



İmeva Kitapları

Mevlüt Caymaz

SAĞLIK PERSONELİNİN TIBBİ UYGULAMA HATALARINDAN DOĞAN CEZAI SORUMLULUKLARI

Dr. Mevlüt Caymaz



İMEVA KİTAPLARI

**SAĞLIK PERSONELİNİN TIBBİ
UYGULAMA HATALARINDAN
DOĞAN CEZAİ SORUMLULUKLARI**

YAZAR

DR. MEVLÜT CAYMAZ

EDİTÖR

DOÇ.DR. YILDIRIM B DELDAL



İMEVA KİTAPLARI
2023

SAĞLIK PERSONELİNİN TIBBİ UYGULAMA HATALARINDAN DOĞAN CEZAİ SORUMLULUKLARI

Bu Eser, Kültür Ve Turizm Bakanlığın E-Kitap Yönetmeliğine Göre Tescillenmiş Olup Akademik Amaçlı Bir Kitaptır. Eser Milli Kütüphaneye kayıtlıdır.

Kitabın Yazarları: Dr. Mevlüt CAYMAZ

Kitabın Editörü: Doç.Dr. Yıldırım Bayezit DELDAL

E-ISBN :978-625-98114-1-3

1.E-Baskı, 2024, İstanbul

Yayına Hazırlayan: Yıldırım Bayezit DELDAL

Kitap Kapak Tasarım:Doç.Dr.Yıldırım Bayezit DELDAL

© 2023 : İstanbul Medisosyal Eğitim ve Araştırma -İstanbul

Kitap Yayımcısı: Yıldırım Bayezit DELDAL

www.istanbulmedisosyal.com.tr

istanbulmedisosyal@gmail.com

Basım: E-Kitap



İMEVA KİTAPLARI

YAZAR HAKKINDA



1 Mart 1978 tarihinde Şanlıurfa Hilvan'da doğdu. Eğitim hayatına Anadolu Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi'nde Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler alanında başladı. Ardından Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Hukuku Tezli Yüksek Lisans derecesini tamamladı. Daha sonra St. Clements Üniversitesi, İngiltere'de Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Sağlık Hukuku alanında doktorasını tamamladı.

Mevlüt Caymaz, sağlık hukuku alanında bir dizi seminerlere ve konferanslara katıldı. Sağlık hukukuyla ilgili makale ve kitaplar yazmıştır. En son yayınlanan makaleleri, Tıbbi Veri Gizliliği ve Sağlık Hukuku: Yönetmenlikler, Zorluklar ve İyileştirmeler ve Sağlık Personelinin Tıbbi Uygulama Hataları Üzerine Bir Araştırmadır.

Yazarın kariyer hedefi, sağlık hukuku alanında uzmanlaşıp, sağlık sektöründe etik ve yasal konularda derinlemesine bilgi ve deneyim kazanarak sağlık hukuku alanında çözümlemeler sunmaktır.

Dr. Mevlüt CAYMAZ

TEŞEKKÜR

Akademik hayatım boyunca ve yüksek lisans tez sürecinde benden yardımlarını esirgemeyen Sayın Prof. Dr. Abdullah Demir'e, hem doktora tez aşamasında hem de bu kitabımın oluşumu sırasında kitabın editörlüğünü yapan Sayın; Doc. Dr. Yıldırım Beyazıt DELDAL'a içten teşekkür ederim.

Hayatımın her alanında olduğu gibi, bu kitabımın oluşmasının her aşamasında bana destek olan sevgili eşim Gülendem CAYMAZ'a ve çocuklarım, Firuze Azra, Ahmet Kerim ve Murat Taha CAYMAZ'a da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Mevlüt CAYMAZ

ÖZET

İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam etmektedir. Sağlık, yaşamın sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir.

Sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumlulukları konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmayı ve sağlık personelinin hukuki sorunlar ile karşı karşıya kalmamaları için almaları gereken önlemlerin ortaya konulması önem ifade etmektedir.

İÇİNDEKİLER

YAZAR HAKKINDA.....	I
TEŞEKKÜRLER.....	II
ÖZET.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV

BİRİNCİ BÖLÜM

1.Giriş.....	1
1.1.Tıbbi Müdahalenin Tanımı.....	8
1.1.1.Tıbbi Müdahalenin Şartları.....	9

İKİNCİ BÖLÜM

2.Tıbbi Uygulama Hataları. Tıbbi Hata (Malpraktis) Nedir.....	52
2.1.Tıbbi Hataların Nedenleri.....	54
2.2.Araştırma Hasta Güvenliği.....	88
2.3.Dünyada Ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar.....	93

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. Hukukta Tıbbi Hatalar.....	104
3.1.Tıbbi Hatanın Tedavi Basamaklarına Göre Hukuki Boyutu.....	120
3.2.Tıbbi Kusurun Ortaya Çıkış Biçimleri Ve Sorumluluk Halleri.....	144

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.Sonuç.....	150
KAYNAKÇA.....	153

BİRİNCİ BÖLÜM

1.Giriş

İnsan daha doğmadan sağlık hizmetine gereksinim duymakta ve bu ihtiyacı yaşamı boyunca devam etmektedir. Sağlık, yaşamın sürdürülmesinde, yaşam kalitesinin oluşturulmasında ve korunmasında özel bir öneme sahiptir. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların önlenmesi, sağlık sisteminin öncelikleri arasında yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri tüm ülkelerin öncelikli konusu olmakla birlikte, hizmetin sunumu sırasında yaşanan tıbbi hatalar hem sağlık çalışanlarını hem de hastaları olumsuz şekilde etkilemektedir¹

Bu yanlış müdahale ve uygulamaların sonucunda da sağlık personeli bir takım cezai sorumluluklarla karşılaşmaktadır. Tıbbi girişimlerin neden olduğu ceza sorumluluğunun temeli tıbbi hatalardır. Tıbbi hata doktrinde “*tıbbi malpraktis*”olarak adlandırılmaktadır. Malpraktis terimi köken itibariyle, latince hatalı/yanlış uygulama anlamına gelen “*mala praxis*” sözcüklerinden kaynaklanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde tıbbi hatalara bağlı ölümlerin, ölüm nedenleri

¹Emel Filiz, “Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, 2009

arasında beşinci sırada yer aldığı belirtilmektedir. 1997 yılında yapılan bir araştırmada, önlenabilir tıbbi hatalar sonucunda meydana gelen ölüm sayısı 44.000 olarak tespit edilmiştir²

New York Eyaletindeki 51 hastane kaydında 1984 yılında yapılan ve sonuçları 1991’de yayımlanan araştırmaya göre tıbbi hataların % 27’si hekimlerin beklenen standardı gösterememesi ve ihmali % 47’si cerrahi girişimler; kalan kısmı ise tanı hataları, tedavi hataları ve ihmallerden oluşmaktadır. Hataların meydana geldiği yerler ise; hasta odası, ameliyathane, doğum odası, laboratuvar, acil servisler ve yoğun bakım üniteleridir³

İngiltere’de ise her yıl 8.000.000’den fazla insana cerrahi girişim uygulandığı, bu girişimlerde çoğu yanlış taraf cerrahisi ve hasta kimliğinin tanımlanmaması ile ilgili olmak üzere yaklaşık 128.000 tıbbi hata olduğu belirtilmektedir⁴

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün hasta güvenliği konusuna dikkat çekmek için 2009 yılında “Temiz bakım güvenli bakım”, 010 yılında ise “Güvenli cerrahi hayat kurtarır” sloganlarıyla dünya çapında çalışmalar yapmıştır⁵

² Halide Savaş, Tıbbi Müdahale Hataları, Ankara, 2009, s. 62.

⁴ Savaş, s. 48.4 Öğün B. “Ameliyathanede Hasta Güvenliğinin İncelenmesi”, “Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ameliyathane Hemşireliği, İstanbul, 2008”

⁵ Canpolat, Z. “Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi”,

Yukarıda belirtilen nedenlerle sağlık personelinin meslekleri ile ilgili yasa, tüzük ve yönetmelikleri değerlendirerek haklarının, yetkilerinin ve sorumluluklarının neler olduğunu, bunların nasıl korunup kullanılacağını bilmeleri meslek hukuku açısından birçok sorunun üstesinden gelmelerine yardımcı olacaktır. Yasaları bilmeden yapılan bazı girişimler, sağlık personelinin yasalar önünde suçlu duruma düşürebilir⁶

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kendileri ile ilgili yasa, tüzük ve yönetmelikleri bilmemektedir⁷ 5237 sayılı TCK'nın 4. maddesinde “Ceza kanunlarını bilmemek mazeret sayılmaz” ifadesi yer almaktadır⁸ Dolayısıyla sağlık personeli, mesleklerinin gerektirdiği yetki ve sorumlulukları düzenleyen yasal düzenlemeleri bilmek ve uygulamalarını bu çerçevede yürütmek durumundadır.

Bu bağlamda araştırma, sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumlulukları konusunda bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmayı ve sağlık personelinin hukuki sorunlar ile karşı karşıya kalmamaları için almaları gereken önlemlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Doktora Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011 .

⁶ Güler, S. “Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarında Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997

⁷ Kuşuoğlu, S., Çevener, Ç., Kürtüncü, M., Aktaş, E. “İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu”, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009 , 2(2): 89.

⁸ Türk Ceza Kanunları Yasa Serisi. Türk Ceza Kanunu, Yayılım Yayıncılık, İstanbul, 2008.

Araştırma, sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğunun değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden doküman incelemesi yöntemi kullanılmıştır. Doküman incelemesi, araştırılması hedeflenen olgu veya olgular hakkında bilgi içeren yazılı materyallerin analizini kapsar. Doküman incelemesi, hemen her araştırma için kaçınılmaz olan bir veri toplama tekniğidir.

Bu kitap için Araştırılan konu ile ilgili veri toplamak için gözlem ve görüşmenin kullanılmadığı durumlarda başvurulacak bir nitel araştırma yöntemidir. Bu yöntem araştırılan olgu ile ilgili belgelerin olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Genellikle tarihçi, dilbilimci, hukukçu ve sosyologların başvurduğu bir araştırma yöntemidir.

Bu kitap için Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde;

Karabakır (2011) "Hemşirelerin Tabi Oldukları Mevzuat Ve Hukuki Sorumlulukları Konusundaki Farkındalıkları" adlı tanımlayıcı nitelikteki çalışmada, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 606 hemşire üzerinde anket yapılmıştır. Veriler, 25 sorudan oluşan bir anket formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen verilere göre; hemşirelerin önemli bir bölümü tabi oldukları

mevzuatı ve hukuki sorumluluklarını bilmemekte veya yanlış bilmektedir. Ayrıca, farklı birimlerdeki katılımcıların cevapları arasında anlamlı farklılık saptanmazken; eğitim düzeyi, mesleki deneyim, konuya ilişkin eğitim almış olup olmama durumları ile katılımcıların cevapları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Aydaş (2014) “Hekimlerde Tıbbi Hata Kaynaklı Defansif Tıp Davranışları” adlı çalışmasında, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ana unsurlardan olan hekimlerimizin defansif tıp uygulamaları ve bu konuda ulaşılmış olan seviyeyi görebilmek, sağlık sektöründe hasta-hekim ilişkileri yönetiminin önemli göstergelerinden ve ölçütlerinden biri olan defansif tıp uygulamaları ile hasta ilişkilerinin incelenerek değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de hekimlerin, artan tıbbi hata davalarının farkında olmalarına rağmen, bu farkında olmanın gereklerini tıp hukuku konularına gereken önemi vermeyerek yerine getirmemektedirler. Komplikasyon-tıbbi hata ayrımının kesin olarak yapılamaması, tıbbi hata sigortası hakkında tam olarak bilgi sahibi olunmaması defansif tıp uygulamalarının iyi yönetilemediğini göstermektedir.

Savaş (2006) “Türkiye’de Sağlık Çalışanlarının ve Sağlık Kurumlarının Tıbbi Müdahaleden Doğan Cezai Sorumluluğu” adlı çalışmasında, suçun unsurları çerçevesinde, sağlık

çalışanlarının tıbbi müdahaleden kaynaklanan cezai sorumluluğu ve tıbbi müdahale fiillerini hukuka uygun hale getiren sebepler incelenmiştir. Çalışmanın sonucunda, sağlık çalışanlarının tıbbi müdahale fiillerinin, temelde hakkın icrası sebebiyle hukuka uygun olduğu kanaatine varılmıştır. Sağlık çalışanlarının aldıkları eğitim ve öğretim sonucunda elde ettikleri, hukuken geçerli bir ehliyet nedeni ile vücut bütünlüğüne dokunma hakkının bulunduğunu; temel hukuka uygunluk sebebi hakkın icrası olmakla birlikte, gereken yerlerde ilgilinin rızası ve izin verilen risk sebeplerinin de kullanılabileceği kanaatine varılmıştır.

Altuncan (2009) yapmış olduğu çalışmada; hemşirelik hizmeti sunan sağlık personeline hata konusunu Konya'da faaliyet gösteren hastanelerde, tıbbi hata (malpraktis) oranlarını, nedenlerini ve türlerini belirlemek ve Malpraktise Eğilim Ölçeği'ni hemşirelik literatürüne kazandırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, tanımlayıcı ve metodolojik araştırma türüne uygun olarak düzenlenmiştir. Araştırma sonucunda; araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde en çok görülen tıbbi hata türlerinin; hastane enfeksiyonları, yatak yaraları, ameliyat sonrası komplikasyonlar, hastanın kaçması ve ameliyat komplikasyonları olduğu belirlenmiştir.

Tıbbi hata nedenlerinin başında ise; iş yükünün fazla olması, çalışan hemşire sayısının az olması, hemşirelere görev dışı

işlerin yüklenmesi, stres ve yorgunluk gelmektedir. Malpraktise Eğilim Ölçeği'nden elde edilen bulgulara göre; ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, hasta izlemi/malzeme güvenliği ve iletişim boyutlarında, hemşirelerin tıbbi hataya yatkınlık düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir.

Günday (2009) "Tıbbi Müdahale ve Tedavide Tıbbi Hatadan Doğan Hukuki Sorumluluk" adlı çalışmasında tıbbi müdahale ve tedavinin her basamağındaki tıbbi hata incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda, tıbbi hata yasasının çıkarılmasının zorunlu olduğu, çıkarılacak yasa ile birlikte, tıbbi müdahale ve tedavinin zayıf tarafı olan hasta mağduriyetlerini de minimuma indirmek mümkün olacağı kanaatine varılmıştır.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; Kelek (2015), Tuncer (2014), Aydaş (2014), Sindel (2014), Yakut (2014), Odabaşoğlu (2013), Özgüç (2013), Gündüzeri (2013), Dedeoğlu (2012), Karabakır (2011), Demirhan (2011), Altunkan (2009), Aynacı (2008), Safran (2004), Giray (1999) tarafından yapılan çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmaların hepsi de hekim ve hemşireler üzerine yapılmıştır. Bu çalışmamız tüm sağlık personelinin kapsamaktadır. Bu açıdan son yapılan hukuki düzenlemelere de yer verilmesi ile birlikte literatüre katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

1.1. Tıbbi Müdahalenin Tanımı

Tıp mesleği ile uğraşmaya yetkili bir kişi tarafından hastanın; hastalığını, fiziksel bir özrünü tedavi etme, hastalıktan koruma, acılarını giderme veya azaltma maksadıyla yapılan her türlü yardım ve faaliyeti içerir. Tıbbi müdahaleyi, basit teşhis işleminden ilaçla tedaviye, fiziksel tedavi alanlarına, her türlü psikiyatrik tedavilerle ameliyatlara, estetik ameliyatlara, diş çekimi, protez yapımına ve hastalığın önlenmesine kadar tüm tıbbi amaçlı işlemleri kapsamaktadır⁹.

Tıbbi müdahaleye kural olarak hekim yetkilidir. Ancak hekimin denetim ve gözetiminde ya da yetkileri kapsamında diğer sağlık mesleği mensupları da tıbbi müdahalede buluna bilirler¹⁰.

Tıbbi müdahaleler; tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır. Bu yetkili kişiler 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ile 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu ile belirlenmiştir. Tabipler Birliği Kanunu'na göre, bir hekimin tıp bilimini icra edebilmesi için; tıp fakültesi diplomasına sahip olması, Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olması, Tabip Odasına kayıtlı olması ve hekimlik yapmasına engel bir durumunun olmamasını gerekmektedir. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına

⁹ Hasan Tahsin Gökcan, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2. Baskı, 2014, s. 43.

¹⁰ Gökcan, s. 43.

Dair Kanun, genel olarak tıbbi müdahalede bulunabilecek kişileri; hekimler, diş hekimleri, ebeler, sağlık memurları, sünnetçiler, hastabakıcı ve hemşireler olarak sınırlandırmıştır¹¹.

Tüm bunların sonucunda hekimin; uzman olmadığı halde veya uzmanlık alanı dışında bir tıbbi müdahalede bulunması durumunda, olayın oluş şekline göre kast veya taksire dayalı cezai sorumluluğu doğacaktır¹². Ancak 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 25. madde 12. fıkrasında zorunluluk halinin cezalandırmaya engel olma hali, şartlarının oluşması hallerinde yetkisiz kişinin veya uzman olmayan hekimin uzmanlık gerektiren bir tıbbi müdahalede bulunması durumunda da geçerlidir. Acil bir durumda müdahaleye yetkili olmayan kişinin müdahalesini zorunluluk haline örnek verilebilir.

1.1.1. Tıbbi Müdahalenin Şartları

Tıbbi müdahalenin hukuka uygunluk sebebi oluşturabilmesi ve yapılan müdahalenin haksız eylem olmaması için gerekli şartlar şunlardır:

¹¹ Hakan Hakeri, Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007, s. 97.

¹² Hakan Hakeri, "Tıp Hukukunun Temel Kavramları", Roche Sağlık Hukuk Günleri 1. İstanbul, 2007, s. 74 .

A. Tıbbi Müdahalenin Kanunun Yetkili Kıldığı Kişilerce Yapılması

Tıbbi müdahalede bulunma yetkisi kanunda tanındığında hukuka uygun olacaktır. Bu yetkiye sahip olanlar; hekim, diş hekimleri, ebeler, sağlık memurları, hastabakıcı hemşireler, sünnetçiler ve diş protez teknisyenleridir¹³. Ayrıca Acil tıbbi yardım ve bakım ile sırlı ve Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmeliğinde belirtmek kaydıyla acil tıp teknikleri ile acil tıp teknisyenleri hastaya müdahale edebilir, bu hususta lazım gelen iş ve işlemleri yapabilirler¹⁴.

B. Tıp Biliminin Verilerine Göre Gerekli Ve Bu Verilere Uygun Tıbbi Müdahale

Hekim, “uygulayacağı yöntemi seçerken serbest olmasının yanında tıp biliminin kabul görmüş yöntemlerden yararlanmalıdır. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 13’te bu husus şöyle belirtilmiştir¹⁵; “...Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır”...”. Bir diğer ifade ile hekim tıp biliminin kabul ettiği ilke ve kurallara aykırı veya aldatıcı müdahalede bulunmamalıdır.

¹³ 11.04.1928 Tarih ve 1219 sy. Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun madde 1, RG Tarih:14.4.1928, s. 863.

¹⁴ Fatih Birtok, “Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon-Malpraktis Ayırımı”, İstanbul Barosu Dergisi, İstanbul 2007,Cilt 81,Sayı 5, s. 1999.

¹⁵ 13.01.1960 tarih ve 4/12578 sy. Bakanlar Kurulu Kararı, 23.01.1953 tarih ve 6023

C. Kanunen Öngörölmüş Amaca Uygun Tıbbi Müdahale

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi madde 13/3’de teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın” ve 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun¹⁶ madde 2/1’e göre nüfus planlaması amacıyla tıbbi müdahalede bulunulabilir. Tıbbi müdahale, teşhis, tedavi, hastalıktan korunmak, hastalığı hafifletmek veya acıyı dindirmek ya da nüfus planlaması amacıyla yapılabilir.

D. Aydınlatılmış Onam

Aydınlatılmış onam; kişinin bilgilendirildiği, anladığı ve gönüllü olduğu, tıbbi müdahaleyi kabul ettiğine dair irade beyanıdır. Onamı etik açıdan kabul edilebilir kılan en önemli faktör, kişinin doğru bir şekilde anladıktan sonra onam vermiş olmasıdır. Onam bir kez verildikten sonra, bu onamın daha sonraki işlemler için geçerli sayılması uygun değildir. Bununla birlikte onam bir kez verildikten sonra yapılacak tıbbi müdahaleler ilk işlemin devamı niteliğini taşıyorsa veya ilk işlemle nedensel bir ilişki içerisindeyse, tek bir onamın geniş bir onam olarak değerlendirilebileceği ve bütün işlemleri kapsayabileceği genel kabul görmektedir. Bu nedenle araştırmayı meşrulaştırmak adına aydınlatılmış onam

¹⁶ 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, RG Tarih: 27.05.1983, S. 18059.

belgelerinin ilgili tüm gereklilikleri içermesi ve öngörülebilir bütün sonuçlarının tamamını kapsaması gerekmemektedir¹⁷.

1.1.2. Tıbbi Müdahaleyi Yapabilecek Sağlık Personelinin İş Ve Görev Tanımları

A. Hekim

Tıp mesleğini icraya yetkili olan kişidir. Tıp mesleğini icra eden kişi ile ilgili doğru kavram “hekim” kavramı olmakla birlikte, tabip ve doktor kavramları da kullanılmaktadır. Aslında bir bilim dalında uzmanlığa işaret eden “doktor” kavramını kullanmayı, toplumda genel kabul gören bir kavram olması nedeniyle tercih etmekteyiz¹⁸. Sağlık Bakanlığı (SB) yönetmeliklerine göre doktorların “iş ve görev tanımları” şu şekildedir¹⁹:

Tabip, uzman tabip ve dış tabibi

Uzman Tabip/Tabip/Dış Tabibi unvanının gerektirdiği yetki ve devredilmiş olan yetkiler çerçevesinde sorumlu olduğu iş ve işlemleri kanun ve diğer mevzuat düzenlemelerine uygun olarak yerine getirmek. Birim hizmetlerinin basitleştirilmesi ve süratli bir şekilde yürütülmesini engelleyen etmenlerin ortadan

¹⁷ Murat Emir, “Hukuki ve Etik Yönleri ile Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013, s. 69.

¹⁸ Gökcan, s. 43.

¹⁹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

kaldırılması amacıyla çalışmalar yapmak. Yaptığı iş ve işlemlerle ilgili olarak birim amirine düzenli bilgi vermek²⁰.

Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Ortaya çıkan komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar, gerektiğinde hastayı sevk eder.

Tıp ve uzmanlık eğitimi sırasında kazandığı bilgi ve becerilere ilaveten, mesleği ile ilgili eğitim ve bilimsel faaliyetler yoluyla kazandığı bilgi ve beceriler çerçevesinde sanatlarını icra ederler. Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

Adli vakalarda ilgili mevzuatlarda tanımlanan iş ve işlemleri yapar. Gerekli gördüğü durumlarda, diğer tabip, uzman tabip veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya uzman tabip bu isteğe icabet eder. Başka bir birime veya kuruma sevki gereken hastaların, tıbben gerekli şartlar

²⁰ SGK Unvan Bazında İş/Görev Tanımları Kitabı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, İç Kontrol Daire Başkanlığı, 2014, s. 143.

sağlanarak sevk edildiği birime veya kuruma ulaşımı için gerekli tedbirleri alır²¹

Diş tabibi ve uzman diş tabibi

Diş tabipliği ve uzmanlık eğitimi sırasında kazanmış olduğu bilgi, beceri ve tutum çerçevesinde, tıbbi ilke ve yöntemleri uygulayarak birey ve toplumu sağlık sorunlarından, hastalıklardan ve yaralanmalardan koruyucu tedbirleri alır, tanı, tedavi ve iyileştirme uygulamaları yapar ve olası komplikasyonların önlenmesi için çalışır. Bu komplikasyonlarda uygun müdahaleyi yapar ve/veya sevk eder²².

Dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının sağlığının korunmasına yönelik önleyici ve koruyucu tabiplik çalışmalarına katılır, bu konuda eğitimler düzenler ve uygular". "Dişlerin, diş etlerinin ve bunlarla doğrudan bağlantılı olan ağız ve çene dokularının hastalıklarının ve düzensizliklerinin teşhis ve tedavisinin uzman diş tabibinin müdahalesini gerektirdiği durumlarda hastaları ilgili uzman ve/veya merkeze sevk eder.

²¹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

²² SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Gerekli gördüğü durumlarda, diğer dış tabibi, uzman dış tabibi, tabip, uzman tabip, veya birimden konsültasyon ister. Konsültasyon istenen tabip veya dış tabibi bu isteğe icabet eder”. “Birlikte çalıştığı diğer sağlık meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen tıbbi bakım ve uygulamaları planlar, izler ve denetler.

B. Eczacı

Eczacı unvanının gerektirdiği yetki ve devredilmiş olan yetkiler çerçevesinde sorumlu olduğu iş ve işlemleri kanun ve diğer mevzuat düzenlemelerine uygun olarak yerine getirmek. Birim hizmetlerinin basitleştirilmesi ve süratli bir şekilde yürütülmesini engelleyen etmenlerin ortadan kaldırılması amacıyla çalışmalar yapmak. Yaptığı iş ve işlemlerle ilgili olarak birim amirine düzenli bilgi vermek²³.

İnsan sağlığı ile ilgili olarak, hekim tarafından önerilen ilaçların hazırlanması, sunulması ve hastanın bilgilendirilmesi konularında sağlık hizmeti sunan sağlık meslek mensubudur²⁴. SB yönetmeliklerine göre eczacının iş ve görev tanımları şu şekildedir²⁵:

²³ SGK Unvan Bazında İş/Görev Tanımları Kitabı, s. 147.

²⁴ Gökcan, s.75.

²⁵ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

İlaç hammaddeleri ile ilaç ve ilaç müstahzarlarının araştırılmasını, tasarımını, geliştirilmesini, üretimini, kalite kontrolünü ve tanıtımını yapar, kalite güvencesini sağlar. İlaç ve müstahzarların ruhsatlandırılmasını, dağıtımını, depolanmasını ve korunmasını sağlar. Hastanelerde ve serbest eczanelerde reçeteli ve reçetesiz ilaç ve müstahzarların hazırlanmasını, hastaya sunulmasını, kaydedilmesini ve hastanın ilaç tedavi sürecinin izlenmesini sağlar, ortaya çıkan istenmeyen etkileri sorumlu tabip ile paylaşır.

Kozmetik ürünler ile bitkisel droglar, bunları içeren müstahzarlar ve homeopatik ürünlerin araştırılması, tasarlanması, geliştirilmesi, üretimi ve sunumunda görev alır ve bu preparatlar hakkında danışmanlık hizmeti verir. Akılcı ilaç kullanım ilkelerine uygun hareket eder. Hastayı, ilaçları, ilaçların uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemelerini güvenli ve etkin bir şekilde kullanabilmesi için bilgilendirir.

Tıbbi ürünlerin güvenli şekilde kullanımlarının sağlanması için advers etkilerin sistematik bir şekilde izlenmesi, bu hususta bilgi toplanması, kayıt altına alınması, değerlendirilmesi, arşivlenmesi, taraflar arasında irtibat kurulması ve beşeri tıbbi ürünlerin yol açabileceği zararın en alt düzeye indirilmesi için gerekli tedbirlerin alınması hususlarında, farmakovijilans

çalışmalarını yürüterek mevzuatın yüklediği görevleri yerine getirir.

Majistral preparatları, sitotoksik, steril ilaçları ve radyofarmasötik ürünleri, ürün kalitesi, güvenilirlik ve etkinliğini güvence altına alacak şekilde hazırlar ve sunar. Steril ürünleri, son ürünün sterilitasını güvence altına alacak şekilde hazırlayarak sunar.

İlacın üretim ve dağıtım kanalları ile analiz laboratuvarlarının ve klinik araştırma ve uygulama merkezlerinin denetiminde görev alır. İlaç etkileşimleri, uyumsuzluk ve kontrendikasyonları, yan etkileri, doz ve uygun ilaç depolama konuları ile ilgili olarak hekimlere ve hastalara bilgi ve danışmanlık hizmeti verir. “İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde görev alır.

C. Ebe

Gebelerin muayenesi, sağlıklarıyla ilgili tedbirlerin alınması, doğuma hazırlık yapılması ve bu sırada gereken basit müdahalenin ve çocuk için gereken tedbirlerin alınmasına yetkilidir²⁶. SB yönetmeliklerine göre ebeğin iş ve görev tanımları şu şekildedir²⁷:

²⁶ Gökcan, s.77.

²⁷ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık

Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinde; gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitimi ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının hazırlanmasını ve yürütülmesini sağlar. Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda izlemini yapar. Gebelik tanısını koyar, normal gebe izlemini ve gerekli muayenelerini yapar, riskli durumları erken dönemde belirler, gerekli önlemleri alarak sevk eder.

Doğum sürecini yönetir; travay sırasında anne ve bebeğin sağlığını izler, normal doğumları ve tabibin olmadığı hallerde acil makat doğumları yaptırır, gerektiğinde epizyotomi uygular. Doğum sürecinde normalden sapmaları belirler, acil durum tedbirlerini alır ve tabibe haber verir, tabibin direktifleri doğrultusunda acil müdahalede bulunur. Doğum sonrası dönemde; yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, gerektiğinde acil resüsitasyon gerçekleştirir, anneye emzirme eğitimi verir, annenin bakım ve izlemini yapar, normalden sapmaları tespit ederek sevk eder.

Acil obstetrik durumlarda Bakanlıkça düzenlenen protokoller doğrultusunda tanımlanan ilaçları uygular. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmeti verir. Aile

planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarında görev alır. 0-6 yaş çocuk bakım ve gelişimini izler, özellikle gebe ve 0-6 yaş çocuk aşıları olmak üzere bulaşıcı hastalıkların kontrol programlarında ve bağışıklama hizmetlerinde görev alır.

D. Hemşire

Hasta sağlığı ve bakımıyla ilgili sağlık mesleğini icra eden kişidir. 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde tanımlanan iş ve görevleri yapar²⁸.

Hemşirelik yönetmeliği ile ilgili düzenleme ve değişiklikler 19.04.2011 tarihli Resmi Gazetede yayımlandı. Hemşirelerin çalıştığı bölümlere ve çalışma alanlarına göre görev, yetki ve sorumlulukları tanımlandı. Girişimsel liste ile de, hemşirelerin hangi görevleri tek başına, hangilerini hekim ile birlikte yapabilecekleri tek tek düzenleyen değişiklik Resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe konuldu.

E. Diğer Sağlık Personeli

Sağlık Bakanlığı yönetmeliklerine göre ebenin iş ve görev tanımları şu şekildedir²⁹:

²⁸ 27515 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği

²⁹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Klinik psikolog

Uluslararası Hastalık Sınıflandırma (ICD – 10) listesinde F00 ile F99 kodları arasında yer alan hastalıklarda ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak, hastalara eğitimi aldığı terapi ve psikolojik destek hizmetlerini verir". "Gözlem ve görüşme teknikleri kullanır; eğitimi almış olmak kaydı ile zeka, kişilik, gelişim, nöropsikolojik testler, ilgi, tutum ve uyum envanterleri gibi araçları uygular ve yorumlar.

Kullandığı ölçme, değerlendirme yöntemlerinin psikometrik özelliklerine, verdiği psikolojik hizmetlerin ya da eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar/araştırmalar yapar. Eğitimi almış olduğu alanlarda hastalara, hasta yakınlarına, ekipteki tüm elemanlara insan ve davranışları hakkında kuramsal ve uygulamalı eğitimler verir. Toplum ruh sağlığını korumaya yönelik faaliyetlere katılır, katkı sağlar.

Psikolojik değerlendirme ile hastalık olarak tanımlanmayan ve Ek-1/A de yer alan durumlarda eğitimi aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar. Gerekli durumlarda bireyler ya da aileleri için krize müdahale, travma ve afetlerde bireysel/grup

psikolojik yardım ya da eğitimini aldığı psikoterapi uygulamalarını yapar ve/veya yapılmasını önerir.³⁰

Fizyoterapist

Sağlıklı bireylerde kişilerin fiziksel aktivitelerini düzenlemek ve hareket kabiliyetlerini artırmak için bireye özel fiziksel aktivite ve egzersiz programlarını planlar ve uygular.

Hastalık durumlarında; Fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tabibin veya uzmanlık eğitimleri sırasında fiziksel tıp ve rehabilitasyon rotasyonu yapmış veya uzmanlık sonrasında ilgili dalın rotasyon süresi kadar fiziksel tıp ve rehabilitasyon eğitimi almış uzman tabiplerin kendi uzmanlık alanları ile ilgili teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların hareket ve fiziksel fonksiyon bozukluklarının ortadan kaldırılması veya iyileştirilmesi amacıyla gerekli uygulamaları yapar.

Fizyoterapi programında belirlenen hedeflere ulaşabilmek için hastanın rol ve görevlerini tanımlar. Fizyoterapi programı ve iyileşme süreci ile ilgili bilgileri kaydeder. Koruyucu ve destekleyici rehabilitasyon cihaz ve teknolojilerinin kullanımı konusunda uzman tabiple birlikte, uygun ölçü ve özellikleri belirler, öneri geliştirir, hasta ve aileye eğitim verir. Fizyoterapi

³⁰ SB, “22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

sürecinde, uygulanan fizyoterapi programının hasta için uygun olmadığını veya programını sonlandırmak gerektiğini öngördüğü durumlarda ilgili tabibe görüşünü bildirir, tabibin programın uygulanmasında ısrar etmesi durumunda söz konusu programı, durumu kayıt altına alarak uygular. Fizyoterapi programı için uygun olan teknolojik ekipmanı güvenli ve etkili bir şekilde kullanır, ortaya çıkabilecek istenmeyen etkileri ve komplikasyonları önlemek için gerekli önlemleri alır.³¹

Odyolog

İşitme ve denge ile ilgili hastalıkların tanısında uzman hekiminin yönlendirmesiyle tanısal testlerin gerçekleştirilmesi ve rehabilitasyonu ile işitme rehabilitasyonu için kullanılacak cihazların belirlenmesi, seçimi ve programlanmasını yapar. İşitme sağlığının korunması ve işitme kaybının önlenmesine yönelik çalışmalar yapar. İşitme tarama programlarında görev alır ve bu programlardaki testleri yapar.

Gürültü ölçümlerini yaparak işitmenin korunması hakkında gerekli önerilerde bulunur. Cerrahi işlemler esnasında cerrahın gerekli görmesi durumunda işitme ve denge ile ilgili sinir monitörizasyonu yapar. Kulağa implante edilen cihazlarda ameliyat sırasında ve sonrasında cihaz ayarlamalarını yapar.

³¹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

İşitsel algı değerlendirmesi ve rehabilitasyonu yapar. İşitme ile ilgili eğitim programlarının hazırlanmasında görev alır.³²

Diyetisyen

Sosyal Çalışmacı unvanının gerektirdiği yetkiler çerçevesinde sosyal yardım almak amacıyla Kuruma müracaat edenlerin, sosyo-ekonomik durumlarının tetkikini yaparak Kurumca belirlenen kriterlere uygunluğu konusunda araştırma ve değerlendirme yapmak³³.

Yaş, cinsiyet ve fiziksel uğraşı gruplarına göre, sağlıklı bireyler için enerji ve besin öğeleri gereksinimleri ile sağlıklı beslenme programlarını belirler. Özel grupların beslenme ihtiyaçlarına yönelik çalışmaların yürütülmesinde görev alır. Besin analizleri yapar, sağlıklı beslenmeye ve özel amaçlara yönelik besin grupları geliştirir ve bunların doğru kullanımını sağlar. Toplumda beslenme sorunlarına ve bu sorunların çözümüne yönelik çalışmalar yapar. Ulusal, bölgesel ve yerel düzeyde besin ve beslenme politikalarının oluşturulmasında, eylem planlarının yapılmasında ve uygulanmasında görev alır.

Hekimin yönlendirmesi ile hastalar için gerekli beslenme programlarını düzenler. Bireylerin hastalığına, antropometrik ölçümlerine, laboratuvar bulgularına ve tedavisine uygun olarak

³² SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

³³ SGK Unvan Bazında İş/Görev Tanımları Kitabı, s. 152.

besin ögesi gereksinimlerini belirler, diyet tedavilerini ve beslenme eğitimi hizmetlerini planlar, uygular ve izler. Hastaların sağlık kuruluşlarında hastane malnütrisyonuna maruz kalmamaları için gerekli önlemleri alır. Hastaların diyet ve normal yemekleri ile ilgili istek ve eğilimlerini tespit ederek, yemek listelerini tabibin tespit ettiği esaslar içinde kalmak suretiyle hazırlar. Hastayı yemek rejimi hususunda eğitir. Hastaların yemeklerini yiyip yemediklerini kontrol eder, tüketmiş olduğu besinler hakkında gerekirse tabibe bilgi verir.

Hastalara verilecek olan oral, enteral ve parenteral beslenme ürünlerinin seçiminde, hazırlanmasında, uygulamalarında, eğitim ve izleme süreçlerinde görev alır. Satın alınacak gıda maddelerinin miktarının belirlenmesinde ve değerlendirme çalışmalarında görev alır. Beslenme hizmetinde çalışan personelin denetimini yapar, hizmet içi eğitimlerini planlar, uygular/uygulatır. Hizmetin her aşamasında besin, personel, fiziksel alan ve araç-gereçlerin temizlik ve hijyeni için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

Menü planlaması yapar ve uygulanan menüleri denetler. Standart yemek tarifelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını sağlar, gerektiğinde günün ve kuruluşun şartlarına uygun düzenlemeleri yapar. Yiyecek-içeceklerin uygun yöntemlerle depolanmasını ve depodan yiyecek-içecek çıkışını denetler.

Toplu beslenme alanlarının ve araç/gereçlerin günün şartlarına uygun ve ihtiyaca cevap verebilecek standartlara ulaşmasını sağlar. Yemek hazırlama, pişirme ve servis alanlarında oluşabilecek kazaları önleyici tedbirlerin alınmasını ve ilk yardım araçlarının bulunmasını sağlar. Yiyeceklerin hazırlama, pişirme ve servisi ilkeleri doğrultusunda tüketime sunulmasını denetler. Besin güvenliğinin sağlanmasında ve kalite sistemlerinin kurulmasında görev alır.³⁴

Dil ve Konuşma Terapisti

İletişim, dil, konuşma, ses ve yutma sağlığı alanında önleyici programlarda görev alır. Toplumda ve bireylerde ses, konuşma ve dil bozukluklarına neden olabilecek risk faktörlerine yönelik farkındalık geliştirilmesi için çalışma yapar. Ek-1/B'de bulunan durumlarda terapi ve rehabilitasyon yapar.

İlgili uzman tabip tarafından yönlendirilen ve dil, konuşma, ses ve yutma patolojisi olan hastaların, kendi alanı ile ilgili değerlendirmesini, terapi ve rehabilitasyon planlamasını yapar ve uygular. Bilgisayar destekli konuşma cihazları, trakeoözefageal protezler ve benzeri konuşma aparatları, elektrolarinks, iletişim panoları gibi alternatif ve iletişimi destekleyici yardımcı ek araçlı/cihazlı ve jest, işaret dili gibi

³⁴ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

yardımsız sistemleri konusunda hastaya eğitim verir. Özel gereksinimi olanlar için bireyselleştirilmiş eğitim programlarında görev alır.³⁵

Podolog

Meslek yüksekokullarının podoloji programından mezun; bireylerin ayak sağlığının korunması ve bakımına yönelik hizmet veren ve ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak hastaların ayak tedavisini yapan sağlık teknikeridir³⁶.

Ayak sağlığı ve korunmasına yönelik farkındalık geliştirilmesi çalışmalarında görev alır. Sağlıklı bireylerde; medikal ayak bakımı yapar ve bu konuda eğitim verir. İlgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak; tırnak protez uygulamaları, bandaj, sargı, parmak yastıkları ve ayak destekleri uygulamalarını yapar, ayak sağlığı sorunlarının, tırnak patolojilerinin ve nasırların değerlendirilmesi, önlenmesi ve tedavisinde görev alır.³⁷

³⁵ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

³⁶ <http://taseronahayir.blogcu.com/25-cesit-saglik-personelinin-gorev-tanimlari-yapildi/10378125>

³⁷ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Sağlık Fizikçisi

Radyoterapi uygulamalarında, radyasyon onkolojisi uzmanının tedavi önerileri doğrultusunda; uygun olan iyonlaştırıcı radyasyon kaynak ve cihazlarını seçer, tedavi planlamalarını ve doz hesaplamalarını yapar, tedavi uygulanmasında hazır bulunur. Çocuk hasta ve gebelik gibi durumlarda ve radyoaktif implant uygulamalarında özel doz hesaplamalarını yapar.

Radyasyon güvenliği komitesinde yer alır. Hasta ve yakınları ile çalışanların radyasyon güvenliğini sağlamak üzere birimin radyasyon güvenliği kurallarını hazırlar ve uyumu denetler. Tüm çalışanların kişisel dozimetre ölçüm sonuçlarını izler, değerlendirir ve kayıtlarını tutar ya da tutulmasını sağlar.

Olası radyasyon kazalarına yönelik acil/tehlike durum planlarını hazırlar, belirli aralıklarla kazalara yönelik tatbikatların düzenlenmesini sağlar, tehlike gelişmesi halinde planda belirtilen yükümlülükleri yerine getirir.

Radyasyon kazası durumunda; radyoaktif materyalle çalışanların ve iyonlaştırıcı ışınların etkisine uğrayanların aldıkları dozları tespit ederek radyasyondan korunma sorumlusunun bilgisi dâhilinde gerekli sağlık kontrollerinin yapılmasını sağlar, kaza raporlarını hazırlar ve yetkili kuruluşlara iletir. Radyasyonla ilgili ulusal ve uluslararası mevzuatı izler ve uygulanmasında görev alır.

Tüm sistemlerin hatasız ve etkin kullanımı için gerekli talimatları ve rutin kalite kontrollerine yönelik protokolleri hazırlar, rutin işlemlerin bu talimat ve protokollere uygunluğunu kontrol eder. Radyoaktif atık yönetiminin ulusal mevzuatta belirtilen şekilde yürütülmesini ve kullanılmış radyoaktif kaynakların güvenli bir şekilde transferini sağlar.

Yeni kurulacak ya da kapasitesini artıracak radyasyon yayan bölümlerde gerekli yerleşim planlamalarının yapılmasına destek verir, inşaat sırasında ve sonrasında gerekli kontrolleri ve radyasyon güvenliğini sağlayacak zırhlama hesaplamalarını yapar.

Yeni alınacak cihazların teknik performanslarına yönelik özelliklerinin belirlenmesini ve seçimini, kabul testlerini ulusal/uluslararası protokollere uygun olarak yapar. Bakım ve onarımdan geçen cihazların kullanıma girmesini sağlamak üzere gerekli ölçümleri yapar.

Cihazların etkin kullanımlarına yönelik olarak gerekli eğitimleri alır ve /veya ilgili personelin gerekli eğitimleri almasını sağlar. Radyasyon cihaz ve kaynaklarının mekanik ve dozimetrik kalite teminini, kalibrasyon işlemleri, kalite kontrolleri ve rutin bakım işlemlerinin yapılmasını sağlar.

Bölümde çalışan fizikçi, tekniker ve teknisyenlere radyasyon fiziği, sayım ve görüntüleme sistemlerinin prensipleri,

kullanılan klinik protokoller, görüntü işleme teknikleri, radyasyondan korunma ve olası radyasyon kazaları gibi konularda eğitim verir.

Nükleer tıp ve diagnostik radyolojide; görüntüleme yöntemlerinin, sayısal görüntü işleme tekniklerinin ve klinik protokollerin optimizasyonunu yapar. Radyoizotop maddeleri ve iyonlaştırıcı ışın kaynaklarını usulüne uygun olarak depo ve muhafaza eder, kullanıma sokmak üzere gerekli ölçümleri ve kabul testlerini yapar, aktivite ölçümlerini yaparak kullanıma hazır hale getirir, naklini sağlar.

Radyoizotop alan hastaların tecridinde ve radyoizotop atıklarının zararsız hale getirilmesinde, kullanılan alet ve malzemenin radyoaktiviteden arıtılmasında, radyasyon yayan cenazelerin muhafaza ve defnedilmesinde gerekli tedbirleri alır.³⁸

Radyoterapi Teknikeri

Radyoterapi programından mezun; tabibin hazırladığı ışın tedavi programını hastaya uygulayan sağlık teknikeridir³⁹.

Sorumluluğu altındaki cihazları kullanıma hazır hale getirir, arızaları en kısa sürede sorumlu kişiye bildirir. Tedavi sarf

³⁸ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

³⁹ <http://taseronahayir.blogcu.com/25-cesit-saglik-personelinin-gorev-tanimlari-yapildi/10378125>

malzemelerini tedaviden önce hazır bulundurur. Radyasyon onkolojisi uzmanının belirlediği tedaviyi, sağlık fizikçisinin belirlediği ölçü ve hesaplara göre uygular.

Radyasyon onkolojisi uzmanı ve sağlık fizikçisi tarafından belirlenen fokalize blok dökümü ve diğer mould uygulamaları ile bolus, termoplastik maske ve aparatlarını uygulamaya hazır hale getirir ve uygulamada görev alır. Radyasyon onkolojisi uzmanı ve sağlık fizikçisi ile birlikte simülasyon işlemlerine katılır ve cihazları kullanır.

Tedavi alanlarının simülasyon ve port filmlerinin çekimi ile ilgili iş ve işlemlerini yapar. Radyoterapi sırasında hastayı izler, beklenmeyen bir durum veya komplikasyon gelişmesi halinde ilgili tabip ve sağlık fizikçisine haber verir. İmhası gereken radyoaktif atık malzemenin bertaraf edilmesine nezaret eder ve çevreye zararlı olmasını önlemek için gereken tedbirlerin alınmasında görev alır.

Radyasyon güvenliği ve kalite-kontrol biriminde görev alır. Radyasyon güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır. Tehlike anında radyasyon güvenliği kurulunca hazırlanmış olan acil durum planını uygular.⁴⁰

⁴⁰ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Anestezi Teknisyeni/Teknikeri

Anesteziye kullanılacak tüm cihaz ve ekipmanı kontrol eder ve anestezi uygulamasına hazırlar. Merkezi gaz kaynaklarının bağlantılarının doğru olup olmadığını, oksijen, azot protoksit, tüplerinin doluluğunu ve bağlantılarını kontrol eder.

Uygulanacak anestezi yöntemine göre gerekli ilaç ve malzemeleri hazırlar. Anestezi cihazındaki arızaları, anestezi maddeleri, anesteziye kullanılan bütün yardımcı ilaç ve malzeme ihtiyacını anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına zamanında haber verir. Anestezi uygulamaları ve monitörizasyon için hastayı hazırlar.

Anestezinin güvenli bir şekilde uygulanabilmesinde, sürdürülebilmesinde ve sonlandırılmasında anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına yardımcı olur. Anestezi uygulamasında hastaya ilişkin anestezi kayıtlarını tutar. Hasta ve anestezi işlemine ait takip bilgilerini anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanıyla paylaşır. Anestezinin sonlandırılmasından itibaren hastanın derlenme odasına güvenli bir şekilde teslim edilmesine yardımcı olur.⁴¹

⁴¹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Tıbbi Laboratuvar Teknisyeni

Laboratuvarına numune kabul birimlerinde numuneyi kabul eder. Numunelerin analizi için ön hazırlığını yapar. Laboratuvarı başvuran kişilerden usulüne uygun olarak klinik örnekleri alır. Kan alma ünitesinde, kan alma işlemini yapar. Acil olan testleri ayırarak çalışır ve muhafazası gerekenleri usulüne göre ayırır, saklar.

Red kriterlerine göre red edilmesi gereken örnekleri red ederek yeni örnek ister. Durumu, Laboratuvar uzmanı, örneği gönderen hemşire ve/veya hekime bildirir. Laboratuvar araç-gereçlerini kullanarak hekim tarafından istenilen deney, test ve analizleri yapar, bulgularını rapor haline getirerek onaya sunar, çıkan panik değerleri laboratuvar uzmanına ve/veya ilgili klinik hekimine ve/veya hemşiresine bildirilir. İnternal ve eksternal kalite kontrol çalışmalarını yapar, kayıt altına alır. İşlem sırasındaki gözlemlerini kalite çalışmaları doğrultusunda formlara kaydeder. Laboratuvar istatistik çalışmaları, malzeme ve kit sayımı ile miad kontrollerini yapar, kayıt altına alır. Laboratuvar araç - gereçlerinin temizlik ve dezenfeksiyonunu sağlar. Laboratuvarına test cihazları ve araçlarının, günlük bakımını ve kullanım öncesi kalibrasyon kontrollerini yapar. Dekontaminasyon işlemlerini ve atıkların güvenli bir şekilde bertaraf edilmesini sağlar.⁴²

⁴² SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık

Tıbbi Laboratuvar ve Patoloji Teknikeri

Tıbbi Laboratuvar ve patoloji teknikeri tıbbi Laboratuvar teknisyeninin görev, yetki ve sorumluluklarına ilave olarak: Patoloji Laboratuvarına gelen doku, sıvı, yayma ve ince iğne aspirasyonu örneklerinin kayıt ve kabulünü, fizyolojik ve anatomik özelliklerine göre fiksasyonunu yapar. Fiksasyonda kullanılan solüsyonların gerekli kimyasal hesaplama, ölçüm ve tartımlarını yapar ve hazırlar.

Kemik, diş, tendon gibi dokuların dekalsifikasyonlarını yapar ve dekalsifikasyon ajanlarını kimyasal hesaplama, tartım ve ölçümlerle hazırlar. Alındığı gibi gönderilen sıvı örneklerin hücresellik değerlendirmesini yapar, doğrudan yayma veya sitosantifüj sistemlerini uygular, karar veremediği durumlarda uzman hekime danışır.

Makroskopik çalışmaya aktif olarak katılır. Doku takibini otomatik makine ve/veya elle yapar. Doku takibinden çıkan parçaları blok haline getirir. İstenen kalınlık ve özellikte kesit alır. Preparatın hekim tarafından öngörülen veya rutin yöntemler ile boyama işlemlerini yapar. Süreçte kullanılan temel boya çözeltilerini hazırlar, kontrollerini yapar.

Preparatları istek formları ile birlikte sorumlu patoloğa teslim eder. Preparat ve blokları kayıt altına alır ve arşivler. Taze

doku ile çalışılan alanda; enfeksiyon kontrolünü yapar, güvenli çalışma ortamı sağlar, taze doku örneklerinden dokundurma, ezme, dondurma (frozen kesiti) preparatlarının fiksasyon, boyama, kapatma ve teslim işlemlerini yapar.

Histokimyasal ve immünhistokimyasal boyama sistemleri için boya çözeltilerini ve antikorları hazırlar, uygun yöntemlerle boyama işlemini uygular. Boyama sonunda mikroskopik kontrollerini yapar, hata varsa kaynağını saptar, sorunu çözer ve kayıt altına alır. Mikroskop, doku takibi cihazı, boyama cihazı ve mikrotomun günlük ve haftalık bakımı, temizliği ile kalibrasyonunu yapar.⁴³

Tıbbi Görüntüleme Teknisyeni/Teknikeri

Hasta ve çalışana yönelik radyasyon güvenlik önlemlerini uygular. Tıbbi görüntüleme cihazını ve ortamı radyografik incelemeye hazır hale getirir. Cihazların kalibrasyonunu kontrol eder, bakım ve tamirinin zamanında yapılması için ilgililere bilgi verir.

Radyografik inceleme öncesinde hastayı hazırlar ve bilgi verir. Doğrudan ya da radyoopaklı radyografi, bilgisayarlı tomografi ve kemik mineral dansitometresi çekimleri ile manyetik rezonans ve anjiyografi görüntülemesi yapar.

⁴³ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Film banyo/baskı işlemleri ve görüntülerin elektronik kayıt işlemlerini yapar. Radyoaktif atıkların muhafazasını ve imha edilmesinde görev alır. Uzman eşliğinde radyonüklid görüntüleme ve floroskopi yapar. Hekim eşliğinde radyoopak madde enjeksiyonu yapar.⁴⁴

Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri

Diş ünitelerini muayene ve diğer işlemlere hazır hale getirir, kullanılan malzemelerin ön yıkamasını, yüzey dezenfeksiyonunu ve sterilizasyonunu yapar. Hasta muayenesinde hekime yardımcı olur.

Hekimin uygulayacağı tedavi şekline göre gerekli malzemeleri temin eder, hazırlar, tedavi işlemleri esnasında tedaviyi yürüten hekime yardım eder. Klinikteki tedavi ve sarf malzemelerinin tedarik ve kontrolünde görev alır. Koruyucu diş hekimliği uygulamalarında diş hekimine yardımcı olur.⁴⁵

⁴⁴ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

⁴⁵ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Diş Protez Teknikeri

Meslek yüksekokullarının diş protez programından mezun; diş tabibi tarafından alınan ölçü üzerine, çene ve yüz protezlerini, ortodontik cihazları yapan ve onaran sağlık teknikeridir⁴⁶.

Laboratuardaki cihazların ve araçlarının kullanım öncesi kontrollerini yapıp düzenli aralıklar ile kalibrasyonlarını yaptırır. Diş hekimince alınan ölçüye göre hastaya özel modelini hazırlar. Diş hekimince alınan ölçüler ile verilen talimatlara göre protezleri, ortodontik apareyleri, porselen işlemlerini ve protezlerin tamirini yapar. Laboratuvar araç - gereçlerinin temizlik ve dezenfeksiyonunu yapar ve cihazların günlük bakımını sağlar.⁴⁷

Tıbbi Protez Ve Ortez Teknisyeni/Teknikeri

Tıbbi protez ve ortezin imalatında ve hastadan ölçü alımında görev alır, alçı modeli hazırlar, protezi ve ortezi imal eder, provasında görev alır. Hastaya protez ve ortezin işleyişi, bakımı ile ilgili bilgi verir. Tıbbi protez ve ortezin bakımı, tamiri ve kontrolünde görev alır. Yapı parçalarını birleştirir, söker ve yeniler.

⁴⁶ <http://taseronahayir.blogcu.com/25-cesit-saglik-personelinin-gorev-tanimlari-yapildi/10378125>

⁴⁷ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Hazır mamulleri ve meme protezini hasta üzerine uygular, yarı hazır mamulleri hasta üzerine uyarlar, yardımcı cihazları hastaların kullanımına uygun hale getirir. Hekim eşliğinde dışarıdan stabilizasyon için ön hazırlığı yapar, yumuşak ve alçı sargı yapar, pozisyonlama yapar, dışarıdan yapılan stabilizasyonu çıkarır. Olası yan etkileri kontrol eder ve hastayı bilgilendirir. Tıbbi protez ve ortez yapım ve uygulama hizmetlerinin yürütülmesinde atölye sarf ve demirbaş malzemeleri temin eder, bakımı ve onarımını yaptırır, uygulanacak protez ve ortezin hijyenini sağlar.⁴⁸

Ameliyathane Teknikeri

Ameliyat odasını malzeme ve teçhizat yönünden cerrahi işlemlerin yapılmasına hazır hale getirir. Ameliyat masasını her ameliyattan önce kontrol eder, ameliyata hazır hale getirir ve gerekli destek parçalarını hazırlayarak güvenli bir çalışma ortamı oluşturur.

Ameliyat esnasında çıkarılan herhangi bir cerrahi materyalin uygun bir şekilde ilgili birime gönderilmesine yardımcı olur. Her bir işlemten veya ameliyattan sonra ortamın temizlenmesini ve dezenfeksiyonunu sağlayarak yeniden kullanıma hazır hale getirilmesini sağlar. Ameliyattan sonra cerrahi aletleri ve

⁴⁸ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

malzemeleri temizler, dezenfekte eder ve kullanıma hazır hale getirilmesini sağlar.

Cerrahi malzemelerin sterilizasyonunu ve uygun şartlarda korunmasını sağlar. Hastanın ameliyat odasına alınmasına, pozisyon verilmesine ve ameliyat sonrası nakline yardımcı olur. Cerrahi alet ve ekipmanların periyodik muayenelerini yaptırır ve olası arızalarını zamanında haber verir. Cerrahi işlem sırasında hekimin uygun gördüğü durum ve şekilde cerrahi ekibe yardım eder.⁴⁹

Adli Tıp Teknikeri

Otopsi yapılmak üzere gönderilen cesedi, belgelerin uygunluğunu denetleyerek morga kabulünü yapar, kimlik bilgilerini etiketler. Morg içerisinde cesedin naklini sağlar. Otopsi salonu, laboratuvar, grafi odasını düzenler, havalandırmayı kontrol eder, otopsi salonunun ısı ve nem durumunun standartlara uygunluğunu sağlar. Cesedin fotoğraflarını çeker ve arşivlenmesinde görev alır. Otopsi tarihini ve saatini kaydeder.

Otopsi öncesi alınması gereken örnekleri, kanıt ve elbiseleri toplar, hazırlar, etiketler ve saklar. Otopsi sırasında hekimin

⁴⁹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

gözetiminde cesedin diseksiyonunu yapar, örneklerin alınmasından sonra kapatır.

Otopsi sonrası cesedin teslim veya saklama işlemlerini yürütür. Ölü muayene tutanağını inceler, cenaze ile birlikte gönderilen her türlü materyali muhafaza altına alarak ilgili uzmana bildirir, ilgili uzmanın talimatları doğrultusunda bu materyallerle ilgili gerekli işlemleri yapar. Adli olay yeri incelemelerine katılır. Morg, otopsi odasını ve kullanılacak malzemeleri temizler, sterilizasyonunu veya dezenfeksiyonunu sağlar. Eksik malzemeleri temin eder.⁵⁰

Diyaliz Teknikeri

Meslek yüksekokullarının diyaliz programından mezun; tabibin yönlendirmesine göre hastaya diyaliz uygulamalarını yapan sağlık teknikeridir⁵¹.

Diyaliz tedavisine ilişkin tıbbi bakımı sorumlu hekimin direktiflerine göre yapar. Diyaliz hastalarını diyaliz uygulamaları hakkında bilgilendirir. Hemodiyaliz cihazlarını her hasta için diyalize hazırlar. Hemodiyaliz cihazının her işlem sonrasında iç ve dış dezenfeksiyonu ile malzemelerin sterilizasyon işlemlerini yürütür. Hemodiyaliz cihazlarını

⁵⁰ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair

⁵¹ <http://taseronahayir.blogcu.com/25-cesit-saglik-personelinin-gorev-tanimlari-yapildi/10378125>

kullanıma hazır halde bulundurur, arıza durumunda teknik birime bildirir.

Diyaliz işlemi öncesinde ve sonrasında hastayı tartar, diyaliz işlemi süresince hastanın yaşam bulgularının takiplerini yapar ve tedavilere ilişkin kayıtları tutar. Hastayı diyalize almadan önce damar yolunu değerlendirir, diyaliz giriş yerinin bakımını yapar, hemodiyaliz işlemini başlatır ve bitirir. Diyaliz işlemi sırasında oluşabilecek istenmeyen etkiler ve komplikasyonlar için gerekli önlemleri alır, oluşması halinde hekime haber verir.

Su sisteminden elde edilen suyun bakteriyolojik, kimyasal analizlerin takibinin yapılmasında görev alır ve kayıtlarını tutar. Hekimin istemi doğrultusunda uygun diyalizör ve diyalizatı hazırlar. Periton diyalizi alanında, sorumlu uzmanın gözetimi ve denetiminde periton diyaliz kateter bakımını yapar, transfer set değişimi ve solüsyonların değişimini sağlar, hastanın evde ziyaretlerine gider, rutin takiplerini yapar ve eğitim verir.⁵²

Perfüzyonist

Perfüzyon alanında lisans eğitimi veren fakülte veya yüksekokullardan mezun veya diğer lisans eğitimleri üzerine perfüzyon alanında yüksek lisans yapan; kalp ve/veya büyük

⁵² SB. “22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”.

damarlarda yapılacak müdahalelerde ilgili uzman tabipler gözetiminde kalp akciğer makinesini kullanarak beden dışı kan dolaşımını yöneten sağlık meslek mensubudur⁵³.

Kalp-akciğer makinesini, ekstrakorporeal membran oksijenasyon ve ventriküler destek cihazlarını yönetir. Ameliyat öncesi perfüzyonla ilgili hazırlığı yapar. Kardiyopulmoner bypass ve ekstrakorporeal (vücut dışı) dolaşım sırasında hastanın fizyolojik parametrelerini, kan gazları ve kan biyokimyası sonuçlarını ve antikoagülasyonu takip eder, gerekli girişimlerde bulunur ve ilgili kayıtlarını tutar.

Kardiyopleji uygulaması gibi miyokard korunmasıyla ilgili gerekli işlemleri yapar. Gerekğinde donör doku ve organların korunmasına yardımcı olur. Hemofiltrasyon-ultrafiltrasyon ve aferez uygulamalarını yapar. Hipotermi-hipertermi uygulamalarını ve vücut sıcaklığı regülasyonunu yapar.

Ektrakorporeal dolaşım ekipmanı üzerinden kan ve kan ürünleri transfüzyonu ile uzman hekimlerin gerekli gördüğü ilaç ve tıbbi ajanların uygulamasını yapar. İzole organ ve ekstremitte perfüzyonunun yapılmasını sağlar.

Ektrakorporeal dolaşım desteğinde olan hastanın transportuna eşlik eder.⁵⁴

⁵³ <http://taseronahayir.blogcu.com/25-cesit-saglik-personelinin-gorev-tanimlari-yapildi/10378125>

Eczane Teknikeri

Eczacının gözetimi, sorumluluğu ve denetiminde; Eczanede sunulan reçeteli ve reçetesiz ilaç, tıbbi ürün, kozmetik müstahzar, tıbbi malzeme ve sağlıkla ilgili diğer ürünlerin temininde, saklanması ve sunulmasında görev alır. Bu ürünlerin son kullanma tarihlerini ve stok kontrollerini yapar; eksikleri tespit eder ve uygun bir şekilde depolanmaları ile kayıtlarının tutulması konusunda görev alır. Eczanede bulunan cihazların ve eczane laboratuvarının bakımını yapar ve işlerliğini sağlar . Eczanenin idari ve mali süreçleriyle ilgili eczacı tarafından verilen görevleri yerine getirir.

İş ve Uğraşı Terapisti (Ergoterapist)

Bireyin ev, iş ve okul ortamlarında fonksiyonel potansiyelini değerlendirerek performansını en üst düzeye çıkarmak ve çevreye uyumunu sağlamak için önerilerde bulunur. Bireylerin hastalık ve engellilik sonucu ortaya çıkan fonksiyonel sınırlılıklarını değerlendirir, günlük faaliyetlerini ve mesleklerini sürdürecekt uygulamaları yapar. Hastaların duygusal, psikososyal, gelişimsel ve fiziksel yeterliliklerini mesleği ile ilgili ölçüm ve testleri kullanarak değerlendirir.

Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı sağlamaya yönelik yöntemler ile araç-gereçleri belirler ve kullanımını öğretir.

⁵⁴ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Bireysel ve grup olarak mesleki, sosyal, sanatsal ve eğitim aktivitelerinin kullanımıyla ilgili rehabilitasyon programları yapar ve uygular.

Duyu algı motor bütünleşme eğitimini ve bu alanlarda iş ve uğraşı terapisi uygular. Kişilerin topluma katılımını etkileyen kişisel çevresel ve aktivite performansına ait engelleri değerlendirir. Dışlanmış bireylerin topluma kazandırılması için gerekli değerlendirme ve rehabilitasyon işlemlerini yürütür.⁵⁵

Ergoterapi Teknikeri (İş Ve Uğraşı Teknikeri)

İş ve uğraşı teknikeri; uzman tabip veya iş ve uğraşı terapisti gözetiminde; Bireyin; günlük yaşam, iş yaşamı, hobi ve boş zaman aktiviteleri ile ilgili becerilerinin geliştirilmesi, iyileştirilmesi veya düzeltilmesi amacıyla rehabilitasyon programı çerçevesinde öngörülen iş-uğraşı terapisi uygulamalarını yapar. Bireyin bilişsel, duyu, algı ve nöromüsküler fonksiyonlarının geliştirilmesi, iyileştirilmesi veya düzeltilmesi amacıyla rehabilitasyon programı çerçevesinde öngörülen iş ve uğraşı terapisi uygulamalarını yapar. Ortez, protez ve yardımcı teknolojik cihaz kullanım gereksinimi olan bireylerde bu cihazları uygulama ve eğitime katkıda bulunur.

⁵⁵ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik .

Ev ve diğer toplumsal katılım alanlarında bireysel bağımsızlığı artırmak üzere, çevresel değişikliklerle ilgili çalışmalara katılır.

56

Elektronörofizyoloji Teknikeri

Hekimin talimatı doğrultusunda, elektroensefalografi (EEG), elektronöromiyografi (ENMG), polisomnografi (PSG), pozitif hava yolu basıncı (PAP) titrasyonu, uyarılmış potansiyel çalışmaları gibi elektronörofizyolojik uygulamaları yapar. İşlem süresince hastanın takibini yapar, hastanın durumuyla ilgili gözlemlediği olağan dışı durumları ve komplikasyonları hekime bildirir.

İşlemler ve acil durumlar için gerekli cihaz, elektrot, malzeme ve ilaçları hazırlar. İşlem öncesinde cihazların kalibrasyonunu yapar. Ortamın işlemler için uygunluğunu temin eder. İşlem sonunda kullanılan cihaz ve malzemelerin temizlik ve bakımının yapılmasını sağlar, uygun şekilde muhafaza eder.⁵⁷

Mamografi Teknikeri

Mamografi ünitesini çekime hazır hale getirir. Cihazın ve tüm ekipmanın kalite standartlarına uygunluğunu, kalibrasyonunu

⁵⁶ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

⁵⁷ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

kontrol eder, bakım ve tamirinin zamanında yapılması için ilgililere bilgi verir. Memenin uygun pozisyonlarda grafisini çeker ve film banyo/baskı, elektronik kayıt işlemlerini yapar.

Mamogramların kanser açısından pozitif ve negatif yönden incelemesini yapar. Çekilen mamogramları, varsa eski mamogramları ve raporlarını radyoloji uzmanının değerlendirmesine ve raporlamasına hazır hale getirir. Hasta ve çalışan güvenliği açısından radyasyon güvenlik tedbirlerini alır. Meme girişimsel işlemlerinin yapılması sırasında hekime yardımcı olur.⁵⁸

Optisyen

Uzman tabip tarafından verilen reçetelerde yazılı numaralı gözlük camlarının, her türlü lenslerin, optik görme gereçlerinin ve gözlük çerçevelerinin hastaya sunulmasını sağlar. Standartlara uygun olarak gözlük montajı yapar, onarır, tespitini sağlar ve kişinin kullanımına uygun haline getirir. Optik gereç kullanıcılarına ve hastalara ait kayıtları tutar ve gerektiğinde ilgili kurumlara verir.⁵⁹

⁵⁸ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

⁵⁹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

Acil tıp teknikeri

İntravenöz ve intraossöz girişim ile hastaneye ulaşıncaya kadar, Bakanlıkça belirlenen acil ilaçları ve sıvıları kullanır. Temel ve ileri hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon uygulaması, gerekli hallerde krikotirotomi ve oksijen uygulaması yapar. Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapar.

Hastanın nakle hazır hale gelmesini ve uygun taşıma teknikleri ile hastanın naklini sağlar. EKG çekimi ve ritim değerlendirmesi yapar, monitörizasyon, defibrilasyon, kardiyoversiyon, external pacemaker uygulaması gibi elektriksel tedavileri uygular. Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.

Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır. Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurur, zorunlu hallerde ambulansla sürücülük görevi yapar.⁶⁰

Acil tıp teknisyeni

İntravenöz ve intraossöz girişim yapar. Temel hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon ve oksijen uygulaması

⁶⁰ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

yapar. Uygun taşıma tekniklerini uygular. Temel yaşam desteği protokollerini uygular. Bu uygulama sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanır.

Travma stabilizasyonu ile kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlar. Hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlar. Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapar. Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olur.

Monitörizasyon ve defibrilasyona yardımcı olur. Görevinin tüm aşamalarında haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanır. Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurur, gerektiğinde ambulanda sürücülük görevi yapar.⁶¹

Hemşire yardımcısı

Hasta odasının düzenini ve temizliğinin yapılmasını sağlar. Hastanın yatağını yapar. Hasta güvenliğinin sağlanmasına yardım eder. Hastanın tedavi planında yer alan ve hemşirenin uygun gördüğü oral ilaçları hastaya verir. Hastanın kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eder.

⁶¹ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

Hastanın deri bütünlüğünü gözlemleyerek hemşireye bilgi verir. Hastaların muayene, tetkik ve tedavi için hazırlanmasına, tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım eder. Yatak yarasını önlemeye yönelik koruyucu işlemlerde hemşireye yardım eder.

Hastanın günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesine yardım eder. Yataktan kalkamayan veya kalkması uygun görülmeyen hastanın boşaltımına yardımcı olur, varsa boşaltımla ilgili sorunlarını hemşireye bildirir. Hastanın idrar torbasını boşaltır veya değiştirir.

Hastadan steril olmayan idrar örneği ve dışkı örneği alır. Hastanın beslenme programına uygun olarak beslenmesine yardımcı olur. Kilo takibi gereken hastalarda günlük kilo takibini yapar. Hemşirenin uygun gördüğü durumlarda hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım eder.

Hareket kısıtlılığı olan hastalarda uygun görülen pozisyonu verir. Hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat eder. Hasta için planlanan egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım eder. İlgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri hemşireye bildirir.

Ölüm sonrası yapılması gereken bakımları uygular. Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlar. Hasta bakımında kullanılan malzemelerin hazırlanmasını, temizliğini, dezenfeksiyonunu ve uygun şekilde saklanmasına yardım eder.⁶²

Ebe Yardımcısı

Doğurganlık sınırları içerisindeki kadınların üreme sağlığı konusunda kayıtlarının tutulmasına yardım eder. Gebelik öncesi dönemde gebeliğe hazırlık eğitim programı ile anne-babalığa ve doğuma hazırlık programlarının uygulanmasına yardım eder. Gebelik izlemleri süreci dâhil olmak üzere kadının muayeneye hazırlığını yapar⁶³.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde gebenin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile ilgili gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olur. Doğum sırasında gebenin doğum ağrısı ve doğum korkusuyla başa çıkmasına yardımcı olur.

Doğum sonrası dönemde; anneye bebek bakımı ve emzirme konusunda yardımcı olur, anne ve bebeğin genel sağlık

⁶² SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

⁶³ <http://www.mymemur.com/haber/ebe-yardimcisi-ne-is-yapar-yeni-yonetmelige-gore-yetkileri-nelerdir-406.html>

durumunda fark ettiği değişiklikleri ebeye bildirir. Kadının başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım eder ve refakat eder. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için hizmet sunduğu gruba bilgi verir.

Aile planlaması hizmetlerinde, kadın ve yenidoğana ait tarama programlarının yürütülmesinde ebeye yardım eder. Kullanılan malzemelerin temizliği, dezenfeksiyonu ve uygun şekilde saklanmasına yardım eder. Çalıştığı ünitenin kullanıma hazır bulundurulmasında görev alır. Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlar.⁶⁴

Sağlık Bakım Teknisyeni

Çalıştığı ünitenin kullanıma hazır bulundurulmasında görev alır. Hastaların muayene, tetkik ve tedavi için hazırlanmasına, tıbbi işlem öncesinde elbiselerinin değiştirilmesine ve işlem sonrasında giyinmesine yardım eder. Sağlık meslek mensubunun uygun gördüğü durumlarda hastanın yürütmesine ve hareket etmesine yardım eder.

Hareket kısıtlılığı olan hastalar için sağlık meslek mensubunun uygun gördüğü pozisyonu verir. İlgilendiği hastaların genel durumunda fark ettiği değişiklikleri sağlık meslek mensubuna

⁶⁴ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

bildirir. Sağlık meslek mensuplarının belirlemiş olduğu günlük yaşam aktivitelerine yönelik plan doğrultusunda hastaya yardım eder.

Sağlık meslek mensubu tarafından belirlenen beslenme programına uygun olarak hastanın beslenmesine yardımcı olur. Sağlık meslek mensubu tarafından belirlenen egzersiz programının hastaya uygulanmasına yardım eder. Kullanılan malzemelerin hazırlanmasına, temizliğine, dezenfeksiyonuna ve uygun şekilde saklanmasına yardım eder.

Kullanılan aletlerin sterilize edilmesine, kirlenmiş malzemelerin bertaraf edilmesine, tıbbi aletlerin ve malzemelerin kullanıma hazır bulundurulmasına yardım eder. Alınan kan, doku veya diğer örneklerin laboratuvara naklini sağlar. Hastanın başka bir kliniğe ya da birime transferine yardım ve refakat eder⁶⁵.

⁶⁵ SB. 22 Mayıs 2014 tarih ve 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

İKİNCİ BÖLÜM

2. Tıbbi Uygulama Hataları ve Tıbbi Hata (Malpraktis) Nedir

Son yıllarda üzerinde en çok durulan ve araştırma yapılan konuların başında malpraktis (tıbbi hata) konusu gelmektedir. Literatürde konunun hukuki, etik, sosyal, eğitimsel ve yönetsel açılardan kapsamlı bir şekilde irdelendiği ve farklı şekillerde tanımlandığı görülmektedir. ABD Ulusal Hasta Güvenliği Vakfı (National Patient Safety Foundation) tıbbi hata kavramını; hastaya sunulan sağlık hizmeti sırasında bir aksamanın neden olduğu, kasıtsız, beklenilmeyen sonuçlar olarak tanımlarken (NPSF 2003)⁶⁶.

The Joint Commision on Accredition of Healtcare Organizations (JCAHO) ise; “sağlık hizmeti sunan bir profesyonelin uygun ve etik olmayan bir davranışta bulunması, mesleki uygulamalarda yetersiz ve ihmalkâr davranması sonucu hastanın zarar görmesi”⁶⁷ şeklinde tanımlamaktadır.

Dünya Tabipler Birliğine göre tıbbi hata; “hekimin veya sağlık personelinin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarardır”. Türk Tabipler Birliği Etik İlkeleri’nin 13. Maddesinde

⁶⁶ National Patient Safety Foundation (NPSF), **Stand Up For Patient Safety** , 2003. www.npsf.org/html/resources.html (21.12.2014).

⁶⁷ The Joint Commision on Accredition of Healtcare Organizations (JCAHO), **Sentinel Event Statistics**, 2006. www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm, (21.05.2015)

“hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis); bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizlik nedeniyle bir hastanın zarar görmesi” olarak tarif edilmiştir.

Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Sorumluluk Kanunu Tasarısı’nın 3. maddesinde ise; “Tıbbi Kötü Uygulama” kavramı kullanılmış ve bu kavram; 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 durum olarak tanımlanmıştır⁶⁸.

Bir başka tanımda ise tıbbi hatanın, yalnızca bir girişimin, bir tedavinin ya da uygulamanın yanlış, eksik yapılması demek olmadığı, aynı zamanda yapılması gerektiği halde yapılmayan, ya da yapılmaması gerektiği halde yapılan bir işlem⁶⁹ anlamına da geldiği belirtilmektedir.

Benzer şekilde bilgisizlik, deneyimsizlik, ilgisizlik veya kullanılan teknolojiye bağlı olarak ortaya çıkan ve hastanın daha uzun süre hastanede kalmasına yol açan, sağlığını

⁶⁸ Temel, M., Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir Konu: Malpraktis, Hemşirelik Forum Dergisi, 2005 , s. 85.

⁶⁹ Özdilek, A. O. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu http://www.turkhukuksitesi.com/makale_300.htm, (21.04.2015) .

bozan, hastaya zarar veren veya ölümüne yol açan uygulamalar⁷⁰ tıbbi hata olarak değerlendirilmektedir.

2.1. Tıbbi Hataların Nedenleri

Tıbbi hatalar birçok nedene bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Akalın'a (2005) göre tıbbi hataların ana nedenleri; insana bağlı faktörler (yorgunluk, yetersiz eğitim, yeterli özeni göstermeme, önlem almama, dikkatsizlik, iletişim yetersizliği, güç/kontrol, zamansızlık, yanlış karar, mantık hatası, tartışmacı kişilik), kurumsal faktörler (iş yeri yapısı, politikalar, idari/finansal yapı, liderlik, geri dönüş konularda yetersizlik, personelin yanlış dağıtımı) ve teknik faktörler (yetersiz otomasyon, yetersiz cihazlar, eksik cihazlar, karar verme destek eksikliği, integrasyon eksikliği) olarak üç başlık altında toplanabilir⁷¹

Adams ve Garber'a göre (2007) tıbbi hataların insan ve sistem olmak üzere iki temel bileşeni olup, sistem hataları insanlardan kaynaklanan hatalara göre daha büyük oranda sorun teşkil etmektedir. Çünkü insan faktörünün yol açtığı hatalar incelendiğinde sadece %1'inin yetkin olmayan çalışanlardan, kalan %99'nun ise çok iyi niyetle işini yapmaya gayret eden ve

⁷⁰ Troyen A. Brennan and oth. Hospital Characteristics Associated With Adverse Events And Substandard Care, Journal Of The American Medical Association, 1991. 265(24): 3265 .

⁷¹ Akalın, E. Hasta Güvenliği: Nasıl Geliştirebiliriz, ANKEM Dergisi, 2004. Cilt: 18, s. 12- 13 .

görevlerinde başarılı olan kişilerden kaynaklandığı anlaşılmaktadır⁷²

Türkiye’de ise tıbbi hataların nedenleri spesifik olarak incelendiğinde; eğitim kurumlarının nitelsiz sağlık personeli yetiştirmesi, sağlık personelinin sayıca yetersiz olması, aşırı çalışma saatleri, vardiyalı çalışma sistemi, hasta sayısının fazla olması, yorgunluk, meslekten memnun olmama, stres, cihazların yetersiz olması ve kalibrasyonlarının yapılmaması, fiziki mekandan kaynaklanan problemler, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersiz olması ve bilgi teknolojilerinden yeterince faydalanılmaması gibi birçok faktörün tıbbi hatalara yol açtığı anlaşılmaktadır.

Genellikle alt yapısı yetersiz, olanakları sınırlı, eğitimcileri kuramsal ve pratik bilgi bakımından yeterli düzeyde olmayan tıp fakültelerinde yetiştirilen hekimlerin sağlık hizmeti vermesi bu alandaki riskleri büyötmektedir. Aynı şekilde insana hizmet verdiği için en mükemmel şekilde eğitim görmesi gereken hemşirelik, ebelik ve sağlık teknisyenliliği okullarında yeterli pratik ve kuramsal eğitimin verilememesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürmekte ve tıbbi hataların oranını artırmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaşanan talep artışını, mevcut sağlık kuruluşlarının karşılayamaması sonucu oluşan

⁷² John L. Adams and Steven Garber, Reducing Medical Malpractice By Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments, Journal Of Empirical Legal Studies, 2007. Cilt: 4, s. :186 .

baskı, çalışma ortamını giderek daha yoğun bir şekilde kötüleştirmektedir. Ayrıca performansla dayalı ücret sisteminin uygulanması sonucu, kimi zaman daha çok gelir elde etme amacıyla, fazladan yapılan tahlil, tetkik ve cerrahi müdahaleler hastanın zarar görmesine yol açabilmektedir⁷³

Sağlık kuruluşlarında kimi zaman 24 saatin bütünü, hafta sonları ve bayramları içine alan sistemler uygulanmaktadır⁷⁴. Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, bireysel güvenliği ve hasta güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır⁷⁵. Çalışma saatlerinin uzun olması, dikkat azlığı ve muhakeme bozukluklarına neden olmakta, bu da hastadaki değişikliklerin fark edilmesini engellemekte ve hatalara yol açmaktadır⁷⁶. En kötü performansın gece 04-06 saatleri arasında gerçekleştiği bilinmektedir.

⁷³ Altunkan, H. “Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009. s. 9.

⁷⁴ Demir M. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Ankara, 1990.

⁷⁵ Wilson, J. The Impacts Of Shift Patterns On Healthcare Professionals, Journal Of Nursing Management, 2002. 10, s. 214 .

⁷⁶ Giray, A.Ü. “Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999, s. 39.

Sağlık personelinin kötü performansı sonucunda aseptik tekniklere dikkat edilmediği, hatalı ilaç uygulamalarının arttığı ve hasta gereksinimlerinin göz ardı edildiği görülmektedir⁷⁷

Sağlık kuruluşlarında görev yapan personelin iş yükünün fazla olması, hataların ortaya çıkmasında önemli bir etkindir. Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), hemşirelerden kaynaklanan hatalarının genellikle hemşire yetersizliği ile ilişkili olduğunu; hemşirelerin, stresli, yorgun, uygun düşünemediği çalışma ortamlarında bulunması durumunda hataların artacağını belirtmektedir⁷⁸

Aiken ve ark (2002) tarafından yapılan kapsamlı bir araştırmada 10.184 kadrolu hemşire ve 232.342 ameliyat hastasından toplanan veriler ışığında araştırmacılar; normalde dört hastaya bakan bir hemşirenin ilave bir hasta yükü daha olması durumunda, hastanın ölüm riskinin % 0,7 arttığını tespit etmişlerdir⁷⁹

Hemşirelerin çalışma saatleri ve hemşirelerin hata yapma oranının incelendiği bir başka çalışmada, günde 12 saatten fazla çalışan hemşirelerde hata oranının arttığı saptanmıştır.

⁷⁷ Bilazer, F. N. ve diğ. Türkiye’de hemşirelerin çalışma koşulları. Türk Hemşireler Derneği (THD). Odak Ofset Matbaacılık, Ankara, 2008, s. 22-37.

⁷⁸ Karen A. B. “Patient Safety: A Shared Responsibility”. Online Journal of Issues in Nursing, 2003. 8(3).

⁷⁹ Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, JA., Buse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM., Shamian, J. Nurses’ Reports On Hospital Care In Five Countries, Cross-National Comparisons, Health Affairs, 2002; 20(3), s. 43-53.

Ayrıca haftalık 40-50 saatten fazla çalışmanın tıbbi hataya neden olabileceği belirlenmiştir⁸⁰

Birçok tıbbi hata ise bilgisizlikten ve deneyimsizlikten kaynaklanmaktadır. Bilimsel gelişmelere bağlı olarak önceki dönemlerde yapılan bazı uygulamaların bugün geçerliliği kalmamakta ve bilgilerini yenilemeyen personelin hata yapma olasılığı yükselmektedir⁸¹. Ayrıca fiziksel çevreyi oluşturan aydınlatma, havalandırma, eşya seçimi ve düzenlemesi, ısıtılması gibi öğeler de insan yaşantısını ve sağlığını olumlu ya da olumsuz olarak etkilemekle kalmayıp hatalara yol açmaktadır⁸²

Belirli bir klinikte çevresel koşulların uygun olmaması (kötü aydınlatma, aşırı gürültü, aşırı ısı, soğuk, titreşim, hava kirliliği ve elektrikli araçların kullanımı sonucu oluşan radyasyon etkisi gibi) personelin, söz konusu bölgede çalışmaktan ve hastaları gereksinim olmasına rağmen ziyaret etmekten kaçınılabilmesine neden olmaktadır⁸³

⁸⁰ Rogers, EA., Hwang, W., Scott, LD., Aiken, LH., Dinges, DF. "The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient Safety", Health Affairs, 2004; 23(4), s. 208.

⁸¹ Temel, s. 86.

⁸² Battal, G. "Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Fiziki Ortama İlişkin Görüşlerinin ve Etkilenme Biçimlerinin Saptanması", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1989.

⁸³ Utkutan, S. "Pediatri Hemşirelerinde Stres Yaratan Faktörler ve Baş etme Yolları", Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Sağlık hizmeti sunumunun, hekimler tarafından sunulan bireysel hizmet şeklinden, hızla sağlık kurumlarınca yürütülen, kurumsal sağlık hizmetine dönüşmesi ile tıbbi hata tanımı yetersiz hale gelmiş ve sağlık hizmet sunumu sırasında oluşan zararların tanımlanması için yeni bir yaklaşım zorunluluğu ortaya çıkmıştır.

Günümüzde sağlık hizmeti sunumunda hastalarda zarara yol açan durumlar sadece hekim hataları ile sınırlı değildir. Genel olarak sağlık hizmet sunumundan kaynaklanan hataları şu şekilde gruplamak mümkündür:

- Sağlık meslek mensuplarınca sunulan sağlık hizmetinin belirlenen standartları sağlayamaması nedeni ile oluşan zararlar: **Tıbbi Hatalar.**
- İdari iş ve işleyişlerin hatalı yürütülmesine bağlı zararlar, iş ve işleyiş hataları: **İdari Hatalar.**
- Sağlık hizmetinin etik ilkelere uygun yürütülmemesi: **Etik Hata.**⁸⁴

İzmir, 1999.

⁸⁴ Çınarlı, S. İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Orion Yayınları, 2013. s. 216.

A. Tıbbi Hatalar

Literatürde üzerinde en sık durulan hatalar; teşhis/tanı hataları, tedavi hataları, ilaç hataları, hastane enfeksiyonları, hastanın yetersiz izlenmesinden kaynaklanan hatalar, düşmeler, iletişim eksikliğinden kaynaklanan hatalar ve yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanıma bağlı hatalar olduğundan, aşağıda bu tür hatalar hakkında kısa bilgiler sunulmaktadır.

1. Teşhis / Tanı Hatası

Teşhis, hastanın muayenesi ve yapılan test ve tetkiklere dayalı olarak elde edilen bulguların değerlendirilmesi neticesinde, hastalığın tanınması veya semptomların kaynağının anlaşılması işlemidir⁸⁵.

Hekimin doğru tanıyı koyabilme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hekim uzmanlığının gereklerine uygun olan tetkikleri ve tahlilleri yapma, hastalığın gerektirdiği şekilde davranma ve tanıda yetersizliği olduğunu düşünüyorsa konsültasyon isteme, ileri bir merkeze sevk etme yükümlülüğü vardır.

Hekimin somut olayda hatalı olup olmadığının saptanabilmesi için; mevcut bulgular karşısında tıp biliminin verileri doğrultusunda tanı için gereken işlemlerin eksiksiz yapılması

⁸⁵ Gökcan, s: 249.

yapılmadığının ve bunların değerlendirilmesinde bilgisizlik, tecrübesizlik, dikkatsizlik, özensizlik gibi nedenlerle hataya düşüp düşmediğinin incelenmesi gerekir⁸⁶.

Yargıtay, tanı hatalarıyla ilgili iddiaların uzman bilirkişi raporuyla belirlenmesi halinde ceza sorumluluğunun gerektirdiğini kabul etmektedir. Ayrıca doğru tanıyı koymakta gecikilmesi de tıbbi hata sayılır⁸⁷

2. Tedavi Hataları

Hastalığın teşhisinden sonra tıbben yapılması gereken işlem, tedaviye yönelik girişimlerde bulunmaktır. Tedavi konusunda hekimin yükümlülüğü, tıp biliminin verilerine göre yapılması gereken tıbbi müdahaleyi yerine getirmektir⁸⁸.

Tedaviyle ilgili hekimin yükümlülükleri Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nde şu şekilde yer almıştır:

Madde 13 - Tabip, ilmî icaplara uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder. Bu faaliyetlerinin mutlak surette şifa ile neticelenmemesinden dolayı, deontoloji bakımından muaheze edilemez.

Tababet prensip ve kaidelerine aykırı veya aldatıcı mahiyette teşhis ve tedavi yasaktır.

⁸⁶ Gökcan, s: 249.

⁸⁷ Gökcan, s: 253.

⁸⁸ Gökcan, s: 253.

Tabip; teşhis, tedavi veya korunmak gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyararak veya diğer sebeplerle, akli veya bendeni mukavemetini azaltacak her hangi bir şey yapamaz⁸⁹

3. İlaç Hataları

ABD İlaç Hatalarını Rapor Etme ve Önleme Koordinasyon Konseyi (NCC MERP) ilaç hatasını; sağlık çalışanının, hastanın veya üreticinin kontrolünde olmasına rağmen, hastanın ilaçtan zarar görmesine ya da uygun olmayan ilacı almasına sebep olan önlenabilir bir olay olarak tanımlamıştır.⁹⁰ İlaç uygulaması birbirini izleyen reçeteleme, dağıtım, uygulama, izlem ve kontrol süreçleri ile yerine getirilmekte ve hatalar bu sürecin herhangi bir aşamasında karşımıza çıkabilmektedir⁹¹

İlaç hatası, hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipidir. Hatalı ilaç uygulamaları, sebep oldukları hastalık, sakatlık ve ölümler açısından son derece riskli bir konu olup, hastaneye yatan hastaların tedavileri sırasında en sık karşılaştığı hata grubu arasında yer almaktadır⁹². JCAHO 2005 Raporunda

⁸⁹ Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Madde 13.

⁹⁰ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP), About Medication Errors, 2009. www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html, (21.04.2015) .

⁹¹ Valizadeh, F., Ghasemi, SF., Najafi, SS., Delfan, B., Mohsenzadeh, A . "Errors In Medication Orders And The Nursing Staff'S Reports In Medical Notes Of Children", İran J Pediatr, 2008; 18:41.

⁹² Michele C. Balas, DuVall L. Scott, AE. Rogers. "The Prevalence And Nature Of Errors And Near Errors Reported By Hospital Staff Nurses", Applied Nursing

istenmeyen olaylar sıralamasında, ilaç hataları dördüncü sırada yer almaktadır⁹³

ABD’de 1995 yılında yayınlanan bir çalışma raporunda insanların hastanede kaldıkları sürede, en az bir kez ilaç hatası ile karşılaşma oranının %2 ile %14 arasında olduğu tespit edilmiştir⁹⁴. Kaushal ve arkadaşları (2001) yaptıkları çalışmada ilaç hata oranını %5,7 olarak saptamışlardır. Utah ve Colorado da 3.719 kişi üzerinde yapılan çalışmada ise ilaç hatalarının oranının %1 olduğu ve bunlarında %59’unun önlenabilir olduğu saptanmıştır⁹⁵

Başka bir çalışmada 1998 yılında ABD’de ilaç uygulamalarının %28’inde ilaç reaksiyonu görüldüğü ve bu reaksiyonların %42’sinin önlenabilir olduğu saptanmıştır⁹⁶. Trooskin’e (2002) göre, her yıl hastanede yatan hastaların 7.000’i sadece ilaç uygulama hataları nedeniyle yaşamını yitirmektedir. İngiltere’de 2001’de tespit edilen 10 binden fazla ilaç hatasının, 1.100’ünün ölümle sonuçlandığı belirtilmektedir⁹⁷

Research, 2004;17:228.

⁹³ JCAHO, s. 5.

⁹⁴ Chang, KY., Mark, B. “Antecedents Of Severe And Nonsevere Medication Errors”, Journal Of Nursing Scholarship, 2009;41(1):74.

⁹⁵ Kaushal, R., Bates, DW., Landrigan, C., Mckenna, KJ., Clapp, M., Federico, F., Goldmann, D. “Medication Errors And Adverse Drug Events In Pediatrics Inpatients”, JAMA, 2001;285(16):2116.

⁹⁶ Ballard, s. 3.

⁹⁷ Mayo, AM., Duncan, D. Nurse Perceptions Of Medication Errors: What We Need To Know For Patient Safety, Journal of Nursing Care Quality, 2004;19: 213.

İlaç uygulama hatalarının içeriği incelendiğinde, ilacın istem edilme aşamasından uygulandıktan sonraki etkilerin takibini de içine alan, çok geniş bir süreç içinde gerçekleştiği görülmektedir⁹⁸. Kaushal ve arkadaşları (2001) ilaç hatalarında en çok görülen hata tiplerini; yanlış doz (%28), ilacın yanlış zamanda verilmesi (%9.4), yanlış yoldan verilmesi (%18), uygulanan ilacın yazılmaması/kayıtların düzenli tutulmaması (%14), yanlış ilaç (%1.3), yanlış hasta (%0.16), ilaç alerjisi(%1.3) ve okunaksız order (%2.3) olarak sıralamıştır⁹⁹. Taxis ve Barber (2003) yaptıkları araştırmada, 430 İntravenöz (IV) ilaç dozunun 21'inde, hazırlama ve uygulama evresinde bir ya da daha çok hata oluştuğunu saptamıştır¹⁰⁰

Cowley ve ark (2001) 1956 adet medmar raporunu incelemişler ve hataların %51'inin uygulama, %23'ünün ilaç hazırlama, %17'sinin kayıt, %7'sinin reçete yazımı ve %1'inin de izlem sırasında meydana geldiğini tespit etmiştir¹⁰¹

İlaç uygulamaları, hemşirelik uygulamalarında hata açısından en yüksek risk alanlarından biridir. İlaç uygulama multidisipliner bir süreç olmakla birlikte, ilaç uygulamalarında son noktada

⁹⁸ Chang & Mark, s. 4.

⁹⁹ Kaushal ve diğ., s. 1.

¹⁰⁰ Taxis, K. & Barber, N. Ethnografic Study Of Incidence And Severity Of Intravenous Drug Errors. BMJ. 2003 Mar, 29;326 (7391): 684.

¹⁰¹ Cowley, E., Williams, R., Cousins, D. **Medication Errors İn Children: A Descriptive Summary Of Medication Error Reports Submitted To The United States Pharmacopeia**, Current Therapeutic Research, 2001;62(9):631.

yer aldıklarından hemşireler büyük bir önem taşımaktadır¹⁰²
Mayo ve Duncan (2004) yaptıkları çalışmada 983 hemşireden
% 46,5'inin ilaç hatası yaptığını bildirmiştir.

Hemşirelerden kaynaklanan başlıca ilaç hata tiplerine
bakıldığında; yasal olmayan isteme göre ilacın verilmesi,
hekim istemi olmadan ilacın verilmesi, istemin sözlü verilmesi,
ilacın okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın
verilmesi, ilaç dozunun yanlış hesaplanması ya da yanlış
dozda ilaç verilmesi, ilaç kutusu ve paketi üzerindeki bilgilere
dikkat etmeme ve ilaç uygulamasının unutulması yer
almaktadır¹⁰³

Sezgin (2007) yaptığı çalışmada hemşirelerin yaptıklarını
belirttikleri ilaç hata tipleri incelendiğinde; yanlış ilaç, yanlış
uygulama yolu, yanlış doz, yanlış hasta, yanlış uygulama
zamanı gibi geleneksel anlamda en çok bilinen beş doğruya
ilişkin hataların olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hekim
tarafından önerilmeden verilen ilaç, tedavi kesildikten sonra
yapılan ilaç uygulaması ve tedavi uygulama saatinin
geciktirilmesi gibi hataların ise daha düşük oranda olduğu
saptanmıştır¹⁰⁴. Durmaz ve Mete'nin (2007) çalışmasında ise

¹⁰² Sezgin, B. "Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı Ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi", Doktora Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2007, s. 32.

¹⁰³ Mayo & Duncan, s. 214.

¹⁰⁴ Sezgin, s. 11.

hastaların %47,6 sında ilaç atlama hatası belirlenmiş ve %44,7 sinde ise hemşire gözlem formunun boş olduğu yani doktor isteminin verilmediği görülmüştür¹⁰⁵

Alparslan ve Erdemir (1997) araştırmasında oral-parenteral toplam 641 antibiyotiğin hastaya uygulanışı izlenmiştir. Gözlem sonucu bu antibiyotiklerin %83,1 gibi oldukça büyük bir kısmının uygulanışında çeşitli hata özellikleri belirlenmiştir. Hemşirelerin %46 sının, çocuğa uygun olarak küçük dozlarda ilaç hazırlama, yetişkin için hazırlanmış olan antibiyotiği çocuğa uygun hale getirmede, sulandırma için sıvı seçiminde, ilaçların uygun koşullarda saklanması gibi konularda güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir.

Aynı çalışmada hemşirelerin antibiyotiklerin uygulanması sırasında yaptıkları hatalar ise yanlış zamanda antibiyotik uygulama (%40), ilacı hasta yanında bırakma (%19), iki geçimsiz antibiyotiği bir arada verme (%18), yanlış dozda ilaç verme (%17,4), yanlış yoldan ilaç verme (%2,4), doktor tarafından istemi yapılmış ilacı vermeme (%1,6) antibiyotiğin yanlışlıkla başka hastaya verilmesi (%1), istemi yapılmış olmayan antibiyotiğin verilmesi(%0,5) ve verilmiş antibiyotiğin yanlışlıkla tekrar yapılması (%0,1) olarak saptanmıştır¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Durmaz, A., Mete, S. Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;11 (1):3.”

¹⁰⁶ Alparslan, “Ö. ve Erdemir, F. Pediatri Servislerinde Kullanılan Antibiyotiklerin

Sağlık Bakanlığı yayınladığı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde ilaç güvenliğine ilişkin yapılacak uygulamaları şu şekilde sıralamıştır:

- Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama Şeklini içerecek Şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır.

- Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve /veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.

- Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.

- İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında

Yönetmeliğin 12 nci maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır.

- Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç listesi verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.

- Kurum eczanesinde, adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanarak üzerine ayırt edici etiket yapıştırılır.

- Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.

- Konsantre potasyum çözeltileri ve %0,9 dan daha konsantre tuz solüsyonları, % 50 veya daha konsantre magnezyum sülfat, 2 meq/ml veya daha konsantre potasyum klorid ve diğer konsantre elektrolit solüsyonlar gibi yüksek riskli ilaçlar, Yüksek Riskli İlaç Etiketleri yapıştırılarak ameliyathane, yoğun bakım ve acil serviste kilitli dolapta, servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilir.

- İlaçların klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaması için eczacı tarafından denetimler yapılır.

- Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla, -İsmi ve söylenişi Benzer İlaç Listesi¹⁰⁷ esas

107 İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi (1).doc)
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> (25.12.2014)

alınarak her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi ihtiyaç ve Şartlarına uygun olarak ismi ve söylenişi benzer ilaç listesini oluşturur. Bu liste, yılda bir kez gözden geçirilerek güncellenir.

- Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir¹⁰⁸

4. Hastane Enfeksiyonları

Tanı ve tedavi amacıyla gerçekleştirilen çeşitli invaziv girişimler ve operasyonlar sayesinde insan yaşamı uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak bu girişimler sırasında hastalara buluşabilen mikroorganizmalar ile oluşan enfeksiyonlar kimi zaman yaşamı tehdit edebilmektedir¹⁰⁹

Hastane enfeksiyonları dediğimiz bu enfeksiyonlar, hastalar hastaneye başvurduktan 48-72 saat sonra gelişen veya hastanede gelişmesine rağmen kimi zaman taburcu olduktan sonra 10 gün içinde ortaya çıkabilen enfeksiyonlardır¹¹⁰

¹⁰⁸ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar, 2009.

¹⁰⁹ Günaydın, M., Gürlü, B. Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi Ve Sterilizasyon “Das” Uygulamaları, ANKEM Dergisi, 2008;22(4), s. 228.

¹¹⁰ Ulutaşdemir, N., İpekçi, N., Dokur, M., Dağlı, Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgilerinin ve Sağlık İnanç Kuramına Göre Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3, s. 97.

Hastane enfeksiyonu oranı, bakım kalitesini gösteren en önemli ölçütlerin başında yer almaktadır. Yüksek morbidite ve mortaliteye neden olmalarının yanı sıra, tedavi maliyetlerini önemli düzeyde artırmaları nedeniyle bütün dünyada önemli bir sağlık sorunudur¹¹¹. Yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular, hastane enfeksiyonlarının yaklaşık %40'ının önlenabilir olduğunu¹¹² ve her hastane enfeksiyonun temel enfeksiyon kontrol kurallarına uyulduğu takdirde önlenmesi mümkün olan bir tıbbi hata olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir¹¹³

Dünya Sağlık Örgütü dünyada her yıl 190 milyondan fazla insanın hastaneye yattığını ve bu yatışların %5'inin hastane enfeksiyonuna yakalandığını bildirmektedir¹¹⁴. ABD'de her 136 hastadan biri, hastanede kapıldığı enfeksiyon nedeni ile ciddi bir şekilde hasta olmaktadır. Bu ise yılda iki milyon olaya tekabül etmekte, yaklaşık 4.5-5.7 milyon dolarlık ek bir maliyete yol açmakta ve 90.000 ölüme sebep olmaktadır¹¹⁵. İngiltere'de ise hastanelerde yılda 100 bin enfeksiyon olduğu, bunların

¹¹¹ Hayran, M., Akalın, H. Hastane Enfeksiyonları, Ankara, E.Güneş Yayınevi,1993, s. 79-80.

¹¹² WHO, Consultation on Hospital Infection Prevalence Survey, Geneva. 1986.

¹¹³ IOM. "Priority Areas For National Action: Transforming Health Care Quality, 2003. www.iom.edu," (21.12.2014).

¹¹⁴ WHO, 1986.

¹¹⁵ Ostrowsky, B. Epidemiology Of Healthcareassociated Infections, —Jarvis WR (Eds): Bennett And Brachman'S Hospital Infections, 5. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams And Wilkins, 2007;1. Bölüm"

maliyetinin yaklaşık bir milyon sterlini bulduğu ve 5000'den fazla ölüme sebebiyet verdiği tahmin edilmektedir¹¹⁶

Türkiye'de ise 1994-1998 yılları arasında aktif sürveyans çalışmalarına katılan 16 hastaneyi içine alan bir çalışmada hastane enfeksiyon hızının %1 ile %16,5 arasında olduğu tespit edilmiştir¹¹⁷. Günay (2008) yaklaşık üç yıl süren çalışmasında hastane enfeksiyon hızını %9.9 olarak bulmuştur. Yıllara göre hız oranlarına bakıldığında; 2005 yılında %11,2, 2006 yılında %10,2 ve 2007 yılının ilk yarısında %7,8 olarak hesaplanmıştır¹¹⁸. Dağlı (2006) Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım ünitelerindeki enfeksiyon hızını %49,7 olarak saptamıştır¹¹⁹

Aytekin'in (1998) çalışmasında ise Türkiye'de hastane enfeksiyonu oranı %5,0 olarak saptanmış ve enfeksiyonların en çok yoğun bakım ünitelerinde gözlemlendiği belirlenmiştir¹²⁰

¹¹⁶ Postnote. Infection control in healthcare settings, 2005.

[http://www.parliament.uk/documents/upload/ POSTpn247.pdf](http://www.parliament.uk/documents/upload/POSTpn247.pdf) (21.06.2015).”

¹¹⁷ Wilke, A., Gündeş, SG. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları, Aktüel Tıp Dergisi, 2001;6:4.”

¹¹⁸ Günay, F. “A.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri Ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2008, s. 66.

¹¹⁹ Dağlı, Ö. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyal Enfeksiyonların İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakterioloji Anabilim Dalı, Gaziantep. 2006.

¹²⁰ Aytekin, G. “Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastane Enfeksiyonlarının İstatistikî Değerlendirilmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa. 1998, s. 3.

Özçetin ve arkadaşlarının (2009) Ege Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan servisinde yaptıkları çalışmada 96 hastane enfeksiyonu saptanmıştır. Aynı çalışmada hastane enfeksiyonlarında ilk iki sırayı bakteriyemi ve üriner sistem enfeksiyonları aldığı ve hastaların çoğunda (%59.3, n=57) enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırıcı bir veya daha fazla sayıda invaziv girişim olduğu belirtilmiştir¹²¹

Enfeksiyon kaynaklarının başında sağlık hizmeti sunanlar ilk sırayı almaktadır. Sağlık çalışanları içerisinde de hasta ile sürekli temasta bulunan ve bakımdan sorumlu olan hemşireler diğerlerine göre enfeksiyonların oluşması, yayılması ve önlenmesinde etkin bir role sahiptirler. Gerek bu kişilerde hastalık ya da taşıyıcılık nedeniyle bulunan, gerekse bu kişilerin elleri ya da eşyaları ile bir hastadan diğerine mekanik olarak taşınan bakteriler hastane enfeksiyonlarının en önemli kaynaklarıdır¹²²

Ayrıca sağlık çalışanlarının hijyenik olmayan uygulamaları da önemli bir enfeksiyon faktörüdür. Sağlıkla ilişkili enfeksiyonların diğer bir kaynağı ise kirli alet ve tıbbi cihazların kullanılmasıdır. Özçetin ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısının artması ile

¹²¹ Özçetin, M., Saz, E.P., Karapınar, B., Özen, S., Aydemir, İ., Vardar, F. Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri, Çocuk Enf Derg, 2009. 3: 51.

¹²² Günaydın, M. El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, 2002.

www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf, (22.06.2015)

hastanede yatış süresinin uzadığını ve dolaysı ile hastane enfeksiyonları sıklığının arttığını saptamıştır¹²³

Hastanede kullanılan alet solüsyonları, üriner ve vasküler kateterler, buhar makineleri, respiratörler, ventilatörler, laringoskop, enjektör vb. birçok tıbbi cihaz enfeksiyonlara neden olmaktadır . Yapılan çalışmalarda idrar yolları enfeksiyonlarının %80'i ve dolaşım ile ilgili enfeksiyonların %60'ı üriner-intravenöz kateter veya bağlantıları ile olduğu tespit edilmişti¹²⁴. Kontamine kan ve sıvılar, ayrıca hastanede verilen yiyecek ve içecekler de enfeksiyon kaynağı olabilmekte, hava yolu ile ve vektörler aracılığı ile de yayılma gerçekleşebilmektedir¹²⁵

Hastane enfeksiyonları ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olan önemli bir sorundur. Bu nedenlerle tüm sağlık kuruluşlarında enfeksiyonları önleyecek önlemlere titizlikle uyulması gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının kontrol altına alınmasında öncelikle risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hastane enfeksiyonlarının oluşması ve yayılmasını sağlayan risk faktörleri arasında, hastane odası doluluk oranlarının fazla olması, hastane içinde hareketliliğin

¹²³ Özçetin ve ark., s. 51

¹²⁴Bedük, Y. Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonları, Klinik Dergisi, 2000;13(özel sayı):19

¹²⁵ Phipps, W, Long BC, Cassmeyer V. Medical Surgical Nursing, Concepts and Clinical Practice, 4th Ed. Mosby Year Book . 1991

fazla olması, ciddi ve karmaşık tıbbi müdahalelerin yapılması ve sağlık çalışanları gelmektedir¹²⁶.

Diğer enfeksiyonlarda olduğu gibi hastane enfeksiyonlarında da enfeksiyon oluşum zincirinin bir veya birkaç yerden kırılması ile enfeksiyon kontrol altına alınabilmektedir. Sağlık kurumlarında hastane enfeksiyonlarını azaltmanın en önemli yolu enfeksiyon kontrol programlarının oluşturulması ve eksiksiz uygulanmasıdır. Hastane enfeksiyon kontrol programlarının üç ana hedefi bulunmaktadır.

Bunlar; hastadan hastaya bulaşışı önlemek, sağlık personelinin kan yoluyla bulaşan hastalıklara ve damlacık, solunum ya da temas yoluyla yayılabilecek enfeksiyonlara karşı korunmasını sağlamak ve hastane enfeksiyon hızlarını mümkün olan en düşük düzeye indirmektir¹²⁷.

Bu hedeflere ulaşılabilmesi, her hastanede sürveyans sonuçlarının takip edilmesi, bu sonuçları diğer hastanelerin enfeksiyon oranlarıyla karşılaştırılması ve etkin enfeksiyon kontrol önlemlerinin alınması ile mümkündür¹²⁸. Aktif

¹²⁶ Postnote, s. 3.

¹²⁷ Diker, S. “Uşak İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi”, “Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü”, Afyon, 2003, s. 11.

¹²⁸ Özçetin ve ark., s. 52.

sürveyans programları ve kontrol önlemlerinin uygulanmasıyla enfeksiyonlar %20-30 oranında azaltılabilmektedir¹²⁹.

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi bir ekip işidir. Önlemler, tüm çalışanların enfeksiyonlar konusunda tam ve doğru bilgi almaları, bu bilginin davranışlara yansımaları, uygulamalardaki dikkat ve yeterlilik sonucunda amacına ulaşabilir¹³⁰. Hastane enfeksiyon oranları doğrudan yatak başı bakım verenlerin davranışlarına bağlıdır. Sağlık personelinin enfeksiyon kontrolündeki kendi hataları ile enfeksiyon oranları arasındaki ilişkiyi görmesi önemlidir .

Enfeksiyon kontrol önlemleri arasında el hijyeni, tek başına hastane enfeksiyonlarının yayılımını önlemede en önemli faktördür¹³¹. Ancak bugüne kadar yapılan tüm çalışmalar, başta doktorlar olmak üzere sağlık personelinin el yıkama konusundaki uyumunun iyi olmadığını göstermiştir. Alparslan ve Erdemir'in (1997) yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin tedaviden önce ve sonra el yıkama durumu değerlendirilmiş ve

¹²⁹ Bayındır, Y. "Türkiye'de Hastane Enfeksiyonlarına Bakış Açısı ve Hastane Yönetimine Düşen Yasal Görevler", 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005.

¹³⁰ Çetin, E.T. "Hastane Enfeksiyonlarının Önemi", Klinik Dergisi, 1993, 6(3), s. 23

¹³¹ John M. Boyce and Didier Pittet. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, MMWR, 2002. 51(16)

%10'unun tedaviden önce, %48'inin de tedaviden sonra ellerini yıkamadıkları belirlenmiştir¹³².

Hastanelerde enfeksiyonun kontrol altına alınmasın da izolasyon önlemlerine de uyulması Şarttır. Bu önlemler içerisinde, izolasyonu gerektiren hastanın ayrı ve tek yataklı bir odaya alınması, belirlenmiş bir hemşire tarafından bakım verilmesi ve sağlık çalışanlarının bariyer önlemlerini (eldiven, önlük, maske vb.) kullanması işlemleri yer almaktadır¹³³

Hasta bakımında kullanılan alet ve malzemelerdeki mikroorganizmaları etkisiz hale getirmek veya ortadan kaldırmak için uygulanacak dezenfeksiyon ve sterilizasyon da enfeksiyon kontrolünde önemli bir yer tutmaktadır¹³⁴

Hemşirelerin en fazla yaptığı uygulamalar arasında yer alan üriner ve venöz katater uygulamalarında da gerekli hijyen ve asepsi kurallarına dikkat edilmesi önlemler arasındadır. İntravenöz kateter uygulamalarında enfeksiyonu önlemek için kateterin tipi, uygulanacak yer, kateterin 72 saatten fazla kalmaması, acil durumlarda kateter yerleştirilmesi ve kateteri

¹³² Alparslan, Erdemir, s. 47

¹³³ Postnote, s. 3

¹³⁴ Ülger, F. "Ameliyathane ve Yoğun Bakımda: Dezenfeksiyon, Sterilizasyon ve Enfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri", 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005

uygulayanın el becerisi faktörlerine dikkat edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır¹³⁵

5. Düşmeler

Düşmeler hastanelerde en yaygın görülen tıbbi hatalardan olup ¹³⁶ , bu kurumlarda meydana gelen yaralanmaların yaklaşık %30'unun temel sebebinin oluşturmaktadır ¹³⁷ .

Özellikle 65 yaş ve üstü kişilerin hastanelerde karşılaştığı yaralanma ve ölümlerin en önemli nedeninin düşmeler olduğu ve düşmeler sonucu oluşan yaralanmaların toplam maliyetinin 27.3 milyar doları bulunduğ belirtilmektedir¹³⁸

Tutuarima ve ark (1997) yaptıkları çalışmada düşmelerin görülme oranını 8.9/1000 olarak saptamışlardır. Yetişkin hastalarda düşme vakalarının çoğunun fizyolojik nedenlere bağlı olduğu belirlenmiştir¹³⁹. Yabancı hastane ortamı, vücut

¹³⁵ O'Grady, N.P., Alexander, M., Dellinger, E.P., Gerberding, J.L., Heard, O.S., Maki, G.M., Masur", H., McCormick, R.D., Mermel, L.A., Pearson, M.L., Raad, G.I., Randolph, A., Weinstein, R.A. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CID, 2002. 35:1278.

¹³⁶ Koh, SSL., Manias, E., Hutchinson, AM., Donath, S., Johnston, L. Nurses' Perceived Barriers To The Implementation Of A Fall Prevention Clinical Practice Guideline In Singapore Hospitals, BMC Health Services Research 2008; 8, s. 108.."

¹³⁷ Dreschnack-Gavin D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powel-Cope G, Wheelchair-Related Falls, Current Evidence And Directions For Improved Quality Care, Journal Of Nursing Care Quality, 2005; 20(2), s. 119."

¹³⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Falls Prevention Activities, 2007. www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/FallsPreventionActivity.html, (24.05.2015)."

¹³⁹ Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ, Straten A, Limburg M. Risk Factors for Falls of Hospitalized Stroke Patients, American Heart Association, Stroke. 1997;28, s. 299."

aktivitelerinde değişimler, özürlülük, yaşlılarda demans, görme, işitme kaybı, kas kuvveti ve reflekslerde azalma gibi fiziksel ve mental yetersizlikler veya tedavi süreci gibi uyanıklık durumunu ya da dengeyi etkileyen hastalıklar ve hastanın yaşı, düşme riskini artıran bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır¹⁴⁰. Ayrıca benzodiazepinler ve anepileptik ilaçlar düşme riskini artırabilmektedir¹⁴¹. Pediatri ünitelerinde 10 yaş altı grupta ise daha çok çevresel nedenler düşmelere yol açmaktadır. Çocuğun yatağından düşmesi, parmaklıkların kaldırılmamış olması ve refakatsiz bırakılması bu faktörlerden bazılarıdır¹⁴².

Sağlık kuruluşları düşmeyi önlemek için programlar oluşturmalı ve tüm personelin bu programa uyumu sağlanmalıdır. Güvenilir bilgi toplama, düşme sıklığı ve yaralanma derecelerinin bilinmesi, düşmeleri engelleyici program geliştirmek için son derece önemlidir. Başarılı bir düşme engelleme programı, hastanenin neresinde olursa olsun hastanın güvenliğini garanti altına almalıdır¹⁴³

Hastanede yatmakta olan hastaların, düşme sonucunda yaralanması hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir problemdir.

¹⁴⁰ Acaroğlu, R. ve Aştı, T. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4(2), s. 24.

¹⁴¹ Mendelson, WB. The Use Of Sedative/Hypnotic Medication And Its Correlation With Falling Down In The Hospital. Sleep, 1996 ; 19, s. 670.

¹⁴² Hendrich, A. Patient Safety and Quality Healthcare, Inpatient Falls: Lessons From The Field, 2006; 3, s. 26.

¹⁴³ Dreschnack-Gavin, & ark., s. 17.

Düşmeye neden olan risk faktörlerine ilişkin bilgilerin, hemşirelik uygulamalarıyla birleştirilmesi başarılı sonuçlar alınmasını sağlamaktadır¹⁴⁴. Tutuarima ve arkadaşları (1997) her hasta için risk değerlendirilmesi yapılması, hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi verilmesi ve serviste fiziksel ortamın düzeltilmesi (yeterli ışık sağlanması) ile düşmelerin önlenebileceği belirtilmiştir¹⁴⁵

Hastanın vücudunda taşıdığı riski anlatan bir ipucu bulundurması (örneğin kol bandının bulunması) sayesinde, hasta başka bir üniteye gittiği zaman diğer sağlık profesyoneli tarafından da hastanın taşıdığı risk anlaşılmış olacaktır¹⁴⁶. Bazı çevresel güvenlik önlemleri ile düşmeler önlenabilmektedir. Hastanın odasına düşmesini engelleyen malzemeler (yatak kenarlıkları) yerleştirilmesi, mobilyaların sabit olması, hastanın giydiği kıyafete ve ayakkabıya dikkat edilmesi, klinik alarm sistemlerinin oluşturulması ve hasta nakillerinde dikkatli olunması bu önlemler arasındadır.

Düşme sıklığı, sağlık personeli aralarındaki iletişim hatalarından olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu nedenle çalışanlar arasında etkili ve olumlu bir iletişim kurulması çok

¹⁴⁴ Quigley, P., Neily, J., Watson, M., Wright, M., Strobel, K. Measuring Fall Program Outcomes, The Online Journal of Issues In Nursing , 2007; 12.

¹⁴⁵ Tutuarima & ark., s. 5.

¹⁴⁶ Dreschnack & ark., s. 11.

büyük önem taşımaktadır. Ayrıca kişisel riskleri azaltmak için hasta ve ailesine de düşme konusunda gerekli bilgiler verilmelidir¹⁴⁷

6. Hastanın Yetersiz İzlenmesinden Kaynaklanan Hatalar

Gelişmiş çoğu ülkede yetersiz hasta izlemleri, hatalı uygulamalara ilişkin davaların, en sık rastlanılan nedenlerindendir. Yetersiz izleme bağlı hataları en aza indirmek için istemler açık ve okunabilir bir Şekilde yazılmalı ve izlem sıklığı net olarak belirtilmelidir¹⁴⁸. Hastaya ilişkin tüm izlemler zaman belirtilerek yazılı olarak kaydedilmelidir. Eğer hastanın sık aralarla kontrole ihtiyacı var ise bu zaman aralığı sağlık ekibi üyelerince belirlenmelidir¹⁴⁹.

7. İletişim Eksikliğinden Kaynaklanan Hatalar

Arda ve arkadaşlarının (2007) yaptığı bir araştırmada hekimlerin %78,2'si, hemşirelerin ise %85,5'i hastalarla iletişim kurma problemi yaşadığını belirtmiştir. Aynı çalışmada iş yoğunluğunun ve yeterli sayıda hekim ya da hemşirenin olmamasının iletişim kuramamanın temel nedeni olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte klinik sorumlularının yarattığı

¹⁴⁷ Hendrich, s. 26.

¹⁴⁸ Safran, N. "Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis", Doktora Tezi, İstanbul, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2004, s. 38.

¹⁴⁹ Mete, S., Ulusoy, E., "Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları", Hemşirelik Forum

gerginlik, nöbetlerin fazlalılığı, çok yorulma gibi nedenlerin de iletişim sürecini olumsuz etkilediği belirtilmiştir¹⁵⁰

Meurier ve arkadaşlarının (1997) 124 hemşire üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin en çok (% 33) uygulama sırasında hata yaptığı ve bu hataların % 27,9'unun iletişim sorunlarından kaynaklandığı saptanmıştır¹⁵¹

İletişimin temel hedefi karşılıklı anlaşmadır. Sağlık hizmetinin sunumunda hasta ile hizmeti sunan personel doğrudan ya da dolaylı olarak iletişime girmektedir. Bu görevliler arasında hekimler ve hemşireler, hastayla en yakın iletişime giren meslek gruplarıdır¹⁵²

Uludağ (2001) hasta ve ailesine ulaşmada, en etkili araçlardan birisinin iletişim olduğunu ifade etmiştir¹⁵³. İletişim, klinik müdahalenin temel tekniğidir. Çünkü bilgi, iletişim teknikleri, sorun çözme yetkisi ve fiziksel inceleme, etkili ve doğru klinik müdahalenin dört ana parçasını oluşturmaktadır. Uygun iletişim teknikleri olmadan diğer bütün klinik çabalar

¹⁵⁰ Arda, H., Ertem, M., Baran, G. ve Durgun, Y. "Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri", İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2007; 15(59):71

¹⁵¹ Meurier, CE., Vincent, CA., Parmar, DG. Learning From Errors İn Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing, 1997; 26:77

¹⁵² Çelik, F. "Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma", Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008, s. 3

¹⁵³ Uludağ, A. "Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2001

boşa gidebilir¹⁵⁴. Hastalık tanı ve tedavi sürecinin etkililiği üzerinde önemli etkisi bulunan hasta-sağlık personeli etkileşimi, hasta memnuniyetini ve hizmet kalitesini de etkileyen en büyük faktördür¹⁵⁵

Köşgeroğlu'nun (1994) belirttiğine göre Leventhal, sağlık sistemi içinde yaşanan sorunların temelinde iletişim eksikliği olduğunu belirterek, sorunların çözümü için kişiler arasında sağlıklı ilişkilerin geliştirilmesinin zorunlu olduğunu vurgulamıştır¹⁵⁶. Hizmetlerin üretilmesinde de iletişim vazgeçilmez bir yere sahiptir. Çünkü bir kurumda üniteler arası bilgi akımı ne kadar hızlı, doğru ve tam ise, o kurumda üretilen hizmetler de o düzeyde mükemmelliğe ulaşır¹⁵⁷

Sağlık ekibi içinde iletişim değişik yollarla sağlanır. Sıklıkla kullanılan yolların başında ise sözel ya da yazılı rapor verme gelmektedir. Rapor ve kayıtların etkin olabilmesi için bazı temel ilkelerin dikkate alınması gerekmektedir .

¹⁵⁴ Adıgüzel, Z. "Sağlık Personeli-Vatandaş(Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği", Yüksek Lisan Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa, 2005, s. 55.

¹⁵⁵ Roter, DL, Stewart M, Putnam SM., Lipkin M, Stiles, W. Communication Patterns Of Primary Care Physicians, JAMA, 1997, 277, s. 354.

¹⁵⁶ Köşgeroğlu, N. Hemşirelikte Hümanistik Yaklaşımın Önemi, Türk Hemşireler Dergisi, 1994, 44(5-6), s. 5.

¹⁵⁷ Uyer, G. Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi, Türk Klinik Tıp Etiği, 2000; 8, s. 92.

Bunlar, raporun tam ve eksiksiz olması, olaylara dayanması, bilgilerde doğruluk ve bütünlük olması, az, öz ve kısa yazılmasıdır ¹⁵⁸

Hemşirenin bağımlı işlevleri hekim istemlerinin yerine getirilmesini içerir. Hemşireler öncelikle hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme zorunluluğunu taşırlar. Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 132. Maddesinde hemşirelerin görev ve yetkileri, hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak olarak belirtilmektedir. Hemşirelerin istemleri yerine getirirken, prosedürü uygun olup olmadığına bakması ve emin olduktan sonra yerine getirmesi gerekmektedir.

Ayrıca yeterince açık olmayan ve sorun oluşturabilecek istemler, hekimin doğrulamasından sonra uygulanmalıdır. Sakıncası görülen, soru işareti olan istemler rapor edilmeli, sözlü veya telefonla alınan istemler ise en kısa zamanda (ilk 24 saat) istem veren hekime imzalatılmalıdır¹⁵⁹

Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı, Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar Tebliğinde iletişim güvenliğinin

¹⁵⁸ Safran, s. 39.

¹⁵⁹ Acaroğlu, s. 24.

geliştirilmesi için yapılacak uygulamalardan bazıları Şu Şekilde sıralanmıştır:

- Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir. Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama Şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilir.

- Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir. Hazırlanan talimat formu sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.

- Telefon talimatları, sağlık kurum ve kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır¹⁶⁰.

8. Yanlış ya da Uygun Olmayan Malzeme Kullanıma Bağlı Hatalar

Sağlık hizmeti verilen kuruluşlarda hastaya uygulanacak tanı ve tedavi prosedürlerinde kullanılan malzemenin uygun kullanılmaması ya da yanlış malzeme kullanılması hastanın

¹⁶⁰ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar, 2009.

güvenliğini tehdit ederek, enfeksiyonlara ve yaralanmalara sebep olabilmektedir¹⁶¹. Bu nedenle tanı ve tedavi işlemlerinde kullanılan alet, cihaz ve malzemelerin kontrolünün yapılması, sterilizasyon önlemlerinin alınması, malzemelerin son kullanma tarihlerinin kontrolü, ortamın ısı, nem seviyesinin sağlanması hasta güvenliği açısından büyük bir önem taşımaktadır¹⁶²

Sağlık bakımı verirken kullanılacak malzemenin güvenliği hakkında herhangi bir şüphe olduğunda, bu malzemeler kullanılmamalıdır. Ayrıca malzemelerin istenilen amaçlar doğrultusunda kullanıldığından emin olunmalı ve bu yönden belli zaman aralıkları ile kontrol edilmelidir. Kuruma yeni bir malzeme alınmış veya bir değişiklik yapılmış ise, bu malzemeyi kullanacak sağlık ekibi üyesinin ya da hemşirenin yeni duruma uyum sağlaması için eğitim alması sağlanmalıdır.

Literatürde teşhis ve tedavide kullanılan malzeme ve cihazların hasta güvenliği ile ilişkisini inceleyen bazı çalışmalar yer almaktadır. Örneğin Saygın ve Ökten (1990) yaptıkları çalışmada anestezi ölümlerine neden olan alet/cihaz hatalarını; monitör hataları %24, solunum cihazı hataları %20, hava yolu komponentleri %18, laringoskop hataları %12,

¹⁶¹ Acaroğlu, s. 24

¹⁶² Karan, İ. “**Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması**”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999, s. 34

anestezi makinesi hataları %12 ve diğer nedenler %14 olarak sıralamıştır. Aynı çalışmada kazalara neden olan alet-cihaz ve insan faktörüne bağlı nedenler; solunum devresinin bağlantısının ayrılması, gaz alımında fark edilmeyen değişiklik, enjektör karışıklığı, gaz naklinde problem, İV cihazında bağlantı bozukluğu, laringoskopun çalışmaması, solunum devresinde bağlantı hatası, hipovolemi, pozisyon değişikliğinde hava yolu sapması olarak belirlenmiştir¹⁶³

Hipertansiyon, koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalığın tanısının doğru konulabilmesi, hastaların takiplerinin ve tedavilerinin yapılabilmesi için, kan basıncının kalibrasyonu yapılmış hassas çalışan sfigmomanometre ile doğru bir şekilde ölçülmesi gerekmektedir.

Sfigmomanometrelerden kaynaklanan hatalar kan basıncı ölçümünü etkilemekte, sonuçta yanlış uygulamalar ortaya çıkabilmektedir. Ek ve arkadaşları (2006) yaptıkları çalışmada kontrol edilen 64 sfigmomanometreden 30 tanesinin kusurlu olduğunu saptamıştır¹⁶⁴. Başak ve Karazeybek'in (1998)

¹⁶³ Saygın, B., Ökten, F. Anestezi Kazaları, Türkiye Klinikleri J Med Sci 1990;10(1), s. 54

¹⁶⁴ Dışcigil G, Okan Başak, Kaplan H, Çeçen S, Bozkaya Oklay A. Kan Basıncı Ölçüm Aletlerimiz Ne Kadar Doğru Ölçüyor: Kurumsal sürekli bakım programı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006, 7(3), s. 21

yaptıkları çalışmada ise 100 sfigmomanometreden 46'sının kusurlu olduğu saptanmıştır¹⁶⁵

B. İdari Hata

Tıbbi hizmetler, her ne kadar sağlık personeli tarafından hastalara sunulan hizmetler olsa da, idarelerin hizmet sunum yer ve şekline göre yeterli sayı ve yetkinlikte personel çalıştırma zorunlulukları vardır. Yürütülen sağlık hizmetlerinin gereklerine uygun olmayan sayı, nitelik veya şekilde personel çalıştırılması sonucu oluşan tıbbi hatalar, idarenin düzenleyici fonksiyonlarındaki hatadan kaynaklı olması nedeni ile idareye sorumluluk yüklemektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme ve tıbbi teçhizatın yeterli sayı ve özellikte olması ve kalibrasyonlarının düzenli yapılması gereklidir. Bu işlemler de şüphesiz idarenin sorumluluğunda olan konulardandır¹⁶⁶

C. Etik Hata

Ahlak kuralları insanların toplumsal yaşamalarından doğan kurallardır. Normatif ahlak uyulması gereken davranış kurallarına işaret eder. Ahlak kuralları toplum içinde öğrenilmesine rağmen, bireylerin bu kuralları içselleştirmesi, kişisel değer haline getirmesi ve uygun davranması ile yaşam bulur.

¹⁶⁵ Başak, O. ve Karazeybek, Ş. Accuracy of Sphygmomanometers, Tr. J. Of Medical Sciences, 1999;29, s. 489

¹⁶⁶ Çınarlı, s. 226.

Tıp Etiği: Sağlıkla ilgili herhangi bir müdahale sırasında uyulması gereken etik ilkeler bütünü olarak tanımlanabilir. Tıp etiği oldukça geniş bir konu olmakla birlikte, uluslararası ve ulusal alanda benimsenen dört temel ilke çerçevesinde tanımlanır.

- Zarar vermeme (Pirimum Nihil Nocere: Önce Zarar Verme).
- Yarar Sağlama (Pirimum Util Esse: Önce Yarar Sağla).
- Özerklik: Özerk Olma ve Hastanın Özerkliğine Saygı Gösterme
- Adil Olma¹⁶⁷.

2. 2. Hasta Güvenliği

Sağlık hizmetleri hasta menfaatine yönelik girişimlerdir. Fakat artan teknoloji ve sağlık alanındaki hızlı değişimler, karmaşık tedavi ve bakım prosedürleri, nitelikli sağlık çalışanı kaynağının azalması gibi nedenlerle, hastaların hizmet alması sırasında bazı istenmeyen olayların görülmesi kaçınılmaz risk haline gelmiştir¹⁶⁸. İstenmeyen olay diye nitelendirdiğimiz tıbbi hatalar hasta güvenliğinin temelini oluşturmaktadır.

¹⁶⁷ Çınarlı, s. 238-239.

¹⁶⁸ Göktaş, S. “**Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi**”, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik

Hasta güvenliği; sağlık hizmetlerinin kişilere vereceği olası zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç; hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır. Burada temel hedef; hizmet sunumu sırasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır¹⁶⁹.

ABD'deki hastanelerde hasta güvenliğiyle ilgili olaylar, 2003 ile 2005 arasında %3 oranında artış göstermiştir. Yaklaşık 5 bin hastanedeki 40 milyondan fazla kayıtlın incelendiği hasta güvenliği çalışmasına göre, çalışmanın yapıldığı 3 yıllık sürede 1.16 milyon hasta güvenliği olayı meydana gelmiştir. Bu da %2,86'lık insidans anlamına gelmektedir. Bu hatalardan 247 bin 662'si ölümle sonuçlanmıştır. Buna göre hasta güvenliği ile ilgili bir olaya maruz kalan hastalardan yaklaşık %25'nin ölme riski bulunmaktadır¹⁷⁰.

Yine Amerika'da yayınlanan diğer bir rapora göre, Medicare popülasyonunda bulunan hastalarda 2000 ile 2002 yılları

Anabilim Dalı, İstanbul, 2007, s. 3

¹⁶⁹ Güven R. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, s. 411

¹⁷⁰ www.nlm.nih.gov/medlineplus, (24.05.2015)

arasında 37 milyon hastaneye yatışta 1.14 milyon (%3.08) hasta güvenliği ihlali saptanmıştır. Bu olayların %60'nı kurtarma hataları, yatak yaraları ve operasyon sonrası oluşan sepsis oluşturmaktadır. Bu rapora göre bu üç temel hata, hastanede kalış süresini uzatarak yıllık 2.85 milyar dolar maliyete sebep olmaktadır. Görüldüğü gibi hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinde iyileştirilmesi gereken alanların başında gelmektedir¹⁷¹

IOM (1999)'da yayınladığı rapor hasta güvenliğine dikkatleri çekmiş ve bu rapor bir dönüm noktası olmuştur. Yayımlanan bu rapordan sonra yapılan bir çalışmada ankete katılanların %17'si bakım kalitesinin artırdığını söylerken %38'i ise aynı kaldığını belirtmiştir¹⁷². Institute of Medicine'nin (2003) yılında yayınladığı diğer raporunda, sağlık hizmetlerinde kalite açısından öncelikli seçilen yirmi alandan üçünün hasta güvenliği ile ilgili olduğu görülmektedir. Bu alanlar medikasyon yönetimi, hastane enfeksiyonları ve yaşlı sağlığıdır¹⁷³

Baker ve Norton'a (2001)göre hasta güvenliği kapsamında standart bir konu listesi bulunmamaktadır¹⁷⁴. Gerçektende hasta güvenliği sadece dar anlamada yan etkiler ve bunun

¹⁷¹ Akalın, E. H. Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, 2005, 5(3), s. 146.

¹⁷² Clancy, CM., Farquhar, MB., Collins Sharp BA. Patient Safety in Nursing Practice, Journal of Nursing Care Quarterly. 2005.

¹⁷³ IOM, 2003.

¹⁷⁴ G. Ross Baker and Peter Norton. Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare. HealthcarePapers. 2001; 2(1), s. 10-31

önlenmesi bağlamında değerlendirilmektedir ¹⁷⁵ . Bununla birlikte literatürde hasta güvenliği kapsamında değerlendirilen konular Şu Şekilde sıralanmaktadır;

Yanlış taraf cerrahisi, intihar, sıra beklemeye bağlı ölümler, çocuk kaçırma, transfüzyon hataları, ameliyat komplikasyonları, ameliyat sonrası komplikasyonları, ölümcül düşmeler, infüzyon pompaları, görünüşü okunuşu benzer ilaçlar, hatalı gaz/gaz karışımı verilmesi, iğne/kesici alet yaralanmaları, tehlikeli kısaltmalar, ventilatörle ilişkili problemler, ilaç hataları, tedavide gecikme, karyolaya bağlı yaralanma ve ölümler, hastane enfeksiyonları, cerrahi yanıklar, kemoterapi hataları, ameliyatlarda yabancı cisim unutulması, kontamine ilaç veya kan alınması, hava embolisi, bebeğin yabancı aileye verilmesi, hastanın kaçması, tanı testlerinin yetersizliği, tanı hataları, son kullanma tarihi geçmiş tanı kitleri, hipoglisemiye bağlı ölümler, yatak yaraları ve elektrik şokuna bağlı ölüm.

Hasta güvenliğinin sağlanması için tıbbi hataların önlenmesi konusu hastane ve sağlık kurumları yöneticilerinin üzerinde en fazla durmaları gereken konuların başında gelmektedir. Oğuz'a (2004) göre gelişmekte olan ülkelerde, tıbbi hataların önlenmesine yönelik klasik yaklaşım, suçlayıcı-cezalandırıcı model olarak adlandırılan uygulamalardır. Oysa tıbbi hataların

¹⁷⁵ Iakovidis, I. Deputy Head of Unit ICT for Health, European Commission, 2003.

ortaya çıkarılmasında ve önlenmesinde, çalışanların yaptığı hataları bildirmeye teşvik edilmesi ve etkin bir raporlama/hata bildirim sistemi kurulması çok büyük faydalar sağlamaktadır¹⁷⁶

Akgün ve Al-Assaf'a (2007) göre tıbbi hataların zamanında saptanması ve nedenlerinin ortaya çıkarılması, sorunun çözümüne yönelik önerilerin belirlenebilmesi için son derece önem taşımaktadır. Ancak tüm bu hatalar insan sağlığına ciddi etkiler oluşturmadan tespit edilmelidir. Bu da uygun bir raporlama sistemi ile olasıdır¹⁷⁷. Hasta güvenliğini tehlikeye sokan olayların bildirilmesi ve hata azaltma süreci devamlı kalite geliştirme programlarının ilk basamağıdır. Bununla birlikte hataların doğru bir Şekilde bildirimi için güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması gerekmektedir¹⁷⁸

ICN 2007 yılında adlı yayınladığı raporda hasta güvenliğini arttırmak için nitelikli personelin işe alınması, eğitimi ve işte tutulması, performansın geliştirilmesi, çevresel güvenlik ve risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, güvenli ilaç kullanımı, güvenli araç-gereç temini, güvenli klinik uygulama, güvenli bakım ortamı ve hasta güvenliğine odaklanmış bilimsel bilginin kullanımı ve gelişimi için alt yapı sisteminin desteklenmesi gibi

¹⁷⁶ Oğuz, NY. Yüksek Riskli bir Mekan : Sağlık Kuruluşu, Tıp Dünyası, 2004;(116) <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php> (24.05.2015)

¹⁷⁷ Akgün, S. ve Al-Assaf, A.F. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz? Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2007; (3), s. 45

¹⁷⁸ Clancy & ark. s. 7

çok geniş oranda işlevleri bir araya toplamayı gerektirdiğini vurgulamaktadır¹⁷⁹.

2.3. Dünyada Ve Türkiye’de Tıbbi Hatalar

Tıbbi hata kavramı esasında yeni bir konu değildir. Örneğin Eski Mezopotamya’da Hammurabi Kanunları’nda (MÖ. 1800) şayet hekim birisine bronz neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse veya onun gözünü harap ederse iki eli kesilir, şayet hekim bir esire neşter ile tehlikeli bir yara açarak onu öldürürse onun yerine bir esir verecektir¹⁸⁰ denilerek tıbbi hata kavramına dikkat çekilmiştir.

1950-1960 yılları arasında da tıbbi hataların rapor edildiği ancak konunun üzerinde durulmadığı anlaşılmaktadır. 1990’lı yılların başında Harward Medical Practice Study tarafından konu ile yapılan çalışmalar bu alanda büyük miktarda bulgunun ortaya konulmasına yardımcı olmuştur. Takip eden yıllarda Avustralya, İngiltere, Kuzey İrlanda ve ABD’de yapılan çalışmalar dünya genelinde konunun yaygın bir biçimde gündeme gelmesini ve tartışılmasını sağlamıştır. Bugün Kanada, Danimarka, Hollanda, İsveç ve OECD üyesi diğer ülkelerde problem ciddi bir biçimde irdelenmektedir. Özata ve Aslan’ın (2009) belirttiğine göre Yeni Zelanda ve Kanada da

¹⁷⁹ ICN. Positive Pracrice Environments:Quality Workplaces=Quality Patient Care, 2007. www.icn.ch/indkit2007.pdf.

¹⁸⁰ Altunkan, s. 14

ise kamu hastanelerindeki tıbbi hataların boyutlarını ortaya koyan raporlar yayınlanmıştır¹⁸¹.

Tıbbi hatalar konusu, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁸². 1991 yılında Harvard Practice Study tarafından yapılan bir çalışma, New York Eyaleti'nde hastane başvurularının %3,7'sinin yaralanma ile sonuçlandığını ve bunların yarısından fazlasının önlenabilir olduğunu göstermiştir¹⁸³. 1999 yılında Institute of Medicine (IOM) yayınladığı bir rapor ise tıbbi hataların boyutunun ne kadar büyük olduğunu ortaya koymuştur.

Bu rapora göre ABD'de her yıl 44.000-98.000 kişi tıbbi hatalar nedeni ile yaşamını kaybetmektedir¹⁸⁴. Tütüncü ve Küçükusta'nın (2006) belirttiğine göre benzer şekilde İngiltere'de her yıl 40.000 hastanın hata sonucu öldüğü, Kanada'da bu sayının 5.000 ila 10.000 arasında olduğu saptanmıştır¹⁸⁵.

¹⁸¹ Özata M, Aslan İ. Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkilerinin Belirlenmesi, I.Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 2009, Antalya, www.performans.saglik.gov.tr. (25.05.2015).”

¹⁸² Kumar, S., Chaudhary, S. Medical Errors And Consequent Adverse Events İn Critically Ill Sugical Patients İn A Tertiary Care Teaching Hospital İn Delhi, Journal Of Emergencies Trauma, And Shoc,k,2009; 2(2), s. 80.

¹⁸³ Jeffrey, M., Rothschild, MD., Frank, A., Federico, R., Tejal, K., Gandhi, MD., Rainu, K., Williams, DH., Bates, DW. Analysis Of Medication-Related Malpractice Claims, ARCH INTERN MED, 2002; 162:2414.

¹⁸⁴ IOM, 2003.

¹⁸⁵ Tütüncü, Ö., Küçükusta, D., Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, 2006; 64.

Kanada Sağlık Bilgi Enstitüsü bulgularına göre Ontario hastanelerinde, 1992 ve 1997 yılları arasında hastaneye kabul edilen hastaların %3,3-5,0'i tedavi sırasında tıbbi hatalara maruz kalmıştır¹⁸⁶. Avustralya Sağlık Bakım Kalite Derneği 1995 yılında hastanede yatan hastalarda tıbbi hata oranının %16,6 olduğunu saptamıştır. Avrupa Hastaneleri Kalite çalışma Örgütü ise her on hastadan birin önlenabilir hatalar ve yanlış uygulamalara maruz kaldığını tespit etmiştir. Aynı Şekilde Yeni Zelanda ve Kanada'da tıbbi hata oranının %10 civarında olduğu belirlenmiştir¹⁸⁷.

ABD de yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hastanelerin %65 inde ölüm ya da ciddi zarar ile sonuçlanan olayların yaşandığı saptanmıştır¹⁸⁸. Yapılan başka bir araştırmaya göre Almanya da her yıl 100.000 tıbbi hatanın meydana geldiği ve bu hatalar sonucunda 25.000 kişinin öldüğü tespit edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre; 10.000 kişi servislerdeki hijyen eksikliğinden, 6.000 kişi yanlış ilaç verilmesinden veya hiç ilaç verilmemesinden, 2.000 kişi gereksiz ya da ilgisiz radyoloji istemlerinin yarattığı zararlı

¹⁸⁶ Hunter, D., Bains, N. Rates Of Adverse Events Among Hospital Admissions And Day Surgeries In Ontario From 1992 To 1997. Canadian Medical Association Journal. 1999; 160(11): 1589.

¹⁸⁷ Davis, P., Lay-Yee, R., Briant, R Et Al. Adverse Events In New Zealand Public Hospitals: Occurrence And Impact. New Zealand Medical Journal, 2002, 115 (1167):271.

¹⁸⁸ Lamb, Rm, Studdert, Dm, Bohmer, Mj, Berwick, Dm, Brennan, Ta. Hospital Disclosure Practices: Results Of A National Survey, Health Affairs, 2003; 22(2):78.

etkilerden ve 7.000 kişi ise çeşitli uzmanlık alanlarında (anestezi, kadın doğum, ortopedi vb.) Gerçekleşen tıbbi yanlış uygulama hatalarından dolayı ölmektedir¹⁸⁹.

OECD tarafından 2005 yılında “Insurance Covarage of Medical Malpraktice in OECD Countries” adlı raporunda tıbbi hata vakaları sonucunda açılan davaların sürekli artış gösterdiği bildirilmektedir. Genel olarak OECD ülkelerinde, doktorun ceza alabilmesi için, hukuki olarak kusurun ispat edilmesi, mağdur edenin ispat yükümlülüğü getirilmiştir¹⁹⁰.

2002 yılında Amerika da yapılan bir istatistikî çalışmada ölüm nedenleri;

- Kalp krizi %28,5
- Kanser %22,8
- Serebrovasküler Hastalıklar %6,7
- Doktor hataları %6,6
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları %5,1
- Motorlu taşıt kazaları %4,4
- Diabet %3,0

Amerika da her yıl 250.000 kişi hastanede yatarken tıp tepmesinden, bir diğer deyimle tıbbi hatalar yüzünden

¹⁸⁹ Altunkan, s. 15.

¹⁹⁰ Ekmen, A. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Malpraktis Sonucu Uygulanan Cezalar, 2008.

ölüyormuş. Yani şöyle diyebiliriz; Amerika da her yıl 250.000 bin kişi hastaneye gitmese yaşayacak, gittiği için ölüyor¹⁹¹.

- 12.000 hasta gereksiz yere ameliyat edildiğinden ölüyor.
- 7.000 hasta hastanede yanlış ilaç verildiğinden ölüyor.
- 31.000 hasta hastanedeki diğer yanlışlardan ölüyor.
- 80.000 hasta hastanede kaptığı mikroptan (hastane enfeksiyonları) ölüyor.
- 120.000 hasta verilen ilaçların yan tesirleri yüzünden ölüyor¹⁹².

Tıbbi hataların mortalite ve morbidite hızında artışa yol açtığı belirtilmektedir. Örneğin ABD de tıbbi hatalar sonucu oluşan mortalite hızının, trafik kazalarına bağlı ortaya çıkan mortaliteden dört kat fazla olduğu tespit edilmiştir¹⁹³. Bu sayının trafik kazaları, meme kanseri veya AIDS nedeniyle hayatını kaybeden insan sayısından daha fazla olduğu ifade edilmektedir¹⁹⁴.

Uçağa binen bir insanın uçak kazasında ölme veya sakat kalma riski yaklaşık milyonda birdir. Başka bir deyişle, uçakta

¹⁹¹ Günday, R. “Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk”. Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009, s. 29

¹⁹² <http://www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm>, (21.04.2015)

¹⁹³ Dawid W. Bates and oth. Incidence Of Adverse Drug Events And Potential Adverse Drug Events. Implications For Prevention. Jama, 1995; 274:30

¹⁹⁴ Clancy & ark., s. 5

kaza yapma riskinin % 50 olması için, kişinin sürekli olarak 20.000 yıl uçuşması gerekir. Ancak, yolu herhangi bir sağlık kuruluşuna düşen bir kimsenin, sağlık sisteminin herhangi bir aşamasındaki bir hata nedeniyle zarar görme riski 300 de birdir¹⁹⁵.

Tıbbi hatalar mali açıdan da büyük kayıplara yol açmaktadır. Bu tür hataların İngiltere’de maliyetinin yıllık altı milyar dolar, ABD de ise 17 milyar ile 29 milyar dolar arasında olduğu tahmin edilmektedir¹⁹⁶. Utah ve Kolorado’da 28 hastanede yapılan bir çalışma, tıbbi hataların bu hastanelere maliyetinin yıllık yaklaşık 160 Milyon Dolar olduğunu ortaya koymuştur¹⁹⁷. Zhan ve Miller (2003) on sekiz hasta güvenliği göstergesinin ABD de yıllık 9.3 milyar dolar daha fazla harcamaya yol açtığını belirtmektedir¹⁹⁸.

Japonya da Tıbbi uygulama hatalarına bağlı ölüm ve yaralanmaları ele alan hukuki düzenlemeler, Amerikan

¹⁹⁵ Türkiye’nin Hasta Güvenliği Platformu Rakamlarla Hasta Güvenliği 3, 2008. www.hastaguvenligimiz.com/RAKAM3.html. (20.06.2015).

¹⁹⁶ Slonim, AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children, Official Journal of The American Academy Of Pediatrics, 2003;111;619.

¹⁹⁷ Thomas, EJ, Studdert DM, Et Al. Costs Of Medical Injuries In Utah And Colorado. Inquiry, 1999; 36(3), s. 256.

¹⁹⁸ Zhan, C, Miller MR. Excess Length Of Stay, Charges, And Mortality Attributable To Medical Injuries During Hospitalization. JAMA. 2003; 290(14):1869.

Hukuku'ndaki gibi özel hukuka değil de daha çok kamu hukuku kurallarına dayanır.

Japonya'nın sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde meydana gelen ölüm ve yaralanmaları ele alan hukuki düzenlemeleri, daha çok kamu hukuku kurumları ve kuralları üzerine kurulmuştur. Amerikan Hukuku'nda ki gibi bu konuların düzenlenmesi açısından özel hukukun ezici üstünlüğü görülmemektedir¹⁹⁹

Tıbbi hatalar hastalara verdiği zararlar yanında sağlık personeli üzerinde de olumsuz etkiler bırakabilmektedir. Çalışanlar yaptıkları hata sonucu suçluluk duygusu yaşamakta, depresyona girmekte ve tükenme duygusuna kapılabilmektedir. Sonuçta kendisine olan güvenini kaybeden sağlık çalışanlarının etkililiği, verimliliği ve performansı düşebilmektedir.

Yukarıda verilen bulgular tıbbi hataların gelişmiş ülkelerde bile çok büyük sorunlara yol açtığını ortaya koymaktadır. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde ise durumun daha ciddi boyutlarda olduğu tahmin edilmektedir. Bu ülkelerde altyapının ve teçhizatın yetersiz olması, güvenilir ve kaliteli ilaç temin edilememesi, atıkların imhası ve enfeksiyon kontrolünde yaşanan sorunlar, yeterli teknik bilgiye sahip sağlık personeli

¹⁹⁹ Çınarlı, s. 213.

olmaması ve bu alana yeterince kaynak ayrılmaması gibi etkenler muhtemelen daha fazla tıbbi hata yaşanmasına yol açabilmektedir.

Türkiye’de hasta hakları ilk olarak Avrupa Birliğine uyum sürecinde “Hasta Hakları Yönetmeliği” yayınlanarak kabul edilmiştir.

Türkiye’de doktorların yasal sorumluluklarını düzenleyen özel bir yasa olmadığından tıbbi hata davalarının esasını sözleşme ya da haksız fiil teşkil eder. Yargıtay tarafından özellikle son 10 yılda verilen doktorların hukuki ve cezai sorumluluklarının kabulüne ilişkin radikal kararlar, konunun Türkiye’de hukuksal açıdan yeni yeni incelenmesine neden olmuştur.

Türkiye’de; Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında hazırlanan ve 8 Mayıs 2014’te yayınlanan Resmi Gazete ile revize edilen “Hasta Hakları Yönetmeliği” bu konudaki en önemli adımdır. 2002 yılında TBMM’ye sunulan “Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanmasından Doğan Kanun Tasarısı” adı altında bir tıbbi hata yasa tasarısı hazırlığı mevcuttur. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de tıbbi hata davalarında ana bakış noktasının “standart sapma” olduğu kabul edilmektedir. Ancak ülkemiz de standart belirlenmediğinden, standart sapmadan sapmanın tespiti de mümkün değildir.

Türkiye’de de tıbbi hataların boyutları tam olarak bilinmemekle beraber, dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği muhakkaktır. Tıbbi hatalarla ilgili şikâyetlerin değerlendirildiği Yüksek Sağlık Şurasında 1931 - 2004 yılları arasında yaklaşık 10 bin dosya görüşülmüştür. Dosyalardan 932’si son beş yıl içinde olan vakalar olup, bunların yaklaşık yarısında sağlık personeli az veya çok kusurlu bulunmuştur²⁰⁰.

Aşağıda Erhan Büken ve İstanbul Tabipler Odası’nın bu konuyla ilgili istatistikî çalışmaları vardır(Tablo 1 ve 2)²⁰¹.

Tablo 1. Kuruma Göre Hatalar (1990–2000)

Devlet Hastanesi	% 40,18
Özel Hastaneler	% 18,69
SSK Hastaneleri	% 14,95
Üniversite Hastaneleri	% 7,47

Kaynak : Büken, E.,
www.doktorsorumluluk.com/doktor_sigorta_tanitim.pps
(24.12.2014).

²⁰⁰ Temel, s 11.

²⁰¹ Büken, E., www.doktorsorumluluk.com/doktor_sigorta_tanitim.pps (24.12.2014).

Tablo 2. Türkiye’de Alanına Göre Tıbbi Hatalar (1990-2000)

Tıp Alanları	Olgu Sayısı	%
Kadın Doğum Uzmanı	107	16.82
Genel Cerrahi Uzmanı	68	10.69
Nöroloji-Nöroşirurji	67	10.53
Anestezi	60	9.43
İç Hastalıkları Uzmanı	57	8.96
Ortopedi Uzmanı	42	6.60
Pratisyen	31	4.87
Acil	15	2.35
Kulak Burun Boğaz Uzmanı	28	4.40
Göz Doktoru	28	4.40
Çocuk	24	3.77

Diş Hekimliği	15	2.35
Göğüs Cerrahisi	15	2.35
Kardiyo Vasküler Cerrahi	15	2.35
Üroloji	14	2.20
Plastik Cerrahi	6	0.94
Psikiyatri	5	0.78
Laboratuvar	5	0.78
Radyoloji	4	0.62
Yoğun Bakım	4	0.62
İş Hekimliği	1	0.15
Dermatoloji	1	0.15
Hastane Kusurları	1	0.15
İlaç Reaksiyonları	23	3.61
TOPLAM	636	100.0

Kaynak: Hasan Tahsin Gökcan, Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin Yayıncılık, 2014, s:248.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3.Hukukta Tıbbi Hatalar

Tıbbi hatadan söz edilebilmesi için, arzu edilmeyen olumsuz sonucun meydana gelmesinin önlenabilir ve öngörülebilir olması zorunludur. Önlenemez ve öngörülemez olan bir netice tıbbi kusurdan kaynaklanmaz²⁰².

Tıbbi hatanın hukuka konu olması için hukuka aykırılığının mevcudiyeti gerekmektedir. Hukuka aykırılıkta ise zımnen ya da açık olarak kurulmuş bir sözleşmeye ya da anayasal haklara aykırılığın varlığı gerekir. Bu aykırılığın varlığının tespiti halinde tıbbi hata hukuka konu olacaktır. Tarafların ve kanunun tespitinden sonra açılacak dava maddi veya manevi ya da her ikisini içeren davalar şeklinde görülür. Türkiye’de henüz tıbbi hata konusunda herhangi bir yasa mevcut olmadığından borçlar ya da ceza kanunlarının yorumlanması şeklinde kararların verilmesi söz konusudur²⁰³.

A. Borçlar Hukukunda Tıbbi Hata

Borçlar hukukuna göre tıbbi hata, doktorun sözleşmeye aykırılıktan edimini eksik ya da tam yerine getirememekten kaynaklanan, hastaya tazmini esasına dayanmaktadır. Yani zararı ödeme yükümlülüğü mevcuttur.

²⁰² Gökcan, s. 244.

²⁰³ Günday, s. 33.

Böyle bir durumda doktorun meydana gelen zarardan sorumlu olması için:

- Hukuka aykırılık,
- Kusur,
- Zarar,
- Maddi zarar,
- Manevi zarar,
- İlliyet Bağı, şartlarının gerçekleşmesi aranır²⁰⁴.

Vekâlet sözleşmesine konu olan tıbbi müdahale ve tedavide hastaya karşı bir sonuçla sorumlu değildir. Ancak doktor, malzemesi insan olan bu sözleşmede yüksek özen ve ihtimam sorumluluğu altına girer. Yargıtay 13 Hukuk Dairesi verdiği emsal kararda doktor, hafif dahi olsa bütün kusurlarından sorumludur şeklinde karar vermiştir.

Doktor, hastasının zarar görmemesi için mesleki tüm şartları yerine getirmek, hastanın durumunu tıbbi açıdan zamanında saptayıp, somut durumun gerektirdiği önlemleri eksiksiz almak ve uygun tedavi yöntemlerini uygulamak zorundadır. görüşüne yer vermiştir. Bu karar, doğum sırasında yapılan

²⁰⁴ Günday, s. 34.

anestezi sonrasında hayatını kaybeden hastanın yakınları tarafından açılan tazminat davasına istinaden verilmiştir²⁰⁵.

Borçlar Kanunu madde: 506 uyarınca doktorun vekâlet sözleşmesi uyarınca sadakat ve özen borcu ile sorumluluğu vardır²⁰⁶. Sadakat ve özen borcunun, yerine ihmal ya da beceriksizlik nedeni ile getirilmemesi doktorun borçlar hukuku yönünden sorumlu olması demektir. Burada asıl zor olan hukuki açıdan bu mesleki beceriksizliğin tespiti²⁰⁷.

Yargıtay 13.Hukuk Dairesi, E:2006/6704, K:2006/9459 T:12.06.2006'daki kararında: "Davacı, 13.11.2000 tarihinde davalı hastanede doktor olan diğer davalılar tarafından kendisine yapılan by-pass ameliyatı sırasında kalbinde sargı bezi unutulması nedeniyle yeniden ameliyat olmak zorunda kaldığını belirterek, uğramış olduğu zararlar için maddi ve manevi tazminat talep etmiştir. Uyuşmazlık, ameliyatı gerçekleştiren davalı doktorun ameliyat sırasında ve sonrasında herhangi bir kusurlarının bulunup bulunmadığı noktasında toplanmaktadır.

Davadaki ileri sürülüşe ve kabule göre davanın temelini vekâlet sözleşmesi oluşturmaktadır. Diğer bir deyişle dava, davalı doktorların vekâlet sözleşmesinden kaynaklanan özen

²⁰⁵ <https://emsal.yargitay.gov.tr/VeriBankasiIstemciWeb/yeniTasarim/index.jsp>

²⁰⁶ Borçlar Kanunu, Madde: 506.

²⁰⁷ Günday, s. 35

borcuna ayrılık olgusuna dayanmaktadır (2006 yılının Borçlar Kanunu:386,390 madde). Vekil, iş görürken yöneldiği sonucun elde edilmesinden değil de bu sonuca ulaşmak için yaptığı uğraşların özenle görülmemesinden sorumludur. Vekilin sorumluluğu, genel olarak işçinin sorumluluğuna ilişkin kurallara bağlıdır. Vekil işçi gibi özenle davranmak zorunda olup, hafif kusurdan bile sorumludur.

O nedenle doktorun meslek alanı içinde olan bütün kusurları (hafif de olsa) sorumluluğun unsuru olarak kabul edilmektedir. Tüm bu yargı sonuçları özen ve ihtimam nedeniyle oluşabilecek sonuçlardan doktorun sorumluluğu yönündedir. Oysa asıl sorun, özen ve ihtimamın tespiti içindir²⁰⁸.

Amerika'da Nebraska Yüksek Mahkemesi 246 Neb.818, 652N.W.2d 574 (2002) tarihli kararıyla özen ve ihmali tıbbi standartlara oturtmuştur. Bu standartlar saptanırken ülke genelinde emsal bir olayda ki başarı ya da başarısızlık oranı ve doktorun genel olarak hastalar üzerindeki başarısı göz önünde bulundurulmuştur²⁰⁹.

Tıptaki hızlı gelişmelere paralel olarak standartlarla beraber, tedavi yöntem ve metotları da değiştirmektedir. Doktorun bu metotlardan hangisini uygulayacağına kanunen karar vermek mümkün değildir. Ancak vekâlet sözleşmesi gereğince hasta

²⁰⁸ Günday, s. 35

²⁰⁹ Waltston, B., Dunham, Medical Malpractice Law 8c Litigation, NewYork, 2006.

yararına olanı seçmek zorundadır. Tedavi yönteminin risk ya da sonuçları doktor tarafından tamamen bilinmeli ve hastaya bunlar anlatılmalıdır²¹⁰.

Tıbbi hatanın tespitinde üç ana başlığın varlığının incelenmesi mümkündür.

1. **Nesnel olarak görünenler;** Burada görülebilir bir doktor hatası mevcuttur.
2. **Maddi kayıplar;** Bu kayıplar direkt olduğu gibi 2. derece de ki kayıpları da içerir.
3. **Ağrı, acı ve diğer subjektif nedenler;** Burada gözle görülemeyen ancak hata sonucu oluşan hastaya rahatsızlık veren durumların oluşmasıdır²¹¹.

B. Ceza Hukukunda Tıbbi Hata

Herhangi bir tıbbi müdahale ile esas olarak kişinin Anayasa ile korunan, kişinin vücut bütünlüğüne yaralama ya da öldürme fiili ile müdahale söz konusudur. Bu da ceza hukuku açısından ele alınır. Ancak bu müdahale bazı unsurların varlığında hukuka uygun hale gelir, doktorun da hukuka aykırı işlem yapmamasını temin eder. Bunlar;

²¹⁰ Hakeri, H. Tıp Alanında Ceza Hukuku, Etik ve Tıbbi Sorunlar Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 2008, s. 189.

²¹¹ Günday, s. 36.

1. Kişinin hasta ya da hasta olacağını hissedip doktora tedavi için gelmesi,
2. Doktorun ayırık durumlar hariç tedavi etmeyi kabul etmesi,
3. Çağdaş yöntemlerle teşhis ve tedaviyi yapması,
4. Hastayı seçtiği tedavi yönteminde de alternatif tıp yöntemlerinin başarı ya da başarısızlıklar konusunda makul ölçüde bilgilendirmesi,
5. Tüm bunları aydınlatılmış onam belgesinde belirtilmesidir²¹².

Hâkimin, hukuk davalarında özel bilgi isteyen konulardan olan tıbbi konularda bilirkişiye başvurması normal ancak zorunlu olmayan bir prosedürdür.

Oysa ceza davalarında, Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nun 10. maddesi ve sağlık toplumsal sorunlar için adli olaylarda bilirkişilik yapmak üzere kurulmuş bulunan Yüksek Sağlık Şurası'nın görüşlerine müracaat etmek zorunludur²¹³.

4. Hukuk Dairesi 13.3.1973 tarih ve 2684/2978 esas sayılı kararında "Yüksek Sağlık Şurası'nın düşüncesinin ceza

²¹² Günday, s. 36

²¹³ Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Madde: 10

muhakemesini bağlayacağı, hukuk muhakemelerini bağlamayacağı” yönünde hüküm vermiştir.

Türkiye’de de tüm dünyada olduğu gibi hukuki ve cezai yönden en çok tıbbi hata davasına konu olan branşlar birinci olarak kadın doğum ikinci olarak genel cerrahi olarak tespit edilmiştir.

Doktorun tedavi ya da tıbbi müdahaledeki hasardan ya da istenmeyen sonuçtan sorumlu olabilmesi için fiilin taksirle işlenebilir bir suç olması, doktorun hareketini bilerek ve isteyerek yapmış olması, neticenin istenmemiş ancak tahmin edilmiş olması, hareket ile sonuç arasında illiyet bağı olması gerekir²¹⁴.

Genel olarak taksirle yaralama suçu, TCK madde 89’da düzenlenmiştir ve şu şekildedir:

Madde 89- (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

a) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin sürekli zayıflamasına,

²¹⁴ Günday, s. 37.

- b) Vücudunda kemik kırılmasına,
- c) Konuşmasında sürekli zorluğa,
- d) Yüzünde sabit ize,
- e) Yaşamını tehlikeye sokan bir duruma,
- f) Gebe bir kadının çocuğunun vaktinden önce doğmasına,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, yarısı oranında artırılır.

(3) Taksirle yaralama fiili, mağdurun;

- a) İyileşmesi olanağı bulunmayan bir hastalığa veya bitkisel hayata girmesine,
- b) Duyularından veya organlarından birinin işlevinin yitirilmesine,
- c) Konuşma ya da çocuk yapma yeteneklerinin kaybolmasına,
- d) Yüzünün sürekli değişikliğine,
- e) Gebe bir kadının çocuğunun düşmesine,

Neden olmuşsa, birinci fıkraya göre belirlenen ceza, bir kat artırılır. Tüm bu nedenlerde ceza hukukundaki doktorun sorumluluğu çok daha sıkı kontrol edilmelidir.

1. Kast ile Tıbbi Malpraktis

Tıbbi müdahale ve tedavi hayatın ve vücudun bütünlüğüne yönelik olduğuna göre, kasten öldürme ve yaralamalar da aynı şekilde kişiye sıkı sıkıya bağlı haklara yöneliktir. Doktorun yapmış olduğu müdahalenin sonucunu bilerek ve isteyerek müdahaleye başlamış, devam etmiş ya da hiçbir harekette bulunmaması da kast unsurlarındandır.

Ceza hukukunda, konumuz itibariyle mesleki bilgilerini kullanarak ya da bildiklerini kullanmayarak bir kişinin ölmesine ya da yaralanmasına neden olmak doktorluk mesleği ahlakında da kabul edilebilecek bir davranış değildir. O nedenle TCK madde 81 uyarınca incelenir. Hukukumuzda ölüm kriteri olarak beyin ölümü gerçekleşmiş kimseye karşı yapılacak eylemler TCK madde 81 içinde değerlendirilmez, zira bu kişi hukuken ölü sayılır²¹⁵.

Hakeri'nin savunduğu gibi; “.... doktorun hastanın rızasını almaksızın, hastayı aydınlatmaksızın veya endikasyon bulunmaksızın yaptığı her türlü tıbbi müdahale kasten yaralama suçunu oluşturur.” görüşü tartışılabilir. Zira acil müdahalede, müdahalenin kendisi ayrıca buyurgan doktor modelinin halen kabul edildiği ülkemizdeki, genişletilmiş

²¹⁵ Günday, s. 38.

tedaviyi, aydınlatılmış onam alınmadan yapılan tüm tedavileri kast unsuru ile incelemek gerekecektir²¹⁶.

Amerika'da kast unsuru taşıyan davalar ve halk sağlığını tehdit eden tıbbi malpraktis davalarının ceza hukuku içerisinde incelenmesi kabul görmektedir. Ancak tıbbi malpraktis davalarının oldukça yoğun ve hassasiyetle takip edildiği Amerika'da 1900'lü yıllara kadar vakıf hastanelerinin ecza sorumluluğundan muaf tutulması oldukça tartışılan bir konu olmuştur. Zira vakıf hastaneleri bu döneme kadar sadece hukuki sorumluluklara tabi tutulmuştur.

Yapılan girişimler neticesinde artık vakıf hastanelerinin de cezai sorumlulukları mevcuttur.²¹⁷ Toplum sağlığını tehdit eden zararların ceza mahkemelerince incelenmesine bir örnek Amerika'da şöyle gelişmiştir;Dr. L cerrah ve onkolog olarak Midwest Kliniğinde görev yapıyor. Kemoterapi öncesi hastalara damar yoluyla izotonik verilmektedir. Kemoterapi hemşiresi bir kanser hastasına uyguladığı enjektörü değiştirmeden diğer kemoterapi hastalarına da uygulayınca ilk hastada var olan Hepatit C diğer hastalara da bulaşıyor. Hastane tarafından fark edilen bu durum hastalara bildirilmiyor ve bu dava ceza muhakemesinde inceleniyor.²¹⁸

²¹⁶ Hakeri, s. 291.

²¹⁷ Watson, Dunham, s. 100.

²¹⁸ Watson, Dunham, s. 222.

Aslında olayın başlangıcında kast unsuru yoktur. Hemşirenin ihmal ya da özensizlik neticesinde enjektörü değiştirmemesinden kaynaklanmaktadır. Ancak olayı fark eden hemşire ve doktorun sansasyon yaratmamak gerekçesiyle olayı bildirmemeleri davanın yönünü değiştirmiştir.²¹⁹

2. Taksir ile Tıbbi Malpraktis

Kasten sebebiyet doktorluk mesleğinde pek rastlanan bir durum olmadığı halde taksir ve ihmal birbirine oldukça karışan bir sebebiyet şeklidir. Aslen taksir, istisnai bir kusurluluktur. Burada toplum sağlığını korumak, mesleklerini yerine getirirken doktorların daha itinalı davranmalarını sağlaması amacı güdülür.²²⁰

Ancak mesleki taksir söz konusu olduğunda kimi görüşe göre taksir nedeniyle öngörülecek cezadan daha ağır olması savunulmuştur. Burada ki amaçta toplumun güven duyduğu bir eğitim alan, bu konuda ehil sayılan kişilerin toplum güvenini kötüye kullanmaktan kaynaklandığını iddia etmektedirler.²²¹

Ancak Çakmut'a göre genel taksir ile mesleki taksiri farklı değerlendirmek doğru değildir. Genel olarakta pratikte de tüm

²¹⁹ Günday, s. 39.

²²⁰ Hakeri, s. 317.

²²¹ Çakmut, s. 245.

mesleklerle ayrı ayrı taksir ve ceza isnat etmek doğru olmaz görüşü hâkimdir. Ancak tıbbi taksirde kanunun insan ve her bireye göre aynı tedavinin farklı sonuçlar içermesinden dolayı izin verilen risk daha çok ön plana çıkmaktadır. Zira hukuk sistemleri, şartları tam olarak yerine getirilse dahi ölü ya da yaralanmanın varlığını normal risk olarak kabul etmiştir.²²²

Bununla beraber Danıştay 1.Dairesi, taksir konusunda emsal bir karar hükmetmiştir. Bu karara göre; tıbbi kurallara aykırı olarak teşhis ve tedavi de gerekli özeni göstermeyerek hastanın ölmesine neden olduğu bilirkişi raporuyla ortaya konulan doktorların “taksirle ölüme neden olma” suçundan yargılanmaları gerektiği yolundadır. Reflü hastalığından dolayı “laporoskopik nissen” operasyonu geçirdikten sonra ağrıları olduğu gerekçesiyle Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Bölümüne başvuran bir hastayı, isimleri kayıtlı olan bölüm doktorları taburcu eder.

Taburcu olduktan sonra ağrıları artan hasta tekrar aynı hastaneye başvurur. Akciğer ve batin filmleri çekilen hasta, herhangi bir sorun olmadığı bildirilerek tekrar taburcu edilir. Ertesi gün, nefes almakta güçlük çeken hasta, ağrıları da iyice artınca yeniden aynı hastaneye başvurur. Yapılan kontrollerde hastanın akciğerinde su toplandığı, mide borusunun yırtılması

²²² Günday, s. 40.

nedeniyle midesinde enfeksiyon oluştuğu gerekçesiyle ameliyata alınır.

Ameliyat sonrasında 14.gün yoğun bakımda hasta hayatını kaybeder. Yapılan şikâyetle Üsküdar Cumhuriyet başsavcılığı 2547 sayılı kanun gereği şikâyet edilen doktorlar ile ilgili dosyayı Marmara Üniversitesi'ne gönderir. Ancak üniversitede yapılan araştırma neticesinde dava açmaya gerek olmadığı, uygulanan yöntemin tıp kurallarına uygun olduğu, ameliyat sırasında yemek borusunun delinme olasılığının her zaman olduğu yönündedir.

Bilirkişi ise; ikinci ameliyata geç kalındığı, kontroller sırasında da gerekli özenin gösterilmediğini bildirmiştir. Danıştay bilirkişi raporlarına atıfta bulunarak; "Türk Ceza Kanununun 85. Maddesi gereğince yargılanmaları gerekir" şeklinde hüküm kurmuşlardır.²²³

Ayrıca Türk Ceza Kanunu'nun 22. Maddesine göre; "Birden fazla kişinin taksirle işlediği suçlarda, herkes kendi kusurundan dolayı sorumlu olur. Her failin cezası kusuruna göre ayrı ayrı belirlenir."²²⁴

223 Danıştay 1. Dairesi E: K:2007/289 T:27.04.2007,
www.danistay.gov.tr/Kerisim/container.jsp

²²⁴ TCK

3. Tazminat Sorumluluğu

Sağlık personelinin tazminat borcunun kaynağı bakımından akla ilk gelebilecek seçenek sözleşmedir. Zira sağlık personelinin bir iş görme edimi sunmaları ve karşılığında hastanın bazı durumlarda belirli bir ücret ödemesi aralarında bir sözleşme ilişkisinin meydana geldiğinin göstergesidir. Aradaki bu ilişkinin ise vekâlet sözleşmesi olduğu kabul edilir. Zira meydana gelen ilişki uyarınca hemşire, hastanın iradesine ve menfaatine uygun olarak kendi görev ve yetki alanına giren tıbbi hizmeti ifa etmeyi borçlanmaktadır²²⁵.

Sağlık personelinin özel hukuk sorumlulukları bakımından gündeme gelebilecek bir diğer borç kaynağı ve sorumluluk sebebi haksız fiil ilişkisidir. Hastaların sağlık personelinin yanlış müdahaleleri nedeniyle zarara uğraması halinde haksız fiilden söz etmek gerekir²²⁶. BK m. 41'e göre, hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren kimse bu zararı tazmine mecburdur²²⁷.

Hastanın haksız fiil hukuki sebebine dayanıp tazminat talep edebilmesi için, sağlık personeli ile aralarında herhangi bir sözleşme ilişkisinin doğmuş olması gerekmediğinden şartların oluşması halinde sağlık personelinin bulunduğu tedavi süreci

²²⁵ Tandoğan, s. 148.

²²⁶ Kurşat, s. 308.

²²⁷ Türk Borçlar Kanunu.

bakımından da ona karşı doğrudan doğruya dava açılması mümkün olacaktır. Burada esas olarak sağlık personelinin bağlı olduğu kuruma karşı adam çalıştıranın sorumluluğu çerçevesinde dava açılacak ancak şartları varsa BK m. 41 ve devamına göre sağlık personeline karşı da dava açılabilir²²⁸

Daha önce de belirtildiği gibi, hemşireler ve yardımcı personeller çoğunlukla hekimin yardımcı personeli olarak göründüklerinden hasta ile kurulan sözleşmede sözleşmenin tarafı olmazlar. Bu yüzden sağlık personelinin hekim yardımcısı fonksiyonu icra ettikleri işler bakımından onlara karşı sözleşme ilişkisine dayanarak dava açılmayacaktır.

Sözleşme temeline dayalı talep sözleşmesinin tarafı olan hekim veya hastaneye karşı ileri sürülecektir²²⁹. Bu ihtimalde hekim dışındaki sağlık personellerine karşı, ancak eylemleri haksız fiil teşkil ettiği yahut onunla da bir borç ilişkisinin doğduğunun kabul edilebildiği hallerde başvurulabilir²³⁰.

Ancak sağlık personelinin bağımsız olarak sağlık hizmeti icra ettikleri hallerde, onların sözleşmenin tarafı olduklarından söz edilir. Bu anlamda hastanın bir tarafını oluşturduğu vekâlet sözleşmesinin diğer tarafını sağlık personeli oluşturacaktır.

²²⁸ Şenocak, s. 263.

²²⁹ Kurşat, s. 308.

²³⁰ Şenocak, s. 264.

Böylece sağlık personeline karşı sözleşme ilişkisine dayanarak, borca aykırılık nedeniyle tazminat davası açılabilecektir. Sağlık personelinin bu şekilde sözleşmenin taraf olduğu hallerde dahi, eylemin aynı zamanda haksız fiil teşkil etmesi durumunda, onlara karşı ileri sürülecek tazminat talebi tercihe göre haksız fiil hükümlerine dayandırılabilir. Bu noktada alacaklının, haksız fiil veya borca aykırılık hükümlerinden dilediğine başvurma imkânının varlığı kabul edilmelidir²³¹.

İşte bu her iki durumda da başvurulabilecek hukuki esas haksız fiil hükümleridir. BK m. 41 / f. 1 uyarınca haksız fiil sorumluluğu bakımından temel şart hukuka aykırı bir eylemin varlığıdır²³².

Eylem, harekette bulunma şeklinde ortaya çıkabileceği gibi gerekli hareketi yapmama şeklinde de ortaya çıkabilir²³³.

Burada dikkat edilmesi gereken nokta MK m. 24 / f. 2 uyarınca hasta rızasının varlığı halinde hukuka aykırılığın ortadan kalktığıdır²³⁴.

²³¹ Oğuzman, s. 702.

²³² Türk Borçlar Kanunu.

²³³ Kaneti, s. 123.

²³⁴ Türk Medeni Kanunu.

Ancak BK m. 44 uyarınca, rıza sadece tazminatın indirilmesine yol açabilir, sağlık personelinin hukuka aykırı eylemlerinden doğan Sorumluluğunu Ortadan Kaldırmaz²³⁵.

3.1. Tıbbi Hatanın Tedavi Basamaklarına Göre Hukuki Boyutu

A. Hasta Kabulde Tıbbi Hata

Hastanın, doktordan tedavi isteği bilerek ya da isteyerek olabileceği gibi isteği dışında da gerçekleşebilir. İsteği dışında gelişen tedavi isteğinin en önemli durumu hastanın şuurunun kapalı olduğu, kaza ya da benzeri durumlardır. Hasta tedavi amacıyla doktora müracaat ettiğinde doktorun tedaviyi başlatmada geç kalmasından doğacak zarardan sorumluluk tartışmalıdır.

Bu konuda acil durumunun varlığı ya da yokluğu ve oluşacak zararın boyutu, doktorun sorumluluğunun üzerinde etkisi olacaktır. Acil durumlardaki sorumluluk aşağıda da incelenecektir. Acil olmayan durumlardaki sorumluluğu, oluşan zarar boyutu ile tartışmalıdır. Burada hastanın doktoru kabul etmeme hakkına karşılık doktorunda hastayı kabul etmeme hakkına dayandırmak mümkündür. Ancak burada da

²³⁵ Türk Borçlar Kanunu.

Türkiye'deki coğrafi şartlar ile maddi imkânlar göz önünde bulundurulması gerekmektedir²³⁶.

B. Acil Müdahalede Tıbbi Hata

Hastanın hayati tehlikesinin olması ya da kuvvetli ihtimal olması durumunda TCK 98. maddesi uyarınca doktorun müdahalesi zorunludur. “Yaşı, hastalığı veya yaralanması dolayısıyla ya da başka herhangi bir nedenle kendini idare edemeyecek durumda olan kimseye hal ve koşulların elverdiği ölçüde yardım etmeyen ya da durumu derhal ilgili makamlara bildirmeyen kişi, bir yıla kadar hapis veya adli para cezası ile cezalandırılır. Yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesinden dolayı kişinin ölmesi durumunda, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezasına hüküm olunur.” şeklindedir²³⁷

TCK 98.maddesi sadece doktor olarak değil acil durumlarda tüm vatandaşları sorumlu kılmıştır. Doktorların sorumlulukları, aldıkları meslek eğitiminden dolayı artı bir sorumluluktur. Doktorlar ayrıca Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 3. maddesi gereğince de: “Tabip ihtisası ne olursa olsun gerekli bakımın sağlanamadığı olgularda zorunlu sebep olmadıkça ilk yardımda bulunur.” denilmektedir²³⁸

²³⁶ Günday, s. 44.

²³⁷ TCK, Madde: 98.

²³⁸ Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Madde: 3.

Tüm bunlar ışığında doktorun acil durumlardaki hastaya müdahalesi zorunludur. Tedavi etmeyi reddetmek hakkı yoktur. Bununla beraber Acil Hizmet Yönetmeliğine göre acil tıbbi müdahale tüm kamu hastanelerinde ücretsizdir. Özel Hastanelerde de Özel Hastaneler Yönetmeliği gereğince hastanın ücreti ödeyememesi ya da sosyal güvencesi olmaması nedeniyle müdahale etmemesi yönetmeliğe aykırılık teşkil eder²³⁹.

Ancak müdahalenin yapılamamasında hastane ya da doktorun yetersizliği söz konusu ise daha donanımlı bir hastane ya da konunun uzmanına sevk bu durumun ayırık noktasını teşkil eder. Acil hizmet yönetmeliği hasta nakilleri yönetmeliği 09.01.2009 tarih ve B.10.4.ISM.4.55.00.82 sayılı genelgesinin 3. ve 4. maddeleri oldukça tartışmalıdır. Zira bu maddeler ile acildeki doktor, hastayı kendisini ya da çalıştığı hastanenin imkânlarını yetersiz sayarak hastayı daha üst bir sağlık sunucusuna ya da doktora yönlendirme konusunda şarta bağlanmıştır.

Buna göre sevk edileceği yerin kabul şartı gereklidir. Acil gibi zamanın öneminin tartışılmayacağı konuda telefon ile onay almak ya da alınmaz ise Komuta Kontrol Merkezi ile görüşme

²³⁹ Günday, s. 45.

zorunlu sayılmıştır. Tüm bunlar hem hasta hem doktor haklarına hem de hastanın Anayasal haklarına aykırıdır²⁴⁰.

Yapılan araştırmalar acildeki doktorun en önemli sıkıntısını yeterli anemnez, laboratuvar, görüntülü tanılama yöntemleri ya da konsültasyonlar yapmadan direkt tedaviye geçme zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Acildeki doktorun sorumluluğu, hastayı ilk gördüğü anda başlar ve başka bir doktorun tedaviyi üstlenmesiyle sona erer. Ancak sevkten sonrada sevk anına kadar yapmış olduğu tedaviden sorumluluğu devam eder²⁴¹

Özel Hastaneler Kanununun 32. maddesi gereğince de özel hastaneler gelen tüm hastalara sağlık güvencesi olup olmadığına bakmaksızın müdahale etmek zorundadır. Acil durumlardaki en önemli sorun, hasta onayı almada ve hastayı aydınlatmada yaşanır. Buna göre eğer böyle bir zorunluluğun var olduğu olgu söz konusu ise 1219 sayılı kanunun 70. maddesi uyarınca; “Tabipler, dış tabipleri ve dışçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar.

Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya

²⁴⁰ Hasta Acil Kabul Yönetmeliği

²⁴¹ Günday, s. 47.

üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.)” şeklindedir²⁴²

C. Teşhiste Tıbbi Hata

Tedavi sözleşmesi bir vekâlet sözleşmesi olduğuna göre taraflardan birinin sözleşmeyi kabul etmeme ya da ret hakkı mevcuttur. Bu taraflardan birinin doktor olması da doktor haklarının 7. maddesi gereğince. “Hasta-doktor ilişkisinin temeli karşılıklı güvendir. Doktorun kendisine güvenmeyen hastayı reddetme hakkı vardır.” Bu güven ilişkisinin varlığı tüm ülkelerde kabul görmektedir²⁴³. Buna göre tedaviye gelen hasta ile doktor arasında güvene dayalı bir vekâlet sözleşmesinin varlığı mevcuttur.

Doktor haklarının 7. maddesinde var olan hastayı reddetmenin gerekçesinde, “güvenmeyen hastayı” reddetmek esastır. Bunun yanında uzmanlık dalı haricindeki hastaları daha üst tedaviye yöneltmek, hasta kabuldeki tıbbi hatanın esaslı unsurlarındandır. Bunun yanında tedaviye başlayan doktorun hastasını başka bir doktora sevkinde, özellikle daha az bilgi ve becerisi olan doktora ya da hastanelere sevk etmesi de hasta kabulündeki tıbbi hatadır²⁴⁴.

²⁴² 1219 Sayılı Tababet Ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. Maddesi.

²⁴³ Waltson, Dunham, s. 64.

²⁴⁴ Fremgen, F.B., Medical Law and Ethics, New Jersey. 2006, s. 118.

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

Tedavinin her bir basamağı için tıbbi hatayı ayrı ayrı incelemek uygun olacaktır. Ayrıca tekrar vurgulamak gerekirse doktorun teşhis zorunluluğu yoktur. Doktorun teşhis koymamasından dolayı tıbbi hata davasına konu olması mümkün değildir²⁴⁵.

D. Tedavide Tıbbi Hata

Tedavi esas olarak hastanın iyileştirilmesi amacı ile yapılır. Ancak tedaviye başlamadan önce; anamnez, tanı yöntemleri, doğru yorumlama ve doğru teşhis basamaklarını tam anlamıyla yapmak gerekir. Bu basamakları doğru yapmak hekimi en doğru tedavi yöntemini bulmaya sevk edecektir. Tabi bunların yanı sıra burada doktorun vekâlet sözleşmesinden ve doktorun tedavi özgürlüğü ilkesinden hareketle tedavi yöntemi serbestliği de söz konusudur.

1. Tıbbi Hizmetlerin Kötü Uygulanması ya da Hiç Uygulanmamasında Tıbbi Hata

Tıbbi hizmetlerin kötü uygulanmasından doğan sorumluluk kanun tasarısının 3. maddesinde tıbbi kötü uygulama; “Sağlık personelinin, kast, kusur veya ihmal ile standart

²⁴⁵ Günday, s. 50.

uygulamamayı yapmaması bilgi veya beceri eksikliği ile yanlış veya eksik teşhiste bulunması, yanlış tedavi uygulaması veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan ve zarar meydana getiren fiil ve durumu” olarak tanımlanmıştır.

Görüldüğü gibi bazen yanlış tedavi tıbbi hatanın konusu olabileceği gibi görev ve sorumluluğun gereği müdahale etmeme ya da geç müdahale de tıbbi hata kavramının içinde yer alır. Hukuki açıdan müdahalenin yapılmaması ihmali nitelik taşır²⁴⁶. 09.01.1967 yılında 4. Hukuk Dairesi, kalp krizi geçiren hastaya Ankara Hastanesi’ndeki nöbetçi doktorların bakmamaları, geç kalmaları neticesinde hastanın ölmesinden kusurlu bulmuştur. Yargıtay tarafından da karar onanmıştır²⁴⁷

Yargıtay’ın birçok kararında hiç müdahale etmemekte doktoru sorumluluktan kurtarmamaktadır. Bu kararlardan anlaşılacağı gibi doktorun hukuki sorumluluğunun başlangıcı, hastayı gördüğü anda başlamaktadır. Bu hukuki sorumluluk uluslar arası hukukta da geçerlidir. Amerika’da gerçekleşen bir tıbbi hata davasında doktor, tıbbi müdahale için hastaneye gelen hasta ile herhangi bir müdahale için irtibat kurmadığından dolayı hasta ile arasında vekâlet sözleşmesi kurulmadığını bu nedenle de vekâlet sözleşmesine dayalı tıbbi müdahalenin yapılmamasından kusurlu olamayacağını iddia etmiştir.

²⁴⁶ Hakeri, s. 350.

²⁴⁷ Günday, s. 59.

Ancak karar, hastanın hastaneye geldiği andan itibaren vekâlet sözleşmesinin örtülü bir şekilde kurulduğu halde doktorun müdahaleyi haklı bir şekilde reddetmesinin de hukuki dayanağı olmadığından doktorun kusurunun varlığı yönündedir²⁴⁸.

2. Tedavi Yönteminin Seçiminde Tıbbi Hata

Tedavi yöntemini seçmek doktor haklarının 3. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Çağdaş, Bilimsel Tıp Olanaklarının Uygulanma Hakkı; Tıp Eğitiminde yüksek teknolojinin tıptaki uygulama alanları ile tanışan bir doktorun iş yaşamında tanı ve tedavide söz konusu gelişmeleri yaşamayı istemesi hakkıdır” Bununla beraber hasta hakları madde 11 uyarınca da hastanın; “Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir.” şeklindedir.

Ancak tedavi yöntemini seçmede genel olarak kabul gören; doktorun hastası için en az tehlikeli ve en az acı verecek yöntemi seçmesidir. Nitekim Tıbbi Deontoloji Tüzüğü madde 13’de de doktorun, tıp ilke ve kurallarına göre hareket etmesi vurgulanmıştır. Doktor, tıbben kabul edilmemiş, yeteri kadar denenip standart tedavi yöntemleri arasına girmemiş yöntemi kullanamaz²⁴⁹.

²⁴⁸ Waltson, Dunham, s. 78.

²⁴⁹ Günday, s. 61.

3. Tedavinin Uygulanmasında Tıbbi Hata

Tedavi; hastanın sağlığının bozulduğu ya da bozulacağı gerekçesiyle doktorun iyileştirme çabasıdır. Tedavi doktorun, hastaya karşı asli sorumluluğudur. Bu sorumluluk gereğince; bir hekimin göstereceği dikkat ve ihtimamla ve genel kabul görmüş standart tıp tekniklerine uygun şekilde yerine getirmesi gereğidir.

Tedavi kelime olarak sadece hastalık oluştuğunda değil, oluşmadan önceki proflaktik tedbirleri de içerir. Örneğin, aşılama ve karantina bu tip tedbirlerdendir. Kontroller sırasında doktor tipik difteri belirtilerini bulmasına rağmen difteri serumunu yapmaması neticesinde iki çocuğun ölümünden sorumlu bulunmuştur²⁵⁰.

Proflaktik olarak önlem alınmamasından oluşan tıbbi hata bir dava konusu da şudur; 13.Hukuk Dairesi 20.11.2000 E:8582 K:10298 sayılı kararında; davacı, sağ el baş parmağının paslı bir demir çubukla kesilmesi üzerine, davalı sahibi olduğu Bursa Hayat Hastanesi'ne götürüldüğünü, burada kendisini muayene eden davalı doktorun talimatı doğrultusunda pansuman yapıp, kesiğe iki dikiş atılarak gönderildiğini, 26.04.1996 sabaha karşı evinde komaya girmesi ile Tıp Fakültesi'ne sevk edilerek tetanos teşhisi koyulduğu, 26 gün

²⁵⁰ Günday, s. 63.

yoğun bakımda yattığı, bu durumun maddi, manevi tazminat talebi söz konusudur²⁵¹

4. İlaçla Tedavide Tıbbi Hata

İlaç ile tedavi doktorun tercih edebileceği bir tedavi türüdür. Ancak burada farklı sorunlu ajanlar devreye girmektedir.

a) Doktor (Tavsiye eden yetkili sıfatıyla)

Doktor ilaç ile ilgili tüm bilgileri hastaya aktarmakla sorumludur. Bu bilgilerin; kullanım süresi, yan etkiler, kontrendikasyonları, dozajlama ve ilaç kullanırken yapması gerekenler ya da yapmaması gerekenler gibidir.

Bu konuda Yargıtay 13. Hukuk Dairesi tarafından verilen bir kararda, ameliyat esnasında tutulması gereken kayıtların tutulmaması, ameliyatla ilgili raporların 7-8 ay sonra tutulması, çocuk olan hastanın yaşı ve kilosu ile genel anestezi altında olduğu ve verilen ilaçların birbirini etkileyip hastaya daha fazla tesir edebileceği hususları nazara alınmadığı, dolayısıyla ameliyat sırasında doktorların gerekli özen ve ciddiyeti göstermedikleri sabit olduğundan olayda hastane ve doktorların kusurlu oldukları, şeklinde hüküm verilmiştir²⁵².

²⁵¹ Hasan Özkan, Sunay Öner Akyıldız, Hasta-Hekim Hakları ve Davaları, Ankara, 2008, s. 318.

²⁵² Hakeri, s. 361.

Doktorun ilaçtan sorumluluğunda temel nokta, doktor tarafından yazılan reçeteye dayandırılır. Reçete, ilacın ismini, dozunu ve kullanım şeklini içerir. Bunlardan kaynaklanan sorumlulukta doktor, ya da haksız fiil hükümlerine göre sorumlu olabilmektedir. Burada doktora karşı tehlike sorumluluğuna gitmek mümkün değildir. Eğer doktor hastasına tavsiye ettiği ilacın zararlarını biliyor veya bilmesi zorunlu ise buna rağmen ilacı hastaya tavsiye etti ise bizzat sorumluluğu mevcuttur. Ancak ilaç prospektüsünde yer almayan bilgiler ve tehlikelerin mevcut ve bu durumda doktor tarafından bilinmesine rağmen hastaya bu ilaç tavsiye ediliyorsa ilaç üreticisi ve doktor arasında müteselsilen sorumlu tutulması söz konusudur²⁵³.

Genel olarak doktorun ilaç ile ilgili sorumluluğu uyarı yükümlülüğünü ihlal etme noktasında gerçekleşmektedir. Uyarı yükümlülüğünde esas ise, aracı bilirkşi sorumluluğunu hiç ya da yeteri kadar yerine getirmeme şeklindedir²⁵⁴.

b) Eczacı (Doktorun ilacı yazdığı reçetede ki ilaçlar temin edip doktorun yazdığı şekilde hastaya uygulattıran kişi sıfatıyla)

1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (İTMK) 2. madde uyarınca; halk arasında ilaç olarak tabir edilen ispençiyari ve tıbbi müstahzarların reçeteli ya da reçetesiz

²⁵³ Günday, s. 68.

²⁵⁴ Günday, s. 68.

satışı sadece halka eczanelerden satılabileceği hükme bağlanmıştır²⁵⁵. Buna göre yasa koyucu beşeri ve tıbbi ürünleri, herhangi bir tüketim malından ayırık olarak tanımlanmış olmaktadır. Böylece ruhsat alınmadan üretilen ya da ithal edilerek satılan formülasyonun da değişiklik yapılacak müstahzarlar ilaç olarak tanımlanmamaktadır.

İlaç ruhsat sahibi ya da ithalatçı firma ruhsatlandırma anında ilacın reçeteli ya da reçetesiz satılması konusunda Sağlık Bakanlığından onay alınarak kullanıma sunar.

Ancak 02.03.1995 tarih ve 22218 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan ve 02.03.1996 da yürürlüğe giren Tıbbi Farmasotik Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği'ne göre: “Doktor tavsiye ve kontrolü olmadan kullanıldığında doğru kullanılsa bile doğrudan veya dolaylı olarak bir risk yaratma ihtimali taşıyan; sıklıkla yanlışı ve yaygın ve / veya yan etkileri sebebiyle takip edilmesi gerekli görülen; parenteral olarak uygulanacak olan; uluslararası anlaşmalarla narkotik veya psikotropik olarak sınıflandırılmış bir maddeyi ihtiva eden; doğru kullanılmaması halinde bağımlılık oluşturma potansiyeli bulunan veya kanun dışı amaçlar için kullanılabilecek olan; farmasotik özelliği veya yeni oluşu sebebiyle veya toplum sağlığı açısından sadece şartlarında yapılabilecek tedaviye mahsus olan ilaçlar, reçete ile satılması mecburi ürün olarak

²⁵⁵ 1262 sayılı İTMK Madde 2.

ruhsatlandırılır. Bu koşulların içermediği grupta yer alan ilaçların reçetesiz olarak ruhsatlandırılmasında hukuksal bir engel bulunmamaktadır.” der²⁵⁶.

Tüm bunlara baktığımızda Türkiye’de ilaçların büyük bir bölümü reçete ile karşılanmaktadır. O halde reçetenin ne olduğuna bakmakta fayda vardır. Reçete, doktorun imzasını taşıyan ve doktora hukuksal sorumluluk yükleyen bir belgedir.

Reçetenin resmiliği hastanın sosyal güvenlik kurumlarından herhangi birinden güvence almış olmasından değil; doktorun imzasını taşıyan ve doktorun profesyonelliğinin seçkinliğinin uyguladığı bir sanatın yansıması olan ve alelade bir kağıt parçasına indirgenmeyecek değer ve önemde, hukuksal anlamda geçerliliği olan resmi bir belgedir.

Sosyal güvencesi olmayan hastaya yazılan reçetede resmi bir belgedir ancak bedelini hasta kendi öder. Reçetenin resmi bir belge olması doktorluğun aynı zamanda bir kamu görevi olmasıyla da ilgilidir²⁵⁷.

Reçeteden birincil derecede doktor sorumlu olsa da reçetede ki yanlışları saptamak (ki bu tartışmalıdır) yanlış ilaç vermek, yanlış bilgilendirme eczacının kusurudur. Doktor ve eczacının

²⁵⁶ Günday, s. 69.

²⁵⁷ Günday, s. 69.

ihmal ve kusuru için özel yasalar olmadığından genel yargı hükümleri dikkate alınır.

c) İlaç Üreticisi (İmalatçı sıfatıyla)

Türkiye’de üreticinin sorumluluğu, Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunda (TKHK) ve Ayıplı Malın Neden Olduğu Zararlardan Doğan Sorumluluk Hakkında Yönetmelik ile düzenlenmeye gidilmektedir. Bu tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Genel olarak ilaç üreticisinin sorumluluğu daha da belirsizdir. Çünkü ilaç, ekonomik bir değer ifade etmesinin yanı sıra pek çok özelliği ile diğer mallardan farklılık gösterir.

O nedenle bu konuda ki düzenlemenin özel bir başlık altında yapılması zorunlu hale gelmektedir. İlaç üreticisinin ürettiği ilacın güvenliğini sağlama devletin görevidir. İlaç, ekonomist ve iktisatçılar açısından herhangi bir tüketim malından farklı tanımlanmasa da uluslararası ilaç piyasasında, ilaç diğer tüketim mallarından şu başlıklarda kuvvetle ayrılır²⁵⁸;

- ✓ Talep esnekliği yoktur,
- ✓ İkame olunamaz,
- ✓ Onsuz olunmaz,
- ✓ Sağlık açısından kullanıldıktan sonra geri dönüşümsüz etki yaratır,

²⁵⁸ Günday, s. 75.

- ✓ Geniş kitlelere bir anda ulaşması mümkündür (Bu tehlike sorumluluğuna işaret eder).

Tüm bunların yanında ilacı kullanan farklı (hasta), üreten farklı (ilaç üreticisi), tavsiye eden farklı (doktor), hastaya ulaştıran farklı (eczacı), genellikle ilacın bedelini ödeyen farklı (devlet ya da özel sigorta şirketi ya da çok küçük bir yüzde hasta), ülke satış fiyatını belirleyen farklı (devlet) taraflardır. İşte böyle ayrı bir ürünlerdeki sorumlulukta elbette oldukça önemlidir²⁵⁹.

İlacın imali esnasında yapılan imalat hatalarından sorumluluk imalatçıya aittir. İlacın kullanılması gereken (endikasyon), kullanılmaması gereken (kontrendikasyonları) ve ilaç etkileşimlerini ilaç kutusunun içinde yer alan prospektüsünde ayrıntılı olarak belirtmek de ilaç üreticisinin sorumluluğundadır. Ancak prospektüsünde yer almayan olasılıklar konusundaki sorumluluğu tartışmalıdır. Bununla beraber genel anlamda “ayıplı malın neden olduğu zararlardan sorumluluk” söz konusudur. 13.06.2003 tarih ve 25317 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Ayıplı Malın Neden Olduğu Zararlardan Sorumluluk Hakkında Yönetmelik’in 5. maddesi ayıp kavramını açıklamıştır.

Buna göre “Malın piyasaya sunum tarzı, makul kullanım şekli ve piyasaya sürüldüğü an ve benzeri diğer hususlar göz önüne

²⁵⁹ Nurettin Abacıoğlu, Ekonomik Sistem ve İlaç, Türk Farmakoloji Derneği Bülteni, 2004, s. 5.

alınarak, bir kimsenin o maldan haklı olarak bekleyebileceği güvenliği sağlamayan mal ayıplı mal sayılır” şeklindedir²⁶⁰. Sözü geçen yönetmeliğin madde 6 da ayıplı malda sorumluluk belirlenmiştir. “Ayıplı bir malın, bir kişinin ölümüne veya yaralanmasına veya bir malın zarar görmesine sebep olması halinde imalatçı-üretici doğan zararı, kusur aranmaksızın tazmin etmekle yükümlüdür”²⁶¹ der.

Ayıplı mal kavramı Türkiye’de 2003 tarihli Ayıplı Mal Yönetmeliğinde yer almıştır. Ancak bu yönetmelik 1995 TKHK’unun 4. maddesine göre çıkartılmış ise de kanunda yer almayan “güvenli olmayan mala karşı kusursuz sorumluluk” verilmesi tartışma konusudur. Ayıp kavramı subjektif ve ekonomik anlamda ise “uygunluk ayıbı” başlığında, hayat, vücut bütünlüğü veya mallarının tehlikede olması durumunda “güvenlik ayıbı” başlığında incelenebilir²⁶². İlaç, bakımından güvenlik ayıbı Türkiye’de yeni yeni gündeme gelmektedir. İlacın güvenlik ayıbı içersinde incelemek için, ilacı güvenli ürün olarak kabul etmek gerekir. Oysa Parecelsus (1493-1541)’un dediği gibi “tüm maddeler zehirlidir; ilaç ile zehiri birbirinden ayıran dozudur.” Bu kadar önemli bir ürünü üreten ilaç

²⁶⁰ 13.06.2003 tarih ve 25317 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Ayıplı Malın Neden Olduğu Zararlardan Sorumluluk Hakkında Yönetmelik’in 5. Maddesi.

²⁶¹ 13.06.2003 tarih ve 25317 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Ayıplı Malın Neden Olduğu Zararlardan Sorumluluk Hakkında Yönetmelik’in 6. Maddesi.

²⁶² Karaman Akçura, T., Üreticinin Ayıplı Ürününün Sebep Olduğu Zararlara Nedeniyle Üçüncü Kişilere Karşı Sorumluluğu, İstanbul, 2008, s. 190.

üreticisinin sorumluluğu hukukumuzda özel olarak düzenlenmesi zaruridir.

5. Malzeme Sağlamada Tıbbi Hata

Burada söz edilen malzeme tedarikten ziyade özellikle ameliyathanede, cerrahi işlem esnasında kullanılacak malzemelerin tamlığı ve kullanılmaya hazır olması şeklindedir. Çünkü vekâlet sözleşmesi gereği doktor sonuca giden işlemlerde tüm ihtimam ve özeni göstermekle yükümlüdür. Yoksa eser sözleşmesindeki gibi bizzat malzeme tedariki sorumluluğu yoktur. Ancak sağlanan yanlış ya da eksik malzemeden dolayı hastanenin hizmet kusuru söz konusu olabilir²⁶³

6. Organizasyonda Tıbbi Hata

Sağlık hizmetini sağlayan özel ya da kamu hastaneleri tıbbi müdahalelerden sorumludurlar. Danıştay 10. Dairesi 03.05.1995 tarih ve 3258/2379 sayılı kararında bu konuda belirleyici bir karar vermiştir. “halkın sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli olan idare, hastanelerde yapılacak tedavilerin ve cerrahi müdahalelerin tıbbi esaslara uygun biçimde, hizmetin gerektirdiği yeterliliğe sahip personelle ve gerekli dikkat ve özen gösterilerek yapılmasını sağlamakla

263 Günday, s. 89.

yükümlüdür” demiştir. Sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak görev yapan tüm hastaneler organizasyondan sorumludurlar²⁶⁴.

7. İyatrojenik Tıbbi Hata

İyatrojen; doktorun tedavi esnasında, verdiği ilaç ya da tedavi nedeniyle bir başka hastalığa neden olmasıdır. Bu durum izin verilen risk içersindeyse, doktorun sorumluluğu söz konusu olacak iken izin verilen risk içersinde değilse, izin verilen risk içinde kabulü mümkün değilse doktorun kusuru söz konusu olacaktır.

Örneğin; Steroid kullanılan hastalarda özellikle süt çocukluğu döneminde iyatrojenik olarak cushing sendromu gelişmektedir. Önlem olarak topikal (yüzeysel) steroid kullanımını kısa süreli tutmak ve düşük potensli ajanlarla sınırlandırılması öngörülmektedir²⁶⁵.

E. Aydınlatılmış Onamda (Hastayı Aydınlatmada) Tıbbi Hata

Kişinin vücut bütünlüğü üzerindeki Anayasal hakkı tıbbi müdahale ile elinden alınmaktadır. Bu hukuka aykırı durum, kişinin rızasının olması ile hukuka uygun hale gelmektedir. Bu nedenle aydınlatma hem özel hem de ceza hukuku açısından önem taşımaktadır.

²⁶⁴ Hakeri, Tıp Hukukunun Temel Kavramları, s. 366.

²⁶⁵ Hatipoğlu, N., Kurtoğlu, S., Keskin, M. ve Kendirci, M. Topikal Steroid Kullanımına Bağlı İyatrojenik Cushing Sendromu. Erciyes Tıp Dergisi. 2007, 29(2), s. 157.

Bu durum hukukta rıza olarak geçse de sözlük karşılığı razı olmak olarak tanımlanan bu kelime, konuyu açıklamakta eksik kalmaktadır. Informed consent'in karşılığı olarak bilgilendirilmiş ya da aydınlatılmış onam daha uygun olacağından bu başlık altında incelenmektedir. Zira aydınlatılmış onamda; hastanın, tedavinin tüm risklerini, alternatiflerini ve alternatif tedavilerinin de tüm risk ve faydalarını anlaşılabilir şekilde doktor tarafından kendisine anlatıldığının ve kendisinin de gönüllü olarak bunu kabul ettiğinin açıklamasıdır²⁶⁶.

Aydınlatılmış onam aslında vekâlet sözleşmesine göre tedavi sözleşmesinin belgesidir. Tedavi sözleşmesinin kabulünde “zımnen ya da açık olarak kabulü söz konusudur” der. Oysa aydınlatılmış onamın artık yazılı olarak alınmasının zorunlu olması tedavi sözleşmesinin yazılı olarak kabulünü gerektirmektedir. Bu belgenin oldukça ayrıntılı hazırlanması gereği hastanın tedavi süreci ve sonucundan bilgilenmesi doktoru da sözleşme yükümlülüklerinden oluşmaktadır.

Kabaca bizde hastanelerde standart belgeler hukuken aydınlatılmış onam olarak kabul etmek mümkün değildir. Hukuken belge dâhilinde sorumsuzluk sağlayabilecek aydınlatılmış onam belgesi örneği ve aydınlatılmış onamı geri çekme tutanağı eklerde sunulmuştur (Tablo 3 ve 4)²⁶⁷.

²⁶⁶ Hakeri, s. 103.

²⁶⁷ Margeret, C.J., The Law of Medical Malpractice, New York, 2001, s. 81.

1. Aydınlatılmış Onamda Sorumluluk

a. Doktorun Hukuki Sorumluluğu

Türk Tabipler Birliğinin 28.04.2004 gün ve 25446 sayılı Resmi Gazete de, 60203 sayılı Türk Tabipler Birliği Yasası'nın 59. maddesine göre hazırlanan, yönetmeliğin 4. maddesi para cezaları bölümünün - s - bendinde aynen şu hükme bağlanmıştır;

- s - Hastanın aydınlatılmış onamını usulüne uygun almaksızın tıbbi girişimde bulunmak,²⁶⁸

Buna göre doktorun usulüne uygun aydınlatılmış onam almadan tıbbi müdahale ya da tedavide bulunması hukuki sorumluluk yanında disiplin cezasını da gerektirmektedir.

Doktorun, hastayı aydınlatma borcu, Anayasa'nın 17 maddesi, Medeni Kanunun 24 ve 25. maddelerine ayrıca 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 70. maddesine dayanmaktadır.

Alınan aydınlatılmış onamın geçerli olabilmesi için ise; hastanın tüm tedavi basamaklarından ve tehlikelerden olduğu kadar tercih edilebilecek diğer tedavi yöntemlerinin fayda ve risklerinden hatta tedavi ya da tanı yöntemlerini reddetmesi durumunda ki risklerden dahi açık şekilde (örtülü kabul

²⁶⁸ 28.04.2004 gün ve 25446 sayılı Resmi Gazete de, 60203 sayılı Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği, Madde 4, s bendi.

sorumluluk taşımaktadır) onayladığını bildirmesi gerekmektedir²⁶⁹.

Türkiye’de Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi’nin 14. maddesinin 2.fıkrasında;

.....teşhise göre alınması gerekli tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lazımdır. ibaresi, Hasta Haklarının Yönetmeliğinin 15. maddesinde yer alan “Hasta, sağlık durumu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemler, bunların yararları ve olası sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi durumunda ortaya çıkabilecek olası sonuçlar, hastalığın seyri ile sonuçları konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi isteme hakkına sahiptir. ibaresi ile yer almıştır.

Doktorun, aydınlatılmış onam dâhil hasta hakkında ki tüm bilgi ve belgelerin TCK mad. 4/1 uyarınca gizleme sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk iki Şekilde sorumluluk dışına çıkar;

- Hastanın rızası,
- Hastanın sırrının açıklanmasında doktor açısından haklı bir durum oluşması²⁷⁰,

²⁶⁹ Günday, s. 105.

²⁷⁰ Günday, s. 105.

Aydınlatılmış onamı verme konusunda yetkili bizzat hasta, ya da vekilidir. Alma konusunda yetkili kişi olarak da doktor belirlenmiştir. Bu ifade Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da aynen şöyledir:

Madde 72 – İcrayı sanat eden tabipler, dış tabipleri, dişçiler ve ebeler numunesi veçhile Sıhhiye ve Muaveneti İçtimaiye Vekâleti tarafından tertip ve mahalli sıhhiye memurlarınca musaddak, hastaların isim ve hüviyetlerini kayda mahsus bir protokol defteri tutmağa mecburdurlar. Bu defterlerin kuyudu ücretten mütevellit davalarda Sahibi lehine delil ittihaz olunabilir. Şu kadar ki müstenidi iddia olan kaydın hilafı vesaik veya delaili muteberei saire ile ispat edilebilir²⁷¹.

Ancak burada bahis konusu olan protokol defteridir.

Doktorun, hastaya ait aydınlatılmış onamı dosyasında muhafazası esastır. Ancak hasta isterse dosyayı inceleyebilir ya da bir örneğini alabilir. Bu ifade Hasta Haklarının Yönetmeliği'nde aynen şu şekildedir:

Madde 16- Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu

²⁷¹ Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 72. Maddesi.

*kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir*²⁷²

Doktorun, aydınlatılmış onamı almada hukuki sorumluluğu yukarıdaki maddeler uyarıncadır. Ancak alınmaması, eksik ya da baskı altında alınması ya da kayıp edilmesi durumunda sözleşmeye aykırılık ile farklı bir sorumluluk altında kalacaktır. Doktorun kusur ile sorumluluğu söz konusu olabilecek tıbbi hata davasında aydınlatılmış onamın olmaması halinde haksız fiilden sorumlu olması söz konusu olabilecektir.

b. Yardımcı Personelin Hukuki Sorumluluğu

Yardımcı personel ile doktor arasında görevi yerine getirme konusunda bir adam çalıştırma sorumluluğu söz konusu olmalıdır. Doktor burada objektif özen gösterme görevinden dolayı hukuki sorumluluk taşır. Borçlar Kanunu uyarınca adam çalıştırma sorumluluğunun olması için doktor-yardımcı arasında iş ilişkisinin varlığı zorunludur.

Yardımcı personel hukuki olarak sorumluluğa gidilmesi için doktorun talimatı ile hareket ediyor onun gözetiminde görevini yerinde getiriyor olması gerekir. Burada doktor ile yardımcı personel arasında fiili bir bağlılık olması gerekir. Yardımcı personelin sorumluluğuna gidilmesi için karar ile netice

²⁷² 01.08.1998 Tarih ve 23420 Sayılı Resmi Gazete’de Yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği, Madde 72.

arasında sıkı illiyet bağı esastır. Oluşan dolaylı kusurdan dolayı sorumlu olan hasta açısından doktordur²⁷³

c. Hastane Yönetiminin Hukuki Sorumluluğu

Hastanelerin hasta hakkındaki tüm belge ve bilgileri muhafaza etmeleri konusunda; Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre;

Madde 32 – Her yataklı tedavi kurumunda bir merkezi tıbbi arşiv kurulur. Bütün servislerin ve olanakları ölçüsünde polikliniklerin işi biten dosyaları, bilimsel çalışmalar, istatistik değerlendirmeler hastaların diğer müracaatlarında kullanılmak üzere bir sıra ve düzen içersinde muhafaza edilir²⁷⁴.

Özel Hastaneler Tüzüğü'ne göre;

Madde 29- Özel hastanelerde yatan hastaların kimliğini, doğum yerini, adresini, yattığı ve çıktığı tarih, hastalığının tanısını ve çıkıştaki durumunu yazmak için bir protokol defteri ile derece kâğıdı, tabelası, filmleri, laboratuvar raporları vb. hastanın izlenmesi ile ilgili belgeleri içeren bir dosya tutulur. Protokol defterinin ilgili yerleri ile dosyadaki belgeler, giriş ve çıkışta geciktirilmeden doldurulur²⁷⁵. şeklinde yer almıştır.

²⁷³ Günday, s. 106.

²⁷⁴ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 32.

²⁷⁵ Özel Hastaneler Tüzüğü, Madde 29.

Ancak maddelerde, doktor tarafından alınan belge ve bilgilerin arşivlenmesi söz konusudur. Eğer hasta ile hastane arasında bir sözleşme kurulmamış ise aydınlatılmış onamı alma sorumluluğu doktordadır.

3.2. Tıbbi Kusurun Ortaya Çıkış Biçimleri Ve Sorumluluk Halleri

A. Tıbbi Hataların Kasten İcra Edilmesi

Kast genel anlamıyla, bir davranışın sonuçları bilinerek ve istenilerek gerçekleştirilmesidir. Tıbbi hatanın (tıbba aykırı davranışın) sonuçlarının bilinip istenilerek hareket edilmesi durumunda (örneğin steril olmadığı bilinen aletlerle ameliyat yapılması gibi), kusurun türü “kast” olup, eylem hukuki sorumluluk yönünden “haksız fiil” sayılacak ve tazminat sorumluluğu doğacaktır²⁷⁶. Ayrıca tedavi sözleşmesi uyarınca yükümlülüğünü yerine getirmeyen tıp mesleği mensubunun eylemi, sözleşmeye aykırılık dolayısıyla da hukuki sorumluluğa neden olur²⁷⁷.

Tıbbi müdahale ve tedavi hayatın ve vücudun bütünlüğüne yönelik olduğuna göre, kasten öldürme ve yaralamalar da aynı şekilde kişiye sıkı sıkıya bağlı haklara yöneliktir. Doktorun yapmış olduğu müdahalenin sonucunu bilerek ve isteyerek müdahaleye başlamış, devam etmiş ya da hiçbir harekette bulunmaması da kast unsurlarındandır. Ceza hukukunda,

²⁷⁶ TCK. Madde: 40.

²⁷⁷ Gökcan, s. 245.

konumuz itibariyle mesleki bilgilerini kullanarak ya da bildiklerini kullanmayarak bir kişinin ölmesine ya da yaralanmasına neden olmak doktorluk mesleği ahlakında da kabul edilebilecek bir davranış değildir. O nedenle TCK madde 81 uyarınca incelenir. Hukukumuzda ölüm kriteri olarak beyin ölümü gerçekleşmiş kimseye karşı yapılacak eylemler TCK madde 81 içinde değerlendirilmez, zira bu kişi hukuken ölü sayılır²⁷⁸.

Hakeri'nin savunduğu gibi; “Doktorun hastanın rızasını almaksızın, hastayı aydınlatmaksızın veya endikasyon bulunmaksızın yaptığı her türlü tıbbi müdahale kasten yaralama suçunu oluşturur.” görüşü tartışılabilir. Zira acil müdahalede, müdahalenin kendisi ayrıca buyurgan doktor modelinin halen kabul edildiği Türkiye'deki, genişletilmiş tedaviyi, aydınlatılmış onam alınmadan yapılan tüm tedavileri kast unsuru ile incelemek gerekecektir²⁷⁹.

B. Tıbbi Hataların Taksirle Meydana Gelmesi

Tıbbi hatanın özen yükümlülüğüne aykırılık sebebiyle gerçekleşmesi durumunda, kusurun taksir niteliğinde olduğundan söz edilir²⁸⁰.

²⁷⁸ Hakeri, s. 291.

²⁷⁹ Günday, s. 39.

²⁸⁰ Gökcan, s. 246.

Kasten sebebiyet doktorluk mesleğinde pek rastlanan bir durum olmadığı halde taksir ve ihmal birbirine oldukça karışan bir sebebiyet şeklidir. Aslen taksir, istisnai bir kusurluluktur²⁸¹.

Burada toplum sağlığını korumak ve mesleklerini yerine getirirken doktorların daha itinalı davranmalarını sağlamak amacı güdülür²⁸². Ancak mesleki taksir söz konusu olduğunda kimi görüşe göre taksir nedeniyle öngörülecek cezadan daha ağır olması savunulmuştur. Buradaki amaçta toplumun güven duyduğu bir eğitim alan, bu konuda ehil sayılan kişilerin toplum güvenini kötüye kullanmaktan kaynaklandığını iddia etmektedirler²⁸³

Ancak Çakmut'a göre genel taksir ile mesleki taksiri farklı değerlendirmek doğru değildir. Genel olarak da pratikte de tüm mesleklere ayrı ayrı taksir ve ceza isnat etmek doğru olmaz görüşü hâkimdir²⁸⁴. Ancak tıbbi taksirde kanunun insan ve her bireye göre aynı tedavinin farklı sonuçlar içermesinden dolayı izin verilen risk daha çok ön plana çıkmaktadır. Zira hukuk sistemleri, şartları tam olarak yerine getirilse dahi ölü ya da yaralanmanın varlığını normal risk olarak kabul etmiştir²⁸⁵.

²⁸¹ Günday, s. 40.

²⁸² Hakeri, s. 317.

²⁸³ Yenerer, Ö.Ç. **Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi**, İstanbul, 2003, s. 245.

²⁸⁴ Yenerer, s. 245.

²⁸⁵ Günday, s. 40.

Bununla beraber Danıştay 1.Dairesi, taksir konusunda emsal bir karar vermiştir. Bu karara göre; tıbbi kurallara aykırı olarak teşhis ve tedavi de gerekli özeni göstermeyerek hastanın ölmesine neden olduğu bilirkişi raporuyla ortaya konulan doktorların “taksirle ölüme neden olma” suçundan yargılanmaları gerektiği yolundadır. Reflü hastalığından dolayı “laporoskopik nissen” operasyonu geçirdikten sonra ağrıları olduğu gerekçesiyle Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Bölümüne başvuran bir hastayı, isimleri kayıtlı olan bölüm doktorları taburcu eder.

Taburcu olduktan sonra ağrıları artan hasta tekrar aynı hastaneye başvurur. Akciğer ve batin filmleri çekilen hasta, herhangi bir sorun olmadığı bildirilerek tekrar taburcu edilir. Ertesi gün, nefes almakta güçlük çeken hasta, ağrıları da iyice artınca yeniden aynı hastaneye başvurur. Yapılan kontrollerde hastanın akciğerinde su toplandığı, mide borusunun yırtılması nedeniyle midesinde enfeksiyon olduğu gerekçesiyle ameliyata alınır. Ameliyat sonrasında 14.gün yoğun bakımda hasta hayatını kaybeder. Yapılan şikayette Üsküdar Cumhuriyet Başsavcılığı 2547 sayılı kanun gereği şikayet edilen doktorlar ile ilgili dosyayı Marmara Üniversitesi'ne gönderir.

Ancak üniversitede yapılan araştırma neticesinde dava açmaya gerek olmadığı, uygulanan yöntemin tıp kurallarına

uygun olduğu, ameliyat sırasında yemek borusunun delinme olasılığının her zaman olduğu yönündedir. Bilirkişi ise; ikinci ameliyata geç kalındığı, kontroller sırasında da gerekli özenin gösterilmediğini bildirmiştir. Danıştay bilirkişi raporlarına atıfta bulunarak; TCK 85. maddesi gereğince yargılanmaları gerekir şeklinde hüküm kurmuşlardır²⁸⁶.

C. Tıbbi Yardımın Yapılmaması Veya Geciktirilmesi Nedeniyle Sorumluluğun Değerlendirilmesi

Tıp mesleği mensubunun hukuken tıbbi yardım yükümlülüğünün bulunduğu hallerde yardımdan kaçınması veya yardımı geciktirmesi de tıbbi hata niteliğindedir. Buna karşın yardım yükümlülüğü yoksa hata ve sorumluluktan söz edilemez.

Yükümlü olduğu halde yardımda bulunulmaması veya geciktirilmesi de bir haksız fiil veya sözleşmeye aykırılık oluşturabilir. Bu takdirde hastanın veya ölenin yakınlarının haksız fiil (Borçlar Kanunu, madde: 49) nedeniyle veya sözleşmeye aykırılık dolayısıyla tazminat isteme hakları doğacaktır²⁸⁷.

Somut bir olayda, ağaçtan düşerek kolunu kıran davacı Devlet Hastanesine giderek tedavi olmak istemiş; davalı doktor

286 Danıştay 1. Dairesi E: K:2007/289 T:27.04.2007,
www.danistay.gov.tr/Kerisim/container.jsp

²⁸⁷ Gökcan, s. 246.

tedaviye hemen başlamadığı ve görevini savsakladığı için hastanın durumu ağırlaşmış ve kangren olan kol, başka bir Devlet Hastanesinde, omuz hizasından kesilmiştir.

Sağlık Bakanlığı müfettişlerince yapılan araştırma sonucu davalı doktorun zamanında gerekli tedaviyi yapmadığı, kusurlu olduğu saptanmış; ayrıca davalı doktor ceza mahkemesinde yargılanıp TCK.459/2.maddesine göre cezalandırılmış ve mahkemenin kararı onanıp kesinleşmiştir.

4. Sonuç

Sağlık personelinin tıbbi uygulama hatalarından doğan cezai sorumluluğunu incelediğimiz araştırmada; hataların sadece kişilik kusurlarından kaynaklı olmadığı, aynı zamanda sistem kusurlarının da göstergesi olarak kabul edilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

Sağlık hizmetinin katılımcısı ve tüketicisi olan hastalar hataların önlenmesi ve çözümü sürecine aktif olarak katılmalıdırlar. Bu konuda sağlık personeli ile hastalar arasında ayakları yere basan bir iletişim kurulmaya çalışılmalıdır.

Hatanın kuşkusuz en önemli sonucu, hata nedeni ile hastaların yaşadığı sorunlar, sakatlıklar, hatta ölümlerdir. Bunlara ek olarak, artmış sağlık harcamaları ve üretim kaybı sayılabilir. Daha geniş çaplı bakıldığında, tıbbi hatalar, sistemin kalitesinin ya da kalitesizliğinin doğrudan bir göstergesi niteliğindedir.

Mezuniyet sonrası tıp eğitimini akılcı bir yaklaşımla ele alıp, hataları en aza indirecek şekilde organize etmek gerekmektedir.

Buna kronik yorgunluk ve uykusuzluğu önlemek için sağlık personelinin uygun saatlerde ve uygun ortamlarda nöbet tutmalarını sağlayacak düzenlemeler eşlik edebilir. Sağlık

personeli (hekim, hemşire vb.) arasında genellikle normal kabul edilen aşırı uykusuzluk ve kronik yorgunluk hatalara neden olan en önemli faktörlerdir. 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.

Ayrıca sağlık personelinin klinik eğitim deneyimi de dâhil tıp eğitiminin seviye ve niteliği yükseltilmelidir.

Türkiye’de 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 görülmektedir.

Özlük haklarının düzeltilmesine yönelik çalışmalara tüm sağlık personeli destek vermelidirler. Tıbbi hata uygulamalarını azaltabilmek için alınabilecek diğer önlemler de şöyle sıralanabilir:

1. Sağlık eğitim sisteminin değiştirilmesi,
2. Sağlık hizmetlerinin istenilen ölçüde ve kalitede yerine getirilmesi için gerekli miktarda sağlık personeli ile birlikte iş yükünün azaltılması,
3. Mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarının olması,

4. Sağlık personeline tıbbi hataların potansiyel nedenlerinden biri olarak görev dışı işlerin yüklenmesi sürekli olarak dile getirilmektedir. Bundan kaynaklanan hataları azaltmak için personele yalnızca mesleki işlevlerini yerine getirmekten sorumlu tutulmaları.
5. Yapılan her işlemin hastaya detaylı olarak anlatılması,
6. Hastanın ortaya çıkabilecek komplikasyonlar konusunda uyarılması ve onamının alınması,
7. Hastaya anlatılanların kayda geçirilmesi,
8. Sağlık personelinin çalıştıkları servislerin özelliğine göre hatalar konusunda eğitilmesi, gerekli uyarılar yapılması,
9. Yapılacak olan işlemler hakkında hastaları aydınlatıcı formlar hazırlanması ve bu formların Türkiye geneline dağıtılarak tüm hastanelerde kullanımının sağlanması,
10. Sağlık meslek yüksek okulları ve üniversitelerin hemşirelik vb. bölümlerinde branşlaşmanın olması,
11. Onamı alınması gereken hastanın bu formu okuyup imzalaması ve formun saklanması,
12. Kayıtların düzgün tutulması, tıbbi belge ve grafiklerin düzenli olarak arşivlenmesinin sağlık personelinin en büyük sigortası olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

KAYNAKÇA

Abacioğlu, Nurettin. Ekonomik Sistem ve İlaç, TürkFarmakoloji Derneği Bülteni, 2004, s: 5.

Acaroğlu, Rengin. ve Aştı, Türkinaz. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000; 4(2):24.

Adams, L. John. and Garber, Steven. Reducing Medical Malpractice By Targeting Physicians Making Medical Malpractice Payments, Journal of Empirical Legal Studies, 2007. Cilt: 4.

Adıgüzel, Zeynep. Sağlık Personeli-Vatandaş(Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi Etkileyen Faktörler Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği, Yüksek Lisan Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Manisa, 2005.

Aiken, LH., Clarke, SP., Sloane, DM., Sochalski, JA., Buse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, AM., Shamian, J. Nurses' Reports on Hospital Care in Five Countries, Cross-National Comparisons, Health Affairs, 2002; 20(3):43-53.

Akalın, H. Erdal. Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği, Yoğun Bakım Dergisi, 2005, 5(3):146.

Akalın, H. Erdal. Hasta Güvenliği: Nasıl Geliştirebiliriz, ANKEM Dergisi, 2004. Cilt: 18.

Akçura, Karaman, Üreticinin Ayıplı Ürününün Sebep Olduğu Zararlara Nedeniyle Üçüncü Kişilere Karşı Sorumluluğu, İstanbul, 2008, s: 190.

Akgün, Seval ve Al-Assaf, AF. Sağlık Kuruluşlarında Hasta Güvenliği Anlayışını Nasıl Oluşturabiliriz?, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 2007; (3):45.

Alparslan, Özgür ve Erdemir, Firdevs. Pediatri Servislerinde Kullanılan Antibiyotiklerin Sulandırılması, Saklanması ve Hastaya Verilmesi Konusunda Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1997,1(1):47.

Altuncan, Handan. Hemşirelik Hizmeti Sunan Sağlık Personelinde Malpraktis: Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009.

Arda, Hamdiye. Ertem, Melikşah. Baran, Gülbeyaz ve Durgun, Yeter. Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Hasta İletişimi Konusundaki Görüşleri, İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 2007; 15(59):71.

Ayıplı Malın Neden Olduğu Zararlardan Sorumluluk Hakkında Yönetmelik Aytekin, Gökhan. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastane Enfeksiyonlarının İstatistikî Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa. 1998.

Baker, G. Ross and Norton, Peter. Making Patients Safer! Reducing Error in Canadian Healthcare. HealthcarePapers. 2001; 2(1):10-31.

Balas, Michalle. C., Scott, L.DuVall, Rogers, AE., The Prevalence and Nature of Errors and Near Errors Reported by Hospital Staff Nurses, Applied Nursing Research, 2004;17:228.

Ballard, Karen A. Patient Safety: A Shared Responsibility. Online Journal of Issues in Nursing, 2003. 8(3).

Başak, Okay ve Karazeybek, Şebnem. Accuracy of Sphygmomanometers, Tr. J. of Medical Sciences, 1999;29;489.

Bates Dawid W., Cullen D. J., Laird N. , Petersen L. A., Small S. D., Servi D., Laffel G., Sweitzer B. J., Shea B. F., Hallisey R. Incidence of Adverse Drug Events and Potantial Adverse Drug Events. İmplications For Prevention. Jama, 1995; 274:30.

Battal Gönül. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Erişkin Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Çalıştıkları Fiziki Ortama İlişkin Görüşlerinin ve Etkilenme Biçimlerinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara,1989.

Bayındır, Yaşar. Türkiye’de Hastane Enfeksiyonlarına Bakış Açısı ve Hastane Yönetimine Düşen Yasal Görevler, 4.Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005.

Bedük Yaşar. Nozokomiyal Üriner Sistem Enfeksiyonları, Klinik Dergisi, 2000;13(özel sayı):19.

Bilazer Fatma Nur, Konca Gül Esin, Uğur Sevinç, Uçak Hatice, Erdemir Firdevs, Çıtak Ebru. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma

Koşulları. Türk Hemşireler Derneği (THD). Odak Ofset Matbaacılık, Ankara, 2008, s. 22-37.

Birtek, Fatih. Tıbbi Müdahaleler Açısından Komplikasyon-Malpraktis Ayrımı, İstanbul Barosu Dergisi, İstanbul 2007, Cilt 81, Sayı 5, s. 1999.

Borçlar Kanunu, Boyce John M. and Pittet Didier. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings, MMWR, 2002. 51(16).

Brennan, Troyen A., Hebert, L. E., Nan M. Laird, Ann G. LAwthers, Kenneth E. Thorpe, Lucian L. Leape. Hospital Characteristics Associated With Adverse Events And Substandard Care, Journal Of The American Medical Association, 1991. 265(24): 3265.

Canpolat, Zülfiye. Hemşirelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılığın Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2012.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Falls Prevention Activities, 2007.
www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/FallsPrevention/Activity.html, (24.05.2015).

Chang, KY., Mark, B. Antecedents of Severe and Nonsevere Medication Errors, Journal Of Nursing Scholarship, 2009;41(1):74.

Clancy, CM., Farquhar, MB., Collins Sharp BA. Patient Safety in Nursing Practice, Journal of Nursing Care Quarterly. 2005.

Cowley, E., Williams, R., Cousins, D. Medication Errors in Children: a Descriptive Summary of Medication Error Reports Submitted to The United States Pharmacopeia, Current Therapeutic Research, 2001;62(9):631.

Çelik, Fatih. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2008.

Çetin, Enver Tali. Hastane Enfeksiyonlarının Önemi, Klinik Dergisi, 1993, 6(3):23.

Çınarlı, Serkan. İdarenin Sağlık Hizmetinin Sunumundan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu, Orion Yayınları, 2013.

Dağlı, Özgür. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım Ünitelerinde Nozokomiyal Enfeksiyonların İrdelenmesi ve Enfeksiyon Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Bakteriyoloji Anabilim Dalı, Gaziantep. 2006.

Danıştay 1. Dairesi E: K:2007/289 T:27.04.2007, www.danistay.gov.tr/Kerisim/container.jsp

Davis, Peter, Lay-Yee, Roy, Briant, Robin Et Al. Adverse Events in New Zealand Public Hospitals: Occurrence and Impact. New Zealand Medical Journal, 2002, 115 (1167):271.

Demir Müjgan. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi, Ankara, 1990.

Dışcıgil Güzel, Başak Okay, Kaplan Hülya, Çeçen Serpil, Bozkaya Oklay A. Kan Basıncı Ölçüm Aletlerimiz Ne Kadar Doğru Ölçüyor: Kurumsal sürekli bakım programı, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006, 7(3): 21.

Diker, Sevcan. Uşak İl Merkezi Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon, 2003.

Dreschnack-G. D, Nelson A, Fitzgerald S, Harrow J, Sanchez-Anguiano A, Ahmed S, Powwel-Cope G, Wheelchair-Related Falls, Current Evidence and Directions for Improved Quality Care, Journal Of Nursing Care Quality, 2005; 20(2):119.

Durmaz, Aylin, Mete, Samiye. Hastaların Hastaneye Yatmadan Önce Kullandıkları İlaçlara İlişkin Hemşire Notlarındaki İlaç Kayıt Hatalarının İncelenmesi, C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007;11 (1):3.

Ekmen, Azmi. Sağlık Bakanlığı Avrupa Birliği Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Birliği Ülkeleri ve Diğer Gelişmiş Ülkelerde Malpraktis Sonucu Uygulanan Cezalar, 2008.

Emir, Murat. Hukuki ve Etik Yönleri İle Biyotıp Araştırmalarında Biyobankalar, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2013.

Filiz, Emel. Hastanede Hasta Güvenliği Kültürü Algılamasının ve Sağlık Çalışanları ile Toplumun Hasta Güvenliği Hakkındaki Tutumunun Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, 2009.

Fremgen, F.B., Medical Law and Ethics, New Jersey. 2006, s:118.

Giray, Arslan Ümit. Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teşhisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999.

Gökcan, Hasan Tahsin. Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2. Baskı, 2014.
Göktaş, Selma. Bir Kamu Hastanesinde Hemşire İstihdamının Hasta Güvenliğine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2007.

Güler, Saniye. Hemşirelerin Mesleki Yaşamlarında Karşılaştıkları Hukuki Sorunlar ve Başa Çıkma Yolları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997.

Günay, Fatih. A.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında Görülen Hastane Enfeksiyonlarının Etiyoloji, Epidemiyoloji, Klinik Özellikleri ve Etkenlerin Duyarlılığı Bakımından İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2008.

Günaydın, Murat ve Gürler, Bülent. Hastane Enfeksiyonlarının Kontrolünde Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon “Das” Uygulamaları, ANKEM Dergisi, 2008;22(4):228.

Günaydın, Murat. El Hijyeni ve Dezenfektanların Kullanımı, 2002. www.muratomu.tripod.com/elhijyeni.pdf, (22.06.2015).

Günday, R. Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki Sorumluluk. Yüksek Lisans Tezi, Çankaya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009.

Güven Rezzan. Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Uygulamalarında Hasta Güvenliği Kavramı, 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2007, 411.

Hakeri, Hakan. Tıp Hukukunun Temel Kavramları, Roche Sağlık Hukuku Günleri 1. İstanbul, 2007.

Hakeri, Hakan. Tıp Alanında Ceza Hukuku, Etik ve Tıbbi Sorunlar Sempozyumu, Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, 2008.

Hakeri, Hakan. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2007. Hasta Acil Kabul Yönetmeliği, Hasta Hakları Yönetmeliği Hatipoğlu Nihal Kurtoğlu Selim, Keskin Mehmet, Kendirci Mustafa. Topikal Steroid Kullanımına Bağlı İyatrojenik Cushing Sendromu. Erciyes Tıp Dergisi. 2007, 29(2):157.

Hayran, Mürvet, Akalın, Halis. Hastane Enfeksiyonları, Ankara, E.Güneş Yayınevi, 1993.

Hendrich, A. Patient Safety and Quality Healthcare, Inpatient Falls: Lessons From The Field, 2006; 3: 26.

Hunter, D., Bains, N. Rates of Adverse Events Among Hospital Admissions and Day Surgeries in Ontario From 1992 to 1997. Canadian Medical Association Journal. 1999; 160(11): 1589.

Iakovidis, I. Deputy Head of Unit ICT for Health, European Commission, 2003.

ICN. Positive Pracrice Environments:Quality Workplaces=Quality Patient Care, 2007. www.icn.ch/indkit2007.pdf.

IOM. Priority Areas for Natonal Action: Transforming Health Care Quality, 2003. www.iom.edu, (21.12.2014).

İpekçi, Nesrin, Ulutaşdemir, N., Dokur, M., Dağlı, Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgilerinin ve Sağlık İnanç Kuramına Göre Davranışlarının Değerlendirilmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3: 97.

İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi (1).doc) <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm> (25.12.2014).

Jeffrey, M., Rothschild, MD., Frank, A., Federico, R., Tejal, K., Gandhi, MD., Rainu, K., Williams, DH., Bates, DW. Analysis of Medication-Related Malpractice Claims, ARCH INTERN MED, 2002; 162:2414.

Karan, İlknur. Hastanelerde Fiziksel Ortamın Hastalar Üzerindeki Etkilerinin Araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1999.

Kaushal, R., Bates, DW., Landrigan, C., Mckenna, KJ., Clapp, M., Federico, F., Goldmann, D. Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatrics İnpatients, JAMA, 2001;285(16):2116.

Koh, SSL., Manias, E., Hutchinson, AM., Donath, S., Johnston, L. Nurses' Perceived Barriers to The İmplementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore Hospitals, BMC Health Services Research 2008; 8, s.:108.

Köşgeroğlu, Nedime. Hemşirelikte Hümanistik Yaklaşımın Önemi, Türk Hemşireler Dergisi, 1994, 44(5-6):5.

Kuşuoğlu, Sema, Çevener, Çağrı, Kürtüncü, Meltem, Aktaş, Eda. İlaç Uygulamalarında Hemşirenin Mesleki ve Yasal Sorumluluğu, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009, 2(2): 89.

Kumar Sudhir Chaudhary. Medical Errors and Consequent Adverse Events in Critically İll Sugical Patients in a Tertiary Care Teaching Hospital in Delhi, Journal Of Emergencies Trauma, And Shoc,k,2009; 2(2):80.

Lamb, Rm, Studdert, Dm, Bohmer, Mj, Berwick, Dm, Brennan, Ta. Hospital Disclosure Practices: Results of a National Survey, Helath Afaairs, 2003; 22(2):78.

Margeret, Anne Ganley, The Law of Medical Malpractice, New York, 2001, s: 81.

Mayo, AM., Duncan, D. Nurse Perceptions of Medication Errors: What We Need to Know for Patient Safety, Journal of Nursing Care Quality, 2004;19: 213.

Mendelson, WB. The Use of Sedative/Hypnotic Medication and its Correlation With Falling Down in The Hospital. Sleep, 1996; 19: 670.

Mete, Samiye, Ulusoy, E., Hemşirelikte İlaç Uygulama Hataları, Hemşirelik Forum Dergisi, 2006; 39.

Meurier, CE., Vincent, CA., Parmar, DG. Learning From Errors in Nursing Practice, Journal of Advanced Nursing, 1997; 26:77.

National Patient Safety Foundation (NPSF), Stand up for Patient Safety, 2003. www.npsf.org/html/resources.html (21.12.2014).

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun

O'Grady, N.P., Alexander, M., Dellinger, E.P., Gerberding, J.L., Heard, O.S., Maki, G.M., Masur, H., McCormick, R.D., Mermel, L.A., Pearson, M.L., Raad, İ.I., Randolph, A., Weinstein, R.A.. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CID, 2002. 35:1278.

Oğuz, Yasemin. Yüksek Riskli bir Mekan : Sağlık Kuruluşu, Tıp Dünyası, 2004;(116) <http://www.ttb.org.tr/TD/TD116/14.php> (24.05.2015).

Ostrowsky, B. Epidemiology of Healthcare-associated Infections, —Jarvis WR (Eds): Bennett And Brachman'S Hospital Infections, 5. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams And Wilkins, 2007;1. Bölüm Öğün Burcu. Ameliyathanede

Hasta Güvenliğinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ameliyathane Hemşireliği, İstanbul, 2008.

Özata Musa, Aslan Şebnem. Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Hasta Güvenliğine Etkilerinin Belirlenmesi, I.Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi, 2009, Antalya, www.performans.saglik.gov.tr. (25.05.2015).

Özçetin Mustafa, Karapınar Bülent, Özen Samim, Aydemir Şöhret, Vardar, Fadıl. Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri, Çocuk Enf Derg, 2009. 3: 51.

Özdilek, Ali Osman. Tıpta Yanlış Uygulama (Malpraktis) Sebebiyle Hekimlerin Hukuki Sorumluluğu www.Turkhukuksitesi.Com/Makale_300.Htm, (21.04.2015).

Özel Hastaneler Tüzüğü

Özkan, Hasan. ve Akyıldız, Sunay Öner. Hasta-Hekim Hakları ve Davaları, Ankara, 2008, s: 318.

Phipps, W, Long BC, Cassmeyer V. Medical Surgical Nursing, Concepts and Clinical Practice, 4th Ed. Mosby Year Book. 1991.

Postnote. Infection control in healthcare settings, 2005. [http://www.parliament.uk/documents/upload/ POSTpn247.pdf](http://www.parliament.uk/documents/upload/POSTpn247.pdf) (21.06.2015).

Quigley, Pat, Neily, Julia, Watson, Mary, Wright, Marilyn, Strobel, Karen. Measuring Fall Program Outcomes, The Online Journal of Issues In Nursing, 2007; 12.

Rogers, E Ann, Hwang, Wel-Ting, Scott, Linda D., Aiken, Linda H., Dinges, David F. The Working Hours of Hospital Staff Nurses And Patient Safety, Health Affairs, 2004; 23(4): 208.

Roter, DL, Stewart M, Putnam SM., Lipkin M, Stiles, W. Communication Patterns of Primary Care Physicians, JAMA, 1997, 277: 354.

Safran, Nurhas. "Hemşirelik ve Ebelikte Malpraktis", Doktora Tezi, İstanbul, İ.Ü.Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 2004.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına İlişkin Usul ve Esaslar, 2009.

Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik.

Savaş, Halide. Tıbbi Müdahale Hataları, Ankara, 2009, s. 62.

Saygın, Birsen, Ökten, Feyhan. Anestezi Kazaları, Türkiye Klinikleri J Med Sci 1990;10(1):54.

Sezgin, Burcu. Kalite Belgesi Alan Hastanelerde Çalışma Ortamı ve Hemşirelik Uygulamalarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, 2007.

Slonim, AD, LaFleur BJ, Wendy A, Joseph JG. Hospital-Reported Medical Errors in Children, Official Journal of The American Academy Of Pediatrics, 2003;111;619.

Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
Taxis, K. & Barber, N. Ethnografic Study of Incidence and
Severity of Intravenous Drug Errors. BMJ. 2003 Mar, 29;326
(7391): 684.

Temel, Münire, Sağlık Personelini İlgilendiren Önemli Bir
Konu: Malpraktis, Hemşirelik Forum Dergisi, 2005.

The Joint Commision on Accredition of Healtcare
Organizations (JCAHO), Sentinel Event Statistics, 2006.
[www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians
/tmp_11_06.htm](http://www.jointcommission.org/Library/TM_Physicians/tmp_11_06.htm), (21.05.2015).

The National Coordinating Council for Medication Error
Reporting and Prevention (NCC MERP), About Medication
Errors, 2009. www.nccmerp.org/about MedErrors.html,
(21.04.2015).

Thomas, EJ, Studdert DM, Et Al. Costs of Medical İnjuries in
Utah and Colorado. Inquiry, 1999; 36(3): 256.

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Tutuarima JA, Meulen V, Haan RJ,
Straten A, Limburg M. Risk Factors for Falls of Hospitalized
Stroke Patients, American Heart Association, Stroke.
1997;28:299.

Türk Ceza Kanunları Yasa Serisi. Türk Ceza Kanunu, Yayılım
Yayıncılık, İstanbul, 2008.

Türk Ceza Kanunu , Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği
Türkiyenin Hasta Güvenliği Platformu Rakamlarla Hasta
Güvenliği 3, 2008. www.hastaguvenligimiz.com/RAKAM3.html.
(20.06.2015).

Tütüncü, Özkan, Küçükusta, Deniz. Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelere Yönelik Bir Uygulama, Hastane Yönetimi Dergisi, 2006; 64.

Uludağ, Ayhan. Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2001.

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Utkutan, Selvinaz. Pediatri Hemşirelerinde Stres Yaratan Faktörler ve Baş etme Yolları, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999.

Uyer, Gülten. Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi, Türk Klinik Tıp Etiği, 2000; 8:92.

Ülger, Fatma. Ameliyathane ve Yoğun Bakımda: Dezenfeksiyon, Sterilizasyon ve Enfeksiyonlardan Korunma Yöntemleri, 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 2005.

Valizadeh, Fatma, Ghasemi, Shirin Fatima., Najafi, SS., Delfan, B., Mohsenzadeh, A. Errors in Medication Orders and The Nursing Staff'S Reports İn Medical Notes of Children, İran J Pediatr, 2008; 18:41

Waltston, Dunham. Medical Malpractice Law 8c Litigation, NewYork, 2006.

WHO, Consulation on Hospital İnfection Prevalence Survey, Geneva. 1986.

Wilke, Andreas, Gündeş, Sibel Gergin. Türkiye’de Enfeksiyon Kontrol Programları ve Uygulamaları, Aktüel Tıp Dergisi, 2001;6:4.

Wilson, Janet. The Impacts of Shift Patterns on Healthcare Professionals, Journal Of Nursing Management, 2002. 10: 214.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
Yenerer, Çakmut Özlem. Tıbbi Müdahaleye Rızanın Ceza Hukuku Açısından İncelenmesi, İstanbul, 2003, s: 245.

Zhan, Chunliu, Miller Marlene. Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. JAMA. 2003; 290(14):1869.

1262 sayılı İTMK 13.01.1960 tarih ve 4/12578 sy. Bakanlar Kurulu Kararı, 23.01.1953 tarih ve 6023 sy. Kanuna dayanılarak çıkartılmıştır. (RG Tarih:19.02.1960, s. 10436).

www.doktorsorumluluk.com/doktor_sigorta_tanitim.pps
(24.11.2015).

www.emsal.yargitay.gov.tr/VeriBankasilstemciWeb/yeniTasari/index.jsp
www.hastahaklari.org/kotuyg-sig.htm,
(21.04.2015).

www.nlm.nih.gov/medlineplus, (24.05.2015).

**BU ESER KÜLTÜR VE TURİZM
BAKANLIĞI E-KİTAP YÖNETMELİĞİNE
GÖRE YASAL OLARAK KAYITLANMIŞ
OLUP HERHANGİ BİR TİCARİ SATIŞI
OLMAYAN AKADEMİK AMAÇLI BİR
KİTAPTIR. BU KİTAP MİLLİ KÜTÜPHANE
(EYDES) SİSTEMİNE KAYITLIDIR.**

