

Tıbbi Uygulama Hataları

Prof. Dr. Oğuz Polat

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul.

Tıbbi uygulama hataları her geçen gün artarak karşımıza çıkan bir olgudur. Tıbbi uygulamada hekim başta olmak üzere sağlık personeli, hasta ve hastane veya sağlık kuruluşu olmak üzere temelde 3 aktör olduğu görülmektedir. Genel olarak malpraktis olarak isimlendirilen tıbbi uygulama hataları tıbbın temel ilkesi olan "önce zarar verme" ilkesine aykırı tüm davranışları kapsayan bir durumdur.

Malpractice Latince "Mala Praxis" sözcüklerinden köken alır. İlaç kullanımından hastane enfeksiyonlarına kadar tıbbi bakımın her aşamasında ortaya çıkabilecek ve hastaya zararı dokunan tıbbi kusur veya hataları kapsamına almaktadır. (1)

Dünya Tabipleri Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki 44. Genel Kurulu'nda "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu bir tebliğ yayınlanmıştır. Bu tebliğde tıbbi uygulama hataları "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" olarak tanımlamıştır. Dünya Tabipleri Birliği bu açıklamayı bu konuya ilişkin davaların sayısının çok artması nedeniyle yapmak zorunda kalmıştır.(2)

Tıp uygulamalarında ilk kriter bu hizmeti almaya gelen hastanın durumudur. Hasta; iyileşebilir, aynı kalabilir ya da kötüleşebilir. Hekimin performansı ve kararları dışında değerlendirilecek başka faktörler de bu durumu etkileyebilmektedir. Negatif bir sonuç tek başına tıbbi uygulamada bir ihmal, hata olduğunu kanıtlamaya yeterli değildir. Bir olguyu tıbbi uygulama hatası kategorisinde değerlendirebilmek için Dünya Tabipleri Birliği'nin yukarıda da verilen tanımındaki; "hekimin tedavi sırasında standart uygulamayı yapmaması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar" kapsamında olması gerekmektedir.

Bu olgularda tıbbi bilirkişiler belirleyici görev yapmaktadır. Yapılan eylemin ve sonuçlarının standart uygulama prosedürleri kapsamında verilip verilmediğinin

değerlendirmesini objektif ve bilimsel çerçevede güncel bilgilere dayanarak yapmak tıp bilirkişisinin temel görevidir. Burada aranan hastada bir zarar ortaya çıktığında, bunun tıbbi uygulamadan kaynaklanıp kaynaklanmadığını ve bu uygulamanın kusurlu olup olmadığını belirlemektir.

Ortaya çıkan zarar, uygulamanın; "tıp biliminin bu gün ulaştığı bilimsel ve teknik düzeyi, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda; aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen gösterildiği halde" öngörülemez bir sonucu ise bu istenmeyen sonuçtur ve hekimin bunda sorumluluğu yoktur. (3)

Her uygulamada ve eylemde olduğu gibi tıbbi uygulamada da riskler bulunabilmektedir. Bu açıdan da tıbbi uygulamalar bu riskler göze alınarak, yarar - zarar dengesi gözetilerek yapılır. Kesin ortaya çıkacağı veya çıkma ihtimali bulunduğu bilinen yani öngörülebilir riskler, uygulama belirgin derecede hasta yararına ise uygulamanın yapılmasına engel kabul edilmez. Hekim, hastanın bilgisi dahilinde (aydınlatılmış onam) olması durumunda, bu zararların ortaya çıkmasından sorumlu değildir. Hukukta "izin verilen risk" olarak ifade edilen bu kavramın tıpta karşılığı komplikasyondur. Komplikasyon tıbbi uygulama hatalarında çok önemli bir kavramdır. Çünkü bilirkişinin ilk görevlerinden birisi ortaya çıkan zararın gerçekten hata mı yoksa komplikasyona mı bağlı olduğunu ortaya çıkartmak ve ortaya çıkan zararın beklenebilir ama önlenemeyen bir hata grubu kapsamında yani komplikasyon olduğunu referanslara dayanarak söyleyebilmesidir.(4)

Hekim ya da sağlık çalışanlarının, tıbbi uygulamaları sırasında hastada oluşturdukları her türlü zarar iyatrojenez olarak isimlendirilir. İyatrojenez kavramı içinde olmak üzere, tıbbi uygulamanın bakım standartlarına uygun olmasına rağmen ortaya çıkabileceği ilgili çevrelerce kabul edilmiş olan veya her türlü tedbirin alınmasına rağmen ortaya çıkmasından kaçınılamayan zararları komplikasyon olarak; ihmal, bilgi ve beceri eksikliği vb. nedenlerle ortaya çıkan bakım standartlarından sapmayı da içeren ve hastada bir zararla sonuçlanan, hatalı olduğu kabul edilen tıbbi uygulamaları ise tıbbi uygulama hatası olarak kabul etmek gerekmektedir. (5)

Bakım standardı ve özen eksikliği tıbbi uygulama hataları olgularında çok belirleyici kriterlerdir. Tıp biliminin ulaştığı bilimsel ve teknik düzey, uygulamanın yapıldığı ortamın koşulları, uygulamayı yapanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulduğunda, aynı ortam koşullarında, aynı yetkinlik düzeyinde bir hekimin göstermesi gereken özen, bakım standardı olarak adlandırılır. Hekim; görevlerini yerine getirmediği ve uygulamalarında bakım standardından saptığı durumlarda sorumlu olacaktır. (6)

Bakım standartlarının belirlenmesinde belli kriterler göz önüne alınır:

- 1-Ortam koşulları (uygulamanın yapıldığı yerin teknik donanım olarak uygulamanın yapılmasına uygun olup olmadığı),
- 2-Uygulamanın acil ya da elektif hangi koşulda yapıldığı,
- 3-Kişinin yetkinlik düzeyi göz önünde bulundurulur.

Kurumun sorumluluğu da hekim kadar fazladır. Hep hekim üzerinden bir tartışma yapılmaktaysa da tıbbi uygulamanın yapıldığı kurumun sorumluluğu da çok fazladır. Özellikle tazminat davalarında görüldüğü üzere hastanelerin sorumlulukları hukuksal metinlerde çok net olarak belirtilmektedir. (7)

Tıbbi uygulama hataları tıbbın her alanında ve hastanelerde, hemşirelik hizmeti ve ayakta tedavi hizmeti verilen bütün alanlarda görülebilmektedir. Bu yüzden de konu ile ilgili araştırmaların çok çeşitli metotlar kullanmaları ve geniş bir sonuç dizini bildirmeleri şaşırtıcı değildir. Tıbbi Uygulama hatalarına sıklıkla rastlanmaktadır ve bunlar her sağlık kuruluşunun en büyük sorunudur. (8)

Göğüs hastalıkları, özellikle kronik hastalıkların çok daha fazla görüldüğü bir uzmanlık alanıdır. Solunum gibi çok önemli bir fonksiyonu kısıtlayabilmesi hastayı konforsuz ve huzursuz konuma sokabilmektedir. O yüzden de hekimle iletişim ve bakım ve özen hastanın çok beklediği hekim yaklaşımlarının başında gelmektedir. (9)

Tıbbi uygulama hataları çok farklı şekillerde görülebilmektedir. Ancak başlıca hata tipleri olarak şunlar sıralanmıştır;

Başlıca şu tip hataların meydana geldiği görülmektedir: (3)

- 1-İletişim Eksiklikleri ve Kayıt Hataları
- 2-Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyonda Hatalar
- 3-Aydınlatma ve Onamda Hatalar
- 4-Tanı Hataları
- 5-Hatalı Karar
- 6-Girişim Hataları ve Teknik Hatalar
- 7-Terk Etme ve Özen Eksikliği

1- İletişim Eksiklikleri ve Kayıt Hataları :

İletişim eksikliği çok temel bir problemdir. Her alanda olduğu gibi hekim ile hasta ilişkisinde iletişimin yetersizliği bir çok soruna yol açabilmektedir. Sadece hekim değil hemşire ile de iletişimde problem yaşanması sorunlara yol açabilmektedir.

Temel iletişim problemleri;

- 1-Hasta ile hekim arasında uyumlu ilişkinin olmaması,
- 2-Hasta ile bağlantının kopuk olması ve
- 3-Hasta ile ilgili diğer hekimler ve konsültanlarla bağlantının yetersiz olması

Hekimlerin çalıştıkları hastanelerdeki tıbbi uygulamaları belirleyen kuralları bilmeleri önkoşuldur. Bu kurallara uyulmaması, kötü sonuçlara yol açabilir. Günümüzde en büyük problemlerden birisi telefonla iletişim kurulmasıdır. Ancak bazı durumlarda hastaya tıbbi öneriler ve reçetelerin düzenlenmesiyle ilgili telefon konuşmaları yapmak gerekebilir. Bu da daha sonra problemlere yol açabilmektedir. Çoğunluğu kaydedilmeyen bu konuşmalar ve verilen talimatlarla ilgili iddialar ortaya çıkabilir. Bundan kaçınmak için hastaya yapılan açıklamalarla ilgili görüşmeler ses kaydına alınmalıdır. Diğer hastane personeli ya da tedavi ile ilgili personelle yapılan konuşmalar da yanlış anlaşılma ve yanlış uygulama durumlarında sorun yaratabilir. Bu nedenle verilen talimatların tam ve doğru olarak anlaşıldığı ve kaydedildiğinden emin olunmalıdır.

2- Yetki Sınırlarının Aşılması ve Konsültasyon:

Günümüzde tıp uzmanlık alanlarında çok detaylı çalışmalar yapmaktadır. Bu da ancak hekimlerin belli bir alanda bilgili ve yetkili olmalarına neden olmuştur. Bu sebeple hastada kendi bilgisinin dışında bir problemle karşılaşırsa konunun uzmanı başka hekime danışmalıdır. Bu konsültasyon aşaması önemlidir. Özellikle tıbbi uygulama hatalarında hukuk konsültan hekimin yaptığı hatalarda onu çağıran hekimin sorumlu olacağını ve cezai işleme tabi olacağını belirtmektedir. Hekim, kendi uzmanlık alanı dışındaki konularda yetki sınırlarını aşmamalıdır. Hekimler hastaları için seçtikleri konsültanların hatalarından sorumlu tutulabilir. Konsültanın görevi ve yorumları ile ilgili sorunlar ortaya çıktığında, konsültan ile birlikte ona başvuran hekimin de sorumluluğu bulunmaktadır.

3- Aydınlatma ve Onam:

Tıbbi uygulama hatalarındaki ilk aşama aydınlatılmış onam kısmıdır. Bu çok önemlidir. Hastanın kendisine yapılacak işlemler hakkında bilgilenmesi, anlayabilmesi ve kendi hür iradesiyle olur vermesi önemlidir. Bu aşamanın yapılmadığı olgularda tüm işlemlerin doğru yapılması halinde bile eğer imzalı aydınlatılmış onam belgesi alınmadıysa hekim ve hastane suçlu duruma düşecektir. Hasta planlanan tedavi hakkında yeterince aydınlatılmadığı gerekçesi ile dava açabilir. Örnek olarak, herhangi bir tıbbi sorun nedeniyle ilaç kullanan ve bu esnada gebe kalan bir kadın ilacın kullanımının yol açabileceği konjenital anomali riski konusunda bilgilendirilmelidir. Hekim hastasından ilaç kullanımı, sigara ve alkol alımı konusunda ayrıntılı bir anamnez almalı ve hastayı bu maddelerin kullanımının getirdiği riskler açısından uyarmalıdır. (10)

4- Tanı Hataları:

Hekim hastasına her durumda kesin tanı koyamayabilir. Ancak, eldeki olanaklarla tanı konulabilecek olan bir hastalığın tanısının konamaması önemli bir tıbbi hata uygulamasıdır.

5- Hatalı Karar:

Hekimin belki de en büyük sorumluluğu bu alanda olmaktadır. Özellikle cerrahi dallarda ameliyat kararlarında yanlış yapmamak önemlidir. Hasta için doğru karar verilmelidir. Dahili bilimlerde ise özellikle ilaç seçimlerinde ve birden fazla ilaç kullanımında ilaç etkileşimleri açısından dikkatli olunmalıdır.

6- Girişim Hataları ve Teknik Hatalar:

Bu kategorideki hatalar özellikle girişimsel tıp alanında görülen hataları kapsamaktadır. İkinci boyutu da tıp uygulamalarında kullanılan ekipmanlardan kaynaklanan hatalardır. Bu hatalar üretim aşamasında meydana gelebilmektedir. Ancak çok sayıda kullanım hatasına da bağlı oluşabilmektedir.

7- Terk Etme ve Özen Eksikliği:

Hastanın sadece teşhisini koyarak ilacını vermek hekimlik uygulamasında yeterli değildir. Sağlık bakımı sürekli olduğu için hekimin hastasıyla sürekli iletişim halinde olabilmesi takip sürecini önemsemesi gerekmektedir. Özellikle akciğer hastalıkları gibi kronik ve süregelen hastalıkların daha sık görüldüğü uzmanlık alanlarında bu daha da önem kazanan bir durumdur. Hasta bakımının sağlanmadığı, hekimine ulaşamadığını düşündüğü durumlarda şikayetçi olabilmektedir. Bu tip iddiaların temeli, tıbbi özenin devam etmesinin gerekli bulunduğu bir sırada hekimin geçerli bir bildirimde bulunmadan veya yerine yeterli bir tıbbi bakım sağlayacak olan birisini bırakmadan, hekim-hasta ilişkisini kesmesine dayanmaktadır. Mahkemeler, sürekli tedavi gereksinimi gösteren hastalarda bu durumdan şikayet eden hastaların şikayetlerine gerektiği şekilde karşılık vermeyen bir hekimi sorumlu tutma eğilimindedir. Hastanın durumu gerektirdiği halde hastayı başka bir hekime emanet etmeden ayrılmak, hemşire çağırdığı halde hastayı görmemek, hastayı gerekli acil müdahaleyi yapmadan veya hiç muayene etmeden sevk etmek de sık rastlanılan hatalardır.

Tıbbi uygulama hatalarıyla çok farklı boyutlarda ve her tür girişimde karşı karşıya gelinbilir. Bu konudaki olgulara bilimsel yaklaşımda hataların kategorize edilmesi ilk aşamayı oluşturmaktadır. Yapılan hataları daha genel olarak şu alt başlıklarda incelemek mümkündür:(3)

1-Yargı hatası: Bilgi eksikliği, kasıt ve ihmale bağlı hatalar

2-Mekanik Hatalar: Ekipmanla ilgili hatalar

3-Teknik hatalar: Tıbbi tekniği uygularken oluşan hatalar

4-Beklenti hataları: Hastaya olacakları anlatırken saptırarak veya saklayarak farklı beklentilere sokma

5-Sistem hataları: Kişiden değil uygulama şeklinden veya kurumlardan kaynaklanan hatalar

Tıbbi uygulama hataları, klinik, etik ve hukuksal boyutları ve klinik risk yönetimi boyutu ile, hekimlik mesleğinin çok kapsamlı, ama öte yandan bazı bakımlardan da belirsizliğini koruyan konularındandır. Konuya çok boyutlu bir perspektifle bakılmadıkça, sorunların doğru tanımlanması ve dolayısıyla doğru çözümler üretilmesi olanaksız olacaktır.

Bu konunun çok boyutlu ele alınmasını gerekli kılan başka karmaşık durumlar da bulunmaktadır. Bunların başında reklam konusu gelmektedir. Tıbbi uygulama ve ürünlerin reklam kampanyalarıyla kamuoyuna duyurulmasıyla giderek daha fazla karşılaşılmaktadır. Bu "reklam kampanyalarının" içeriklerindeki hata, eksiklik ya da saptırmalar, bu uygulamaları talep etmeye başlayan geniş kitleleri ilgilendirmekte ve bazı temel kavramları açığa çıkarmayı gerekli kılmaktadır. Tıbbi uygulama hataları olgularını hukuki, tıbbi etik, klinik ve sosyal prosedür açısından değerlendirmek önemlidir.

A- Hukuki Boyut

Bir tıbbi uygulama hatası davası hekimi iki şekilde ilgilendirir. Bunlardan en önemlisi, hekimin bu davanın taraflarından biri olarak dava edilen konumunda olduğu durumdur. Diğeri ise hekimin bir tıbbi uygulama hatası davasında bilirkişi olarak görevlendirilmesidir. Her iki durumda da hekim, tıbbi uygulama hatasının ne olduğu konusundaki etik yargılar ve hukuki düzenlemeler konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Bu bilgi aynı zamanda hekimin günlük uygulamalarında hatalardan ve dava edilmekten kaçınması için gerekli düşünsel yetiyi edinmesinde de gereklidir.

B- Etik Boyut

Etik açıdan hekimin hasta ile ilişkisinden doğan görevleri kısaca etik ilkelere uygun hareket etmek olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle hekimin etik görevleri etik ilkelere temel alan görevlerdir. Tıbbi uygulamanın etik bir uygulama olarak kabulü, etik ilkelere uygun olmasını gerektirir. Etik ilkeler kısaca; yararlılık ilkesi, zarar vermeme ilkesi, özerkliğe saygı ilkesi ve adalet ilkesi olarak sayılabilir.

Hekimin etik görevlerinden biri hastasına yararlı olmak, zarar vermemektir. Günümüzde yalnızca yararlı olmak değil, en az zararla en fazla yararı elde etmek çabasını gerektirir. Bilinen yerleşmiş uygulamalar arasından hasta için en yararlı ve en az zararlı olanı seçmeyi gerekli kılar. Hekim tıp uygulamasının yerleşmiş kurallarını öğrenmeli, bilmeli, bunlara uygun hareket etmeli, bunlar arasında duruma en uygun olanları seçip hastaya önerebilecek, hastanın onamını alarak doğru ve eksiksiz biçimde uygulayabilecek yetkinlikte olmalıdır. Toplum yaşantısı statik olmadığı gibi, tıbbi uygulamalar da statik değildir. (11)

“Hasta hakları” ile ilgili ilk çalışmaların 1970’lerde Amerika Birleşik Devletleri’nde başladığı görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde 1970’li yılların başında mahkeme kararlarında hekim-hasta ilişkisinin bir iş ilişkisi olmadığı, güvene dayanan bir ilişki türü olduğuna değinilmektedir. Buna göre hasta, devlet tarafından tıbbi uygulama yetkisi verilmiş kişiden (hekim) yardım talep eder. Hekimin bu talebi karşılamak üzere faaliyetlerde bulunması sırasında hekime bazı sorumluluklar yüklenmektedir. (3)

Bu genel gelişmelerin ardından hasta hakları konusunda uluslararası bildirgeler de yayınlanmıştır: Dünya Tıp Birliği’nin Eylül-Ekim 1981’de Portekiz Lizbon’da gerçekleştirdiği 34. Genel Kurulu sonucu “Lizbon Bildirgesi”, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bürosu’nun 28-30 Mart 1994’te Amsterdam’da kabul edilen Avrupa’da Hasta Haklarını Geliştirilmesi Bildirgesi (Amsterdam Bildirgesi) ve Dünya Tıp Birliği’nin 1995’te Bali’de gerçekleştirdiği toplantı sonucu Lizbon Bildirgesi II Belgeleri bu konuda önemli belgelerdir (12).

Bu sorumlulukların içinde hekimin tıbbi müdahaleden önce hastayı girişilecek müdahale, bunun yarar ve sakıncaları konusunda aydınlatması da vardır. Hasta, aydınlatma sonucunda müdahaleye onam verirse tıbbi müdahalenin gerçekleştirilebileceği ifade edilmiştir. Böylece önemli bir hasta hakkı olan bilgilendirilmiş/aydınlatılmış onam hakkı, yargısal metinlerde yer almaya başlamıştır. Daha önceleri hekimler tarafından önemsenmeyen aydınlatılmış onam

hakkı, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki mahkeme kararları ile hasta ve hekimler tarafından bir etik kural olarak benimsenmiştir.

Tıbbi uygulama hatalarının ilk olarak gündeme geldiği Amerika'da şu andaki duruma baktığımızda ise, sigorta primlerinin aşırı artmasının ve doktordan alınan ağır tazminatların doktorluğun cazip bir meslek dalı olmaktan çıkardığı, özellikle tıp fakültesi mezunlarının riski yüksek ihtisas dallarını seçmekten kaçınmaları sonucunu yarattığı görülmektedir (13).

Hasta hakları konusunda yayınlanan bildirgeler bazı konularda farklı yaklaşım içerisinde olsa da aynı hakları korumaya yönelik amaçlar taşır. Bu bildirgelerin önemi, ülkelerin hasta haklarının sağlanması yönündeki çalışmalarına öneriler sunup, bu konuda yol gösterici olmalarıdır (14).

Hekim sorumluluğu tıbbi etiğin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Hekimin, mesleki uygulamalar sırasında sorumlu sayılabilmesi için, ödevlerini tanımlamak ve bu ödevlerin yerine getirilip getirilmediğini saptamak gerekecektir (15,16).

Bu ödevler şu şekilde özetlenebilir:

- Hekimin hukuksal bakımdan hastaya bakmaya "yetkili" olması,
- Hekimin mesleki ve bilimsel bakımdan hastaya bakmaya "yeterli" olması,
- Hekimin hastasıyla olan ilişkisinde tıbbi, etik ve hukuksal olarak mesleki ilkelere bağlı olması,
- Hekimin tıbbi girişimlerinde tıbbi, etik ve hukuksal olarak uygun ve doğru hareket etmesi,
- Her türlü girişim için hastasının aydınlatılmış onamını almış olması.

C- Klinik Boyut

Bir tıbbi uygulama hatası olgusunda, hekimin yaptığı uygulamayı değerlendirmede var olan tıbbi bilgi, beceri ve deneyim birikimi soruşturulurken, hekimin öncelikli olarak içinde bulunduğu durum da dikkate alınmalıdır. Bu konuda cevaplandırılması gereken bazı temel sorular şunlardır (16):

1. Hekim uygun ve yeterli bir öykü aldı mı?
2. Hekim uygun ve yeterli bir fizik muayene yaptı mı?
3. Gerekli testler yapıldı mı?
3. Hekimin tanısı doğru muydu?
4. Hekimin seçtiği tedavi doğru muydu?
5. Tedavinin uygulanma süreci doğru muydu?
6. Ortaya çıkan komplikasyon önlenebilir nitelikte miydi?
7. Ortaya çıkan komplikasyonun tanısı doğru biçimde ve zamanında kondu mu?
8. Ortaya çıkan komplikasyona yönelik uygulanan tedavi planı uygun ve yeterli miydi?

Bu sorular, konunun ele alındığı ayrıntı düzeyine bağlı olarak çok fazla artırılabilir. Burada en temel ve ilk cevaplanması gereken sorular tanımlanmıştır. Genel olarak değerlendirmek gerekirse, hekimin klinik olarak tanı ve tedaviye giden bu süreçte bir kaç noktada kritik önemde hata yapabileceği görülmektedir:

Hatalı Tanı

Bazı durumlarda hekim hastasına hatalı olarak, olmayan bir hastalığa ait bir tanı koyabilir; buna bağlı olarak yan etkilerini göze alarak bazı ilaçları uygulayabilir. Hatta hatalı biçimde daha büyük risk ve olumsuzluk taşıyan gereksiz bir ameliyat uygulayabilir. Ya da bunun tersi bir durum olabilir: Hekim hastasını aslında hasta olduğu halde hatalı olarak sağlıklı bulabilir, hasta eve gittikten bir süre sonra, bu hastalığın zamanında tanınıp tedavi altına alınmamış olmasından kaynaklanan bir olumsuzlukla karşılaşabilir.

Hatalı Tedavi

Bazı durumlarda tanı doğru olabilir, ama hekimin uygun bulduğu ve uyguladığı tedavi, geçerli tıbbi bilgiler ışığında uygunsuz ya da yetersiz olabilir. Bu durumda da hasta bu uygulamadan önemli zararlara uğrayabilir. Bu durumun da değişik olasılıkları bulunmaktadır: Bazen tedavi seçimi tümüyle yanlıştır. Bazense uygulanan tedavi de tedavi seçeneklerinden biri olabilir: Ama bu eski bir uygulama olabilir ya da hastanın durumunda başka bir tedavi daha öncelikli olarak seçilmek zorunda olabilir.

Önlenebilir Bir Olumsuzluğa Öngörememek, Tanıyamamak ya da Önleyememek

Bazı durumlarda tıbbi uygulamaların bazı olumsuz sonuçları olabileceği baştan bilinmektedir. Konuyu güçleştiren nokta da budur. Eğer bu olumsuzluklar göze alınamazsa, tıbbi uygulamaların neredeyse hiçbiri gerçekleştirilemez. Bu bir değerlendirme sorunudur. Ancak, ortaya çıkabilecek sorunların önceden kestirilebildiği durumlarda, mutlaka her bakımdan önlemler alınmalıdır. Hastadan yeterli bir öykü alındığını, yeterli fizik muayene yapıldığını, gerekli testlerin uygulandığını, teşhiste ve tedavi seçiminde hata yapılmadığını varsaysak bile, uygulanan ilacın çok nadir de olsa karşılaşılabilecek yan etkilerinin giderilebilmesi için gerekli bilgi, beceri, deneyim, alet ya da ilaçların hazır olmaması, hastanın zarar görmesine neden olabilir. Ancak bazı acil durumlarda hekim, yapacağı girişimin yaşam kurtaracağına hükmederse, muhtemel yan etkilerini ya da olumsuz sonuçları göze alarak, bu müdahaleyi uygulayabilir. Bu tür durumlarda bu riskler sonradan ortaya çıksa bile, hekimin haklılığı klinik olarak savunulabilecektir.(17)

Hekimin klinik olarak tanı ve tedaviye giden süreçte hangi noktalarda kritik önemde hata yapabileceği konusu, klinik alanlara göre tıbbi uygulama hataları bölümünde geniş olarak irdelenecektir.

Klinik Risk Yönetimi

Klinik risk yönetimi şekli ya da fonksiyonu ilgili terimler ile tanımlanabilir veya belirlenebilir. Klinik risk yönetimi üç ana aşama ile açıklanabilir.

- * Riskin tanımlanması
- * Riskin analizi
- * Riskin kontrolü

Sağlık hizmetlerinde risk yönetiminin, fonksiyon ile ilgili terimlerle tanımlanması daha uygundur. Bu fonksiyonun risk maliyetlerinin düşürülmesi ve organizasyonun kendisini korumaktan daha çok kalitenin geliştirilmesi ve hastaların korunmasına odaklanmasını sağlamak gerekir. Örneğin klinik risk yönetimi sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını amaçlayan bir dizi organizasyonel sistemin ya da yöntemin bir parçası olarak görülebilir. Ancak öncelikli kaygısı bakımın güvenlik sistemlerinin tasarlanması ve korunmasıdır. Yöntemler aynı olsa da – riski tanımlama, analiz, ve kontrol – amaç çok farklıdır.

Klinik Risk Yönetiminin Gerekliliği

Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinde risk yönetimi sistemleri otuzbeş yıldan beri yaygın olarak uygulanmaktadır. Gerçekten de son yirmibeş yıldır klinik risk yönetimine olan uluslararası ilgi artmıştır. Avrupa'nın pek çok ülkesinde ve başka yerlerde bu konuda bariz gelişmeler görülmüştür (18).

Klinik ihmal davalarındaki artan düzeyin, risk düzeyindeki artışı mı gösterdiği yoksa talihsiz olaylar sonucu yaralanan hastaların sayısındaki artışı mı işaret ettiğini söylemek çok zordur. Bakım sistemlerindeki karmaşıklığın arttığı ve bakım adımlarının hızlandığı (daha kısa kalış süreleri ve daha erken çıkışlar), ve terapötik ilerlemenin daha fazla yarar yanında daha fazla riski de beraberinde getiren daha karmaşık teknolojiler yarattığı kabul edilmektedir.

Yürürlükte olan kalite reformları "klinik yönetimi"nin konseptini oluşturmuştur. Resmi olarak bunun tanımı "NHS organizasyonlarının sürekli olarak servislerinin kalitesini geliştirmek ve klinik bakımda üstünlüğün ilerlediği bir ortam yaratarak yüksek standartları korumakla sorumlu olmalarını sağlayan bir sistemdir " şeklindedir. Klinik yönetim alanında, İngiltere ve başka yerlerde gittikçe artan oranda sağlık sistemi üzerinde etkili olan tüm sistem kalite geliştirme fikirlerinin onaylanmasıdır. Kalite geliştirme sistemlerine, risk yönetimi dahil, daha çok yatırım yapılması olasıdır (18).

Dava ve Şikayetlerin Araştırılması

Klinik olayların pozitif yönetimi ve aleyhte açılan güncel sivil hukuk davaları risk yönetimi uygulamalarının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu olayların yönetimi dört amaca hizmet etmektedir:

- Olay ile ilgili mümkün olan en kısa sürede maddi kanıt ve şahit ifadeleri toplayarak dikkate değer ölçülerde tasarruf sağlar.
- Klinik bakımın standartların altında olduğu düşünüldüğünde, tercihen her iki tarafın avukatları olaya karışmadan önce, şikayetlerin makul bir çözümünü ya da daha erken çözümünü sağlar.
- Gerekli olduğunda kısa sürede bir uzman görüşü alarak hastane avukatının haksız davalarda daha güçlü bir savunma yapmasını sağlayarak daha az mahkemeye çıkmasını temin eder.
- Dava sürecinin hasta ve personel üzerindeki travmasını azaltır.

Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere İngiltere, İspanya, Japonya, Finlandiya vb. pek çok gelişmiş ülkede olduğu gibi Türkiye'de de tıbbi sorumlulukla ilgili davalar artmaktadır. Dünya Tabipleri Birliği'nin (The World Medical Association) 1992 yılındaki "Tıpta Yanlış Uygulama" konulu tebliğinde, davaların artışına neden olarak, "tıbbi bilginin artması ve tıbbi teknolojinin gelişmesi sonucu hekimlerin geçmişte yapamadıkları bazı işlemleri yapmaya başlaması ve bu ilerlemelerin çoğunlukla ağır riskleri de içermesi" gösterilmiştir (19). Hekimler üzerinde, tıbbi hizmetlerin artan maliyeti ile ilgili baskı; medyanın hatalı tutumu, hasta ve hasta yakınlarının gerçekçi olmayan beklentiler içine girmeleri ve korumacı tıp uygulamasının etkileri de diğer nedenler olarak sayılmıştır.

Tıpta hataların kontrolü için gösterilen çabalar, tıpta uygulama hataları sistemi ve örnek gözden geçirme aracılığı ile bireysel sağlık hizmeti sunanlara odaklanmıştır. Ancak insanlar her zaman hata yapacaklardır. Ve bazı hatalar da organizasyonların karakteristiklerine bağlıdır. Hata ve talihsiz olayları önlemek için geliştirilen yöntemlerin temel hedefi her insanın görev tanımı içinde düzenlemeler yapmak ve buna bağlı sistemlerde iyileştirmeler yapmaktır.

Ülkemizde durumu değerlendirdiğimizde genel olarak şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız. Risk yönetimi sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, hedeflenen bir sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığının temel alınarak çalışılmasıdır. En büyük avantajı gelecekte oluşabilecek potansiyel sorunlara tehdit ve tehlikelere işaret etmesidir.

Risk yönetimi yapılan bir kuruluşta şu temel yararlanımlar söz konusudur:

- İşletmelerin işlevleri sırasında ortaya çıkabilecek risklerin, önceden dikkatli bir biçimde ve ayrıntıları ile tanımlanıp değerlendirilmesi
- Bu riskleri minimize edecek veya tam olarak ortadan kaldıracak önlemlerin alınması

Ülkemizde durumu değerlendirdiğimizde genel olarak şöyle bir tabloyla karşılaşmaktayız. Risk yönetimi sağlık sektöründe de diğer sektörlerde olduğu gibi belirli bir zaman aralığında, hedeflenen bir sonuca ulaşamama, kayba ya da zarara uğrama olasılığının temel alınarak çalışılmasıdır. En büyük avantajı gelecekte oluşabilecek potansiyel sorunlara tehdit ve tehlikelere işaret etmesidir.

Özellikle son on yılda sigorta şirketleri sağlık sektöründe önemli ve belirleyici bir konuma yükselmişlerdir. Bu da risk yönetimini çok konuşulan, tartışılan bir konuma yükseltmiştir. Çünkü risk yönetimi aslında bugünde oluşan durumdan çok gelecekte olabilecek potansiyel riskleri bugünden görerek önlem almayı hedeflemektedir.

İdeal koşullarda risk yönetimi temel odak noktası olarak insanı koyarak planlama yapan ve buna göre davranan bir stratejik harekettir. Bu bakış açısıyla ilk prensip hasta güvenliğidir. Hastane ve diğer sağlık kurumlarında ilk yapılması gereken kurum çalışanlarında hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasıdır.

Tüm davranışların buna göre düzenlenmesi ve organizasyonun bunun ışığında yapılması gerekmektedir. Bunun için de hastanelerde, hastalara, ziyaretçilere ve çalışanlara zarar verebilecek çevrenin güvenlik ve emniyetini tehlikeye atabilecek tüm risklerin saptanarak bunların ortadan kaldırılması ilk hedef olmaktadır. Ayrıca hukuksal açıdan işletmeye finansal zarar verebilecek olası durumlardaki risklerin de tanımlanarak önlem alınmasını hedef koyan bir yönetim biçimi benimsenmelidir.

Temelde risk yönetimi yapılırken sırayla şu aşamalardan geçilmektedir:

1. Öncelikle risklerin belirlenerek listelenmesi,
2. Bu risklerin analizinin yapılarak değerlendirilmeleri,
3. Risk kontrolü çalışmasının yapılması,
4. Belirlenen risklerin önlenmesi çalışmalarının fizibilite ve finansmanı çalışmalarının yapılması,
5. Seçilen risk yönetimi tekniklerinin uygulanması,
6. Bu yöntemin uygulanışı sırasında kontrol ve denetimlerin yapılması,
7. Geri-dönüş (feed-back) ve iyileştirme

Risk yönetiminde ilk hedeflerden birisi hatalı bir tıbbi uygulama yapıldığında bunun önlenmesi ve tekrar etmemesinin sağlanması ilk hedef olmalıdır. Hatalı tıbbi uygulamada hasta ve hekim açısından zararın en aza indirilmesinin sağlanacağı bir programın oluşturularak uygulanması ideal çözüm yöntemini oluşturmaktadır.

Tıbbi uygulama hatalarında farklı soruların cevabını vermek gerekmektedir. İlk soru; hatalı uygulamada ortaya çıkan zararın neden kaynaklandığıdır. Bu saptandıktan sonra ise ortaya çıkan zararın kökeni araştırılmalıdır. Bu olayın hatalı bir tıbbi uygulama sonrası mı yoksa öngörülen bir zarar olarak nitelendirdiğimiz komplikasyon sonucu mu ortaya çıktığını saptamak gerekmektedir. Bu çok belirleyici bir durumdur. Ayrıca hekimlik uygulamalarında defansif tıp uygulamaları ile hastaya verilebilecek maksimum yarardan kaçınma söz konusu mudur ? Bu da ayrıca araştırılmalıdır.

Hatalı bir tıbbi uygulama karşısında şu aşamaların uygulanması doğru olacaktır (18):

- Var olan problemin tanımlanması (olası hasar / kayıp)
- Bu problemin değerlendirilmesi (neden-sebep)
- Problemin çözümü (Sebebin kontrol altına alınması–pratik uygulama, prosedür, ekipman ya da yöntem değişiklikleri)
- Süreklilik için çözümün takibi

Tıbbi uygulama hatalarından alınabilmesi için tüm önlemlerin alınması önemlidir. Ancak ilk sıraya eğitimin konması gerekmektedir. Eğitimin içeriği kadar öğretme yöntemlerinin de büyük önemi bulunmaktadır. Bu açıdan da bir sağlık kuruluşunda, hastanede olası hataların önüne geçebilmek için eğitim yöntemlerinin irdelenmesi, tartışılması ve herkese de öğretilmesi gerekmektedir. Bu yeterli değildir. Bunun yanısıra özel moniterizasyon aletleri ile de kontrol sağlanması hataları minimize edecektir. Genel yaklaşımın dışında yapılmış hataların irdelenmesi de önemlidir. Bu amaçla her olgunun tek tek değerlendirilmesi gerekir. Olgu analizi önemlidir. Ancak bunun göz ardı edildiği ve uygulanmadığını da belirtmek gerekir.

Tıbbi uygulama hataları, dünyada yaygın olarak üzerinde çalışılan ve özellikle gelişmiş ülkelerde yaklaşık 50 yıldır tartışılan bir konu olarak ön plana çıkmaktadır. Bu işi profesyonel olarak yapan kişilerin hatalı uygulamaları, bilgi, beceri ve özen eksiklikleri ya da ihmalleri sonucu hizmet alan zarar görmektedir. Etik, hukuki, tıbbi, eğitimsel ve yönetsel yönleriyle çok yönlü, çok boyutlu olarak karşımıza çıkan tıbbi uygulama hataları konusu, Türkiye'de de yaklaşık son 30 yıl içinde konu çeşitli boyutlarda tartışılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise, çözüm arayışları süren dinamik bir sürecin yaşandığı izlenmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Kocatürk U. Açıklamalı Tıp Terimleri Sözlüğü. Dördüncü Basım, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1989: 170.
- 2) Powers M, Harris N, Lockard-Mirams A. Eds. *Clinical Negligence, Third ed. Butterworths Law, London, 2000.*
- 3) Polat O. *Tıbbi Uygulama Hataları, Seçkin Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara, Şubat, 2015: 21-22; 24-28.*
- 4) Büken E, Ornek Büken N, Büken B. *Obstetric and gynecologic malpractice in Turkey: incidence, impact, causes and prevention. J Clin Forensic Med 2004;11(5):233-47.*
- 5) Gore DC, Gregory SA. *Historical Perspective on Medical Errors: Richard Cabot and the Institute of Medicine. J Am Coll Surg 2003;197(4): 609-611.*
- 6) Hickson GB, Clayton WE, Entman SS, Miller CS, Githens PP, Goldstein WK, Sloan FA. *Obstetricians prior malpractice experience and patients satisfaction with care. JAMA 1994;272(20):1583-1587.*
- 7) Çankaya H. *Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğunun Temel Prensipleri ve Hekim Sorumluluğunda Kusurun Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Adli Tıp Kurumu, İstanbul, 1992.*
- 8) Studdert DM, Mello MM, Brennan TA. (2004) *Medical Malpractice. N Engl J Med 350: 283-293.*
- 9) Giray AÜ. *Malpraktis Açısından Hekimlerin Karakteristikleri ve İşyeri Fiziksel Koşullarının Akciğer Tüberküloz Hastalığı Teshisinde Kullanılan Muayene Protokolü Uygulama Yeterliliğine Etkisi: Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999.*
- 10) Clark S, Oakley J. *Informed Consent and Clinician Accountability P 258, Cambridge University Press, Cambridge, 2007.*
- 11) Hope et al. *Medical ethics and law, Churchill Livingstone, London, 2000.*
- 12) *Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi: DTB tarafından 1981 yılında kabul edilmiştir; 1995 Eylül'ünde yapılan 47'inci Genel Kurul'da değişiklik yapılmıştır. http://www.ttb.org.tr/eweb/istanbul_prot/3.html (Son Erişim Tarihi: 15.07.2018)*
- 13) Madea B, Preuss J. *Medical malpractice as reflected by the forensic evaluation of 4450 autopsies. Forensic Sci Int 2009;10;190(1-3):58-66.*
- 14) *Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmî Gazete No: 23420. Resmî Gazete Yayın Tarihi: 01.08.1998.*
- 15) Koç, S. *İstanbul Tabip Odası'na Başvuran Tıbbi Uygulama Hataları; "Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi" Kitabı içinde (Editörler: G. Çetin, C. Yorulmaz), İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No: 48, 2006, 70-81.*

- 16) Koç S, Yorulmaz C. *Hekimin Yasal Sorumlulukları: Adli Tıp (Ed: Soysal Z, Çakalır C.), Cilt 1. İ. Ü. Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul 1999; 45-49.*
- 17) Vincent C, Young M, Phillips A. *Why Do People Sue Doctors? A Study of patients and relative staking legal action. The Lancet 1994;343:1609-1613.*
- 18) Yayıcı N. *Genel Cerrahide Tıbbi Uygulama Hataları: 1996-2000 Yılları Arasında Adli Tıp Kurumu'na Yansıyan Olgular; Türkiye Klinikleri J Foren Med 2004;1(1):12-7.*
- 19) Wilson J, Tingle J. *Clinical Risk Mangement. Butterworth-Heinemann, Glasgow, 1997.*
- 20) Rosenthal M, Sutcliffe KM. ed. (2002) *Medical error ,What do we know ? What do we do? John wiley and Sons, New York.*