası sayısında %160' lık bir artış saptanmıştır. Yorulmaz'ın yaptığı çalışmada 1999-2003 yılına kadar olgu sayısında %42 oranında artış saptanmıştır. 2004 yılından itibaren bu yana artış görölen TUH iddialarının , özellikle değişen sağlık mevzuatı (hasta hakları yönetmeliği, 2004 yılında kabul edilen 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu)ve sağlık çalışanlarının geleneksel hasta hekim ilişkisindeki otoriter yapıdan farklı olan bu sürece (alo şikayet hattı, doktor seçme hakkı vb.) uyum sağlamada yaşanan zorluklar ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir.⁸⁷

Aynı çalışmada dava konusu sağlık kuruluşları incelendiğinde olguların %52.7'sinin devlet hastanelerine, %16.4 özel hastanelerine, %9.3'ünün üniversite hastanelerine açılmış davalar olduğu görölmektedir.⁸⁸

Bu çalışmada dava konusu olan olguların sağlık kuruluşlarının hangi bölümlerinden şikayetçi olduklarına bakıldığında ise en büyük oranı (%19)acil servislerin aldığı,ikinci sırayı (%17) kliniklerin izlediği görölmüştür.⁸⁹

Aynı çalışmada TUH uygulama gerçekteştiren sağlık çalışanları incelendiğinde hekimler ilk sırayı almakta, hekimler arasında da çocuk uzmanları (%25.53), pratisyenler (%18.42) çoğunluğu oluşturmaktadır.⁹⁰

⁸³ Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009;29(4):884-889.

⁸⁴ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım,2011;46: 151-158.

⁸⁵ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁸⁶Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁸⁷Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁸⁸Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁸⁹ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁹⁰Özkaya , Yılmaz ,Can,Pakiş, Yıldırım,2011;46: 151-158.

Teke ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin %57.7'sinin TUH ile ilgili yeni yasal düzenlemelerle ilgili bir bilgi almadıkları belirlenmiştir.⁹¹

Bu çalışmada olguların %60.3'ünde TUH olmadığı yönünde karar verilmiştir.⁹² Bu da olguların ¾'ünde TUH iddialarının asılsız çıktığını göstermektedir. TUH iddialarının asılsız çıktığı, kısıtlı sayıdaki çalışmalardan, TUH iddialarının asılsız çıkma oranları, Büken'in çalışmasında %69.2, Yorulmaz'ın çalışmasında %77, Pakiş'in çalışmasında %68, Lynch ve ark. çalışmasında %46 oranında bildirilmiştir.^{93 94}

Özkaya ve arkadaşlarının çalışmasında pediatri birimlerinde en çok yapılan tıbbi hataların, reçete yazımında ve yanlış ilaç dozu uygulanması şeklinde olduğu tespit edilmiştir.⁹⁵

2. ÜLKEMİZDE ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ALANINDA TIBBİ UYGULAMA HATALARININ ÖNLENMESİ İÇİN YAPILMASI GEREKENLER

Ülkemizde yapılan çalışmalar, tıbbi uygulama hatalarının çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında sık gözlemlendiğini göstermektedir. Özellikle 0-24 (çoğunlukla 0-12 ay) aylık çocuklarda daha fazla şikayet ve tıbbi uygulama hatasının söz konusu olması ve hastalık grupları içerisinde de alt solunum yolu enfeksiyonlarının en sık olarak gözlenmesi, bu yaş grubundaki sağlık kuruluşuna başvuran çocukların tıbbi tedavilerinin ve takibinin daha özenle yapılması, mutlaka çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları tarafından muayenelerinin sağlanması hususunda dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir.^{96 97}

Çocuklara yönelik uygulamalarda her türlü araştırma ve tedavi zor olduğu kadar, tıbbi uygulama hatalarına bağlı herhangi bir zararın sonuçlarını ömür boyu taşıyacak olma olasılığı da yüksektir. Özellikle iki yaşın altındaki çocuklarda, acil servisler ve yoğun bakım birimlerinde TUH oldukça yaygındır. Bu nedenlerle çocuklara yönelik uygulamalarda onların gelişim aşamaları dikkate alınarak farklı bir yaklaşım gereklidir. Bu durum görevini yaparken bir doktor için olabilecek zorlukları da birlikte getirmektedir.⁹⁸

0-18 yaş grubunda perinatal dönem olgularının (ölü doğum ve yeni doğan ölümleri) tıbbi uygulama hatası suçlamaları arasında önemli yer tuttuğu bilinmektedir. Ailelerin çok hassas bir dönemlerinde bebeklerinin kaybı ile yaşadıkları stres ve çoğu olguda ölüm nedenlerinin bilinmeyişi, bu dönemde doktorlar hakkında şikayetçi olmalarına yol açmaktadır.⁹⁹

⁹¹Teke, Alkan, Ahmet, Başbulut, Cantürk, 2007;4(2):61-67.

⁹²Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁹³ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, 2011;46: 151-158.

⁹⁴Yorulmaz, Kaya, 2012;(78):9-21.

⁹⁵Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas, 2011 : 151-158.

⁹⁶ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas, 2011;46: 151-158

⁹⁷ Sarıca, Ertan, İçmeli, Birgen, Ovalı, 2009;29(4):884-889.

⁹⁸Yılmaz, Pakiş, Turan, Can, Kabakuş, Gürpınar, 2010;45: 31-36.

⁹⁹Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas, 2011;46: 151-158.

Çocuk kliniklerinde TUH iddiası ile açılan davaların 1/5'i acil serviste meydana gelen doktor-hasta ilişkisi nedeniyledir. Acil birimlerdeki olgular doktorların çalışma temposu ve hastalara yapılan girişimler açısından daha riskli olgulardır. Doktorun hemen inisiyatif kullanmasını gerektiren bu olguların çoğu hayati tehlikesi olan hastalardır. Acil birime gelen hastaların çok farklı bulgularla gelmesi ve bunun çok geniş bir yelpazeye yayılması nedeniyle, hata yapılması olasılığı çok yüksektir.¹⁰⁰

Sonuç olarak, güncel sağlık sistemimizde çocuk hastalar, cerrahi müdahaleler dışında, pratisyen, aile hekimi ve çocuk uzman-asistanları tarafından, aciller, çocuk klinikleri, aile sağlığı merkezlerinde kabul edilmektedir. Son yıllarda çocuk hastalarla alakalı tıbbi uygulama hatası ile gelen dosyaların sayısında artış olup, çocuk doktorları ve acillerde çalışan pratisyen doktorlar en çok suçlanan grubu oluşturmakta ve kusur cezası almaktadır. Devlet hastanelerinde tıbbi hatalar en fazla olup, bu durum muhtemelen gelen hasta sayısı ile ilişkilidir. Acil servislerde çalışanların en fazla suçlandıkları göz önüne alındığında, hekimlerin daha dikkatli olmaları, daha sık konsültasyon yapmalarının gerektiği ortadadır.

Ayrıca, hastanın yatırılması durumunda ise; özenli muayene, tedavi ve takip edilmesi; başka sağlık kurumuna sevk edilmesi gerekiyorsa sevk esnasında hastanın sağlığı ile ilgili olarak daha özenli olmaları gerekmektedir. Bunların yanında, hastaya ve yakınlarına ayrıntılı bilgi verilerek önerilen tedavinin komplikasyon ve yan etkileri mutlaka hastanın 12 yaş üzeri çocuklar olduğu durumlarda bilgilendirme gereklidir veya ebeveynlerinin anlayacağı dil ile anlatılmalıdır.¹⁰¹

3. TIBBİ UYGULAMA HATALARINI ÖNLEMEK İÇİN SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILMASI GEREKENLER

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında yaşanan aksaklıklar nedeni ile son yıllarda daha kalıcı ve hızlı çözümler araştırılmaktadır. Hata yapan sağlık çalışanlarının daha etkin değerlendirilmesi için bir takım yasal düzenlemeler yapılmış ve yeni önlemler de gündeme gelmiştir. Hasta hakları yönetmeliği ile hastaların hakları korunurken, sağlık çalışanları ile ilgili düzenlemeler çok gerilerde kalmıştır. Yeni ve ağırlaştırılan koşulların, açılan birçok davada hekimlerin ceza ve tazminat sorumluluğu ile karşı karşıya kalması sonucunu doğuracağı öngörülebilmektedir. Türkiye'de hiçbir doktor kendisini tıbbi uygulama hatası davalarının uzağında göremez. Bu gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılması, ancak doktorun kendi mesleği ile ilgili yetki ve sorumluluklarını, bunların yasal dayanaklarını iyi bilmesi ve uygulamalarına yansıtması ile mümkün olacaktır. Bu nedenle konu ile ilgili hekimlerin bilgilendirilmesinin önemi her geçen gün artmaktadır.

Yapılan çalışmalarda hasta ile daha iyi iletişim kuran, hastalığı ile ilgili gerekli bilgiyi veren ve aydınlatılmış onam konusunda titiz davranan sağlık çalışanlarını, hastaların %55

¹⁰⁰Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas,2011;46:151-158.

¹⁰¹ Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas,2011;46:151-158.

oranında daha az şikayet etikleri saptanmıştır. Görev alanlarına göre değerlendirmede TUH'nın öncelikle hekimleri ilgilendirdiği görülmektedir. Ancak ebe, hemşire, ameliyathane teknisyeni, eczacı gibi diğer sağlık çalışanına da hatalı uygulama kararı verilmiştir.¹⁰²

Sağlık çalışanları, hizmet verdikleri varlık insan olduğu için oluşabilecek tıbbi hatalar konusunda oldukça dikkatli olmak durumundadırlar. Oluşabilecek zararlar içinde en büyük olanı hastanın ölümüdür. Diğer zararlar ise sakatlıklar, artmış sağlık harcamaları ve üretim kaybı olarak sıralanabilir. Geniş çaplı bakıldığında tıbbi hatalar sistemin kalitesizliğinin veya kalitesinin doğrudan bir göstergesidir.¹⁰³

En önemsiz tıbbi hata bile, hekim/hasta arasında olması gereken güven ilişkisini bozacak ve sağlık hizmetini aksatacaktır. Hekimler yapılan tıbbi hatadan dolayı hasta ve hastanın ailesini konu hakkında bilgilendirmeli ve özür dilemelidir. Ama genel bir dürtü olarak yapılan tıbbi hata gizlenmeye çalışılır. Hekimler ünlerine zarar geleceğinden ya da hastanın tıbbi hatayı öğrenmesinden sonra kendisine dava açabileceğini düşünerek yaptığı hatayı genellikle gizleyip hastadan özür dilemezler. Tıbbi hatayı hastanın başkasından öğrenmesi hekim/hasta arasında olması gereken güven ilişkisini bozar ve hekimin soğuk vicdansız biri olarak değerlendirilmesine, ayrıca hasta tarafından hakkında dava açılmasına neden olur.¹⁰⁴

Sağlık hizmeti verilirken oluşabilecek tıbbi hataların ortadan kaldırılabilmesi ya da en aza indirilmesi için yapılması gerekenler:

- Sağlık eğitim sisteminde değişiklikler yapılması gereklidir.
- Sağlık personelinin klinik eğitim deneyimi de dahil, tıp eğitiminin seviye ve niteliği yükseltilmeli, hekimler için tıbbi hizmetin niteliğini artıracak programlar tasarlanmalıdır.
- Tıp eğitimi meslektaşlar arasında dayanışma sağlanacak ve yaklaşımlar aşağılayıcı olmayacak şekilde değiştirilmeli, böylece genç sağlık personelinin daha kıdemli meslektaşlarından rahatlıkla rehberlik ve danışmanlık isteyebilmesi sağlanmalıdır.¹⁰⁵
- Hemşirelik eğitiminde branşlaşmanın yaygınlaştırılması gereklidir.
- Sağlık hizmeti sunumunda sağlık çalışanlarının dikkat etmesi gereken önemli noktalar;
- Kayıtların çok düzenli olarak tutulması ve saklanması,
- Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,

¹⁰²Özkaya, Yılmaz, Can, Pakiş, Yıldırım, Elmas, 2011;46:151-158.

¹⁰³Karataş, Yakıncı, 2010;17(3):233- 236.

¹⁰⁴Karataş, Yakıncı, 2010;17(3):233- 236.

¹⁰⁵Koç, Yorulmaz, 1999;45-61.

- Hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,
- Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
- Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımının sağlanması,
- Onam alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun hekim tarafından saklanması,
- Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.
- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek uygulamaların standartlarının belirlenmesi ve her düzeyde çözüm üretilmesi,
- Özellikle medikasyon (ilaç uygulaması) hatalarının önlenmesinde önemli rol oynayacak olan klinik eczacılık uygulamalarının sağlık hizmeti sunumunda yer alması, ayrıca advers etkilerin Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne bağlı bir birim olan "Farmakovijilans Merkezi"ne elektronik ortamda bildirilmesi,
- Tıbbi hataların çekinmeden bildirilmesi ve cezalandırmanın olmadığı bir ortamın sağlanması,
- Sağlık çalışanlarına konuyla ilgili eğitim verilmesi, mezuniyet sonrası tıp eğitimine önem verilmesi,
- Sağlık çalışanlarının çalışma koşullarının düzeltilmesi gerekmektedir.
- Kronik yorgunluk ve uykusuzluğu önlemek için hekimlerin uygun saatlerde ve uygun ortamlarda nöbet tutmalarını sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık personeli (hekim, hemşire vb.) arasında genellikle normal kabul edilen aşırı uykusuzluk ve kronik yorgunluk hatalara neden olan en önemli faktörlerdir.
- Ülkemizde sağlık personeli geçinebilmek için ikinci bir işte çalışmak durumunda bırakılmakta, mesleğine ve kendisine yabancılaşmaktadır. Zor çalışma koşullarına geçim derdini, aşırı yorgunluk ve uykusuzluğu eklerseniz, hatasız uygulama yapmanın bu koşullarda çok güç olduğunu görürsünüz.
- Özlük haklarının düzeltilmesine yönelik çalışmalara tüm hekimler destek vermelidirler.
- Uzmanlık derneklerinin öncelikle kendi uzmanlarının görev alanlarını belirlemeleri gerekmektedir.
- Tıbbi hataların önlenmesi için kaynak ayrılması, hata ve zarar oluşumunu önlemede sisteme odaklı yaklaşım benimsenerek, oluşan zararın geriye dönük irdelenmesi, hatanın zarara dönüşümüne engel olunmasını sağlama bakımından önem taşımaktadır. Günümüzde 'Hasta Güvenliği', içinde mühendislik dallarını da içeren multidisipliner bir çalışma alanına doğru yönelmektedir. Bu konuda geliştirilmekte olan uluslararası standartlara göre hizmet

sunumu yeniden değerlendirilmeli, riskleri azaltacak önlemler uygulanmalıdır. Bireyleri cezalandırmak yerine hataların geri bildirimini sağlayacak koşullar yaratılmalıdır.¹⁰⁶

- Bütün sayılanların bir kültür olarak yerleşmesi yapılan tıbbi hataları oldukça azaltacaktır. Bu kültürün oluşturulması kolay değildir. Kurumsal kültür, tüm organizasyonu bir arada tutan önemli bir unsurdur. Organizasyonun nasıl yürüdüğü o kurumun kültürünü oluşturur. Eğer katı kalıplar içinde kalınmış ve iyi/güncel olana değişim ihtiyacı yoksa yeni bir kültürün oluşması da oldukça zor olacaktır.¹⁰⁷

Klinik uygulama rehberleri, eğitim programları, hastalara kullanılan ilaçların sorumlu eczacılar tarafından izlenebildiği bilgisayar programlarının geliştirilmesi ve hizmet alıcıların (Sosyal Güvenlik Kurumu gibi) tıbbi hataların az yapıldığı kurum kültürüne sahip kurum/kuruluşları tercih etmesi ve yeterli yasal düzenlemelerin yapılması sağlık hizmeti verilirken tıbbi hata yapılmasını engelleyecek veya en az seviyeye getirecektir.¹⁰⁸

¹⁰⁶Civaner, 2011;46:6-11.

¹⁰⁷Karataş, 2010;17(3):233-236.

¹⁰⁸Akalın, 2004;18(Ek2):12-13.

SONUÇ

Ülkemizde özellikle çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında tıbbi uygulama hataları konusunda yeterli bilimsel verilerin olmaması sağlık personelinin bilinçlenmesini engelleyen önemli bir faktördür. Bu konuda yeterli ve çok sayıda bilimsel çalışma yapılması için çocuk klinikleri yöneticileri, uzman ve asistanları teşvik edilmeli, Tabip Odaları ve Adli Tıp Kurumu ile işbirliği yapılmalıdır.

Tıbbi Uygulama Hataları ile ilgili olarak, pediatri kliniklerinde çalışan uzman, asistan, pratisyen, acil tıp asistanı, aile hekimlerinin hizmet içi eğitimlerin yanı sıra hukuki sorumlulukları bakımından da bilgilendirilmesi gerekmektedir. Ne yazık ki bu alanda çalışan hekimler hukuki sorumlulukları açısından yeterli bilgiye ve bilince sahip olmadıkları gözlenmektedir.

KAYNAKÇA

Akalın HE. Hasta güvenliği kültürü: Nasıl geliştirebiliriz? ANKEM Derg 2004; 18(Ek 2):s.12-13.

Akyıldız S, Çelik F, Hakeri H, Somer P. Tıp Hukuku Atölyesi-1.Seçkin Yayıncılık. Ankara,2013.

Ayan M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk.Ankara,1991.

Civaner M. “Malpraktis” yerine “hizmet kaynaklı zarar”. Türk PediatriArşivi. 2011;46:6-11.

Doğan M. Hukuki Sorumluluk Bakımından Hekimin Kusuru ve İspatı. Ankara, 2007;39-55

Ertem G, Oksel E, Akbıyık A. Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) ile İlgili Retrospektif Bir İnceleme .Dirim Tıp Gazetesi 2009; yıl: 84 sayı:1(1-10).

Hakeri H. Tıp Hukuku. Seçkin Yayıncılık.Ankara, 2012.

Hatırmaz Erol G. Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları. Seçkin Yayıncılık. Ankara 2015.

Karataş M, Yakıncı C. Tıbbi Hata Nedenleri ve Çözüm Yolları İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17 (3) 233- 236(2010).

Kılıçoğlu A. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Turhan Kitabevi, 19. Baskı, Ankara 2015; 286 vd.

Koç S. Yasal Düzenlemeler Çerçevesinde Hekim Sorumluluğu. Türkderm. 2007;41:33-38.

Koç S, Yorulmaz C. Hekimin Yasal Sorumlulukları; Soysal Z, Çakalır C (editörler). Adli Tıp. Cilt 1. İstanbul: İU Cerrahpaşa Tıp Fak Yayınları, 1999;45-61.

Merriam-Webster’s Collegiate Dictionary. Massachusetts: Merriam Webster; 1996.

Nomer H. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Beta Yayınevi, 13.Baskı, İstanbul 2013.

Özkaya N, Yılmaz R, Can M, Pakiç I, Yıldırım A, Elmas İ. Tıbbi uygulama hatası iddiası ile Adli Tıp Kurumu’na gönderilen 0-18 yaş grubu olguların değerlendirilmesi.Türk Ped Arş 2011; 46: 151-8.

Sağlık Alanında “Hizmet Kaynaklı Zarar”: Hekimler Ne Diyor? Birinci Baskı, Haziran 2011, Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, ISBN978-605-5867-46-1.

Sarıca N, Ertan A, İçmeli ÖS, Birgen N, Ovalı F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Alanında Tıbbi Uygulama Hatası İddiası Bulunan Olguların Adli Tıp Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(4):884-9.

Somer P. Tıbbi Kayıtlar, Ankara Barosu III. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara Barosu Yayınları, Ankara 2011, sh.526-553.

Somer P. Komplikasyon Yönetimi. Akyıldız S, Hakeri H, Çelik F, Somer P, (Ed.: Akyıldız S.) Tıp Hukuku Atölyesi-I, 1. Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2013:104-128.

Şanyüz Ö, Birgen N, İçmeli ÖZ, Yorulmaz AC, Gökdoğan C. Tıbbi uygulamalar ile ilgili tazminat davalarının uzmanlık alanlarına göre dağılımının ve zorunlu sağlık sigorta primlerinin kademelenmesi, 9. Adli Bilimler Kongresi, sözel sunum, İzmir.

Teke HY, Alkan HA, Ahmet Z, Başbulut AZ, Cantürk G. Tıbbi Uygulama Hataları ile İlgili Kanuni Düzenlemelere Hekimlerin Bakışı ve Bilgilenme Düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007;4(2):61-7.

Tuğcu H, Yorulmaz C, Koç S. Hekim Sorumluluğu ve Tıbbi Malpraktis. İstanbul. Klinik Gelişim. 2009;6-10. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1988.

Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu Basımevi; 1988.

Türkiye İstatistik Kurumu Resmi Sitesi: www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 19.10.2015).

Türk Tabipleri Birliği, Hekimlik mesleki etik kuralları. <http://www.ttb.org.tr/index.php/component/content/article/15-genel/552-hekl-meslek-etkurallari> (Erişim tarihi: 07.06.2015).

Yılmaz R, Pakiş I, Turan N, Can M, Kabakuş Y, Gürpınar SS. Adli Tıp Kurumu Birinci Adli Tıp İhtisas Kurulu'na ölüm sebebi verilen 0-1 yaş grubu bebeklerin ölüm sebebi açısından değerlendirilmesi. Türk Ped Arşivi 2010;45: 31-6.

Yorulmaz AC, Kaya A. Tıbbi Malpraktisin uzmanlık alanlarına dağılımı ve karşılaşılan nedenler. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hekimlik Uygulamalarının Adli Tıbbi Güncellemesi Sempozyum Dizisi No: 78 • Ekim 2012; s. 9 – 21.