

Tıbbi etik, malpraktis ve defansif tıp

Prof. Dr. Mustafa Altındış



1966 yılında Konya'da doğdu. Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi'nden 1989'da mezun oldu. Aynı fakültenin Mikrobiyoloji Anabilim Dalında doktora eğitimini tamamladı. 1999 yılında Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalına kurucu öğretim üyesi olarak atandı. 2002 yılında Viroloji Bilim Doktoru, 2005 yılında Klinik Mikrobiyoloji Doçenti oldu. Erasmus kapsamında Macaristan ve Avusturya'da misafir öğretim üyesi olarak bulundu. Bir yıl kadar görevli bulunduğu İngiltere NHS Leeds Teaching Hospitals'de laboratuvar kalite sistemlerini inceledi, moleküler viroloji referans laboratuvarında çalıştı. Mayıs 2011'de AKU Tıp Fakültesinde profesörlük kadrosuna atanan Dr. Altındış, Haziran 2013 tarihinden itibaren Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji AD Başkanlığı görevine atanmış olup halen Eurorotanet Projesi Türkiye Koordinatörlüğü yanı sıra 2 ayrı TÜBİTAK projesini de yürütmektedir.

Oncelikle zarar vermeme, yararlı olma, hasta mahremiyeti, kişiye özel haklar (hasta hakları) gibi konuları irdeleyen sağlık uygulamalarında etik kavramı, sağlık yapılanmasında değişen yaklaşımlar ve ritüeller sebebiyle sağlık hizmetlerinde öncelikli konu haline gelmiştir. Bilim ve teknolojinin sağladığı ivme ile sağlık alanında çok büyük gelişmeler elde edilirken, adli tıp, genetik araştırmalar, ötenazi, organ nakilleri, tüp bebek, klonlama, doku/kordon kanı bankacılığı, veri mahremiyetleri, hasta hakları, tıbbi araştırmalarda yer almada gönüllülük gibi konulara değin pek çok tıbbi konu ve uygulamanın tartışıldığı, sınırlamalar konduğu, değerler ve hekim-hasta ilişkilerinin güncellendiği sağlık politikaları arasında etik te ciddi anlama ve değişim sürecini yaşamıştır.

A. Tıbbi etik

Sağlık hizmetlerinde etik deyince öncelikle akla gelen hasta ile hekim arası ilişki sınırlarını/kalitesini belirleyen "tıp etiği"dir. Tıp etiği bütüncül yaklaşımla tüm sağlık çalışanlarını kapsama du-

rumundadır. *Tıbbi etik*, sağlık hizmeti sunumundaki kalite konularının, çatışmalarının irdelendiği ve çözüm yolları oluşturularak sonuçlandırılan bir disiplindir. Sağlık üniteleri, fiziksel yapı ve ileri teknolojik yatırımlara gösterdikleri özeni sağlık personelinin etik eğitimlerine de vermelidirler. Aksi halde, ileri teknoloji ve donanımlı personele sahip sağlık ünitelerinde, hastaların beklenti ve memnuniyetlerinin karşılanamaması bir yana hukuksal sorunlar da gözlenebilecektir. Sağlık sistemlerindeki etik eğitimin nihai amacı; eğitim, etik bilgi ve kavramlarının davranış değiştirecek ve yaşam biçimine yansiyacak kadar köklü olmasıdır.

Günümüzde sağlık sistemleri ve hizmet sunucuları, personelinin, etik davranışlar, hasta-çalışan iletişimi, hasta hakları, etik kurulların oluşturulması ve çalıştırılması yönünde yapacakları düzenlemelerle, gerek sağlık çalışanı ve gerekse sağlık hizmeti alan bireylerin memnuniyetlerine önemli katkılar sağlayabileceklerdir. Personel için eğitimler, daha uygun çalışma koşullarının sağlanması ve olumlu motivasyon, onların etik sorunlarla kolay başa çıkabilmelerini sağlayacaktır. Etik ilkelerin kuruma ve çalışanlarına mal olması, etik iklimin kurum

kültürü haline gelmesi ile kalite, akreditasyon ve hasta güvenliği konularında da ciddi mesafeler alınacaktır.

B. Tıbbi malpraktis

Malpraktis, "*kötü, hatalı uygulama*" anlamında bir kelime olup uygulamada; meslek mensubunun, görevini icra ederken oluşan hatalı, kusurlu davranışlarını anlatmada kullanılır. Tıbbi malpraktis kavramı ise "sağlık çalışanlarının tedavi edici girişimler esnasında, standart güncel uygulamayı yapmaması, hatalı kusurlu davranışları, beceri yetersizliği veya hastayı tedavi etmemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi uygulama hataları, ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan tüm sağlık personelinin, müdahale ve/veya önerileri sonucu, hastalığın olumsuz seyir izlemesi, iyileşmenin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki olumsuzlukların tamamını içermektedir.

Malpraktis oluşumu çoğunlukla birden fazla nedenle ilişkilendirilmekte olup insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik, dalgınlık,



aşırı yorgunluk, acelecilik...), çevresel faktörler ve tıbbi cihaz hataları (bakımsız, kalibre olmayan, arızalı) birlikte hata oranlarını artırmaktadır.

Sağlık çalışanının bir hastaya müdahale esnasında nasıl davranması gerektiği, bu konuda kendisinden nelerin beklendiği, yapıp yapmaması gereken işler; evrensel tıbbi etik ve deontolojik kuralları, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinler yanı sıra; genel ahlak kuralları, örf ve adetler gibi sosyal çerçeveler ile de belirlenmiştir. Bir diğer anlaşma çerçevesi ise; sağlık çalışanı ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşmedir. Hasta, hekimine sağlık sorununu açıp hastalık hikayesini anlatmaya, hekimde dinlemeye başladığı andan itibaren aralarında bir taahhütname oluşur. Hekim bu sözleşme ile hastaya sonucun iyi olacağına sözünü veremez ama hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için uğraş sarf edeceğine, tüm deneyim ve yeteneğini onun sağlığı için kullanacağına, sırlarını koruyacağına, kayıtlarını düzgün ve güvenilir olarak tutup saklayacağına ve tedavisini sürdüreceğine dair garanti vermiş olur.

Komplikasyon ve kabul edilebilir risk

Sağlık hizmeti uygulamalarında, meslek mensuplarının hatası (kusur) olarak kabul edilmeyen istenmeyen durumlara "komplikasyon" denmekte olup bunlar "kabul edilebilir risk" olarak değerlendirilmekte, tıbbi malpraktis kapsamı dışında tutulmaktadır. Ancak hastaya yapılacak olan tedavi/girişimlerin muhtemel komplikasyonları, aydınlatma yükümlülüğü gereği, hasta ya da yakınlarına net olarak bildirilmelidir. Kusurlu hareket halinde hastanın yazılı veya sözlü vermiş olduğu onam, sağlık personelinin koruması, çünkü aydınlatılmış onam, kusursuz işlemin hukuka uygunluğu içindir. Sağlık hizmeti sunulurken ortaya çıkan malpraktis olgusu durumunda sağlık çalışanı "taksirli suç" veya "kasıtlı suç" ile cezalanabilir:

Taksirli suç: Sağlık çalışanının uygulamadan doğabilecek olumsuzlukları bildiği, bu sonucu istememekte beraber zaruri önlemleri almadığı suç biçimidir. Hatalı hekimlik uygulamaları ile sağlık hizmetlerinde taksirli suçların tamamı malpraktis olarak nitelendirilir. Bunları şu şekilde sıralayabiliriz:

a) Dikkatsizlik: Bir tıbbi girişim sırasında yapması gerekeni yapmayıp yapılmaması gerekeni uygulayandır (Hasta ismi ve kan grubunu kontrol etmeden kan nakli gerçekleştirmek).

b) Tedbirsizlik: Engellenebilir bir kazaya önlem almada yetersiz kalmak, tedbirde gecikmek, unutmaktır (Kanama beklen-

nen hastada kan sağlamadan ameliyata girmek).

c) Acemilik-yetersizlik: Mesleğin icap ve sanatın esaslarını bilmemek, temel beceriden yoksun olmak.

d) Özen eksikliği: Evrensel tıp değerlerini uygulamamak (ciddi tanı ve tedavi hataları oluşturur).

e) Emir ve yönetmeliklere uymamak: Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamak (İcap nöbete çağrıldığı halde gelmemek).

Kasıtlı Suç: Personel yaptığı girişimin kötü sonuçlarını bilmekte, bilerek ve planlayarak bu eylemini gerçekleştirir (ötenazi).

Tıbbi kusur: Genel kabul görmüş tıbbi uygulama standartları çerçevesinde asgari bilgi düzeyi, beceri, dikkat ve özene sahip bir hekimin/sağlık personelinin göstermesi gereken davranış şeklinin göstermemesidir. Tıbbi kusur konusunda en belirgin şikayetlerin "özen eksikliği" iddiası ile yapıldığı dikkati çekmektedir.

Değişen şartlar karşısında kusurluluk

Bir hekim aşırı hasta bakma/iş yükü ile görevlendirilmiş ise, bu hekimin standart hizmeti sunması söz konusu olmayabilir. Bir ebenin, şehir merkezinde, modern bir sağlık kuruluşunda yaptırdığı doğumdaki sorumluluğu ile yolları kardan kapanmış, olanakları kısıtlı bir köy sağlık evinde yaptırdığı doğumdaki sorumlulukları farklı değerlendirilecektir.

Genel işleyişten kaynaklanan kusurlar

Hastada oluşan tıbbi hataya neden olan kusurlu hareket, tek bir kişiden kaynaklanabileceği gibi, bir grubun-ekibin, kurumun, sistemin de eksiklerinden oluşabilir. Böyle durumlardaki tıbbi malpraktis olaylarında kusurun tam olarak nasıl oluştuğu ve kime ait olduğunun saptanması güçtür. Hastada oluşan olumsuzluk, bireysel hatadan, ekibin hataları ve eşgüdümsüzlüğünden, sağlık kuruluşunun sorun ve eksiklerinden veya sistemin kusur ve yetersizliklerinden kaynaklandığında, kusurun değerlendirilmesinde de problemler olacaktır. Prensipite herkes kendi hatasından sorumlu olmalıdır. Ortaya çıkmış olan zarardan, herkes kusuru oranında sorumlu olacak, ceza alacaktır.

Kusursuz sorumluluk

Ceza davaları bireyseldir fakat tazminat davalarında, müşterek ve müteselsile bir sorumluluğun ortaya çıkabileceği de

bilinmelidir. Özel bir hastanede yapılan bir ameliyat esnasında hemşirenin kusurlu hareketi sonucu ortaya çıkan bir ölüm olayında, tazminat talebinde bulunan ölenin yakını, hemşire, cerrah aleyhine dava açabileceği gibi, hastane yönetimi veya Sağlık Bakanlığı aleyhine de dava açabilir. Burada cerrah ve hastane yönetimi "kusursuz sorumluluk" durumundan ceza alır.

Tanı kusurları

Hastanın doktordan beklentisi, hastalığının tanısının doğru ve hızlı bir şekilde konmasıdır. Bunun için önce şikayetler dinlenmeli, ciddi bir muayene sonrası gerekli görülmesi halinde bir takım testlerin yapılması, değerlendirme sonrası gerekirse bir kere daha muayene yapılmalı, konsültasyon ve testler istenmeli, değerlendirilerek sonuca gidilmelidir. Aksi halde eksik araştırma yapılmış olur ve kusurlu davranış oluşur.

Tedavi kusurları

Tanı doğru konmuş olsa bile bazen tedavi yanlış, eksik, yetersiz yapılabilir. Bu kusuru belirlemede ölçü, genel tedavi kurallarından, rehberlerden ve standartlardan ne kadar sapılmış olduğudur. Bu tarz olaylar cerrahi bölümlerde daha çok gözlenir. Doktorlar tedavi biçimini rehberlere bağlı kalmak şartı ile seçmekte genelde özgürdür. Ancak tedavi alternatifini seçimini gerekçeleri, yarar/zararları ile hastaya/yakınına etraflıca anlatmalı ve rızasını alıp seçilen tedaviyi uygulamalıdır.

Kayıt tutma yükümlülüğü

Bir tıbbi malpraktis davası incelenirken, dikkate alınacak evraklar, sağlık çalışanı tarafından tanzim edilen ve saklanan belgelerdir. Bu nedenle yukarıda bahsedilen öykü alma ile başlayan varsayımsal sözleşmeden kaynaklanan bir zorunluluk olarak, hekimin kayıt tutma yükümlülüğü vardır. uygunsuz ve yetersiz kayıtlar, hukuksal sorumluluğa neden olur.

Tedaviyi sürdürme yükümlülüğü

Hekim, varsayılan sözleşme ile hastasının tedavisini, o istediği müddetçe sürdüreceğine dair de garanti vermiş olur. Hekimin tedaviyi tek taraflı olarak sonlandırması, bunu hastasını bilgilendirerek yapsa bile hukuksal sorumluluk doğuracaktır.

C. Defansif tıp

Defansif tıp (çekinik tıp veya savunmacı tıp) kısaca; "hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat



ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak, tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması” şeklinde tanımlanabilir. Tanımlamalarda dava edilme korkusundan bahsedilerek, hastaya faydalı olmaktan ziyade yasal sorumluluktan kurtulmak için uygulanan tepkiler olarak nitelendirilmiştir. Özellikle 1 Haziran 2005 tarihinde yeni Türk Ceza Kanunu'nun yürürlüğe girmesinden sonra ülke gündemine girmiştir.

Defansif tıp kavramı “güvence davranışı” ve “kaçınma davranışı” olmak üzere iki alt bölümde incelenmiştir. Güvence davranışları için en sık “pozitif defansif tıp”, kaçınma davranışları için ise “negatif defansif tıp” terimleri kullanılmıştır. Ayrıca bu iki kavram “iyi-kötü”, “doğru-yanlış”, “risk azaltılması-riskten kaçınma” şeklinde de isimlendirilmiştir.

Pozitif defansif tıp

Pozitif defansif tıp “hastaları malpraktis şikayetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla marjinal yada tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması” şeklinde tanımlanmıştır.

Negatif defansif tıp

Negatif defansif tıp ise “hekimlerin kendilerini yasal risk kaynaklarından uzaklaştırmak amacıyla malpraktis davasıyla sonuçlanma riski yüksek tanı ve tedavi yöntemlerini uygulamaktan kaçınmaları” olarak tanımlanmıştır.

Defansif tıpta başvuru başlıca davranış ve uygulamalar

- Teşhis ve tedavi için gerekli olmadığı halde istenen her türlü kan, idrar, beyin-omurilik sıvısı tahlilleri; tomografi, MR, anjiyografi gibi radyolojik incelemeler; gastroskopi, sistoskopi gibi endoskopik incelemeler; efor testleri; solunum fonksiyon testleri; alerji testleri; nükleer tıp incelemeleri; biyopsiler...
- Teşhis ve tedaviyi etkilemeyecek olan gereksiz konsültasyonlar.
- Hastanın gereksiz yere müşahede altına alınması, hastaneye-yoğun bakıma yatırılması.
- Ağır ve komplikasyon ihtimali, riski yüksek hastaların teşhis ve tedavilerinin üstlenilmemesi ve bunların başka merkezlere sevk.
- Saldırgan tutum içinde olan, tartışma yaratmaya meyilli hasta veya yakınları nedeni ile teşhis ve tedavi sorumluluğunun alınmaması.
- Hastalığın şiddetinin ve olası komplikasyonlarının abartılması, en seyrek rastlanan komplikasyonların sık

Son yıllarda hasta haklarının tanınması, bilinmesi ve kullanılabilir hale gelmesi ile tıbbi malpraktis konusu ve ilgili davalar da sıklıkla gündeme gelir olmuştur. Davalar sağlık çalışanlarını yıldırان, bezdiren, mesleklerinden soğutan bir düzeye çıkmamalı, sağlık çalışanları tıp mesleğini çekinik karakterde değil mesleki şartlar çerçevesinde en iyi şekilde yapmaya çalışmalı, bu esnada yasal sorumluluklarını bilmeli ve bu konuda hassasiyet göstermelidirler.



Çağdaş sağlık hizmeti hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli olmalıdır Mesleğin güçlükleri, yıpratıcılığı, risklerinin büyüklüğünü göz ardı edilmemeli, bunlara paralel olarak meslek uygulamalarında zaman zaman karşılaşılan vurdumduymazlık, dikkatsizlik, özensizlik, hatta beceriksizlikler de konu insan olunca hukuka intikal etmelidir.

görülüyormuş gibi sunulması suretiyle hastaların korkutulması.

Defansif tıbbın hasta hekim ilişkisi üzerine etkisi

Defansif tıbbın hastaya sağlanan tedavi hizmeti kalitesi ve hasta-hekim ilişkisi üzerinde olumsuz etkileri kaçınılmaz. Bazı hekimler dava edilme veya malpraktis riski olasılığına karşılık tedavi riskleri ve alternatifleri konusunda hastasını daha fazla bilgilendirmekte ve hastasına daha çok vakit ayırmakta, bazı hekimler de olaya zitlaşmayla ve hastayı bırakma şeklinde yaklaşmaktadırlar. Yapılan çalışmalarda özellikle aşırı talepkâr, duygusal veya kuşkucu hastaların, hekimleri defansif tıp uygulamaya yönlendirdikleri tespit edilmiştir. Yanlış kullanılan sağlık medyasının, hastaları farklı yönlendiren, hasta haklarını hekime şiddette aramayı teşvik eden abartılı kampanyalarının, defansif tıp sonuçlarını dikkate alması gerekmektedir. Hastalarla tartışmalı ilişkiler sezinleyen ve bekleyen hekimlerin uygulamalarını pahalı ama gereksiz tanı ve tedavi yöntemlerine yönlendirdikleri, bazı uzmanların aynı konuda daha önceden şikayeti olan hastaları, özellikle de daha önceki hekimden memnun kalmadıklarını belirten tedaviye uyumsuz ve tedavisi zor hastaları kabul etmedikleri bildirilmiştir.

Malpraktis davasının farkında olma sıklıkla hem hekimde hem de hastada endişeye sebep olmaktadır, buda hekim hasta arasındaki nazik ilişkiye zarar vermektedir. Hekim genellikle karar verme sürecinde hastasındaki olumlu ve yardımsever yaklaşımı tehlikeye atmamak için hastasında güven ve inanç oluşturmaya çalışmaktadır. Bu tür bir ilginin başarılı tedavi için faydalı hatta gerekli olduğu düşünülmektedir. Hangi faktörün buna sebep ve sonuç olduğuna bakılmaksızın uzmanlaşma ve teknolojileşme trendi devam ettikçe malpraktis davalarının hekim hasta ilişkilerinin azalması üzerindeki olumsuz etkisinin önemli olmaya devam edeceği vurgulanmıştır.

Objektif ve iyi düzenlenmemiş malpraktis kanunları neticesinde oluşmuş bir davanın savunma durumundaki hekim üzerinde etkileri çok büyüktür ve malpraktis kanunlarını tarafsız olarak düzenlemek için en ikna edici gerekçeleri ortaya koymaktadır. Malpraktis terimi, hekim için biraz incitici, beraberinde genellikle hak etmediği ve suça yakın ihmal çağrıştırmalarını da taşımaktadır.

Ülkemizde defansif tıp

Defansif tıp, özellikle de gelişmiş ülkelerin temel bir sağlık sorunudur. JAMA'da 2005'de yayınlanan bir çalışmada

defansif tıbbın ABD'de doktorların yüzde 93'ü tarafından uygulandığı belirlenmiştir. Defansif tıba en çok acil çalışanları, cerrahlar, kadın-doğum uzmanları ve beyin cerrahlarının başvurduğu da bildirilmiştir. Archives of Internal Medicine'de 2010 yılında yayınlanan bir çalışmada ise doktorların yüzde 91'inin defansif tıp uyguladıkları belirlenmiş olup durum ülkemiz için de çok farklı değildir. Bundan 8 sene önce yürürlüğe giren yeni TCK'dan sonra defansif tıba yönelen doktorların sayısı giderek artmaya başlamıştır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan uzmanlık tezinde (Aynacı, 2008) Konya il merkezindeki tüm hastanelerde hekimlerle anket çalışması yaparak defansif tıp uygulamalarını araştırmış, ankete cevap veren 760 hekimden 94'ü (%12) hakkında, tıbbi malpraktis iddiası nedeniyle en az bir defa dava açıldığı, en yüksek dava edilme oranlarının ortopedi ile kadın ve doğum (%16) branşlarında gerçekleştiği bildirilmiştir. Bunu, pratisyen acil servis hekimliği (%15), genel cerrahi (%7), dâhiliye (%7), çocuk hastalıkları (%6) izlemiştir. Anket sonuçlarına göre, bu hekimler yeni TCK'dan daha fazla tedirgin olduklarını ve bu yüzden defansif tıp uygulamaları gerçekleştirdiklerini, daha fazla tetkik istediklerini, daha fazla ilaç yazdıklarını, daha fazla konsültasyon istediklerini, daha fazla endikasyonsuz hasta yatırdıklarını, kayıtları daha detaylı tuttuklarını ve görüntüleme tetkiklerini

daha sık istediklerini ifade etmişlerdir.

Tabipler Birliği'nin, 20 bin hekime malpraktis hakkında anket formu göndermiş, 2 bin 194 hekim yanıtlamış, ankete katılan doktorların yüzde 63,3'ü kamu, yüzde 25,4'ü sadece özel sektörde çalışırken yüzde 11,3'ünün ise hem özel hem de kamuda çalıştığı belirtilmiş, anketin en çarpıcı sonucu, katılan doktorların yüzde 55,6'sının herhangi bir olumsuz sonuçtan sorumlu tutulmamak için defansif tıp yöntemini benimsediklerini ifade etmeleri olmuştur. Araştırmaya göre, hataların artıyor olabileceğini düşünen hekimler %16'lık bir dilimken, her 3 hekimden biri de şikayet ve dava konusunun arttığını, ancak önemli bir kısmının gerçekçi bir nedene dayanmadığını belirtmiştir.

Bu alandaki ilk çalışmalardan birisi 2006 yılında Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi tarafından yayınlanan "Çekinik (Defansif) Hekimlik; Yeni Türk Ceza Kanunu'nun Uygulanma Aşamasında Toplumu Bekleyen Tehlike" isimli makale olmuştur. Bu makalede "Yeni TCK'da yer alan ve hekimleri tedirgin eden maddeler nedeniyle hekimlerde defansif (çekinik) tıp eğilimi geliştiğinden korkulmaktadır. Yürürlüğe giren yeni TCK'da hekimlik mesleğinin yerine getirilmesinde kavram kargaşasına yol açacak, hatalı yorumlara açık, hekimlik uygulamalarını olumsuz yönde etkileyecek maddeler bulunmaktadır. Bu maddeler nedeniyle, hekimler kendilerini zor durumda hissetmekte, mesleklerini özgürce yapmalarına engel olmaktadır. Bu nedenle, hekimlerin tıbbi girişimlerdeki temel yaklaşımları, kuralları ve istenmeyen bir sonuçla karşılaşıldığında, bu durumun kusur mu, yoksa kaçınılmaz sonuç mu olduğunun saptanmasında kullanılacak temel ölçütleri belirleyen bir düzenleme-ye gereksinim duyulmaktadır.

Artık sıradan haberlerde; "Yeni TCK'dan sonra defansif tıbbin daha çok gündeme gelmeye başladığı, girişimsel tanı yöntemlerindeki uygulamalarda isteksizlik ve tedavinin daha konservatif olma eğiliminin olduğu, Yargıtay'ın "tıbbin gerek ve kurallarına uygun davranılmakla birlikte hastanın zarar görmesi durumunda hekimlerin sorumlu tutulacağına" dair kararlar verdiği, kusursuz sorumluluğun kabulünün kesinlikle doğru olmayacağını ve bu durumun hekimleri kesinlikle daha da defansif tıba yönelteceği, sağlık sistemindeki bazı uygulamaların ABD'de olduğu gibi çok büyük sigorta primleri ödemelerine, sonuçta oluşan "defansif tıp" uygulamalarından da yine hizmet alan insanların mağdur olacağına, haklarında dava açılmış hekimlerin hastasından korkar olduğuna, hastayı sevk ettiğini, giderek mesleğine küstüğü ve demoralize vaziyette görevini sürdürdüğünü" şeklinde bilgiler yer almaktadır.

Sonuç

Etik ilkeler konusunda yapılacak her türlü eğitim, çalışma ve gayret; sağlık çalışanlarının profesyonelliğini artırdığı gibi kurumun kalite alt yapısının kurulması ve güçlenmesine de ciddi katkılar sağlar. Son yıllarda hasta haklarının tanınması, bilinmesi ve kullanılabilir hale gelmesi ile tıbbi malpraktis konusu ve ilgili davalar da sıklıkla gündeme gelir olmuştur. Davalar sağlık çalışanlarını yıldıran, bezdiren, mesleklerinden soğutan bir düzeye çıkmamalı, sağlık çalışanları tıp mesleğini çekinik karakterde değil mesleki şartlar çerçevesinde en iyi şekilde yapmaya çalışmalı, bu esnada yasal sorumluluklarını bilmeli ve bu konuda hassasiyet göstermelidirler. Mesleğin güçlükleri, yıpratıcılığı, risklerinin büyüklüğünü göz ardı edilmemeli, bunlara paralel olarak meslek uygulamalarında zaman zaman karşılaşılan vurdumduymazlık, dikkatsizlik, özensizlik, hatta beceriksizlikler de konu insan olunca hukuka intikal etmelidir.

Sonuçta; çağdaş sağlık hizmeti hasta merkezli, zamanında, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve güvenli olmalıdır. Sağlık hizmetleri ve bu hizmet içinde gerçekleştirilen uygulamaları tanımlayan, bunları yapacak kişilerin nasıl, neye göre belirleneceğini, eğitim ve denetiminin nasıl yapılacağını, bunlara uymayanlarla ilgili yaptırımların uygulanmasına ilişkin kuralların belirleneceği güncel yasalara gereksinimin olduğu açıktır. Ancak bunları ortaya koyarken toplum sağlığı ve esenliği ile tıp gibi bir uzmanlık alanının sahip olduğu değerler ve ilkelere uygun esaslar belirlenmeli ve ülke gerçekleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

- Alkanat, M.B. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk, *Hekim ve Yaşam Dergisi* 1999;6 ss: 19-21.
- Aydın, E. *Tıp Etiğine Giriş*, Ankara: Pegem Yayıncılık 2001.
- Aynacı Y. *Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üni. Tıp Fakültesi, Konya, 2008.*
- Canpolat, S. *Hasta hakları ve etik. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002.*
- Çankaya, H. *Hekimlerin Hukuki ve Ceza Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi. Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, Uzmanlık tezi, İstanbul, 2002.*
- Çetin, G. *Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Ceza Sorumluluğu Sempozyumu, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2006, 48. ss.31-42.*
- Çobanoğlu, N. *Tıp Etiği*, Ankara: İlke yayınevi, 2007.
- Çobanoğlu, N., Haberal, B., Çağlar, S. *Tıbbi Araştırma ve Yayın Konusunda Etik Duyarlılık Araştırması, Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık - 2005, O Yılmaz*

Etik ilkeler konusunda yapılacak her türlü eğitim, çalışma ve gayret; sağlık çalışanlarının profesyonelliğini artırdığı gibi kurumun kalite alt yapısının kurulması ve güçlenmesine de ciddi katkılar sağlar. Gereksinim duyulan güncel yasalar toplum sağlığı ve esenliği ile tıp gibi bir uzmanlık alanının sahip olduğu değerler ve ilkelere uygun esaslar belirlenmeli ve ülke gerçekleriyle birlikte değerlendirilmelidir.

(Ed)Ankara; TUBITAK yayınları.

Çolak, A. *Komplikasyon mu? Malpraktis mi? Malpraktis davalarının aslı unsurları, Hekim Forumu Dergisi (İstanbul Tabip Odası Yayını), Nisan-Mayıs 2003, ss: 32-33.*

Dallı, M. *Türkiye'de Hasta Hekim İlişkilerinde Etik Sorunları, Dokuz Eylül Üniv. Sos. Bil. Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir, 2000.*

Ersoy, N. *Aydınlatılmış onam öğretisinin gelişimi. Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi, 1995, 3, s. 1.*

Güngören, M., Orhan, F., Kurutkan, N. *Hastanelerde Oluşan Etik İklimin Kalite ve Akreditasyon Açısından Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2013, 18/1 ss:221-241.*

Hancı, İ.H. *Malpraktis, Tıbbi Girişimler Nedeniyle Hekimin Ceza ve Tazminat Sorumluluğu, Ankara; Seçkin Kitabevi, 2005.*

<http://ahmetrasimkucukusta.com/2010/10/30/yazilar/cezalar-doktorlari-defansa-cekiliyor/> (Erişim tarihi: 20.02.14)

<http://www.dnaindia.com/analysis/comment-the-practice-of-defensive-medicine-1651975> (Erişim tarihi: 27.02.2014)

İskit, B.A. *Etik kurulların oluşumu, gelişim ve işlevleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 2005, 36 ss:129-134.*

Koç, S., Yorulmaz, C. *Hekimin Yasal Sorumlulukları, Adli Tıp Soysal, Z., Çakalır, C. (eds) İÜ. 1999, ss:45-59. İstanbul: Basimevi ve Film Merkezi.*

Polat, O. *Tıbbi Uygulama Hataları: Klinik-Sosyal-Hukuksal-Etik boyutları. Ankara:Seçkin yayıncılık, 2005.*

Orhan, F. *Hasta Güvenliği Kriterleri Bağlamında Oluşan Etik İklimin Kurumsal Kültüre Etkisi, Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Dergisi. 2009, 4. ss:36-39.*