



TURAZ
SCIENCE ASSOCIATION
BİLİM DERNEĞİ



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU



ONLINE SEMPOZYUM

Tarih : 11 Aralık 2021 • Saat: 08.30



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU
11 ARALIK 2021 CUMARTESİ

TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU

TAM BİLDİRİ KİTABI



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU
11 ARALIK 2021 CUMARTESİ

İÇİNDEKİLER (CONTENTS)

ORGANİZASYON KOMİTESİ ADINA DAVET	4
DESTEKLEYEN KURULUŞLAR (SUPPORTING ORGANIZATIONS)	6
PROTOKOL KONUŞMACILAR	7
DAVETLİ KONUŞMACILAR (INVITED SPEAKERS)	8
KONUŞMALAR TAM METİN	10-330

ORGANİZASYON KOMİTESİ ADINA DAVET

Değerli Bilim İnsanları ve Öğrenmeye Gönül Veren Katılımcılar

Sizleri, 11 aralık 2021 de gerçekleştirilecek ve konusu itibariyle özellik arz eden, anlaşılmaya ihtiyacı olan ‘ ‘ Tıbbi Uygulama Hataları,, sempozyumuna davet etmekten mutluluk duyuyoruz.

Amacımız, hasta hekim ilişkisinde her iki tarafın birbirini daha iyi anlamasını sağlamak ve hekimlik mesleğini icra ederken hekimin düşünme tarzını ve yüklendiği sorumluluğu ortaya koymaya çalışmaktır. Bu sorumluluk ve yükümlülük pratikte bazı hukuki durumlar ortaya çıkarabileceğinden dolayı hukuki açıdan da farkındalık oluşturmayı amaçladık

Yararlı bir sempozyum olmasını umarak sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz.

Prof. Dr. Havva ERDEM

ORGANİZASYON KOMİTESİ ADINA

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Havva ERDEM

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.

Doç. Dr. Hacer YAŞAR TEKE

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D.

Prof. Dr. Osman ÇELBİŞ

Turaz Bilim Derneği Başkanlığı

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp A.D.



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU
11 ARALIK 2021 CUMARTESİ

DESTEKLEYEN KURULUŞLAR

Ordu Üniversitesi Rektörlüğü

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

Turaz Bilim Derneği Başkanlığı

Protokol Konuşmacılar

Sn. Osman CELBİŞ

Turaz Bilim Derneği Başkanlığı

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp AD. Başkanı

Sn. Mustafa KASAPOĞLU

Ordu İl Sağlık Müdürlüğü

Sn. Niyazi TAŞÇI

Ordu Üniversitesi Rektör Yardımcısı

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Sn. Ali AKDOĞAN

Ordu Üniversitesi Rektörü

DAVETLİ KONUŞMACILAR

Hüseyin Delibalta		
Osman Celbiş		
Şenay Coşkun İnce		
Ali Coşkun		
Ethem Geçim		
Hakan Timur		
Selami Çağatay Önal		
Nevzat Erdil		
İlker Coşkun		
Mürüvvet Akçay Çelik		
Ali Aygün		
Mehmet Dokur		
İbrahim Şahin		
Cemşit Karakurt		
Osman Bektaş		
Yaşar Bilge		
Elif Asena Özçelik		
İbrahim Durhan		

KONUŞMALAR (TAM METİN)

Güncel Adli Tıbbın Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı

Prof. Dr. Osman CELBİŞ

İnönü Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı

Tanım 1

Tıbbi Malpraktis (Tıbbi Uygulama Hatası) kavramının tıbbi ve hukuki açılardan olmak üzere birçok tanımı mevcuttur.

- Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar(*Dünya*

Tabipler Birliği 1992)

Tanım 2

- Danıştay 15. Dairesi'nin 2015/6119 Esas ve 2015/5733 karar sayılı kararında; malpraktis 3 alt başlık ile tanımlanmıştır. Bunlar;

1. **Uygulama kusuru:** hastanın tedavi sürecinde, teşhis, endikasyon, tıbbi

tedbirin seçimi, bu tedbirin uygulanması ve tedavi veya cerrahi girişim sonrası bakım alanı,

2. **Aydınlatma kusuru:** hastanın aydınlatılması ve anamnez alınması,

3. **Organizasyon kusuru:** Personelin niteliği, yeterli personel bulundurulması ve

konsültasyon gibi hekimlerin birbirleri ile iş birliği konularını kapsamaktadır.

Tanım 3

• Tıbbi standart kavramını ise; tıp ilminin genel kabul görmüş meslek kuralları olarak tanımlamaktadır. Tıbbi standart ihlalini 3 alanda değerlendirecek olursak, bunlar:

1. **Tanı** (*geç tanı konulması, yanlış tanılar, tanı konulamaması*)

2. **Tedavi** (*endikasyon eksikliği, yanlış tedavi yönteminin seçilmesi*) ve

3. **Diğer hatalar** (*organizasyon ve hizmet kusuru, sevk ile ilgili*

durumlar)

Yasal Düzenlemeler

Hekimlerin görevlerini icra ederken kanunların kendilerine izin verdiği bir takım düzenlemeleri göz önüne bulundurmak durumundadır. Bu düzenlemeler;

- 11.4.1928 tarih, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (TŞSTİK)
- 24.4.1930 tarih; 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 13.1.1960 tarih; 4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- 01.02.1999 tarihli TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları
- 12.01.1961 tarih; 224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu
- 23.1.1953 tarih; 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği (TTB) Kanunu
- 28.4.2004 tarih; 25446 sayılı TTB Disiplin Yönetmeliği'dir.

Vekalet Sözleşmesi 1

- Hastanın hekime başvurup, hastalığı ile işlemlerin başlamasından itibaren aralarında bir sözleşme imzalandığı varsayılır.

- Hasta hekim ilişkisi Borçlar Kanunu 386. madde ve devamındaki maddelerde düzenlenmiş olan “vekalet sözleşmesi” olarak kabul edilir.

Vekalet Sözleşmesi 2

Hekim bu sözleşmeyle tam olarak iyileşme garantisi vermez. Ancak sağlık durumunu korunması ya da düzeltilmesi için;

- tıbbın dünyada kabul gören bilgi düzeyinde elinden geleni yapacağını,
- hastaya bağlılık özen ve sadakat göstereceğini,
- sağlık alanındaki bütün bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağını,
- sırları saklayacağını,
- kayıtları düzenle tutacağını,
- tedavi süreçlerini bu kapsamda sürdüreceğini taahhüt eder.

Vekalet Sözleşmesi 3

- Tüm bu sebepler hekimlerin yaptıkları veya yapmadıkları tüm tıbbi uygulamalar için hem ceza hem de tazminat hukuku kapsamında sorumluluklarını doğurur.

Vekalet Sözleşmesi 4

Sözleşmedeki yükümlülükleri hekimin yerine getirmemesi sonucu zarar oluşursa, Türk Borçlar Kanunu 112. ve devamındaki maddeleri kapsamında hekimin sorumluluğu oluşur. Bunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Hekim ile hasta arasında açık veya zımni şekilde kurulmuş bir sözleşmenin varlığı,
- Sözleşmenin hekim tarafından ihlal edilmiş olması,
- Hastanın maddi veya manevi bir zarara uğramış olması gerekmektedir.

Eser Sözleşmesi

- Estetik cerrahi, diş hekimliği gibi alanlarda hasta ile hekim arasında eser sözleşmesi mevcuttur.
- Eser sözleşmesi Borçlar Kanunu 470. Maddesinde; “*yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşme*” şeklinde tanımlanmıştır.
- 471. Maddede ise; “*yüklenicinin üstlendiği edimleri iş sahibi haklı menfaatlerini gözeterek, sadakat ve özenle ifa etmek zorunda olduğu*” belirtilmiştir. Cerrah ya da diş hekimi eser sözleşmesi ile hastaya yapacağı estetik müdahale sonucunda hastanın beklentisini karşılayacağını ve istediği sonucun oluşturulacağını garanti altına alır.

Ceza Hukuku

- Hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan ceza hukuk kapsamında sorumlulukları TCK ilgili maddelerinden doğmaktadır.
- Ceza hukuku kapsamında hekimlerin tıbbi uygulamaları sırasında karşılaşılabilecekleri suçlar ;

1. taksirle yaralama ve öldürme suçları,
2. ihmal suretiyle ölüme sebebiyet verme,
3. görevi ihmal veya kötüye kullanma

Tazminat Hukuku

Hekimlerin tıbbi uygulama hatalarından kaynaklanan tazminat hukuku kapsamındaki sorumlulukları ise TBK ilgili maddelerinden doğmaktadır.

TBK'nın 49. maddesi "*Kusurlu ve hukuka aykırı bir fiille başkasına zarar veren, bu zararı gidermekle yükümlüdür...*" şeklinde düzenlenmiştir. Madde metni incelendiğinde sorumluluğun şartları şunlardır;

1. Fiilin hukuka aykırı olması
2. Kusurlu bir davranışın bulunması
3. Zararın doğmuş olması
4. Zarar ile sonuç arasında uygun nedensellik (illiyet) bağı bulunması

1)Fiilin Hukuka Uygunluğu

Özetlenecek olunursa yüksek yargı kararlarında da göreceğimiz şekilde fiilin hukuka uygunluğu 3 başlık altında incelenmektedir.

- 1) Hekimin tıp mesleğini uygulamaya kanunen yetkili olması
- 2) Hastanın rızasının(onamının) alınması

- 3) Yapılan eylemin tıp biliminin objektif ve sübjektif sınırları içerisinde kalmasıdır.

2) Kusurlu bir davranışın bulunması

- Bir malpraktis davasında hekime suç isnat edebilmek için hastasına tıbbi müdahalede bulunmalı veya hekimin yapmadığı müdahale nedeniyle hastasının zarar görmüş olması gerekmektedir.
- Kusurlu davranışın güncel tıbbi standartlara uygun yapılmayan müdahale olması ve bilirkişi raporlarında bunun açıkça saptanmış olması gerekmektedir.

3)Zararın Doğmuş Olması

- Hekimler hasta rızası dahilinde buldukları tıbbi uygulamalarda dahi eğer tıp bilim ve tekniğine uygun olmayan veya dikkatsiz ve özensiz davranırlarsa tıbbi uygulama hatasından bahsedilir.

4)Uygulama ile Sonuç Arasında Uygun Nedensellik(İllyet) Bağı Bulunması

- Hekimin hukuka aykırı suç sayılır eylemi ile dikkatsiz ve özensizliği sonucu kişilerin uğradığı zarar arasında nedensellik bağı bulunması halidir.

Malpraktis Kapsamı 1

- Tıbbi malpraktis olgusu sadece hekimler üzerinden düşünülmemeli, sağlık hizmetinin doğası gereği yüksek organizasyon becerisi gerektiren ve idareler tarafından yönetilen hizmetler bütünü olarak ele alınmalıdır.

Malpraktis Kapsamı 2

- Bu sebeplerle tıbbi malpraktis olgularında idarenin, organizasyon kusuru, hizmet kusuru ve hizmet sağlayıcı personel temini ile düzen ve uyum içinde çalışmasını sağlamada eksiklik gibi yönlerden tazminat hukuku kapsamında sorumluluğu ortaya çıkar. İdarenin kusurları sebebiyle yargılanmaları idari yargı mahkemeleri tarafından yapılmaktadır.

Malpraktis Kapsamı 3

Danıştay 10. Dairesi'nin 06.10.1982 tarihli kararında;

- “*özetle, doğumundan sonra temizliği yapılarak oksijen çadırına konup normal hararet düzeyine çıkarılması için termofor tatbik edilirken termoforun sıcaklığının iyi ayarlanamaması ve zaman zaman da gerekli kontrolün yapılmaması nedeniyle yanık oluşmasından dolayı açılan davada “idare kendisine verilen kamu hizmetlerini gereği gibi işlemesini sağlayacak örgütü kurmak, araç ve gereç, personeli o hizmetin gereklerine uygun biçimde hazırlamakla yükümlüdür. Hizmetin iyi işlememesi yüzünden kişilerin zarara uğramaları halinde idarenin hukuksal sorumluluğu söz konusu olur ve uğranılan zararın hizmeti yürütmekle görevli idarece tazmini gerekir” demiştir.*
- Burada, idare, hafif veya ağır kusur olmaksızın tüm kusurlardan sorumludur. Kusurun ölçüsü kusurun varlığını belirlemede değil, tazminatın miktarının belirlenmesinde önem arz etmektedir.
- Yüksek yargı kararlarında genellikle hizmetin kötü işlemesi, geç işlemesi veya hiç işlememesi nedeniyle idareye sorumluluk yüklendiği görülmektedir.

Yasal Prosedür (Ceza)

- Hekim kamuda çalışıyorsa çalıştığı kurumdan soruşturma izni alınması gerekmektedir. İzin verildikten sonra yargılanır.
- Özel sektörde çalışan hekimler doğrudan yargılamaya tabidir.

Yasal Prosedür (Tazminat)

- Malpraktis davalarında, zaman aşımı 5 yıldır. Kişinin zarara uğradığını öğrendiği andan itibaren bu süre içerisinde tazminat davası açması gerekmektedir.
- Kamu hastanelerine (Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi,

Üniversite Hastanesi) karşı açılan davalar idari yargıda,

- Özel hastane, tıp merkezi veya muayenehanelerde çalışan hekim veya sağlık personeli aleyhine açılan davalar ise adli yargıda görülmektedir.

Bilirkişilik

- Bilirkişinin tanımı “çözümü için uzmanlık, özel veya teknik bilgi gerektiren hâllerde oy ve görüşüne başvurulmuş kişi” şeklinde yasalarımızda belirtilmiştir.
- Cumhuriyet savcısı başta olmak üzere şüpheli, sanık, katılan, vekil, müdafî veya bunların kanunî temsilcileri bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasını isteyebilir. Ayrıca mahkeme, taraflardan birinin talebi üzerine veya kendiliğinden, bilirkişinin görüşünün alınmasına isteyebilir.
- Hakimlik mesleği ile ilgili genel ve hukuki bilgi ile çözülmesi mümkün olmayan, özel veya teknik bilgiyi gerektiren her konuda bilirkişinin görüşüne başvurulabilir. [Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) m.63, Hukuk Muhakemeleri Kanunu (HMK) m.266]

Bilirkişiliğe Seçilme 1

- **CMK madde 64:**
- (1) (Değişik: 3/11/2016-6754/43 md.) Bilirkişiler, bölge adliye mahkemelerinin yargı çevreleri esas alınmak suretiyle bilirkişilik

bölge kurulu tarafından hazırlanan listede yer alan kişiler arasından seçilir. Ancak, kendi bölge listesinde ilgili uzmanlık alanında bilirkişi olmasına rağmen, diğer bir bölgedeki bilirkişinin, görevlendirme yapılan yere daha yakın bir mesafede bulunması durumunda, bu listeden de görevlendirme yapılabilir.

- (2) (Değişik: 3/11/2016-6754/43 md.) Bölge kurulunun hazırladığı listede bilgisine başvurulacak uzmanlık dalında bilirkişi bulunmaması hâlinde, diğer bölge kurullarının listelerinden, burada da bulunmaması hâlinde, Bilirkişilik Kanununun 10 uncu maddesinin (d), (e) ve (f) bentleri hariç birinci fıkrasında yer alan şartları da taşımak kaydıyla listelerin dışından bilirkişi görevlendirilebilir. Listelerin dışından görevlendirilen bilirkişiler, bölge kuruluna bildirilir. (1)
- (3) Kanunların belirli konularda görevlendirdiği resmî bilirkişiler öncelikle atanırlar. Ancak kamu görevlileri, bağlı buldukları kurumla ilgili davalarda bilirkişi olarak atanamazlar.

Bilirkişiliğe Seçilme 2

- (4) (Mülga: 3/11/2016-6754/43 md.)
- (5) Listelere kaydedilen bilirkişiler, bilirkişilik bölge kurulu veya bulunduğu yer il adlî yargı adalet komisyonu huzurunda "Görevimi adalete bağlı kalarak, bilim ve fenne uygun olarak, tarafsızlıkla yerine getireceğime namusum ve vicdanım üzerine yemin ederim." sözlerini tekrarlayarak yemin ederler. Bu bilirkişilere görevlendirildikleri her işte yeniden yemin verilmez. (2)
- (6) Listelerde yer almamış bilirkişiler, görevlendirildiklerinde kendilerini atamış olan merci huzurunda yukarıdaki fıkrada öngörülen biçimde yemin ederler. Yeminin yapıldığına ilişkin tutanak hâkim veya Cumhuriyet savcısı, zabıt kâtabi ve bilirkişi tarafından imzalanır.
- (7) Engel bulunan hâllerde yemin yazılı olarak verilebilir ve metni dosyaya konulur. Ancak bu hâle ilişkin gerekçenin kararda gösterilmesi zorunludur.

Bilirkişiliğe Seçilme 3

- **CMK madde 65:**
- (1) Aşağıda belirtilen kişi veya kurumlar, bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlüdürler:
 - a) Resmî bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar ve 64 üncü maddede belirtilen listelerde yer almış bulunanlar.
 - b) İncelemenin yapılması için bilinmesi gerekli fen ve sanatları meslek edinenler.
 - c) İncelemenin yapılması için gerekli mesleği yapmaya resmen yetkili olanlar.

Adli Tıp Kurumu

- 2659 sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu 2. Maddesinde, mahkemeler ile hakimlikler ve savcılıklar tarafından gönderilen Adli Tıp ile ilgili konularda Adli Tıp Kurumunun bilimsel ve teknik görüşlerini bildirmekle yükümlü olduğu belirtilmiştir.

Üniversitelerde Adli Tıp Anabilim Dalları

- Resmi bilirkişiler ile bilgisine başvurulacak konu hakkında, meslek veya sanat icrasına resmen yetkili kılınmış olanlar, gerekli mesleği yapmaya resmen yetkili olanlar bilirkişilik yapmak zorundadır (HUMK m.270, CMK m. 65).
-
- Yükseköğretim Kurumları veya birimleri, adli tıp mevzuatı çerçevesinde adli tıp olaylarında ve diğer adli konularda Ceza Muhakemeleri Usulü Kanununa göre resmi bilirkişi sayılır (2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu m.31).

Uzman Mütalaası 1

- HMK Madde 293'e göre taraflar, dava konusu olayla ilgili olarak, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler, bilirkişi davet edilerek dinlenilebilir.
- Cumhuriyet savcısı, katılan, vekili, şüpheli veya sanık, müdafii veya kanunî temsilci, yargılama konusu olayla ilgili olarak veya bilirkişi raporunun hazırlanmasında değerlendirilmek üzere ya da bilirkişi raporu hakkında, uzmanından bilimsel mütalaa alabilirler. Sadece bu nedenle ayrıca süre istenemez (CMK m.67, 6. fıkra).

Uzman Mütalaası 2

- Bilirkişiler adli olayın bilimsel açıdan tanığıdır. Taraflar, bu açıdan haklarının savunulmasına ihtiyaç duyduklarında, uzman görüşüne başvurabilirler.
- Tarafların, yaptığı tıbbi işlemlerin doğru olduğuna inandırması gerekir. Bu kapsamda, adli niteliği bulunan olayın nasıl gerçekleştiğine veya kişilerin olayla ilgili durumlarına ilişkin bilimsel dayanakları bulunan uzman görüşü almaları önem arz etmektedir.**Uzman Mütalaası 3**
- Uzman mütalaası, bu bağlamda bilirkişilik kurumunun otokontrol sistemi sayılabilir. Aynı zamanda da özel bilirkişilik kurumunun uygulamaya geçmesi anlamını taşımaktadır.
- Zaman zaman hatalı veya eksik bilirkişi raporları sebebiyle mağduriyete uğrayan kişilerin haklarının savunulması, bilimsel uzman mütalaa yoluyla sağlanabilmektedir.

Malpraktis İddialarında Otopsi 1

- Malpraktis iddiası bulunan olgularda otopsinin amacı; her şeyden önce daha sonra ortaya çıkabilecek iddialara cevap bulabilecek tüm bilgileri toplamak, bulguların varlıklarını ve yokluklarını kayda geçirmektir.

- Malpraktis iddiası olan ve ölümlle sonuçlanan tüm olgularda mutlaka otopsi işlemi yapılarak kişinin ölüm sebebi saptanmalı, etkileyen faktörlerin varlığı, ihmal/kusur olup olmadığı araştırılmalıdır.

Malpraktis İddialarında Otopsi 2

- Otopsi işleminden önce muhakkak ölen kişinin hastalığı ve ölüm sebebi ile ilgili gerekli bilgiler elde edilmeli, iddialar dikkatlice incelenmeli, tüm istemler gözden geçirilmeli ve sonrasında otopsi işlemine geçilmelidir.

Malpraktis İddialarında Otopsi 3

- Otopside genel prosedürlerin yanı sıra hekimin yaptığı işlemlerin tıbbı uygun olup olmadığı, gerekli müdahalelerin yapılıp yapılmadığı hasta epikrizi ile beraber değerlendirilmelidir.
- Otopsi sonrasında toksikolojik ve histopatolojik inceleme için mutlaka kan, idrar, safra, göz içi sıvısı ve doku örnekleri alınmalıdır.

Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Değerlendirilmesi

(Checklist) 1

1. Dosyanın usulüne uygun teslim alınması,
2. Raporu isteyen kişi veya yargı organınca açıklığa kavuşturulması istenen konular veya sorular,

3. İddia konusu,
4. Tanıkların ifadeleri,
5. Şüphelilerin / sanıkların / davalıların / davacıların ifadeleri,
6. Kanıt niteliğindeki tıbbi belgeler, laboratuvar sonuçları, olay yeri inceleme tutanaklarındaki bilgilerin dökümü (hasta takip evraklarında değişiklik / ekleme var mı?)

Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Değerlendirilmesi

(Checklist) 2

7. Aydınlatılmış onam ve rıza alınıp alınmadığı / onamın hukuki şartları karşılayıp karşılamadığı,
8. Kusur atfedilen eylemin hukuka uygun olup olmadığı,
10. Tanı ve tedavinin tıbbi standartlarda uygulanıp uygulanmadığı / tanı ve tedavide bir eksiklik, hata, gecikme olup olmadığı,
11. Kusur atfedilen eylemin komplikasyon olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceği,

Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Değerlendirilmesi

(Checklist) 3

12. Komplikasyon ise, komplikasyon öngörülerek gerekli önlemlerin alınıp alınmadığı,
13. Komplikasyon geliştirse, takip ve tedavinin tıbbi standartlarda uygulanıp uygulanmadığı,
14. Sağlık hizmetinin sağlanmasında organizasyonel bir eksiklik veya gecikme olup olmadığı (*eksik tıbbi teçhizat ve malzeme, sevk zincirindeki aksaklıklar*),
15. Uzmanlık gerektiren tıbbi konularda ilgili branş uzmanlarından oluşan bilirkişi kurul raporu aldırılması,

Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Değerlendirilmesi

(Checklist) 4

- 16. Hekimin kusurlu davranışının olup olmadığı,
- 17. Zararın varlığı / zararın tespit edilmesi,
- 18. Zarar ile eylem arasında illiyet bağı olup olmadığı,
- 19. Olayın kısa özeti ile sürecin bilimsel değerlendirmesi,

Adli Tıbbi Açıdan Malpraktis Değerlendirilmesi

(Checklist) 5

20. Sonuç (sorulan konuların tümünün yanıtlanması)

i. Değerlendirmede irdelenen konuların uzmanı olmayanlarca da anlaşılacak şekilde özetlenerek vurgulanması,

ii. Rapor almak için başvuran kişi veya yerin sorduğu sorulara net olarak yanıt verilmesi.

Komplikasyon 1

- Hekim gerekli dikkat ve özeni gösterse bile meydana çıkan olumsuz durumlar komplikasyon olarak adlandırılır. Bu durum hukukta “izin verilen risk” olarak da ifade edilir.

Komplikasyon 2

- Hasta oluşabilecek komplikasyonları müdahale öncesi bilirse ve uygulamaya onay verirse müdahale hukuka uygun olur.
- Burada onamın doğru bir Şekilde alınması ve yapılan müdahalede kusur bulunmaması gerekmektedir.
- Komplikasyon sonrası meydana gelen süreçte hekimin oluşabilecek zararı önlemek adına doğru uygulamayı yapması ve hasta veya yakınlarını bu konuda bilgilendirmesi önemlidir.**Komplikasyon 3**
 - Bir olguda komplikasyon varlığı, o olguda malpraktis olmayacağı anlamına gelmez.
 - Őayet tıbbi müdahale yapılmadan önce onam alınmış, tedavi ve takip sresindeki riskler, gelişebilecek komplikasyonlar vb. tam anlatılmasına rağmen tedavi sonucunda istenmeyen bir durum gelişmişse komplikasyon varlığından söz edilebilir.

Komplikasyon 4

- Ancak tedavi ve takip süreci iyi yönetilememişse ve komplikasyon zamanında fark edilmez, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmaz ya da fark edilip önlem alınmasına rağmen bu önlemler yerleşmiş standart tıbbi girişim olarak değerlendirilmez ise malpraktisten söz edilir.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 1

- Özellikle hekimlere karşı açılan malpraktis davalarında iddia edilen kayda değer hususlardan birisi, hekimin hastasını ya da gerekli hallerde hasta yakınlarını bilgilendirme yükümlülüğünü ya hiç ya da usulüne uygun olarak yerine getirmemiş olmasıdır.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 2

- Uygulamada yaşanan sorunlar;
- 1- Bilgilendirmenin kimin tarafından yapılacağı,
- 2- Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve kapsamının ne olacağı,
- 3- Yapılan bilgilendirme sonucunda olumlu ya da olumsuz rızanın ispat külfetinin kimde olacağı, şeklinde sayılabilir.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 3

2014 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yapılan bilgilendirilmiş rıza ile ilgili değişiklikler şunlardır.

- **Madde 4/ğ-Bilgilendirme:** Yapılması planlanan her türlü müdahale öncesinde müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından kişiye gerekli bilginin verilmesini,
- **Madde 4/h-Rıza:** Kişinin tıbbi müdahaleyi serbest iradesiyle ve bilgilendirilmiş olarak kabul etmesini ifade eder.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 4

- **Madde 15: Bilgilendirmenin kapsamı;**
- Hastaya;
- a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,
- b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,
- c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,
- ç) Muhtemel komplikasyonları,
- d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,
- e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,
- f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,
- g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği hususlarında bilgi verilir.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 5

- **Madde 26: Rıza Formu;**
- Mevzuatta öngörülen durumlar ile uyumsuzluğa mahal vermesi tıbben muhtemel görülen tıbbi müdahaleler için sağlık kurum ve kuruluşunca 15'inci maddedeki bilgileri içeren rıza formu hazırlanır.
- Rıza formunda yer alan bilgiler; sözlü olarak hastaya aktarılarak rıza formu hastaya veya kanuni temsilcisine imzalatılır.
- Rıza formu iki nüsha olarak imza altına alınır ve bir nüshası hastanın dosyasına konulur, diğeri ise hastaya veya kanuni temsilcisine verilir.

Aydınlatılmış Onam ve Rıza 6

- Acil durumlarda tıbbi müdahalenin hasta tarafından kabul edilmemesi durumunda, bu beyan imzalı olarak alınır, imzadan imtina etmesi halinde durum tutanak altına alınır.
- Rıza formu bilgilendirmeyi yapan ve tıbbi müdahaleyi gerçekleştirecek sağlık meslek mensubu tarafından imzalanır. Verilen bilgilerin doğruluğundan ilgili sağlık meslek mensubu sorumludur.
- Rıza formları arşiv mevzuatına uygun olarak muhafaza edilir.

Örnek Vaka

- 40 yaş kadın hastanın, gebeliğinin 39. haftasında intrauterin eks fetus tanısı ile doğum yaptırıldığı, doğum sırasında omuz distosisi olması sonucunda anestezi altında doğuma devam edildiği, vajinal inspeksiyonunda hemoraji, yapılan laparotomide uterus rüptürü, mesane rüptürü ve bunlara bağlı kanama olduğu, kişinin kanama sonucu hayatını kaybettiği vakada;

Örnek Vaka Adli Tıp Kurumu 8. İhtisas Kurulu'nun ilgili raporunda; «...kişinin ölümünün uterus rüptürüne bağlı kanama ve gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu, mevcut tıbbi belgelere göre; kişinin müracaatında SAT göre fetal kalp atışı negatif olan 39 haftalık gebelik tespit edilmesi üzerine intrauterin ölü fetus tanısı ile yatırılarak normal doğum kararının doğru olduğu, saat 14:55'te fetusun baş geldiği, fetus omuz takılması gerçekleştiği, omuz takılması normal doğumun bir komplikasyonu olarak görebileceği, omuz takılmasında omuz kurtarılması için gerekli manevraların yapıldığı...

Örnek Vaka

- ...doğum sonrası takiplerde vajinal kanama görülmesi üzerine yapılan muayene sonrası uterus rüptürü tanısı ile ameliyat kararının doğru olduğu, ameliyat gözleminde uterus ön duvar rüptüre, mesane kubbesi rüptüre ve batin içinde koagülumlar olduğu gözlemlendiği, uterin rüptürü primer suture ile onarıldığı, rüptür onarımı ardından uterusun atonik olduğu izlendiği, uterus atonisinde medikal tedaviye yanıt vermediği, hemodinamisi bozulmaya başlaması üzerine histerektomi kararının doğru olduğu, dikkate alındığında kişinin doğum eylemine katılan ilgili hekimlerin uygulamalarının tıp kurallarına uygun olduğu oy birliği ile mütalaa olduğu...»

Örnek Vaka

- Dosyadaki tıbbi kayıtların tarafımızca tekrar değerlendirilmesinde;

1. kan ürünlerinin zamanında ve tam olarak temin edilememesinin sağlık hizmetinin yeterli sunumunda eksiklik olarak değerlendirilmesi gerektiği,

2. hastanede bu imkanların mevcut değilken bu risklerin göz ardı edilerek zamanında ileri bir merkeze sevk edilmemesi ve işleme devam edilmesinin sevk işleminde gecikme olarak değerlendirilmesi gerektiği,

3. acil durumlar için kan ihtiyacının hazır halde bulundurulmamasının organizasyon eksikliği olarak değerlendirilmesi gerektiği kanaatine varılmıştır.

TOPLUMDA MALPRAKTİS SADECE DOKTORA MI VAR ?

Uzm. Dr. Ali Coşkun

Biyokimya ve Klinik biyokimya uzmanı

Ordu Tabip Odası Başkanı

Malpraktis ne yazık ki hekimler üzerine zorla yapıştırılmış bir kelimedir. Bu durum hukuken de yanlıştır, çünkü malpraktis tanımı “ Profesyonel bir kişinin, yaptığı iş sırasında genel kabul görmüş standartlara uymaması sonucunda ortaya çıkan ihmal İle en az bir kişinin zarar görmesi” olarak tanımlanır.

Peki bu tanıma göre siz hiç bir hakimin, bir avukatın, bir mimarın, bir müteahhitin, bir terzinin, bir veterinerin, bir itfaiyecinin , bir öğretmenin ve diğer tüm profesyonel meslek sahiplerinin “malpraktis” eylemi ile suçlanıp, ikide bir haklarında dava açıldığını, hatta 300 yıl en üst düzeyden maaş alsalar dahi çıkan tazminat cezalarını ödeyemeyecek duruma geldiklerini gördünüz mü ?

Öyleyse Tıp mesleği ile toplumumuzun nedir bu alıp veremediği de , topluma yapılan tüm malpraktislerin cezasını tıp mesleği üzerinden ödetmektedir ?

Böylece , biz de artık kanıksadık, hatta adına sempozyumlar, kongreler bile yapıyoruz, malpraktis deyimi ile ne yazık ki toplumda ve yargıda tıp mesleği anlaşılmaktadır.

Ama esas soru şu : bu iş neden doktorlar üzerine yapıştirıldı ?

Çünkü bu işe çanak tutan da maalesef yine içimizdeki meslektaşlarımızdan bazıları, bilerek, yada bilmeyerek , veya daha da sekonder menfaatler düşünülerek, meslektaşlarımız tarafından arenaya atıldık, hala da atılıyor.

Bunun yanında işin yargı ve suçlayıcı tarafında ise : Maalesef malpraktis kumaşını doktora biçenler, hem tıbbi literatür hem de hukuk bazında sağlık hukukunda yetkin olamayabiliyorlar. Çünkü en çok karışan malpraktis / komplikasyon ayırımını yeterince yapamadıkları görülmektedir.

İşin bir de sağlık hizmetini sunan kurum veya sağlık bakanlığı tarafı var :

Bir kere malpraktisten bahsedebilmek için, ülkemizdeki her hastane teçhizat ve imkanının gelişmiş üniversite hastanesi donanımında olması gereklidir, yani hekim, Hastası için her imkana elinin altında ulaşabilmelidir. Oysa ülkemizde durum böyle değildir.

Hekime hem kısıtlı imkan sağla, hem günde 100 ve üstünde hasta muayene ettir, hem de hata yapma ! De.

Bu hakkaniyetle bağdaşmaz.

Öncelikle tüm hekimler bu kavramlar İçin mücadele etmeliyiz. Yoksa bu sempozyumun adı malpraktis olduğu sürece her sene kusur sayısı yüzlerce artıp, katlanarak hekimin omuzlarına biner.

Önce malpraktisin sadece bize olmasını anayasal eşitsizlik olduğunu vurgulamalıyız.

Sonra da en önemlisi de özellikle genç hekimlerin çoğunun bilmediği deontoloji ‘yi yeniden genç arkadaşlarımıza öğretmek lazım.

Etik değerlerin bir kurala bağlanması olmazsa olmaz bir meslek olan tıp mesleği , tıbbi deontoloji nizamnamesi ile kurallarını net olarak koymuştur.

Tıbbi deontoloji nizamnamesinde :

‘‘ Meslektaşların birbiri ile ve paramedikal meslek mensup ile münasebetleri

Madde 37 – Tabib ve dış tabipleri, kendi aralarında iyi meslektaşlık münasebetlerini idame ettirmeli ve manevi bakımdan birbirine yardım etmelidirler.Meslekle ilgili anlaşmazlıklarını, evvela kendi aralarında halletmeğe çalışmalı ve bunda muvaffak olamadıkları takdirde mensup oldukları tabip odalarına haber vermelidirler.

Madde 38 – Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarını zemmedemiyeceği gibi onları küçük düşürecek diğer tavır ve hareketlerde de bulunamaz.

Tabip ve dış tabibi, her hangi bir şahsın haysiyet kırıcı hücumlarına karşı meslektaşlarını korur.Madde 39 – Tabip ve dış tabibi, meslektaşlarının hastalarını elde etmeğe matuf hareket ve teşebbüslerde bulunamaz.’’

Açıkça der. Bu maddeler tüm hekimler için bağlayıcıdır.

Hal böyle iken, meslektaşlarımızdan bu maddelerin ihlal edildiğine dair aldığımız şikayetler bizleri hem şaşırtmakta hem de üzmektedir.

Hemen hepimiz sahada ‘’ filanca doktor senin tedavin yanlış olmuş, geç kalmışsın, seni oyalamışlar, ameliyatın yanlış olmuş gibi ‘’ cümleleri zaman zaman hasta yakınlarından ve hastalardan maalesef duyarız. Üstelik bu cümlelerin hiçbir bilimsel dayanağı ve gerçekliği yoktur, yani çoğu iftira hüviyetindedir. Ama bu yalanlara maalesef birileri inanıyor ki, bu bir başka hekime ya bir saldırı, ya gereksiz yere şikayet , ya da mahkemeye verilme olarak geri dönmektedir.

Pandeminin de ilavesiyle , hekimlerimiz üzerindeki yükün her geçen gün giderek ağırlaşması, üstüne üstlük hekime şiddetin , saldırının da tam gaz devam etmesi, hekimleri meslektaş kardeşleri hakkında cümle kurarken çok ama çok daha dikkatli olmalarını gerekli kılmaktadır.

Bilimsel hiçbir dayanağı ve kanıtı olmayan ve tıbbi deontoloji nizamnamesine aykırı olan 37,38 ve 39. Maddeleri ihlal eden iftiralar mutlaka önlenmeli, bu konuda her hekim bunu görev kabul etmelidir.

Bu iftiraların hekim kaynaklı olmadığına inanmak istemesek de, hekimlerin gelişi güzel ortamlarda farketmeden, iyi

niyetle bile kurabilecekleri basit cümlelerden bile dedikodu yolu ile abartılı ve iftira ile süslenerek , suçlayıcı - hüküm verici cümlelerin ortaya çıktığı tabip odası olarak en önemli gözlemlerimizdendir.

Hekimlerin meslek kardeşliğinin farkına varabildiği ortamda, hekimler daha güçlü ve daha saygıdeğer olacaklardır.

GENEL CERRAHİ UZMANI AÇISINDAN TIPTA UYGULAMA HATALARI

Prof Dr İ.Ethem Geçim

Genel Cerrahi Uzmanı

Globalleşen Ekonomi ve Tıpta Uygulamaları

- Tıpta Uygulama hatalarına güncel bakış, dünyadaki ekonomik gidişat ve bunun yansımalarından hariç tutulamaz.
- Dünya Bankası tarafından sağlık reformu çalışmaları tüm dünyaya yayıldı.
- Türkiye’de denemelerine ve hazırlığına 90’larda başlanan program 2002’den itibaren yaşama geçirildi.
- Programın temel özelliği sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi ile uyumlu hale getirilmesidir.

- Temel ortak nokta, sağlık hizmetinde kamusal niteliğin azaltılması ve vatandaşların bireysel sorumluluğunun artırılmasıdır.

Tüm Dünyada Sağlıkta Dönüşüm Programları

- Temel ortak nokta, sağlık hizmetinde kamusal niteliğin ve dolayısıyla harcamaların azaltılması ve vatandaşların bireysel sorumluluğunun artırılmasıdır.
- Dönüşüm Programları'nın getirdiği değişim, farklı ülkelerde ve farklı dönemlerde değişmektedir. Esas değişimin ne olduğunun anlaşılması bazen yıllar alabilmektedir .

Dünyada Karşıt Modeller

- Bismarck Modeli:

- Devletin sağlık hizmeti dağıtımı, sınıf ve statü farklarını sürdürür hatta güçlendirir. Sosyal haklar kamusal konuma ve kişinin prim katkısına göre sunulur.
- Devletin topluma refah ve sağlık hizmeti dağıtımında eşitleme değil sürdürülebilirlik amacı ön plandadır.
- Bu modelin kurucusu olan Almanya'da zenginlik ileri düzeye ulaşınca sistem herkesi kapsar hale de geleblmektedir.

Bismark Sisteminin Türkiye'deki Yansıması

- Türkiye'de sağlık hizmeti nüfusun az bir kısmını oluştursalar da, tercihli gruplara öncelikli olarak sunulmuştur.
- Yüksek sayıda olmalarına rağmen rağmen kamu kesimi dışında ve tarımda çalışanlar kapsam dışında kalmışlardır.
- Sonuç olarak Bismark sistemi önceliği eşitlik olmayan ve hatta ayrımcı bir sağlık sistemidir.

Türkiye'nin Sağlık Sistemi Neydi?

- Bismark Uygulamaları döneminde sağlık hizmeti, büyük ölçüde sosyal sigorta (Emekli Sandığı, SSK ve yıllar sonra sisteme eklenen Bağ-Kur) kapsamındakilere sunulmuştur.
- Nüfusun bir kısmını kapsam dışı bırakılmakla kalmamış kapsam içindeki gruplara verilen sağlık hizmetinin niteliği de ayrımcı olmuştur. En iyi hizmet ve paralel olarak en yüksek kişi başı sağlık harcaması, Emekli Sandığı mensuplarına ve ailelerine yapılmıştır.
- Emekli Sandığı mensupları üniversite hastanelerine doğrudan başvurabilirken Bağ-Kur ve SSK'lıların böyle bir imkânı olamamıştır. Sevk zinciri hiçbir zamanyeterli olamamıştır. Emekli Sandığı mensupları cerrahide kullanılan malzeme ve ilaçlarını her eczaneden alabilirken SSK'lıların böyle bir imkânı olmamıştır.

Sosyalizasyon Denemeleri

- Beveridge Modeli: İngiltere’de başlayan, sosyal hakları insanların çalıştıkları işteki ve sosyal konumlarına göre değil vatandaşlık konumuna göre tanımlayan, pirim ödeyebilen ve ödeyemeyen herkesi kapsayan, finansmanı vergilerle oluşan genel bütçeye dayalı sistemdir.
- Bismark’a karşı eşitlikçi ve kapsayıcı olması avantajına karşın, finansal yükünün ağırlığı ve sürdürülebilirliğindeki güçlük uygulanabilirliğinin önündeki en önemli engeldir. Ütopik çekiciliğine karşın, işgücüne kazanç ve çalışma kısıtlamaları getirmesi, diğer kamu çalışanları ile sağlık çalışanları arasındaki gelir farklılıkları yaratması gibi sorunlar kabullenilmesini ve uygulanabilmesini engellemiştir.
- 1960 lardaki Sosyalizasyon yasası ülkemizdeki ilk ciddi deneme olmuş ve özellikle Hükümetlerin gereklerini yerine getirememeleri ile sona ermiştir.
- 1970 lerdeki Tam Gün Yasası da benzer şekilde başarılı olamamıştır. Sevk zinciri hemen hiçbir zaman kurulamamıştır. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur mensupları ile SSK’lılar 1. basamağa uğramadan doğrudan hastanelerden hizmet almışlardır.
- Hükümetler Sosyalleştirme gereklerini yerine getirme çabalarından çok kamuda çalışan hekimlerin serbest/özel hekimlik yapmalarının yasaklanması gibi algı yönetimini ön plana alınca ve böyle uygulamaları kendi görev sürelerinde tamamlayarak konuyu politik getiri elde etme şekline indirgeyince, hekimlerin yalnızca kamuda tam gün çalışma konuları da hiçbir zaman tam başarılamamıştır.

Sonrası Türkiyedeki Durum

- Yukarıda anlattığımız 2 sistem arasındaki gidiş gelişler ve bu sistemlerin muhtelif karışımları sürmektedir.
- Türkiye’de tarihsel olarak vatandaşın kendi cebinden ödeme yapma durumunda kalması, devletin uzun zamandır pratikmen uyguladığı bir finansman modelidir.
- Vatandaşın yaptığı ödeme şekilleri değişiklikler göstermekle birlikte, sağlık harcamalarının bir kısmını üstlenmesi maliyet azaltıcı/paylaştırıcı bir yöntem olarak geçmişteki hemen her hükümet tarafından benimsenmiş, eşit ve tam ücretsiz bir sistem uygulanabilmesi mümkün olmamıştır.

Kapsamdaki Genişleme

Son yıllara kadar ülkemizdeki vatandaşların önemli bir oranı herhangi bir sağlık hizmet kapsamında değilken, son 15 yılda vatandaşın kendi katkısı ve kamu dışı kar odaklı sağlık hizmetinin varlığını sürdürmesine karşın, özellikle geliri olmayan veya alt gelir gruplarının kamu kaynaklı sağlık hizmetine ulaşmaları toplumsal anlamda önemli bir gelişme olarak karşımızdadır.

Bu finans modelinin sürdürülebilirliğini ve geleceğini de birlikte göreceğiz.

Türkiyede Sağlıkta Dönüşüm ve Dünya Bankası

Dünya Bankasının dünya ekonomisinin sürdürülebilirliği açısından öne sürdüğü temel görüş, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık artış nedeniyle sosyal devlet anlayışının vatandaşlarına sunduğu Beveridge Modeli kamusal sağlık hizmetinin artık sürdürülemez olduğudur.

Gelişmekte olan ülkelerdeki dönüşümler ve reformlar vatandaşların tamamının veya toplumun farklı katmanlarının eski kazanımlarını azaltmaya veya yeniden dağıtmaya odaklanmıştır.

Sonuç olarak Dünya Bankası sağlığın bir vatandaşlık hakkı ve kamu hizmeti olması yerine sağlık hizmetlerinin piyasa ilişkilerine açılmasını, kamudan özel sektöre devredilmesini ve karşılayabilen her bireyin sağlık harcamasına kendi adına, karşılayamayanlar adına da devletin katkıda bulunması modelini uygulatmaktadır

Dünya Bankası Önerileri Uygulamalarının Doğal Talipleri Başta ABD li ve Diğer
GLOBAL SERMAYE ÖNDERLERİ!

II.Savaştan Sonra, Gelişmekte Olan Ükelere Amerikan İhracaatının 10 Yıl Başı Lider Ürünleri:

50 lerde otomobil

60 larda top-tüfek-silah

70 lerde Blucin-medya-müzik-sinema-gazoz

80 lerde gıda-hamburger-pizza

90 larda bilgisayar

2000 ler cep telefonu,internet

- **2010 lar Bilgi-**
- **Ekonomiyi Kurtarma Rehberliği**
Ve Covidin de katkılarıyla..
- **SAĞLIK-SOSYAL GÜVENLİK (İlaç,aşı vb)**

İlk Çıkartma Latin Amerika'ya..

- Başta Arjantin, şili, Brezilya ve diğer Latin Amerika ülkelerindeki önce kriz ve ardından ABD yardımıyla gelen “**istikrar sayesinde**” hızla büyüyen orta sınıfın, kalabalık ve yeterli hizmet sunamayan ulusal sağlık sistemlerine alternatif arayışı zaten çoğu ülkede vardı.

Sayın Howard Kahn,

Aetna International Başkan Yardımcısı

- *... "The middle class is becoming increasingly dissatisfied with the public system. The government needs to increase expenditures or choose a private way," said ...*
- Tercümesi: Orta sınıfın ulusal sistemden tatminsizliği gitgide artmaktadır. Hükümet ya masrafları artıracaktır ya da özel yolu seçecektir.
- **(Yani, kaynakları zaten kıt olan hükümetlerin de bir anlamda eli bağlıdır.)**

Latin Amerika'dan Bilgiler

(Kaynak:1.Pan-American Health Organization(1996)

Latin America ülkeleri sağlığa 1990 larda ortalama olarak GSMH larının % 6.2 sini yani kişi başı ortalama 200\$ harcamaktaydılar.

Aynı dönemde ABD kişi başı 7500-8000\$ GSMH sının %13.5 ini yani yılda 1000\$ dan fazla harcamaktaydı. Masraflarsa sürekli artmaktaydı, ABD \$ bazında 1990-1996 arası harcamalarda % 2 artış oldu ve bu artış düzenli olarak sürmektedir.

Latin Amerikan Halkları hükümetlerinden talebi, 200 Dolar Ödeyip, Amerika'daki 1000 dolarlık lüks hizmeti almaktı.

•(Bu rakamlar sağlık bütçelerinin dikiş yerlerinin neden patladığının izahıdır.)

Kaynak : Managed care looks abroad. As the industry matures, U.S. health insurance companies seek untapped markets in booming Latin America. By JULIE A. JACOB, amednews staff. Sept. 6, 1999.

• *Yukarıda belirtilen makaleden aynen alınmıştır...*

• *..Aetna and Cigna have expanded the most aggressively in Latin America. Aetna, in fact, is now the largest insurer in the region, with 3 million covered lives*

- ..Aetna formed a joint partnership with Brazil's largest insurer, Sul America Seguros, and another joint partnership with a Colombian health insurance company, the 190,000-member Cruz Blanca Colombia. It also purchased Argentina's largest health insurer, Asistencia Medica Social Argentina, with 250,000 members, for \$120 million...

Tercümleri

- Aetna ve Cigna Latin Amerika'da en agresif büyüyen

firmalardır.

- Aetna **Brezilya** 'nın en büyük sigortacısı olan **Sul America Seguros** ve **Kolombiya** 'dan 190 000 müşterisi olan **Cruz Blanca Colombia** ile ortak olmuştur. Ayrıca **Arjantin** 'in en büyüğü olan, 250 000 müşterisi olan **Asistencia Medica Social Argentina** 'yı 120 milyon dolara satın almıştır.

- *Cigna* Yine 1999 a kadar **Brezilya’da** 400,000-üyeli, **Amico’yu** ve 1.5 milyon-üyeli **Golden Cross** şirketlerini, **Şili’de** 230,000 üyeli **Isapre Unimed’in** çoğunluk hissesini ve, **Meksika’da Mediplan** şirketinin % 45 hissesini satın almıştır.

Borsalar,Ciolar,Sigortalar

- Büyük Sigorta Şirketleri ve küçük ülkelerdeki yerel uzantıları, sağlık bütçelerindeki artışlara,dünya ekonomisindeki krizler, Covid salgını gibi beklenmeyen olumsuzluklara, hükümetlerin artan finansman zorluklarına rağmen varlıklarını kökleştirmekte, karlılıklarını sürdürmektedirler.Bu sütegenlik ancak gittikçe artan bir oranda gerek hizmet alanların gerekse hizmet emekçilerinin, özel sağlık hizmeti üreticilerinin lehine daha fazla yük altına girmeleri ile mümkün olabilmektedirOyunun Kurallarından Biri, Malpractice Sigortası!
- ABD ‘de Her Eyalette Kanuni Zorunluluktur!

- **Federal Yasa no:S.B. 392:** Lisanslı hekimler ve cerrahlar, osteopathlar, chiropractor, natüroopathlar, podiatristler, fizyoterapistler, radyoloji teknisyenleri, hemşireler, diş hekimi ve diş teknisyenleri, optometrist vb yani hastaya direkt hizmet veren herkes malpraktise karşı ya profesyonel sorumluluk sigortası ya da benzer bir kefalet göstermek zorundadır.
- Bir süredir ülkemizde de yürürlükte olan ve hem devletin hem de sağlık hizmeti üreticilerinin kazancından finanse edilen bu sigortanın tartışmaya açık yönleri başlı başına bir sempozyum konusu olabilir.

Soru?

Beyin hasarı, buna bağlı hasta mağduriyeti ve olayın malpraktis davası ile sonuçlanma riski aşağıdaki şıklardan hangisinde daha fazladır?

Kafa derisindeki egzamanın Dermatolog tarafından tedavisi

Psikiyatrist tarafından tedavi edilen depresyon

Beyin cerrah tarafından ameliyat edilen tümör

Bu sorunun cevabı neden bazı branşların daha fazla malpraktis muhatabı olacaklarını çok açık anlatmaktadır.

Sonuç olarak hekimlik branşlarının sigortalanma ve profesyonel idaresi birbirinden çok farklı olması beklenir.

Malpractice Karşılığını Kim Ödeyecek

Her bir ABD li hekim ortalama 7 yılda bir aleyhin açılan bir dava ile karşılaşır.

- ABD de 2020 itibariyle 1 yılda 17 000 malpraktis davası açılmıştır.
- Malpraktis cezalarının % 54 ünü hekimlerin % 5 lik kesimi öder.
- Hatta ilk % 1 lik kısmı cezaların % 32 sini öder.
- *Makary MA et al . Medical error-the third leading cause of death in the US. BMJ.2016 May 3;353:i2139.*

- **Anupam B. Jena, et al. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *N Engl J Med* 2011; 365:629-636**

M. M. Mello, D. M. Studdert, E. J. Thomas, et al., Who Pays for Medical Errors?:

An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement, *Journal of Empirical Legal Studies* December 2007 4(4):835–60

- **Utah ve Colorado’da 24 hastaneden 1992 yılına ait 14,732 tıbbi kayıt incelenerek 465 tıbbi hata ve 127 ihmal tespit edilmiştir.**

- Bu hataların toplam maliyeti yaklaşık **439 milyon \$**. Tıbbi hata

M. başına ortalama zarar 58,766 \$, tıbbi hata başına ortalama

zarar 113,280 \$.

M. Mello, D. M. Studdert, E. J. Thomas, et al., Who Pays for Medical Errors?: An Analysis of Adverse Event Costs, the Medical Liability System, and Incentives for Patient Safety Improvement, *Journal of Empirical Legal Studies* December 2007 4(4):835–60

Bu hatalar için hastanenin kendi

kasasından çıkan =

yatan hasta sayısı faturalara yansıtılmayan 238\$

faturalara ortalama yansıtılan 1775 \$

Bu 24 hastaned

en ödenen toplam malpraktis sigorta ücreti

yatan hasta sayısı

= hasta başına 123 \$

Sonuç: Bir malpraktis olunca bunun bedeli, ister istemez **tüm taraflara**, hatta ortamdaki taraf olmayanlara bile yansır, neticede **malpraktise harcananlar sağlık hizmeti maliyetinin doğal bir parçasıdır.**

Türkiye

•Şeffaf rakamlara ve konunun tarafları arasında uzlaşmayı sağlayacak haksızlıkları önleyecek düzenlemelere ihtiyaç olduğu açıktır!

Türkiye Sisteminin Acil İhtiyacı: Zaman Aşımı Kanunu

- **New Jersey A 1083. Tolled discovery rule limited to total of 4 years of occurrence of medical professional negligence.**
- **NJ Olayın vukuundan sonra zaman aşımı süresi 4 yıldır.**
- **Süre kısaldıkça malpraktis sigorta primi yani sağlık harcamaları azalır!**

- Türkiye’de 8 yıl 10 yıl gibi süreler sonrası açılan ve Kabul edilen davalar söz konusudur. Daha makul bir zaman aşımı düzenlemesi gereklidir.

Türkiye Sisteminin Acil İhtiyaçları

- Malpraktis ve komplikasyon mağdurlarını, hekim ve hastanenin canını

mesleği uygulatmayacak kadar yakmadan kompanse edecek sistemler

- kurulabilir.

Kusura

Bunun hukuktaki adı=

Bağlı Olmayan Tazminat Sistemidir.

Bunun finansmanı da Uygulayan Ülkelerde Sağlık Bütçesinden karşılanır. Ör İsveç.

Malpraktis Tazminatlarına Üst Sınır Koymak Yarar Getirmiştir

- Türkiyede malpraktis hesaplama mekanizmasında yasal bir üst sınır
- yoktur.
- Malpraktis sigortasının ötesinde de cezalara hükmedildiği
- görülmektedir.
- Ek sigorta poliçesi/ek masraf gereklidir
- Dahiliyeciler için % 17.3,
- Genel Cerrahler için % 20.7,
- Kadın-Doğumcular için % 25.5 azalmış

sınır koyan eyaletlerde **malpraktis sigorta pirimleri**

• Tazminatlara üst

ve bu azalış da tedavi giderlerine yansımıştır.

Vur Abalıya Nereye Kadar?

- Hekim maaşlarından ve hastane bütçelerinden kesilerek oluşturulan malpraktis bütçesi dahi, her malpraktiste hekim ve hastaneyi peşin olarak mahkum etmekte; üst yöneticileri, yasamayı tamamen temize çıkarmaktadır
- ABD de her yıl tıbbi hatalara bağlı 250 000 ölüm olduğu kabul edilir
- Türkiye’de açılan davalarda hekimin cezai muhatap olma oranı % 3.
- Gerçekten tüm tıbbi hatalar legal incelemeye girmekte midir?
- Ola ki girer ise: Hekim gelirinden ve hastane bütçesinden malpraktis giderleri nereye kadar karşılanabilir.

Amerikan İşveren ve Çalışanlarının Sağlık Sigorta Katkıları Tablosu

Yıl	Çalışan Başına Sigorta Piri	Çalışanın Maaşından Kesilen Katkı Payı	Çalışanın Cepten Ödediği Katılım Payı	Çalışanın Toplam Harcaması	Çalışandan Çıkanın Toplam Masrafdaki Yeri
2004	\$ 6059	\$ 1068	\$ 1051	\$ 2119	% 35
2005	\$ 6616	\$ 1201	\$ 1234	\$ 2435	% 36.8
2006	\$ 7140	\$ 1357	\$ 1373	\$ 2730	% 38.2
2007	\$ 7516	\$ 1558	\$ 1484	\$ 3042	% 40.1
2008	\$ 7970	\$ 1711	\$ 1633	\$ 3344	% 41.8
2009	\$ 8449	\$ 1827	\$ 1733	\$ 3560	% 42.1

2010	\$ 9028	\$ 1966	\$ 1934	\$ 3900	% 43.2
2011	\$ 9821	\$ 2209	\$ 2177	\$ 4386	% 44.7

Kaynak: Yani acil müdahalelerden doğan malpracticeler farklıdır ve bunlarda ekonomi-dışı

Hewitt &

Associates kayıplar için

\$ 847, A 419. Noneconomic damages limited to \$250,000 for medical malpractice actions arising from emergency care rendered in hospitals or

other health care facilities; only applies in cases where health care professional did not have existing provider-patient relationship with the injured plaintiff

but did have duty to act.

Acil Vakalara Farklı Uygulama Gerekir (New Jersey)

-

•



vardır.Acile gelen hasta için sınıır diğer hastalardan daha düşük tutulmuştur zira,

hekim bu hastaya acil olduğu için zorunluluktan bakıp risk alacak ve belki de hiçbir kazanç almayacaktır. O halde riskli hastadan sorumluluk almaksızın kurtulmaya çalışarak **defansif tıp yapan** hekimler çıkabilir. **Bundan da hasta zarar görebilir.**

Yukardaki sınıır bunu önlemek için düşük tutulmuştur.

Türkiye Sisteminin Acil İhtiyaçları

- **S 1644. Physicians liable for professional negligence only to extent of medical malpractice insurance required to carry under current law**

- Geçmişte 1.200 TL maaş, 1.765.000 TL malpraktis tazminat kararı olan ülke Türkiye'dir. Bu maaşla bu para 1470 maaşın tamamını verse 122.5 yılda
- ödenir(**FAİZ HARIÇ**)
Böyle bir mahkeme eliyle tazminat kamu vicdanı ile bağdaşmıştır?
- Türkiye'de de bu endişe ile emekli olan, mesleği bırakan, defansif tıbbi geçenler hergün artmaktadır! Doktor, sigortasının limiti dışında bir tazminata mahkum etmeyecek bir düzenleme gerekir!

Tazminata Üst sınır! Yüksek tazminata muhatap olabilecek hekim ve hastanelere yaptıkları işe göre fatura yazabilme opsiyonu!

- NEL ve Ekonomik Kayıplarda Sınır

- Ör. Maryland Mahkemesi NEL **700,000\$ sınır** koyarak sigorta pirimlerinin doktorların ödeyebileceği kadar olmasını sağlamıştır. Aynı şekilde tıbbi sorumluluktan doğan tazminat için de yani hastanın ekonomik kayıpları için de ayrıca **700,000\$ sınır** getirmiştir. Yani bu eyalette **bir**

doktor 1.4 milyon dolarlık bir poliçeye sahipse bir vukuat halinde sigortası onu kendi cebinden birşey ödemeksizin kurtarır.

- Hastaya ekonomik ve non-ekonomik kayıplar nedeniyle **ödenecek**

tazminata bir üst sınır getirilmeli hastane ve hekim de

yaptığı işe, aldığı riske göre sigorta kapsamını kendisi belirler!

Tazminat ödeme olasılığı yüksek işlerle ve hastalarla uğraşan ve

uğraşmayanların pirimi aynı olursa bunun sonu “Defansf Tıp “ o

Malpractice Nasıl Önlenir

- Malpraktis Örneği: “Karın içinde ameliyat sırasında yabancı cisim unutulması”
- Tedbir: Ameliyat sonunda, anestezi henüz sonlandırılmadan, her hastanın ameliyat bölgesinin röntgenle incelenmesi, içerde birşey unutulmadığının teyid edilmesi! Class 1 evidence!

Langenbecks Arch Surg. 2006 Aug;391(4):3905. Epub 2005 Sep 17.

Retained surgical sponge (gossypiboma) after intraabdominal or retroperitoneal surgery: 14 cases treated at a single center. Yildirim S,

Tarim A,

Nursal TZ, Yildirim T, Caliskan K, Torer N, Karagulle E, Noyan T, Moray G,

Haberal M.Department of General Surgery, Başkent

University : Data for 14 cases of RSS treated between

January 1999 and December 2004 were retrospectively assessed.

Tedaviyi ucuza mal etmeye zorlamak! Ya Hasta Güvenliği!?

- SUT
- BUT Ve gelecekteki...UT larıyla bu işi nasıl yapacağız? Hastane ucuz tedaviye zorlanır, röntgen sistemini kuramaz,karında birşey unutulunca **sorumluluk hekime ve yardımcılara atılır!**

- SCD sistemi



Aklın Gereği

- Diğer Bir Örnek: SCD orabının belirli yüksek risk vaka gruplarında PTE'yi önlediğine dair Class 1 delil mevcuttur.
- Hastane para yüzünden SCD sistemini almaz ama PTE olunca **sorumluluğu yine hekime atar!**

Hekim der ki:

Ya kullanacağım güvenlik sistemini ben seçeceğim ve sorumluluğu da ben alacağım ya da uygulama talimatını kim veriyorsa, malpraktis sorumluluğunu da o almak zorundadır?

Sistemin, hasta güvenliği adına yapmadıklarının gühah keçisi hekim mi olmalıdır!

Türkiye Sisteminin Acil İhtiyaçları

- New Jersey S 671. **Creation of Medical Malpractice Court** as court of limited jurisdiction within Supreme Court; authority over any dispute concerning medical liability insurance, any action for injury against health care provider, any other medical malpractice dispute.....

- Yargı soruna aşına olmadıkça, yargılama uzar her iki tarafta da tahribat

- artar!

Diyelim ki olan oldu,dava açıldı, bu davayı bir an önce ve minimal

- hukuksal hata ile sonlandırmak adına, spesifik olarak eğitilmiş

hukukçuları görevlendirmek kaydıyla kurulacak

Özelleşmiş Tıbbi Malpractice Mahkemeleri bir çözüm olabilir.

Türkiye Sisteminin İhtiyaçları

- New Jersey Bilirkişileri
- **A 494. Expert witnesses in medical malpractice** actions required to have unrestricted license and to be engaged in active clinical practice or teaching, or retired within 5 years; be substantially familiar with applicable standard of care; practice in same subspecialty as defendant, board certified by same board as defendant.

- **Malpraktisi tanımlamak için önce “doğru praktisi” tanımlamak gerekir. O halde bilirkişilerin, gerek kamu vicdanına gerekse o branştaki mesleki hiyerarşiye en uygun uzmanlardan olmasını sağlayan bir hukuksal düzenleme gerektirir.**
- **Sağlık Bakanlığının Meslek Dernek ve Gruplarını “Uygulama Parametreleri” veya “Yönergeleri” oluşturma konusunda cesaretlendirmesi ve oluşturulan bu kurallara ve Algoritmalara yasal uygulanırlık sağlaması gerekir.**

Avukata Ceza

- Virginia eyaletinde isim benzerliği nedeniyle mahkemeye yanlış bir doktoru çağırılan avukata barodan ve mahkemeden doktoru boşuna taciz ettiği için ceza verilmiştir.
- Ne hekimler ne avukatlar hatadan arınmış olabilir.
- Hekimlerin uygulama hataları gibi ,Türkiye’de avukatların da hekimlere karşı davranışlarında uygulama hatalarını tanımlayan bir uygulamaya ihtiyaç vardır?

Türkiye Sisteminin İhtiyaçları

Hatası olan hekim elbette cezasız kalmamalı, haksızlığa uğradığına inanan her vatandaşın hukuk sistemi içinde hak araması da sınırlanmamalı, ANCAK:

- Adaleti sağlamaya çalışırken,

Bilirkişinin, Avukatın, Hakimin,Devlet Görevlilerinin ”aynı doktorlar gibi” taksirli veya taksirsiz hataları olabilmektedir.

Bu hatalar hukukçuların ve idarecilerin malpraktisi sayılabilmelidir.

Dava edilen doktorlar beraat etseler bile “tipik bir Posttravmatik Distress Sendromu” yaşadıkları kanıtlanmıştır.

Doktorların haksız yere mahkemeye uğraştırılırken uğradığı maddi ve manevi mağduriyeti, telafi etme yönünde yasama gerekmektedir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının Tıbbi Uygulama

Hatalarına Bakışı Doç.Dr.Hakan TİMUR

Kadın Hastalıkları Doğum ve Perinatoloji Uzmanı

Yargıtay'dan Down sendromlu çocukların ailelerini yakından ilgilendiren karar Yargıtay 11.Hukuk Dairesi, Down sendromunun anne karnında tespit edilmesi için gerekli testlerin ardından hekim tarafından ileri tetkiki yapılmaması ve ailenin bilgilendirilmemesi halinde, 'hekimin aydınlatma yükümlülüğünü yerine getirmediği' kanısına vararak tazminat hakkının olduğuna hükmetti.



DOWN SENDROMU

DOWN SENDROMLU
ÇOCUĞUNUZ İÇİN TAZMİNAT MAKKEZİ YER ZAMANAĞI

DOWN SENDROMLU ÇOCUĞUNUZ İÇİN

BOKTORUNUZUN
HEKİM SİGORTASINDAN
TAZMİNAT MAKKEZİ
YER ZAMANAĞI

TAZMİNATINIZ
HEŞABINIZA
YATANA KADAR
TÜM MASRAFLAR

10 YIL BİZDEN

0539 978 24 29

Handwritten text on a document, likely a medical report or insurance claim, mentioning "Down Sendromlu" and "Tazminat".

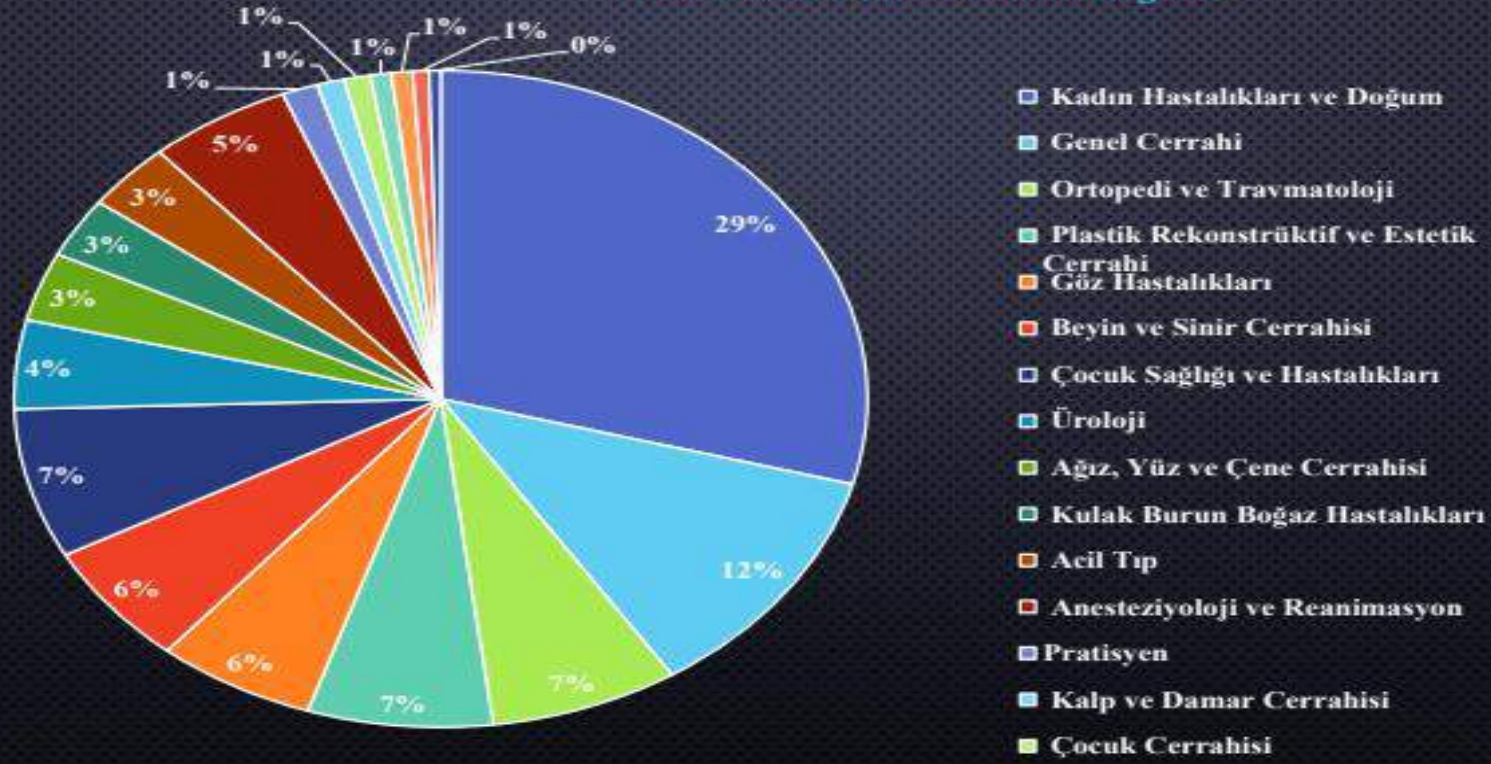
Handwritten text on a document, likely a medical report or insurance claim, mentioning "Down Sendromlu" and "Tazminat".



İTO Hekimlik Uygulamaları Bürosuna Başvuru

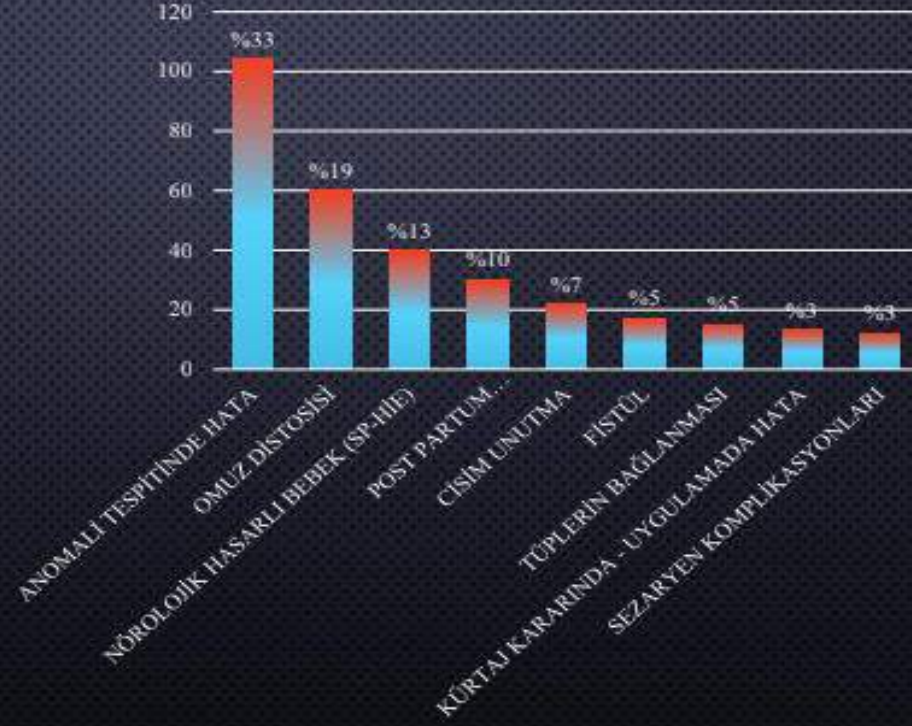


Hanyaloğlu & Acar Hukuk Bürosu 2010-2019 verilerinden faydalanılmıştır.
1661 Hekim Uzmanlık Alanı Dağılımı



ANOMALİ TESPİTİNDE HATA	104
OMUZ DİSTOSİSİ	60
NÖROLOJİK HASARLI BEBEK (SP-HİE)	40
POST PARTUM KANAMA	30
CİSİM UNUTMA	22
FİSTÜL	17
TÜPLERİN BAĞLANMASI	15
KÜRTAJ KARARINDA - UYGULAMADA HATA	13
MYOMEKTOMİ/BAĞIRSAK -MESANE-ÜRETER HASARI	12
SEZARYEN KOMPLİKASYONLARI	12

KADIN DOĞUMDA DAVA SEBEPLERİ



70Pediatri
Ortopedi
Beyin
Cerrahisi Acil
Tıp
Önceliklerinin
Değişimi



Dava riski yüksek uzmanlık dallarının yıllara göre taban puan değişimi



Yıllara Göre

Tıbbi Uygulama Hatası Riski Yüksek Olan Uzmanlık Dallarının Tıpta Uzmanlık Sınavında Tercih Edilme Önceliklerinin Yıllara Göre Değişimi
The Change of Preference Priorities on Examination for Speciality in Medicine by Years of High Risky Medical Branches in Medical
Malpractice: Hüseyin Kasap, Tamer Akar, Binol Demirel, Ahmet Zahir Duran, Serhat Sarı, Alper Özkök, Önder Aydemir

Tıbbi Müdahale Hukuka Uygunluk Şartları

Ehliyet

Endikasyon

Aydınlatılmış
Onam

Dikkat ve
Özenle
Müdahale

1219 Sayılı Tababet Ve Şuabatı Sanatlarının
Tarzı İcrasına Dair Kanun Madde 1

Tababet icra etmek ve hasta tedavi
edebilmek için TIP FAKÜLTESİ MEZUNU
olmak gerekir.

Tabip diplomasına sahip olmayan hiç kimse
tabip yetki ve görev alanına işlem yapamaz.
Yapması halinde 2-5 yıl hapis cezası
(1219/25)

AYDINLATILMIŞ ONAM

Hastaya kendisine uygulanacak tıbbi işlemin

Ne olduğunu

SonuÇlarını

Komplikasyonlarını

Tıbbi uygulamaların en önemli aŐamalarından biridir ve hasta dosyasında muhakkak bulunması gereklidir

Günümüzde yüksek yargıda tıbbi uygulama hataları nedeni ile hekimlerin ceza almalarındaki en önemli neden hastadan aydınlatılmış onamın alınmaması veya eksik alınmasıdır.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ 15.MADDESİ

Bilgilendirmenin Kapsamı

Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği

Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi

Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri

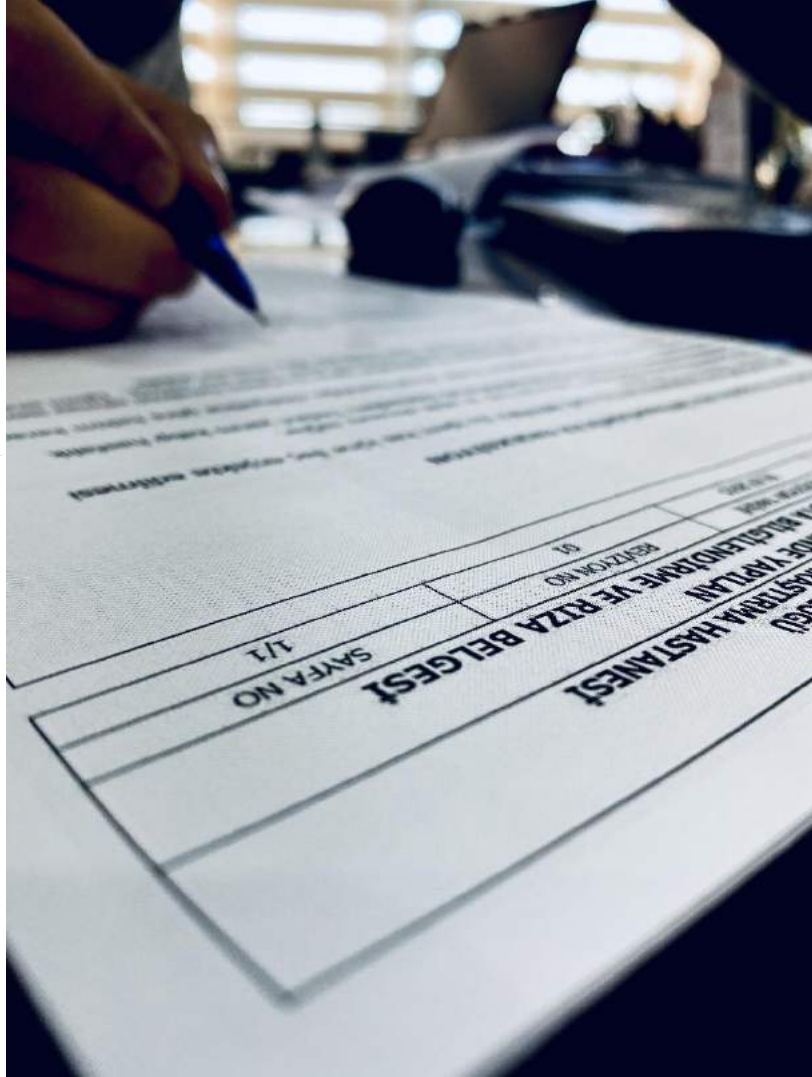
Muhtemel komplikasyonları

Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri

Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri

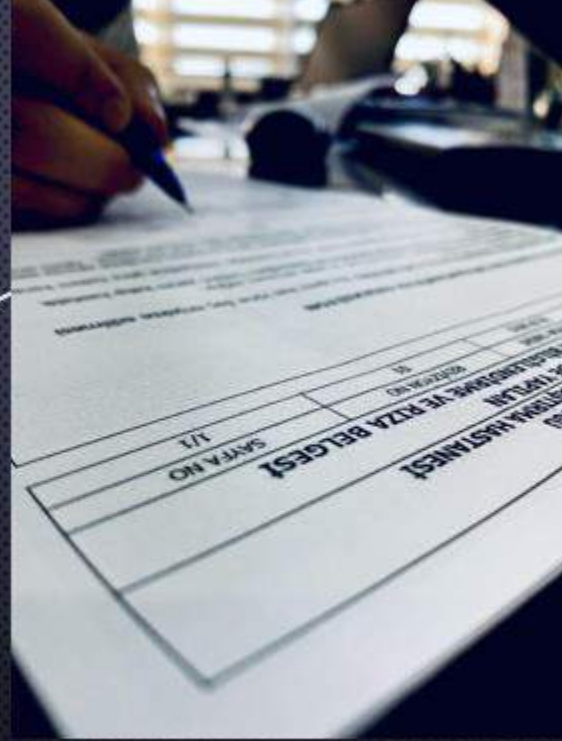
Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri

Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,hususlarında bilgi verilir



81

Hastaya anlayabileceği bir dille
bilgi vermek



Hastaya anlayabileceği bir dille
bilgi vermek

Hastanın durumunu öğrendikten
sonra işlemi onayladığını, kabul
ettiğini yazılı olarak almak



Tıbbi girişime karar verecek kadar bir süre tanınmalıdır.

KOMPLİKASYON

TANIM

Hekim Gözüyle	Hukukçu Gözüyle
Tıp eğitimi sırasında öğretilen, Literatürde yazan, Tıbbi süreçlerde karşılaşılan, olumsuz sonuçlar komplikasyondur.	Tıbbi uygulamalar sırasında içinde kusur bulunmaksızın oluşan, istenmeyen zararlı sonuçlara “komplikasyon” adı verilir.
	Öngörülemeyen, Öngörülse de önlenemeyen, Öngörülüp önlemler alınmasına rağmen oluşan
	‘İzin verilen risk alanı’

MALPRAKTİS (MALE-PRAKXİS)

TANIM

Bir meslek mensubunun mesleğini, toplumda mesleğin ortalama basiretli ve saygın bir mensubunun her şart altında uygulaması gereken bilgi ve beceri ile uygulamaması sonucu hizmetten yararlanan kişiye bir zarar vermesi.

Hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması

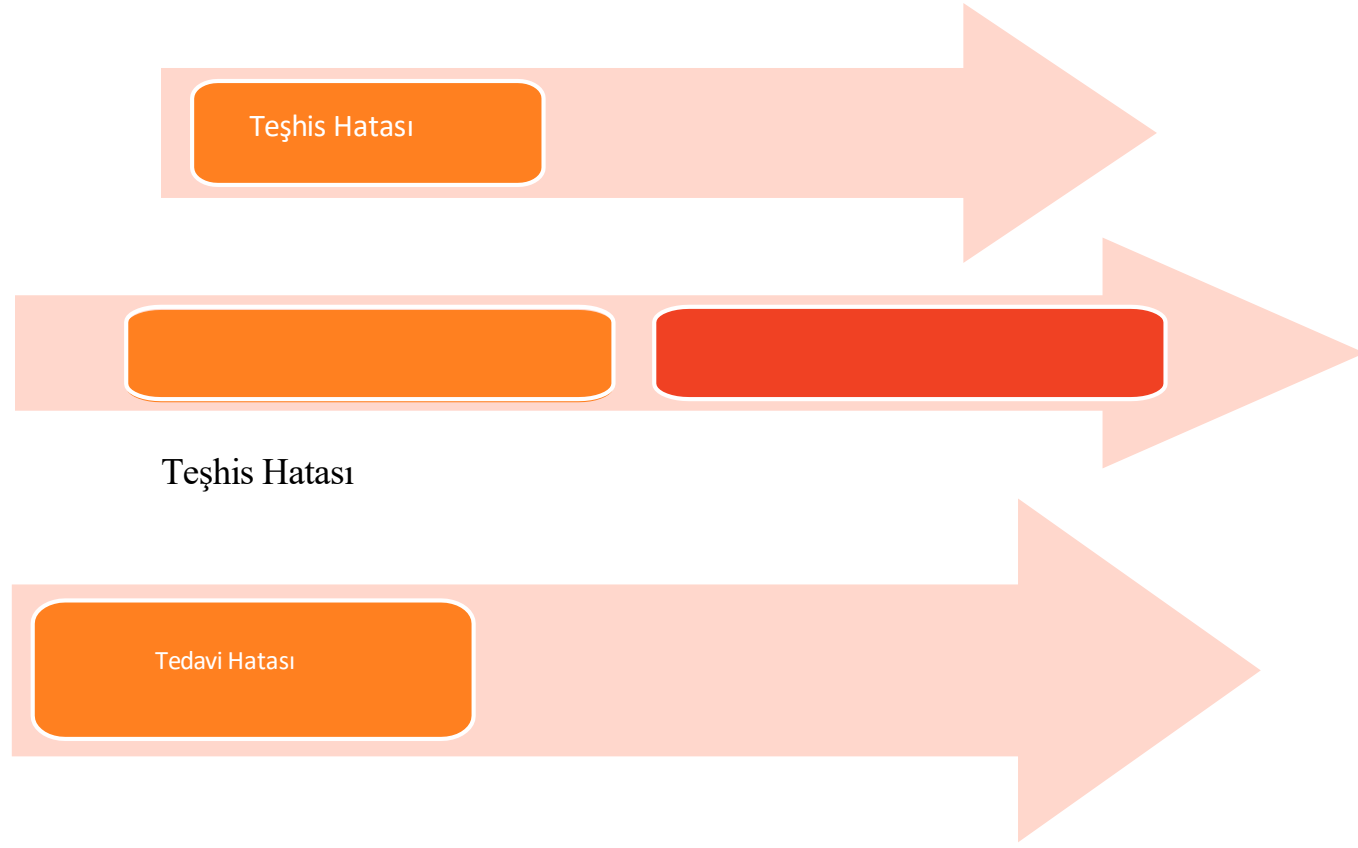
Hekimin bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisizliği nedeniyle bir hastanın zarar görmesi, hekimliğin kötü uygulanması

Hekimden Beklenen Özen

Aynı koşullarda, aynı uzmanlık dalındaki ortalama beceri, özen ve performans beklenir. Bu performans özen seviyesinin altına inildiğinde malpraktisten bahsedilebilir.

MALPRAKTİS

Teşhis hatası
Tedavi hatası
Komplikasyon yönetimindeki özensizlikler
Tedavi sonrası yükümlülüklerin ihlali
Üstlenme kusuru



MALPRAKTİS

Tedavi Hatası

Müdahalenin yapılmaması
Yanlış tedavi yöntemi seçilmesi
Hasta karıştırma, yanlış taraf
cerrahisi
Ölçüsüz tıbbi müdahale

Hatalı ameliyat tekniği
Sevk ile ilişkili hatalar
Komplikasyonun farkedilmemesi
Konsültasyon istenmemesi
Yabancı cisim unutulması

Komplikasyon
Yönetimindeki Özensizlikler

Komplikasyon Yönetimindeki
Özensizlikler

Öngörülmemesi
Öngörüye yeterli tedbir alınmaması
Tedbirin gecikmesi
İmkân var iken 2. hekim çağırılmaması

Tedavi Sonrası
Yükümlülüklerin İhlali

Tedavi Sonrası
Yükümlülüklerin İhlali

Erken taburculuk
Hastayı görmeden yapılan taburculuk
Tedavi sonrasına ilişkin tavsiye ve uyarıda bulunmamak
Hastanın kontrole çağırıldığının ispatı hekime aittir

Üstlenme Kusuru

Üstlenme Kusuru

Hekim tıbbi standartı sağlamak konusunda yeterli bilgi, tecrübe ve donanıma sahip olup olmadığını değerlendirmek durumundadır.

Mikrocerrahi davası...

Yenidoğan yoğun bakım davası...

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Yargı üyeleri Down Sendromu ile yaşanan hukuki sorunlarında, esas üzerinde durulan noktanın ailenin özürlü bebek sahibi olmama hakkına riayet edilmemesi olduğu söylendi. Down Sendromu ağır maluliyete neden olacak hallerden biri olarak Rahim Tahliye Tüzüğünde yer aldığı, bu nedenle de anneye Down Sendromu konusunda risklerin anlatılarak kararı kendilerinin vermesinin hak olduğu vurgulandı.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Gebelik takipleri esnasında özellikle Down Sendromu riski nedeniyle başta, Sağlık

Bakanlığının rehberleri olmak üzere, diğer modern tıp standartlarına uygun işlemler konusunda gebe anne adayının bilgilendirilmesi ve ailenin bunları yaptırmadığında karşı karşıya kalacağı riskler konusunda aydınlatma yapılmasının ve bunun kayıt altına alınmasının önemine vurgu yapıldı. Örnek vermek gerekirse amniyosentez önerilen anneye bunun yapılması durumundaki riskleri ve yaptırmayacağı zaman da karşı karşıya kalacağı durumlar konusunda bilgilendirme yapıp bunun kayıt altına alınması gerekliliği üzerinde duruldu.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Ceza sorumluluğu olarak kamuda çalışan hekimlerin özel sektöre göre daha dezavantajlı olduğu, ancak tazminat açısından ise avantajlı olacağı ifade edildi. Buna gerekçe olarak da TCK 257/2 de yer alan görevi ihmal gibi bazı suç tiplerinin sadece kamuya ait olması gösterildi. Tazminat sorumluluğu açısından ise kamuda çalışanların avantajlı oldukları, örnek olarak da aydınlatılmış onam alınmadığında sadece manevi tazminat sorumluluğunun olmasına rağmen aynı durum özel sektörde hem maddi hem de manevi tazminat yaptırımına sebep olmaktadır.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Yüksek yargı mensupları çok sayıda hasta bakmanın sorumluluğu ortadan kaldırmayacağı, o nedenle her hastadan istisnai durumlar hariç aydınlatılmış onamın alınması gerektiği vurgulandı.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Başta Down Sendromu tanısını koymada yanılma olmak üzere birçok tıbbi malpraktiste çözümün yargıda değil, kanun koyucularda ve hekimlerden oluşan bilirkişi kurullarında olduğu vurgulandı. Yargı üyeleri, karar verirken teknik bir konu olması nedeniyle Bilirkişi Raporundan yararlandıklarını, çoğunlukla buna göre karar verdiklerini ve bu raporu da hekimlerin hazırladıklarını bundan dolayı kendilerinin bir sorumluluğunun olmadığına dikkat çektiler.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Hekimlerde son yıllarda tıbbi malpraktisler nedeniyle doktrinde de yer bulan bir tıbbi malpraktis stress sendromu geliştiği, hekimin iş yapamaz hale geldiği, bundan dolayı defansif tıbbı yöneldiği bunun da tekrar tıbbi malpraktisi artırdığı ve sağlık harcamalarını artırdığı, devletin sigorta şirketleri ile bir araya gelerek poliçe klozlarında yapacakları değişikliklerle bu sorunu azaltabilecekleri vurgulandı.

YÜKSEK YARGI MENSUPLARININ GÖRÜŞLERİ

Down Sendromu ile ilgili davalarda kamuda çalışan hekimlerin sahip olduğu zırh delinerek sigorta şirketlerine dava açılması ve daha sonra hekime kamuya başvurmadan rücu edilmesinin gündeme geldiği bunun da kamudaki hekimlere zarar verdiği ifade edildi.

Zoomdan Zooma Mesajlar

Gerçek malpraktislerin %10'u yargıya yansıyor.

Tıbbi uygulama hatası olmayan birçok olgu dava konusu olabiliyor. (Yargıtay sempozyumu)

Ceza davalarının %90'ı hekimler lehine sonuçlanıyor.

Tazminat dosyalarının %20 kadarı doktor aleyhine sonuçlanıyor.

Açılan birçok dava hekim lehine bitiyor, fakat yargı sisteminin iyi işlememesi sonucu maalesef bu davalar ortalama 8-10 yıl sürüyor. Sigorta poliçelerinin kapsamı maalesef çok düşük, tamamlayıcı sigortalar ile kapsam artırılmalı.

BEYİN VE SİNİR CERRAHI GÖZÜYLE TIBBİ UYGULAMA HATALARI

Prof. Dr. ÇAĞATAY ÖNAL

GİRİŞ

- Nöroşirurjikal girişimler, hakkında en fazla tıbbi uygulama hatası iddiası öne sürülen disiplinlerden biridir.
- Tüm nöroşirurjiyenlerin yılda yaklaşık %20'si bir uygulama hatası iddiasının muhatabı olmaktadır (Jena AB, 2011).
- 65 yaşına gelen tüm nöroşirurjiyenler bu iddiayla karşılaşacaklardır (Jena AB,2011).



-
- Hasta ya da yakını genellikle davacı taraf olarak davalı koltuğuna bir hekimi ya da bir kurumu oturtur.
 - Davacı iddiasında savunma konumunda olanın standard tıbbi pratikten ayrılarak hastanın zarar görmesine neden olan bir ihmalinin olduğunu öne sürer.



-
- Tıbbi uygulama hatası iddiasının taban bulabilmesi için ihmalin (negligence) kanıtlanması gerekir (Steele v Provena Hospitals, 2013).
 - İhmal dört temel öge üzerinden değerlendirilir:
 - Injury (fiziksel ya da duygusal hasar)
 - Duty (kişiyi mantıkdışı bir yaralanma tehlikesinden koruma zorunluluğu)
 - Breach (ihlal / kurallara uymama)
 - Causation (nedensellik)



-
- Yargı sırasında en sık görülen ihlallerden biri aydınlatılmış onamın alınmamış olmasıdır (Larkin CJ, 2020).
 - Nöroşirurji disiplinindeki komplikasyonların büyük kısmı hekim kusurundan ziyade bu hastalardaki yüksek hasar riski ile ilintilidir.



-
- NEJM’de yayınlanan ve 40 000 hekimi içeren bir yazıya göre tıbbi kötü uygulama suçlamasına en çok maruz kalan hekim grubu %19.1 ile nöroşirurjiyenlerdir (Jena AB, 2011).
 - Kaybedilen davalarda ortalama tazminat miktarı 439146 USD’dir. (20032012) (Elsamadicy AA,2018)
 - Bu değer ortalamanın %35 üzerindedir.
 - Spinal cerrahi ile ilgili ödenen tazminatlar adet olarak daha fazla olmakla birlikte miktar olarak daha azdır (Taylor CL, 2016).
 - Cerrahide oturur pozisyon



-
- Nöroşirurjiyenler hukuki sorumluluğu hafifletmek amacıyla giderek daha fazla defansif tıbbı başvurmaktadırlar.
 - Bu ise gereksiz ve pahalı tetkiklere / girişimlere yol açmaktadır.
 - Öte yandan defansif tıp, hukuki sorumluluğu ortadan kaldırmamaktadır (Juo YY, 2019).



-
- Duke Üniversitesi – National Bureau of Economic Research işbirliğiyle incelenmiş ve PIAA'den edinilmiş (Physical Insurers Association of America) nöroşirurji uzmanlarına karşı sonuçlanmış 2131 tıbbi malpraktis iddiasında %42.1 ile en yüksek şikayet nedeni nöroşirurjiyenin perioperatif dönemdeki 'uygunsuz' tedavi hizmeti olarak görülmektedir (Elsamadicy AA, 2018).



-
- Malpraktis iddialarına en sık gerekçe gösterilen patoloji intervertebral disk hastalıklarıdır (%20.6).
 - Malpraktis iddialarına konu olan 7 şikayetten 6'sı omurga ile ilgilidir.
 - Girişim olarak adlandırılırsa laminektomiler, foraminotomiler, diskektomiler ve füzyonlar en sık şikayet nedenidir.
 - Bunun bir nedeni ABD'de spinal cerrahi uygulamalarının kranyal uygulamalara göre sayıca çok fazla olması olabilir (Elsamadicy AA,2018).



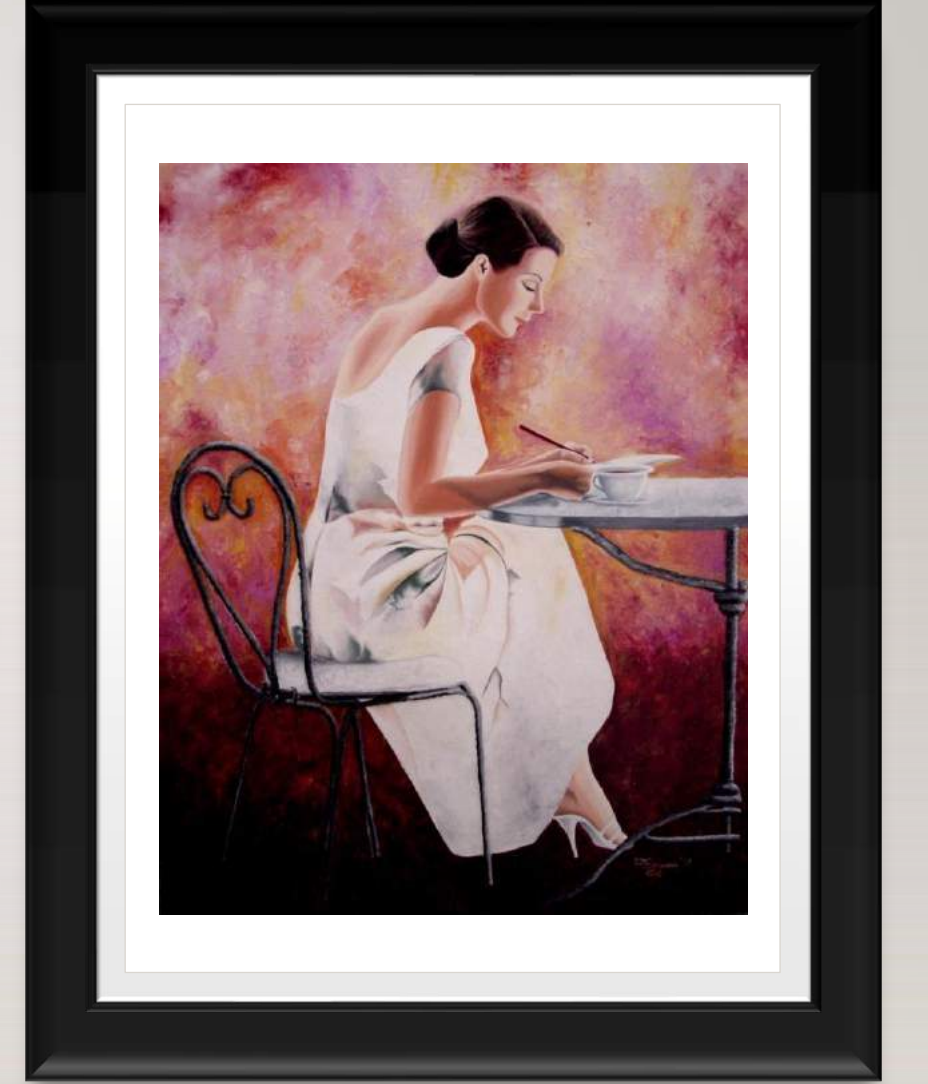
-
- The Doctors Company tarafından yapılan ve 355 tıbbi uygulama hatası iddiasını içeren çalışmada omurga ile ilgili şikayetler tüm başvuruların %52.1'ini oluşturmaktadır.
 - Nöroşirurji uzmanının perioperatif dönemde 'uygunsuz' tedavisi ile ilgili iddialar ise %77.8'dir (Taylor CL,2016).



-
- Daha düşük oranlarda olmasına rağmen kranyal işlem yapan nöroşirurjiyenlere yönelik ithamlar da mevcuttur.
 - PIAA raporlarına göre kafatasını, beyini ve meninksleri içeren girişimler sonrası yapılan malpraktis iddiaları sıklık olarak 4. sırada olup tüm başvuruların %7.8'ini oluştururlar (Elsamadicy AA, 2018).



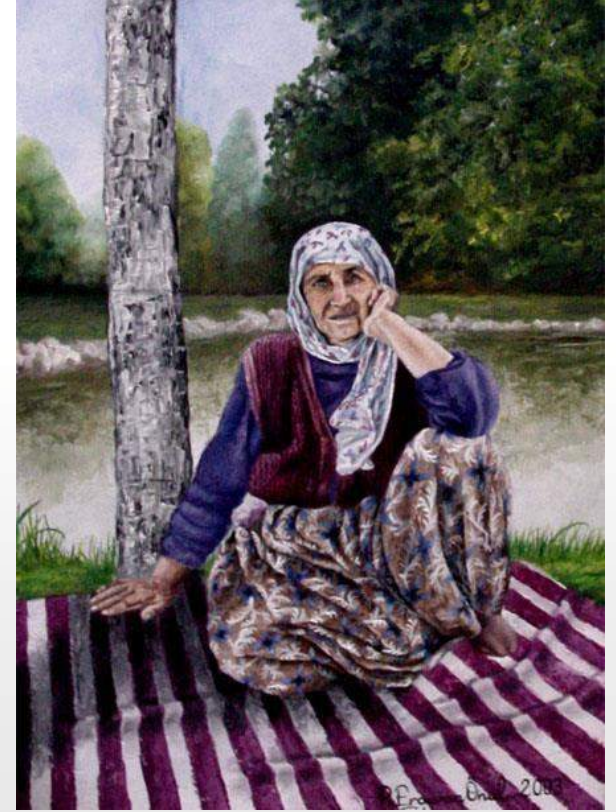
-
- Malpraktis iddiaları sadece cerrahi girişim ve ona yönelik takip ile sınırlı kalmayabilir (Haslett JJ,2019).
 - Ameliyat sonrası dönemde gelişen ve doğrudan cerrahi girişim ile ilişkili olmayan gelişmeler (ör. Akut inme tablosu) zamanında ve yerinde müdahale edilmediğinde medikolegal bir sorun nedeni olabilir (Epstein NE,2020).



-
- The Doctors Company çalışmasına göre hastanın zarar görmesine neden olan hastaya özgün durumların gözönüne alınmaması iddiası, malpraktis davalarında %16.9'luk bir dilimi oluşturmaktadır (Taylor CL,2016).
 - Üç komorbidite öne çıkmaktadır (Taylor CL, 2014):
 - Şişmanlık %8
 - Şeker hastalığı %5
 - Tütün kullanımı %5



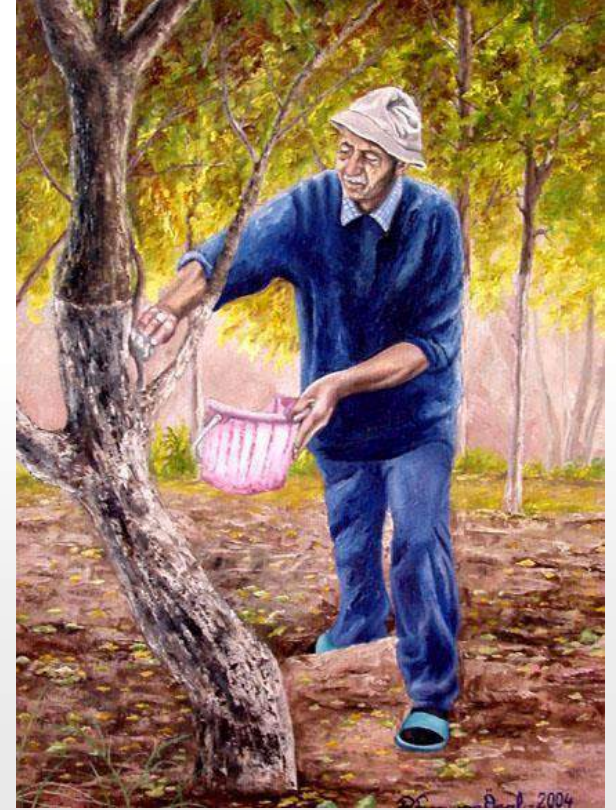
-
- Davaların %18.6'sında komorbidite faktörünün iyi değerlendirilmediği, böylece standard bakım şartlarının ihlal edildiği öne sürülmektedir (Taylor CL, 2014).
 - Roter'in çalışmasında (2006) son altı ay içinde miyokard enfarktüsü, koroner stent tatbiki ve venöz tromboembolik hadise geçirenler 'güvende olmayan' hastalar olarak değerlendirilip artmış cerrahi risk kapsamında sınıflanmalı ve ancak gerekli tedavileri tamamlandıktan sonra elektif olarak cerrahi müdahale yapılmalıdır.
 - Aksi tıbbi ihlal olarak değerlendirilir.



-
- Tıbbi malpraktis davalarının altında yatan başlıca dürtüler (Schleiter KE,2009):
 - Hekimi ya da sağlık sistemini sorumlu tutma
 - İstenmeyen sonuç için açıklama beklentisi
 - Maddi karşılık / kazanç sağlama

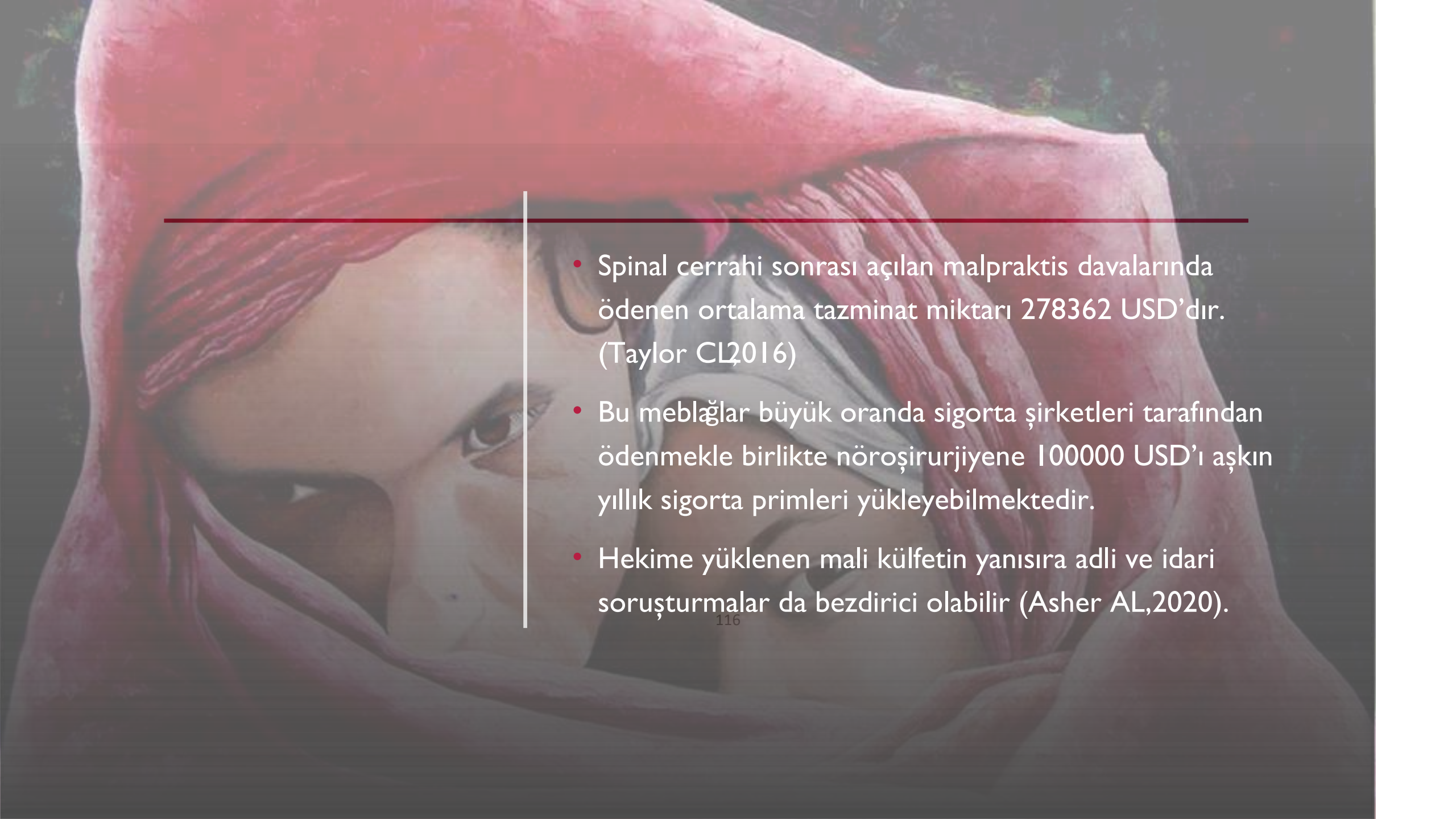


-
- Cerrahi sonuçtan bağımsız olarak hekim – hasta ilişkisi hasta / hasta yakınının yargıya gidip gitmeme kararında etkilidir.
 - İyi bir hekim – hasta ilişkisi hukuksal sürece gitmeyi engelleyebilirken kötü bir ilişki ciddi bir risk faktörüdür.
 - - Hastaların ezici bir çoğunluğu güven duygusunu hasta tatmininde en ön planda tutmaktadırlar (Roter D,2006).



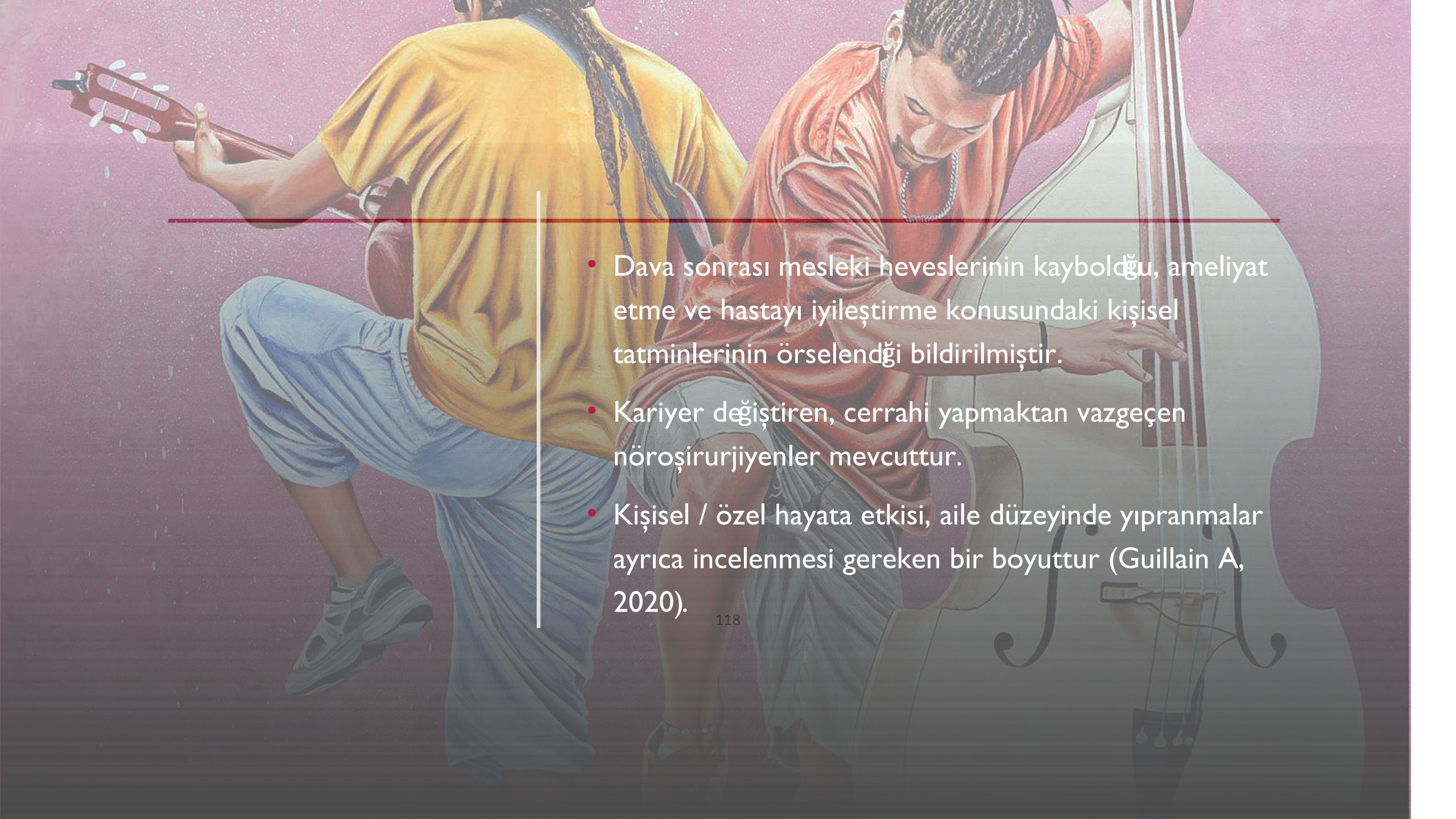
-
- Güven ihlali ile ilgili en önemli nedenler (Roter D,2006):
 - Empati eksikliği
 - Yetersiz dinleme becerisi
 - Kısa vizitler (on dakikanın altında)
 - Tıbbi durumun, tedavi seçeneklerinin ve/veya yapılmış olan tedavinin gidişatı ya da ileri süreci hakkında yetersiz bilgilendirme



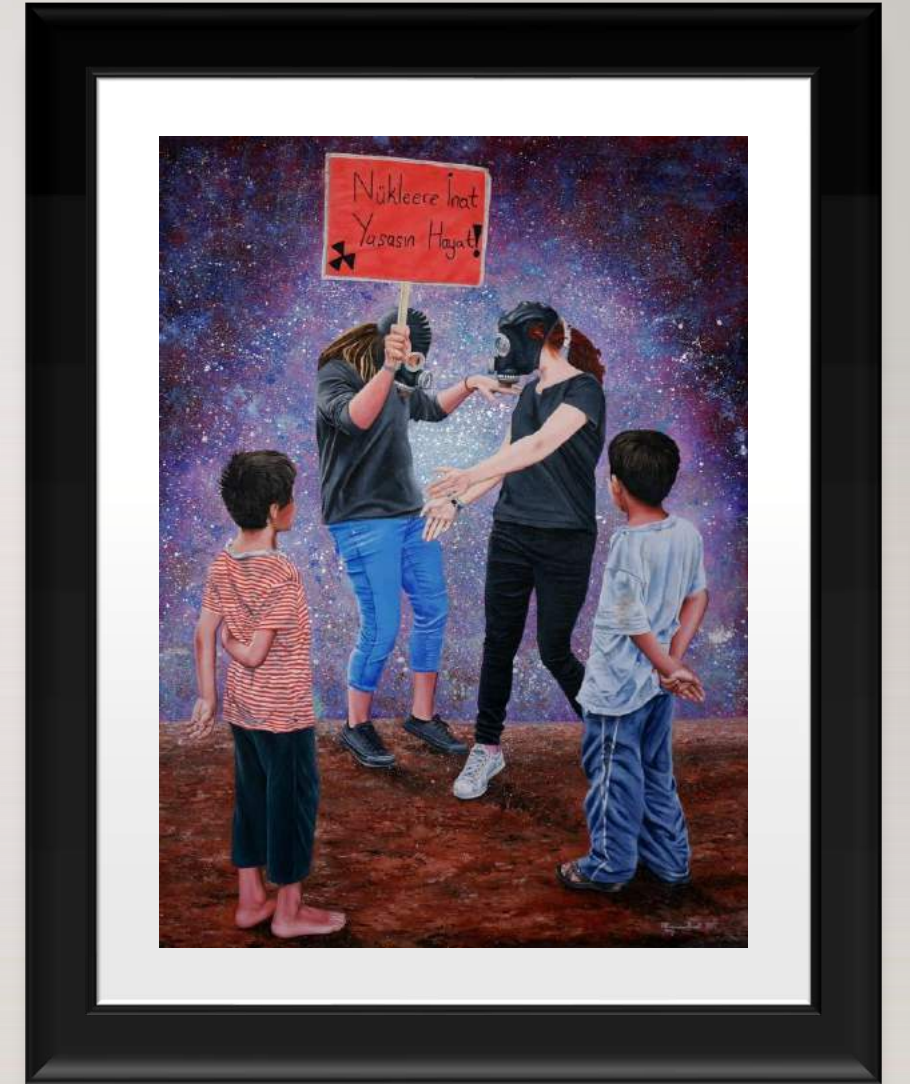
- 
- Spinal cerrahi sonrası açılan malpraktis davalarında ödenen ortalama tazminat miktarı 278362 USD'dir. (Taylor CL2016)
 - Bu meblağlar büyük oranda sigorta şirketleri tarafından ödenmekle birlikte nöroşirurjiye 100000 USD'ı aşkın yıllık sigorta primleri yükleyebilmektedir.
 - Hekime yüklenen mali külfetin yanısıra adli ve idari soruşturmalar da bezdirici olabilir (Asher AL,2020).

-
- Kötü mali sonuçlar sosyal medya yoluyla azalan saygınlığa ve kötüleşen sosyal ve mesleki ilişkilere neden olabilir (Hickson GB,2007).
 - 23 nöroşirurji uzmanı üzerine yapılan bir çalışmada malpraktis davalarının en ağır sonuçlarından birinin 'mesleki hüsrân' olduğu bildirilmiştir (Guillain A, 2020).



- 
- Dava sonrası mesleki heveslerinin kaybolduğu, ameliyat etme ve hastayı iyileştirme konusundaki kişisel tatminlerinin orselendđi bildirilmiştir.
 - Kariyer değiştiren, cerrahi yapmaktan vazgeçen nöröşirurjiyenler mevcuttur.
 - Kişisel / özel hayata etkisi, aile düzeyinde yıpranmalar ayrıca incelenmesi gereken bir boyuttur (Guillain A, 2020).

-
- Giderek kötüleşen çalışma şartları ve tazminat kaygıları nedeniyle nöroşirurjiyenlerin önemli bir kısmı defansif tıba yönelmektedir.
 - Defansif tıp uygulamaları; tali laboratuvar testleri, görüntülemeler, ilaç tedavileri, ek konsültasyonlar, hatta endikasyonların esnetilerek ek cerrahi girişimlere yönlendirme çabalarını kapsayabilir.
 - Bu uygulamalar lüzumsuz ek tıbbi harcamalarla sonuçlanmaktadır.



-
- Bu uygulamalar ABD’de %20’lik ekstra bir mali külfet getirmektedir (McCarthy M,2015).
 - Bu da refaha ayrılan bütçenin küçülmesi demektir.
 - American Board of Neurosurgeons bünyesindeki 1026 üyenin değerlendirildiği bir çalışmada spinal cerrahi ile uğraşan cerrahların bu alanla uğraşmayanlara göre üç kat daha fazla defansif tıp uygulamalarına başvurduğu saptanmıştır. (Din RS, 2017).



PÜF NOKTALARI

- İhmal dört temel öge üzerinden değerlendirilir:
 - Injury (fiziksel ya da duygusal hasar)
 - Duty (kişiyi mantıkdışı bir yaralanma tehlikesinden koruma zorunluluğu)
 - Breach (ihlal / kurallara uymama)
 - Causation (nedensellik)

PÜF NOKTALARI

- Malpraktis davalarındaki en önemli etken kötü hasta hekim ilişkileridir.
- Nöroşirurjiyenler diğer branş mensupları arasında malpraktis davalarına muhatap olmaları açısından en ön sıralardadır (yıllık %19.1).
- ABD’de sonlanmış bir nöroşirurji malpraktis davasında ortalama tazminat 440 bin USD düzeyindedir.
- En çok spinal patolojilere yönelik girişimler dava konusu olmaktadır.



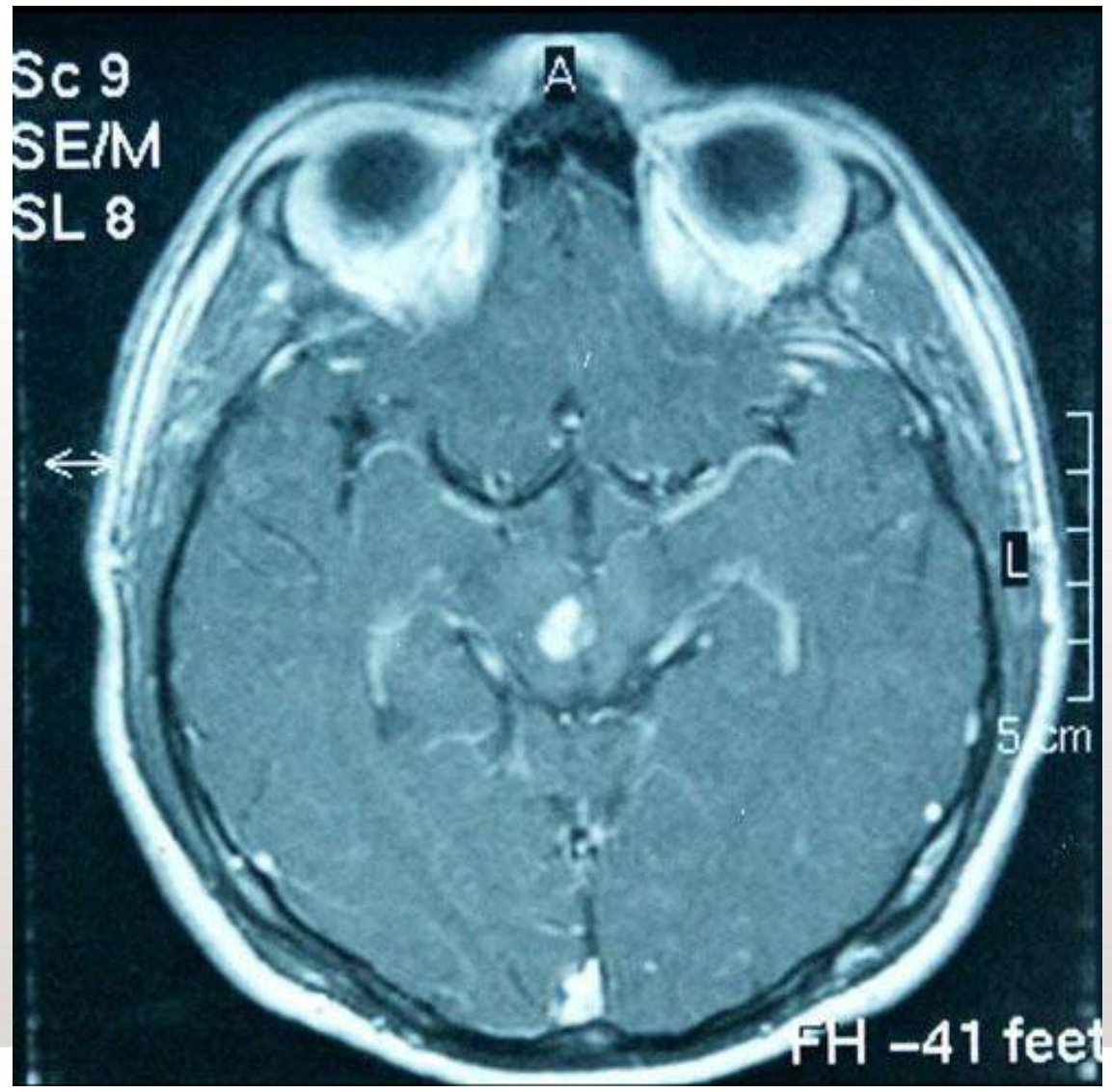
OLGULAR

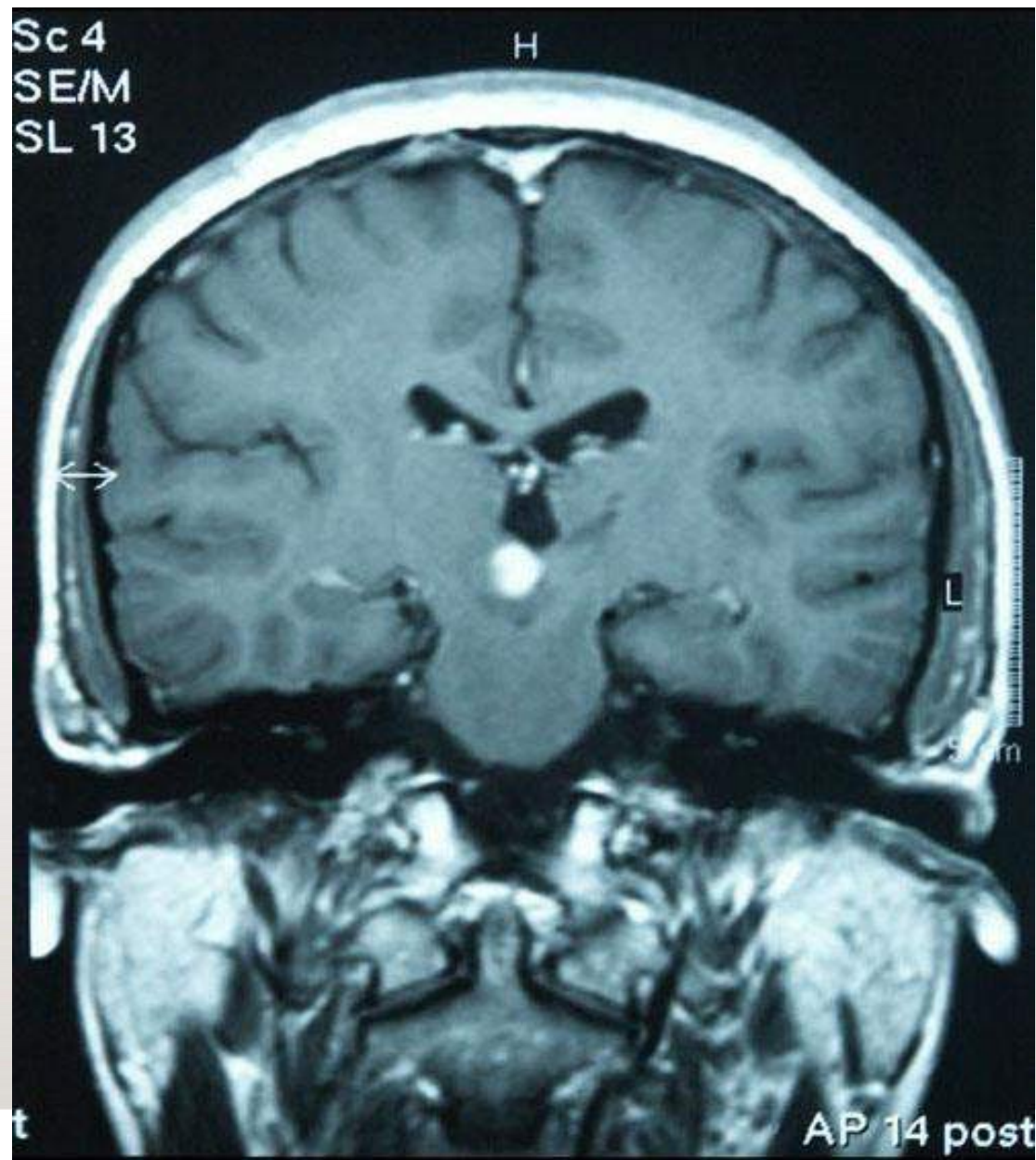
OLGU - 1

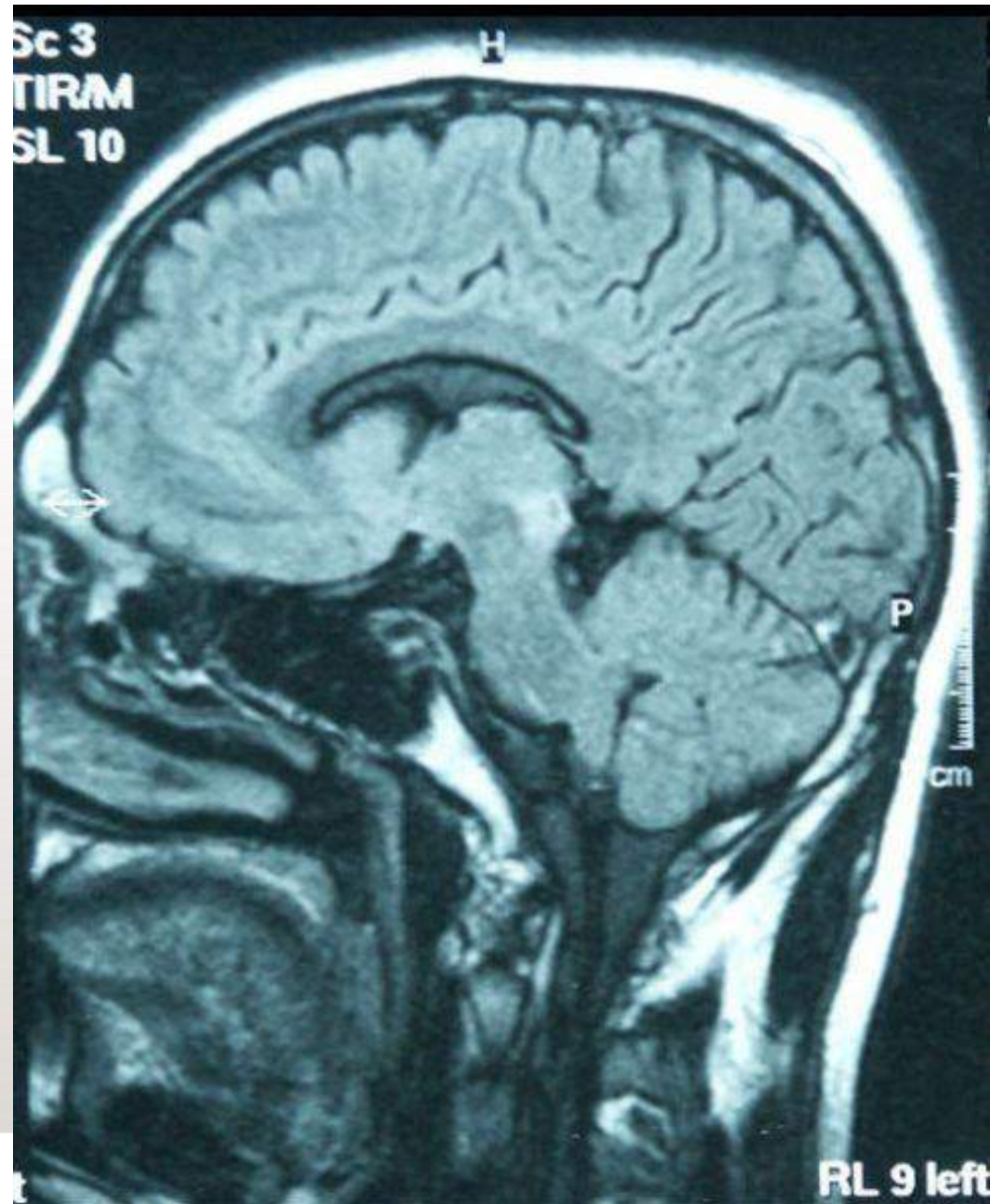
- 16 yaşında erkek hasta
- Son onsekiz ayda kognitif gerileme / yıkım
- Son on ayda hareket etme (bilizasyon) yeteneğini kaybetme
- Son altı ayda nazogastrik tüp ile beslenme
- İki üniversite hastanesi ve biri araştırma hastanesi olmak üzere üç güvenilir klinikten MULTİPL SKLEROZ tanısı
- Değişik aralıklarla puls steroid tedavi

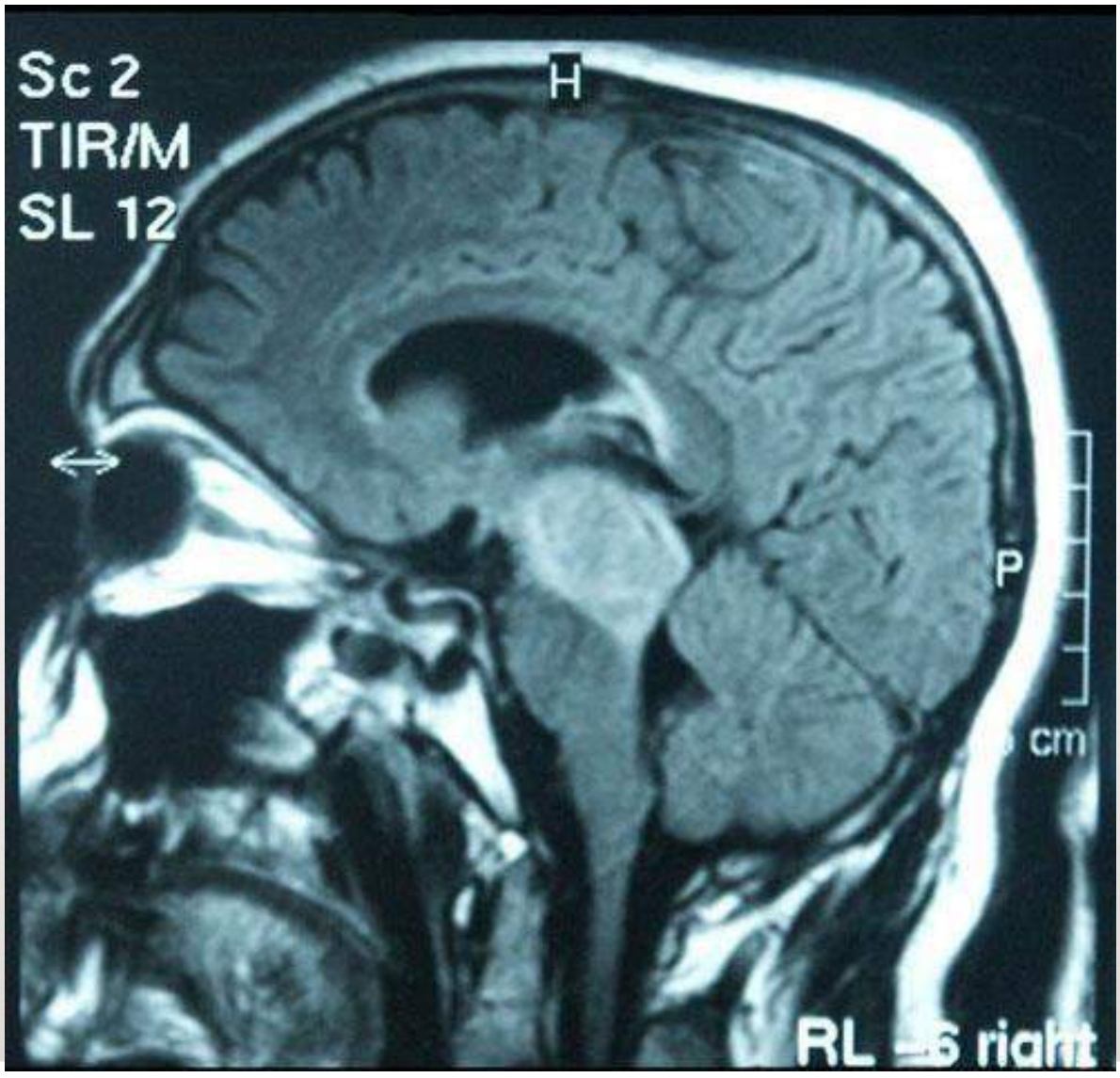
-
- Nöroşirurji Kliniğine sebat eden radyolojik lezyon ve bilinç düzeyi geriliği nedeniyle konsültasyon
 - Yoğun bakımda persistan vejetatif tablo
 - GCS: 6 (E1M4V1), iki yanlıkstansör TDR

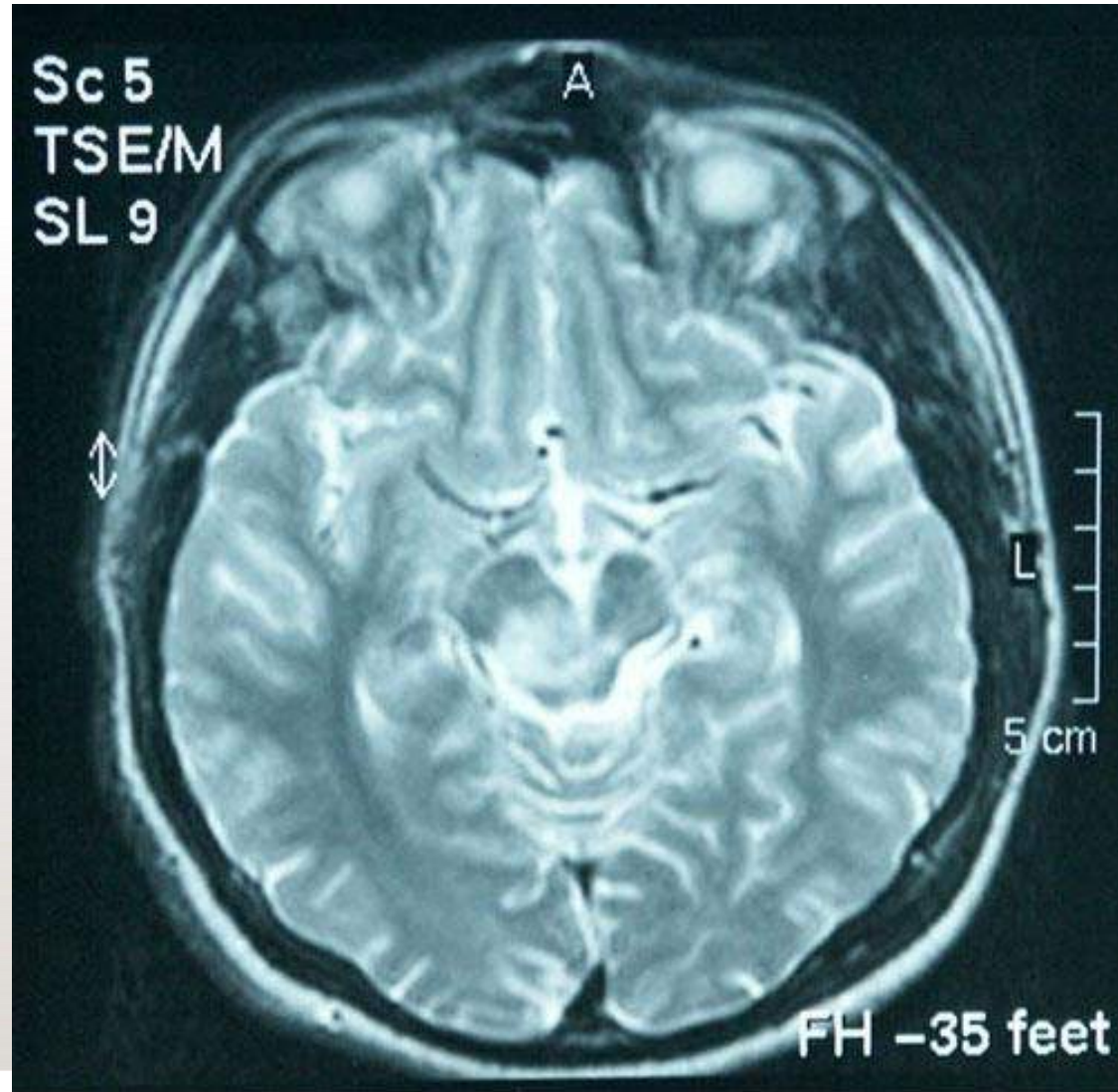


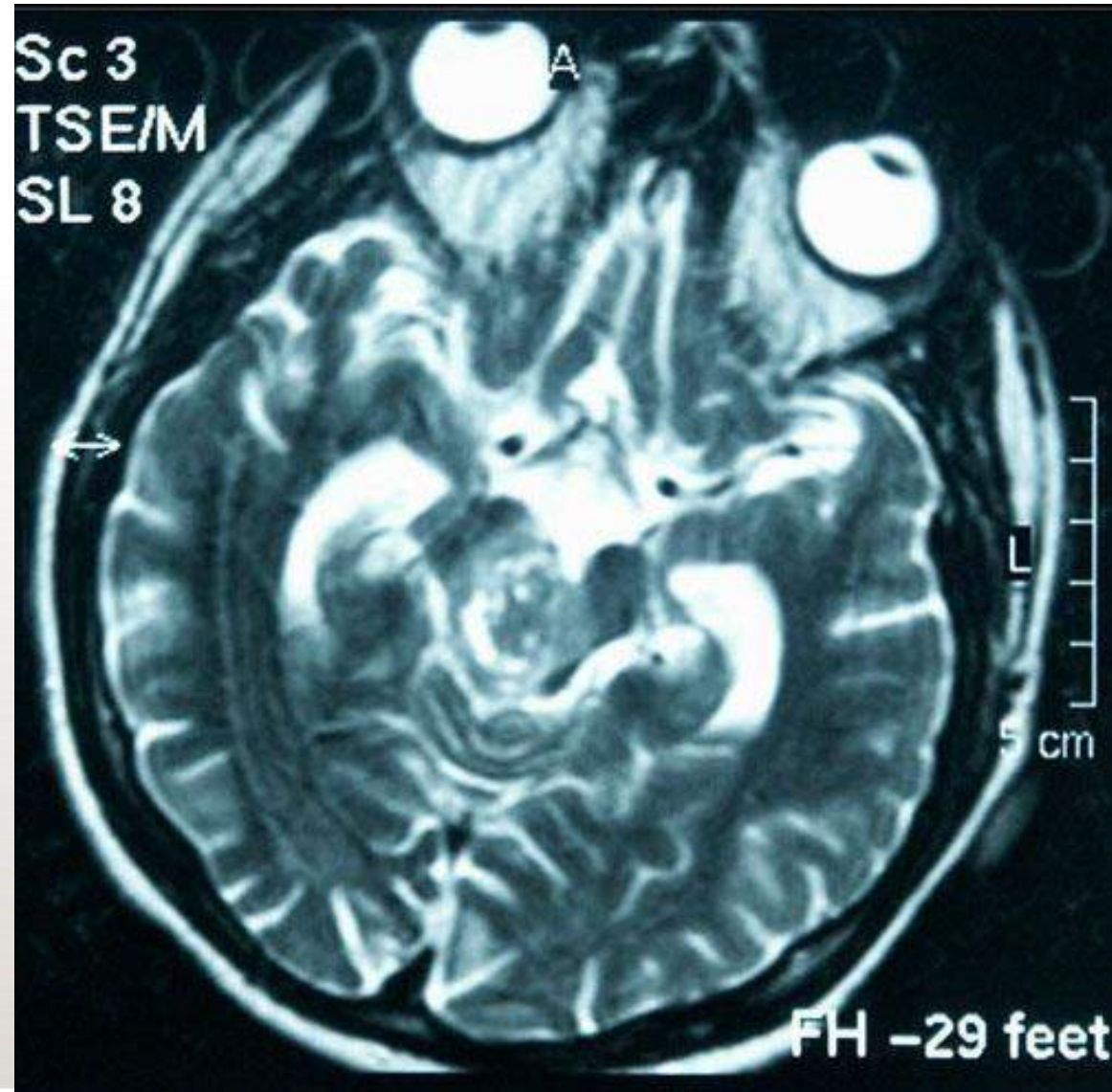


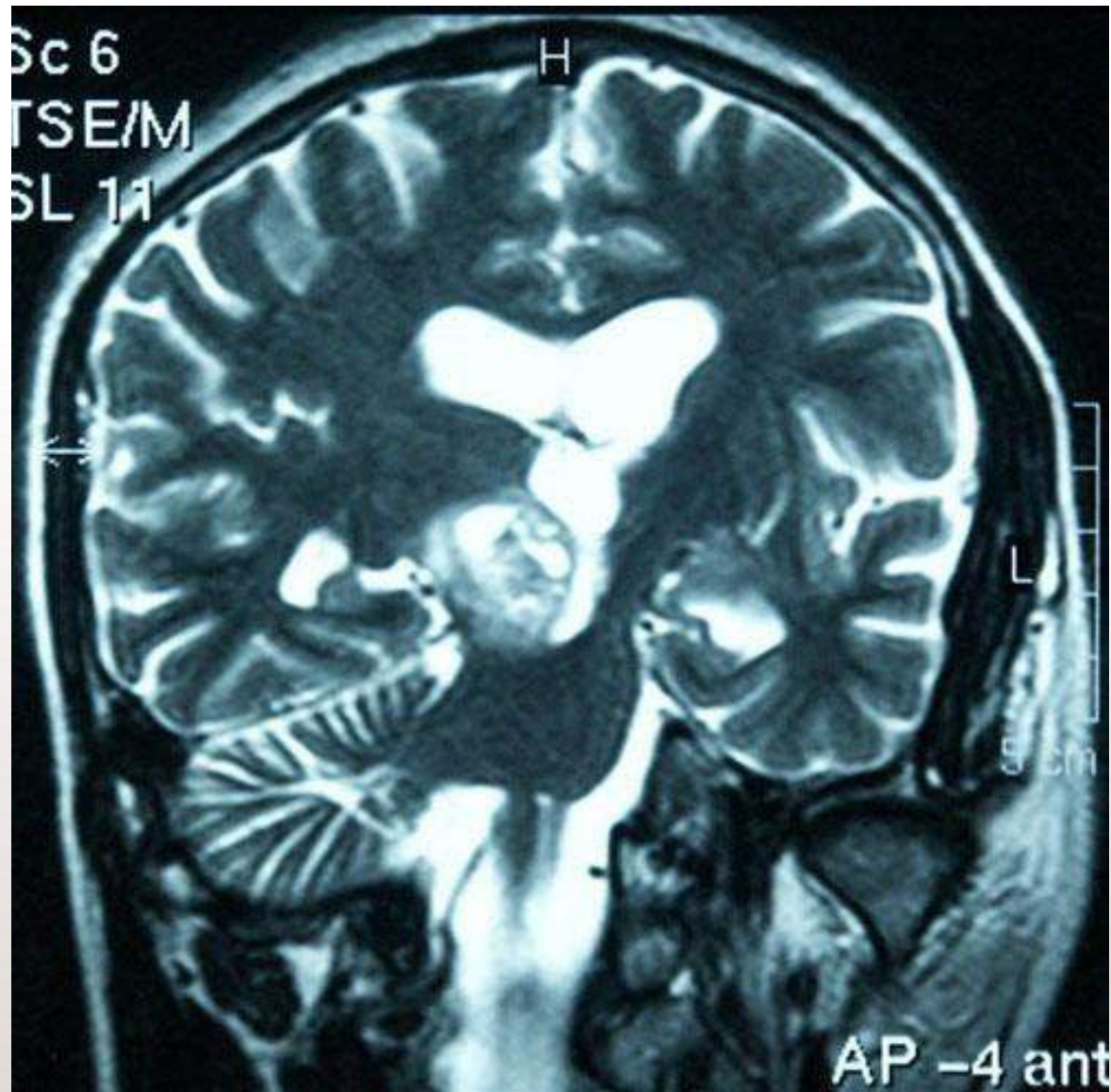


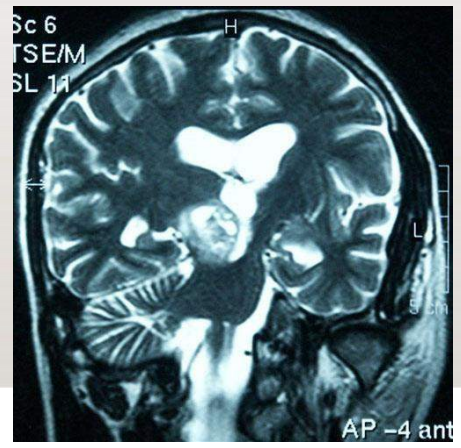
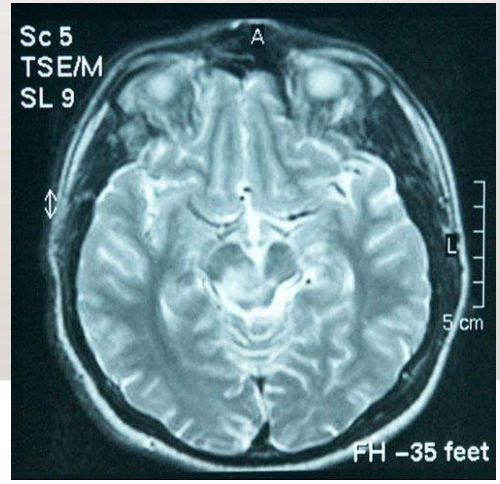
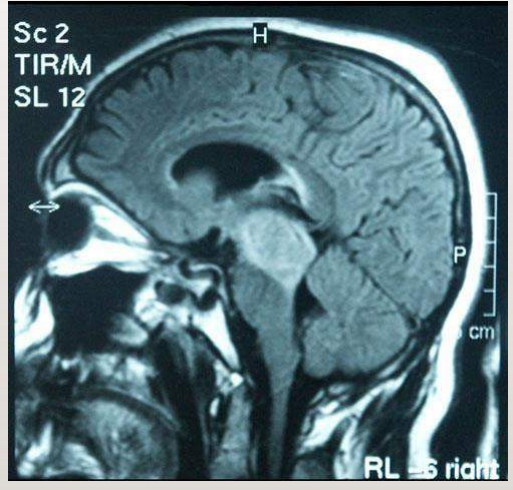
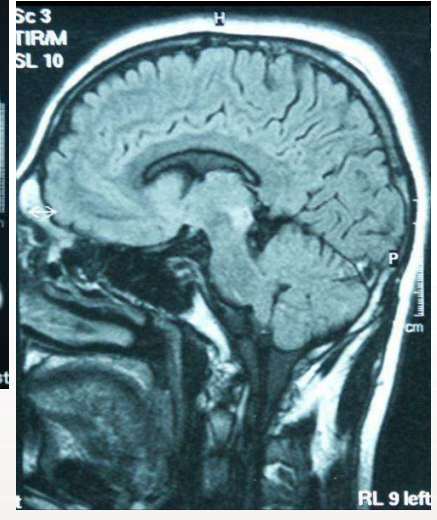
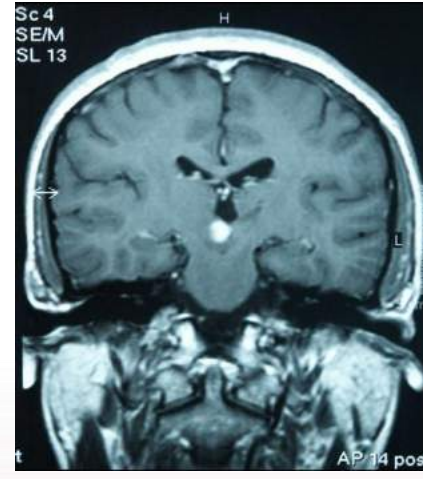
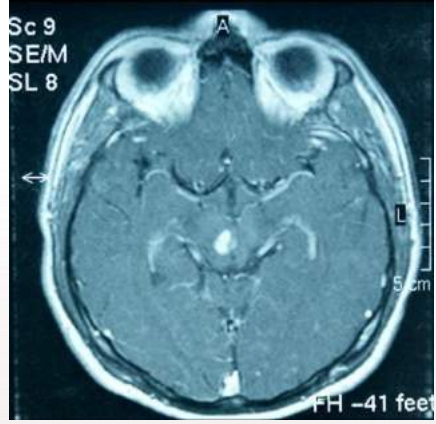


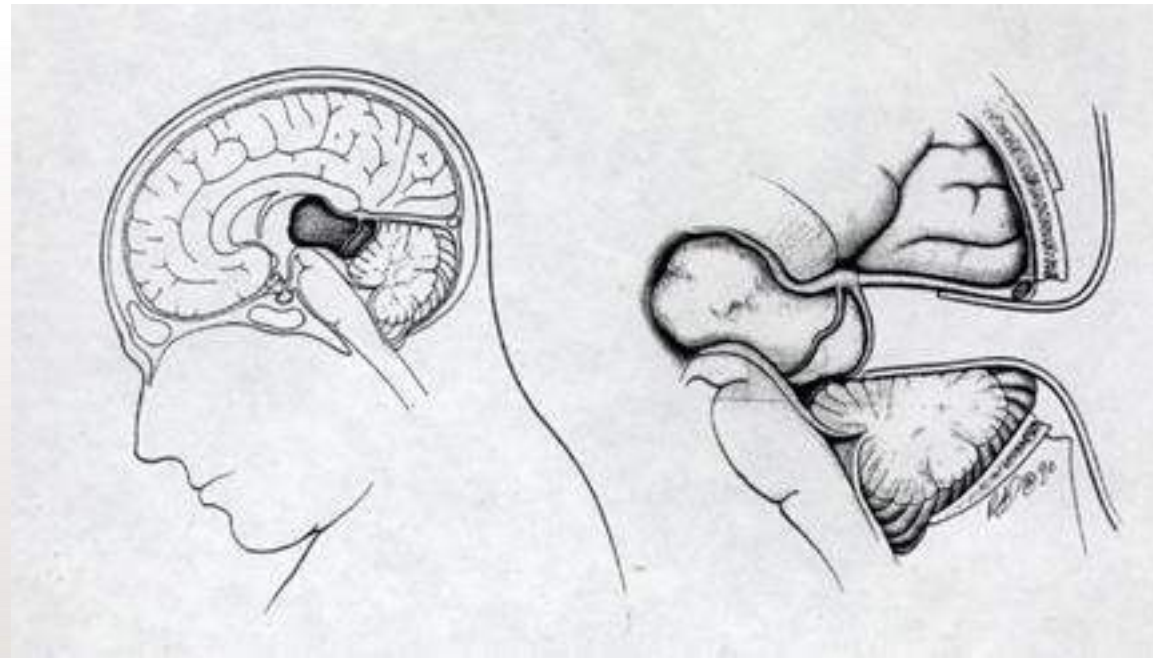




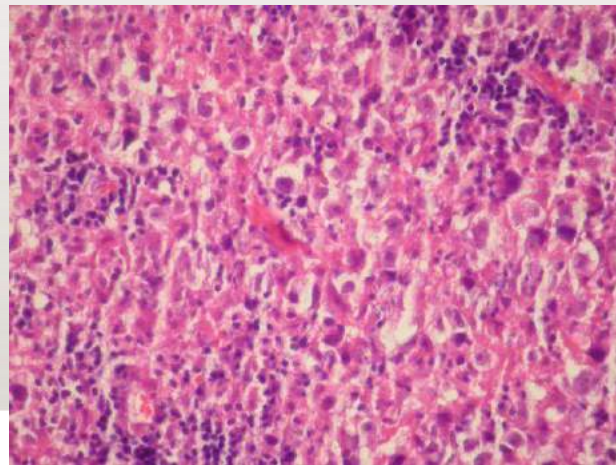
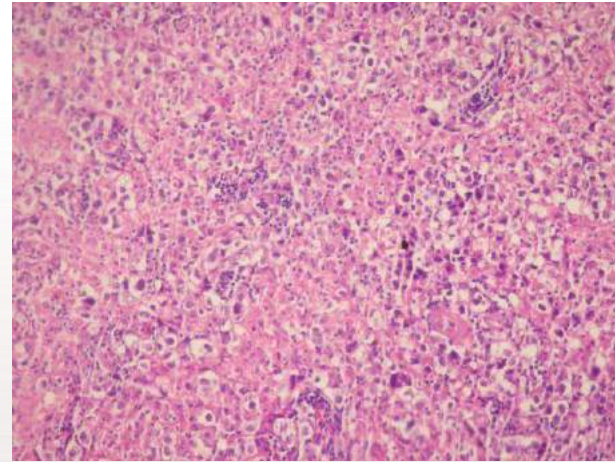
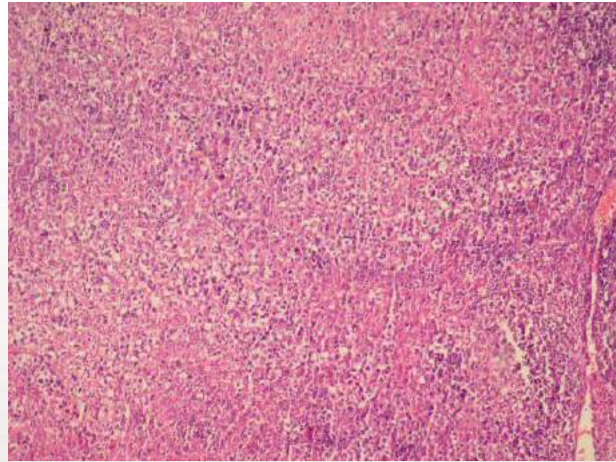








GERMINOMA



İKİLİ PATOLOJİ (DUAL PATOLOJİ)

- MULTIPL SKLEROZ
- GERMINOMA

MESAJ

- HASTADA BİRDEN FAZLA PATOLOJ OLABİLİR....
- ETİKETLERE KANMA...
- DOĞRU OLABİLİR.... YANLIŞ OLABİLİR.... EKSİK OLABİLİR....

OLGU -2

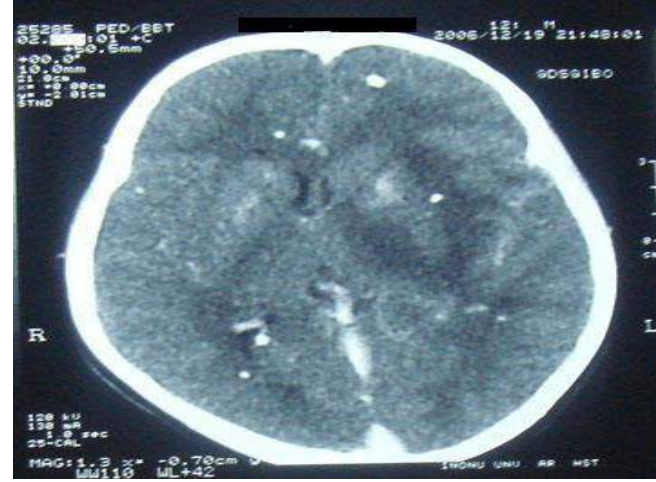
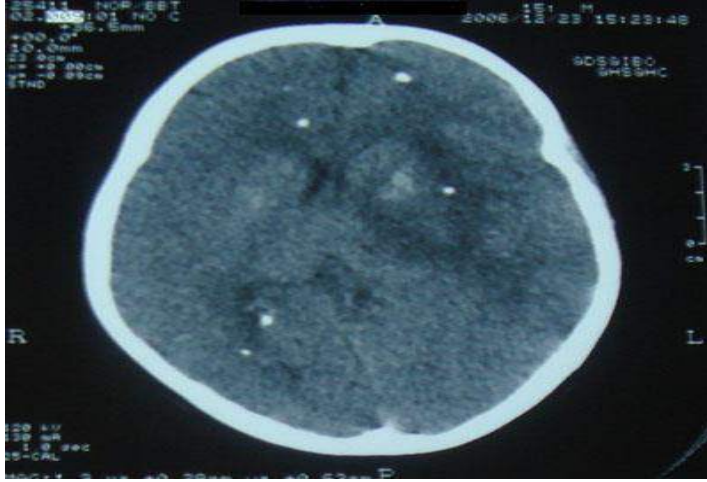


A.D.

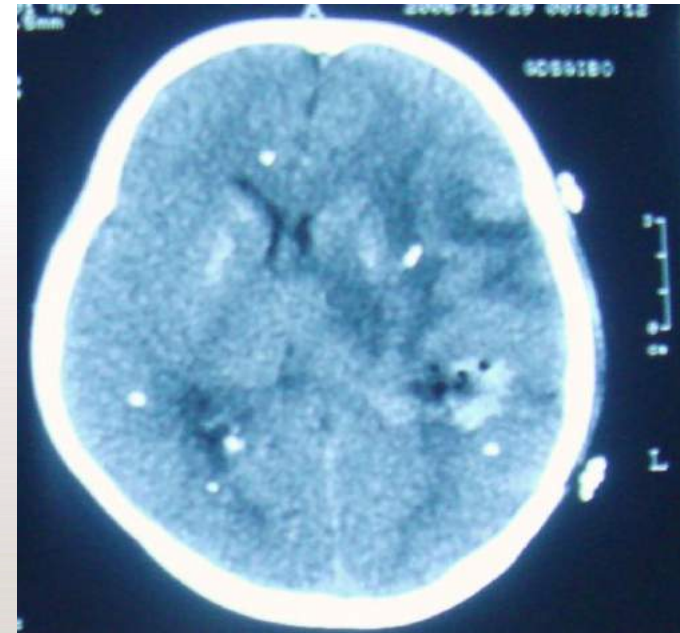
- 16 yaşında sendromik erkek çocuk
- Gelişme geriliği
- Mikrosefali
- Mikroftalmi
- Fanconi aplastik anemisi
- Sağ başparmak yokluğu
- Rudimenter sol başparmak
- Sol metakarp agenezisi

-
- Sol kulak kepçesi atrezisi
 - Sağ kulak kepçesi hipoplazisi
 - İki taraflı doğuştan sağırlık
 - İnmemiş testis
 - Son bir haftada mükerrer nöbet

KLİNİK ÖYKÜ: Bilinç açık, bir haftadır süregelen kapsüler tip sağ hemiparezi



-
- Kranyotomi
 - Mikrocerrahi biopsi

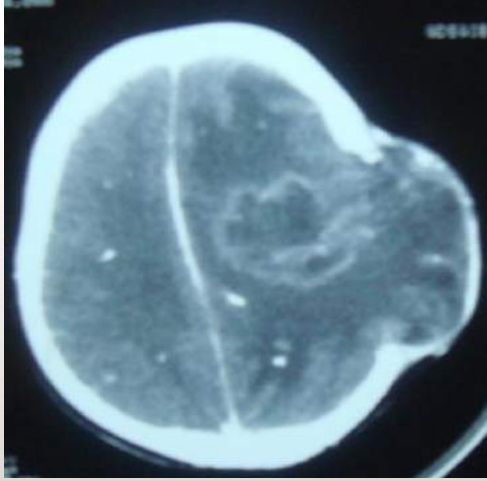


TANI:

- Histopatolojik tanı: NEKROTİZAN ENSEFALİT ve ABSE FORMASYONU

- Kültür (-)
- Tümör (-)
- Kemik iliği aspirasyon bulguları: Fankoni anemisi ile uyumlu

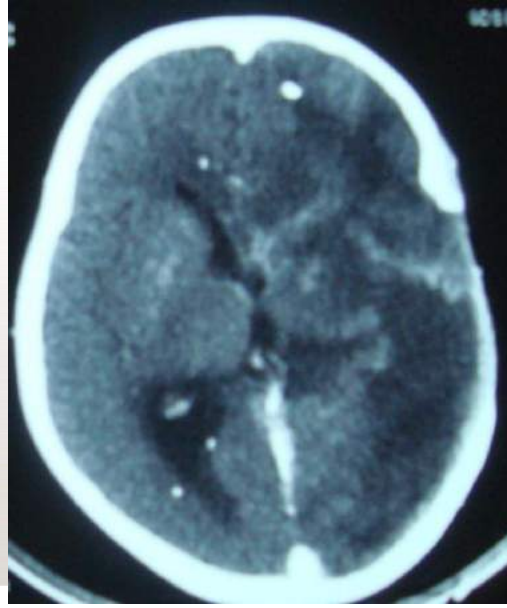
YİRMİ GÜN SONRA...



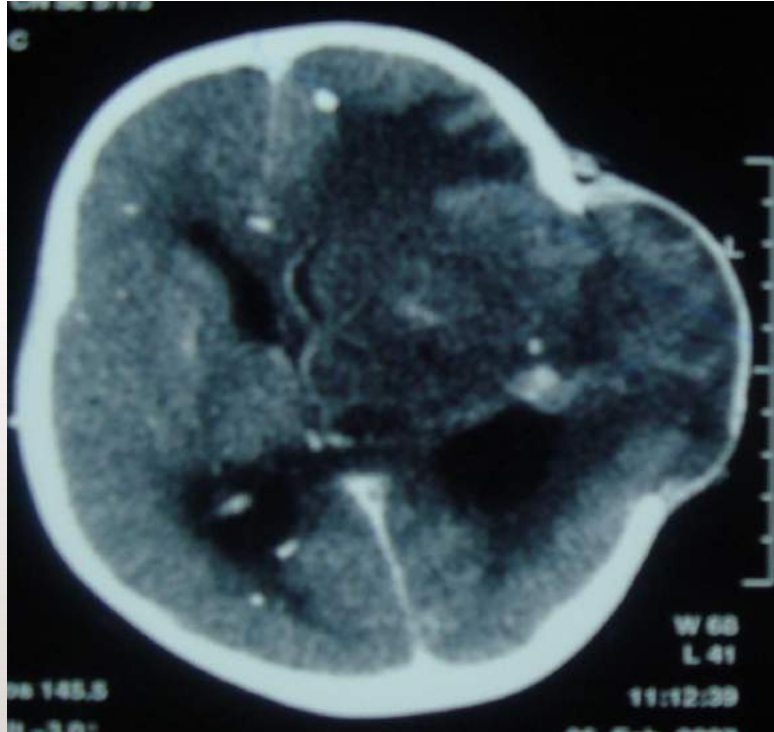
CERRAHİ (2.REZEKSİYON)

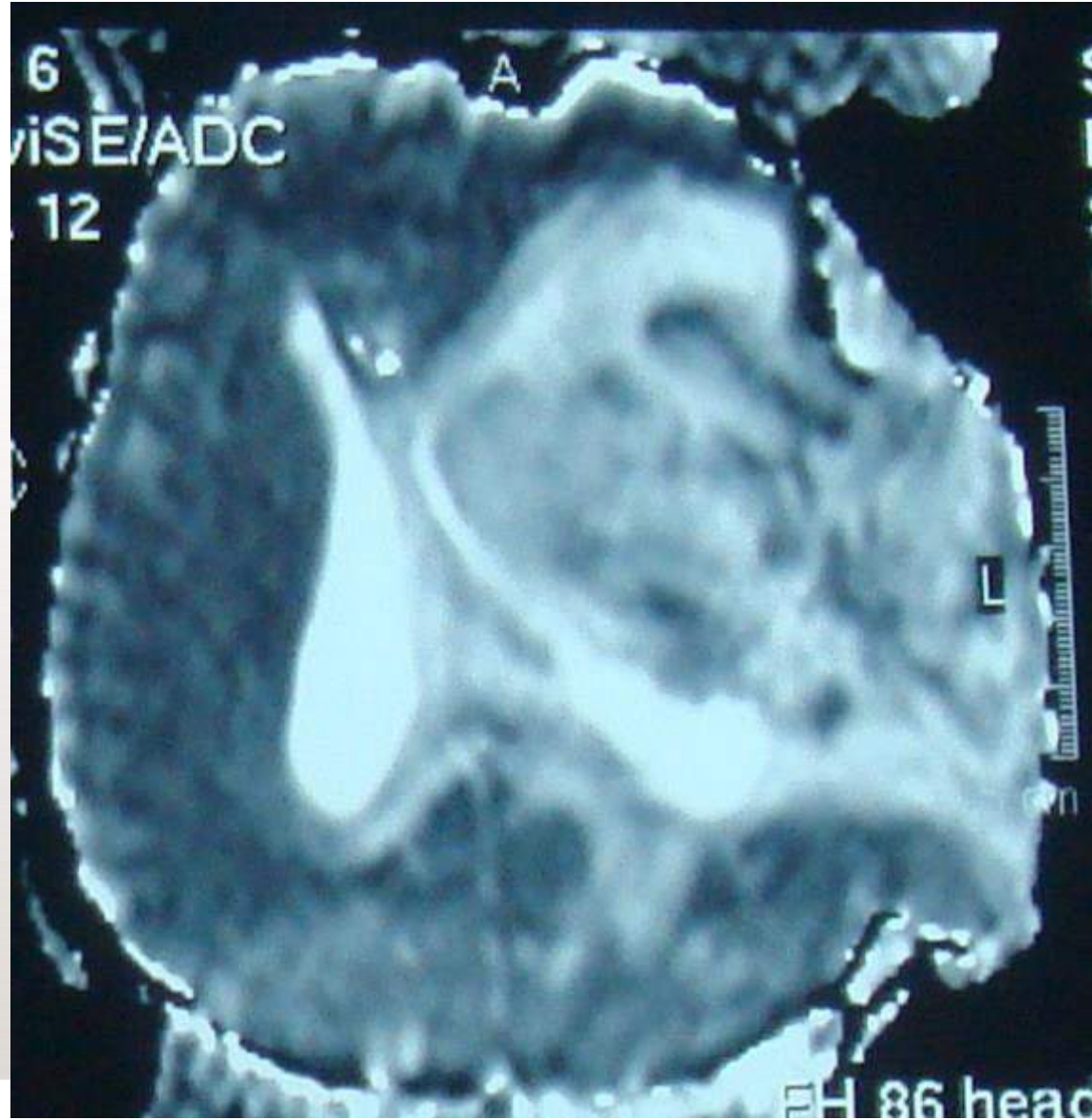
- Histopatolojik tanı: Nekrotizan ensefalit ve difüz beyin ödemi
- Bazı serolojik testlerde titrasyon yüksek
- Medikal tedavi

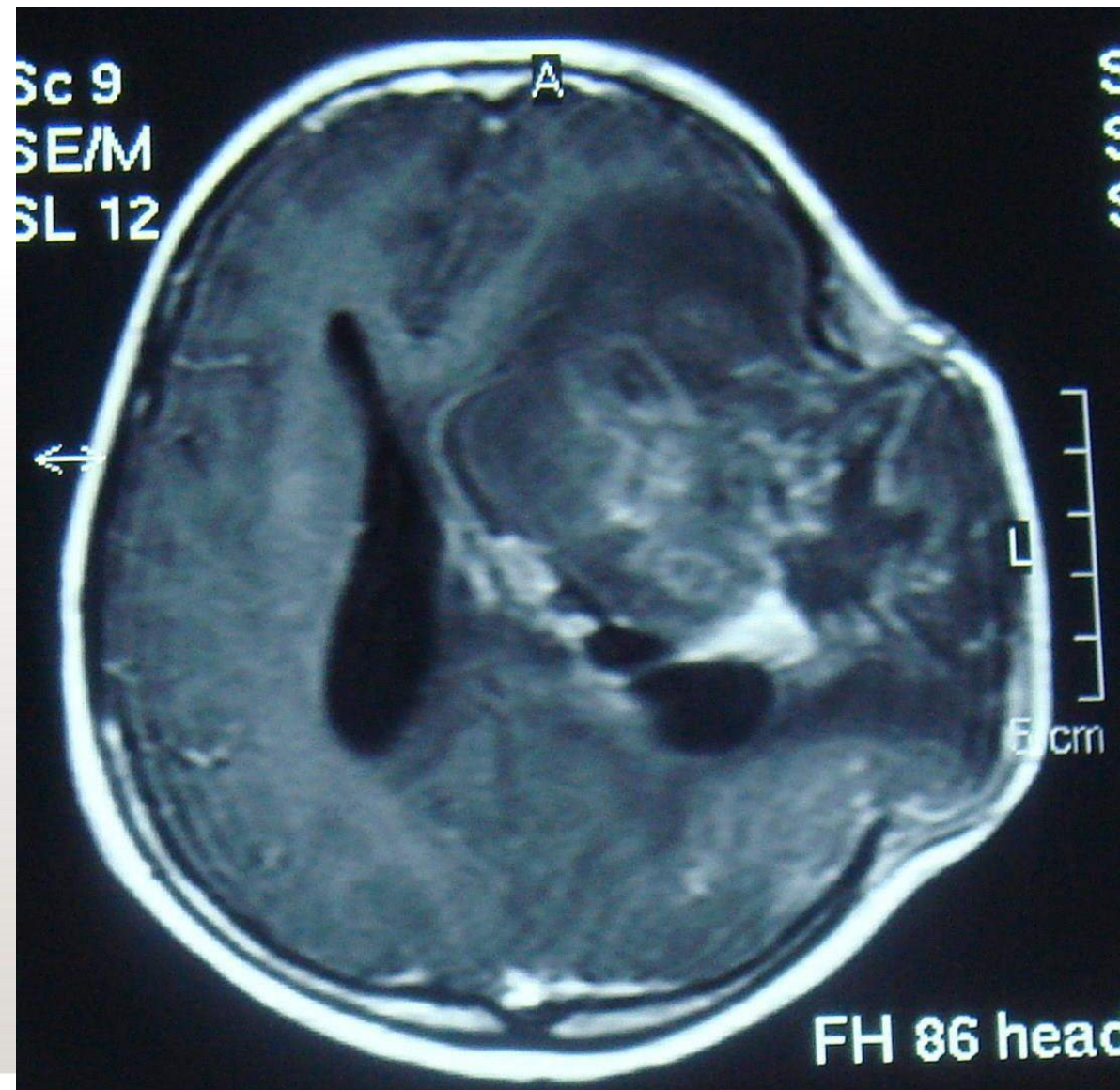
BİR AY SONRA



YİRMİBEŞ GÜN SONRA...







Sc 9
SE/M
SL 12

A



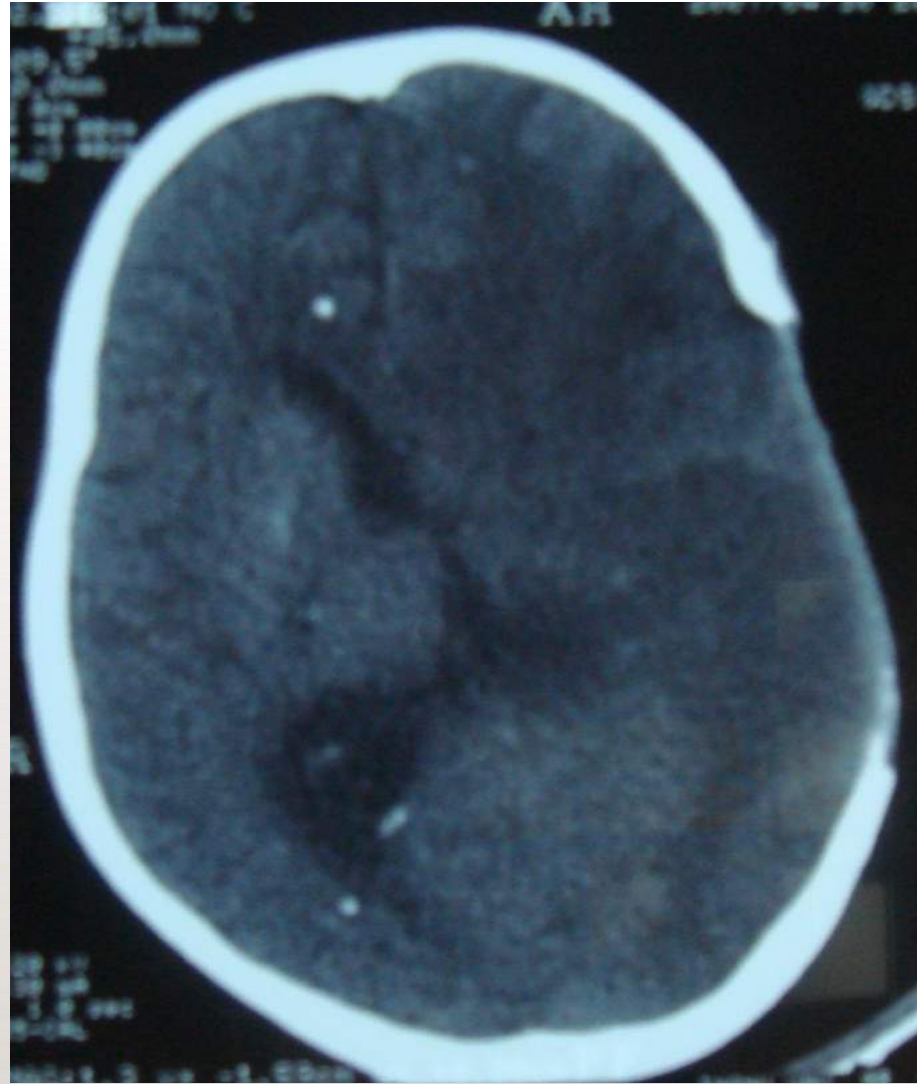
FH 86 head

(CERRAHİ - 3. REZEKSİYON)

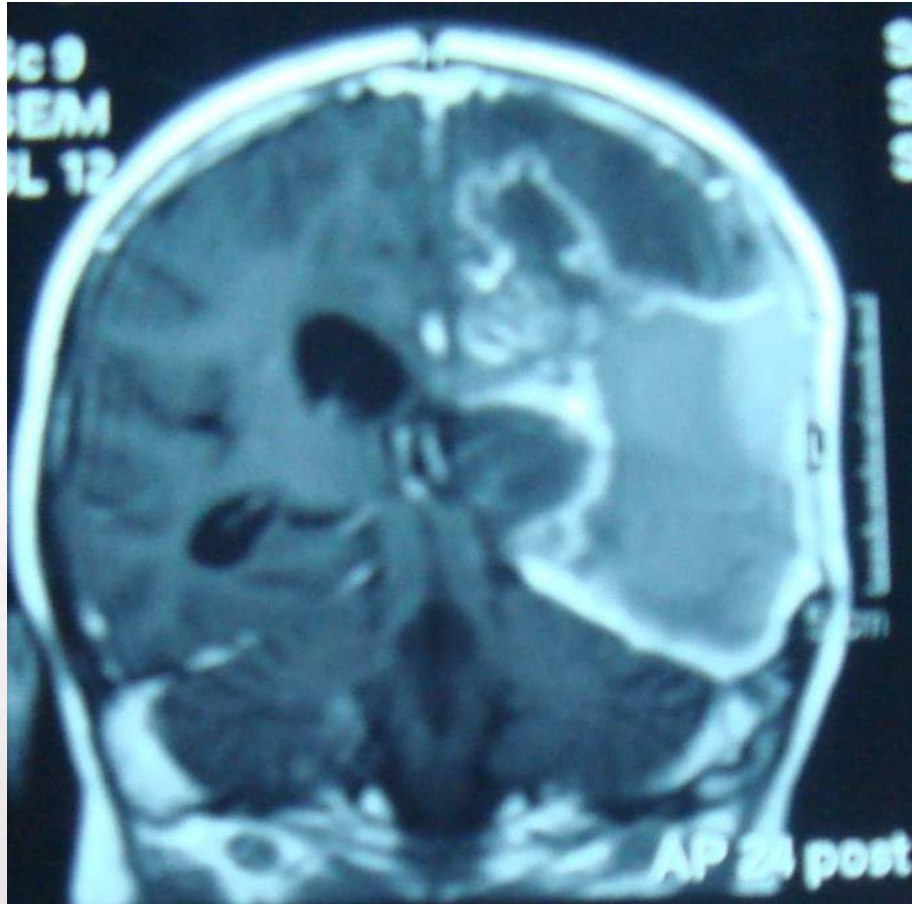
HİSTOPATOLOJİKTANI:

DİFÜZ BEYİN ÖDEMİ

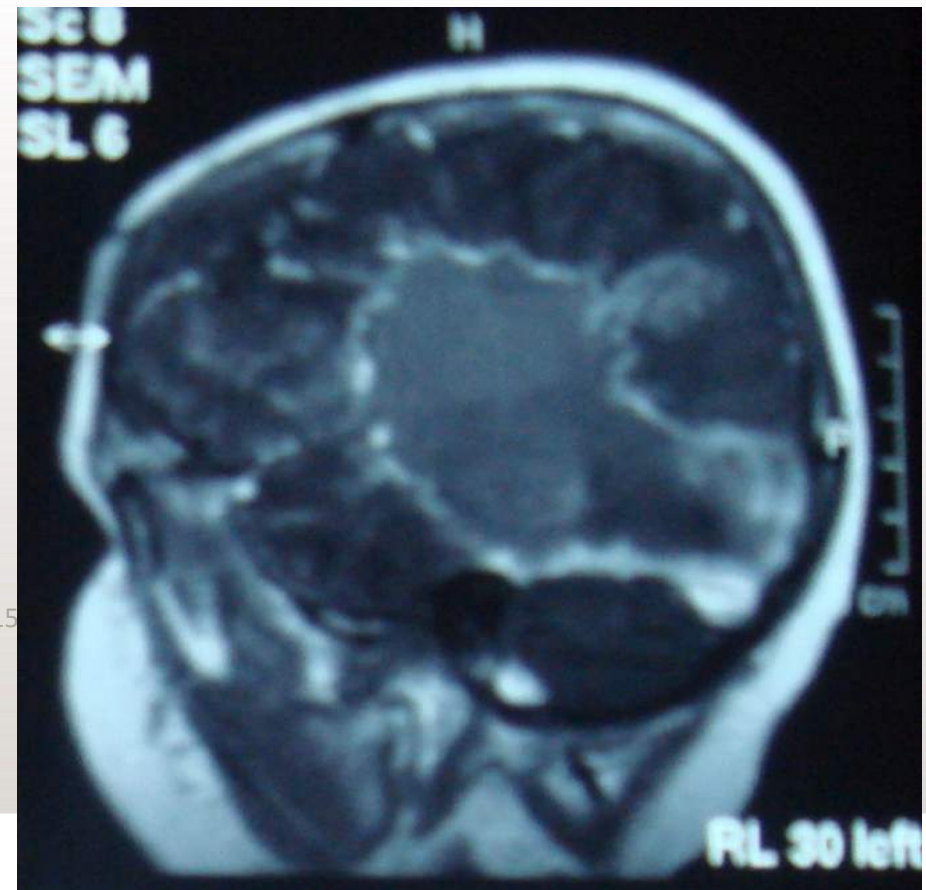
BİR AY SONRA...



YİRMİBEŞ GÜN SONRA...



15



-
- Klinik tabloda kötüleşme
 - Derin koma
 - Eksitus

T A N I : TOKSOKARA KANİS

- HASTALIK ATİPİK SEYİR GÖSTERİYORSA ENDER HASTALIKLARI DA DÜŞÜN....

Kardiyovasküler Cerrahi Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı

Prof. Dr. Nevzat Erdil

İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Malatya

Günümüzde, teknoloji ve tıptaki gelişmelere paralel olarak Kalp Damar Cerrahisi ameliyatları düşük mortalite ve morbidite oranları ile gerçekleştirilmesine rağmen Kardiyovasküler hastalıkların yüksek riskli doğası ve son yıllardaki yüksek hasta beklentisi nedeniyle sonuç her zaman tatmin edici olamamakta ve kozmetik amaçlı yapılan müdahalelerde bile adli sürece yansıyan şikayetlere yol açabilmektedir.

Özellikle komorbid hastalıkların eşlik ettiği yüksek riskli hastalarda Kardiyovasküler cerrahi müdahaleleri her ne kadar mümkün hale gelse de, mortalite ve komplikasyon oranları belirli bir düzeye kadar indirilebilmektedir. Bu tip yüksek komorbiditesi olan hastalarda öncelikle operasyonun gerekliliği (endikasyon) ve takiben preoperatif değerlendirme, operasyon tipi, intraoperatif yaklaşım ve postoperatif takip önemlidir. Hasta ve hasta yakınlarının her aşamada doğru bilgilendirilmeleri ve gerektiğinde onamlarının alınması, hastanın tanı ve tedavisinde görev alan tüm ekibin titizlikle takip edilmesi, ayrıca hasta verilerinin arşivlenmesi büyük önem arz etmektedir.

Tıp teknolojisindeki gelişmeler ile tanı ve tedavide ileri tekniklerin kullanılmasına rağmen Kalp Damar Cerrahlarının şikayet edilme oranı gün geçtikçe artmaktadır. Kardiyovasküler cerrahi eğitiminin ve tekniklerinin optimize edilerek hekim hatalarının önüne geçilmesinin yanı sıra hasta ve yakınlarının bu tip yüksek riskli ameliyatların olası komplikasyonları ve seyri hakkında detaylı bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması malpraktis şikayet oranlarının azalmasında etkili olabilir.

Anestezi ve Reanimasyon Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
Dr. Öğr. üyesi ilker Coşkun Ordu Üni. Tıp Fak. Eğit. Arş. Hast.
Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD.

Anestezi

- İlk kez Yunan filozof, *Dioscorides*

AN → “olumsuzluk” ön eki

ESTEZİ → his, duyu



ANESTEZİ
Duyarsızlık
Hissizlik

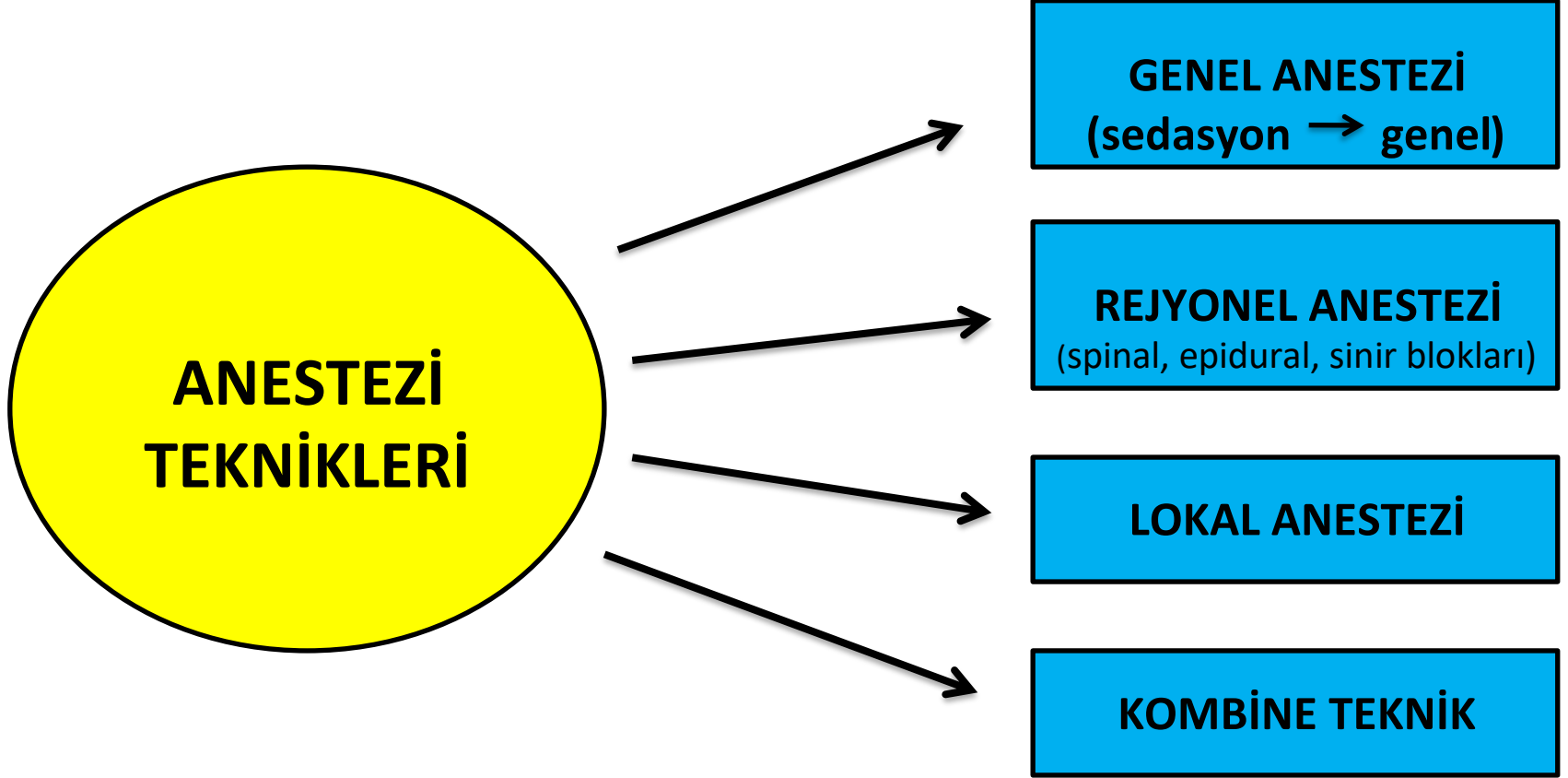
Anestezi; hastaya cerrahi girişimin sağlıklı ve konforlu bir şekilde yapılmasını sağlayan duyusuzluk hali

Anestezinin Amaçları

- Amnezi oluşturmak (Bilinç kaybı)
- Analjezi sağlamak (Ağrısızlık)
- Arefleksi sağlamak (Refleks yanıtın baskılanması)
- Kas gevşemesi



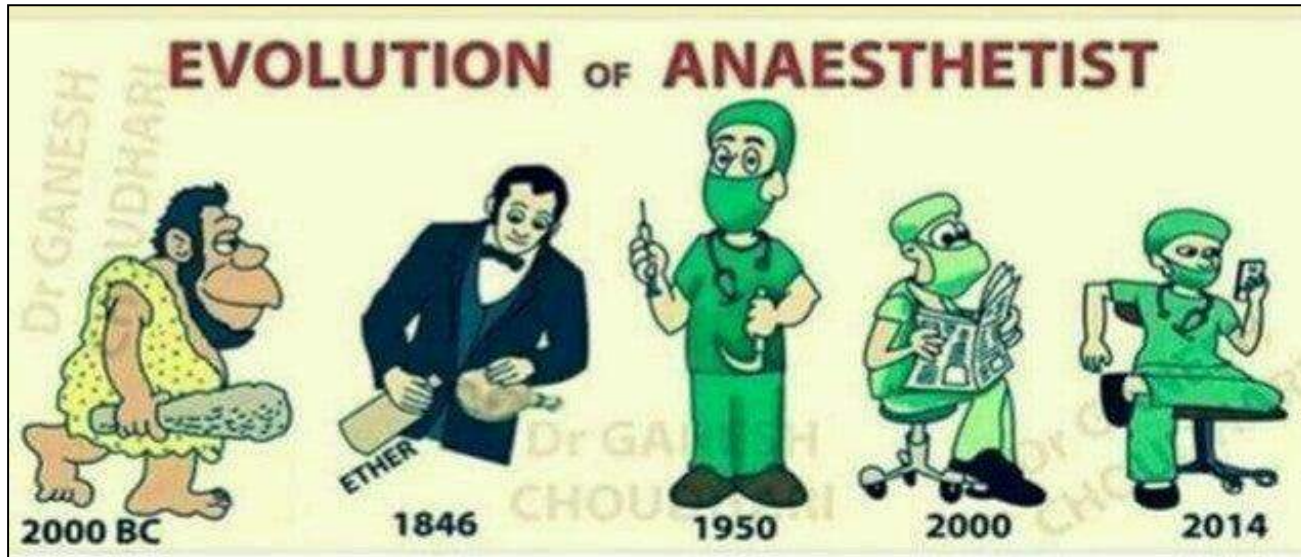
Anestezi



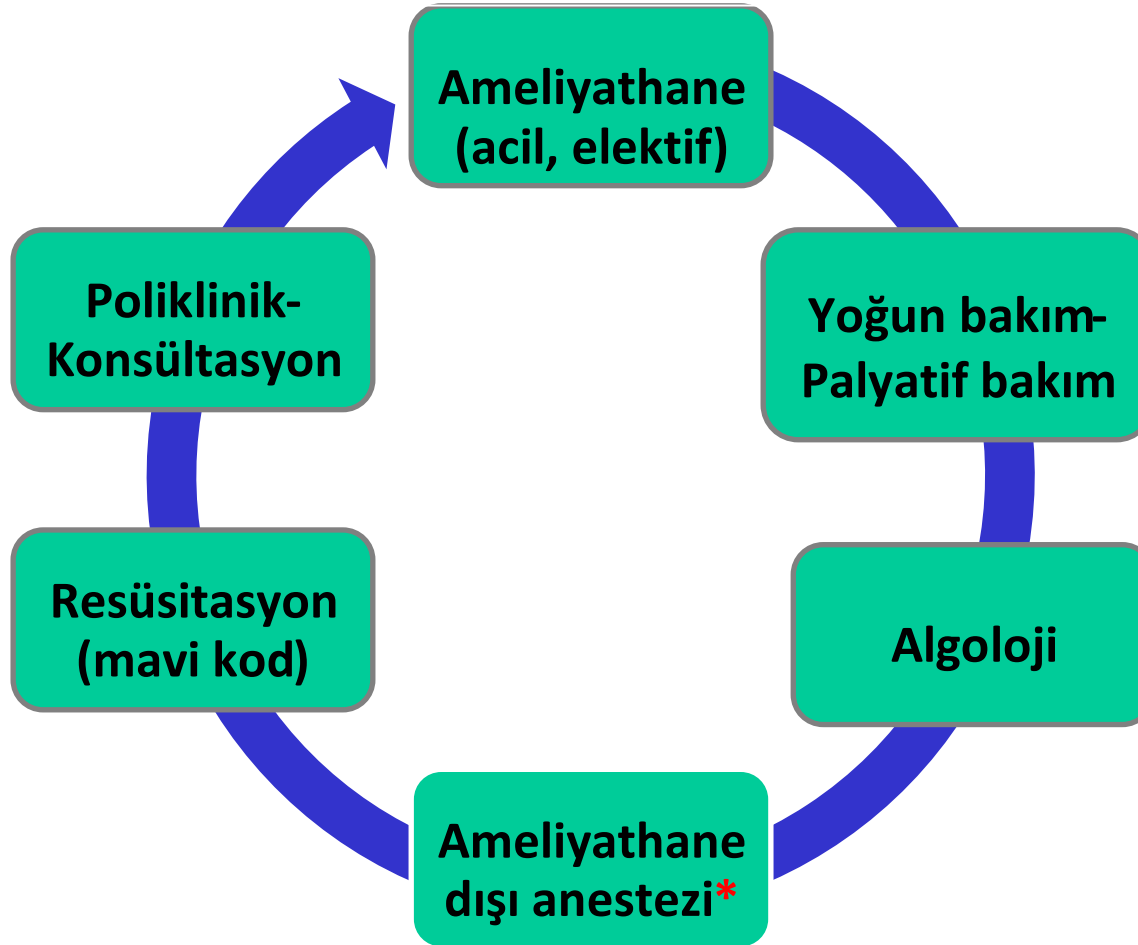
Anamnez, muayene, klinik, laboratuvar bulguları, hastanın yaşı, genel durumu ve cerrahi girişimin özelliğine göre karar verilmektedir

Anestezi uygulamaları

- Teknolojik ve farmakolojik gelişmelerle artan tanısal, girişimsel ve cerrahi işlemlere paralel anesteziye duyulan ihtiyaç her geçen gün artmış ve anesteziyi ameliyathane dışına çıkarmıştır.
- Anestezinin çok geniş bir alanda uygulanması, alanındaki ilerlemelere rağmen istenmeyen sonuçlarla da daha çok karşılaşılmasına neden olmaktadır

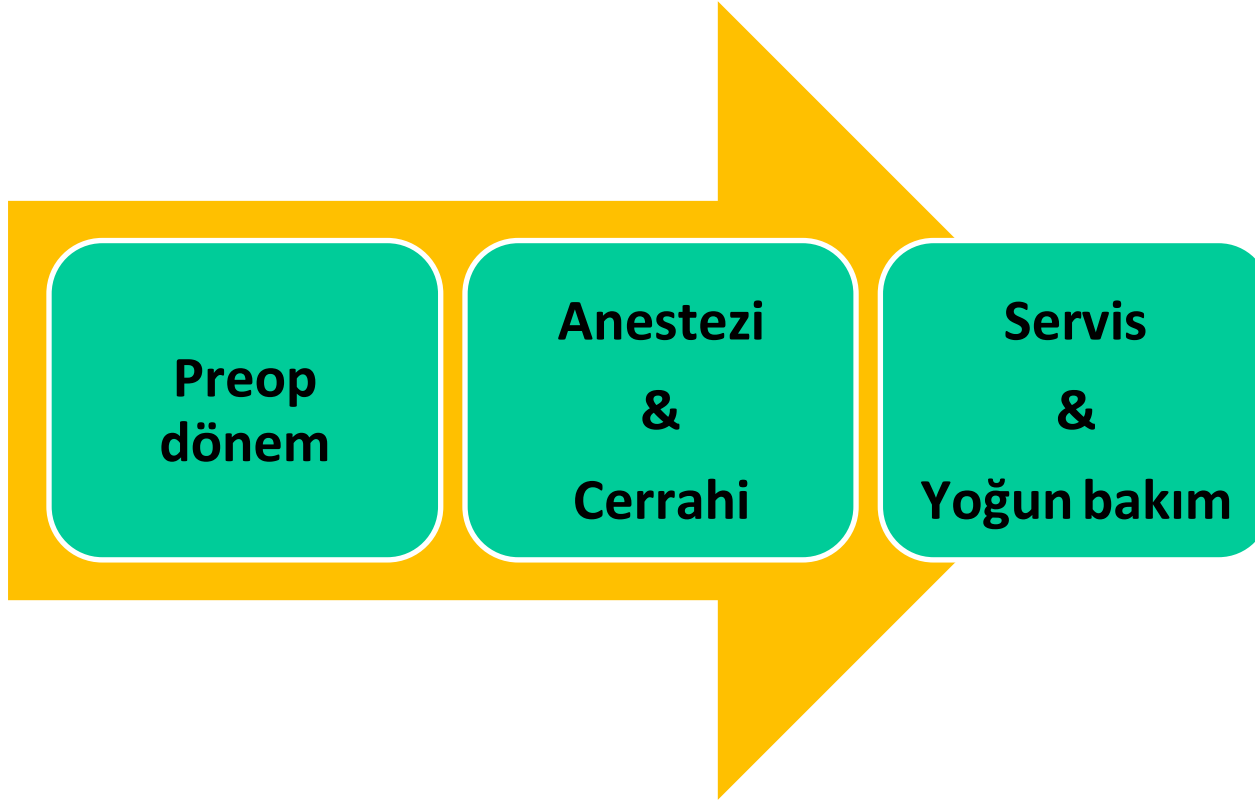


Uygulama alanları



* MRG ve BT çekimleri, girişimsel nöroradyoloji uygulamaları, endoskopi-kolonoskopi, bronkoskopi, taş kırma, arteriyografi, koroner anjiyografi, EVAR, radyoterapi, biopsi, elektrokonvülf tedavi, kateter takılması, yara/yanık pansumanı

Anestezi süreci



“perioperatif tıp”

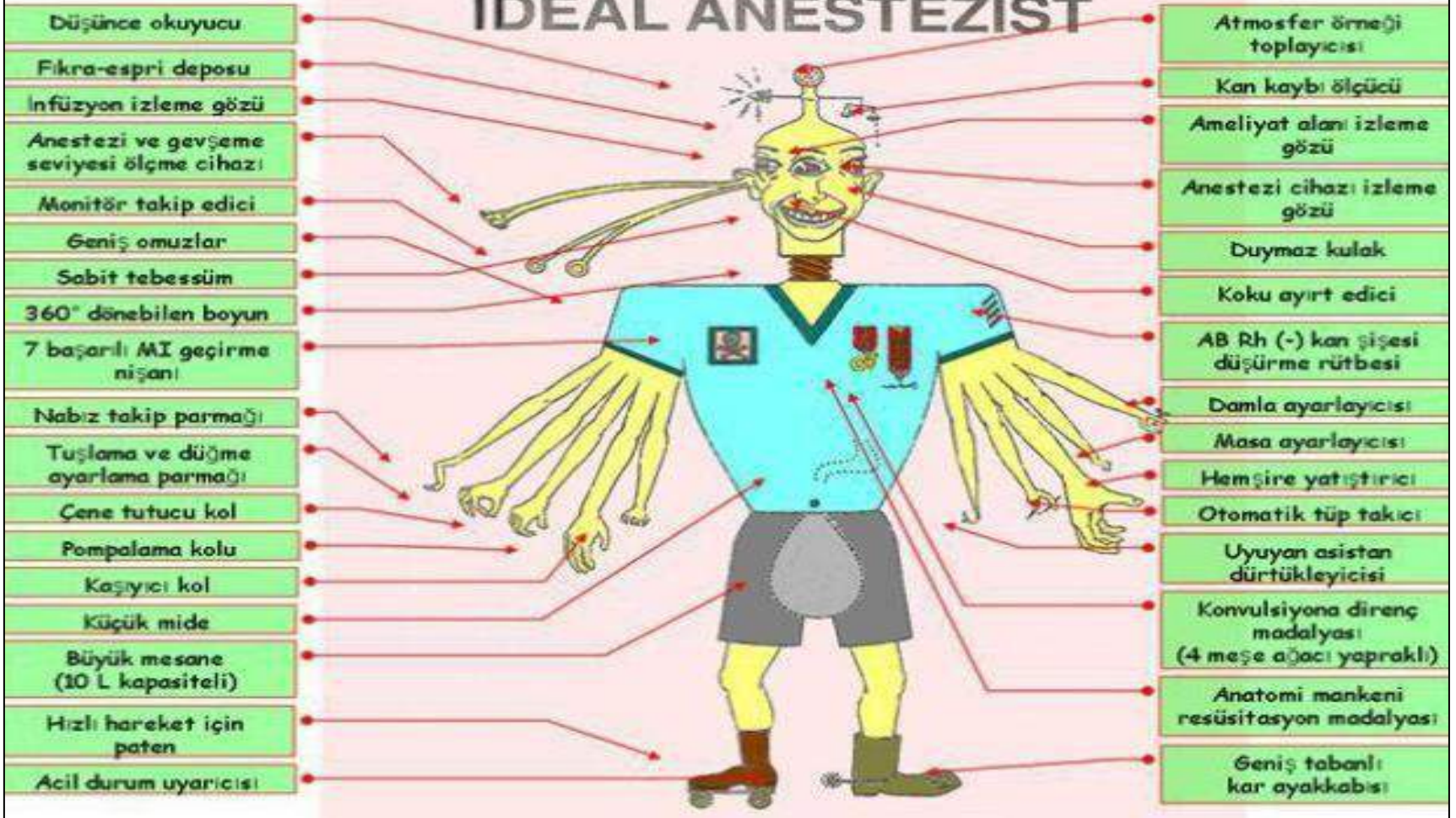
“perioperatif uzman”

Anestezi

- Perioperatif *medikal uzman*
- Anestezi uzmanlığı; pek çok disiplinle bir arada çalışmayı gerektiren bir uzmanlık alanıdır
- Anestezi yönetimini etkileyebilecek temel ve kompleks tıbbi hastalıklar ile sendromlar hakkında güncel bilgiye sahip olmalı



İDEAL ANESTEZİST



Hastayı, anestezinin ve cerrahinin risklerini değerlendiren, bu riskleri hastayla tartışan, gerektiğinde konsülte eden, cerrahi dışı her türlü sorunla baş edebilen, işbirliği yapan, cerrahi ekibi yönlendiren.....

perioperatif dönem

Preoperatif

Preop değerlendirme, ek tetkik, konsültasyon
ASA, cerrahi grade ve risk belirlenmesi
Bilgilendirme ve onam
Anestezi planı ve hazırlığı
Yatış ve cerrahi hazırlık
Premedikasyon, oda-cihaz-ekipman kontrolü

İntraoperatif

- Monitorizasyon
- İnvaziv girişimler
- Anestezi uygulamaları
- Cerrahi prosedürler

Postoperatif

- Havayolu, vital bulgu takibi (monitorizasyon)
- Postop ağrı
- Komplikasyon takibi
- Servis/yoğun bakım nakil

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYALLEŞTİRİLMESİ
HAKKINDA KANUN (1)**

Kanun Numarası : 224
Kabul Tarihi : 5/1/1961
Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 12/1/1961 Sayı : 10705
Yayımlandığı Düstur : Tertip : 4 Cilt : 1 Sayfa : 1486

*
**

Bu Kanun ile ilgili olarak Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe giren yönetmelik için, "Yönetmelikler Külliyesi"nin kanunlara göre düzenlenen nümerik fihristine bakınız.

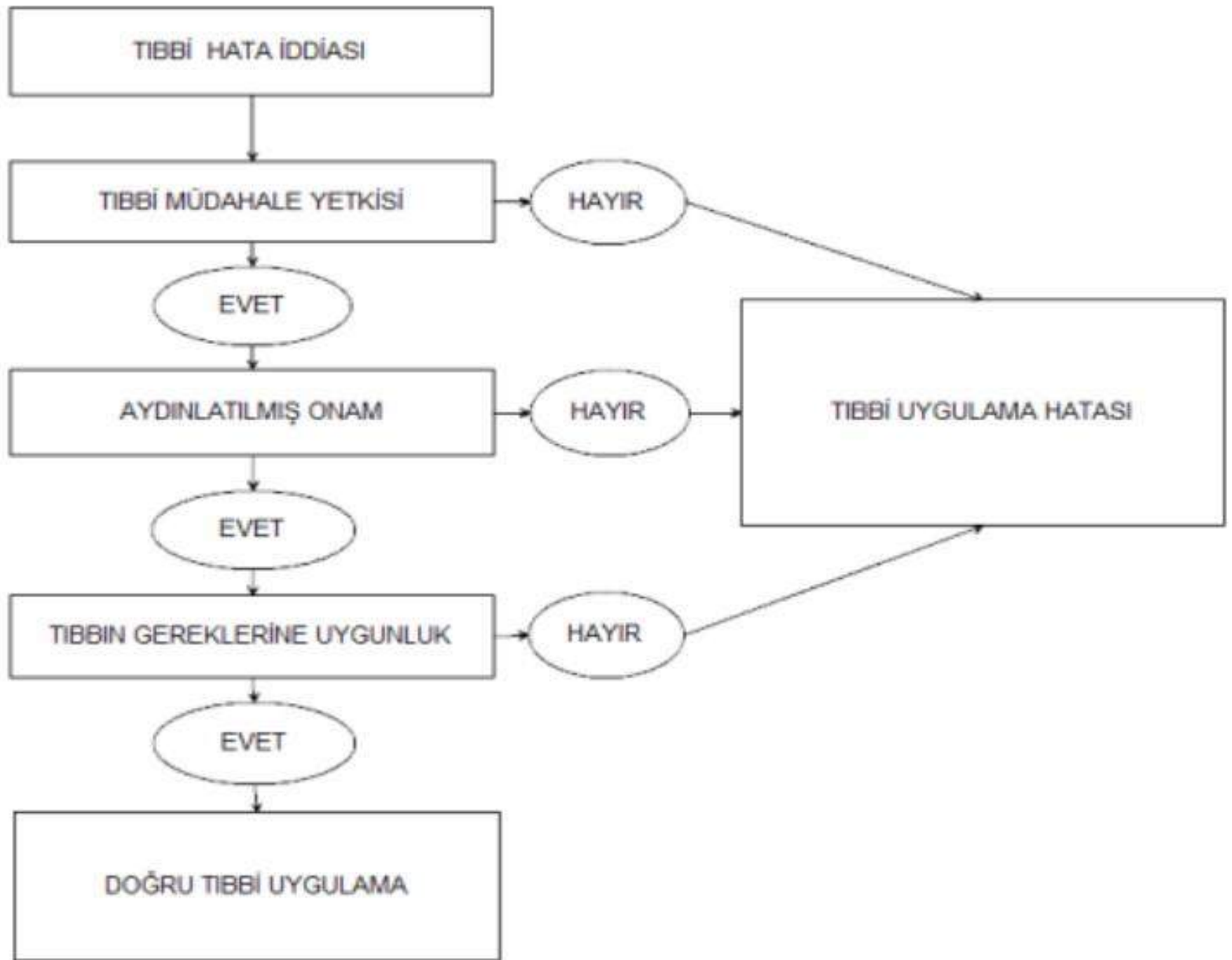
Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile ilgili 5.1.1961 tarih ve 224 sayılı kanun, madde 2;

Sağlık Hizmeti;

“ İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin giderilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi yetenek ve melekeleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler ”

Tıbbi Müdahale

- Tıp mesleğini icra eden yetkili bir kişi tarafından, doğrudan veya dolaylı, tedavi amacına yönelik olarak kişinin bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik gerçekleştirilen her türlü faaliyeti ifade eder.
- Tıbbi müdahalenin **hukuka uygun olabilmesi** için temel olarak;
- müdahalenin yetkili birisi tarafından yapılması,
 - *1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun - Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği*
 - *Tıpta Uzmanlık Kurulu Çekirdek Eğitim Müfredatı*
- hastanın aydınlatılmış rızasının olması,
 - *1219 Sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun - Hasta Hakları Yönetmeliği*
 - *Avrupa Biyotıp Sözleşmesi*
- tıp biliminin gereklerine uygun olarak yapılması,
 - *Bilirkişilik (Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp, Tıp Fakülteleri, Tabip odaları)*



İstenmeyen Sonuçlar

- Her tıbbi uygulamanın/müdahalenin derecesi farklı olmakla birlikte, **kabul edilebilir sapmaları, istenmeyen sonuçları ve riskleri** vardır
- Anestezi uygulamaları sırasında da enjeksiyon bölgesinde hafif bir reaksiyondan ölüme kadar uzanan, **istenmeyen veya beklenmedik sonuçlar** gelişebilmektedir.
- Tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde oluşan olumsuz sonuçlar hekime hukuki ve cezai sorumluluk yüklemes (komplikasyon yönetimi doğru yapılmışsa)
- Tıbbi hizmetlerin sunulması sırasında görevli sağlık personelinin **kusurlu hareket** etmesi sonucu tıbbi uygulama hataları ortaya çıkmaktadır

İstenmeyen Sonuçlar

1. **Komplikasyon:** hekimin tıbbi müdahale yaparken herşeyi doğru yapmasına (standartlara uygun hazırlanma ve zamanında gerekli tıbbi müdahalelere) rağmen **istenmeyen bir sonuç** oluşması

komplikasyon=olağan risk=izin verilebilir risk=kaçınılmaz risk

2. **Sekele:** tedavinin doğasından kaynaklanır (Cerrahiden sonra skar dokusunun oluşması, amputasyon sonucu kişinin yürüyememesi)

3. **Tedavinin yetersizliği:** Yapılan tedavi sonrasında hastanın durumunun değişmemesi (erken dönemde oluşan nüks fitik)
4. **Önlenebilir tıbbi hata:** Genellikle sistemsel sorunlar sağlık çalışanını hataya yatkın hale getirir.
5. **Malpraktis (tıbbi uygulama hatası):** *Bireysel kusur* ön plandadır, görevi ihmal, sınırın aşılması, özen yükümlülüğüne aykırılık veya tıbbi bir kötü müdahale söz konusudur

İstenmeyen Sonuç

- Tıbbi müdahale neticesinde oluşan istenmeyen sonuca hukuk dilinde “zarar”
- Bu zararın meydana gelmesinde hekimin rolü varsa “kusur”
- Eğer meydana gelen zarar ile hekimin tıbbi müdahalesi arasında **nedensellik ilişkisi** kuruluyorsa ve bu durum;
 - Hekimin kusurundan kaynaklanıyorsa “malpraktis”
 - Hekimin kusurundan kaynaklanmıyorsa “komplikasyon”



Komplikasyon

- Her tıbbi müdahalede komplikasyon oluşma riski bulunur.
- **Komplikasyon halinde şu soruların sorgulanması gerekir*** o Bu ihtimale karşı operasyon öncesi yeterli hazırlık yapılmış mı ? o Bu ihtimal geliştikten sonra zamanında fark edilmiş mi ?
 - Bu ihtimal fark edildikten sonra etkisini yok etmek ya da azaltmak için tıbbi standarda uygun müdahaleler yapılmış mı?
 - Operasyon öncesinde bu ihtimal konusunda yeterli bir aydınlatma yapılmış mı ?

* herhangi birine olumsuz cevap veriliyorsa artık hekimin esasen sorumsuz olması gereken bir komplikasyondan da kusurlu hareketleri nedeniyle sorumlu tutulabilmesi mümkündür.

Tıbbi Uygulama Hatası

“hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar”

Dünya Tabipler Birliği (44.genel kurul, 1992)

- Bu tanım hukuki açıdan yeterli mi?
- Tıp açısından **evet**, hukuk açısından **hayır**
- Doğru tıbbi uygulama;
”hukuk kurallarına uygun olan tıbbi uygulama”

- Bir işlemin tıbbi uygulama hatası olması için hukuken;
- İhmal,
- Kusur,
- Tedbirsizlik ve Dikkatsizlik,
- Meslekte Acemilik,
- Emir ve yönetmeliklere uymama.

Tıbbi Uygulama Hatası

- Bir işin belirlenen şekilde yapılması “*standart*” olarak tarif edilirken
- *Tıbbi uygulama hatası*;
“hastanın yaralanmasına sebep olan, kabul edilmiş sağlık bakım ve beceri standartlarını sağlamada, bakım hizmeti sunan açısından, başarısızlık veya yanlış uygulama” olarak da tanımlanabilir
- Bu durumda; tıbbi uygulama hatası, **standartlardan sapma** anlamına gelmektedir.

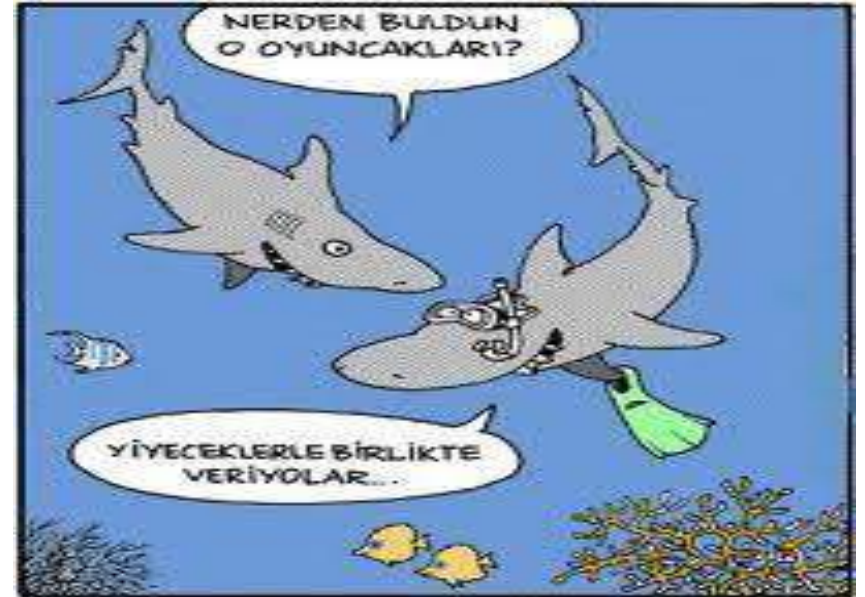
Perioperatif dönemde istenmeyen sonuçlar

- Perioperatif dönemin dinamiklerini **cerrahi, anestezi ve hastaya ait faktörler** oluşturur
- Bu nedenle istenmeyen sonuçlar da;
 - cerrahi, hasta, anesteziye ait faktörler,
 - ortaya çıkış zamanı (dönemine),
 - sistemler,
 - sonucun önlenbilir olup olmaması,
 - insan hatası,
 - kullanılan araç gereç arızası



Anesteziye özellikli/riskli vakalar (istenmeyen sonuç riski yüksek durumlar)

- Açık kalp cerrahisi
- Yenidoğanlar
- Gebeler
- Acil vakalar
- Geriatrik hastalar
- Motor - mental retarde hastalar
- Güç havayolu olasılığı olan hastalar
- Genetik sendromları olan hastalar
- Deformiteli ve major travmalı hastalar
- Kötü anestezi öyküsü olan vakalar
- Obes hastalar
- Ağır komorbiditelere sahip olanlar (son evre KC yetm, kalp yetm...)



Perioperatif dönemde ortaya çıkan istenmeyen sonuçların sınıflandırılması

- İstenmeyen sonuçlar **uygulama dönemlerine** göre **3 grupta** sınıflandırılabilir:

1.Preoperatif dönemde (anestezi indüksiyonuna kadar geçen süre) istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamalar

2.İntraoperatif dönemde istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan eksik uygulamalar

- Anesteziye ait faktörler
- Cerrahiye ait faktörler
- Hastaya ait faktörler
- Anestezi, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin ortak etkisi

3.Postoperatif dönem ve uyandırma/derlenme sırası istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasına neden olan uygulamalar

Preoperatif dönemde istenmeyen

sonuçlara neden olan uygulamalar

- Yetersiz preoperatif anestezi muayenesi,
- Uygun olmayan premedikasyon,
- Oksijen gazının kesilmesi,
- Oksijen silindirlerinin boş olması ve zamanında fark edilmemesi,
- Gazların hatalı dolumu (oksijen yerine karbondioksit gibi) ve zamanında fark edilmemesi,
- Ameliyathane odasında gaz boru sistemlerinin çıkış yerlerinde hatalı renk kodlarının kullanılması, uygun olmayan bağlantı yapılması,
- Ameliyathane odasında gaz boru sistemlerinden çıkan gaz taşıyıcı hortumların anestezi cihazında hatalı yerlere bağlanması,
- Ameliyathanelerde acil olarak bulunması gereken oksijen kaynağının bulunmaması veya boş olması ya da oksijen dışı bir gaz içermesi,
- Laringoskopun düzgün çalışmaması, yaşa uygun bleydin bulunmaması, • Acil havayolu güvenliği için gerekli ekipmanların bulunmaması veya olanın çalışmaması,
- Merkezi sistem alarmı ile ilgili hataların bulunması,
- Anestezi uygulaması öncesi rutin kontrolünün yapılmayarak cihazın düzgün çalıştığının teyit edilmemesi.

Intraoperatif dönemde istenmeyen

sonuçlara neden olan uygulamalar

a) Anesteziye ait faktörler:

- Yanlış entübasyonu fark etmeme,
- Endotrakeal tüp içinde yabancı cisim, tüpün kıvrılmasının fark edilmemesi, entübasyon tüpünün yerinden kayması veya hatalı sabitlenmesi,
- Venöz yol açılırken hata ile arter girişi,
- Hatalı ilaç, kan, serum, anestezik ajan kullanımını,

- Sıvı ve kan ihtiyacının karşılanmaması,
- Devre parçalarının ayrılması veya uygunsuz bağlantılar sonucu gaz kaçaqları,
- Cihaz alarmlarının hatalı olması, alarmların yanlışlıkla kapatılması,
- Solunum develerinde yabancı cisim, kıvrılma, üzerine bası nedeniyle tıkanma,
- Monitorizasyon sistem hataları,
- Aspiratör çekim gücü azlığı veya aspiratörün çalışmaması,
- Damar yolunun çıkması,
- Hastayla ilgili pozisyon, manüplasyon hataları (sinir basısı, gözleri korumama, aşırı boyun hareketi, masadan düşürme) • Cerrah ve işlem ile uyum içinde olmama,

İntraoperatif dönemde istenmeyen sonuçlara neden olan

b) Cerrahiye ait

- Kanam
- Yanlış
- Anesteziyi yanlış ve eksik
- Koter
- Kontrast madde, kemik çimentosu gibi sistemik problem malzeme
- Hava
- Turnike süresi aşımı

c) Hastaya ait

- Malign
- Bronkospaz
- Anafilaktik
- Dirençli aritmi,
- Bilinmeyen anatomik
- Dekompans kalp

d) Anestezi, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin ortak

İstenmeyen sonuçta anestezinin yeri

- Anestezinin diğer klinik dallardan en önemli farkı, hastaya anestezi uzmanı ve cerrahın eş zamanlı müdahale etmesidir.
- Perioperatif ölümler içinde sadece anestezi uzmanının hatasına bağlı ölümler oldukça azdır
Ağrıtmış ve ark. Hekimlerin davalı olduğu perioperatif ölümlerde anestezi uzmanının yeri. Türk Anest Rean Cem Mecmuası 2003; 31(9):468-474.
- Perioperatif ölümlerle ilgili yapılan retrospektif çalışmaların çoğu, ölüm nedenlerinin büyük çoğunluğunun kişide daha önceden bulunan hastalığa ve cerrahi girişimin kendisine bağlı olduğunu göstermektedir.
- Anestezi uygulamasına bağlı istenmeyen sonuçlarda, anestezinin yanı sıra, cerrahi ve hastaya ait faktörlerin de tek başlarına ve/veya birlikte irdelenmesi gerekir.

İstenmeyen sonuçta anestezinin yeri

Anestezi hatalarının başında **preoperatif hazırlığın yetersizliği** gelmektedir. İkinci en sık hata yanlış ajan veya anestezi tekniği seçimi, üçüncü en sık hata da kriz esnasında yetersiz müdahaledir

Warden JC, Horan BF. Deaths attributed to anaesthesia in New South Wales, 984-1990. Anaesth Intensive Care 1996;24:66-73

- Anesteziye bağlı ölüm nedenleri olarak, yetersiz preoperatif değerlendirme, ekip içinde iletişim noksanlığı, yanlış entübasyon, ilaç yan etkileri ve ekipman sorunları olarak gösterilmektedir

Gannon K.: Mortality associated with anaesthesia. A case review study. Anaesthesia 1991; 46:962-926.

- Adli Tıp Kurumu, 1996-2005 yıllarına ait 123 bilirkişi kararına göre; anestezi hataları olarak en sık preoperatif hazırlığın yapılmaması veya eksik yapılması %42.5, hava yolu güvenliği ile ilgili hatalar %20, uygun koşullar sağlanmadan ameliyathane dışında anestezi uygulanması %15 saptanmıştır

Ertan A. Adli Tıp Kurumu'nda Değerlendirilen Olgularda Saptanan Anestezi Hataları Ve Önlenebilirliği, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2006³³

İstenmeyen sonuçta anestezinin yeri

-- Anesteziye bağlı önlenebilir istenmeyen sonuçlar:

- İnsan hataları %82, ventilasyon-solunum sistemi %19.5, anestezi cihazı %19, ilaçlara bağlı %19, havayolu sağlanması %12, intravenöz damar yolu %7, monitörizasyon %4.5, sıvı düzenlenmesi %4

Cooper JB, Newbower RS, Long CD, McPeck B. Preventable anesthesia mishaps:

A study of human factors. Anesthesiology 1978;49:399-406.

- İntraoperatif kardiyak arrestin % 75'i önlenebilir anestezi hatalarından

Green R. The psychology of human error. Eur J Anaesthesiol 1999;16(3):148-155.

-- Anesteziye bağlı önlenemeyen istenmeyen sonuçlar:

- ani ölüm sendromu, malign hipertermi ve anaflaktik reaksiyon

Örnek Olgu Sunumu

Anestezi ve beyin cerrahi uzmanlarının kusur oranlarının tespiti istemiyle Asliye Ceza Mahkemesinden gönderilen dosyanın incelenmesinde;

- 43 yaşında bayan hasta,
- Sol L₄₋₅ ve L_{5-S1} disk herni + sol L₄₋₅ foraminal stenoz
- Özel bir hastanede hemilaminektomi + diskektomi + foraminotomi
- Anestezi belgesinde, verilen ilaçlar yazılmamış, ameliyatın 2.5 saat sürdüğü, vital bulguların operasyon süresince stabil seyrettiği, toplam 480 ml kan kaybı olduğu, ameliyat süresince sıvı olarak 2 L kristaloid ve 1 L kolloid verildiği kaydedilmiş
- Ekstübe edilerek sedyeye alınan hastada taşikardi, bradikardi ve hipotansiyonu takiben kardiyak arrest gelişmiş ve uygulanan resüsitasyona yanıt alınamamıştır.

Örnek Olgu Sunumu

Otopsi raporunda;

Batın boşluğundan 1600 ml kan boşaltıldığı, sağ böbrek lojunda 5x5x0,2 cm' lik hematoma olduğu, ileoçekal bölgenin 4 cm üstünde ileum mezosunda çevresinde yoğun hematoma bulunan 1 cm' lik düzensiz kenarlı yırtık olduğu, "sağ arteria iliaca komunüste" bifurkasyondan 4 cm distalde tüm katları ilgilendiren 1 cm'lik düzensiz kenarlı yırtık

olduğu ve **ölümün iç organ ve büyük damar yaralanmasına bağlı iç kanama** sonucu meydana geldiği belirtilmiştir.

Örnek Olgu Sunumu

Yüksek Sağlık Şurası raporunda;

“ameliyat sırasında kanamanın olması bir komplikasyon olduğundan kısa sürede gelişen hemorajik şokun hastanın kontrolünde fark edilmemesi mümkün olamayacağından, hastada meydana gelen hemodinamik değişikliklerin de iyi bir takiple belirlenebileceğinden, ayrıca ameliyat sonrası takip ve tedavide yetersiz kalındığından **anestezi uzmanı ile beyin cerrahi uzmanının sekizde dört düzeyinde kusurlu oldukları** kararı verildiği” belirtilmektedir.

Örnek Olgu Sunumu

Adli Tıp Kurumu raporunda ise; otopsi bulgularında batın boşluğunda, sağ böbrek lojunda hematoma ile ileum mezosunda ve sağ arteria iliaca communis bifurkasyonunda yırtık saptandığı dikkate alındığında tek bir seferde bu yaralanmaların meydana gelmesinin anatomik olarak mümkün olamayacağı, üç ayrı kez operasyon alanına ulaşmak isterken operasyon alanının dışına çıkmış olduğu, **bu durumun komplikasyon değil meslek ve sanatta acemilik olarak değerlendirildiği,**

bu nedenle beyin cerrahi uzmanının kusurlu olduğu,

- anestezi belgesinde operasyon süresince vital bulguların stabil seyrettiği, ameliyatın başında ve devam eden sürede 2 L kristaloid verildiği, ameliyatın bitimine doğru 1 L'ye yakın kolloid verildiği, verilen sıvılar sonucu damar yaralanmasına bağlı kanamanın sebep olacağı hemodinamik değişikliklerin maskelenebileceği, hastanın uyandırılması ve sırtüstü pozisyona alınması ile kısa sürede öldüğü de dikkate alındığında

anestezi uzmanını kusuru bulunmadığı kararı verilmiştir.

PATOLOJİ UZMANLARININ TIBBİ UYGULAMA HATALARINA BAKIŞI

Dr. Öğretim Üyesi Mürüvvet AKÇAY ÇELİK

Malpraktis, meslek gruplarından herhangi birinde kusurlu ya da hatalı hareketler için kullanılan bir terimdir. Tıbbi yönden kelime anlamı olarak tıbbi kötü uygulama, tıbbi hata, tıbbi uygulama hatası, hekimliğin kötüye kullanımı gibi anlamlar taşımaktadır (1).

Türk Tabipler Birliği malpraktisi; "bilgisizlik, deneyimsizlik ya da ilgisiz tutum nedeniyle hastanın zarara uğraması anlamına gelir" şeklinde bildirmiştir. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi 'hekimin tedavi uygularken standart işlemleri yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya gerekli tedavi yapmaması ile oluşan zarar' şeklinde tanımlamış; tıbbi tedavi esnasında hekimin hatası olmayan komplikasyon durumlarından ayırt edilmesi gerektiğini vurgulamıştır (2,3).

Malpraktisle ilgili önemli bir nokta; hekimin olayın gerçekleştiği zamandaki genel kabul görmüş standart tıbbi uygulamayı yapıp yapmadığıdır (3). Hastanın zarara uğradığını öğrendiği andan itibaren bağımsız doktora ve vekalet sözleşmesi şartlarında borçlar kanunu 147. Maddesine göre 5 yıl içinde tazminat davası açma hakkının olduğu bilinmektedir. Ayrıca tam hastaneye kabul sözleşmesi bulunması halinde Borçlar kanununa göre hekim aleyhine haksız fiile dayalı olarak açılacak tazminat davalarında

zaman aşımı süresi tazminat yükümlüsünü öğrendiği tarihten başlayarak iki yıl ve her hâlde fiilin işlendiği tarihten başlayarak on yıl olacaktır (4).

Günümüzde toplumun bilinçlenmesi ve ilgi çekici tazminat miktarlarından dolayı malpraktis davalarının sayısında yükselişler olmaktadır. Malpraktis kavramı en çok tıp ile ilgili alanlarda akla gelse de aslında bu kavram her alanda her meslek grubunda karşımıza çıkabilmektedir. Tüm tıp alanlarında olduğu gibi patolojide de malpraktis olabilir. Fakat patolojideki malpraktis diğer tıp dallarına göre farklılık göstermektedir. Patolojide komplikasyondan ziyade tanı hataları görülmektedir. Patolojide tanı hataları literatüre bakıldığı zaman %0.26-1.2 arasında bildirilmektedir (5,6). Bununla beraber patolojide malpraktis iddialarının giderek artacak olması muhtemeldir. Patolojide ortaya çıkabilecek tanı hatalarının uygulanacak tedavinin şekillenmesinde yanlışlara yol açabileceği ve hastada sağlık açısından önemli mağduriyetlere yol açabileceği bilinmektedir. Bundan dolayı patolojinin hatasız çalışması beklenilmektedir. Hata oranının oldukça alt seviyede olabilmesi içinde patoloğların iyi standartlarda güncel teknik alt yapıya sahip olması gereklidir (7). Klinisyenlerin patoloğlarla sürekli temas halinde olması düzgün işleyiş açısından oldukça faydalı olmaktadır.

Hata oranını düşürmek ve kalite kontrolünü sağlamak patoloji laboratuvarının da ayrılmaz bir parçası olarak kabul görmektedir. Bu nedenle malpraktis riskini azaltmak için preanalitik, analitik ve postanalitik aşamalarda uygulanabilecek işlemler ve öneriler bulunmaktadır (8).

Patoloji laboratuvarında preanalitik, analitik ve postanalitik hataları azaltıcı kalite kontrol programları oldukça önemlidir.

Preanalitik aşama; patoloji laboratuvarına gelen spesmenin kayıtları esnasındaki ya da daha öncesinde spesmenin alınışından patolojiye teslim edilmesine kadarki süreci kapsamaktadır. Kayıt işlemlerinin dikkatlice yapılması (kimlik numarası, barkod kullanımı vs), alınan spesmenin alındığı yerde tespit solüsyonuna koyulması, spesmenin alındıktan sonra bekletilmeden transferi, spesmenin laboratuvara transferinin bu konuda eğitilmiş kişilerce yapılması ile preanalitik aşamada oluşabilecek hatalar önlenmektedir. Uygun olmayan tespit solüsyonlarının kullanımı ya da tespit solüsyonu kullanılmayışı ile spesimde otoliz bulguları oluşması, eğitimsiz kişilerin spesmen transferinde ve kayıt işlemlerinde görevlendirilmesi ile bazen işin içinden çıkılmayacak durumlar oluşabilmektedir. Bazen aynı yaş ve cinsiyete sahip hastalarda örneğin alındığı organın aynı oluşu gibi durumlar da gözlenebilmektedir. Böyle durumlarda her ne kadar karışan doku örneklerinde genetik-moleküler yöntemlerin uygulanması ile doku kimliğinin tespiti mümkün olabilsede, bu yöntemler maliyetli olmaktadır ve her merkezde uygulanmamaktadır (9,10).

Analitik aşamada; patoloji laboratuvarında belli standartlara uyulması oldukça önemlidir. Spesmenlerin düzgün şekilde makroskopik incelenmesi, yeterli ve doğru örnekler alınması hata oranını oldukça düşürmektedir. Bu işlemi yapan patolog ya da patoloji teknisyenin makroskopi konusunda donanımlı ve deneyimli olması gerekmektedir. Diğer taraftan takiple ilgili işlemlerde dikkatli olunması, cihazların bakımının düzenli yapılması, takip solüsyonlarının düzenli olarak kontrol edilmesi, gerektiğinde hemen yenilenmesi gerekmektedir. Histokimya ve immünohistokimyasal işlemlerin düzgün şekilde uygulanması da tanı için oldukça önemli olabilmektedir. İmmünohistokimyasal

çalışmaların mümkün olduğunca kontrollü yapılması gerekmektedir, böylece yanlış pozitif ve negatif sonuçlarla karşılaşılmamaktadır. Analitik aşamada düzgün histopatolojik inceleme en önemli aşamadır. Ayırıcı tanıları belli bir algoritmaya göre yapılmalıdır, vaka yoğunluğu çok olsa da rapor acele ile çıkarılmamalıdır. Patoloğun doğru tanıyı koyabilmesi için doğru klinik bilgilere, radyoloji ve laboratuvar sonuçlarına erişimi önemlidir. Klinik bilgi eksikliğinde klinisyenle mutlaka iletişime geçilmelidir. Ekarte edilemeyen ayırıcı tanıları var ise patoloji raporunda bunları yazıya dökülmelidir (8). Analitik süreçte panik tanı bildirimini, frozen kesit bildirimini de düzgün kayıtlar eşliğinde zaman geçirmeden bildirimler sağlanarak yapılmalıdır.

Patolojide özellikle şüpheli ve zor olgularda ve/ veya malign olgularda tanı teyidi açısından bölüm içi konsültasyonların yapılması yorumlamada oluşabilecek hata oranını önemli ölçüde azaltmaktadır (11). Gereklik halinde olgular deneyimli patoloğların bulunduğu referans merkezlere sevk edilmelidir.

Postanalitik aşama; raporun yazılı hale getirilmesi, ilgili yere düzgün ulaşması, örneklerin arşivlenmesi gibi içerikleri kapsamaktadır. Olgunun mikroskopik incelemesini yapan patoloğ raporu onaylamadan önce dikkatlice okunmalı ve hataları düzelttikten sonra onayını vermelidir. Bu aşamada sekreter hatalarını farkedip düzeltmek oldukça önemlidir. Örneklerin düzgün şekilde saklanması, korunması, arşivlemenin doğru şekilde yapılması patoloji laboratuvarlarında dikkat edilmesi gereken işlemlerdendir. Malpraktis durumlarında arşivdeki materyal patoloğ için hayati önem taşımaktadır.

Patoloji laboratuvarlarında dokular raporun çıkmasının ardından en az bir ay, lamlar on yıl, parafin bloklar ise en az yirmi yıl süre ile saklanmalıdır. Raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar

yedekleme ile birlikte süresiz olarak muhafaza edilmelidir (12). Otopsilerde ise örnekleme sonrası makroskopiler iki yıl, bunlardan üretilen numuneler ise süresiz saklanmalıdır. Otopsi olgularına ait materyallerin saklanması hukuki bir sorumluluk olduğu da akla gelmelidir (13).

Patoloji konsültasyonlarında da Tıbbi Laboratuvar Yönetmeliği uygulanmalıdır. Patoloji laboratuvarında işleme alınan spesmenlere ait tüm örnekler, materyaller hastaya aittir. Hasta talep ederse, patolog tarafından seçilmesi sağlıklı olan gerekli lam, parafin blok vs teslim formu düzenlenerek hastaya verilebilmektedir. Bu teslim formlarının kaydı düzgün olarak tutulup arşivlenmelidir. Birincil patoloji laboratuvarı konsültasyon sonuçlandıktan sonra gönderilen patoloji numunelerini ve konsültasyon raporunu isteyebilmektedir. Bu süreçte patolog arşivden preparatları seçerken hasta açısından materyalleri yeterli olarak vermeyi planlamalıdır. Sitolojik materyallerin istenmesi durumunda tüm lamları ve hücre bloğunu hastaya iletmelidir. Bununla beraber kritik olgularda patoloğun kendini korumaya alması adına hasta için verdiği lam ve parafin blokları fotoğraflayabileceği unutulmamalıdır.

Eksik ya da yetersiz materyal verilmesi; hastanın gittiği merkezde işlemlerinin yeniden tekrarlanmasına ve dolayısıyla tanı tedavi sürecinde gecikme yaşamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle tekrar biyopsi alınmasına sekonder komplikasyonlar ve buna bağlı mortalite oluşmasıyla adli süreç başlayabileceği ve malpraktis davasıyla karşılaşılabilen akılda tutulmalıdır (12).

Patolojide malpraktis davalarında Malign melanom olguları öne çıkmaktadır (14). Bunların genelde Spitz nevüs olarak hatalı tanı verilmiş olgular olduğu görülmüştür (15). Bu durum doğru tanı verilmemiş

hastanın ilerde metastazlarla gelip hayati mağduriyet yaşaması açısından oldukça önem arz etmektedir. Patolojide malpraktis davalarındaki trendler içinde; meme olguları (doku ve sitoloji), sistem hataları, vajinal smear örnekleri üst sıralarda yer almaktadır (14). Malign melanom olgularına ait davalarda azalma dikkat çekmektedir. Meme olgularında da frozen kesit işleminin iştiraki, tru-cut biyopsilerin artışı ve immünohistokimyasal çalışma gibi ek yöntemlerin eklenmesiyle meme malpraktis olgularında azalmaların olacağı düşünölmektedir (16). PAP smear olgularında ise konvansiyonel sitolojiden sıvı bazlı incelemelere geçilmesi ve HPV testlerinin de yapılabilmesi nedeniyle malpraktis olgularında düşme saptanmaktadır. Sistem hatalarına bağlı malpraktis davalarında ise preanalitik ve postanalitik sebeplerden dolayı artış dikkat çekmektedir (17). Toplumun gittikçe bilinçlenmesi ve ilgi çekici tazminat miktarlarından dolayı malpraktis davalarının sayısında yükselişler olacağını tahmin etmek zor değildir. Patolojide malpraktisle ilgili dava açma oranı düşük olsa da tazminat miktarları yüksek olmaktadır, hatta bazen tazminat taleplerinin beyin cerrahisi gibi yüksek riskli uzmanlık dallarından bile fazla olduğu saptanmıştır (16). Malpraktis davalarında başka bir patoloğ tarafından olguya ait preparatların yeniden değerlendirilmesi ile %0.26 ile %2 arasında anlamlı tanısıl hatalar saptanmıştır (18).

Sonuç olarak patoloji kaynaklı malpraktis olguları açısından patoloji bölümünde sadece doktor değil tüm çalışanların sorumluluklarını ve yaptıkları işin sonuçlarını iyi fark edebilmesi gereklidir. Hataların en alt seviyeye indirilebilmesi içinde laboratuvar çalışanlarının mesleki eğitimleri düzenli uygulanmalıdır, laboratuvarda preanalitik, analitik ve postanalitik hataları azaltıcı kalite kontrol

programları düzenli yapılmalıdır. Patoloji laboratuvar düzenini sağlam şekilde oluşturmada kontrol noktasında primer görevi olan patoloğların iyi standartlarda güncel teknik alt yapıya sahip olması gereklidir. Patoloğlarca raporlamada uluslararası standartlardaki rehberlerin ve terminolojinin tercih edilmesi de patolojide anlaşılabilir dil birliği açısından çok yararlı olacaktır. Bu şekilde patoloji malpraktis iddialarına karşı patoloğlar hazırlıklı olabilecektir.

REFERANSLAR

- 1.** Güngör P, doğan Merih Y, Yaşar Kocabey M. Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2012;43(4):128-38.
- 2.** Celbiş O, Keser H, Börk T, öner Bs, Yüksek Yargı Kararlarında Tıbbi Uygulama Hataları. Akademisyen Kitapevi; 2018.
- 3.** Çolak A. Komplikasyon mu? Malpraktis mi?Malpraktis davalarının asli unsurları. Hekim Forumu dergisi. 2003;32-3.
- 4.** Bayraktar K. Yeni TCK ve Hekimin sorumluluğu, A'dan z'ye sağlık Hukuku sempozyumu Notları. İstanbul Barosu 2. Ulusal sağlık Hukuku sempozyumu. İstanbul: 2007. p.52-60.)
- 5.** Troxel DB. Medicolegal aspects of error in pathology. ArchPatholLabMed. 2006;130(5):617-9.

6. Lind AC, Bewtra C, HealyjC, Sims KL. Prospectivepeerreview in surgicalpathology. Am j ClinPathol. 1995;104(5):560-6.
7. Pakiş I, Polat O. Patolojide Tıbbi uygulama Hataları. TurkiyeKlin j MedSci. 2008;28:342- 348.
8. Hasanov A, Musayev J. Patolojide malpraktis riskini azaltmak için neler yapılabilir? Mızrak B, editör. Patolojide Malpratis. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.12-4.
9. Baloğlu H, Yiğit N. A newremedy in pathology practice: molecular solution to sample mix-up. Turk Patoloji Derg. 2011;27(2):106-9.
10. Hunt JI. Identifying cross contaminants and specimen mix-ups in surgical pathology. Adv Anat Pathol. 2008;15(4):211-7.
11. Akatlı AN. Sitolojide malpraktis. Mızrak B, editör. Patolojide Malpratis. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.38-43.
12. şamdancı E. Başka patoloji laboratuvarına gönderilecek lam ve parafin blokların ne kadarını vermeliyim? Arşivi boşaltmayayım derken malpraktis mi yapıyorum? Mızrak B, editör. Patolojide Malpratis. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.25-9.
13. Celbiş O. Patolojik İncelemeler ve rnek Alınması. Adli Bilimlerde rnek Alınması ve Delil. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi A.ř.; 2018. p.235-41.
14. Troxel DB. Trends in pathology malpractice claims. Am J surg Pathol. 2012;36:e1-e5.

- 15.** Titusl J, ReischlM, Anna n, Tosteson A. Malpractice concerns, defensive medicine, and the histopathology diagnosis of melanocytic skin lesions. *Am J Clin Pathol.* 2018;150:338- 45.
- 16.** Richter-Ehrenstein C, Maak K, Röger s, Ehrenstein T. lesions of “uncertain malignant potential” in the breast (B3) identified with mammography screening. *BMC Cancer.* 2018;18:829-34.
- 17.** Labarge B, Walter V, lengerich EJ, Crist H, Karamchandani D. Evidence of a positiveassociationbetweenmalpracticeclimateandthyroidcancerincidence in the United states. *Plosone.* 2018;13(7):e0199862.
- 18.** Hollensead SC, Lockwood WB, Elin RJ. Errors in pathology and laboratory medicine: consequences and prevention. *J Surg Oncol.* 2004;88:161-81.

Acil Tıp Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı

Doç.Dr.Ali AYGÜN

Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Tıbbi uygulama hatası, hekimin tedavi sırasında tıbbi kılavuzlara uygun davranmaması, yanlış müdahalede bulunması veya hastaya gerekli tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak tanımlanmaktadır. Bu durum, hekimlerin tıbbi uygulama hatalarına bağlı almış oldukları cezaların artması ile hekimliğin riskli bir meslek haline gelmesine sebep olmaktadır (1). Ülkemizde hastaların en çok başvuru yaptığı bölümlerin başında acil servisler gelmektedir ve acil servis hekimlerine karşı olan şikayetlerde de diğer branşlarda olduğu gibi artış görülmektedir. Toplumda acil servise başvuran her hasta kendisini acil olarak görme ve bir an önce müdahale edilmesi ihtiyacı içindedir (2). Bu ihtiyaç acil servislerde yoğunluklara yol açmakla birlikte hekime de hastanın acil müdahale gerektiren bir durumunun olup olmadığını bulma yükünü vermektedir. Aynı zamanda acil hekiminin, hem kısa sürede hastasına zarar vermeden tıbbi kurallara göre tanı ve tedavi yapması, hem de tıbbi hukuki sorumluluklarından ödün vermemesi ve hukuk kurallarını çiğnememesi beklenilmektedir (3).

Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olması için; müdahalenin hekim tarafından gerçekleştirilmesi, endikasyon şartı, hastadan alınmış usule uygun bir aydınlatılmış onam ve yapılan müdahalenin tıbbi gereklere uygun ve özenli bir şekilde yapılmalıdır. Zorunluluk hallerinde veya tıbbi müdahalenin yapıldığı bazı özel alanlarda, standart uygulama dışında yapılması gereken uygulamaların hukuka uygunluğunu daha farklı değerlendirmek gerekebilir. Acil servisler de bu özel alanların başında gelir. Çünkü, acil servisler çoğu zaman, hastanelerdeki diğer alanlardan daha farklı, hızlı, etkin tıbbi müdahale ve davranış tarzı gerektiren alanlardır (4).

Acil servislerde çalışan hekimlerin, olumsuz birçok nedenden dolayı zaman zaman hukuki sıkıntılarla karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. Malpraktis diye de tanımlanan tıbbi kötü uygulama davaları bunlardan en sık görülenlerdendir. Malpraktis'i, Dünya Tabipler Birliği 'Hekimin; tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması, beceri ve bilgi eksikliği veya görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi' olarak tanımlamaktadır (5). Aygün ve ark. yapmış oldukları çalışmada; acil tıp uzmanlarının %44.4'ü malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahipken, pratisyen hekimlerde bu oran %12.2 olarak tespit edildi ve acil servis hekimleri malpraktisin tanımını kısmen bilseler de tıbbi uygulama hataları ile ilgili yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilgiye sahip değillerdir ve malpraktis ile komplikasyon ayırımını kısmen yapabildiklerini düşünmektedirler. Acil serviste çalışan hekimlere yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların 17.0%' si hastalarına müdahale ederken hiç aydınlatılmış onam almadıklarını belirttiler. Bu durum hekimlerin hastalarına müdahale ederken çekinik davranmasına neden olmakta, defansif tıbbın acil servislerde de yaygınlaşmasına

sebebiyet vermektedir (4). Teke ve ark. yapmış oldukları çalışmada hekimlerin tıbbi uygulama hatalarının meydana gelmesinde etkili olabilecek faktörler arasında %89.4 oranında günlük bakılan hasta sayısının fazla olmasını, %82.4 hastanelerin fiziki koşullarının uygunsuzluğu ve yeterli alt yapının bulunmaması, %75.4 yeterli donanım bulunmaması, %74.6 yeterli yardımcı personelin bulunmaması, %69.7 tıp eğitiminde belirli bir standartın oluşmaması, %63.4 konu ile ilgili yeterli eğitim verilememesi, %58.5 gerekli ilaç, serum vb. materyale zamanında ulaşılamaması olarak tespit edilmiştir (1). Bu durum ve son yıllarda açılan davalarda gözden geçirildiğinde idari kusurunda göz ardı edilemeyeceği gerçeği ile yüzleşmekteyiz.

Acil servisler etkin ve çok hızlı davranılması gereken, kimi zaman ayrıntılı biyokimyasal ya da radyolojik tetkikler yapamadan tıbbi müdahalelerde bulunulması gereken özel birimlerdir. Bu birimlerde ne kadar dikkatli ve özenli olunursa olunsun, kimi zaman yoğunluk, iş yükü, yorgunluk, kimi zaman da o anki patolojinin doğasından kaynaklanan sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu anlamda, acil servis hekimlerine düşen, tıbbın gerektirdiği bilinmesi gereken standart bilgilere sahip olunması, bir hekimden beklenen dikkat ve özen yükümlülüğüne azami bir şekilde uyması olacaktır (6). Aynı zamanda acil servis hekimler malpraktis ve komplikasyonlara karşı kendilerini koruma amaçlı hastalara müdahale ederken aydınlatılmış onam almaktadırlar. 23 yıllık süreci kapsayan acil serviste olan 11500 den fazla malpraktis iddiası olan dosyanın incelenmesi ile yapılan bir çalışmada iddiaların beşte birinden daha azında bir sağlık çalışanın gerçekten yaptığı bir hata ile karşılaşıldığı belirtilmektedir. Ayrıca aynı çalışmada en fazla yapılan hatanında tanı hataları olduğu belirtilmektedir (7). Yapılan çalışmalar acil

servislerde akut myokard infarktüsü, kemik kırıkları ve apendisit benzeri durumların tıbbi uygulama hataları açısından riskli durumlar olduğunu göstermektedir (7-9). Problemlerin tespiti ve çözümü için bu konularda acil servislerde yapılacak çalışmalar önem arz etmektedir.

Çoğu zaman acil olmayan hastaların oluşturduğu yoğunluk, gerçekten acil tıbbi müdahaleye ihtiyacı olan hastalara gerekli ve yeterli zamanı ayırmakta sıkıntı doğurmaktadır. Burada, acil serviste tıbbi uygulama hatalarına karşı acil servis hekimlerine düşen, hızlı ve dikkatli bir muayene ile aciliyet durumunu değerlendirerek, sağlık hizmeti vermek, mevcut imkanlar dahilinde elinden geleni yapmak ve hasta kayıtların doğru tutulması olmalıdır.

Kaynaklar

1. Teke HY., Alkan H.A., Başbulut A.Z., ve ark. Tıbbi Uygulama hataları ile ilgili kanuni düzenlemelere hekimlerin bakışı ve Bilgilenme düzeyi: Anket Çalışması. Türkiye Klinikleri J Foren Med 2007, 4:61-67
2. Koç S., Çetin G., Kulusayın, Ö. Acil Olgularda Hekimin Sorumluluğu ve Adli Tıp Sorunları. Sendrom.1994; 6(5):54-59.
3. Kalemoglu M. The Responsibility Of The Physician In The Emergency Departments: Review. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2005, 25:824-828.
4. A Aygün, V Karabacak, HS Işık. The Knowledge, Attitudes and Behaviors of Emergency Physicians about Medical Legal Responsibilities. KÜ Tıp Fak Derg 2018;20(3):321-328

5. Yıldırım A., Aksu M., Çetin İ., Şahan AG. Tokat ili merkezinde çalışan hekimlerin tıbbi uygulama hataları ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Cumhuriyet Tıp Derg 2009; 31: 356-366.
6. Tuğcu H., Yorulmaz C., Ceylan S., Baykal B., Celasun B., Koç S. Acil Servis hizmetine katılan hekimlerin, Acil Olgularda Hekim sorumluluğu ve Adli Tıp sorunları konusundaki bilgi ve düşünceleri. Gülhane Tıp Dergisi 2003, 45: 175-179.
7. Brown TW, McCarthy ML, Kelen GD, Levy F. An epidemiologic study of closed emergency department malpractice claims in a national database of physician malpractice insurers. Acad Emerg Med, 17 (5): 553-560

**Acil Tıp Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı: Acil Tıp ve Yoğun Bakım Arasında
Olgu Temelli Bir Değerlendirme**

Doç.Dr.Mehmet Dokur*, Dr.Öğretim Üyesi Suna Koç**

*Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp AD, İstanbul.

**Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul.

OLGU

Ellisekiz yaşında kadın hasta, 05.08.2021 tarihinde hastanemizin acil servisine 112 Acil Yardım Ambulansı tarafından parenteral (İ.V.) ilaç uygulamasına bağlı olarak gelişen solunum durması nedeniyle entübe olarak getirildi.

Hastanın hastalık özgeçmişinden Hipertansiyon, Diyabetes Mellitus, Kalp Yetmezliği, Beyin Tümörü, Hipotiroidi ve Lomber Disk Hernisi tanıları ile İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde takip altında olduğu öğrenilen hastamıza, sol ayağına vuran şiddetli bel ağrısı yakınmasıyla ile bugün başvurduğu aynı hastanenin beyin ve sinir cerrahisi polikliniğinde takipli olduğu uzman hekim tarafından önerilen parenteral analjezik ve miyelorelaksan ilaçları içeren bir elektronik reçete poliklinik sekreteri tarafından düzenleniyor (Şekil 1). Hastaya elindeki elektronik reçete şifresi ile gittiği eczanede kimlik sorgulaması dışında herhangi bir engele takılmaksızın reçetede yazılan ilaçları (Dikloron® Amp. ve Muscobloc® Flk. 50 mg.) alıyor. Sadece Muscobloc® adlı 50 mg Rokuronyum (Nöromuskuler bloker) içeren ilacın kutusuna riskli ilaç grubunda olduğunu belirtir kırmızı etiket yapıştırılıp ilaçlar hasta yakınına teslim edilmiş. Aynı gün evinin yakınındaki bir tıp merkezine başvuran hastaya acil servis hemşiresi tarafından reçeteye de bakılarak intramusküler (İ.M.) olarak Dikloron® Amp. ve hemen ardından 50 mg Rokuronyum içeren Muscobloc® Flk. Adlı ilaç intravenöz (İ.V.) olarak uygulanmış. Uygulamadan kısa bir süre sonra kadın hastada solunum arresti gelişen ve gittiği tıp Merkezinin acil hekimi tarafından Acil doktoru tarafından entübe edilen ve stabil hale getirilen hasta, ambulansla hastanemizin acil servisine getirildi. Vital bulguları stabil olan entübe hasta, anestezi uzmanı ile konsülte edilerek ileri takip ve tedavi amacıyla hastanemizin Genel Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırıldı. Yatışının 2.saatinde uyanmaya başlayan hastaya takip süresince herhangi bir sedasyon uygulanmayan ancak tidal volümü yetersiz olan hasta için mekanik ventilatörde SIMV modunda takip yapılması planlandı. Yatışının 20.saatinde çekilen beyin tomografisinde akut iskemik bir bulguya rastlanmadı.

Yoğun Bakım takipleri sırasında bakılan rutin kan tetkikleri ve çekilen toraks tomografisi normal olarak değerlendirilen hasta ventilatörden ayrıldı (weaning) ve 8 saat sonra şifa ile eksterne edildi.

Bu olgu sunumu, tıbbi uygulama hatalarının evrelerini ve sağlık sistemindeki zayıf noktaları göstermesi bakımından önemli olabilir.

Şekil 1. Elektronik reçete sistemi.

The screenshot displays a software interface for an electronic prescription system. The main window is titled "İmzala Medulaya Gönder" and contains a menu bar with options like "Medula", "Sil", "Etkileşim Sorgula", "Şablon Oluştur", "Yazdır", "İlaç Doz Verme", "İlaç Bilgi", "Alıcı Antibiyotik", "Renkli Reçete", "REİYS", and "Kapat". Below the menu bar, there are several tabs: "Sk Kullanılan İlaçlar", "Hastaya Yazılan İlaçlar", "İlaç Ara", and "İlaç Şablonları". The "Sk Kullanılan İlaçlar" tab is active, showing a list of medications with columns for "İlaç Adı", "Barkod", "Reçete Türü", and "Geri Ödeme". The list includes several entries for "MUSCOBLOC" and "MUSCOFLEX" in various forms (injection, cream, capsules) and strengths. Below the list, there is a "Seçilen İlaçlar" section with a table showing the selected medication details. At the bottom, there is a "İlaç Detay Bilgileri" section with fields for "İlaç Adı", "Barkod", "İlaç Adedi", "Kullanım Şekli", "Kaç Kez / Kaç Doz", "Kullanım Periyodu / Birimi", "Açıklama Türü", and "Açıklama".

İlaç Adı	Barkod	Reçete Türü	Geri Ödeme
MUSCOBLOC 100 MG/10 ML IV ENJ COZ (10 FLK)	8699806775379	Normal	
MUSCOBLOC 30 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (10 FLK)	8699806775485	Normal	
MUSCOBLOC 30 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (5 FLK)	8699806775362	Normal	
MUSCOFLEX %40,25/30 GR. KREM	8699569350064		Geri Ödeme Kapsamın...
MUSCOFLEX %40,25/30 GR. KREM	8699569350064	Normal	Geri Ödeme Kapsamın...
MUSCOFLEX 4 MG, 20 KAPSUL	8699569150183	Normal	Geri Ödeme Kapsamın...
MUSCOFLEX 4 MG, 20 KAPSUL	8699569150183		Geri Ödeme Kapsamın...

İlaç Adı	Barkod	Adet	Kullanım Şekli	Kaç Kez	Kaç Doz	Kullanım Periy...	Periyod Birimi	Ödeme Kaps.	Açıklama Türü	Açıklama	Kayıt Tar.
MUSCOBLOC 30 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (5 FLK)	8699806775362										

Dahiliye Uzmanınının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı?

Prof. Dr. İbrahim Şahin

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD

Tanım:

- TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 13. Maddesi
- Tıbbi Malpraktis;
 - Hekimin tıbbi girişim sırasında
 - Deneyimsizlik, bilgisizlik veya özensizlik sonucu oluşan zarar

Tanım:

- Dünya Tabipleri Birliği
- 1992 yılı 44. Genel Kurulu
- Tıbbi Malpraktis;
 - Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması
 - Beceri eksikliği
 - Hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar

Önemi

- Ülkemizde Yüksek Sağlık Şurasına başvurular göz önüne alındığında her 30 hekimden birinin yasal şikayete uğradığı görülmektedir.
- Bu oran, ABD'de yaklaşık 12'de birdir.

- Adli Tıp Kurumu 1. Adli İhtisas Kurulu'nda; (ölümle sonuçlanmış dosyalarda)
- 2013'de 1060
- 2014'de 1320
- 2015'de 1148 karar verilen dosya
- % 7-30 arasında tıbbi uygulama hatası
- Adli Tıp Kurumu 2. Adli İhtisas Kurulu'nda; (canlı kişilerle ilgili dosyalarda)
- 2013'de 1200
- 2014'de 1700
- 2015'de 2000 karar verilen dosya
- % 7-20 arasında tıbbi uygulama hatası

Kusurlu bulunma nedenleri

1	Dikkatli muayene etmeme ve iyi değerlendirmeme	26
2	Hastanede yeterli süre takip etmemek /yatırmamak	6
3	Gerekli tetkik ve konsültasyon istememek	4
4	Hasta tedavi edilmeden uzmanlık birimleri arasında konsulte edilerek zaman kaybına sebep olmak	1
5	Konsültasyon istenen uzmanının hastaneye gitmeyerek görev ihmaline neden olması	9
6	Acilen bir üst sağlık kuruluşuna sevk etmemek	2
7	Uygunsuz sevk etmek	3
8	Tıbbi usullere uygun takip ve tedavi yapmayarak tedavide gecikmeye sebep olmak	2
9	Adli görevi yerine getirmemek	2

*2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama hataları. Türkan H , Tuğcu H, Gülhane Tıp Dergisi. 2004. 46 (3) : 226 –

İç hastalıkları bakış açısı



Bir Üniversite Hastanesindeki Dahiliye Hekimlerinin Malpraktis ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve BakışAçıları

Bahri Evren*, Nusret Ayaz, Osman Celbiş, İbrahim Şahin

II.Uluslararası Turaz Adli Bilimler Adli Tıp ve Patoloji Kongresi Eylül 2018-İstanbul

AMAÇ

- İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezinde (TÖTM) çalışan dahiliye asistanlarının, tıbbi uygulama hataları (malpraktis) kavramına bakışı ve bu konu ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

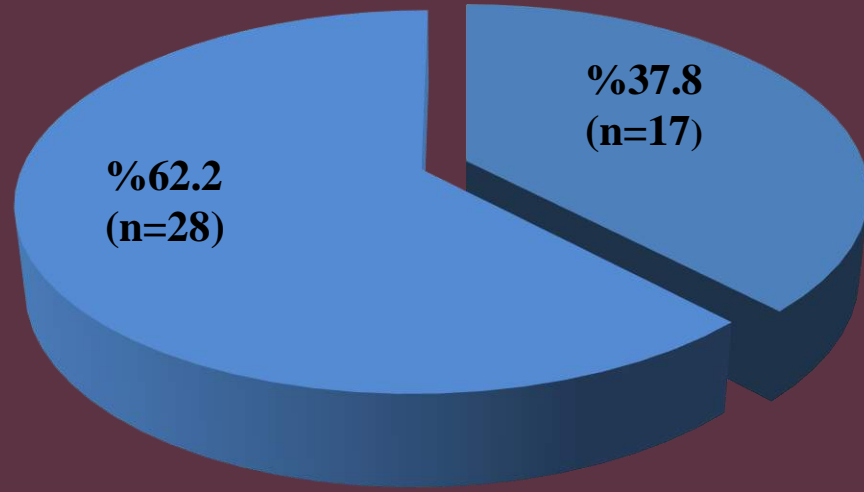
- Çalışmaya TÖTM Dahiliye Bölümünde çalışan 45 asistan hekim katılmıştır.
- Katılım gönüllülük esasına göre gerçekleşmiştir.
- Katılımcılara, malpraktis bilgi düzeyini ve tutumlarını değerlendiren sorular ve yargıtayca kararı onanmış dört vakadan oluşan anket uygulanmıştır
- İstatistiksel analiz için SPSS 22.0 programı kullanılmış ve sonuçlar *Pearson Chi-Square testi* ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

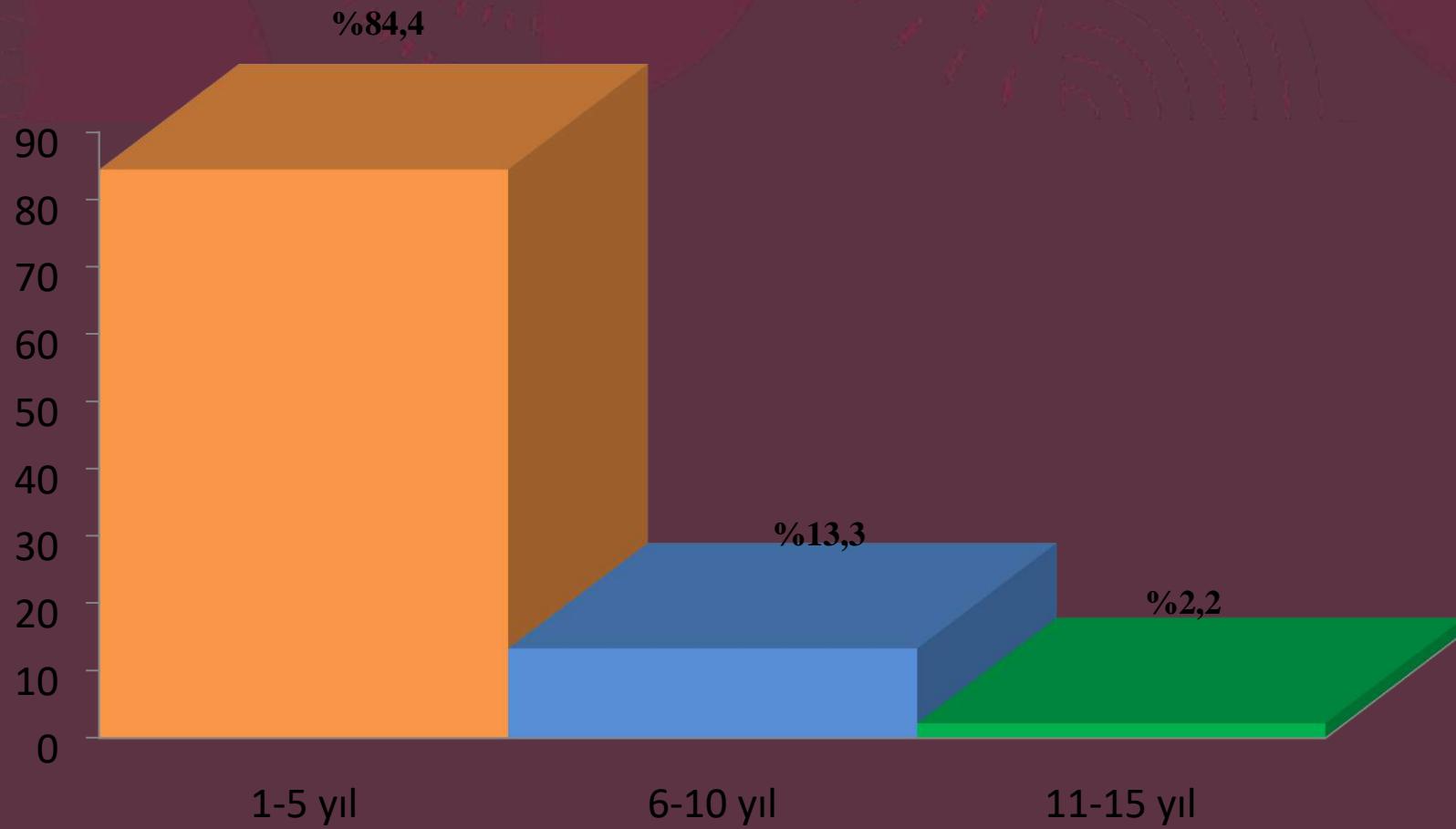
- ❖ Katılımcıların yaşı **23** ile **41** arasında değişmekte olup ortalama 28.15 ± 3.71 yıldır.

Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

■ Kadın ■ Erkek



Hekimlik yapma süresi



Hekimlerin malpraktis ile ilgili bilgileri

Malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında yeterli bilginiz var mı?	Sayı	%	Hayır 40	88,9
Evet	5	11,1		

Malpraktis ile ilgili mevcut yasal düzenlemeler hakkında bilginiz varsa bu bilgileri nereden aldınız?

Çalıştığım kurum	3	6,7
Medya	2	4,4
Meslektaşlarım	3	6,7
Tıp eğitimi sürecinde	7	15,6
Diğer (Kongre, TTB çalışmaları vb)	13	28,8
Bilgim Yok	17	37,8

Adli nitelik kazanmış malpraktis ile ilgili olarak mevcut yasal düzenleme hangi kanunda yer almaktadır?

Türk Ceza Kanunu	18	40,0
------------------	----	------

TTB (Türk Tabipleri Birliği) Tüzüğü	1	2,2
Deontoloji Nizamnamesi	1	2,2
Fikrim yok	25	55,6

Malpraktis kelimesi size ne ifade ediyor?	Sayı	%
Hekimin tanı ve tedavi sırasında standart uygulama yapmaması sonucunda hastanın zarar görmesi	6	13,3
Hekimin beceri ve bilgi eksikliği sonucunda hastanın zarar görmesi	7	15,6
Hekimin görevini ihmal etmesi sonucunda hastanın zarar görmesi	8	17,8
Birden fazla yanıt	24	53,3
Toplam	45	100

Daha önce hiç malpraktis iddiasıyla şikayet edildiniz mi?**Sayı****%**

Evet

2

4,4

Hayır

43

95,6

Malpraktis nedeniyle kusurlu bulunan hekim nasıl bir ceza alabilir?

İdari ceza

8

17,8

Hapis cezası

2

4,4

Para cezası

6

13,3

Meslekten men cezası

Hepsi

12

26,7

Fikrim yok

4

8,9

Birden fazla yanıtlar

13

28,8

Karakol veya savcılıktan malpraktis iddiasıyla ifadeye çağrılısanız ne yaparsınız?

	Sayı	%
Giderim	12	26,7
Gitmem	4	8,9
Avukat tutarım	14	31,1
Meslektaşırıma danışırım	11	24,4
Fikrim yok	4	8,9

Hekimlere verilen mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası mesleki eğitimin malpraktisi önlemek/azaltmak açısından yeterli buluyor musunuz?

Yeterli	3	6,7
Yetersiz	24	53,3

Çok Yetersiz

10

22,2

Emin Değilim

8

17,8

Vaka-1

21 yaşında hasta bulantı, kusma, ishal şikayeti ile acil servise başvuruyor, hastanın 5 yıldır **Tip 1 DM** tanısı olduğu ve insülin kullandığı öğreniliyor. Hastayı değerlendiren acil hekimi **akut gastroenterit** tanısı koyarak tedavisini verip evine gönderiyor. Evde birkaç saat sonra durumu kötüleşen hasta için ambulans isteniyor. Eve gelen sağlık görevlileri hastanın yaşamını kaybettiğini belirliyor. Otopsi işleminde **akciğer ödemi** belirleniyor.

Bu vakada hekim kusurlu mudur? Kusurlu ise ne tür bir kusuru vardır?

	Sayı	%
Hekim kusurlu değildir	1	2,2
Öngörülemeyen bir komplikasyon gelişmiştir	5	11,1
Yanlış teşhis konulmuştur	---	----

*Yeterli tetkik ve konsültasyon yapılmamıştır. Hastanın takip ve tedavisinde eksiklik vardır.	25	55,6
Birden fazla yanıt	14	31,1

*Yargıtayca karara bağlan kusur

Vaka-2

55 yaşında hasta öksürük, balgam, zayıflama şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Burada direkt grafisi ve kan tetkikleri yapıldıktan sonra **Akut Bronşit** tanısı konularak tedavi veriliyor. Ancak radyolog akciğer grafisinde nodüler lezyon tarifliyor. Verilen tedaviye rağmen şikayetleri gerilemeyen hasta başka bir sağlık kuruluşuna başvuruyor. Burada yapılan tetkiklerde hastaya **akciğer kanseri** teşhisi konuluyor.

Bu vakada hekim kusurlu mudur? Kusurlu ise ne tür bir kusuru vardır?

	Sayı	%
Hekim kusurlu değildir	12	26,7

Hekim ileri tetkik yapmamış ve ihmal kusuru vardır	9	20,0
*Yanlış teşhis konulmuştur	2	4,4
Gerekli dikkat ve özen gösterilmemiştir	6	13,3
Birden fazla yanıt	16	35,6

*Yargıtayca onanmış malpraktis kusuru

Vaka-3

48 yaşındaki hastaya kendisinde mevcut böbrek hastalığı nedeniyle böbrek biyopsisi yapılıyor. İlgili bölümde takibe alınan hastaya saatlik hemogram takibi order ediliyor. Biyopsi işleminden sonra hasta fenalaşıyor yoğun bakıma alınıyor ancak eksitus oluyor. Yapılan otopside retroperitoneal 2000 cc kanama, renal arterde yırtık görülüyor. Ayrıca incelenen hasta dosyasında **saatlik hemogram alındığı ve her saat hemoglobin değerinin düştüğü tespit ediliyor**. Ancak buna rağmen hastaya **herhangi bir müdahalede bulunulmadığı** anlaşılıyor

Bu vakada hekim kusurlu mudur? Kusurlu ise ne tür bir kusuru vardır?

	Sayı	%
Hekim kusurlu değildir	1	2,2
Hastada görülen durum yapılan işlemin bir komplikasyonudur	3	6,7
Oluşabilecek komplikasyonlara yönelik önlemler alınmamıştır	9	20,0
*Oluşan komplikasyona gerekli tetkik ve müdahale yapılmamıştır	9	20,0
Birden fazla yanıt	23	51,1

*Yargıtayca onanmış malpraktis kusuru

Vaka-4

- 80 yaşında hasta fenalaşıp acil servise getiriliyor. Burada yapılan değerlendirilmesinde bilinç bulanık, vital bulgular unstabil, kan şekeri yüksek tespit ediliyor. Endokrin servisine yatırılan hastaya damaryolu açılmayınca subklavian katater takılıyor. Düzenli

takipleri ve tetkikleri yapılan hastada pnömotoraks geliştiği tespit ediliyor. İlgili bölüme konsülte edilerek toraks tüpü takılıyor ve yoğun bakım servisine alınıyor ancak hasta eksitus oluyor.

Bu vakada hekim kusurlu mudur? Kusurlu ise ne tür bir kusuru vardır?

	Sayı	%
*Hastada görülen durum yapılan işlemin bir komplikasyonudur, hekim gerekli müdahaleleri, tetkikleri yapmıştır ve kusurlu değildir.	42	93,3
Oluşabilecek komplikasyonlara karşı gerekli önlem alınmamıştır	1	2,2
Hekim tanı koymada gecikmiştir	2	4,4
Hekim gerekli dikkat ve özeni göstermemiştir	---	----

*Yargıtayca onanmış komplikasyon kararı

TARTIŞMA ve SONUÇ

- Malpraktis konusu giderek önem kazanmakta,
- Dava sayıları giderek artış göstermektedir (*Kumral B, Özdeş T*)
- Özellikle cerrahi branşlarda dava sayıları ilk sıradadır (*Tümer AR*)
- Artan davalar, defansif tıp anlayışının yerleşmesine yol açmaktadır..
- **Bu çalışmamızda** hekimlerin malpraktis ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir.

- Hekimlerin konu hakkında yapılandırılmış eğitim ihtiyacı duydukları ve günümüzde bu ihtiyacın giderilemediği anlaşılmaktadır.
- Hem tıp eğitimi sürecinde hem de mezuniyet sonrasında konu ile ilgili eğitimler, seminerler düzenlenerek güncel mevzuat takip edilmelidir.
- Tıbbi uygulamaların hukuka uygun sayılabilmesi için üç temel madde belirtmiştir;
 1. Doğru Endikasyon,
 2. **Aydınlatma uygun şekilde alınmış onam**
 3. Hekim müdahalesinin uzmanlığın gerektirdiği şekilde gerçekleştirilmesi

Çocuk Hastalıkları Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı

Prof.Dr.Cemşit Karakurt

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı

• MALPRAKTİS

• tıbbi kötü uygulama

• Hekimin tedavi sırasında standart tedaviyi yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya uygun tedavi vermemesi ile oluşan tıbbi zarar (**Dünya Tabipler Birliği-1992**)

• Bilgisizlik, ilgisizlik veya deneyimsizlik nedeniyle hastanın zarar görmesi (**TTB-Etik Kurul-Madde 13**)

• Komplikasyondan ayırt edilmeli

MalpraktisTarihçe

- Hamurrabi Kanunları-MÖ 1760
- Hipokrat dönemi ve Hipokrat geleneğinden gelen hekimler
- 1765-Sir William Blackstone-Mala Practis-Doktor veya Cerrahin ihmali veya beceriksizliği
- 1794-ABD-Connecticut-Cerrahi sonucu ölen bir hasta ile ilgili malpraktis davası
- 19. Yüzyılda Malpraktis davaları avukatlar için büyüyen bir alan (kırık, çıkık, amputasyon)

Ülkemizde hekimliği düzenleyen yasalar

- 11.04.1928-1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- 24.02.1930-1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu
- 23.01.1953-6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 13.01.1960-4/12578 sayılı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
- 12.01.1961-224 sayılı Sosyalleştirme Kanunu
- 13.01.1983- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 01.02.1999-TTB Meslek Etiği İlkeleri Kuralları
- 27.03.2002-Özel Hastaneler Yönetmeliği
- 20.04.2004-İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi

- 28.04.2004-25446 sayılı TTB Disiplin6 Y6netmeliği
- 27.10.2014-Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Y6netmeliği

Hekim Sorumlulukları

- Suç bildirimi (ihbar y6k6ml6l6đ6)
- Sır saklama borcu (meslek sırrı)
- Sadakat borcu
- 6zen borcu

Malpraktis nedenleri

- Ehliyetsiz kişilerin yaptığı tıbbi uygulamalar
- Aydınlatılmış onam almama veya eksik alma
- Eksik veya yanlış tanı
- Yetersiz takip veya müdahalede gecikme
- Gerekli konsültasyonların zamanında istenmemesi
- Komplikasyonlara zamanında ve yeterli müdahalede bulunulmaması

- Dikkat ve özen eksikliği
- Yetersiz (eksik) tedavi

İdareden kaynaklanan hizmet kusurları, organizasyon kusuru

- **Yargı Hataları;**Bilgi eksikliği,kasıt ve ihmale bağlı hatalar
- **Mekanik Hatalar;**Ekipmanla ilgili hatalar,
- **Teknik Hatalar;**Tıbbi tekniği uygularken oluşan hatalar,
- **Beklenti Hataları;** Hastaya olacakları anlatırken saptırarak veya saklayarak farklı beklentilere sokma,
- **Sistem Hataları;**Kişilerden değil uygulama şeklinden veya kurumlardan kaynaklanan hatalardır.

**Polat,Tıbbi Uygulama Hataları,s.37.*

Malpraktis

- 1-Uygulama kusuru
- 2-Aydınlatma kusuru
- 3-Organizasyon kusuru

Danıştay 15.daire 2015/6119-2015/5733 kararı

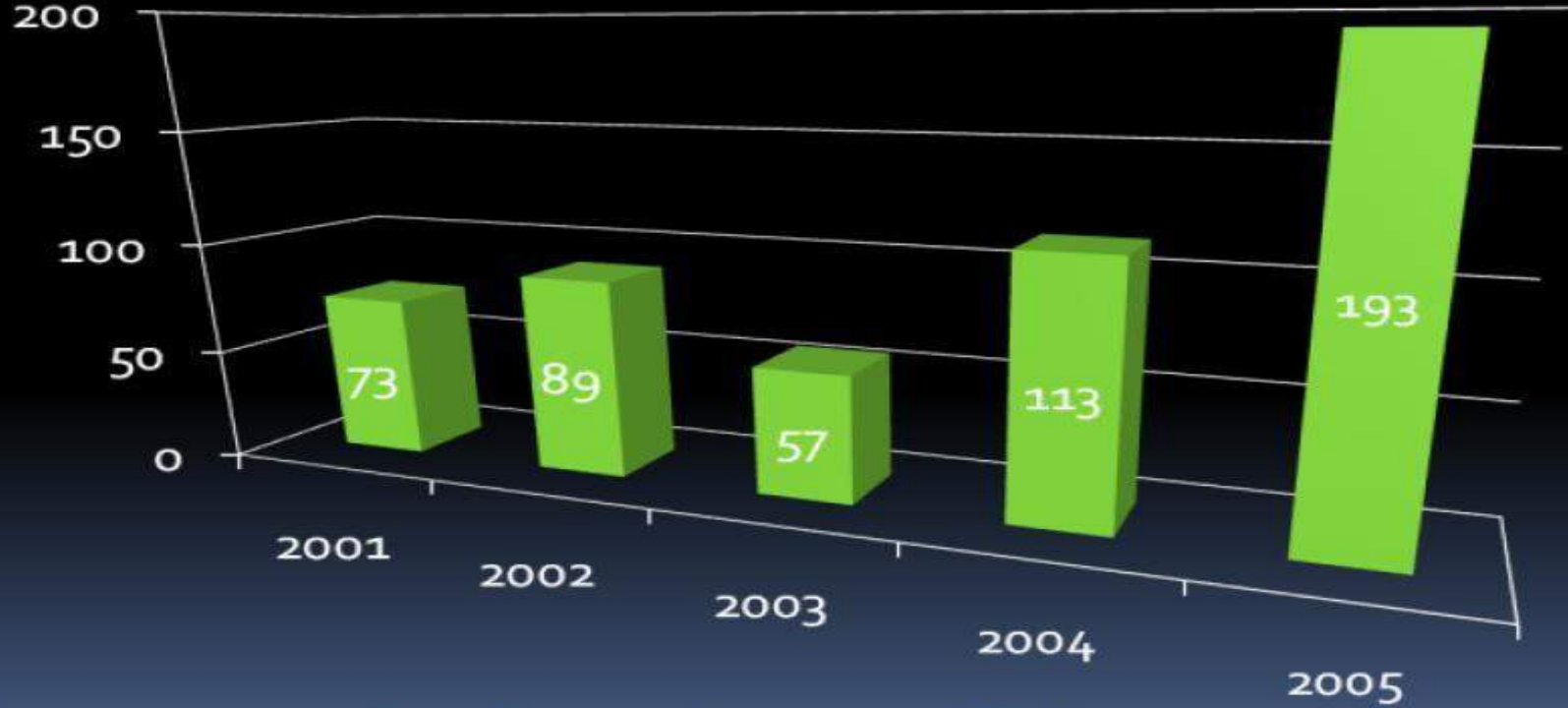
Malpraktisoluşma nedenleri

- **Sistem Odaklı Yaklaşım:**Nedenselliğın çok etkenli ve değişken yapısını dikkate alır. “Kim hata yaptı?” yerine “Hizmetin hangi noktası aksadı?”, “Hata-zarar sürecinde hangi önlem işe yaramadı?” sorularına cevap arar.
- **Birey Odaklı Yaklaşım:**hatanın sadece bireyden kaynaklandığı, dolayısıyla da çözümün bireyin cezalandırılması ile sağlanabileceğı düşüncesidir.

* Civaner Murat, TTB Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı, TTB Yayınları, 2009, s.48

ATK 1. ve 3.İhtisas Kurullarına Ait Dosyalar -2001-2005

Seri 1



Pakiş, Yaycı, Yorulmaz, Polat, Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü, 1.Uluslararası Hasta Güvenliği Kongresi, 28-31 Mart 2007 Antalya

- 482 karar verilmiş, 43 olguda karar verilmemiş,
- 167 olguda tıbbi uygulama hatasının varlığı kabul edilmiş, 315 olguda saptanmamıştır.

Hatalı uygulama alanları ;

- Tedavi Uygulamama veya tedavi hatası
- Tanı hatası
- İzleme Hatası
- Konsültasyon İstememe

Sağlık Çalışanlarının Kusur Nedenlerinin Dağılımı

Kusur Nedenleri	(n) Karar sayısı
▪ Yanlış tedavi	14 (47)
▪ İhmal	4 (13)
▪ Özen-dikkat göstermeme	10 (33)
▪ Tanı hatası	2 (7)
▪ Toplam	30 (100)

**İsmail Özgür CAN, Erdem ÖZKARA, Muhammed CAN, "Yargıtay'da Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi", 2011 DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, C.25, S.2, 2011, s:69-76.*

Tıbbi Hata Uygulamalarının Uzmanlık Alanlarına Göre Dağılımı

▪ Kadın Hastalıkları ve Doğum	37-%22,2
▪ Genel Cerrahi.....	29-%17,4
▪ Pratisyen Hekim.....	28-%16,7
▪ Çocuk Hastalıkları.....	17-%10,2
▪ İç Hastalıkları.....	12-%7,2
▪ Nöroşirurji.....	11-%6
▪ Anestezi.....	7-%4,2
▪ Kalp-Damar.....	7-%4,2
▪ Ortopedi ve Travmatoloji.....	4-%2,4
▪ Kardiolog.....	3-%1,8
▪ Enfeksiyon.....	2-%1,2
▪ Kulak-Burun Boğaz.....	2-%1,2
▪ Ürolog.....	2-%1,2

Pediyatridemalpraktis

- Sağlıkta meydana gelen gelişmelerle çocuklarda bir çok hastalıkta sağ kalım artmıştır.
- Kompleks sağlık sorunları olan çocukların sağ kalımları arttığı için erişkin yaşa ulaşan kronik hastalığı olan hastaların oranı artmıştır.
- Çocuklar sağlık uygulamalarından erişkinlere göre daha duyarlıdırlar.
- Kronik hastalığı olan çocuklar medikal hatalara daha açıktırlar.
- Kronik hastalığı olan çocuklarda malpraktise bağlı ölüm daha fazla

- Medikal hatalar 1.81-2.96/ 1000 taburcu edilen hasta
- Kronik hastalığı olan çocuklar da medikal hata oranı daha fazla

Pediyatridemalpraktis

- Medikal hatalara bağlı ölüm kronik hastalığı olan çocuklarda daha fazla
- Medikal hatalar tanı ile ilgili, doğum ile ilgili ve sistem ile ilgili olabilir.
- Çocuklarda tanısal medikal hatalar erişkinlere göre 1.35 kat daha fazla
- İlaç dozları ile ilgili hatalar çocuklarda daha fazla

DOWN SENDROMU

ÇOCUĞUMUN GELECEĞİ İÇİN TAZMİNAT



DOWN SENDROMLU ÇOCUĞUNUZ İÇİN

DOKTORUNUZUN
HEKİM SİGORTASINDAN
TAZMİNAT HAKKINIZ
VAR ZAMANAŞIMI

10 YIL

0539 978 24 29

TAZMİNATINIZ
HESABINIZA
YATANA KADAR
TÜM MASRAFLAR

BİZDEN

Leonard Berlin*

Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad

Abstract: For the first 180 years following the founding of the US, physicians occasionally were sued for medical malpractice. Allegations of negligence were errors of commission – i.e. the physician made a mistake by doing something wrong, usually mistreatment of a fracture or dislocation, a complication or death following a surgical procedure, prescribing the wrong medication, and after the discovery of the X-ray by Roentgen in 1895, causing radiation burns. In the mid twentieth century malpractice allegations slowly changed from errors of commission to errors of omission – i.e. the physician failed to do something right: almost always, failed to make a diagnosis. The number of malpractice lawsuits increased at a geometric rate beginning in the 1960s, and in the 1970s physicians began practicing defensive medicine, which lead physicians to order unnecessary radiology exams and tests. In the past 20 years the number of malpractice lawsuits has been decreasing, but the practice of defensive medicine has continued. Unnecessary exams and tests increase the likelihood of overdiagnosis and overtreatment, i.e. a new kind of error of commission.

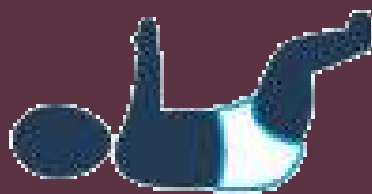


Diagnosis 2017; 4(3): 133-139

Pediyatridemalpraktis

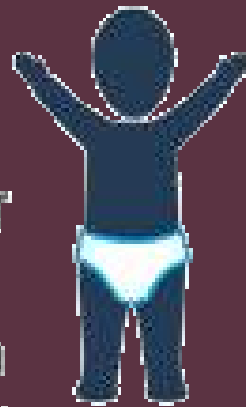
Neonate

Less than
1 month old



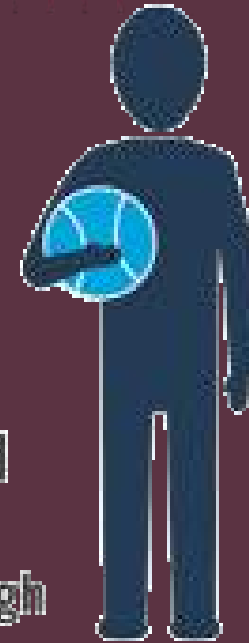
1st Year

1 through
11 months



Child

1 through
9 years



Teenager

10 through
17 years





Pediyatridemalpraktis

- 1985-2005 yılları arasında ABD de 214 226 malpraktis dosyası
- Pediatri tazminat talebinde 28 uzmanlık alanı arasında 10. sırada, tazminat ödeme oranı arasında 16. sırada

Pediyatridemalpraktis

A.E. Carroll, J.L. Buddenbaum, Malpractice claims involving pediatricians: epidemiology and etiology, Pediatrics 120 (1) (2007) 10-17.

- 2003 yılında Japonya’da yeni kabul edilen 1019 medikal malpraktis dosyası içerisinde 19 tanesi Pediatri alanında

A. Ehara, Lawsuits associated with medical malpractice in Japan: rate of lawsuits was very low in pediatrics, although many children visit emergency rooms, Pediatrics 115 (6) (2005) 1792–1793. , doi:10.1542/peds.2005-0677.

Pediyatridemalpraktis

Recent Large Pediatric Losses

Location	Date	Award	Pediatric Issue
Los Angeles	12/09	\$5M (s)	Kernicterus. Bilirubin levels alleged not timely reported by lab.
Chicago	11/09	\$22.3M (v)	Infant's leg required amputation following delays and alleged negligent care.
Tampa/St. Petersburg	10/09	\$11.1M (v)	Infant incurred brain damage; alleged failure to treat dehydration.
Madison, WI	4/09	\$17.3M (v)	Alleged improper performance of a splenectomy on 8-year-old; brain damage.
Kansas City	3/09	\$12.1M (v)	8-year-old alleged as improperly diagnosed; arteriovenous malformation hemorrhaged; quadriplegia.
Wisconsin	7/08	\$35.1M (v)	Alleged negligent performance of transfusion (air in line); 2-week-old infant; quadriplegia.
Florida	4/08	\$38M (v)	Alleged failure to diagnose ROP; blindness; twins.
Georgia	3/08	\$24.5M (v)	Alleged failure to monitor child's leg for blood flow problems; amputation of 14-year-old boy's leg.
Los Angeles	7/07	\$15.4M (v)	Alleged failure to diagnose and treat kernicterus.
Philadelphia	11/06	\$20M (v)	Infant with ROP alleged lost to follow-up after NICU discharge; blindness.

v = Verdict

s = Settlement

Pediya tridema lpraktis

	Mean indemnity paid	Mean indemnity paid	Median expense paid	Median expense paid
Neonate	\$936,843	\$187,117	\$300,000	\$119,311

First year	\$448,205	\$150,570	\$200,000	\$117,882
Child	\$493,100	\$146,060	\$200,000	\$94,174
Teenager	\$386,849	\$129,816	\$162,500	\$83,205

Pediyatridemalpraktis

	Claim count	Percent of claims with indemnity
Neonate	173	39%
First year	33	34%
Child	108	37%

Teenager

132

35%

1 month <

Number of claims

Percent

Obstetrics-related treatment

283

63%

Diagnosis-related (failure, delay, wrong)

62

14%

Medical treatment (nonobstetric)

58

13%

Surgical treatment (nonanesthesia)	17	4%
------------------------------------	----	----

1-11 month

	Number of claims	Percent
Diagnosis-related (failure, delay, wrong)	44	44%
Medical treatment (nonobstetric)	21	21%
Surgical treatment (nonanesthesia)	7	8%
Patient monitoring	3	3%
Obstetrics-related treatment	3	3%
Anesthesia-related treatment	3	3%
Failure to warn of risks	3	3%
Failure to provide safety (falls)	3	3%

Other medication-related	3	3%
--------------------------	---	----

1-9 years

Number of claims

Percent

Diagnosis-related (failure, delay, wrong)	112	38%
---	-----	-----

Medical treatment (nonobstetric)	64	22%
----------------------------------	----	-----

Surgical treatment (nonanesthesia)	52	18%
------------------------------------	----	-----

Communication (other)	19	6%
-----------------------	----	----

Improper medical management	11	4%
-----------------------------	----	----

10-17 years

Diagnosis-related (failure, delay, wrong)	128	34%
Surgical treatment (nonanesthesia)	89	23%
Medical treatment (nonobstetric)	73	19%
Improper medical management	22	6%
Anesthesia-related treatment	14	4%
Obstetrics-related treatment	13	3%

Medical Malpractice in Turkey: Pediatric Cases Resulting in Death

Erdem Hösükler¹, İbrahim Üzün², İpek Esen Melez^{3,4}, Bilgin Hösükler⁵, Murat Elevli^{4,6}

¹Department of Forensic Medicine, Bolu Abant İzzet Baysal University School of Medicine, Bolu, Turkey

²Department of Forensic Medicine, Istanbul University Cerrahpaşa School of Medicine, Istanbul, Turkey

³Department of Forensic Medicine, Bezmialem Vakıf University School of Medicine, İstanbul, Turkey

⁴Council of Forensic Medicine, Ministry of Justice, İstanbul, Turkey

⁵Department of Forensic Medicine, Uşak University School of Medicine, Uşak, Turkey

⁶University of Health Sciences School of Medicine, İstanbul, Turkey

ABSTRACT


Background: Malpractice in medicine refers to the failure of a physician to meet a standard of diagnosis and treatment, damages/injuries caused by reprehensible ignorance, or negligence of a doctor.

Methods: Allegedly malpractice cases of pediatricians and the cases in which causal link between malpractice and death was confirmed by the decision of the First Board of Specialization of the Council of Forensic Medicine between the dates of January 1, 2012 and December 31, 2014 were analyzed retrospectively.

Results: The study revealed that in the majority of 286 cases, the infants were 0–28 days old ($n = 115$; 40.2%) and were hospitalized due to respiratory problems ($n = 111$; 38.8%). The allegations of malpractice cases were most frequently seen in private hospitals ($n = 120$; 42%). Malpractice was found in 17.5% of the cases ($n = 50$), in which the majority of cases were proved to be diagnostic errors ($n = 24$; 48%). The most common diagnostic error was the misdiagnosis of “healthy child” in medical malpractice cases ($n = 11$, 22%).

Conclusions: In conclusion, it is considered to be important for the pediatricians to maintain proper communication with the relatives of the patients while monitoring their health condition, and pediatricians are expected to be more careful—especially in the diagnostic phase—in the cases involving 0–1 age group as children are most likely to be diagnosed as healthy in this age group.

Medical Malpractice in Turkey: Pediatric Cases Resulting in Death

Erdem Hösükler¹ , İbrahim Üzün² , İpek Esen Melez^{3,4} , Bilgin Hösükler⁵ , Murat Elevli^{4,6} 

¹Department of Forensic Medicine, Bolu Abant İzzet Baysal University School of Medicine, Bolu, Turkey

²Department of Forensic Medicine, Istanbul University Cerrahpaşa School of Medicine, Istanbul, Turkey

³Department of Forensic Medicine, Bezmialem Vakıf University School of Medicine, İstanbul, Turkey

⁴Council of Forensic Medicine, Ministry of Justice, İstanbul, Turkey

⁵Department of Forensic Medicine, Usak University School of Medicine, Usak, Turkey

⁶University of Health Sciences School of Medicine, İstanbul, Turkey

- *The number of lawsuits regarding malpractice accusations in pediatrics is on the increase, similar to the overall rise in medical malpractice allegations throughout the world.*
- *Lack of communication especially between physicianpatient is one of the factors of malpractice accusations.*
- *The most common reasons for death in confirmed malpractice cases are reported to be the diagnosis of gastroenteritis and pneumonia among children*

- *The most common diagnostic error made at the clinic was the wrong diagnosis of a "healthy child" in malpractice cases.*
- *Malpractice claimed cases were mostly seen in the infants (0-28 days).*
- *The ratio of malpractice in the cases resulting in death within the first 7 days was found to be statistically significant in comparison with the death cases seen in 8 or more days after the first arrival to the healthcare organizations.*

Medical malpractice claims involving children

M.H. Özdemir, T.A. Ergöner, İ.Ö. Can*

Dokuz Eylül University School of Medicine, Department of Forensic Medicine, Inciraltı, İzmir 35340, Turkey

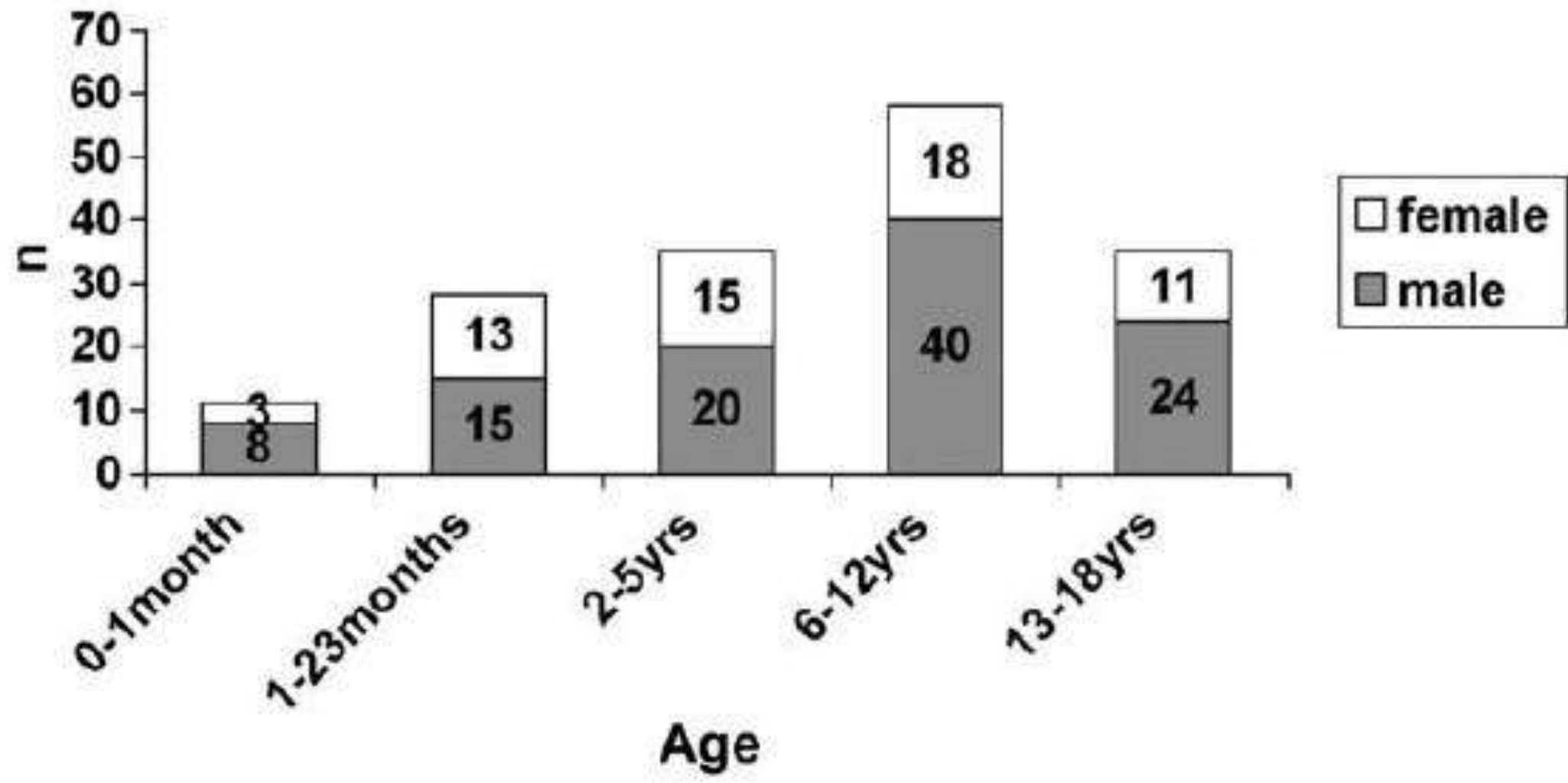
Aim: The aim of this study was to reveal and discuss the profile of medical malpractice claims involving children aged 0–18 years and reported to the Supreme Health Council (SHC), an organization providing expert opinion for malpractice claims in Turkey.

Methods: We retrospectively reviewed 167 children cases among 960 malpractice claims which expert opinion was provided by SHC between 1996 and 2000.

Results: Out of 167 children, 64.1% were male. Most of the children were aged 6–12 years. 63.5% of the claims were associated with crime lawsuits. 59.3 and 31.7% of the children applied to hospitals due to diseases and accidents, respectively. More than half of the malpractices occurred in state hospitals (63.5%) and resulted from non-surgical interventions (58.7%). One-thirds of the children suffered from infections. 57.5% of the children ($n = 96$) died and 59.3% of them ($n = 57$) were autopsied. Health staff was found at fault in 46.1% of the claims. Causes of deaths reported before and after autopsies were conflicting in 13 of 19 autopsied children (68%).

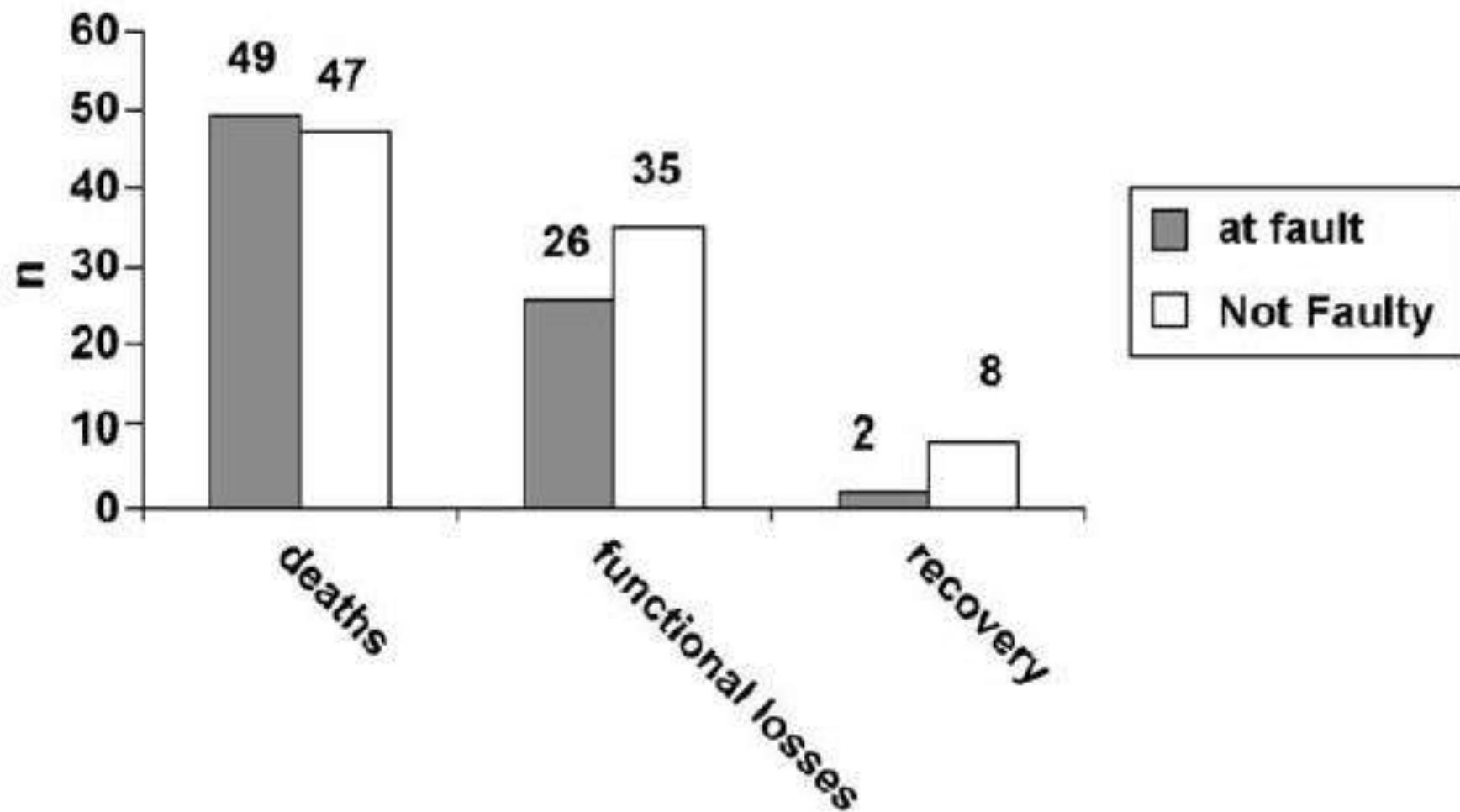
Conclusion: We think that the results of this study will contribute to the data about the profile of medical malpractice claims involving children will increase awareness in medical malpractices and deter health staff from malpractice.

Forensic Science International 191 (2009) 80–85



Distribution of the most frequent disease involving malpractice claims by age groups.

	0-1 month	1-23 months	2-5 years	6-12 years	13-18 years	Total
Infectious diseases	4	20	12	13	7	56
Bone fractures	-	-	8	15	9	32
Congenital lesions	3	5	9	4	3	24
Intoxications	1	2	2	2	2	9



Types of malpractices	Claims (N)
Violation of the regulations, failure to follow directions ^a	7 (9%)
Deficient investigations ^b	10 (13%)
Misdiagnosis	11 (14%)
Lack of care and attention, carelessness	49 (64%)
Total	77 (100%)

^a Violation of regulations addressed; not to obey legal procedures and legal responsibilities.

^b Deficient investigations addressed; lack of systemic examination and laboratory examination, inadequate laboratory examinations.

Pediatri alanında malpraktis önleme stratejileri

•Sağlık çalışanlarının eğitimi •Pediatrik ekipman •Sağlık sunumunun sağlandığı çevresel risklerin azaltılması •Ailenin bilgilendirilmesi, onam •Zorunlu mesleki sigorta

Pediatri alanında malpraktis önleme stratejileri

•**Pediatrik risk değerlendirme kaynakları**

•Emergency Care Research Institute (ECRI) •Agency for Healthcare Research Institute and Quality (AHRQ) •PIAA •AAP

Kardiyoloji Uzmanın Tıbbi Uygulama
Hatalarına Bakışı

DOÇ.DR.OSMAN BEKTAŞ

ORDU ÜNİVERSİTESİ KARDİYOLOJİ A.D



Tanım

- Tıbbi uygulama hataları (TUH), sağlık hizmetlerini sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık çalışanlarının; öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkararak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki koşulların tamamını içermektedir.

Malpraktis

(**Dünya Tabipleri Birliği**) tanımlaması

- Hekimin tedavi sırasında standart uygulama yapmaması, beceri eksikliği veya tedavi uygulamaması sonucu hastaya zarar vermesi.
 - Bu tanım olayı sadece tedavi boyutuyla değerlendirmektedir.

Malpraktis

- “ Hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması (hatalı davranış) veya görev ihmali sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından ölüme kadar giden bir değişkenlikte zarara neden olmasıdır.”

Malpraktis Nedenlerini

- Tıp eğitiminde / sürekli tıp eğitimindeki yetersizlikler, olumsuzlukların birebir hekimlik pratiğine yansımaları,
- Tıbbi teknoloji çok hızlı gelişmektedir, hekimin bu konuda yetersiz kalması/ yüksek teknoloji kullanımının suistimali,
- Hekimler üzerinde oluşturulan yoğun medya baskısı , kamuoyunun bilinçlendirilmesinden daha çok hekimler aleyhine kamuoyu yaratılması,
- Yüksek tazminatların cazibesi ve avukatlar lobisinin ağırlığının artması,
- Sivil toplum örgütlerinin yaygınlaşması ve etkinleşmesi,
- Malpraktisin iki dayanağı; Birey yani hekim, sistem (sağlık, hukuk, eğitim vb

sistemler)

Malpraktis Kavramı İçinde Hekimin Yeri

- Tıbbi bilgi yetersizliği (tıp eğitimi ve STE' nin kalitesi) ▪ Beceri eksikliği (kişinin yeteneği, deneyimi)
- Karar verebilme yeteneğinde zaaf (meslek-kışi uyumu)
 - Kendini yenileme ve değerlendirme eksikliği (otokontrol) ▪ Çevreyle iletişimde başarısızlık (başta bilgi ve sorumluluk olmak üzere paylaşım yeteneği) ▪ Karakter zaafı **(ahlak,vicdan)**

Malpraktis Kavramı İçinde Sistemin Yeri

- Tıp eğitimin niteliği, STE'nin sürekli liği (**eğitim sistemi**) ▪ Altyapının varlığı ve fiziki koşulların uygunluğu (**sağlık sistemi**)
- Ekipman/araç-gereç durumu (**sağlık sistemi**)
- Nitelikli insan gücü (**eğitim ve ekonomik sistemler**) ▪ Hukuki işleyişteki nitelik, zaman ve saydamlık

(hukuk sistemi)

Tıbbi Hata (Malpraktis) - Tarihçe



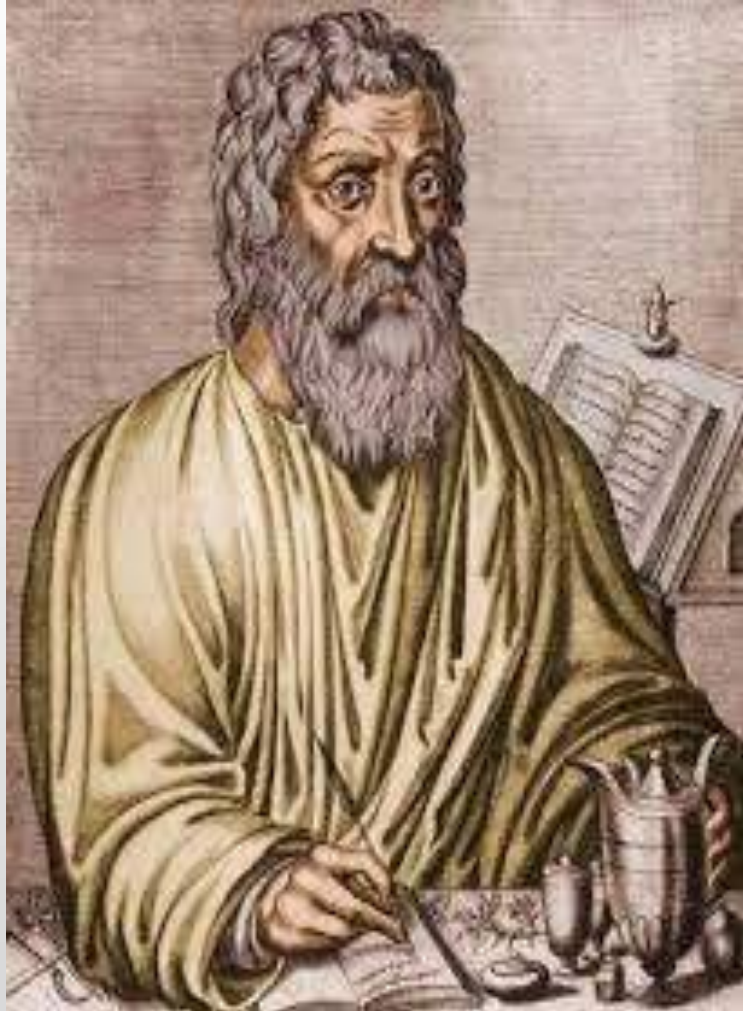
- Hammurabi Kanunları

Malpraktis - Tarihçe



- Mısır papirüslerinde ise klasik tanı ve tedaviyi uygulayan hekimin kusurlu olmayacağı, ancak yeni bir tedavi yöntemi uyguladığında hasta ölür veya iyileşmez ise, bunu yapan hekimin ölüm cezasına çarptırılacağı kayıtlıdır.

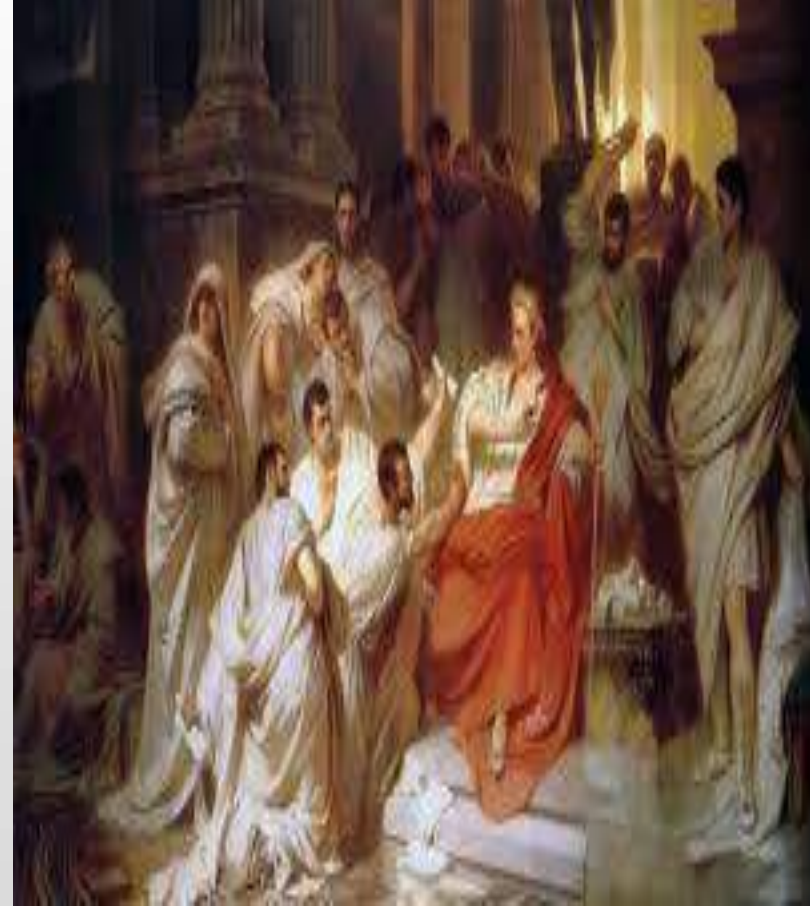
Malpraktis - Tarihçe



Malpraktis - Tarihçe

- Roma Hukukunda da, hekimin yaptığı tedavide sorumluluğunun varlığı kabul edilerek ağır suçlar kapsamında değerlendirilmiştir.

Malpraktis - Tarihçe



- ABD'de tıbbi bir yanlış uygulama vakasının ilk örneği 1794'te gerçekleşti.
- Bu davada davalı, eşini ameliyat eden doktorun, karısını ölüme yol açacak şekilde saldırgan ve acımasız bir şekilde tedavi ettiğini ileri sürmüştür.
- Ayrıca doktorun operasyonu ustaca yapacağına dair söz verdiğini iddia etmiştir. Bu nedenle adama 40 İngiliz Sterlini tazminat verilmiştir.

Malpraktis

- Malpraktis, Latince kökenli “Male” ve “Praxis” kelimelerinden türemiş olup “hatalı uygulama” anlamına gelir.
- Planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması.

Malpraktis

- Tıbbi hatalar nedenlerine göre üçe ayrılırlar:
- **İşleme bağlı hatalar:** Yanlış işlemi yapma.
- **İhmale bağlı hatalar:** Doğru işlemi yapmama.
- **Uygulamaya bağlı hatalar:** Doğru işlemi yanlış uygulama.

Malpraktisi

“sistemden veya bireyden kaynaklanan hatalar ”

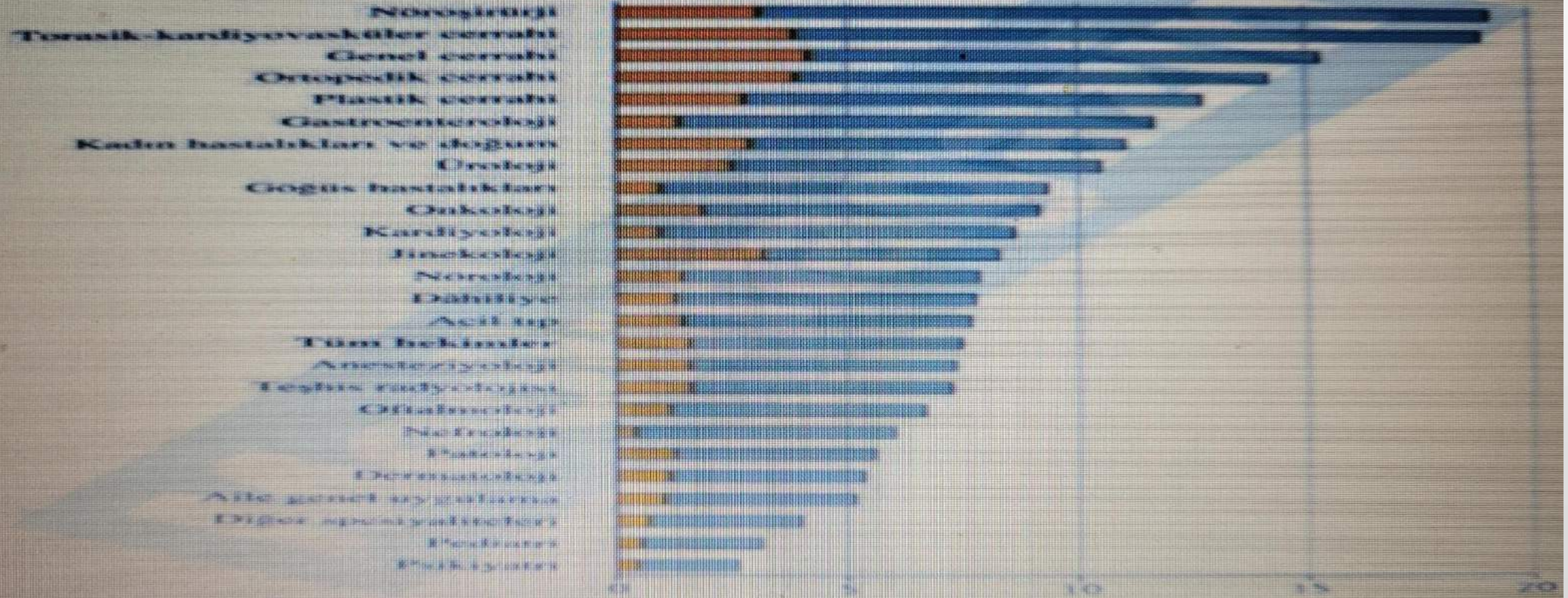
**olarak ayırmadan ,olaydan zarar gören insandır diye değerlendirmek daha doğrudur,
Malpraktiste zarar gören sadece hasta değildir, hekimde olumsuzluğu yaşar ve zarar görür.**

Kardiyoloji de durum nasıl?

- Hangi hekim mesleğini yaptığını için adli takibe uğramak ister?
- Kardiyologlar mesleklerinin doğası gereği sonu hastanın vefatı ile biten birçok sürecin içinde yer almak zorundalar.
- Ölüm çoğunda doğal bir süreç iken çok az bir oranda komplikasyon ya da hekimin hatası sonucu gerçekleşmektedir.

Bir yılda malpraktik ihlali ile karşılaşan hekimlerin uzmanlık dallarına göre oranları

■ Şikâyetçiye tazminat ödenen ihlaller ■ Tüm ihlaller



Bir yılda malpraktik ihlali ile karşılaşan hekimlerin (%)

HEKİMLİK FAALİYETLERİ SIRASINDA OLUŞAN TIBBİ MÜDAHALE HATALARININ UZMANLIK DALLARINA GÖRE DAĞILIMI

BRANŞLAR	%
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM	26.7
GENEL CERRAHİ	9.8
ANESTEZİYOLOJİ VE REANİMASYON	7.1
ORTOPEDİ	6.2
GÖZ	6.2
DIŞ	5.3
ACİL	4.4
PEDİATRİ	4.4
KBB	4.4
ÜROLOJİ	3.5
KVC	2.6
BEYİN CERRAHİSİ	2.6
PLASTİK CERRAHİSİ	2.6
KARDİYOLOJİ	1.7
PSİKİYATRİ	1.7
DAHİLİYE	0.8
CİLDİYE	0.8
GÖĞÜS CERRAHİSİ	0.8
RADYOLOJİ	0.8
GÖĞÜS HASTALIKLARI	0.8

- Sağlık hizmeti esas olarak, hasta-hekim arasında güvene dayalı bir ilişkidir.
- Hastanın karşısında iyi yetişmiş, her hastaya yeterli zaman ayırabilen, yeterli yardımcı personel, araç, gereç ve ekipmana sahip, çalışma ortamı düzgün, geçim şartları sağlanmış bir doktorun, kasıt veya ihmal ile hastaya tıbbî kötü uygulama sonucu zarar vermesi beklenmez.

- Tıbbi Müdahalenin Hukuk Uygunluğu için aşağıdaki Őartların birlikte bulunması zorunludur:
- 1-Yetkili Sağlık Personeli
- 2- Endikasyon
- 3-Aydınlatma-Rıza
- 4-Tıbbi Standartlara Uygun Müdahale

- Tıbbi Yanlış Uygulama Dünya Tabipler Birliğinin 44.Genel Kurulunda; Hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” olarak tanımlanmıştır. Bunları grüplamak gerekirse;
- • İletişim eksiklikleri ve kayıt hataları,
- • Yetki sınırlarının aşılması ve konsültasyon,
- • Aydınlatma ve onam,
- • Tanı hataları,
- • Hatalı karar,
- • Girişim hataları ve teknik hatalar,
- • Özen eksikliği.

▪

- Kardiyoloji ile ilgili adli vakalar incelediğinde mahkemeye aksetmiş hadiselerin büyük bir kısmı doğrudan ya da dolaylı olarak doğru aydınlatılmış onam verilmemesinden ya da hasta dosyalarının eksik ve hatalı doldurulmasından kaynaklandığını görmekteyiz.
- Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Madde 26:
- Aydınlatılmış onam: “Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri,

hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır.

Hastanın Bİlgilendirmesi ve Dosya Kayıtları ile İlgili Davalar

- Örnek davaları incelediğimizde, T.C Yargıtay 12. Ceza dairesi E. 2013/25308 K. 2014/25181 T.10.12.2014 (birinci bölüm 11. Dava) sayılı davada davacı taraf koroner anjiyografi öncesi hekimin hastaya koroner anjiyografi işlemi için hiçbir risk olmadığı denildi iddiasındadırlar.
- Yapılan tıbbi işlemde bağımsız olarak verilen bilginin yanlışlığı nedeniyle dava açılmıştır. Hekim ölüm dâhil birçok komplikasyonları olan böyle bir işlem için hiçbir risk yoktur demişse elbette hastaya yanlış bilgi verdiği için hatalıdır. Fakat hastaya bütün riskler anlatılmışsa bile hekimden, hastanın bu riskleri anladığını ve bu işleme gönüllü olduğunu, bunu kabul ettiğini kayıt altına almış olması beklenir.

Hastanın Bİlgilendirmesi ve Dosya Kayıtları ile İlgili Davalar

- T.C Yargıtay 21. Hukuk Dairesi E.2013/13764 K.2014/25170 T.25.11.2014 (ikinci bölümün beşinci davası) sayılı davada SUT ve kılavuzlar arasındaki uyumsuzlıklardan kaynaklanmaktadır.
- Hekimin hasta için uygun gördüğü ilaç kaplı stent SGK tarafından karşılanmadığı için hasta stent parasını kendisi ödemiş daha sonra da mahkemeye başvurmuştur.
- Bazı ilaçlar ve tıbbi malzemeler hasta için tıbben elzem olduğu halde hastanın sosyal güvencesi bunu karşılamadığı için sorunlar yaşanmaktadır.
- Hekimin bu durumda sorumluluk almaması ve gerçekten bu tedavi gerekli ise hastanın sosyal güvencesi önerilen tedaviyi karşılamıyor olsa bile hastaya önermesi gerekir.

Hastanın Bilgilendirmesi ve Dosya Kayıtları ile İlgili Davalar

- Bu öneride bulunurken hastayı tedaviye para harcaması için de baskı uygulamaması ya da yönlendirmemesi istenir.
- Hastanın bu konuda doğru bilgilendirildiği ve bunu anladığı kayıt altına alınmalıdır.
- Davadan da anlaşılacağı gibi geri ödemesinde sıkıntı yaşanan malzemelerin kullanılması gerekiyorsa satın alma süreci hasta ve hekim arasında değil hastane aracılığıyla ve izniyle olması hekimi ileride doğacak adli sıkıntılara karşı koruyacaktır.

- T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2015/5663 Karar no.2016/6577 ve 18/04/2016 tarihli davayı (1. Kısım 5. dava) incelediğimizde;
- İlgili davada hasta göğüs ağrısı ve yüksek tansiyon nedeniyle Acil Servise 112 tarafından 04.03 sıralarında getirilmiştir.
- Burada acil hekimi muayenesini yapmış tansiyon düşürmek için tedavi uygulamıştır. Sabah 08.00'da hastanın sabah ekibine devredilmesi sonrası hastanın EKG'si çekilmiş, subakut anterior myokard infarktüsü tespit edilmiştir.
- Sonrasında hasta gerektiği gibi konsulte edilmiş, yoğun bakım yeri olmaması nedeniyle sevk edilmiş, hastaya verilmesi gereken antiagregan ve antikoagulan tedavi uygulanmış, sonrasında serebral hemoraji gelişmiş ve hasta ölmüştür.
- Bu davada başvuru sırasında ilk değerlendirmeyi yapan hekim yargılanmaktadır. 112 kayıtlarında hastanın şikayetleri "hipertansiyon" ve "göğüs ağrısı" iken, acil hekiminin ifadesinde hastanın göğüs ağrısı olmadığı, sadece tansiyon yüksekliği olduğu belirtilmiştir. Bu çelişki hekimin ayrıntılı anamnez almadığı şeklinde değerlendirilmiş bu nedenle EKG çekilmediği ve teşhis koymanın geciktiği vurgulanmıştır.

Anamnez,Fizik Muayene,Tetik Eksikliği ile İlgili Davalar

- Bu ve benzeri davalarda hasta taksirle adam öldürme suçundan beraat etmektedir. Çünkü myokard infarktüsü, kalp yetersizliği gibi hastalıklarda erken teşhis konulsa bile hastanın kaybedilme ihtimali vardır. Bu durum hukuki açıdan gözardı edilmemektedir.
- Bu tip davalarda hekime ihmal suretiyle görevi kötü kullanma suçundan hüküm verilmesi daha muhtemeldir

Anamnez, Fizik Muayene, Tetkik Eksikliği ile İlgili Davalar

- T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2014/18413 Karar no.2015/8620 ve 21/05/2015 tarihli davayı (1. Kısım 9. dava) incelediğimizde; hekimin EKG değerlendirmesinin yeterli bulunmayarak suçlandığını görmekteyiz.
- Bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon ve geçirilmiş felç hikayesi olan hasta midede yanma, ekşime ve ağız kuruluğu şikâyetleriyle dahiliye polikliniğine başvurmuş, buradan koroner arter hastalığı şüphesiyle kardiyoloji bölümüne sevk edilmiştir.
- Çekilen EKG’de ventriküler ekstrasistol, voltaj artışı saptanmış, ekokardiyografide sol ventrikül hipertrofisi ve diyastolik disfonksiyon tespit edilmiştir.
- 2 gün sonra rahatsızlanan hastanın çekilen EKG’sinde ise anterior myokard infarktüsü saptanmış, takip ve tedavi sürerken 1 gün sonra hasta hayatını kaybetmiştir.

Anamnez, Fizik Muayene, Tetkik Eksikliği ile İlgili Davalar

- Sonradan yapılan inceleme sonrası düzenlenen raporda çekilen EKG'nin V5-6 derivasyonlarında çökmenin hekimce tespit edilemediği, bu hata nedenli hastanın kardiyak enzimlerine bakılması ve yatarak tedavi edilmesi gerektiği ama edilmemesi nedeniyle hekimin eksik eyleminin olduğu dava dosyasında belirtilmiştir.
- Bir diğer bilirkişi raporunda ise sanık kusurlu bulunmamıştır. Bu davada bilirkişilerin farklı kararlar verebileceğini görmekteyiz.
- ST segment çökmesi her zaman iskemi göstergesi olmayabilir. Hastanın yakınmaları daha çok hekimin mide rahatsızlıklarına yönlendirmektedir. Ekokardiyografide sol ventrikül duvar hareket kusuru saptanmamış, sol ventrikül hipertrofisi saptanmıştır. Sadece EKG'deki iki derivasyon çökmesine bakarak hekimin EKG değerlendirmesinin eksik bulunması doğru değildir. Altta yatan birçok nedenin bu çökmelere neden olabileceği bir gerçektir.
- Muhtemel bu nedenle adli raporlar arasında çelişki mevcuttur. Bu çelişki nedenli yerel mahkemece verilen karar bozulmuştur.
- Bilirkişi raporu hazırlanırken ne yazık ki bilirkişiye yol gösterecek bir kılavuz yoktur ve bilirkişinin subjektif takdirine göre kararlar değişebilmektedir.

- T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas no.2013/21321 Karar no.2014/16980 ve 10/07/2014 tarihli davayı (1. Kısım 16. dava) incelediğimizde; göğüs ağrısı ile başvuran hastanın aort diseksiyonu tanısının atlanması ve taburcu edilmesi sonrası hastanın öldüğü, bu nedenle dava açıldığı görülmektedir.
- Hekimler olarak göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda öncelikle koroner arter hastalığı düşünmekte, diğer tanıları ikinci plana bırakabilmekteyiz. Halbuki göğüs ağrısının ayırıcı tanısı da aort diseksiyonu, pnömotoraks, pulmoner emboli, özofagus rüptürü gibi hayatı tehdit edici başka tanıların da öncelikli araştırılması gerekir.
- Bu tanıları ekarte edilmeden hastanın taburcu edilmemesi, hastanın müşahede altına alınması gereklidir.
- Bu hastada acil hekiminin hastayı kardiyoloji hekimine konsulte ettiği, hastada kardiyak patoloji saptanmadığı yönünde görüş alınması sonrası poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildiği görülmektedir.
- Hastanın yine göğüs ağrısı nedeniyle evde kötüleşmesi sonrası başka bir merkeze getirildiği, ölümün ilk hastaneden taburculuktan 3 saat sonra gerçekleştiği, yapılan otopside hastanın aort diseksiyonuna bağlı perikardiyal tamponad nedeniyle öldüğü saptanmıştır.

Anamnez, Fizik Muayene, Tetkik Eksikliği ile İlgili Davalar

- Hekim fizik muayenesinin eksik yapıldığı ve müşahede edilmediği için suçlanmıştır.
- Bu vakada aort diseksiyonuna özel bulguların fizik muayenede kontrol edilmediği, kontrol edildiyse de hasta dosyasına not edilmediğini görmekteyiz.
- Bu vakada fizik muayene üzerinde durulmuştur. Fizik muayenede ilgili bulguların olmadığı belirtilseydi bile hastaya ekokardiyografi veya bilgisayarlı tomografi istenmediğinden dolayı suçlama yapılabilirdi fakat bilirkişi fizik muayenenin tam yapıldığını değerlendirecek ve hekim lehine karar bildirmesi ihtimali artacaktır.
- Aslında çoğu ayırıcı tanı sadece fizik muayene ile ekarte edilebilmektedir

Anamnez, Fizik Muayene, Tetkik Eksikliği ile İlgili Davalar

- Ancak anamnez ve fizik muayene ayrıntılı yapılsa bile hasta dosyalarına ayrıntılı bir şekilde kaydedilememektedir.
- Unutulmamalıdır ki anamnez ve hasta muayenesinin dosyalara kayıt edilmemesi hukuki açıdan hekimin bu uygulamaları yapmadığı şeklinde değerlendirilebilmektedir.
- Bu yüzden ne kadar zaman kısıtlılığı da olsa anamnez ve fizik muayene ayrıntılı biçimde hasta dosyalarına kaydedilmelidir.
- Yapılan tetkikler muhakkak ayrıntılı bir biçimde dosyaya işlenmelidir.

Konsültasyon ile İlgili Davalar

- Hekim sorumlulukları ve yükümlülüklerinden önemli bir tanesi de ihtiyaç halinde konsültasyon talep etme ve bir başka hekimden gelen konsültasyon talebine uyma yükümlülüğüdür.
- Hekim bir hastanın tedavi ve müdahale sürecinde hastanın durumuna göre, bir başka hekimin konsültasyonuna ihtiyaç duyabilir. Böyle bir durumda tıbbi müdahalede bulunan veya tedavi uygulayan hekim için konsültasyon talep etmek bir zorunluluk olduğu gibi, bir başka hekimden gelen konsültasyon talebine uymakta zorunludur.

Konsültasyon ile İlgili Davalar

- T.C. Yargıtay 12. Ceza Dairesi Esas No:2013/11750 Karar No:2014/5182 3/3/2014 tarihli dava (1. Kısım 19. Dava) dosyası incelendiğinde; acil servise şüpheli akut koroner sendrom tanısı ile başvuran hastanın tetkiklerinin tam olarak değerlendirilmediği, buna bağlı olarak tanısının net konulmadığından dolayı kardiyoloji konsültasyonu istenmediği veya kardiyoloji birimi olan bir merkeze sevk edilmediği gözlenmiştir.
- Adli tıp 3.İhtisas Kurulu ve Yüksek Sağlık Şurası tarafından verilen raporlarda; Otopsi sonucunda geçirilmiş miyokard infarktüsü sonucu ölümün meydana geldiği, enzim yüksekliği, EKG’de yoğun parazit olması ve hastanın kardiyoloji konsültasyonu yapılarak yatırılması ve izlenmesi gerektiği, bu çerçevede zamanında ve uygun tedavi yapılmadığından sanık Dr. A.T’ nin kusurlu olduğu tespit edilmiştir.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- Girişimsel kardiyoloji, kardiyologların dahili bir branştan çok cerrahi branş içinde değerlendirilebileceği belki de kardiyolojinin en önemli alt koludur.
- Gerek Amerikan kalp cemiyetinin (AHA) gerekse de Avrupa kardiyoloji derneğinin (ESC) çıkardığı özellikle girişimsel kardiyolojiyi içeren kılavuzları izlemek hem güncel bilgileri uygulamak için, hem de bir komplikasyon çıktığında hekimin kendini savunabileceği iyi birer yol göstericidirler

- 2009 yılında adli tıp kurumunun malpraktis davalarını içeren 167 otopsis yapılan vaka serilerinde en üst sırayı %22 ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanları alırken , kardiyoloji uzmanları tüm vakaların %1.8 'inde sanık olarak yer almıştır.
- Maalesef kardiyoloji uzmanlarının malpraktis davaları ile yüzleşmeleri sadece Türkiye'ye özgü bir durum değildir.
- W. Kuan ve arkadaşları 2017 yılında Tayvan'da 2002 ila 2013 yıllarını içeren miyokard infarktüslerini içeren 36 adet kapanmış malpraktis davalarını incelemişlerdir. Davaların ortalama sonuçlanma süresi 65.5 ay olarak belirtilmiştir.
- Davaların %20'sinde klinisyenlerin ortalama 100.639 dolar ödedikleri maddi tazminat ve ortalama 4.3 ay aldıkları hapis cezası ile sonuçlanmış.
- Aynı çalışmada kardiyoloji ve acil uzmanları davaların %56.3 'üne karışmış olmalarına karşın bu davaların %92.6 'sını kazanmışlar, diğer uzmanlar ise karıştıkları davaların %25 'ini kaybetmişler.
- En fazla dava kaybettiren neden ise acil servise tipik göğüs ağrısı ile başvuran ve bilinen koroner arter hastalığı için risk faktörü olan kişilere konan yanlış tanılar olmuştur.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- Olcay A. ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı bir çalışmada kardiyoloji uzmanlarının büyük çoğunluğu malpraktis korkusu yüzünden gereksiz test istemekte ve yüksek riskli hastadan kaçınma eğilimi göstermişlerdir.
- Kardiyoloji uzmanlarının yaptığı işlemler tıbbın diğer alanlarındaki invaziv işlemler gibi belli bir riski olan girişimlerdir. Yapılan işlem ne kadar titiz yapılırsa yapılsın istenmeyen komplikasyonlar olabilir.
- Eğer hayati tehdit eden miyokart infarktüsü gibi acil girişim gerektiren bir durum yok ise hastaya onam kağıdı verilmeli dikkatli okumaları ve düşünmelerine zaman tanındığını göstermek için en az bir gün sonra okuyup anladıklarına dair imzayı vermeleri istenmelidir.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- 2010 yılında göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde koroner anjiyografi (KAG) ardından koroner arter bypass greft (CABG) kararı verilen hastaya raporda belirtildiği kadarı ile ikili bypass (LIMA-LAD, RCAPD-SVG) yapılmış.
- Yaklaşık 4 ay sonra göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde KAG yapılan hastanın LIMA serbest izlendiği LAD distali antegrad ve RCA'dan silik olarak dolduğu, Cx %30 darlık olduğu, Ao-RCA dışında başka bypass damarı görülmediği belirtilmiş.
- Yine yaklaşık 4 ay sonra ST yükselmesiz miyokard infarktüsü ile yatırılan hastanın Cx proksimalindeki %70 darlığa stent takıldığı rapor edilmiş.
- Hastanın exitus kabul edildiği 03.02.2011 tarihine kadar da birkaç kez daha sağlık kuruluşlarına başvurduğu ve medikal takip edildiği anlaşılıyor.
- Açılan davanın karar kısmında ise ameliyat ekibinin ifadelerinde LAD bypass yapılırken LIMA kullanımından vazgeçerek safen ven grefti kullanıldığını belirttikleri, otopsi yapılmadığı ve Toraks BT anjiyografi çekilmemiş olduğu, mevcut belge ve bilgiler itibarı ile operatör doktora kusur bulunmadığı belirtilen olayın sonucunda beraate dair hükmün isteme uygun olarak onanması kararı 24.05.2016 tarihinde çıkmıştır

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- Dosya incelendiğinde bu karmaşık süreci anlamayı zorlaştıran en önemli kısmın 04.03.2010 tarihinde yapılan operasyon tıbbi belgelerinde LAD-LIMA greftinin belirtilmiş olması fakat diğer koroner anjiyografilerde LIMA'nın serbest izlendiğinin rapor edilmesidir.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- Başka bir davada, kronik miyeloproliferatif hastalık, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği tanıları olan hastaya anstabil angina pectoris tanısı ile koroner anjiyografi işlemi uygulanmış ve ameliyat kararı alınmıştır.
- Ameliyat sonrası hasta yoğun bakımdan çıkmadan hayatını kaybetmiştir.
- Hasta öldüğü için dava açılmış ama bilirkişiler tarafından bir taksir görülmediği için hekim beraat etmiş yine de davacılar tarafından temyiz istemi için Yargıtay'a başvurulmuş ancak temyiz istemi reddedilmiştir.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- T.C Yargıtay 12. Ceza Dairesi E.2013/11286 K.2013/19375 T.9.9.2013 birinci bölümün yirmi ikinci davası) sayılı davada, koroner anjiyografi işlemine bağlı olarak retroperitoneal kanama olduğu ve buna bağlı hayatını kaybettiği düşünülen bir hastanın hekimleri taksirle öldürme suçundan yargılanmışlardır. Koroner anjiyografi sonrası birçok ölümcül komplikasyon gelişebilir.
- Daha nadir bir komplikasyon ve hastalık kendini gizleyebilir. Hekimin önce daha olası bir tanıyı belirleyip ona yönelik tedavi uygulamaya başlaması ve bundan dolayı asıl tanıyı koymakta gecikmesi gözlenebilen bir durumdur.
- Bu durumda, yine benzer koşullarda görev yapan konu ile ilgili başka bir uzmanın da tespit edemeyeceği türden problemlerle ilgili olarak, hekimi sorumlu tutmak doğru olmayacaktır.
- Hızlı ilerleyen ve ölümlü sonuçlanan bazı komplikasyonlar, henüz tanı konup önlem alınmadan hastanın hayatına mal olabilir.
- Burada dikkat edilmesi gereken husus, hekimin çalışma koşullarıdır. Birbirinin hemen aynısı olan olgularda, donanımlı bir hastane ile zor koşullarda tek başına görev yapan bir hekimin de sorumluluğu aynı olmayacaktır.

Girişimsel Kardiyoloji İle ilgili Davalar

- Bu vakalarda, kusur - komplikasyon ayırımını yapmak için, kılavuzlar ve referans kitapların önerdiği tanı ve tedavi algoritmalarına dikkat edilmiş mi, gerekli tetkikler önerilen sıra ve sürede istenmiş mi, konunun uzmanı tarafından değerlendirilmiş mi gibi sorulara cevap aranır.
- Bu olguda bilirkişi hekimleri kılavuzlar doğrultusunda hareket ettikleri, mesleki standartlara aykırı davranmadıkları ve özen eksikliğinin bulunmadığını göz önünde bulundurarak, kusur olmadığı sonucuna varmıştır.
- Buna dayanarak Yargıtay da temyiz itirazını yerinde görmüş ve hükmü bozmuştur.

TIBBİ BAKIŞ AÇISINA GÖRE TIPTA UYGULAMA HATALARINDA KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜMLERİ

Arş. Gör. Dr. Elif Asena ÖZÇELİK*, Prof. Dr. Yaşar BİLGE*

Yaşar BİLGE ORCID NO: 0000-0002-6495-6031

Elif Asena ÖZÇELİK ORCID NO: 0000-0003-1843-1987

(*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı)

ÖZET

Tıpta uygulama hataları sıklıkla önlenemez, güncel bilgiler eşliğinde multidisipliner çalışma gerektiren bir alandır. Sağlık hizmetinde görevli herkesin sorumluluk ve rollerini açıklamak, amaç ve değerlerinin farkındalığını sağlamak, desteklemek, verileri paylaşmak, analiz etmek, akredite eğitimler sunmak, sağlık hizmetin kalitesi ve güvenilirliğini artırmak, ulaşılabilir, yeterli ve uygulanabilir hale getirmek için çeşitli organizasyonlar

düzenlendi. Bu yazıda hastanın zarar görme sürecinden, delillerin toplanıp, kusurun belirlenmesi ve raporlanması sürecinin açıklanması amaçlanmış, onam ve kayıtların önemine değinilmiş, verilen sağlık hizmetinin hem hasta hem hekim için nasıl daha iyi olabileceği görüşülmüş, sık yapılan hatalar üzerinden hekimlerin farkındalığı artırılmaya çalışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: tıpta uygulama hataları, komplikasyon, aydınlatılmış onam, delil, hekimin görevleri

PROBLEMS FACED IN MEDICAL APPLICATION ERRORS AND THEIR SOLUTIONS FROM A MEDICAL PERSPECTIVE

Res. See. Dr. Elif Asena ÖZÇELİK*, Prof. Dr. Yaşar BİLGE*

(*Ankara University Faculty of Medicine, Department of Forensic Medicine)

SUMMARY

Errors in practice in medicine can often be avoided, and it is a field that requires multidisciplinary work with up-to-date information. Various organizations were organized to explain the responsibilities and roles of everyone in the health service, to raise awareness of their goals and values, to support them, to share and analyze data, to provide accredited trainings, to increase the quality and reliability of health services, and to make them accessible, sufficient and applicable. In this article, it was aimed to explain the process of collecting evidence, identifying and reporting the defect, from the patient's harm process, the importance of consent and records was mentioned, it was discussed how the health service provided could be better for both the patient and the physician, and the awareness of the physicians was tried to be increased through common mistakes.

Keywords: malpractice in medicine, complications, informed consent, evidence, duties of the physician

GİRİŞ VE AMAÇ

I. Hak Kavramı

Doktor için dürüstlük, saygı, liyakat değerlerinin güncel ve içselleştirilmesi gerekli, beklenen bir değerdir.

Anayasamızın 17. Maddesi gereği rızası olmaksızın kişinin vücuduna dokunulamaz. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 2. maddesine göre insan haysiyetinin korunması gerekir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 31. maddesine göre hasta ve kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi gerekir. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 15. maddesine göre bilgilendirme içeriğinin açıklayıcı olması gerekir. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi 8. Maddeye göre acil durumlarda kişinin sağlığı için gerekli tıbbi müdahale rıza aranmaksızın derhal yapılır [1,2].

II. Hata Kavramı ve Kaynakları

Tıbbi uygulama hatası kabaca izin verilen risk çerçevesinde değerlendirilemeyecek, öngörülebilir ve önlenebilir ihmal veya kusurlar bütünü olarak açıklanabilir. Her hastanın yapısal durumunun özellikleri, hastalığına dair predispozan faktörlerin çeşitliliği en önemlisi de her hekimin hastaya yaklaşımının farklı olması tıp biliminde standart bir sonucun garanti edilememesinin nedenleridir [3].

Hekimlerin yükümlülüklerini sıralayacak olursak bunlar; özen yükümlülüğü, öykü alma yükümlülüğü, muayene yükümlülüğü, teşhis yükümlülüğü, zamanında tedavi yükümlülüğü, reçete yazma yükümlülüğü, tıbbi teknik kullanma yükümlülüğü, tedaviyi kesme yükümlülüğü, kayıt tutma yükümlülüğü, sır saklama yükümlülüğü, bilirkişilik yükümlülüğü, ölüm ile ilgili yükümlülükleridir [4].

Hasta ve yakını estetik sorunu, özrü, sürekli bakıma muhtaç olması ve ölme durumu nedenleriyle yapılan tanı ve tedaviyi sıklıkla değerlendirmektedir. Ölüm halinde hasta yakınları inkar, öfke, üzüntü pazarlık ve kabul süreçlerinden geçmektedir. Bu durumlar suçlama ve utanma ile birlikte seyreder. Sonuçta hatadan bahsedenler görülür.

Hata ihmal, dikkatsizlik, bilgisiz, beceri eksikliği gibi sebeplerle gelişir. Hata çeşitlerini tanı, tedavi, izlem, sistem hataları olarak sınıflandırabiliriz [3]. Ayrıca hatanın temelinde hastanın kendi hatasının da olabileceği gözden kaçırılmamalıdır. Hastanın tedaviye uyumsuzluğu, hekimi yanlış bilgilendirmesi veya ilaç istismarı gibi hasta kaynaklı hatalardan bazılarıdır [5].

Müdahalenin zamanında yapılmaması, tanı hataları, tanının geç konması, gerekli konsültasyonların istenmemesi, multidisipliner çalışma gerekliliğine uyulmaması, uzmanlık alanının gerektirdiği çekirdek müfredat uygulamalarının yapılmaması, gerekli tetkiklerin yapılmaması, yapılan tetkiklerin doğru değerlendirilememesi, tedavide, ilaç tercihinde, doz ayarlamasında yapılan hatalar, proflaktik tedavilerde geç kalınması ya da yetersiz proflaksi uygulanması, komplikasyonun geç tanınması yahut tanınmaması, komplikasyona yönelik girişim yapılmaması ya da yetersiz girişim yapılması, ameliyatlarda girişimin yanlış bölgeye yapılması, ameliyat esnasında vücut içerisinde yabancı cisim unutulması gibi hatalarla karşılaşmaktadır [6,7]. Ayrıca idareye ait hatalar, ilaç sanayisine ait hatalar, hemşire uygulama hataları, eczacı uygulama hataları ve basına dair hatalar ile de karşılaşabiliriz.

Her tıbbi girişim beraberinde birtakım riskler getirir. Girişime dair riskler ile hastanın hastalığı ve fizyolojik durumuna ilişkin özellikler istenmeyen kötü sonuçlarla sonuçlanabilir. Hukuk dilinde izin verilen risk olarak karşımıza çıkan bu durumun tıpta karşılığı komplikasyondur ve bilinen risklere karşı önlem alınıp, tedavi ve takipte güncel literatüre uygun yaklaşımlar sergilendiği takdirde bir hatadan söz edilemez. Yüksek riskli bir ameliyat olan aort anevrizması operasyonu esnasında hastanın kaybedilmesi yapılan işlemler uygun ise malpraktis değil tehlike sorumluluğu çerçevesinde değerlendirilir ve hekim hatasından söz edilemez [8].

Tanıda gecikmeye bağlı sekonder zararlara en sık rastladığımız durumlardan birisi akut batın tablolarıdır. Akut apandisitte tanı gecikmesine bağlı perforasyon-peritonit tıbbi kusur kapsamında değerlendirilir. Bu sebeple akut batın tablolarında tanı gecikmelerinin önüne geçmek için stratejiler geliştirilmelidir. Ameliyat sonrası hekimi ve yardımcı sağlık personelinin zor duruma sokan bir diğer nokta vücut içerisinde yabancı cisim unutulmasıdır. Vücutta unutulmuş yabancı cismin spanç, pamuk gibi bir materyal olduğu durumlarda vücutta yabancı cisme karşı gelişen reaksiyon sonucu gossibipoma gelişir [9]. Dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu gelişen bu hata aşıkara hata yani “res ipsa loquitur” olarak değerlendirilir [10]. Bu kapsamda değerlendirilebilecek diğer hatalar yanlış bölge ameliyatı, diatermi yanıkları, enfeksiyon, dekübit ülserleri, düşme gibi durumlardır. Ameliyat öncesi opere edilecek tarafın işaretlenmesi, operasyon esnasında ve sonrasında gazlı bez sayımı, kullanılan ekipmanın düzgün çalıştığından emin olarak işleme devam etme, operasyon öncesi ve sonrasında takipte enfeksiyonu önlemek adına uygun ajanları kullanmak, hareketsiz hastaların düzenli olarak pozisyonlarının değiştirilmesi, pasif egzersiz yaptırılması, hastayı taşıyan personelin dikkat ve özeni ile önüne geçilebilecek bu durumlar hakkında farkındalık oluşturulmalıdır [3,8].

Tedaviye bağlı hatalarda ilacın uygun endikasyon ile kullanılıp kullanılmadığı, kontrendikasyonların sorgulanıp sorgulanmadığı, uygun doz kullanılıp kullanılmadığı aydınlatılması gereken konulardır. Temel beklenti maksimum etki minimum yan etkidir. İlacın uygulanış şekli de önem arz etmektedir. IV potasyum enjeksiyonuna bağlı ölümün gerçekleştiği vakada işleme bağlı hatadan söz etmek uygun olacaktır [11]. Bir diğer önemli husus da lityum gibi terapötik aralığı dar ilaçlarda düzenli takibin ve hasta bilgilendirmesinin yapılması, ilaç etkileşimlerinin farkında olunmasıdır. Diskopati gibi birden fazla branşı ilgilendiren hastalıklarda tedavinin kim tarafından gerçekleştirileceği de bir diğer tartışma konusu olup hataya açık bir zemin oluşturmaktadır. Bu gibi durumlarda uzmanlık eğitiminin çekirdek müfredatına uygun şekilde görev paylaşımı yapılmalıdır [3,8].

Günlük pratiğinde pek çok hasta ile karşılaşan hekimin önemli durumları gözden kaçırmaması, hastanın durumunda gelişen değişiklikleri takip edip ihtiyaç halinde monitörize ederek takibini sağlaması gerekir. Tıbbi girişimler ekip işidir ve hastaya doğru yaklaşıma dair pek çok yöntem mevcuttur. Bu bilgilerin arasından uygun olanının seçilmesinde veri analizatörlerine ihtiyacımız vardır. Veri analizatörleri ile monitorizasyon ihtiyacı oluşabilecek solunum, dolaşım, böbrek ve karaciğer fonksiyonları, sinir sistemine dair eş zamanlı izlem sağlanıp hastanın multiorgan yetmezliği ya da sepsis gibi tablolar erken tanınıp gerekli tedavi ile önüne geçilmelidir [12].

Hekim hatalarından bahsederken değinilmesi gereken bir diğer başlık da bulaşıcı hastalığı olan kişilere karşı yapılan tıbbi uygulama hatalarıdır. Bu hataların önüne geçebilmek öncelikle hekimlerin bu konudaki farkındalığını artırmak ile mümkündür. Bulaşıcı hastalığı olan kişilerin istediği kurumda tedavi olma, istediği tedaviyi seçme, özel hayatının gizliliği ve verilerinin korunması gibi her hastanın hakkı olan haklardan mahrum bırakılmaması gerekir. Hasta mahremiyetine ve kişisel hak özgürlüklere duyulan sayęı çerçevesinde kurulacak bir hekim hasta iletişimi oluşabilecek pek çok sorunun önüne geçecektir [13].

III. Aydınlatılmış Onam ve Kayıt

Malpraktis iddialarında hekimi koruyacak en temel iki basamak aydınlatılmış onamın uygun şekilde alınmış olması ve yapılan işlemlere dair tutulan tıbbi kayıtlardır [14]. Neyin ne gerekçe ile yapıldığı tanı ve tedavide güncel yaklaşımların kullanılıp kullanılmadığı, tedavide kontrendikasyonların, yan etkilerin, ilaç dozlarının gözetilip gözetilmediğinin en temel delilidir. Ve sıkça belirtildiği gibi kayıt edilmemişse yapılmamıştır ve kayıt tutma hataları da özensizlik dahilinde değerlendirilir. İntramusкуляр enjeksiyon günlük pratikte sık uygulanan ve bu sebeple işlem öncesi onam alınmalı mı alınmamalı tartışmasının sık yaşandığı bir işlemdir. İntramusкуляр enjeksiyona bağlı geçirilmiş anaflaksi olup olmadığı öyküsünün alınması ve kayıt edilmesi, geçirdi ise hangi ilaç ile olduğu bilgisinin edinilmesi, yine enjeksiyonun endikasyon dahilinde yapılıp yapılmadığı, doğru bölgeye yapılıp yapılmadığı aydınlatılması gereken konulardır. Ancak bilindiği üzere doğru bir enjeksiyon sonrası bile nöropati gelişebildiği bildirilmektedir. Bu durumda da enjeksiyonun yanlış yapıldığına dair delil bulunmadığı takdirde işlemin önceden öngörülemez ve önlenemez nitelikte olduğu, kabul edilen risk yani komplikasyon niteliğinde olduğu kabulü uygundur [15].

IV. Vekalet, Hizmet, Tedavi veya Eser Sözleşmesi

Tıbbi girişim hukuken sıklıkla vekalet sözleşmesi çerçevesinde incelenir. Tıbbi girişimlerde mevcut risklerden dolayı sonucun garanti edilmesi beklenemezken sadece estetik kaygı ile yapılan işlemler eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilir ve hekim ile hasta arasında işlem öncesi kararlaştırılan sonucun hekim tarafından gerçekleştirilmesi beklenir. Bu uygulamalara örnek olarak diş protezi, rinoplasti gibi uygulamaları gösterebiliriz. Yargıtay kararları incelendiğinde hastanın beğenisine öncelik verildiği görülmüştür [16].

V. Hasta ve Yakınlarının Sağlık Okuryazarlığının Arttırılması

Sağlık okuryazarlığının artırılması hem malpraktis davalarının azalmasına katkıda bulunacak hem de hasta hekim ilişkisini kuvvetlendirerek hastanın göreceği faydayı artıracaktır. Hasta ve yakınına verilecek sağlık okuryazarlığı ile gereksiz hekim ziyaretlerinin önüne geçilebilir. Hastanın hekime gereksinimi, ekonomik yük azalır. Hastanın sağlık hizmetinden alacağı fayda artar, iyileşme süreci hızlanır, dolayısı ile hastanede kalma süreleri kısılır, komplikasyon sıklıkları azalır, sürece dahil olan hasta ve yakınının tatmini artar, iyi kurulmuş bir iletişimle de desteklendiği takdirde açılan dava sayılarında azalma olabileceği tahmin edilmektedir [17].

VI. Artan Davalar Sonrası Hekimlerin Tavrı

Artan malpraktis davaları ve yüksek tazminatların hekimleri tıbbi tercihinde daha risksiz branşlara yönelttiği, pediatri, kadın doğum gibi yüksek risk ve tazminatlı branş kadrolarının boş kaldığı ve defansif tıp uygulamalarında artış olduğu artık bariz bir gerçektir. Dava sürecinde doktorların mesleğe duydukları ilginin azaldığı, çoğu hekimde depresif bozukluklar geliştiği ve sebeple tedavi gördükleri yine literatürde çokça yer almaktadır [18]. Biz bu noktada hekimlerimizi hem hata kavramına karşı bilgili, yasal sorumluluklarının farkında yetiştirmeli hem de artan davaların bir sebepleri arasında yer alan mevcut sağlık politikalarını ve basın algısını olumlu yönde değiştirmek için çabalamalıyız.

Defansif savunmacı tıp uygulamaları sonucu daha çok tetkik isteme, daha invaziv yöntemler uygulama, endikasyonsuz yatış, gereğinden fazla konsültasyon isteme, iletişimin bozulması gibi sorunlarla karşılaşırız. Kaçınılmaz olarak istenmeyen sonuçlar ortaya çıkar. Tedaviden kaçınma, sevk sıklığının artması ise negatif savunmacı tıp uygulamalarıdır [19,20].

VII. Rapor Süreci

Bir malpraktis iddiası karşısında bilirkişiliğine başvurulmuş hekim karar sürecinde dikkat etmesi gereken hususlar şunlardır; hasta ve hekim arasındaki sözleşmenin niteliği, ortada kusurlu bir eylem olup olmadığı değerlendirilmeli bunun sonucunda bir zarar oluşmalı, kusur ve sonuç arasında nedensellik bağı kurulabilmelidir. Tüm bu değerlendirmelerin yapılabilmesi için, başta tıbbi evraklar olmak üzere deliller incelenmeli, kanıtların geçerliliği ve güvenilirliği Daubert ve Frye standartları dahilinde değerlendirilmelidir. Deliller gerçekçi, akılcı, olayı temsil edici, sağlam, güvenilir,

elde edilebilir olmalıdır. Hasta hakları yönetmeliği 24. Maddesine göre ilgilinin veya temsilcisinin muayeneye rızası olmalıdır ve delil toplanmasına izin vermesi gerekir. Yaşamı tehdit eden ciddi olaylarda ise rıza aranmaz. Makul Őüphe, haklı görünme, gereklilik gecikmesinde tehlike bulunma hukuki olarak önceliklidir. Sağlığa zarar vermeme gereğince tıp kurallarına göre delil toplanır. Delillerin hukuka uygun Şekilde elde edilmiş olması ise bir diğer önemli noktadır. Kötü muamele, iŐkence, aldatma ve benzeri Őekillerde elde edilmiş deliller tespit edilmeli ve değerlendirmeye alınmamalıdır. Ayrıca gelişen teknoloji ile yeniden değerlendirilebilecek deliller saklanmalıdır [3, 8, 13, 21].

VIII. Yükümlülüklerin atıŐması

Yükümlülüklerin atıŐması durumunda öncelik sırasına göre işlem yapılır. Doktor annesini tedavi ettikten sonra otopsiye gitmesi halinde Türk Ceza Kanunu'nun 230. maddesine göre görevi ihmalden dava açılması halinde önceliğe bakılır. nce yaŐamın korunması ilkesi gereği doktorun annesi hasta iken annesine gereken yapılır. Sonra otopsiye gidilir. Eğer başka imkan var ise diğer doktor ile otopsi yapılır.

IX. Zorla Tedavi

İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi 5. maddesine göre herkes özgürlük ve güvenlik hakkına sahiptir. Zorla tedavi tıbben gerekli olmalıdır. İnsanlık dışı ve onur kırıcı olmamalıdır. Biyoetik Sözleşmesi 7. maddesine göre bireyin sağlığına zarar gelecekse zorla tedavi yapılabilir. Burada toplum için tehlikeye yer verilmemiştir. Anayasamızın 19. maddesine göre akıl hastaları, uyuşturucu madde veya alkol tutkunları, hastalık yayabilecek kişiler kanunda öngörülen sınırlarda tedaviye zorlanabilir. 13. Maddeye göre ise ölçülü, gerekli ve yasal olmalıdır. Zorlama diğer çareler uygulandıktan sonra son şans gereği durumlarda düşünülebilir.

Hastanın tedaviyi reddetme hakkıyla devletin bahsedilen özen gösterme yükümlülüğü makul bir yoruma tabi tutulmalıdır. Bu doğrultuda bilinç bozulması ve hayati tehlike halinde hükümlü tutuklu ve gözaltındakilerin açlık grevleri ve ölüm oruçlarına müdahale edilebilir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesi bu yetkiyi vermektedir. Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi de müdahalenin insanlık onuruna uygun olma gereğini vurgulamıştır [22, 23].

Tıbbi, hukuki, sosyal, politik açılardan hasta ile ilgili terminoloji farklılıkları bulunmaktadır. Süreç geliştirmede tanımlama sorunsalı, eş zamanlı değerlendirmede öncelik belirleme sorunsalı gerekçeleriyle karar verme ve uygulama sorunsalı olduğundan bu konularda eş güdüm birimleri kurulması ve uygulanmasında fayda bulunmaktadır.

X. Küretaj

83/395 No'lu Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük ve TCK 25. Maddesine göre kişiyi yaşamsal tehlikeden korumak, kurtarmak amaçlı küretaj yapılır. 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun gereği rızaya dayalı küretajlar yapılır. 10. gebelik haftasına kadar kadının tasarruf etme hakkı üstündür ve eş rızası aranmaz.

Küretaj için mağdurun adliyeye başvurusu gerekli ve yeterlidir [24, 25]. Gebelik süresi 10 haftadan büyük 20 haftadan azdır. Doktor küretaj konusunda yetkili ve yeterlidir. Küretaj kadının istemi ile yapılırken delil toplanır. Delil incelenmesi için yetkili makama gönderilir. Delilin sanıkla eylemi arasındaki uygunluğu nedensellik açısından değerlendirilmesi yapılır.

Anayasa Mahkemesi nitelikli cinsel saldırı sonucu hamile kalan 17 yaşındaki kişinin gebeliğinin sonlandırılması, ertelenmesi, sürüncemede bırakılmasını hak ihlali saymıştır. Cinsel saldırı mağduruna tedavi ve takip standardı cinsel ilişki sonrası takibe göre karar verilir [26].

XI. Kastrasyon

Kastrasyon kişinin cinsel faaliyette bulunma ve üreme kabiliyetini geri dönüşü olmayacak bir şekilde tamamen sonlandıran cerrahi ya da kimyevi olarak gerçekleştirilen bir uygulamadır. Kastrasyon ve sterilizasyon aynı kavramlar değildir. Kastrasyon baskılayıcı değil aksine önleyici bir tedbirdir. Kastrasyon ceza olarak kabul edilirse bu takdirde “non bis in idem” ilkesi uyarınca faile işlediği suç nedeni ile iki kez ceza verilemeyeceğinden failin kastrasyon dışında hürriyeti bağlayıcı cezaya çarptırılmaması gerekir [25].

Kastrasyon işlemi cinselliğe ehliyeti olan ilgilinin rızası olmalı (TCK26/2). İnsan hakları evrensel beyannamesi, Medeni ve Siyasi Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşme 7. Madde ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 3. Madde, Anayasanın 13. Madde ceza ve güvenlik ancak yasayla düzenlenebilir. Beden ve ruh sağlığına zarar verilmemesi gerekir. Kişinin sağlıklı özel ve aile hayatlarına saygı gösterilmesinin gözetilmesi esastır [27, 28].

Cinsel suçlarda koşullu salıverme hükmünde kimyasal veya cerrahi kastrasyonu kabul etme şartı uygun görülebilir. Ancak failin ruh ve beden sağlığına zarar verme durumu “ne bis idem” ilkesine aykırılığı nedeniyle sonucun geriye dönüşümsüz olması gerekçesiyle uygulama sınırlarının belirsizliği kastrasyon karar verilmesini sınırlandıran unsurlardandır. Kişinin kendilik değerlendirmesinde geçici karar verme durumu ortadan kalkmaktadır. Karar vermesine saygı kararının geçici olduğunun kabulüdür. Karar değiştirmesine imkan şans verilmesi gerekmektedir [28, 29]. Cinsel suçluların suç işleme nedenlerine ve profiline göre rızaya dayalı tretmanına ihtiyaç olduğu bildirilmektedir [30]. Dolayısıyla kastrasyon disiplinler arası bir uygulama olup iş birliği gerektiren ekip işidir. Sorun uzun soluklu takip açısından da usule uygun kanunla yapılandırılmış sistem ihtiyacı olan konudur.

XII. Otopsi

Ölümlerle sonuçlanmış tıbbi uygulama hatası iddiası durumunda yargılama sürecinin doğru ilerleyebilmesi, tıbbi bulguların daha iyi değerlendirilebilmesi, illiyet bağının ortaya konabilmesi için otopsi işleminin yapılması elzemdir. Otopsi bulguları delil niteliğindedir ve standardize edilmiş bir otopsi ile elde edilecek bulgular daha doğru değerlendirme yapılmasına olanak sağlar [31]. Karın ağrısı ile başvuran 9 yaş erkek hastanın tedavi sonrası vefat ettiği, ailenin de tedaviyi yürüten hekimlerden şikayetçi olduğu bir vakada otopsi yapıp küçüğün ölüm sebebi tespit edilemediğinden ihmal ve kusur konusunda yargıya varılamadığı bildirilmiş bir olgu mevcuttur [32]. İhtiyaç duyulduğunda mükerrer otopside kaçınılmamalı, delillerin yorumlanmasında farklı görüşlere başvurulmalıdır. Raporlar incelenirken; rapor yazılırken herhangi bir baskı altında kalma

durumu olup olmadığı, değerlendirmelerin güncel literatür eşliğinde yapılıp yapılmadığı, neden sonuç ilişkisinin doğru kurulup kurulmadığı, ayırıcı tanılara dair değerlendirme yapılıp yapılmadığı hususlarına dikkat edilmelidir [21].

SONUÇ

Önlenebilir zarar ve ölümlerle sonuçlanabilen tıbbi uygulama hataları, sağlık hizmetinde görevli kişilerin eğitimi, farkındalığının artırılması, uygulamaların standardize edilmesi, hasta ve yakınlarının sağlık okuryazarlığının artırılarak sürece daha sağlıklı bir şekilde dahil edilmesi gibi metotlarla önemli ölçüde azaltılabilir. Multidisipliner çalışmanın önemi kavranmalıdır. Bir hata varlığında hak ve eşitlikler çerçevesinde hukuk ilkelerinin üstünlüğüne uyularak işlem yapılmalıdır.

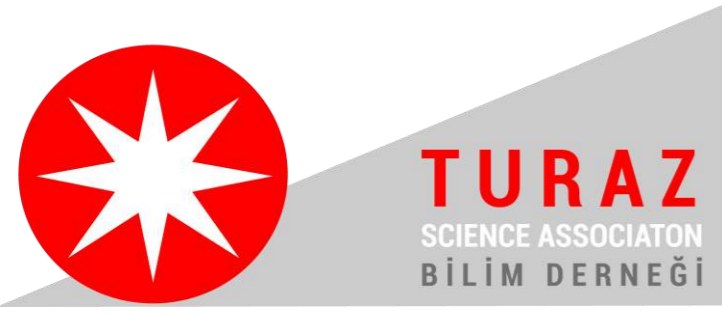
KAYNAKÇA

1. Bacaksız P, Özkara E, Dokgöz H, Hekimlerin Yasal Sorumlulukları, Adli Tıp & Adli Bilimler Kitabı, Akademisyen Kitabevi, 2019, Ankara.
2. Özkara E, Dokgöz H, Tıbbi Uygulama Hataları, Adli Tıp & Adli Bilimler Kitabı, Akademisyen Kitabevi, 2019, Ankara.

3. Bilge Y, Geçim E, Medikolegal Düzlemde Tıpta Uygulama Hataları, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2014.
4. Hakeri H, Tıp Hukuku, Hukuk Kitapları Dizisi, 4. Baskı, Ocak 2012, Bölüm: 4, Hekim ve Hastanın Yükümlülükleri, sayfa: 407-478.
5. Hartigan-Go K, Medication Errors, International Journal of Risk & Safety in Medicine, 2006, 18(3), 181–186.
6. Özata M, Altuncan H, Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği, Tıp Araştırmaları Dergisi 8.2 (2010): 100-111.
7. Tümer AR, Cerrahi branşlar açısından hukuki sorumluluklar ve malpraktis, Matsis Matbaa, İstanbul, 2013.
8. Bilge Y, Adli Tıp, Nobel Tıp Kitapevi, 3. Baskı, Tıpta Uygulama Hataları, Sayfa:83-91.
9. İnci MF, Özkan F, Okumuş M, Köylü A, Yüksel M, Çok nadir bir akut batın nedeni: Gossipiboma, Dicle Tıp Dergisi, 2012, 39(3), 445-448.
10. Korkmaz Y, Tıbbi Konsültasyon ve Kusurun Paylaştırılması Sorunu, Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 2019(140), sayfa: 289-290
11. Aygin D, Cengiz H, İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu, Şişli Eftal Hastanesi Tıp Bülteni, 2011, 45(3): 110-114.
12. Kurutkan NM, Ölümcül Hataları Engelleme Programı, Sage Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2009
13. Bilge Y, Adli Tıp Kılavuzu, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara, 2010, sayfa: 17.
14. Hakeri H, Tıp Hukuku, Hukuk Kitapları Dizisi, 4. Baskı, Ocak 2012, Bölüm: 3, Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğunun Şartları, Sayfa: 253-405
15. Kaya K, Çekin N, Enjeksiyon Sonrası Gelişen Nöropati: Komplikasyon/Malpraktis Ayrımında İnce Bir Çizgi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2018, 13(2), 63-66.
16. Hakeri H, Tıp Hukuku, Hukuk Kitapları Dizisi, 4. Baskı, Ocak 2012, Bölüm: 2, Estetik Müdahaleler, Sayfa: 212-216.

17. Bilge Y, Kaygılı İnsanların Sağlıklarıyla İlgili Eğitim-Öğretim Alanındaki Sorunları ve Çözümleri, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008.
18. Sönmez Öztürk L, Medikolegal Endişeler ve Acil Tıp Doktorları Üzerine Etkileri, 2019
19. Yeşiltaş A, Erdem R, Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 2018, 10(23), 137-150
20. Montanera D, The importance of negative defensive medicine in the effects of malpractice reform, The European Journal of Health Economics 17.3 (2016): 355-369
21. Bilge Y, Tıp Düzleminde Adalet, Öncü Basımevi, Ankara, 2013.
22. Demirdoğan S, Solmaz M, "Psikiyatride “zorunlu yatışlar”. Journal of Forensic Medicine 31 (2017): 2.
23. Sert G, Özçelik H, Yıldırım G, Türkiye'de Akıl Hastalığı Olan Hastalarda Zorla Yatırma ve Zorla Tedavi/Hukuki ve Etik Sorunlar. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 9.3 (2019): 393-404.
24. Hakeri H. Tıp Hukuku. Seçkin,s 146, 205, Ankara, 2019.
25. Hakeri H. Tıp Hukuku. Seçkin, s 708, 714, 720, 724, Ankara, 2012.
26. Küçük Tevfik Sönmez. Bir ceza hukuku yaptırımı olarak zorunlu kastrasyonun anayasa hukuku açısından incelenmesi Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi XIX:4, 2015; 297,324.
27. Kelty Sally F, Julian Roberta, Bruenisholz Eva, Wilson-Wilde Linzi. Dismantling the justice silos: Flowcharting the role and expertise of forensic science, forensic medicine and allied health in adult sexual assault investigations. Forensic Science International 2018:285;21-28.

28. Aşcı Özlem, Gökdemir Fulya. Etik yönleriyle üreme hakları ve cinsel haklar. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs Special Topics 2017: 3/3:151-162.
29. Lindberg Jenny, Johansson Mats, Brostörn Linus. Temporising and respect for patient self determination. J Med Ethics 2019;45;161-167.
30. Yücel Mustafa Tören. Cinsel suçluların tretmanı. TBB Dergisi 2011: 69-94. <http://tbbdergisi.barobirlik.org.tr/m2011-94-704>.
31. Kök AN, Hatalı Tıbbi Uygulama (Medikal Malpraktis) İddialarında Otopsinin Önemi, Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, 7 (2016)
32. Özdemir MH, Çekin N, Gülmen MK, Malpraktis İddialarında Otopsinin Önemi; Bir Olgu Sunumu, Adli Tıp Bülteni, 2000, 5.2: 124-126.



TIBBİ UYGULAMA HATALARI SEMPOZYUMU

11 ARALIK 2021 CUMARTESİ

Saat	Konu		Konuşmacılar	Konu
08:40-09:00	Açılış		<u>Protokol Konuşmaları</u>	
09:00-12:00	I.PANEL <u>Oturum Başkanı</u> Mucahit Oruç	09:00-09:40	Hüseyin Delibalta	Danıştay'ın Son Uygulamalarında Tıbbi Uygulama Hataları İle İlgili Kararları
		Tartışma 10 dakika		
		09:50-10:30	Osman Celbiş	Güncel Adli Tıbbın Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		Tartışma 10 dakika		
		10:40-11:20	Şenay Coşkun	Yargıtay İçtihatlarında Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakış
		Tartışma 10 dakika		
		11:30-11:50	Ali Coşkun	Ordu Tabipler Odası Olarak Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakış
		Tartışma 10 dakika		
12:00-13:00		Ara		
13:00-15:35	II. PANEL <u>Oturum Başkanı</u> Havva Erdem	13:00-13:40	Ethem Geçim	Genel Cerrahi Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		13:40-14:00	Hakan Timur	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı



TURAZ
SCIENCE ASSOCIATION
BİLİM DERNEĞİ



		14:00-14:20	Selami Çağatay Önal	Beyin ve Sinir Hastalıkları Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		14:20-14:40	Nevzat Erdil	Kardiyovasküler Cerrahi Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		14:40-15:00	İlker Coşkun	Anestezi ve Reanimasyon Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		15:00-15:20	Mürüvvet Akçay Çelik	Patoloji Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		Genel Tartışma 15 dakika		
15:35-16:00	Ara			
16:00-17:40	III. PANEL Oturum Başkanı Hacer Yaşar Teke	16:00-16:20	Ali Aygün	Acil Tıp Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı-1
		16:20-16:40	Mehmet Dokur	Acil Tıp Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı-2
		16:40-17:00	İbrahim Şahin	Dahiliye Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		17:00-17:20	Cemşit Karakurt	Çocuk Hastalıkları Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		17:20-17:40	Osman Bektaş	Kardiyoloji Uzmanının Tıbbi Uygulama Hatalarına Bakışı
		Genel Tartışma 20 dakika		
18:00-19:40	IV. PANEL Oturum Başkanı Osman Celbiş	18:00-18:50	Yaşar Bilge Elif Asena Özçelik	Tıbbi bakış açısına göre Tıpta uygulama hatalarında karşılaşılan sorunlar ve çözümleri
		18:50-19:40	İbrahim Durhan	Uygulama hatalarının değerlendirilmesi ve uygulamadaki sorunlar hukuki bakış açısıyla
19:40-20:00	Osman CELBİŞ	Genel Tartışma ve Bitiş Konuşması		