



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ANTALYA BÖLGESİNDEKİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN KANUNİ VE HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN FARKINDALIKLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. İlker GÜNDÜZ

Antalya, 2012



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

ANTALYA BÖLGESİNDEKİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN KANUNİ VE HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN FARKINDALIKLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. İlker GÜNDÜZ

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Oktay ERAY

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2012

TEŞEKKÜR

Tezimin her aşamasında emek, bilgi ve deneyimini esirgemeyen, önderliği, sevecenliği ile bize örnek olan ve tezimin her noktasında bana sabreden tez danışmanım Sayın Prof.Dr. Oktay Eray'a,

Uzmanlık eğitimim süresince, birlikte çalıştığımız yıllar içinde hiçbir konuda desteğini esirgemeyen, meslek hayatımın ve hekimliğin gerçek anlamını anlamamı ve kendime güvenimi sağlayan anabilim dalının diğer üyeleri Prof.Dr. Yıldırım Çete, Doç. Dr. Cem Oktay, Doç.Dr. A. Fırat Bektaş, Doç.Dr. Seçgin Söyüncü, Doç.Dr. Mutlu Kartal, Doç.Dr. Erkan Göksu, Yrd. Doç.Dr. Özlem Yiğit, Uzm. Dr. Aslıhan Yürüktümen'e,

Tez çalışmamın istatistiksel analizlerini yapan Sayın Doç.Dr. Cenker Eken'e,

Tez çalışmamın hukuki boyuttaki danışmanlığını yapan Sayın Dr. Av. İlker Evren'e,

Tez yazımında bana yardımcı olan dostum ve çalışma arkadaşım Uzm. Dr. Alp Giray Aydın'a,

Tüm hayatım boyunca saygı ve tebessümle hatırlayacağım, eğitimim boyunca bilgi ve becerilerini paylaşan, birlikte zevkle çalıştığım çalışma arkadaşlarıma,

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım, acı-tatlı birçok anılarım olan tüm acil servis hemşirelerine ve tüm acil servis personeline ve sevgili aileme sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	<u>Sayfa</u> v
Şekiller Dizini	vi
Çizelgeler Dizini	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Sağlık Hukuku	3
2.2. Tıp Hukuku	5
2.3. Tıbbi Malpraktis	7
2.3.1. Malpraktis ve tıbbi malpraktis kavramları	7
2.3.2. Sözleşmeden doğan sorumluluk	8
2.4. Hekimin Yükümlülükleri	9
2.4.1. Hekimin kişisel edim yükümlülüğü	10
2.4.1.1. Temsil edilebilir edimler	11
2.4.1.2. Temsil edilemeyen edimler	12
2.4.2. Öykü alma yükümlülüğü	14
2.4.3. Muayene yükümlülüğü	14
2.4.4. Teşhis yükümlülüğü	15
2.4.4.1. Doğum öncesi teşhis	17
2.4.4.2. Teşhisi kontrol yükümlülüğü	18
2.4.4.3. Uzaktan Teşhis Yasağı	18
2.4.5. Hekimin tedavi yükümlülüğü	18
2.4.5.1. Hekimin hastayı reddetmesi	19
2.4.5.2. Zamanında tedavi yükümlülüğü	21
2.4.5.3. Uzaktan tedavi yasağı	22
2.4.5.4. Tele-Tıp	23
2.4.5.5. Hekimin tedavi yükümlülüğünün sınırları	23
2.4.6. Reçete yazma yükümlülüğü	31
2.4.7. Tıbbi teknik kullanma yükümlülüğü	34

2.4.8. Tedaviyi kesme yükümlülüğü	35
2.4.8.1. Tedaviyi kesme ve sözleşmeyi sona erdirmeye	35
2.4.8.2. Tedaviyi kesme nedenleri	35
2.4.8.3. Ölmekte olan hastalarda tedavinin kesilmesi	36
2.4.9. Kayıt tutma yükümlülüğü	37
2.4.9.1. Genel	37
2.4.9.2. Kayıt tutma yükümlülüğünün türü, içeriği ve kapsamı	38
2.4.9.3. Kayıtları inceleme hakkı	43
2.4.9.4. Kayıtların düzeltilmesini isteme	47
2.4.10. Sır saklama yükümlülüğü	47
2.4.11. Organizasyon yükümlülükleri	50
2.4.12. Kullanılan ürün ve ilaçlarla ilgili yükümlülükler	50
2.4.13. Bilirkişilik yapma yükümlülüğü	51
2.4.14. Kimlik tespiti yapma yükümlülüğü	52
3. GEREÇ ve YÖNTEM	53
4. BULGULAR	58
5. TARTIŞMA	66
6. SONUÇLAR	69
7. ÖZET	70
8. ABSTRACT	72
9. KAYNAKLAR	74
10. EKLER	77
Ek 1: Anket formu	77

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ATTK	Adli Tıp Kurumu Kanun
BEHK	Bilgi Edinme Hakkı Kanunu
BK	Borçlar Kanunu
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CK	Ceza Kanunu
CMUK	Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
HHK	Hasta Hakları Kanunu
HHY	Hasta Hakları Yönetmeliği
HUMK	Hukuk Usulü Mahkemeleri Kanunu
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
md.	Madde
MR	Manyetik Rezonans
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
TCK	Türk Ceza Kanunu
TDN	Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi
TDT	Tıbbi Deontoloji Tüzüğü
TTB	Türk Tabipler Birliği
YTKİ	Yataklı Tedavi Kurum İşletmeleri

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Birinci sorunun yanıt dağılımı	59
4.2. İkinci sorunun yanıt dağılımı	59
4.3. Üçüncü sorunun yanıt dağılımı	60
4.4. Dördüncü sorunun yanıt dağılımı	61
4.5. Beşinci sorunun yanıt dağılımı	61
4.6. Altıncı sorunun yanıt dağılımı	62
4.7. Yedinci sorunun yanıt dağılımı	63
4.8. Sekizinci sorunun yanıt dağılımı	63
4.9. Dokuzuncu sorunun yanıt dağılımı	64
4.10. Onuncu sorunun yanıt dağılımı	65

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Cizelge</u>	<u>Sayfa</u>
3.1. Anket formu	55
4.1. Demografik verilerin oranları	58

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Geçtiğimiz on yıl içinde bir yandan sağlık mevzuatındaki değişiklikler, bir yandan sağlık sistemindeki dönüşüm hem hekimlerin hem de hastaların yaşamlarında değişikliklere yol açmıştır. Özellikle sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artması ve özel sağlık hizmetlerinin genel hizmetler içinde oranının yükselmesi vatandaşın sağlık hizmetlerinden beklentilerini arttırmıştır. Bir yandan hasta sayısının artması bir yandan beklentilerin yükselmesi hekimlerin sağlık uygulamalarında daha dikkatli olmalarını gerektirecek hukuki sorunlara sebep olmuştur. Özellikle 30 Temmuz 2010 tarihinde “**Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına dair 1219. sayılı kanun**”un Ek 12. maddesinde bütün hekimlerin zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yaptırmayı düzenlenmiş ve zorunlu hale getirilmiştir (1). Kanununa göre zorunlu meslek sigortasının da hayata geçmesi sağlık hizmetlerinde hukuk kavramını tamamen gündeme taşımıştır.

Bir yandan yasal gelişmeler, insan hakları açısından yeni gelişmeleri hayata geçirirse de diğer yandan hekimler yeni bir sorunla karşı karşıya kalmışlardır. Mesleki yaşamlarının tam ortasına tıp hukuku ile ilgili kavramlar girmiştir. İşte tam da bu dönemde mesleki açıdan en yüksek risk grubunda olan Acil Hekimlerinin (uzmanlar, pratisyen hekimler ve diğer branş hekimleri) bu gelişmeler konusundaki farkındalıkları önem kazanmıştır. Eğer bu konuda bir fotoğraf çekilebilirse belki de bu bilgilerin ışığında hem tıp fakültelerine tıp eğitiminin bir parçası olarak, hem de asistanlık eğitimi ya da yaşam boyu eğitim kavramı içerisinde önemli eğitim projeleri gerçekleştirebilir.

Bu çalışmanın amacı acil serviste hizmet veren hekimlerin gerçek olgular üzerinden geliştirilmiş anketler ile hekim sorumlulukları ile ilgili bilgi ve tecrübelerinin düzeyini tespit etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

Sağlık yasaları olarak da ifade edilen sağlık mevzuatımız, sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl yürütüleceğini, nasıl finanse edileceğini, hizmetlerde yetkinin kimde bulunduğunu, görev ile sorumluluğun ne olduğunu belirtir. Günümüzde sağlık mevzuatımıza baktığımızda çok sayıda mevzuat türü görmekteyiz. Tüm bu sağlık mevzuatlarının birçoğunun sonunda cezai hükümler bulunmakla birlikte sağlık hizmetlerinin sağlık hakkı kapsamında sunumu sırasında önemli olan, sağlık personelinin hizmet biçimi ve sorumluluk duygusudur. Bilindiği gibi, hizmetin dayandığı esaslar; yasalara uygun ve yönetmeliklerde belirtilmiş biçimde olmasına, çalışanın meslek anlayışının getirdiği inisiyatifi kullanabilmesine ve diğer hizmet birimlerince de aynı davranışı bekleyen bir ekip çalışması halinde yapılabilmesine dayanır (2).

Sağlık personeli, çağdaş sağlık anlayışı içinde fiziksel, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali sağlarken, iyilik hali bozulmuş olanların da acısını azaltmak, ömrünü uzatmak, durumunu düzeltmek amacını gütmeli, bu amaç içinde sorumluluk bilinci ile hareket etmelidir (2).

Zira sorumluluk bilinci hem meslek adamının kendisi, hem de toplum için doğal ve güçlü bir güvencedir. Bu güvence hekim ve hasta arası ilişkide ortaya çıkan rıza için yeterlidir. Güvene dayanan bu rıza ilişkisinde hekim, çok riskli bir alanda çok yüksek özen göstermelidir (2).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda özellikle meslek sahibi kişiler, mesleğinin zorunlu olan bilgilerine sahip olmak durumundadır. Bunları da somut olay ve durumlarda uygulamak zorundadır. Sağlık mevzuatımız içinde sağlık personelinin sorumluluğunu düzenleyen çok özel bir mevzuat yoktur. Sağlık hizmetlerinde kişiler arası ilişkileri düzenleyen ve uyulması zorunlu kurallar bütününe inceleyen bir bilim dalı olarak yorumlanan tıp hukukunun, aslında mevcut sağlık mevzuatımız olduğu anlaşılmaktadır (2).

Hâlbuki sağlık hizmetlerinin varlığı ve sunumunda; sorumluluk bilincinin yüksek olması, sağlık hakkı ve hasta hakkı kapsamındadır. Olmazsa olmaz kurallarıdır. Bu kuralın nasıl yerine getirildiği, sorumluluğun hukuk bilimi içinde kişilik haklarını koruyup koruyamadığının tespiti mesleki etik kurallar ışığında

değerlendirilmelidir. Bunun içinde mevcut sağlık hizmetleri, sağlık politikaları, sağlık kaynakları, sağlık insan gücü iyi bilinmeli, her somut olayda ayrı değerlendirilmelidir (2).

Sağlık Hukuku, sağlık personelinde sorumluluk bilincinin varlığını ortaya koymaya çalışan, bu bilinç içinde hizmetin varlığı, sunumu ve hasta hakları ile hukuk bilimi öğretisinde kişilerin maddi ve manevi değerlerini koruyan, kişilik haklarının birlikte ele alınmasını sağlayan bir tıp bilimi, bir karma hukuk bilim dalı olarak kabul edilmelidir (2).

Tüm sağlık personeli, “sağlık mevzuatı” ve “tıp hukuku” konusunda bilgilendirilmeli, sorumluluk bilincinin yükseltilmesi için uygulamalı "Sağlık Hukuku" dersi, tıp fakülteleri ile diğer sağlık personeli yetiştiren okullarda okutulmalıdır (2).

2.1. Sağlık Hukuku

Sağlık hizmetlerinin sunumu ile ortaya çıkan sağlık-toplum ilişkilerinde ortadaki en basit ilişki hekim ve hasta ilişkisidir. Buradaki basitlik önemsizlik anlamını taşımayıp görünen ilişkiyi ifade etmektedir. Hekimlik uygulamasının ilk başladığı yıllardan beri, hasta hekim ilişkilerinde kurallar konulmaya çalışılmış, sürekli hataları önleyecek caydırıcı kurallar belirlenmiştir. Örneğin ilk yazılı kurallar olduğu kabul edilen Hammurabi Yasalarının 218. maddesinde şöyle denilmektedir.

"Bir doktor operatör bıçağı ile derin bir yarık açarsa ve hastayı öldürürse ya da bıçak ile bir tümörü açıp gözü keserse doktorun elleri kesilir" (3).

Zamanla ihtiyaçlara göre şekillenen bu tür yasalar, 18. yüzyılda sanayi devrimi ile hukuksal nitelik kazanmıştır.

Hukuk, sözlük anlamı ile "Toplumu düzenleyen ve devletin yaptırım gücünü belirleyen yasaların tümü" olarak tanımlanır. Türe veya haklar anlamına gelir. Bu bağlamda toplumun sağlık ihtiyacına uygun kuralların tümünü ise sağlık hukuku olarak nitelemek gerekmektedir (4).

Prof.Dr. Nusret FİŞEK Halk Sağlığına Giriş ders kitabında Sağlık Hukuku’nu "Devletin yaptırımlara bağladığı sağlık ile ilgili sosyal düzen kuralları" olarak tanımlamıştır. Ancak burada sağlığın tanımı, bizi önemli bir ayrıma gitmeye zorlamakta, sağlık hukuku tanımının bu kadarla kalmayıp bazı kavramların bu tanım

içine girmesi gerektiğini düşündürmektedir. Sağlığın Dünya Sağlık Örgütünce yapılan uluslararası tanımı, "Yalnızca hastalığın olmayışı değil, kişinin bedence, ruha ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmaları" şeklindedir. O halde tam bir iyilik halini sağlayan yasalar ve yazılı kurallar daha çok sağlık hakkı kapsamında ele alınabilmektedir (2).

Bilindiği gibi, yukarıda yasalar olarak ifade edilen kelime aslında mevzuatı içermektedir. Ülkemizde var olan mevzuat türleri yaptırım güçlerine göre şu şekilde sıralanmaktadır. Anayasa, Kanun (Yasa), Kararname, Tüzük, Yönetmelik, Genelge (Yönerge) ve Emir. Buna göre, sağlık yasaları olarak ifade edilen Sağlık Mevzuatı da; sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceğini, nasıl yürütüleceğini, nasıl finanse edileceğini, hizmetlerde yetkinin kimde bulunduğunu, görev ile sorumluluğun ne olduğunu belirtir. Günümüzde sağlık mevzuatımıza baktığımızda çok sayıda mevzuat türü görmekteyiz (2).

Bunlardan önemli olan bazıları şunlardır:

- 1219 S.K. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- 1530 Sayılı Belediye Kanunu
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ (16.10.2009 / 27378 sayılı Resmi Gazete Başbakanlık Tebliği)
- Adli Tıp Kurumu Kanunu (kanun no: 2659 Resmi Gazete: 20 Nisan 1982 – 17670)
- Ambulanslar Ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği (Resmi Gazete: 7.12.2006- 26369)
- 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun
- 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu
- 6023 Sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- 6283 Sayılı Hemşirelik Kanunu
- 2238 Sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hk. Kanun
- 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun
- 2219 Sayılı Hususi Hastaneler Kanunu
- 2659 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu

- Tababet Uzmanlık Tüzüğü, (18.04.1973 tarih / 14511 sayılı R.G)
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, (19.02.1960 tarih / 10436 sayılı R.G)
- Özel Hastaneler Tüzüğü, (10.01.1983 tarih / 17924 sayılı R.G)
- Sağlık İşlemlerinin Sosyalleştirildiği Bölgelerde Hizmetin Yürütülmesi Hakkındaki Yönetmelik, (09.09.1964 tarih / 11802 sayılı R.G)
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (13.01.1983 tarih / 1927 sayılı R.G)
- Diğer ulusal ve uluslararası sağlık mevzuatları

Tüm bu sağlık mevzuatlarının birçoğunun sonunda cezai hükümler bulunmakla birlikte sağlık hizmetlerinin sağlık hakkı kapsamında sunumu sırasında önemli olan sağlık personelinin hizmet biçimi ve sorumluluk duygusudur. Buna göre Sağlık Hukuku; sağlık personelinde sorumluluk bilincinin varlığını ortaya koymaya çalışan, bu bilinç içinde hizmetin varlığı, sunumu ve hasta hakları ile hukuk bilimi öğretisinde kişilerin maddi ve manevi değerlerini koruyan, kişilik haklarının birlikte ele alınmasını sağlayan bir tıp bilimi, bir karma hukuk bilim dalı olarak kabul edilmelidir. Bugün gelişen tıp bilimi içinde uygulamaya giren yeni teknolojiler, tanı ve tedavi yöntemleri ile hekim ve hasta ilişkileri de gelişmekte, salt hekime dayanan güvene bağlı rıza ilişkisi, hekimin içinde bulunduğu sağlık gücü ile de artmaktadır. Bu bağlamda, hekimlerin çalışma alanı içinde bulunduğu sağlık kuruluşunun iyi yönetimi, kullandığı teknolojinin kalibrasyonu, hekim, hasta ve sağlık kuruluşu üçgenini yaratmaktadır. Hekim ve hasta ilişkisinin üstün niteliği sonucu sağlık kuruluşunun kusursuz sorumluluğu gündeme gelmekte, bu sorumluluğun da hukuki yorum içinde irdelenmesi, sağlık mevzuatımızdaki hükümler ile mümkün olamamaktadır (2).

2.2. Tıp Hukuku

Sağlık hukukunun bir alt dalı olarak tıbbın uygulanmasından kaynaklanan sağlık personelinin hak ve yükümlülüklerini, yasal sorumluluğu, hasta hakları, ilaç hukuku, medikal hukuk gibi konuları ele alan hukuk dalıdır. Anayasa hukuku, ceza hukuku, idare hukuku ve medeni hukuku ilgilendiren kısımları içerir (5).

İnsan için yapılan tıp bilimini içeren çeşitli müdahaleler tıbbi müdahaledir. Örnek olarak (5):

- Teşhis
- Tedavi
- Korunma
- İlaç yazılması
- Araştırma uygulamaları(laboratuvar, görüntüleme, vb...)
- Psikiyatrik müdahale
- Adli muayene gibi...

Tıp hukuku terimi yeni kullanılmaya başlamış olup, Sağlık Hukuku veya Hekim Hukuku gibi adlandırmalar da kullanılmıştır. Hekim hukuku dar bir anlam ifade etmekle beraber, çalışma konumuzu ifade etmekte de yetersiz bir ifadedir. Sağlık hukuku da çok geniş bir anlam taşımaktadır. İçeriğinde sağlık sigortası, sağlık harcamaları, tıp etiği gibi birçok konuyu barındırmaktadır. Tıp hukuku kavramı sağlık hukuku içinde yer almakta olup daha dar bir kapsamı kavrayan bir anlamı vardır (5).

Tıp hukukunu üç ana başlıkta toplayabiliriz:

- Hekim hukuku
- İlaç hukuku
- Medikal hukuk

Hekim hukuku, sağlık sektöründe çalışan diğer personelleri de kapsamaktadır. İlaç Hukuku, bir ilacın üretiminden piyasaya verilene kadar ve kullanımında ortaya çıkan hukuksal problemleri içerir. Medikal hukuk ise tıbbi malzemelerin hukukunu içerir. Bazı insan ve ilaç denemeleri de ilaç ve medikal hukukun her ikisini de ilgilendirir. Bu çalışmada hekim hukuku ele alınacaktır (5).

Tıp hukuku açısından hukuksal bazı kaynaklardan faydalanılmıştır. Uluslar arası belgeler ve sözleşmeler, anayasa, kanunlar, tüzükler, yönetmelikler, meslek kuralları, yargısal içtihatlar “*Yasada veya örf ve âdet hukukunda uygulanacak kuralın açıkça ve tereddütsüz olarak bulunmadığı konularda, yargıcın veya hukukçunun düşüncelerinden doğan sonuç*” tıp hukuku için kaynak olarak kullanılmıştır. Ve tıp hukuku özel hukuk tarafından da şekillendirilmiştir. Ceza ve idare hukuku da hekim hukukuna ilişkin kararlar vermiştir. Günümüz hekim

sorumluluğu hukuku kararlarının çoğu içtihatlardan oluşmaktadır. Fakat ülkemizde gerek mevzuat eksikliği, gerek mahkeme kararları ve yüksek mahkemelerin de geliştirdiği içtihatların olmaması nedeniyle çok az sayıdadır. Bu durum sağlık personeli açısından güvensiz bir ortam oluşturmaktadır (5).

Tıp hukukuna ilişkin olarak, *İnsan Hakları ve Temel Özgürlüklerin Korunmasına İlişkin Avrupa Sözleşmesi, Biyoloji ve Tıbbın, Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Hassasiyetinin Korunmasına Dair Sözleşme* gibi uluslar arası sözleşme veya belge olarak *Lizbon, Bali, Amsterdam* bildirgeleri içermektedir.

İç hukukumuz da tıp hukuku kaynağı anayasamızdır. Anayasamız 17/1. maddesine göre “*herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir*” (6).

Türk Tabipler Birliği tarafından 01.02.1999 tarihli “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” da kaynaktır. Sağlık bakanlığı tarafından da genelge, yönerge ve tebliğler yayınlanmaktadır (7) .

2.3. Tıbbi Malpraktis

2.3.1. Malpraktis ve tıbbi malpraktis kavramları

Malpraktis, Latince “male” ve “praktis” kelimelerinden türemiş olup, “kötü, hatalı uygulama” anlamındadır. Uygulamada; bir meslek mensubunun, mesleğini uyguladığı esnada ortaya çıkan hatalı, kusurlu hareketleri olarak kullanılır. “Tıbbi Malpraktis” kavramı ise; tıp mesleği mensuplarının aynı şekildeki hareketleri sonucu ortaya çıkar. Dünya Tabipler Birliği malpraktisi; “Hekimin tedavi sırasında standart güncel uygulamayı yapması, beceri eksikliği veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar” şeklinde tanımlamaktadır. Tıbbi uygulama hataları, “Hizmetleri sunan hekim, hemşire ve ilgili yasaya göre hastaya müdahale yetkisi bulunan fizyoterapist, psikolog veya diyetisyen gibi sağlık personelinin, öneri ve/veya uygulamaları sonucu, hastalığın normal seyrinin dışına çıkarak, iyileşmesinin gecikmesinden hastanın ölümüne kadar geniş bir yelpazedeki şartların” tamamını içermektedir. Tıbbi Malpraktis, ancak nadiren tek bir nedene bağlı olarak meydana gelebilmektedir. Genellikle insan faktörü (bilgisizlik, zihinsel muhakeme hataları, dikkatsizlik gibi), çevresel faktörler ve tıbbi cihazlar gibi hata oluşması riskini

arttıran çeşitli faktörler mevcuttur. Bu faktörler, tek başına da tıbbi Malpraktis oluşmasına neden olabilir. Ancak tıbbi bakım, bir ekip işi olduğundan hata oluşumunda söz konusu faktörler, genellikle iç içe geçmiş durumda karşımıza çıkmaktadır (8).

Son yıllarda Tıbbi Malpraktis ile ilgili gerek ceza gerekse tazminat davalarında önemli bir artış söz konusudur. Bu artış; gerek mahkemelerin arşivlerinde yapılan, gerekse bu davalarda mahkemelerce bilirkişi olarak görevlendirilen veya başlı başına araştırma yapan kurum ve kuruluşlarda yapılan istatistiksel çalışmalarda çok açık biçimde göze çarpmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası, Adli Tıp Kurumu, Tabip Odaları, Sağlık Müdürlükleri bu kurum ve kuruluşların başında gelmektedir (8).

Tıbbi Malpraktis ile ilgili şikâyetlerin artmasının çok çeşitli sebepleri vardır. Hastaların genel olarak sağlık sisteminden ve bireysel olarak sağlık çalışanlarından beklentilerinin artmış olması, medya organlarının konunun üzerine fazlaca gitmesi nedeni ile toplumun hassasiyetinin artmış olması, doğal sonuç olarak bazı avukatların bu tür davaları özel ilgi ve çalışma alanı olarak seçmeleri, en başta sayılabilecek sebepler arasındadır. Tıbbi malpraktis davalarındaki hızlı artış, sağlık çalışanları üzerinde ileri derecede tedirginlik yaratmıştır. Yeni Türk Ceza Yasasının bu konularda sağlık çalışanına daha fazla sorumluluk yüklediği inancı da bu tedirginliğin daha da fazla artmasına ve bir panik havası yaşanmasına neden olmuştur (8).

2.3.2. Sözleşmeden doğan sorumluluk

Tıp mesleği mensubunun bir hastaya nasıl davranması gerektiği, bu konuda kendisinden ne beklendiği, neleri yapması, neleri yapmaması gerektiği; ulusal ve uluslar arası tıbbi etik ve deontolojik kurallar, sözleşmeler, bildirgeler, yasalar, yönetmelikler gibi yazılı metinler yanında; genel ahlak kuralları, örfler, adetler ve ananeler gibi yazılı olmayan kurallar ile de belirlenmiştir. Ancak bu konuda önemli belirleyicilerden biri; tıp mesleği mensubu ile hasta arasındaki varsayımsal sözleşmedir. Hasta, hekimin karşısına geçip anamnez vermeye, hekim de bu anamnezi dinlemeye başladığından itibaren aralarında bir sözleşme imzalandığı varsayılır. Aslında uygulamada bu sözleşmenin, hastanın bir sağlık kuruluşunun kapısından girdiği anda başladığı söylenebilir. Bu sözleşme, vekâlet sözleşmesi tarzında olup, hekim bu sözleşme ile sonucun iyi olacağını taahhüt etmez. Bir başka

söyleyiş ile hastanın iyi olacağı, yakındığı dertlerinden kesinlikle kurtulacağı garantisini vermiş olmaz. Ancak bu sözleşme ile hekim; hastasının sağlığını korumak veya düzeltmek için elinden geleni yapacağına, ona özen, içten bağlılık ve sadakat göstereceğine, tüm bilgi ve becerisini onun yararına kullanacağına, sırlarını saklayacağına, kayıtlarını düzgün olarak tutacağına ve tedavisini sürdüreceğine dair garanti vermiş olur (8).

Burada dikkat edilmesi gereken bir husus, plastik cerrahiyi ilgilendiren bazı ameliyatlarda yapılan varsayımsal sözleşmenin vekâlet sözleşmesi değil, eser sözleşmesi niteliğinde olmasıdır. Eser sözleşmesinin özelliği, sonucun garanti edilmesidir. Örneğin bir burun ameliyatında bir plastik cerrahtan beklenen; ortalama bir cerrahın performansı değil “taahhüt ettiği burnu” ortaya çıkartabilmek olacak, aksi halde tıbbi malpraktis suçlaması ile karşı karşıya kalacaktır (8).

Hekimin yaptığı tıbbi müdahale ve girişimleri hukuka uygun hale getiren iki unsur vardır. Bunlardan birincisi; hekimin tıp sanata uygulama hak ve yetkisine sahip olması, ikincisi ise; hastanın muayene için onamının, yapılacak her türlü diğer uygulama ve girişim için ise aydınlatılmış onamının bulunmasıdır. Hekime anamnez veren hastanın, muayene için onamının da var olduğu kabul edilir. Yapılacak girişimler için alınması gereken aydınlatılmış onam ise son derece önemlidir (8).

2.4. Hekimin Yükümlülükleri

Hekimin hukuki açıdan yükümlülükleri 14 başlık altında incelenebilir. Sırasıyla;

1. Hekimin Kişisel Edim Yükümlülüğü
2. Öykü Alma Yükümlülüğü
3. Muayene Yükümlülüğü
4. Teşhis Yükümlülüğü
5. Hekimin Tedavi Yükümlülüğü
6. Reçete Yazma Yükümlülüğü
7. Tıbbi Teknik Kullanma Yükümlülüğü
8. Tedaviyi Kesme Yükümlülüğü
9. Kayıt Tutma Yükümlülüğü
10. Sır Saklama Yükümlülüğü

11. Organizasyon Yükümlülükleri
12. Kullanılan Ürün ve İlaçlarla İlgili Yükümlülükler
13. Bilirkişilik Yapma Yükümlülüğü
14. Kimlik Tespiti Yapma Yükümlülüğü

2.4.1. Hekimin kişisel edim yükümlülüğü

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü'nün 16. maddesi “**tabip ve dış tabibi bir kimsenin sıhhi durumu hakkında, ilmi metotları tatbik suretiyle bizzat yaptığı muayene neticesinde edindiği vicdani ve fenni kanaate şahsi müşahedesine göre rapor verir**” hükmünü içermektedir (9).

Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 23. maddesinde muayenesiz tedavi yasağından, hekimin hastasını bizzat muayene etmeden tedavisine başlayamayacağı kuralı getirilmiştir (10). Hekimlik sözleşmesi gereğince hekim tedaviyi şahsen yapmak zorundadır. Hekim teşhisi de bizzat yapmak durumundadır. Hekim hastanın durumu hakkında bizzat kendisi bir fikir oluşturmalı, üçüncü kişilerin bu konuda vereceği bilgileri ise denetlemeden üstlenmemeli, önemli bulguları da kendisi tespit etmelidir.

Kişisel edim yükümlülüğü hekimin, hekimliğin gerektiği tedbirlerin alınmasını bir üçüncü kişiye bırakmasını kural olarak yasaklamaktadır. Yardımcı personel kural olarak ancak hazırlayıcı, destekleyici, tamamlayıcı veya müşterek olarak etkiye bulunucu (psikoterapi durumunda) faaliyetlerde hekim tarafından görevlendirilebilirler.

Hekimin faaliyetine, hekim tarafından görevlendirilmiş ve hekime karşı sorumlu olan kimselerin faaliyetleri de dâhildir. Dolayısıyla, kişisel edim yükümlülüğü hastanın tedavisi için gerekli bütün tedbirleri bizzat yapma yükümlülüğü anlamına gelmektedir. Yardımcı personelin faaliyetine çok sınırlı bir çerçevede müsaade edilmektedir. Teşhis, endikasyon, tedavi ve ameliyat planının hazırlanması hekimin dışındaki kimselerin yapması mümkün olmayan faaliyetlerdendir.

Bilinmesi gereken bir başka konu, özellikle eğitim hastanelerinde eğitim amacıyla asistanların ne ölçüde poliklinik ve servis hizmeti verebileceğidir. Hekimlerden zaman zaman eğitim hastanesine gelen bir hastanın bunu da

kabullendiği yönünde görüşler duyulmaktadır. Eğitim hastanesi de olsa, asıl olan hastadır, hastaya sağlanması gereken tıbbi standarttır. Bu nedenle, hasta açısından uzman hekim standardı sağlanmalıdır. Bu durumda asistanın yapabileceği müdahaleler bakımından pratisyen hekim olduğu esas alınacaktır. Böylece asistan, pratisyen hekimin yapabileceği müdahaleleri tek başına yapabilecek, uzman hekim müdahalesinin gerektiği müdahaleleri ise ancak uzman hekim gözetimi altında gerçekleştirebilecektir. Uzman hekimin bizzat yerine getirmekle yükümlü olduğu edimleri bir asistana bırakması, ancak asistanın tıbbi müdahalesini gözetim altında bulundurması kaydıyla ve asistanın da bu konuda yeterli olması halinde mümkün olabilecektir.

2.4.1.1. Temsil edilebilir edimler

Hekimin temsil edilebilir yükümlülüğü, bazı yardımcı faaliyetlerin başkaları tarafından yerine getirilebilmesi anlamına gelir. Tedavinin belli bir bölümünün yardımcı kişilere (ifa yardımcısı) havale edilmesi mümkündür. Borçlar Kanunu 67.maddesinde “borcun, bizzat borçlu tarafından ifa edilmesinde alacaklının menfaati bulunmadıkça; borçlu, borcunu şahsen ifaya mecbur değildir” (11).

Laboratuvar, sonda değişimi, basit sargı, bandajın değiştirilmesi ve radyolojik faaliyetler, genel olarak temsil edilebilen faaliyetler, edimler arasında sayılmaktadır. Türk Öğretisi’nde hastaya iğne yapılması, vücuttan kan alınması ve vücuda kan verilmesi, kan nakli de yardımcı tıbbi personele bırakılabilecek edimlerden sayılmaktadır. Ancak bu edimlerin, faaliyetlerin temsil edilebilir olup olmadığının somut olaya göre belirlenmesi gerektiği de ileri sürülmektedir. Örneğin, enjeksiyon, infüzyon ve kan alma gibi faaliyetler istisnaen hekim olmayan personele yaptırılabilir. Hastalığın türü ve ağırlığına göre hekimin kendi müdahalesi gereksiz ise ve personel gerekli kabiliyete, güvene ve tecrübeye sahipse, bu tip faaliyetleri yardımcı personele bırakılabilir. Nitekim ameliyat sırasında hekim tarafından yapılması gereken enjeksiyonun hemşireye yaptırılması ve bilahare de (bunun doğrudan etkisi ile değil de, başka nedenlerin etkisiyle) hastanın kolunun kesilerek kurtarıldığı bir olayda, mahkeme enjeksiyona bağlı tehlikeler çok büyük olmadığından hekimin böyle bir enjeksiyonu hemşireye yaptırabileceğine karar vermiştir. Fakat enjeksiyonun hekim gözetiminde yapılması gerektiği de belirtilmektedir (12).

Temsil edilebilir edimler açısından da, istihdam edenin sorumluluğu söz konusu olabilir. Uygulama, bir hekime ait bulunan özel muayenehanede, bir hemşire tarafından yapılan iğne nedeniyle bacakta fonksiyon kaybı olması dolayısıyla açılan davada, yüksek mahkememiz, “Borçlar Kanunu 100.madde uyarınca bir borcun ifasını veya borçtan mütevellit bir hakkın kullanılmasını kendisi ile beraber yaşayan şahıslara veya maiyetinde çalışanlara ve de kanuna muvafık surette tevdi eden kimse bunların işlerini icra esnasında ika ettikleri zarardan dolayı diğer tarafa karşı mesuldür. Davalı doktor yardımcı kişinin fiilinden davacılara karşı sorumludur” (13) şeklinde karar vermiştir. Yine benzer bir kararda üst solunum yolları rahatsızlığı nedeniyle hastaneye başvuran hastayı muayene eden hekimin yazdığı, “pronopen” adlı iğnenin sağlık memuru tarafından kalçadan yapılmasının hemen ardından, bacağına dizden itibaren bir uyuşma başlayan ve yapılan kontrol ve tedaviye rağmen, iğne sırasında siyatik sinirinin delinmesi nedeniyle felç kalan hastaya iğneyi yapan sağlık personelinin yanı sıra hastane de sorumlu tutulmuştur (12).

2.4.1.2. Temsil edilemeyen edimler

Mevzuatta açıkça bizzat belirli bir sağlık personeli tarafından yapılması gerektiği yönünde hüküm bulunması halinde, bu edimlerin bizzat o personel tarafından yerine getirilmesi gerekir. Bu tür edimler temsil edilemez. Örneğin, Kan ve Kan Ürünleri Hakkında Kanun’un 3/1-ç maddesine (14) göre, “kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınması veya transfüzyonu hekimin sorumluluğu ve denetimi altında yapılır”. Bu durumda transfüzyon ile bağlantılı olarak kan, kan bileşenleri ve ürünlerinin alınması gibi işlemler veya bizzat transfüzyon işlemi bizzat hekim tarafından veya hekimi denetimi altında yapılmak zorundadır Bunun dışında, tehlikeli olmaları, zorlukları ve muhtemel öngörülemez reaksiyonları dolayısıyla hekimin uzmanlık bilgisini şart koşan ve bu nedenle bizzat hekim tarafından yerine getirilmesi zorunlu faaliyetler hekim dışındaki kişiler tarafından yapılamaz. Bu kapsamda örnek olarak, ameliyatlar, zor enjeksiyonlar, infüzyon (büyük miktardaki sıvının vücuda sokulması), muayene, teşhis ve hastaya bilgi verilmesi gösterilebilir (15).

Göz uzmanı hekim, bir gözündeki tümör nedeniyle gözü enükleasyona tabi tutulacak hastanın ameliyatına asistanını göndermiştir. Asistan hasta dosyasını özensiz bir şekilde inceledikten sonra ameliyata girmiş ve sağlam gözü almıştır. Bu

olayda hem asistan hem de uzman hekim ağır kusurlu bulunmuştur. Asistanın sorumlu tutulmasının nedeni, hem özensizliği, hem de üstlenme kusurudur. “Yargıtay bir kararında anestezi teknisyeninin ameliyat esnasında değiştirilen oksijen tüpünü de bizzat değiştirmekle görevli oldukları halde, kendileri yerine yetkisiz hizmetliye tüpü değiştirtmesinde kusurlu olduğuna isabetli olarak karar vermiştir” (15).

Kadın doğum uzmanı muayenesine gelen hastayı tıbbi ehliyeti olmayan hizmetliye bırakarak, sancı artarsa haber verin deyip, kulübe giden hekim, doğum olayını ehil olmayan kişiye bırakması dolayısıyla kusurlu bulunmuştur. Keza, doğum sonrası plasentanın çekilmesinin hekim tarafından ebeye bırakılması da hekim hatası olarak kabul edilmiştir. “Doktorun şok yapması olanağı bulunan bir ilacı verirken, hastayı ve yardımcı personeli uarması ve gerekirse enjeksiyonu bizzat yapması gerekir... Hekim uygulamayı bizzat yapmaması veya yapacak kişiyi uarmamış olması onun sorumluluğunu gerektirir...”. Uygulamada edimi üstlenen kimsenin hata yapmaması durumunda, sadece görevin ona verilmiş olmasının sorumluluk nedeni olmadığına karar vermiştir (15).

SSK Hastanesinde görevli doktor olan sanık Mehmet B.’ sanık Enver T.’nin gelmemesi nedeniyle kendisine haber verilmesi sonucu hastaneye gelerek hasta bebeği bizzat muayene edip tedavi uygulaması gerekirken, hastayı görmeden nöbetçi pratisyen hekim Alper Y.’a hastaya serum ve ilaç verilmesini söylediği, ... Bilahare hasta bebeğin ölmesi karşısında, maktul ile ilgili tüm belgelerin hastaneden istenerek dosya ile birlikte Yüksek Sağlık Şurasına gönderilerek, sanıkların (muayene ve kontrol etmeme) fiilleri ile hastanın ölümü arasında nedensellik bulunup bulunmadığının tespit ettirilerek, sonucuna göre, karar verilmesine...

Hekimin hasta hakkında kendisinin kanaat edinmesi bakımından, öykünün kendisi tarafından alınması, gerekli soruların yöneltilmesi gerekir. Bununla beraber, önbilgi niteliğindeki bazı hususlar hekimden önce hemşire gibi yardımcı personel tarafından alınarak, hekim için bir ön hazırlık yapılabilir (15).

2.4.2. Öykü alma yükümlülüğü

İyi bir tedavi için iyi bir teşhis, iyi bir teşhis için hastalığın tam bir geçmişinin elde edilmesi, yani öykü alınması gerekmektedir. Hekimin tam öykü mü, yoksa kısa öykü mü olacağı hastalığın, şikâyetlerin türüne ve hastanın durumuna bağlıdır.

Hekim, şikâyetlerinin yanı sıra hasta ile yapılan telefon konuşmalarını ve soruları da kayda geçmelidir. İlaçlara karşı bilinen alerjiler özel bir renkli olarak yazılmalıdır. Hastalık öyküsü ve öykünün araştırılması bugün etkili bir teşhisin vazgeçilmez unsuru ve etkili bir tedavi için önemli bir şarttır (16).

Hastanın öyküsünün alınmaması veya eksik alınması veya etkili olmayan bir öykü tekniğinin kullanılması tıbbi uygulama hatasıdır. Hekimin hastayla hastalık öyküsü hakkında konuşmaması durumunda ve bunun sonucu olarak da teşhise yönelik esaslı imkânların kullanılmaması ve dolayısıyla tedaviye başlanmaması veya zamanında başlanmaması halinde, hekim bu kusurlu ihmalinden ötürü tazminatla yükümlü olur. Örneğin, hastada mevcut kalıtsal veya bulaşıcı bir hastalığın öykü alınmaması nedeniyle bilinmemesinden kaynaklanan diğer zararlardan hekim sorumlu olacaktır (16).

Hekim hastayı daha önce muayene etmiş hekimlerin bulgularından yararlanabilir. Ancak sadece bunlara dayanamaz. Gerekiyorsa, hekim ayrıca hastanın yakınlarından da bilgi istemelidir.

Acil hallerde başlangıçta öykü almak mümkün olmayabilir. Ancak bu hallerde dahi, mümkün olduğu takdirde hastanın yakınlarından öyküyü almak gerekmektedir (16).

2.4.3. Muayene yükümlülüğü

Tedavi sözleşmesi dolayısıyla hekim, bulguları belirlemek ve doğru bir teşhisi sağlayabilmek için, hastayı modern teşhis araçları ve imkânlarıyla muayene etmek zorundadır. Hekimin teşhise yönelik hangi muayeneleri yapmak zorunda olduğu veya diğer hekimlerin önceki muayenelerine ne ölçüde güvenebileceği konusunda genel bir kural konulamaz. Elbette, gereksiz çift muayenelerin önlenmesi gerekir. Ancak örneğin asistan hekimin hastayı önceden muayene ederek, şef hekime takdim etmesi durumu, şef hekimin bizzat muayene ederek ve bulguları değerlendirerek, hastalık hakkında bizzat kanaat oluşturma yükümlülüğünden kurtarmaz. Bu konuda, kural olarak ikinci muayeneyi yapan hekim, kendisi değerlendirme yaparak karar

verme yetkisini haizdir. Ancak yeniden yapılacak teşhise yönelik muayeneler hastaya önemli ölçüde bir yük getiriyorsa ve önceki muayenelere ilişkin güvenilir kayıtlar varsa, yeniden muayene yapılmasından sarfı nazar edilebilir (17).

Hekimin tıbbi açıdan gerekli olan tetkikleri yapmaması veya bulguları, tetkikleri değerlendirmemesi ağır bir hekim hatası teşkil ediyorsa, bu durumda hekimin hatası ile hastanın sağlığında meydana gelen zarar arasındaki neden sonuç ilişkisinin tespitinde ispat kolaylığının kabulü haklı görülebilir.

Uygulamada, muayene hatasının kanserin bir yıl geç tespit edilmesine yol açtığı bir olayda, bundan kaynaklanan ek yüklerden, hastaya ışın uygulaması gibi veya tedavi olasılığının azalmasından ve bunun sonucu olarak da hastanın tereddüt içinde kalmasından dolayı tazminat ödenmesi gerektiğine karar verilmiştir. Reşit olmayan hastanın, adetin gecikmesinden veya cinsel ilişkiye girdiğinden bahsetmeksizin, başka şikayetlerle gittiği kadın hastalıkları uzmanının hamileliği tespit edememiş olmasından dolayı herhangi bir hekim hatası veya sözleşme ihlali söz konusu olmadığına hükmedilmiştir (17).

2.4.4. Teşhis yükümlülüğü

Teşhis demek, bir hastalığın tanınması demektir. Teşhis, hastalığın ve nedenlerinin kesin olarak belirlenmesi değildir. Teşhis, tıbbi bir görüş ve değerlendirmedir ve esasen nispidir. Acil hallerde teşhis için çok kısa bir sürenin bulunacağı göz önünde tutulmalıdır.

Uygulamada mahkemelerin yerleşmiş içtihadı, teşhis hatalarının başka hiçbir koşul aranmaksızın uygulama hatası olduğu yönündedir. Aynı şekilde teşhisin eksik olması da uygulama hatası olarak kabul görmektedir. Hekimlik sözleşmesi hekime tanı koyma yükümlülüğü yüklemektedir. Zira seçilecek tedavi yönteminin isabetliliği iyi bir teşhise bağlıdır (18).

“Hastanın hikâyesinde bir haftadan beri gelip geçen veya sürekli bir şekilde prekordial ve retrosternal şiddetli bir ağrı bulunmasına rağmen anjina teşhisi koyulmaması” hekimin açık teşhis hatası olarak değerlendirilebilir.

Konuyu öğretide verilen bir örnek üzerinden açıklamaya çalışayım; kafa travmasında kafa grafisi çekilmemesi nedeniyle kafatasındaki çökme kırığının saptanmadan hastanın eve gönderilmesi teşhis hatasıdır.

Ancak, “hekimden beklenen her basit kafa travması olgusuna kafa grafisi çekmek değildir. Kaldı ki, hiçbir bulgusu olmayan basit bir kafa travmasında böyle bir kırık, kafa grafisi çekilmediği için atlansa bile, bu hata kabul edilebilir risk sınırları içinde değerlendirilebilir. Aynı kafa grafisinin, kafasına sert bir cisimle vurulması sonrasında şuur kaybı tanımlamayan, bulantı ve kusması olan bir hastada çekilmemiş olması halinde ise bir kusur ortaya çıkacaktır. Çekilen grafideki kırık, kolayca görülebilecek nitelikte ise, bunun atlanmış olması ağır bir kusur oluşturacaktır. Atlanabilir nitelikte ise, ya kusur oluşturmayacak veya hafif kusur oluşturacaktır” (18).

Hasta teşhis için, tıbbi bilinenler düzeyine göre uygulanması mümkün ve elde bulunan bütün kaynakların kullanılmasını isteyebilir. Fakat hekimden teşhisin güvenilir olmasına yönelik bütün kaynakları tüketmesi istenemez. Keza hekim de, teşhisten sonra uygulanabilecek bir tedavi imkânı mümkün değilse, bütün teşhise yönelik muayene ve tetkikleri yapmak zorunlu değildir. Kural olarak teşhis konusunda belirli bir standarda uyulması gerekir. Bu standart da aletlerdeki ve teknikteki gelişmelere bağlıdır. Bir hekim veya hastanenin, teşhis için gerekli donanımına veya özel tecrübeye sahip olmamasına rağmen tedaviyi üstlenmesi halinde, kusurun bulunduğu kabul edilmektedir.

Birçok teşhis imkânının bulunması halinde, hekim, hasta için en iyi sonuç verebilecek ve bunun yanı sıra hastaya en az zarar verebilecek yöntemi seçmek zorundadır. Rizikonun bulunmadığı veya daha az olduğu yöntemlerle teşhisin mümkün olması halinde, hekim, riziko içeren yöntemlerden kaçınmak zorundadır. Teşhis bakımından hekimden mutlaka başarı beklenmemekte, hekimin uzmanlığının gerektiği şekilde hareket etmesi yeterli görülmektedir. Buna karşılık hastanın aydınlatılmaması veya geleneksel tıbbın öngördüğü teşhis yöntemlerine riayet edilmemesi halinde kural olarak ağır uygulama hatasının bulunduğu kabul edilmektedir (18).

Teşhis uygun bir tedavi veya ameliyat için en önemli şart olunca, bizzat yapılması ve ondan önce de hastanın öyküsünün alınması gerekmektedir. Klinik bulgular teşhisi destekliyor ve semptomlarda belirli bir hastalığa işaret ediyorsa, hekimin başkaca işlemler yapmasına gerek bulunmamaktadır. Bilahare yapılan değerlendirmelerde, hangi kaynakların hatalı teşhise neden olduğu tespit

edilebilmekle beraber, bu tip durumlardan hekimin kusurlu hareketinden söz edebilmek için, hekimin yapılan teşhisin doğruluğundan şüphelenmeyi gerektirecek hususların varlığına rağmen bunları göz önünde bulundurmaması gerekir. Teşhis için gerekli olan testleri yaptıran, muayeneyi yapan ve elde edilen bulguları özenle takdir eden hekim bakımından teşhisin yanlış çıkması doğrudan sorumluluğu gerektirmez. Zira hekimin yetenekleri sınırlı olduğu gibi, özenli bir araştırmaya rağmen bazen belirtiler hiç elde edilmeyebilir veya aynı anda birden fazla hastalığa işaret edebilir. Bir teşhis hatası, teşhisin tamamıyla savunulmayacak bir hatalı edim olması veya esaslı tetkiklerin değerlendirilmemesinin bir sonucu olması veya ilk teşhisin tedavi süresince kusurlu olarak ihmal edilmesi halinde hekimin sorumluluğuna yol açar (18).

Bir teşhisin konulmaması durumunda, hekim laboratuvar, röntgen, mikroskopik tetkikler gibi bütün kaynakları tüketmek durumundadır.

Teşhis yükümlülüğü, teşhisin zamanında yapılması yükümlülüğünü de içermektedir. Bunun için de başka bir hekime veya hekim olmayan personele havale zamanında yapılması gerekebilir.

Teknolojinin ön plana çıkması ve hekimlerin yanlış teşhis korkusu, çoğu kez fazladan tetkikler yapılmasına yol açmaktadır ki, bu tetkiklerden hasta için rizikolu olanların bulunması halinde, bunlar da hekimin teşhis hatasının kabulüne sebep olabilir. Öğretide, hastayı hiçbir klinik muayene tabi olmaksızın, doğrudan büyük ve hatta ürkütücü aletlerle donatılmış görüntüleme teşhis yöntemlerinin kullanıldığı laboratuvarlara yollamanın, travmaya da sebep olabileceği, zira hastanın, “bende ciddi hastalık olduğundan, bu tetkik istendi” diye düşünebileceği belirtilmektedir (18).

2.4.4.1. Doğum öncesi teşhis

Doğum öncesi teşhis olanakları geliştikçe, anne-babaya sunulan perspektiflerde genişlemektedir, zira ceninin gelişimi takip edilmek suretiyle, cenindeki en küçük kusur bile belirlenebilmekte ve ebeveyne hamileliğe devamı edilmeli, yoksa sona mı erdirilmeli kararı alma olanağı sunulmaktadır.

Hukukumuzda ceninin alınmasına 10. haftaya kadar müsaade edilmiştir. Bu süre zarfında hekim ailenin isteği üzerine hamileliği sona erdirebilir. Hekim, yukarıda bahsedilen 10 haftalık süre içinde, hatalı davranışıyla, ceninin durumunu fark edemeyerek olası bir rahim tahliyesinin gerçekleşmesini engellemiş bulunursa,

ceninin anne ve babasına karşı sorumlu olmuş olur. Keza hekimin hatalı bir genetik danışma neticesinde, ebeveynin genetik olarak özürlü bir çocuk döllemeleri durumunda da, hekim sorumlu olur. Nitekim uygulamada da, hatalı danışma sonucu olarak özürlü bir çocuk dünyaya getiren ebeveynin, genetik danışmanın doğru ve tam yapılması halinde, çocuk yapmayacak olmaları halinde, hekimden çocuğun bakımına ilişkin bütün masrafları talep edebileceklerine karar verilmiştir.

Ana rahmindeyken hekim hatası sonucu çocukta meydana gelen zararlardan dolayı yaralama suçu söz konusu olmaz. Cenin yaralama suçunun konusu olmaz. Ancak, çocuk doğduktan sonra kendisindeki eksiklikler dolayısıyla hekimden tazminat talep edebilir (19).

2.4.4.2. Teşhisi kontrol yükümlülüğü

Hekim, başlangıçtaki teşhisi tedavi süreci içinde devamlı olarak denetlemek, kesinleştirmek ve gerekirse bu teşhiste değişiklik yapmak zorundadır. Başlangıçtaki geçici teşhisin bilahare kontrol edilmeyerek değişen hastalık görüntüsüne uydurulmaması halinde sözleşme ihlali söz konusu olur.

Hekim laboratuvar bulgularının teşhise uygun olup olmadığını kontrol etmekle yükümlüdür.

Hekim hastasına teşhisi bildirmek zorunda olduğu gibi, yanlışlığı anlaşılan teşhisi düzeltmek ve bu düzeltmenin sonucunu da hastasına bildirmekle yükümlüdür. Bu yükümlülük, özellikle hastanın sağlığı ile ilgili olarak endişe içinde yaşamak durumunda kalması halinde geçerlidir (20).

2.4.4.3. Uzaktan teşhis yasağı

Uzaktan muayene gibi, uzaktan teşhiste yasaktır. Bununla beraber, hekim acil durumlarda kendisi gelinceye kadar alınması gereken tedbirler konusunda telefonla talimat verebilir (21).

2.4.5. Hekimin tedavi yükümlülüğü

Hekimin tedavi denildiğinde, geleneksel olarak anlaşılan husus, bir insan vücudunda gerçekleştirilen ve hastalıkların (patolojik ve fiziksel veya psikolojik nitelikli), acıları (fiziksel ve ruhsal duruma zarar veren uzun süren etkiler), vücuttaki zararları (hastalık olmayan durumlar, şaşılık), vücuttaki şikâyetleri (mutlaka

hastalıktan kaynaklanmayan, menopoz veya hamilelik gibi) veya ruhsal bozuklukları önlemek, tespit etmek, iyileştirmek veya azaltmak amacıyla yönelik olarak hekimin bütün müdahale ve tedavi amaçlı tedbirleri anlaşılmaktadır (22).

Geleneksel tedavi kavramı iyileştirme üzerine kuruluydu. Bugün ise bu amaç sorguya çekilmektedir. Tıptaki modern gelişmeler dolayısıyla bu tür bir tedavi kavramının aşıp aşılmadığı tartışılmalıdır. Estetik ameliyatlar, annenin sağlığını korumaya yönelik olmayan rahim tahliyeleri, suni döllenmeler, organ nakli ve cinsiyet değişimi endikasyonu bulunmadığı ve iyileştirme amacıyla yönelik olmayan müdahalelerdir (22).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi “tabip... teşhis, tedavi veya koruma gayesi olmaksızın hastanın arzusuna uyarak veya diğer sebeplerle akli veya bedeni mukavemetini azaltacak herhangi bir şey yapamaz” denmektedir. (md.13/3) (23).

Hekim mesleğinin icrasında serbesttir, tedaviyi reddedebilir. Esasen hiç kimse bir mesleği yapmaya zorlanamaz (Anayasa md. 18, 48, 49). Anayasanın tanıdığı olduğu hareket özgürlüğü de (Anayasa md. 23) hekimin tedaviyi üstlenmesi veya reddetmesi konusunda özgür olmasını gerektirmektedir (6, 24).

Böylece bir hekim tedaviyi serbestçe üstlenip üstlenmemeye karar verebilir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 18. maddesine göre, (“tabip ve diş tabibi, **acil yardım, resmi veya insani vazifenin ifası halleri hariç olmak üzere**, meslek veya şahsi sebeplerle hastaya bakmayı reddedebilir”) hekim acil haller haricinde, tedaviyi üstlenmeyi reddedebilir. Ancak hekim hastanın tedavisini üstlendikten sonra tedavi yükümlülüğünün gereklerini yerine getirmek zorundadır (23).

Hekim üstlendiği tedaviyi sürdürmekle de yükümlüdür, tedaviyi haklı bir neden olmadığı müddetçe tek taraflı olarak sona erdiremez.

2.4.5.1. Hekimin hastayı reddetmesi

Hekim değişik sebeplerle hastayı ret edebilir. Örneğin, özel olarak çalışan hekim bakımından hastanın daha önceki muayenelerin ücretini ödemiş olması, randevulara gelmemesi veya önerilen tedaviyi uygulaması ret sebebi olabilir.

“35 yaşında şeker hastası olan ve haftada 2–3 kere diyaliz makinesine bağlanan hastasına, hekimi bir mektup göndererek, artık hastanede kendisine bakılamayacağını, zira kendisinin iş birliği göstermediği, anti sosyal davranışlarda bulunduğunu, üç yılı aşkın bir süredir makul olmayan nedenlerle hemodiyalizden

kaynaklanan sınırlamalara uymadığını, diyet yapmadığını, ilaçlarını almadığını ve bütün bunların tedavisini aksattığını yazmıştır. Mektuptan sonra da hastaya acil bakım çerçevesinde 7 ay kadar tedavi uygulanmış, ancak hekim tekrar bir mektup yollayarak, ayakta hasta olarak artık kendisine tedavi uygulanmayacağını belirtmiştir. Fakat hasta bu önerileri kabul etmemiş ve mahkemeye müracaatla, tedavisine edilmesini karar verilmesi yönünde talep belirtmiştir. Bunun üzerine hekim, mahkemeye müracaatla, tedaviye son verilmesine müsaade edilmesini istemiş ve mahkeme, başka hiçbir diyaliz merkezinin tedaviye yanaşmamasına rağmen bu talebi kabul etmiştir. Karar yüksek mahkeme tarafından da onaylanmıştır. Mahkeme, hastanın bu tutumunun başka hastaları da olumsuz etkilemesini gerekçe göstermiştir. Mahkeme ayrıca, bir hekimin ancak başka bir hekimin tedavisini garantilemek şartıyla tedaviye son verebilecek olmasının, bu olayda hastaya tedaviyi reddetmesine engel olmadığına da işaret etmiştir. Buna karşılık bu hastanenin bütünüyle hastayı reddedemeyeceği yönünde de haklı kararlar vardır” (25).

Bir özel hastanenin acil servisindeki aksaklıklar ile ilgili olarak çeşitli mercilere şikâyetle bulunan bir kimseye, hastane gönderdiği mektup ile *“kendisinin iddiaları nedeniyle aralarında artık iyi bir hasta-hekim ilişkisi kurulamayacağını ve bu nedenle kendisine ve yakın aile fertlerine yönelik olarak tıbbi hizmet sağlanamayacağını”* bildirmiştir. Hastanın müracaatı üzerine mahkeme, hekim-hasta ilişkisinin, hastayı yasal haklarını kullanmaktan alıkoymadığına ve hastanenin bu tür bir ret hakkı olmadığına karar vermiştir. Mahkeme kararına göre, müstakil hekimlerin hastayı ret hakkı varsa da, bir grup veya hastane bir bütün olarak hastayı ret edemez. Karar konu olan olayın şu özelliğine de dikkat çekmek gerekir. Hastaya en yakın diğer hastane 160 km uzaklıktadır (25).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nde de ifade edildiği gibi, kamu görevlisi hekimler ancak haklı sebeplerle ve hastanın aynı gün ve aynı yerde tedavisini garanti edebildikleri takdirde tedaviyi üstlenmeyi reddedebilirler. Örneğin, önceki muayene sırasında hekime sözlü veya fiili saldırıda bulunmuş bir hastayı hekim, reddedebilir (9).

Kamu görevlisi olamayan hekim, başlangıçta tedavisini kabul ettiği hastayı tedaviden bilahare vazgeçebilir. Ancak bu durumda somut olaya göre şu ayrımları yapmak gerekir. Örneğin hasta diyabet hastası ise ve düzenli ve periyodik tedaviye

gereksinim duyuyorsa, o takdirde hastanın zaman kaybına tahammülü yoktur ve bu durumda hekim tedavi yapmak zorundadır. Buna karşılık hekim sonradan hastalığın kendi kapasitesi veya uzmanlığı dışında olduğunu fark etmişse, bu takdirde, bir başka hekime sevk etmek gerekir. Aksi durumda aşağıda ele alacağım “üstlenme kusuru” söz konusu olabileceğinden, hastayı tedavide ısrar etmemek gerekir (25).

Burada ortaya çıkan sorun, hastanın bu tür bir sevki kabul etmek zorunda olup olmadığıdır. Hasta bu durumda, kendisini o hekimin tedavi etmesinde ısrar edemez. Ancak mutlaka o hekimin önerdiği hekime ve hastaneye de gitmek zorunda değildir.

Genel kurallar gereğince, hekim, hastanın parasının olmaması nedeniyle tıbbi müdahaleyi reddedebilir. Bu konuda sosyal güvenlik kurumu ile getirilen düzenlemeler saklıdır. Ancak önemle belirtmek gerekir ki, acil hallerde, ne hastane, ne hekim, tıbbi müdahaleyi reddedemez. Böylece, acil hasta olan kişi fiziksel olanaklar bulunduğu müddetçe ilk gittiği hastaneden veya hekimden geri çevrilemeyeceğinden emin olmalıdır. Bu suretle, hem en yakın hastanede tıbbi müdahale imkânına sahip olmak; hem de geri çevrilme durumunda yeni bir hastane aramanın neden olacağı zaman kaybına engel olmak amaçlanmaktadır. Bu hususun, acil hallerin doğasından kaynaklandığı açıktır. Ayrıca belirtmek gerekir ki, bu tür durumlarda tedavi yükümlülüğü, hastanın acil olma durumu ortadan kalkıncaya kadar devam edecektir. Hastaya ilk müdahalenin yapılması tek başına yeterli değildir (25).

2.4.5.2. Zamanında tedavi yükümlülüğü

Hekim, hastasını tıbbi gerekliliklere uygun olarak zamanında tedavi etmelidir. Zaman eksikliği veya söz gelimi hafta sonu dinlenme gereksinimi gibi hususlar, acilen yapılması gereken bir müdahaleyi ertelemek için geçerli görülecek sebepler değildir. Doğum öncesi yapılması gerekli muayeneyi erteleyerek, özürlü olan ceninin kanunun tanıdığı 10 haftalık sınır içine alınmasını geciktiren hekimin hatalı uygulama yaptığı kabul edilmiştir.

Zamanında tedavi yükümlülüğü “programlanmış doğum”u da içermektedir. Dolayısıyla hekim, diğer tıbbi müdahalelerde olduğu gibi, burada da en emin ve en az tehlikeli yolu seçmek durumundadır. Henüz doğum aşamasına gelmemiş bir hamilenin tıbbi bir zorunluluk olmamasına rağmen suni sancıyla doğurtulması bir uygulama hatasıdır (26).

2.4.5.3. Uzaktan tedavi yasağı

Yukarıda değinmiş bulunduğum uzaktan teşhis yasağı gibi, uzaktan tedavide yasaktır. Hekim, tedaviyi bizzat uygulamak durumundadır. Hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisi tedavinin hekim tarafından bizzat yürütülmesini gerekli kılmaktadır (Borçlar Kanunu 390/I ve III) (27).

Bizzat tedavi yükümlülüğü, uzaktan tedavi yasağı anlamına gelmektedir. Hekim hastanın problemlerinden bizzat bir tasavvur oluşturmalı, önemli bulguları bizzat kendisi belirlemeli ve tedaviyi de bizzat gerçekleştirmelidir. Mesela hekimin hiçbir muayene yapmaksızın reçete göndermesi, caiz olmayan bir uzaktan tedavi durumudur. Hekimin hastayı ve hastalığını önceden tanıması durumunda, sınırlı bir çerçevede telefonla yol göstermesine müsaade edilebilir. Bu, özellikle hafif hastalıklar açısından geçerlidir (28).

Hekim, kendisi bizzat gelinceye kadar telefonla ön bilgiler verebilir. Bu mümkündür. Amerikan hukukunda hekimin tanıdığı hastasının telefonla arayıp, daha etkin bir ağrı kesici talep ettiği bir olayda, hekimin eczaneyi arayarak, telefonla reçete düzenletmesi kabul edilmektedir. Hemen belirtelim ki, uygulamada hastanın hekimi arayarak teşhis ve tedavi konusunda sorular sorduğu bir olayda hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisinin kurulduğu kabul edilmiştir. Bunu önemi şuradadır. Hekim ciddi bir müdahale bulunmadığını, sadece telefonla bilgi verdiğini söyleyerek sorumluluktan kurtulamaz. Arada bir sözleşme ilişkisi kurulmuştur ve telefonla söylediklerinden dolayı doğabilecek olumsuz sonuçlar bakımından hekim sorumlu olacaktır (28).

Acil servise gelen bir hasta için telefonla danışılan hekimin yanlış teşhis koyması ve bu nedenle hastaneden ayrılan hastanın ertesi gün felç geçirdiği olayda, hekimin sorumluluğu için doğrudan bir sözleşmenin, ilişkinin ve fiziksel temasın varlığının şart olmadığına işaret edilmiştir. Böylece, telefonla teşhis koyan hekim sorumlu tutulabilecektir.

Bir tıp profesörüne bir kongre sırasında hastanın öyküsünü anlatması ve röntgenlere bakması ve profesörün ameliyatın gerekli olduğunu söylemesi olayında, ameliyatın sonradan gereksiz olduğunun anlaşılması üzerine hasta profesörü dava etmiş, ancak mahkeme, hekimin bu önerisinin hukuksal olmadığına karar vermiştir.

Yüksek Sağlık Şurası'nın bir kararına konu olayda, hamile hasta doğum servisine yatırılmış, sadece ebelerce görülmüş ve muayene edilmeden hekim tarafından taburcu edilmiştir. Çocuğun ölü doğduğu bu olayda hekim kusurlu görülmüştür (28).

2.4.5.4. Tele-Tıp

Tele-tıp, hastalara uzaktan, telekomünikasyon ve bilgisayar teknolojilerini kullanarak teşhis ve tedavi uygulamak anlamına gelmektedir. Tele-tıp işitsel ve görsel konferans olarak gerçekleştirileceği gibi, elektronik posta yoluyla da gerçekleştirilebilir. Bu çerçevede tıbbi görüntülerin ve hastanın tıbbi kaydının aktarılması da söz konusu olabilmektedir. Tele-tıp sayesinde coğrafik ve teknolojik bakımdan uzak bir yerde bulunan tıp hizmeti sağlayıcına, destek sağlanmakta, konsültasyon olanağı sunulmaktadır. Dolayısıyla tarihsel olarak, tele-tıp esasen belirli imkanlara sahip olmayan bölgelerde çalışan hekimlere bazı imkanları sunmak amacına hizmet etmiştir. Ancak bugün artık tele-tıp, modern tıbbi bakımın bir parçası olarak görülmektedir (29).

Yukarıda uzaktan teşhis ve tedavinin yasak olduğunu belirttikten sonra, tele-tıbbın da gerek geçmişteki yararı ve gerekse günümüzdeki önemi dolayısıyla ortaya çıkan sorunlara değinmek ve bunlara çözüm önermek gerekmektedir.

Öncelikle belirtmek gerekir ki, tele tıp, uzaktan teşhis ve tedavi yöntemi olmamalı veya en azından esas itibarıyla uzaktan teşhis ve tedavi yönü ağır basmamalıdır. Tele- tıp, özellikle konsültasyon yöntemi olarak hukuksal bakımdan herhangi bir problem oluşturmaz. Buna karşılık, hastayı görmeden doğrudan teşhis ve tedavi uygulamak, uzaktan teşhis ve tedavi kabul edilerek, bir takım hukuksal problemlere yol açabilir.

Tele-tıbbın sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi gerekir. Tele-tıp bakımından dikkat edilmesi gereken bir husus da, hasta bilgilerinin gizliliğine riayet edilmesidir (29).

2.4.5.5. Hekimin tedavi yükümlülüğünün sınırları

Hastanın gelenek hukukuna göre yasak olan veya adap ve etik kurallarına aykırı (medeni kanun md.23) (30) bir tedaviyi talep etmesi durumunda hekimin bu talebi reddetmesi, bir “hak” olmaktan ziyade hukuki bir zorunluluktur. Bu

söylenenler özellikle, hastanın hekimden başarı garantisi talep etmesi halinde geçerlidir.

Tedavi yükümlülüğünün temel sınırı, hastanın tedaviyi reddetmesidir (31).

2.4.5.5.1. Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı

Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı, en üst değerdeki haklardandır. Bu nedenle, rıza olmaksızın yapılan tıbbi müdahaleler hem özel hukuk hem de ceza hukuku açısından hukuka aykırıdır.

Bununla beraber, öğretilde zorunluluk halini tıp hukuku alanında uygulama çabalarına rastlanmaktadır. Buna göre, hekim hastasını mutlak bir ölümden kurtarmak için rızası olmasa dahi tıbbi müdahalede bulunuyorsa, zorunluluk halinden faydalanır ve eylemi hukuka uygun olur (fail cezalandırılmaz) (32).

Kişinin yaşama hakkını veya vücut bütünlüğünü önemli ölçüde zedeleyecek tasarruflarda bulunması mümkün değildir, böyle bir tasarruf hukuken önemsizdir. Kaldı ki, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 2.maddesine göre de hekimin başta gelen görevi insan sağlığına ihtimam ve hürmet göstermek olduğundan ve bu şekilde hareket eden hekim kanunların kendisine verdiği görevi yerine getireceğinden, tıbbi müdahalede bulunabilir (9).

İlk olarak kendi geleceğini belirleme hakkı mutlak bir haktır ve ulusal ve uluslararası normlarda bunu gerektirmektedir.

İkinci olarak, zorunluluk hali için iki ayrı hukuksal değer bulunması gerekir, burada ise aynı kişinin yaşamı veya sağlığı ile kendi geleceğini belirleme hakkı karşı karşıya kalmaktadır. Gerçekten de, kişinin kendi geleceğini belirleme hakkı mutlak bir haktır ve mutlak olarak göz önünde bulundurulmak gerekir.

Konumuzla bağlantılı olarak düşünüldüğünde, kişinin iki ayrı yararı bir araya gelmektedir: kendi geleceğini belirleme ve yaşam ve sağlık hakkı. Bunların birbirine eşit olduğu kabul edilse dahi, hekimin yaşam ve sağlık hakkını tercih etmesi durumunda, hekim hukuka uygun hareket ediyordur (32).

Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin yukarıda belirtilen hükmünün de farklı şekilde yorumlanması gerekir. Söz konusu hükümde ilk olarak **“insan sağlığına, hayatına ve şahsiyetine ihtimam ve hürmet göstermek”** ten bahsedilmekte; **“sağlığı her ne olursa olsun düzeltme”** (9) görevi yüklenmemektedir. Söz konusu olan, sağlığı bozmama ve zarar vermemektir. Kaldı ki, nizamname insan şahsiyetine

de saygı göstermekten bahsetmektedir ki, kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının da bu çerçevede olduğunda kuşku yoktur (32).

Keza, rıza da bir hukuka uygunluk sebebi olduğuna göre, bir yandan zorunluluk hali, bir yandan da rıza karşı karşıya geldiğinde, bunlardan birisinin diğerine üstünlüğü olmadığına göre, zorunluluk halinin tercihi yönünde bir kabul söz konusu olamaz.

Reşit bir hastanın bilinci açık iken tıbbi müdahaleye rıza göstermemesi halinde, hekim diğer hukuka uygunluk sebeplerine dayanamaz. Kaldı ki, hastanın aksi yöndeki iradesine rağmen zorla tıbbi müdahalede bulunmak insan onuruna aykırı bir müdahale olur ve asla kabul edilemez. Ancak hastanın bilinci kaybettiği hallerde, artık zorunluluk hali hukuka uygunluk sebebinin söz konusu olabileceğini düşünmekteyim (32).

2.4.5.5.2. Hastanın tedaviyi ret hakkı

Tedavi ilişkisini “hasta odaklı” düşünmek gerekir. Sağlık problemi olan ve tedavi olmak isteyen kişi hastadır. Hekim ise, onun tedavisi için elinden geleni yapma taahhüdünde bulunacak bir hizmet sunucusu vekil konumundadır. Bu ilişkide hekim, hastanın üstünde değildir, aksine onun yardımcısıdır. Hastanın hâkimi, yaşam veya ölümün padişahı konumunda da değildir. Hekim Hipokrat yeminine ve geleneksel meslek kurallarına göre, insanı döllenme anından itibaren korumak zorundadır (33).

Bir görüş, hayati tehlike halinde, hekimin görevinin insan yaşamını korumak olduğu, bu gayenin hastanın rızasına tercih edilmesi gerektiği, bu nedenle, hastanın rızası bulunmasa da kendisine müdahalede bulunabileceğini savunmaktadır. Ancak öğretilerdeki hâkim görüşe göre, aslolan hastanın kendi geleceğini belirleme hakkıdır ve bu hak karşısında hekimin müdahale yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hasta tedaviyi reddettiği durumda, hekimin eli kolu bağlıdır. Hekime yasal olarak yetki veren bir düzenleme olmadığı müddetçe. Hastanın özgür iradesiyle açıkladığı tedaviyi ret talebine hekim uymak zorundadır. Bu sonuç yaşam tehlikesinin bulunduğu hallerde de geçerlidir. Aksi durumda hekim yaralama suçundan sorumlu olur (33).

Biyo-Tıp Sözleşmesi'nin 5. maddesine göre;

“Sağlık alanında herhangi bir müdahale, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, muvafakatini her zaman serbestçe geri alabilir” (34).

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 22. ve 25. maddeleri de istisnai halleri belirterek hastanın tedaviyi ret hakkını tanımaktadır:

“Kanunda gösterilen istisnalar hariç olmak üzere, kimse, rızası olmaksızın ve verdiği rızaya uygun olmayan bir şekilde tıbbi ameliyeye tabi tutulamaz.

Bir suç işlediği veya buna iştirak ettiği şüphesi altında bulunan kişinin işlediği suçun muhtemel delillerinin, kendisinin veya mağdurun vücudunda olduğu düşünülen hallerde; bu delillerin ortaya çıkarılması için sanığın veya mağdurun tıbbi ameliyeye tabi tutulması, hâkimin kararına bağlıdır” (md.22) (35).

Kanunen zorunlu haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir (md.25) (35).

Anayasa'nın 17/2. maddesinde belirtilen tıbbi zorunluluklar haricinde vücut bütünlüğüne dokunulamaz şeklindeki hüküm, tıbbi zorunluluk halinde hastanın tıbbi müdahaleyi ret hakkının bulunmadığı şeklinde anlaşılamaz. Keza “tıbbi zorunluluk” kavramı “varsayılan rıza” durumuna işaret etmemektedir. Madde kanımca “endikasyon” kavramını belirtmektedir. Tıbbi endikasyonun bulunduğu hallerde, kişinin vücuduna müdahale edilebilecektir. Ancak anayasamız endikasyon şartına işaret etmekle beraber, rıza şartından sadece bilimsel ve tıbbi deneylerle ilgili olarak bahsetmektedir. Elbette bu hüküm, başka ifadeyle rıza şartının zikredilmemiş olması, bireyin tedaviyi ret hakkının bulunmadığı olarak anlaşılamaz. Bu durumda, genel hükümler gereğince, bu hakkın bulunduğu tereddüt olmamak gerekir (6).

Dolayısıyla hukukumuzda tedaviyi ret hakkı tanınmıştır ve kanunlarda yer alan ve genel sağığın korunması veya ceza yargılaması amacıyla yapılan tıbbi müdahaleler dışında herhangi bir sınırlamaya tabi tutulmamıştır. Tedaviyi reddin ölüme yol açabilecek olması, bu bakımdan bir farklılık yaratmaz.

Mevzuatın bireyin rızası olmaksızın tıbbi müdahaleye katlanmak zorunda olduğunu belirttiğı hallerde, rıza olmaksızın yapılan tıbbi müdahale hukuka uygun olacaktır. Nitekim Anayasamızın 17/2. maddesi de (6);

“kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz”

demek suretiyle, yasalarda öngörülen hallerde hukuka uygun bir tıbbi müdahalenin söz konusu olacağını açıklamış bulunmaktadır.

Anayasa 19.maddede “şekil ve şartları kanunda gösterilen: ...toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol tutkunu, bir serseri veya hastalık yayabilecek bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim veya ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirin yerine getirilmesi... dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz” hükmü sevk edilerek, bu takdirde rıza olmaksızın bir kimseye tıbbi müdahalede bulunulması durumunda hürriyeti tehdit suçunun işlenmiş sayılmayacağı belirtilmiş olmaktadır (6).

Mevzuatın öngördüğü bu durumlar, kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının önüne geçen başka hukuksal yararlar, özellikle toplum menfaatine hizmet eden durumlardır. Her ne kadar anayasa bu konuda kanun koyucuya yetki vermişse de, kanun koyucunun bu yetkiyi Anayasa’nın 13. maddesinde düzenlenmiş bulunan temel hak ve özgürlüklerin sınırlanması rejimine uygun olarak gerçekleştirmesi, yani yasallık ve ölçülülük kıstaslarına uyması zorunludur (6).

Borçlar Kanunu’nun 411/3.maddesine göre, **“iş sahibinin sarahaten ve ya delaleten men’i varken kimse bu işi yapmış ve sahibini men’i de kanuna ve adaba muhalif bulunmamış ise kazadan dahi mesul olur”**. Bu hükmün sonucu olarak tedaviyi ret hakkını kullanan bir hastanın buna rağmen tıbbi müdahaleye tabi tutulması durumunda hekim meydana gelen bütün zararlardan ve kazadan dahi sorumlu tutulur (36).

2.4.5.5.2.1. Tedaviyi ret hakkının içeriğı

Hasta tedaviyi ret hakkını baştan kullanabileceğı gibi, tedaviye başladıktan sonra da kullanabilir Nitekim hasta hakları yönetmeliğinin 24/6.maddesine göre,

“rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir”.

Bu bakımdan hasta tam bir serbestiye sahip olup, Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 24/6. maddesindeki

“rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır” (37).

Yukarıda belirtilen ve anayasanın da imkân tanıdığı yasal durumlar dışında, mutlak olarak tedaviyi ret hakkını haizdir ve hakkın bu şekilde kısıtlanması hukuka aykırıdır (38).

Tıbbi müdahaleye rızadan farklı olarak, tıbbi müdahalenin reddi durumunda, bu reddin örtülü bir beyanla yapılması söz konusu olamaz. Açık bir irade beyanı şarttır hasta müdahaleye rıza göstermediği takdirde taburcu edilir. Ancak hastanın bu aşamada da tedavi ve ya gözleme gereksinimi olacağı unutulmamalıdır (38).

Bazı hastalar müdahale iznini sınırlı verebilirler. Bu durumda ameliyat ta buna riayet edilmelidir. Bununla beraber, hekim ameliyatın örneğin kan nakli olmaksızın rizikolu olabileceği gerekçesiyle, bu takdirde ameliyatı haklı olarak reddedebilir. Hekim, hastanın kararının tıbbi mantığa aykırı olduğunu iddia ederek ameliyata girişemez.

Bazen hastanın tedaviyi reddetmesi bazı özel nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenin, dinsel veya başka bir kaynağa dayanmasının bu bakımdan önemi bulunmamaktadır. Ancak özellikle bazı tarikatlara mensup olan kimselerin bazı tıbbi müdahaleleri reddettikleri görülmektedir. Bu durumda hekimin görevi, bu reddin sonuçları konusunda hastanın dikkatini çekmekten başka bir şey olamaz. Dolayısıyla örneğin Yahova Şahitleri’nde olduğu gibi hastanın ameliyattan önce kan nakli reddettiğini belirttiği hallerde, bu durumda hasta kesin olarak yaşamını kaybedecek olsa dahi, hekim kan naklini yapmamalıdır (38).

ABD’de, acilen gerekli olan kan nakline müsaade etmeyen hasta ile ilgili olarak hastane mahkemeye müracaat etmiş ve mahkeme kan nakline müsaade etmiştir. Ancak kendisine başvurulmuş üst mahkeme, itirazı haklı görerek, hastanın dini nedenlerle yaşamını kurtaracak nitelikteki tıbbi müdahaleye dahi karşı koyabileceğini, iki çocuğunun bulunmasının bu sonucu değiştirmeyeceğini, zira kişisel seçim hakkının diğer bütün mülahazaların üstünde olduğuna karar vermiştir.

Hastanın bir hastanede ameliyata belli bir hekim açısından rıza göstermesi söz konusu olabilir. Bu durumda bir başka hekimin ameliyatı yapması halinde rıza şartı gerçekleşmiş olmaz. Keza hasta tedaviyi tümünden reddetmeyip, sadece bazı kısım veya yönleri itibarıyla reddedebilir (38).

2.4.5.5.2.2. Hamile kadının tedaviyi reddetme hakkı

Ceninin kurtarılması amacıyla da olsa, hamile kadın üzerinde yapılacak bütün tıbbi müdahalelerde kadının gerçek veya varsayılan rızasını alınması gerektiğinde kuşku yoktur. Buna göre hekim, ancak hamile kadının rızası ile çocuğun kurtarılması için gerekli tedavi ve teşhis müdahalelerini yapabilir. Hamile kadının rızası veya varsayılan rızası olmadığı müddetçe embriyonun kurtarılmasına yönelik müdahaleler de hekim tarafından yapılamaz. Kadının müdahaleye rıza göstermemesi kendi hayatını tehlikeye sokacak ve cenininde ölümüne neden olacak olsa bile, hekim rıza almaksızın müdahale edemez. Ancak hekim, hastanın rızasıyla doğuma başladıktan sonra, doğumu yarıda bırakmak kadın açısından tehlike arz ettiği takdirde, kadın talep etse bile doğumu yarıda bırakmadığı takdirde zorunluluk halinden yararlanır. Kadın cenin üzerinde tasarruf yetkisine sahip olmadığından, bu husus cenine yönelik tehlike bulunması halinde de geçerlidir.

Uygulamada da bu konuda kıstaslar belirlenmiştir: buna göre diğer bütün hastalar gibi hamile anne de tıbbi müdahale konusunda karar verme hakkına sahip tek kişidir ve ceninin tehlikeye düşmesi ihtimali olsa bile tedaviyi reddedebilir (39).

2.4.5.5.3. Ağır özürlü yeni doğan çocuklar bakımından tedavi yükümlülüğünün sınırları

Kol ve bacakları olmadan doğan veya beyninin yarısı bulunmayan çocukların anne ve babasının tedaviyi istememeleri durumunda hekimin nasıl hareket etmek zorundadır.

Burada söz konusu olan, esasen erken ötenazidir.

Bu konudaki prensipleri şöylece özetleyebiliriz:

Yeni doğmuş bir çocuk da, ne kadar ağır özürlü olursa olsun, bir yetişkin veya ağır hasta kişi kadar yaşam hakkına sahiptir.

Bütün yaşamların eşit değerinde olması prensibinin bir sonucu olarak hekim, yeni doğmuş ağır özürlü bir çocuğun tedaviye alınmasında veya tedavisinin

sonlandırılmasında, yetişkinlerin tedavisine ilişkin kuralları göz önünde bulundurmak durumundadır. Dolayısıyla yeni doğmuş ve yaşam kabiliyeti olan çocuk da ceza hukuku bakımından tam bir koruma altındadır. Bu nedenledir ki, hekim yeni doğmuş çocuğun yaşamının kurtarılması ve acılarının azaltılması için elinden gelenin en iyisini ve en etkilisini yapmak zorundadır.

Yeni doğmuş çocuğun hayatının aktif bir hareketle sona erdirilmesi veya kısaltılması, hukuka ve ahlaka aykırıdır. Bu sonuç, hekimin iyi niyetle hareket etmiş olması halinde dahi geçerlidir. Hekimin iyi niyetle hareket etmesinden kasıt, çocuğun acı çekmesini önlemek veya ilerideki yaşamındaki güçlükleri düşünerek hareket etmesidir. Yetişkinlerin kendi yaşamlarının sona erdirilmesine yönelik taleplerinin, rızalarının geçerliliği yoksa yeni doğmuş çocuklarına yönelik taleplerinin de geçerliliği yoktur.

Yeni doğmuş çocuğun hayatının ne pahasına olursa olsun kurtarılmasına yönelik bir hukuksal yükümlülük yoktur. İnsan onurunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Ayrıca, çocuğun kurtarılması yükümlülüğünün sınırları, tıp biliminin o günkü standartlarına göre belirlenecektir. Bu yükümlülükte olanaksızlık, beklenebilirlik, gayriinsanîlik ve orantılılık prensiplerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (40).

2.4.5.5.4. AIDS hastasının tedavi yükümlülüğü

Her ne kadar hekimin sözleşme özgürlüğü bulunuyorsa da, bir hekimin AIDS hastasını mazur görülebilir bir sebebi olmaksızın reddetmesi haklı görülmemektedir. Öğretide de “haklı görülebilir nedenler”, “özel hukuksal yükümlülükler” gibi ölçütler esas alınmakta ve fakat ekonomik nedenler, önyargılar gibi hususlar göz önünde tutulmamaktadır.

Meslekten kaynaklanan bir enfeksiyon tehlikesi kural olarak hiçbir zaman virüs taşıyan kimsenin tedavisini reddetmeyi gerektirecek kadar ağır görülmemektedir. Mesleğin doğal rizikoları karşısında hekimin tedaviyi reddetmesi ondan beklenemez. Esasen zaten yüksek olmayan enfeksiyon tehlikesi, koruyucu eldivenler, laboratuvar çalışmalarında ve iğneyle yapılan çalışmalarda daha dikkatli davranmak suretiyle mümkün olduğunca azaltılabilir.

Hekimin ceza hukuku bakımından da zorunluluk haline dayanması mümkün değildir, zira tehlikeye göğüs germe yükümlülüğü bulunmaktadır (41).

2.4.5.5.5. Hekimin kürtaşı ret hakkı

Hekim tedavi özgürlüğüne, hastasını seçme hakkında sahiptir. Fakat buradaki sorun, daha çok kamu hastanelerinde ortaya çıkabilir. Örneğin, bir devlet hastanesinin tek kadın doğum uzmanı olan hekim, rahim tahliyesi talebiyle gelen ve yasal koşulları gerçekleştirmiş hastayı reddedebilir mi? Alman Hukuku'nda bu konuya ilişkin açık bir hüküm vardır. Hamilelik Çatışması Kanunu'na göre, kimse rahim tahliyesiyle yükümlü tutulamaz. Bu kural, hekim açısından geçerli olduğu gibi, yardımcı sağlık personeli ve hastane bakımından da geçerlidir. Hukukumuzda ise böyle bir kural bulunmadığından genel kurallara göre hareket etmek gerekmektedir. Buna göre, kamu hastanelerinde, başka hekimin de seçilmesi olanağının bulunmadığı durumlarda, hekimin rahim tahliyesi talebini reddetme hakkı bulunmaktadır. Her ne kadar etik olarak bunu reddetme olanağı bulunsun da, kamu görevlisi hekimler reddetmesi görevin ihmali anlamına gelecektir. Alman Tabipleri Birliği, kanuna bir hüküm eklenerek, hamile kadın bakımından doğrudan hayati tehlikenin bulunduğu hallerde, rahim tahliyesini ret hakkının olmadığı düzenlenmesi gerektiğini önermektedir. Esasen böyle bir düzenlemeye gereksinim yoktur. Hekim, bu tür hallerde hastaya müdahale etmekle yükümlüdür ve hamile kadının hayatının kurtarılması ancak rahim tahliyesi suretiyle olacaksa, hekimin bunu ret hakkı yoktur, aksi takdirde hekim duruma göre ihmali davranışla kasten öldürme veya kasten yaralama suçundan dolayı sorumlu tutulabilir (41).

2.4.5.5.6. Hekimin etkisiz tedaviyi sona erdirme hakkı

Hiçbir hekim, etkisiz olduğu anlaşılan bir tedaviyi sürdürmeye zorlanamaz. Beyhude, abes, sonuçsuz kalacağı anlaşılan bir tedaviyi sürdürme yükümlülüğü bulunmamaktadır (42).

2.4.6. Reçete yazma yükümlülüğü

Reçete, bizzat bir hekim tarafından eczacıya yönelik olarak düzenlenmiş bulunan ve hastaya bir ilacın verilmesi talebini içeren yazıdır. Hekimin açık reçete vermesi hukuka ve meslek kurallarına aykırıdır. Reçete ceza kanunu manasında bir evrak niteliğindedir. Dolayısıyla hekim dışında bir kimse tarafından hazırlanması halinde evrakta sahtekârlık suçu oluşur. Bir kamu görevlisi hekim tarafından hazırlanan reçete resmi belge niteliğindedir.

Reçete düzenleme hekimlik sözleşmesinden kaynaklanan bir hükümlülüktür. Hekimlik sözleşmesi, hekimi, ekonomik mülahazalarda göz önünde bulundurulmak suretiyle, hastaya tedavisi için en iyi sonucu sağlayabilecek ilaçları yazmakla yükümlü kılmaktadır.

Reçete düzenleme konusunda da temel kural tedavi özgürlüğüdür. Bununla beraber, çeşitli mevzuat belirli ilaç veya yardımcı aracın yazılması konusunda hekimi sınırlandırmaktadır (43).

Alman Hukuku'nda reçetede yer alması gereken hususlar olarak şunlar belirtilmektedir (43):

Hekimin adı, mesleki unvanı ve adresi

Düzenleme tarihi

Hastanın adı

Yazılan ilacın miktarı (miktarın yazılmaması halinde o ilacın piyasada yazılı en az miktarı içeren paketi verilir)

Eczanede hazırlanacak ilaçlar için kullanma talimatı

Reçetenin geçerlilik süresi

Hekimin imzası. Damga tek başına yetmez

Hukukumuzda ise, “muayenenin yapıldığı kuruluş, muayene ve kayıt tarihi, protokol numarası, hastanın adı ve soyadı, çocuksa ayrıca yaşı, muayene eden yani reçeteyi düzenleyen doktorun adı ve soyadı, varsa Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirlenen uzmanlık dalı, diploma ve uzmanlık belgesi numarası, özel muayenehaneler için ayrıca adresi belirtilmesi aranmaktadır”. “Hastaya önerilen ilaçların yazıldığı bölümde aranan ana koşullar ise müteselsil sıra numarası ile ilacın jenerik adı, majistral reçetelerde drogların ad ve katılım miktarları, ampul, flakon gibi enjektabil, tablet, draje, kapsül, süppozituar ovül gibi katı, şurup, süspansiyon, damla gibi sıvı, pomat, krem, jel, haricen kullanılacak likit gibi farmasötik formlarının, müstahzarın ambalaj şeklinin, ambalaj kutu adedinin, varsa ayrıca ambalajdaki miktarının, aynı farmasötik form içindeki etken madde dozunun, günlük kullanım dozunun ve kullanım zamanlarının belirtilmesidir”. Günümüzde büyük çoğunlukla ilaçların jenerik adları yerine müstahzar adları yazılmaktadır. Bu bölümde dikkat edilmesi istenilen en önemli nokta, etken maddelerin prodozi ve prodilerinin belirlenmiş azami değerlerinin üzerine çıkmamasıdır. Aslında böyle

durumlarda hasta ya da yakınına ilaçlar verilmeden önce ilgili doktorun uyarılması ödevi reçeteyi karşılayan eczacıya verilmiştir. Reçetede ilaçların birbiriyle antagonist olmamasına ya da birbirini olumsuz etkilememesine özen gösterilmesi de reçete düzenlenmesinde aranan önemli konulardan bir diğeridir” (43).

Hekimlik sözleşmesi hekime, hastanın istediği belirli bir ilacı yazma veya hastanın arzusuna göre ilaç yazma yükümlülüğü yüklememektedir. Hastanın yazılmasını talep ettiği ilacın, hastanın hastalığına uygun olmaması halinde, hekim bu ilacı yazamaz.

Reçete yazılırken hekimin göz önünde bulundurması gereken bir prensip vardır: Yan etki olmaksızın etki de olmaz. Hukuken, hastaya ilaç yazılması ve verilmesi esasen onun vücut bütünlüğüne bir müdahale teşkil etmektedir. Bu itibarla ilacın etkileri ve yan etkileri de göz önünde tutulduğunda, hekimin reçete düzenlerken özel bir özen yükümlülüğü altında olduğu açıktır. Hekim literatürde aksi yönde tereddütler belirtilmemişse, ilaç üreticisinin verilerine ve açıklamalarına güvenebilir. Hekimin kullanma talimatını göz önünde bulundurması gerekir. Yazılacak olan ilaç, ne kadar az denenmiş, ne kadar tehlikeli ve ne kadar tartışmalı ise, hekim de o kadar daha özenli davranmak zorundadır. Hekim hastayı kaçınılabilir rizikolarla karşı karşıya bırakmamalıdır. Bu bakımdan özellikle uyuşturucu nitelikli ilaçların yazılmasında, hekim bu tip ilaçların kullanımının insan vücudunda etkilerinin ne olduğu ve amaçlanan sonuca başka türlü ulaşılmasının mümkün olup olmadığını araştırmakla yükümlüdür. Uyuşturucu maddelerin tıbbi bir zorunluluk veya tıbbi bir gerekçe olmaksızın yazılması yaralama suçunu oluşturur (43).

Hekim hatalı, eksik veya yanlış anlaşılabilir bir reçete düzenlediği; muhtemel karşı endikasyonları göz önünde bulundurmamış veya kullanılmasına müsaade edilen en fazla dozun aşılmasına işaret etmediği takdirde, taksirle hareket etmiş demektir.

Hekim haklı gösteren bir sebep olmadıkça, belirli eczaneyi veya firmayı vs. tavsiye etmemelidir. Aksi durum, TCK 259’da düzenlenen “Kamu Görevlisinin Ticareti” suçuna vücut verebilir (44). Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 9.maddesinde de reçetelerde yukarıda açıklanan bilgiler dışında herhangi bir ayrıntıya yer verilmesi yasaklanmıştır (9).

Hekim reçeteyi bizzat yaptığı muayene sonucu düzenlemelidir.

2.4.7. Tıbbi teknik kullanma yükümlülüğü

Bugün artık tıpta tekniğin önemi herkes tarafından kabul edilmektedir. Gitgide artan ölçüde teknik aletlerin kullanılır olması, hekim ve yardımcı tıbbi personeli bu aletlerin kullanılışı bilmek zorunluluğuna sevk etmektedir. Her ne kadar ekimin bütün modern aletleri en ince ayrıntısına kullanabilir olması beklenemez ise de, uzmanlık alanında kullanılan ve hasta için büyük öneme sahip aletlerin kullanılışını hekim öğrenmiş olmalıdır (45).

Teknik aletlerin kullanılmasında ortaya çıkabilecek muhtemel tehlike ve zararları önlemek için üretici firmanın, işletmenin ve kullanıcının koordineli çalışması kaçınılmazdır. Uygulamada da muayenehane veya hastanede kullanılan bütün teknik aletleri tüm ayrıntılarıyla tanımaları mümkün olmadığından, bu aletlerin işletme ve bakımından sorumlu olan kişilerin bu aletlerin bu aletlerin eksikliklerinden veya alınması gerekli tedbirlerden hekimi zamanında uyarması gerektiğine karar verilmiştir. Ancak hekimin de muayenehane veya hastanede bulunan ve kendisinin kullandığı aletlerin kullanılışına ilişkin temel koşullara ilgi duyması, bunları öğrenmesi gerektiği de vurgulanmaktadır (45).

Hasta tedavi sözleşmesine dayanarak, teknik araçların kullanılmasında mevcut en modern aletlerin kullanmasını talep edebilir. Ancak ekonomik nedenlerden ötürü piyasaya çıkan her yeni aletin muayenehaneye veya hastaneye alınması zorunluluğu bulunmamaktadır. Burada önemli olan eski araçlarla da amaçlanan tedavinin mümkün olup olmadığıdır. Ancak burada hastanın aydınlatılması önem taşır. Eğer yeni araçlar başka hastanelerde bulunuyorsa, hekim buna işaret etmek ve tercihi hastaya bırakmak durumundadır. Mevcut araçların artık standarda uymaması durumunda ise, hekim hastayı bir başka hekime veya hastaneye havale etmek zorundadır. Mevcut modern araçların tedavide kullanılmaması ise ağır tedavi hastası olarak kabul edilmektedir. Elbette burada baştan hastanelerin standartları arasında farklılıklar olabileceği ve hastanın bunun bilincinde olduğunu kabul zorunludur. Bu itibarla, bir üniversite hastanesiyle sağlık ocağının farklı teknik imkânlarla sahip olacağı açıktır. Sağlık ocağını tercih eden hastanın, üniversitedeki modern araçları beklemesi mümkün değildir (45).

Hekim ve hastanenin modern ve çalışır vaziyetteki teknik araçları kullanmak zorunluluğu, aynı zamanda bunların kontrolünü de gerektirmektedir. Örneğin, her ameliyattan önce kontrol edilmesi gereken aletler vardır.

Hekim tıbbi araç ve gereçleri kontrol ettirmek ve bakımını yaptırmak zorundadır. Bu görevin ihmalinden doğacak zararlardan, hekim sorumlu olur. Tıbbi malzemenin sterilize edilmesi ve bu halde tutulması da bu kapsamdaki yükümlülüklerden kabul edilebilir. Ambulans Yönetmeliği'nde de bu konuya ilişkin bir hüküm sevk edilmiştir (md.14/II) (46):

“Hekimler, ambulans servisinde hastaya uygulanan tıbbi işlemlerden ve kayıtların düzenli tutulmasından ve dosyaya işlenmesinden ve kullanılan aletlerin sterilizasyonu ve dezenfeksiyonundan sorumludur ”.

2.4.8. Tedaviyi kesme yükümlülüğü

2.4.8.1. Tedaviyi kesme ve sözleşmeyi sona erdirmeye

Hekim, hastanın kendi geleceğini belirleme hakkını kullanarak tedavinin kesilmesini istemesi durumunda, tedaviyi kesmekle yükümlüdür.

Tedaviyi kesme, sözleşmeyi feshetmekten farklıdır. Tedavinin kesilmesinde sözleşmesinde sözleşme devam eder; ancak tedavi, sözleşmesinin tarafı olan hekim tarafından değil bir başkası tarafından yürütülür.

Tedavinin kesilmesi, tedavinin hekimin kendi kişisel kabiliyetinin veya tedavi imkânlarının sınırlarını aşması halinde sözleşmeden kaynaklanan bir yükümlülüktür* (48).

2.4.8.2. Tedaviyi kesme nedenleri

Öncelikle hastanın sözleşmeyi feshetmesi halinde hekim tedaviyi sona erdirmek zorundadır. Bunun dışında tedavinin kesilmesi için asıl neden olabilecek husus, hekimin tedavi veya ameliyat çerçevesinde, son vermeyi gerektiren zorlayıcı nedenlerin bulunduğunu görmesidir.

Hekim tedavi sürecinde de devamlı olarak kendisinde bulunan imkânların hastanın tedavisini başarıyla sürdürmeye yetip yetmediğini kontrol etmek durumundadır. Hekimin tam olarak teşhis edilemeyen bir hastalığı gözetmek için

beklemesi ve böylece acilen gerekli olan, hastanın klinik olarak bakıma alınmasını engellemesi durumunda bu bir sözleşme ihlali olur (47).

2.4.8.3. Ölmekte olan hastalarda tedavinin kesilmesi

Her türlü hekim müdahalesi hastanın rızasını; hastanın rıza verecek doğal kabiliyetinin bulunmaması durumunda ise onun temsilcisinin rızasını gerektirmektedir. Hastanın veya temsilcisinin bu onayı geri alması durumunda hekim başlamış olduğu tedaviye devam edemez. Hatta tedavi hayati önemde olsa ve hekim tedavinin yarıda bırakılmasının tıbben düşünülemez olduğunu tespit etse dahi. Hekimin tedaviye buna rağmen devam etmesi ceza hukuku ve tazminat hukuku bakımından olumsuz sonuçlarla karşılaşmasına yol açar. Kişinin kendi geleceğini belirleme hakkının karşısında meslek etiği konulamaz. Yüksek mahkemeler de, yaşamı uzatıcı tedbirlerden vazgeçme konusunda kişinin kendi geleceğini belirleme hakkını ölçüt olarak ele almaktadır (47).

Daha öncede belirttiğim gibi, hekimin tedavi hakkı diye bir hak yoktur. Böyle bir hak sözleşme ile de verilemez. Ölüm döşğinde olan bir hastanın hekimden, ölümü sadece geciktiren tıbbi tedbirlerle son vermesini istemesi halinde, hekim tedaviden vazgeçmek zorundadır. Hekimin sözleşmeden kaynaklanan yükümlülükleri, sadece hastanın acılarını dindirmeye yönelik olur artık. Hasta ile tümüyle ilişkileri koparmak ise, sözleşmenin ihlali olur (47).

Hastanın şuurunun kapalı olması veya rica açıklayacak durumda olmaması durumunda, hekim öncelikle bir akrabası veya yakınını, tedaviye devam konusunda yetkili kılıp kılmadığını araştıracaktır (47).

Alman Hukuku'nda tedaviyi yarıda kesme konusundaki vekâlet kabul edilmektedir. Türk Hukuku'nda ise kişiye sıkı sıkıya bir hak olduğundan vekil aracılığıyla kullanabilir bir hak söz konusu değildir. Böyle bir hak verilse dahi, tedaviyi sona erdirmeye hastaya zarar verebilecekse kanuni temsilcinin özellikle anne babanın koruma yükümlülüğü ile çelişeceğinden kabul edilmeyebilir (Medeni Kanun 426/I) (48).

Hastanın vekâlet bırakması durumunda, hastanın vasiyetinin bulunup bulunmadığına bakılır. Hastanın vasiyeti varsa, hekim bu vasiyet ile bağlıdır. Hekimin vasiyete uymaması halinde, rıza olmaksızın hareket etmesi dolayısıyla, yaralama suçunu işlemekten ötürü cezalandırılması söz konusu olabilir. Türk

Hukuku'nda ise, vasiyet ancak ölümle sonuç doğurur. Bu itibarla, açık bir düzenleme gereksinimi vardır (47).

2.4.9. Kayıt tutma yükümlülüğü

2.4.9.1. Genel

Mevzuatımızda kayıt tutma (dokümantasyon) konusunda birçok hüküm bulunmaktadır 49):

- 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'un 72. maddesi,
- 28.4.1973 tarih ve 3153 sayılı "Radyoloji, Radyom ve Elektrik Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun"un 5. maddesi,
- Aile Hekimliği Pilot uygulaması Hakkında Kanun" un 5/3.maddesi,
- Özel hastaneler Tüzüğü'nün 29.maddesi 992 Sayılı Seriri Taharriyat ve Tahlilat Yapan ve Masli Teamüller Aranılan Umuma Mahsus Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuarları Kanununa Mütferrik Olarak Tanzim Olunan Yönetmelik' in 16.maddesi,
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 12/son maddesi,
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 12/son maddesi; Devlet Arşivleri Hakkında Yönetmeliğin 5. maddesi

Bugün gerek öğretilerde ve gerekse uygulamada üzerinde ittifak olan husus, hekimin faaliyetinin kaydını tutmak yükümlülüğünde olduğudur. Hekimlik sözleşmesinden kaynaklanan yan yükümlülüklerden birisi, hekimin veya hastanenin hekimin tedavisi veya ameliyatı hakkında, bakım tedbirlerini de kapsayan, ayrıntılı, özenli ve tam bir kayıt tutma yükümlülüğüdür. Tedavi sürecinin kayıt altına alınması sonraki tıbbi müdahalelerin sağlıklı yapılabilmesi bakımından da büyük önem taşımaktadır. Bugün için kayıt tutma yükümlülüğü, hekim bakımından hafızasını tazeleme sinin ötesinde bir fonksiyon görmekte ve hekimin özenli tedavi yükümlülüğünün bir parçası olarak görülmektedir. Kayıt tutma yükümlülüğü ve buna bağlı olarak hastanın kayıtlara bakma hakkı, bir kişilik hakkı olarak anlaşılmaktadır (49).

Yüksek Sağlık Şurası da bir kararında, “zararlı neticeye etki etmemekle beraber, kayıtların tutulmaması mevzuata aykırı olduğundan soruşturma açılmasının uygun olacağına” işaret etmiştir.

Adli Tıp Kurumu’na tıbbi uygulama hatalarıyla ilgili olarak gönderilen dosyalar bakımından şöyle bir tespit yapılmaktadır: “Gelen dosyalarda mevcut tıbbi belgelerin çok eksik doldurulduğu, düzgün arşivlenmediği, çekilen grafiklerin kaybolduğu görülmektedir” (49).

2.4.9.2. Kayıt tutma yükümlülüğünün türü, içeriği ve kapsamı

Kayıt tutma yükümlülüğünün amacı, tedavinin emniyet içinde yapılması, delillerin güvenceye alınması ve sorumlu tutabilmedir (hesap verme).

Kayıt tutma, işin esasına uygun bir başlangıç tedavisini ve sonraki tedaviyi mümkün kılar. Tıp alanındaki muhtemel iş bölümünün sonucu olarak, her hekim, bir önceki hasta ile ilgili yaptıklarını bilmek durumundadır. Dolayısıyla kayıt yükümlülüğü “**doğal bir tedavi yükümlülüğü**”dür. Uygulama, dokümantasyon yükümlülüğünün amacının ispat olmadığı, hastanın hekim tarafından tedavi edildiğine ilişkin gerekli bilgilerin garanti altına alınması amacı olduğu açıklamaktadır. Böylece, verilen ilaçların türü kapsamı hastaya ilişkin bilgilerin ve hastalık hikâyesinin kayıt altına alınması öncelikle tedavi amacına hizmet etmektedir (49).

Kayıt tutmanın ikinci amacı hekimin önleyici tedbirler, yürütülen tedavi ve ameliyatlar hususunda sorumluluğunu sağlamadır. Kayıt ve hesap verme yükümlülüğünü eleştirenlerin gözden kaçırdıkları husus, hesap verme sadece hataları tespit etme ve tazminat taleplerinin esasını oluşturması bakımından değil ayrıca hekim tarafından yerine getirilen tıbbi faaliyetin belirlenmesine yöneliktir. Kaldı ki, hastanın masraflarını karşılayacak kurumun da, hastaya uygulanan tedaviyi bilmesi gerekir ki, tıbbi olarak gerekli olmayan bir kayıt, hukukça da gerekli değildir. Dolayısıyla kayıt altına alınması gereken husus, tıbbi standartlara göre gerekli olan hususlardır. Bunun ötesinde olan hususların kayıt altına alınmasını talep edemez. Tıbbi standartlara göre kayıt altına alınma yükümlülüğü olmayan bir tedbir veya bulgunun kaydedilmemesi durumunda, bundan ispat hukukuna ilişkin sonuçlar çıkarılamaz. Yüksek Mahkemede de pozitif bir bulgu bulunmaması durumunda, kontrol muayenelerin kayda geçirilmesi tıbben yerleşmiş, alışılmış bir uygulama

değilse; bunların kayıtlarda yer almamasından, bunların yapılmadığı sonucuna varılamayacağına karar vermiştir. Buna göre tıbben gerekli görülmeyen bir dokümantasyon, hukuken de gerekli görülemez ve bu itibarla kaydın bulunmaması o işlemin yapılmadığını göstermez. Kayıt tutma yükümlülüğü hastanın öyküsü, şikâyetleri, teşhis ve tedaviye ilişkindir. Hatta danışma amaçlı başvuruların bile kayıtları tutulmalıdır. Teşhis ilişkin çabalar, fonksiyon bulguları, verilen ilaçların türü ve dozu, hekimin verdiği talimatlar, standart tedaviden sapma, gelişim süreci, hastanın aydınlatılması, operasyon gelişimi (ameliyat raporu), narkozun gelişimi (narkoz raporu), beklenmeyen aradaki olaylar, ameliyat sırasında operatör hekimin değişmesi, başlangıç kontrolleri, yoğun bakım, taburcu raporu ve taburcu olurken yapılan tavsiyeler, kayıt altına alınmak zorundadır. Hasta ile yapılan telefon konuşmaları ve sorulan sorular da kayıtlarda bulunmalıdır (49).

Sağlık Bakanlığı aleyhine açılan hizmet kusuru davalarının artması ve ödenen tazminatları bulması nedeniyle, 18.01.2005 tarihinde yayınladığı bir genelgeyle, kayıt tutma yükümlülüğüne dikkat çekmiştir. “Hastanın sağlık kurumuna müracaatından itibaren tıbbi müdahale ve işlemlerin her aşamasında Y.T.K.İ. Yönetmeliğinde de belirtilen kayıtların Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi hükümleri doğrultusunda eksiksiz tutularak arşivlenmesi ve kurumda muhafaza edilmesi; açılan davalara karşı bakanlığımız savunmasında kullanılmak üzere bilgi-belge istenildiğinde süresi içerisinde okunaklı, tam ve eksiksiz olarak, tıbbi ve teknik görüşler eşliğinde hazırlanarak gönderilmesi” (49).

Uygulamada karşımıza aşağıda sayılan belge ve kayıtlar kural olarak çıkmaktadır: Anamnez kayıtları, rıza formları, izlem notları, hekim “order”ları, laboratuvar raporları, konsültasyon raporları, epikriz. Hekimin, diğer hekimlere derste göstermek amacıyla ameliyatı filme çekmesi halinde, bu filmi hastaya verme zorunluluğu bulunmamaktadır. Hekim gerekli gereksiz her şeyi kayıt alma durumunda değildir. Bu konudaki ölçüt, “tıbben teşhis ve tedavide gerekli olma” ölçütüdür. Yukarıda da belirtildiği gibi, kayıt zorunluluğunun kapsamı tıbbi alışılmış ve gerekli olana göre belirlenir ve bu gerekliliği hukukçular değil, hekimler belirleyecektir. Öğretide hekimin tedavi sırasında meydana gelen olayların, kazaların vs. kayıt altına alınması gerektiği savunulmaktadır. Hastanın korunma ihtiyacının

tıbbi kaydı hangi kapsamda gerektireceğini ise hukuk belirleyecektir. Burada hekime yapılması gereken tavsiye hastanın dosyasına ve eklerine mümkün olan en büyük özeni göstermesidir (49).

Hastane yönetimi gerekli dokümantasyon için gerekli tedbirleri almakla yükümlüdür. Hastane yönetimi, hastaya ilişkin belgeleri muhafaza etmek zorundadır. Bu yükümlülüğün ihlali durumunda, hastanın bu sebeple iddialarını ispat zorluğuna düşmesi halinde, hastaya ispat kolaylığı sağlanabilir (49).

Kayıtların şekline ilişkin genel bir yasal düzenlemenin olmaması ve bu konuda uygulamadaki kararların da tam bir olgunluğa ulaşmamış bulunması dolayısıyla kayıt tutma yükümlülüğünün şekli, kayıt yükümlülüğünün koruma amacına, yani hastanın kurallarına uygun olarak aydınlatıldığı ve tedavi edildiğinin güvence altına alınmasına ve diğer muhtemel tedavi sürecine katılan veya katılacak hekimlere bilgi verme fonksiyonu görmesine göre belirlenecektir (49).

Yazılarının okunaklı olmamasının veya hemşire tarafından yazılmış olmasının önemi yoktur. Önemli olan uzman kişiler tarafından anlaşılır olmasıdır. Kısaltmalar kullanılabilir. Dijital kayıta mümkündür. Bununla beraber bu tür kayıtlar, kaydı gerçekleştiren kimsenin bilahare sisteme girerek herhangi bir ekleme veya çıkarma yapamaması kaydıyla geçerli olur. Aksi takdirde bu kayıtların ispat değeri olmaz. Keza kaydı yapanın kayıta değişiklik yapmasına imkân sağlayan sistemlerde, kayıta yapılan değişikliklerin görülebilmesi kaydıyla yine geçerlidir (49).

Kayıtların şekli çerçevesinde akla şöyle bir soru gelmektedir: Hekim alternatif kayıtlar tutabilir mi? Başka bir ifadeyle resmi kaydın dışında, kendisi için gayri resmi kayıt tutabilir mi? Bu sorunun önemi özellikle hastanın kayıtları inceleme hakkı karşısında önem kazanmaktadır. Öğretide bu soruya verilen cevap, bu notların hafıza tazelemeye yönelik kısa notlar olabileceği; hekimin kısıtlamalar kullanabileceği yönündedir. Hatta hastanın veya üçüncü bir kişinin üstün yararının söz konusu olduğu hallerde, “çift kayıt” dahi tutulabileceği savunulmaktadır. Örneğin, kanser hastasından teşhisin saklandığı hallerde veya psikolojik rahatsızlıkları bulunan hastaların tedavisi dolayısıyla (49).

Kayıt, tedavi veya müdahale ile direkt bir zamansal yakınlık içinde tutulmalıdır. Hekim istediği zamana bırakamaz. Ancak önceden belirli bir süre şartı belirlemekte mümkün değildir. Kaydın haftalar ve aylar sonra tutulması, bir tazminat

davasında ispat yükünü, kaydın hiç yapılmaması veya eksik yapılması hallerinde olduğu gibi tersine çevirebilir. Basit ve açık hastalıklarda hekimin kaydı bir müddet geçtikten sonra hafızasındaki bilgilere göre tutması, normal karşılanabilir. Operasyonun türü ve tehlikeli olması karşısında, ameliyat sırasında kayıt tutmak mümkün değilse, bu takdirde hekimin ameliyat protokolünü ameliyatın hemen bitiminde tutmasında bir sorun yoktur (49).

Ameliyattan günler sonra ameliyat raporunun tamamlanması kabul edilemez. Yargıtay da ameliyat sırasında tutulması gereken kayıtların tutulmayıp, ameliyatla ilgili raporun 7-8 ay sonra tutulmasını, hastane ve hekim bakımından kusurlu bir davranış olarak değerlendirmiştir (49).

Özet olarak denilebilir ki, kaydın ne zaman tutulması gerektiğine ilişkin olarak önceden belirli bir sürenin ölçüt olarak tespiti mümkün değildir. Somut olayın durumuna göre, kaydın ne zaman içinde tutulması gerektiği hususunda karar verilebilir. Örneğin, günde birçok ameliyatın yapıldığı bir hastanede, operatörün bütün ameliyatların kaydını akşam veya hatta hafta sonu tutması, kaydın zamanında yapılmadığı anlamını taşır, zira hafta içindeki bütün ameliyatların hekim tarafından hatırlanması güçtür. Buna karşılık müdahale veya tedaviden sonra kısa notlar alınıp da, bu notlara dayanılarak söz gelimi bir hafta sonra kayıt tutulacak olursa, bu geçerli kabul edilebilir, zira tutulan notlar hekimin sağlıklı bir kayıt tutması için yeterli olabilir (49).

Kayıtların sonradan değiştirilmesi belgede sahtecilik suçunu vücut verebilir. Nitekim uygulamada laboratuardan bildirilen hastanın tahlil sonuçlarını ve hastanın dosyasına işlenen değerleri sonradan değiştiren ve böylece bilinçli olarak doğru tahlil sonuçlarından sapan hekimin sahtecilik suçun işlediğine karar verilmiştir (49).

Kayıtlar ne kadar saklanmalıdır? Yukarıda belirttiğim mevzuatta değişik süreler belirlenmiştir. Ancak özellikle doğumda meydana gelen zararlar ve ışın tedavisi bakımından tecrübeler göstermektedir ki, dosyaların 10 yıldan daha uzun bir süre saklanması yarar bulunmaktadır. Bu süre öncesinde kayıtların yok edilmesi, hem hastanın kayıtları inceleme hakkın ortadan kaldırmış olur, hem de tazminat talepleri bakımından ispat güçlüklerine yol açar (49).

Uygulamada, belgelerin saklanmadığı ve bazılarının hastaya verildiği görülmektedir. Tedaviye başka bir hekimin devam edeceği veya başka bir hastanede

yapılacağı hallerde, belgelerin verilmesi gerekebilir. Ancak bu takdirde, verilen belgelerin ne olduğu, çekiliş tarihi ve protokol numarası yazılarak düzenlenen belge hastaya imzalatılmalıdır (49).

Kayıtların eksik tutulması tek başına tıbbi uygulama hatası olarak kabul edilmemektedir. Fakat kayıt tutma yükümlülüğünün ihlali hem meslek hukuku hem de ispat hukuku açısından önemli sonuçlar doğurur. Sadece kaydın tutulmamasından kaynaklanan tazminat talebi söz konusu olamaz. Ancak kayıtların tutulmamasından veya gereği gibi tutulmamasından dolayı hasta aleyhine bir durum söz konusu olabilecektse, o takdirde ispat yükümlülüğü taraf değiştirerek, hekime ait olabilir. Ceza hukukunda ispat külfeti bulunmadığından bu bakımdan hekimin ilave bir yükümlülüğü söz konusu olamaz (49).

Nitekim uygulamada, bir hastalığın tedavisi için hastaya arsenik verilir ve hasta bundan dolayı ağır bir şekilde zehirlenir. Hasta kayıtlarında bu hastalığa ilişkin hiçbir ilgi bulunmamaktadır. Bu durumda, mahkeme arsenik verilmesini gerektiren durumun varlığını ispat yükümlülüğünün hekime ait olduğuna karar vermiştir (49).

Bir başka olayda, hastane kayıtlarındaki eksiklik nedeniyle, hastanın sulfa ilaçlarına alerjisi olduğunu göremeyen hekimin, hastaya Bactrim yazması üzerine, hasta alerjik reaksiyon nedeniyle hayatını kaybeder. Mahkeme hastane hemşireleri ve personelin kayıtları düzenli tutmamalarından dolayı hastaneyi tazminata mahkûm etmiştir (49).

Bir Yüksek Sağlık Şurası kararında **“Doktorun tıbbi tedavinin yararsızlığı nedeni ile verdiği operasyon kararı doğrudur. Ancak, dosyada bu yargısına dayanarak teşkil edecek ileri inceleme (BT, MR gibi) bulunamamıştır. Karar doğru olmakla birlikte hastanın eksik hazırlanması söz konusudur”** denilmek suretiyle, dosyada bulunmayan tetkiklerden, bu tetkiklerin yapılmadığı sonucuna ulaşılmıştır (49).

Ceza hukuku açısından ise, kayıt yükümlülüğünün ihlali kural olarak sorumluluk getirmemektedir. Ancak hekimin kayıt yükümlülüğüne uymaması sonucu tıbbi müdahaleye katılan diğer hekimler hata yaptıkları takdirde, bu yükümlülüğünün ihlalinin ceza hukuku sonuçları da söz konusu olur. Benzer şekilde yukarıda örnek olarak verdiğim alerjik ilaç yazılması sonucu ölüm hadisesinde de,

kayıtları düzenli tutmayan kişilerin taksirle ölüme sebebiyet vermekten ötürü cezalandırılmaları söz konusu olabilir (49).

Hastanelerde zaman zaman bir hasta adına başka hasta için ilaç veya sıhhi malzeme yazıldığı görülmektedir. Bu tür kayıtlar, bir hukuksal sorun çıktığı zaman sağlık personeli açısından önemli olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bir yandan başkası adına yazılan ilaçların, hasta açısından gereksiz olması dolayısıyla, sağlık personelinin kasten yaralama suçundan dolayı sorumlu tutmaları söz konusu olabileceği gibi, asıl hasta bakımından yapılmamış gibi görünen bir tıbbi müdahale dolayısıyla da sağlık personelinin sorumluluğu gündeme gelecektir (49).

2.4.9.3. Kayıtları inceleme hakkı

2.4.9.3.1. Hukuksal dayanak

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu'nun 3/d maddesine göre, “kurum ve kuruluşların sahip oldukları bu kanun kapsamındaki yazılı, basılı veya çoğaltılmış dosya, evrak, film, fotoğraf, teyp ve videokaseti, elektronik ortamda kaydedilen her türlü bilgi, haber ve veri taşıyıcıları” bu kanun kapsamında belgedir. Böylece hasta dosyası da bu kapsamda kabul edilebilir (50).

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre, hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir (md. 16) (35).

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nın 31. maddesinde de bu haktan bahsedilmektedir:

“Hasta dosyalarındaki bilgilerin geniş bir özeti ile ilgili bilgi ve belgelerin örnekleri, isteği durumunda hastaya verilir. Hekim, yasal zorunluluk olmadıkça, bu bilgileri başkasına veremez” (10).

Bugün hasta kayıtlarının hekimin mülkiyetinde bulunduğu ve dolayısıyla sadece kendisine açık olduğu şeklindeki düşünceler aşılmış bulunmaktadır.

Sözleşmenin bulunması durumunda, kayıtlara bakma hakkı, sözleşmeden kaynaklanan bir yan haktır. Vekâlet sözleşmesine ilişkin olarak BK 392/II hükmü, vekile (hekime) hesap verme yükümlülüğü yüklemiştir (51). Hesap verme yükümlülüğü kapsamında, hastanın kendisi ile ilgili tutulan kayıtları alma ve

inceleme hakkı vardır. Hastalık geçmişi, bu anlamda bir evrak sayılmaktadır. Bir davanın açılmış olması durumunda, ayrıca davdan kaynaklanan dosyaya bakma hakkı söz konusu olacaktır.

2.4.9.3.2. Kayıtları inceleme hakkı çeşitleri

2.4.9.3.2.1. Dava dışı inceleme hakkı

Hastanın hasta dosyasını bir dava olmaksızın inceleme hakkı, esasen hekimlik sözleşmesinden kaynaklanmakla beraber, somut olayda hastanın dosyayı inceleme konusunda haklı bir yararı olmalıdır. Uygulamada hekimin ve hastanenin kural olarak herhangi bir hukuksal çatışma durumu olmaksızın dahi hastanın dosyasını göstermek zorunda olduğuna karar verilmiştir. Hekim, hastanın, kendisinin durumu, uygulanan tedaviye ilişkin şartlara ve tedavinin gelişimine ilişkin objektif tespitlere ulaşma talebine karşı koyamaz. Bu kapsamda verilen ilaçlar ve ameliyatın yürüyüşü ve sonuçları önem kazanmaktadır. Hastanın bu hakkı, hastanın kendi geleceğini belirleme ve kişisel onur hakkından kaynaklanmaktadır. Bu suretle hasta tedavi süresince basit bir obje olmaktan çıkarılmaktadır. Bu noktada ileri sürülebilecek olan, hekimin fikir ve mülkiyet haklarının bu suretle ihlal edilebileceği savına karşı, uygulama, bu argümanın hastanın kişilik hakkı karşısında geri çekilmek zorunda olduğunu açıklamıştır (52).

Uygulama, hekimin sübjektif değerlendirmelerini ise, hastanın inceleme hakkı olmadığına karar vermiştir. Buna göre hasta veya yakınları hakkındaki hekimin dosyaya aktardığı sübjektif değerlendirmeler hastaya gösterilmek zorunda değildir. Bu kapsamda hekimin ilk teşhise yönelik belirlemeleri, hastanın davranışına ilişkin notlarının da verilmeyeceği kabul edilmektedir.

Böylece hekim ücreti karşılığında hasta dosyasının fotokopisini vermek ve dosyanın tam olarak verildiğini güvence altına almak zorundadır.

Dosya inceleme hakkı tedavi nedenlerinden ötürü kısıtlanabilir. Nitekim psikiyatrik tedavide hasta dosyasının görülmesiyle tedavide hasta dosyasının görülmesiyle tedavi tehlikeye girecekse, dosyanın gösterilmesinden sarfi nazar edilebilir. Uygulamada da, psikolojik bozukluk nedeniyle zorla hastaneye yatırılıp taburcu olan hastanın, intihar tehlikesi olmadıkça dosyasını görme hakkının bulunduğu karar verilmiştir (52).

2.4.9.3.2.2. Dava dolayısıyla inceleme hakkı

Hasta dosyası hekim sorumluluğu davalarında önemli rol oynamaktadır. Hâkim açılan dava çerçevesinde hasta dosyasını re'sen isteyebilir. Dava dışı dosya inceleme hakkından farklı olarak burada, tedavi nedenleriyle dosyanın gösterilmesi reddedilemez (52).

Ceza soruşturmasında ise müdafî dosya içeriğini inceleyebilir ve istediği belgelerin bir örneğini harçsız alabilir (CMK 153/1) (53). Müdafîin dosya içeriğini incelemesi veya belgelerden örnek alması, soruşturmanın amacını tehlikeye düşürebilecek ise, cumhuriyet savcısının istemi üzerine, sulh ceza hâkiminin kararıyla bu yetkisi kısıtlanabilir (CMK 153/2) (53). Müdafî, iddianamenin mahkeme tarafından kabul edildiği tarihten itibaren dosya içeriğini ve muhafaza altına alınmış delilleri inceleyebilir; bütün tutanak ve belgelerin örneklerini harçsız olarak alabilir (CMK 153/4). Hastanın kendisi de dava açıldıktan sonra hasta dosyasının örneğini dava dosyasından alabilir (53).

2.4.9.3.3. İnceleme hakkına ilişkin diğer hususlar

Öğretide, belgelerin iadesi konusunda ayırım yapılmaktadır. Buna göre hekime hasta tarafından teslim edilenler iade edilmek zorundadır. Hekimin düzenlediği belgeler ile röntgen filmleri ise hekime aittir, iade edilmeyebilir. Hasta dosyanın orijinaline bakma hakkına sahip olduğu gibi, tedaviye ilişkin temel hususlar hakkında da bilgi isteyebilir. Örneğin, hekimin, hemşirenin adı gibi hasta, röntgen, tomografi ve laboratuvar sonuçlarını da görebilir. Kayıt inceleme hakkı, hasta gibi avukatına da tanınmıştır. Hastanın ölümü durumunda, mirasçılarının kayıtları inceleme hakkı bulunmaktadır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken husus, hastanın ölümünden sonra da saklanacak olan sırlarının dosya inceleme hakkı ile açığa çıkarılmamasıdır. Bu nedenle, açık veya varsayılan rızasının bulunduğu hallerde bu hakkın mirasçılara geçtiği kabul edilmek gerekir (52).

Hasta kayıtlarının maliye veya tabip odası tarafından incelenmesi bakımından ise, sıkı koşullar aranmalıdır. Bu bakımdan, ancak gerekli olduğu ölçüde bu kurumların dosyayı incelemesine olanak tanınmalıdır. Kayıtları inceleme hakkı, Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 16. maddesine göre dava edilebilir bir haktır (37). Dolayısıyla teşhis ve tedaviye ilişkin tutulan kayıtların incelenmesi ve bir örneğinin alınması kanundan doğan ve ifa davasına konu olan bir yan edim yükümlülüğü

olarak nitelendirilebilir. Bu kayıtların hiç veya gereği gibi tutulmaması halinde ise ifaya yardımcı veya koruyucu nitelikteki bir yan yükümlülüğünün ihlali söz konusudur. Bu halde bir ifa davası konusu olmayıp, ancak yan yükümlülük olarak kayıtların hiç veya gereği gibi tutulmamasından doğan zararların tazminatı gündeme gelebilecektir. Özellikle kayıtların tutulmasının bir hekim şahsına bağlı bir yapma edimi olduğu dikkate alındığında, bunun tutulmasının başkası tarafından sağlanması mümkün değilse, ihlali halinde ancak tazminat talebi söz konusu olabilecektir. Ceza hukuku açısından ise ancak kamu görevlileri bakımından görevi ihmal suçu söz konusu olabilecektir ki, bu bakımdan da yeni kanunumuz zarar şartını aramaktadır (52).

Bilgi Edinme Hakkı Kanunu hükümleri de bu konuda yardımcı olabilir.

Kanunun 5. maddesine göre (50);

“Kurum ve kuruluşlar, bu kanunda yer alan istisnalar dışındaki her türlü bilgi veya belgeyi başvuranların yararlanmasına sunmak ve bilgi edinme başvurularını etkin, süratli ve doğru sonuçlandırmak üzere, gerekli idari ve teknik tedbirleri almakla yükümlüdürler”.

Bu kanun kamu kurum ve kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının faaliyetinde uygulandığından (md. 2.), özel hastanelerin veya serbest çalışan hekimlerin bu kanun hükümleri esas alınarak kayıtları inceleme yükümlülüğünün gereklerini yerine getirmesine zorlanması olanaklı değildir.

Ancak bu statüdeki hekimler açısından da Hasta Hakları Yönetmeliği’ne aykırılık oluşturulan bu hasta hakkı ihlali için hem sağlık il müdürlüğüne, hem de tabip odasına başvurularak disiplin soruşturması açılması istenebilir.

Kamu hastaneleri ve kamu görevlisi sağlık personeli bakımından ise kanunun 29. maddesine göre (50);

“Bu kanunun uygulanmasında ihmali, kusuru veya kastı bulunan memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında, işledikleri fiilleri genel hüküm çerçevesinde ceza kovuşturması gerektirmesi hususu saklı kalmak kaydıyla, tabi oldukları mevzuatta yer alan disiplin cezaları uygulanır”.

Ayrıca, kişilerin kendilerine yapılan tıbbi müdahalelerle ilgili tıbbi kayıtlara ulaşmasına izin verilmemesinin, İnsan Hakları Avrupa Sözleşmesi’nin 8. maddesinde

düzenlenen “özel hayatın ve aile hayatının korunması” bölümüne aykırı olabileceği de ifade edilmektedir (52).

2.4.9.4. Kayıtların düzeltilmesini isteme

Öncelikle belirtmek gerekir ki, tutulan kayıtlar sonradan değiştirilmemeli, eklemeler yapılmamalı ve tarif edilmemelidir. Bu eylem, belgede sahtecilik suçuna vücut verir. Kayıtların resmen düzeltilmesi ise üzerinde sonradan değişiklik yapılmasından farklıdır.

Hasta; sağlık kurum ve kuruluşları nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir.

Bu hak, hastanın sağlık durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar (52).

2.4.10. Sır saklama yükümlülüğü

Hekim bakımından sır kavramından anlaşılması gereken, sadece belirli ve sınırlanabilir kişi gurubu tarafından bilinen ve bunun açıklanmamasından anlaşılabilir, yani gerekçelendirilebilir ve dolayısıyla korunmaya layık bir yarar bulunan durum, olgu, vakıdır. Hekimin sır tutması meslek ahlakının çekirdeği olması ve anayasal koruma altında (Anayasa md. 20) bulunur. Bu kavram sadece hastalığın türü ve gelişimi anamnez, teşhis, tedavi, tedbirleri, prognoz, psikolojik bozukluklar veya özel durumla, hasta dosyası, röntgen sonuçları, muayene materyali, muayene sonuçlarını değil, ayrıca bütün kişisel, ailevi, mesleki, ekonomik ve mali durumları da kapsamaktadır. Hekimin hastaya ilişkin değerlendirmeleri ise sır kapsamında değildir. Buna karşılık hastanın hekime ifade ettiği politik görüşleri sır kapsamındadır (6).

Hasta sırlarının korunması insan onurunun esasıdır ve bu nedenle de genel kişilik haklarına dâhildir. Bu itibarla, kişisel verilerin başkasına verilmesinin yasaklanmasının arkasında yatan neden anayasal bir hak olan kişilik hakkının korunmasıdır. Hasta olup da, hekime hastalığı ile ilgili bilgileri aktaran herkes, bu bilgilerin gizli kalacağı ve ilgisiz kişilere aktarılmayacağına güvenmelidir. Ancak bu suretle hekim ile hasta arasında bir güven ilişkisi oluşturulabilir. Bu güven ilişkisi

hekimin faaliyetinin etkililiği açısından önemli bir faktördür, zira şifa şansını arttırmakta ve iyi bir sağlık sistemi için bir ön şartlardan birini oluşturmaktadır.

Hukukumuzda da, ceza hukuku hükümleri dışında, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi'nin 4. maddesi sır saklama yükümlülüğünden bahsetmektedir (54).

“Tabip ve diş tabibi, meslek ve sanatının icrası vesilesiyle muttali olduğu sırları, kanuni mecburiyet olmadıkça, ifşa edemez. Tıbbi toplantılarda takdim edilen veya yayınlarda bahis konusu olan vakalarda, hastanın hüviyeti açıklanamaz”.

Hasta Hakları Yönetmeliği de sır saklama yükümlülüğünü öngörmüştür. (md. 21, Mahremiyete Saygı Gösterilmesi) (35):

“Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale hastanın mahremiyetine saygı göstermek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a. Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütölmesini,**
- b. Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,**
- c. Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,**
- d. Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,**
- e. Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,**
- f. Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.**

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarda, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır”.

Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Etiği Kuralları'nın 31. maddesinde de önemli bir hüküm sevk edilmiştir (10):

“...Hekim, hastanın kimlik bilgilerini saklı tutmak koşuluyla, bu bilgileri dosya üzerinden yapacağı araştırmalarda kullanabilir”

Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın 8. maddesine göre de, **“herkes, kendisini ilgilendiren kişisel verilerin korunması hakkına sahiptir” (55).**

Hekim meslek kurullarında yer alan sır tutma yükümlülüğü ceza kanununda düzenlenmiş bulunan sır tutma yükümlülüğü ile herhangi bir doğrudan bağlantı içinde değildir. Meslek kurallarına aykırılık, bir disiplin suçu oluşturulabilir ve tazminat sorumluluğuna da neden olabilir. Tıbbi müdahale nedeniyle doğrudan öğrenilen kişisel verilerin dışında, dolaylı olarak öğrenilen veriler ceza sorumluluğu değil, tazminat sorumluluğu kapsamında değerlendirmek gerekir. Böylece örneğin, tedavi için gittiği evde hastanın metres hayatı yaşamasına tanık olunması ve bunun açıklanması halinde sadece tazminat sorumluluğunu kabul etmek daha uygun gözükmektedir (56).

Sır saklama yükümlülüğü hekimin yanı sıra hastane personeli ve hastane işleticisi açısından da geçerlidir. Hastanede ve muayenede çalışan tıp personeli veya diğer personel bakımından da sır saklama yükümlülüğü geçerlidir. Hekime açıklananlar onun hekim olması dolayısıyla açıklanmış olmalıdır. Buna karşılık özel bir kişi olarak açıklanan sırlar bakımından saklama yükümlülüğü bulunmamaktadır. Keza bilgiler hekimlik faaliyeti dolayısıyla hekime ulaşmış olmalıdır. Hekimlik faaliyetinin sona ermesi ile birlikte sır tutma yükümlülüğü sona ermiş olmaz. Bu yükümlülük hekim ve hekimin yanında çalışanlar bakımından ölüme kadar uyulması gereken bir yükümlülüktür. Sır saklama yükümlülüğünün bir sonucu olarak, hastaya ait kayıt ve belgelerin başkalarına devri de mümkün değildir (56).

Uygulamada yanlış olarak konulan AIDS teşhisi henüz kesinleşmeden, hastalığın basına sızdırılması olayında, hastanın bu olay nedeniyle işsiz kalması sonucu uğradığı zararın karşılanması ile manevi tazminat ödenmesi gerektiğine karar verilmiştir. Esasen, teşhis doğru olsa bile, bunun basına sızdırılması hem tazminat, hem de ceza hukuku sorumluluğunu gerektirir (56).

Hekimin, hâkime ve savcıya karşı sır saklama yükümlülüğü bulunmamaktadır. Hâkim ve savcı tarafından istenen belgeler gönderilmek zorundadır (56).

2.4.11. Organizasyon yükümlölükleri

Hekiminde organizasyondan kaynaklanan bazı yükümlölükleri vardır ve bu yükümlölüklerin ihlali hekimin hem de ceza hukuku sorumluluğunu gerektirir. Organizasyon yükümlölüğünün pratikte görülen en açık şekli, yetkili, sorumlu kişinin sorumlu tutulmasını gerektirmektedir (57).

Hekimin organizasyona ilişkin yükümlölüklerinden birisi, teknik alet veya gereçlerindeki eksikliklerin hastane yönetimine bildirilmesidir. Bu eksikliklerin bildirilmesine rağmen giderilmesi halinde ortaya çıkan olumsuz sonuçlardan hastane yönetimi sorumlu olacak; bu eksikliklerin bildirilmemesi durumunda ise hekim sorumlu tutulacaktır (57).

Hekimin organizasyon yükümlölüğüne ilişkin verilen ilginç bir kararda, meslek sahibi bir hastaya muayenesinde muayene için bekleme süresinin oldukça uzun olduğunun bildirilmemesi organizasyon yükümlölüğünün ihmali olarak değerlendirilmiş ve hekim tazminata mahkûm edilmiştir (57).

2.4.12. Kullanılan ürün ve ilaçlarla ilgili yükümlölükler

Gerekli hekim ve gerekse hastane, kullanılan tıbbi ürün ve ilaçların doğru kullanılmasını temin ve hastayı muhtemel rizikolar ve yan etkiler konusunda uyarma yükümlölüğü altındadır (58).

Hekimler ilaçlar ve tıbbi ilaçlar için sorumlu tutulabilirler. Hekimin kullandığı bir tıbbi ürün bozuk ise ve hasta bundan dolayı zarar görürse, hekim sorumlu olabilir. Bu tür sorumluluk genellikle, ürünün reçete edilmesinde veya hasta üzerinde kullanılmasındaki özensizliklerden kaynaklanmaktadır (58).

Uygulamada, doğası itibariyle güvenilir olmayan bir maddeyi enjekte ederek, hastanın ölümüne sebebiyet veren hekim ve hastane, ürünün bu durumunu bilmesine rağmen kullanılmaları nedeniyle dava edilmiş, mahkeme, hastane bu ürünü düzenli olarak hastalarına temin ediyorsa, o takdirde bu üründen dolayı sorumlu tutulabileceğine karar vermiştir (58).

Mahkemeler, tehlikeli ürünlerin hastada kullanılmadan önce hekimin hastayı rizikolar ve yan etkiler konusunda uyarmak zorunda olduğuna karar vermektedirler. Burada bu yükümlölüğün hekimde değil, üreticide olduğu düşünülebilirse de, üreticinin sorumluluğu hekimi uyarmaktır, zira üretici doğrudan hasta ile muhatap

olmamakta, doğrudan hastaya ulaşması olanaksızdır. Bu nedenle, sorumluluk hekimdedir (58).

2.4.13. Bilirkişilik yapma yükümlülüğü

HUMK 275/1'e göre, mahkeme çözümü özel veya teknik bir bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına karar verir. Benzer hüküm CMK 63'te yer almaktadır (53):

“Çözümü uzmanlığı, özel veya teknik bilgiyi gerektiren hallerde bilirkişinin oy ve görüşünün alınmasına re’sen, Cumhuriyet savcısının, katılanın, vekilinin, şüphelinin veya sanığın, müdafinin veya kanuni temsilcinin istemi üzerine karar verilebilir”.

Hekimlerin bilirkişilik yapma gibi genel bir yükümlülükleri bulunmamaktadır. Ancak resmi bilirkişilikle görevlendirilmiş olanlar (Adli Tıp Kurumu Yüksek Sağlık Şurası gibi) ile CMK 64. maddede belirtilen listelerde yer almış bulunanlar; incelemenin yapılması için gerekli fen ve sanatları meslek edilenler ve incelemenin yapılması için gerekli mesleği yapmaya resmen yetkili olanlar bilirkişilik görevini kabul etmekle yükümlüdürler (CMK 65).

Hekim, tanıklıktan çekinme hakkının ve sır saklama yükümlülüğünün bulunduğu hallerde bilirkişilikten çekinebilir. Keza mahkeme de hekimin iş yükünün fazlalığı veya hastaya daha önce tedavi etmiş olması dolayısıyla bilirkişiden bilirkişi yükümlülüğünü kaldırabilir.

Öncelikle, **“usulünce çağrıldığı halde gelmeyen veya gelip de yeminden, oy ve görüş bildirmekten çekinen bilirkişiler”** hakkında bundan doğan giderlere hükmedilmekle beraber, bilirkişiliğin gerçekleştirilmesi için dava hakkında hüküm verilinceye kadar ve her halde üç ayı geçmemek üzere disiplin hapsi verilebilir. Kişi bilirkişiliğe ilişkin yükümlülüğüne uygun davranması halinde serbest bırakılır (CMK 71 ve 60/1) (53).

Yargıtay da görevini yapmayan bilirkişi hakkında görevi ihmal hükümlerinin uygulanamayacağına, Ceza Muhakemesi Kanunu’nda görevini yapmayan bilirkişi hakkındaki işlemin belirlendiğine karar vermiştir. Belirlenen süre içinde raporunu vermeyen bilirkişi hemen değiştirilebilir. Bu durumda bilirkişi, o ana kadar yaptığı işlemleri açıklayan bir rapor sunar ve görevi sebebiyle kendisine teslim edilmiş olan eşya ve belgeleri hemen geri verir. Bu bilirkişi CMK 64’te öngörülen listeden

ıkarılabileceği gibi, gecikme dolayısıyla uğranılmış zararları ödemesine de karar verilebilir (CMK 66/2) (53). Bu takdirde hekim bir zarar doğmuşsa, ayrıca görevi ihmal (ihmal suretiyle görevi kötüye kullanma) suçundan dolayı cezalandırılabilir. (TCK 257/2) (44).

2.4.14. Kimlik tespiti yapma yükümlülüğü

Hekim, sosyal güvencesi olan veya herhangi başka nedenle kimliği belirlenmesi gereken hastalarının kimliğinin doğruluğunu denetlemek durumundadır.

Bu yükümlülük Yargıtay tarafından da kabul edilmektedir: “Hekim, muayene için gelen kişilerin ibraz ettiği belgedeki kişi olup olmadığını denetlemekle görevlidir” (59).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız bir anket çalışmasıdır. Öncelikle çalışmanın amacına uygun olarak Acil servis Hekimleri'nin hukuki sorumluluklarının test edilmesi için bir anket formu oluşturuldu. Anket formunda mevcut sorular dört adet klinik senaryodan üretildi. Her bir senaryonun ve senaryodan üretilen soruların mümkün olduğunca farklı bir hukuki sorumluluğu test etmesi sağlanmaya çalışıldı. Senaryolar ve sorular anket formundan elde edilecek bilgilerin sağlıklı olması için sağlık hukuku sertifikası olan bir doktor avukattan danışmanlık alınarak oluşturuldu.

Anket formunda 4 adet vaka senaryosu ve bu vakalarla alakalı olarak çoktan seçmeli 10 adet soru mevcuttu.

Birinci klinik senaryo, hekimin hasta hakları ve hastanın kişisel bilgilerinin gizliliği, hekimin sır saklama yükümlülüğü konularındaki bilgi düzeyi konusunda fikir edinmek amacıyla oluşturuldu. Senaryo içeriği göz önüne alınarak anketörlerin 3 adet soruya yanıt vermeleri istendi.

İkinci klinik senaryo, hekimin adli vakalardaki adli sorumluluğu ve hekimin sır saklama sorumluluğu konularındaki bilgi düzeyini test edebilmek için oluşturuldu. Senaryodan üç adet soru üretildi.

Üçüncü klinik senaryo ile hekimin edim yükümlülüğü, tedavi yükümlülüğü, teşhis, muayene yükümlülükleri konusundaki bilgi düzeyi ve görüşleri konusunda fikir edinilmeye çalışıldı. İki adet soru kullanıldı.

Dördüncü klinik senaryo, hekimin tedavi sorumluluğu, hastanın tedaviyi ret etme hakkı, hekimin hastayı bilgilendirme sorumluluğu konularındaki bilgi düzeyini belirlemek üzere oluşturuldu ve iki adet soru oluşturuldu.

Çalışmaya dâhil edilmek üzere acil servislerde aktif olarak hizmet veren pratisyen hekim, acil uzmanı, öğretim üyesi, aile hekimi, acil rotasyonel hekim, acil tıp asistanlarına ulaşıldı. Hekimlere anket formları ya hastanede çalışan bir hekimin formları iletilmesiyle ya da çalışma saatlerinde acil servisleri ziyaret ederek ulaştırılmıştır. Hekimlerin kimlik bilgileri alınmazken, demografik bilgileri, mezun oldukları okul, hekimlik yılı, çalıştıkları kurum gibi bilgiler forma eklenmiştir. Veriler girilirken, parametrelerden biri olan taşra veya kentte yetişmesi konusunda, 5 büyük il olarak Ankara, İstanbul, İzmir, Adana, Bursa seçilerek doğduktan itibaren

üniversite hayatına kadar olan dönemde bu iller dışındakiler taşrada yetişmiş kabul edildi. Anket formunun bir örneği Çizelge 3.1’de mevcuttur. Anketimizin kontrol grubu, acil serviste hizmet vermeyen hekimleri temsilen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı dışındaki diğer anabilim dalı araştırma görevlileri ve öğretim üyelerinden oluşturuldu.

Acil servislerden 100 hekim ankete katıldı. Diğer bölümlerden 64 hekim çalışmaya katıldı.

Formu doldurmak istemeyen hekimler ve eksik formlar çalışmadan dışlandı.

Anket formlarından elde edilen veriler SPSS®16,0 istatistik programına kaydedildi ve tüm istatistikler bu program aracılığı ile hesaplandı.

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılıma uymayan sürekli değişkenler ile ordinal değişkenler ortanca (minimum – maksimum), kategorik değişkenler ise yüzde olarak ifade edildi. İki grup karşılaştırmasında normal dağılıma uyan değişkenler için Student-t testi, normal dağılıma uymayan değişkenler için ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması Ki-kare testi ile yapılmıştır.

Çizelge 3.1. Anket formu.

**ANTALYA BÖLGESİNDEKİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN
KANUNİ VE HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN
FARKINDALIKLARI
ANKET FORMU**

Form No:

Form Doldurulma Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Hali:

Doğduğu İl:

Mezun Olduğu Lise ve Yılı:

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi ve Yılı:

Çalışmakta Olduğu Hastane ve Çalışma süresi:

Unvan ve Görevi:

SENARYO 1: 16 yaşını tamamlamış, yatılı lise öğrencisi bir kız çocuğu, acil servise öğretmeni tarafından getirilir. Öğretmeni öğrencinin genel davranışları ve belirti bulgularından gebe olabileceğini düşündüğünü, bu nedenle gebelik testi yaptırmak için acil servise getirdiğini ifade ediyor.

Soru 1 : Kız öğrenci gebelik testi yapılmasını istemediğini ifade ediyor, hekim olarak bu talebi nasıl karşılırsınız?

- a) Testi yaparım.
- b) Testi hasta istemedikçe yapmam.
- c) Testi yaparım, ama sonucunu yalnızca hastaya söylerim.
- d) Ailenin izni olmadan testi yapamayacağımı söylerim.
- e) Konu hakkında hiçbir bilgim yok.

Soru 2 : Hastanız gebelik testi sonucunun ailesine haber verilmesini istemediğini ifade ediyor. Nasıl bir davranış sergiliyorsunuz?

- a) Yaşı 16 olduğu için bu bilginin ailesi ile paylaşılmasının şart olduğunu söylerim.
- b) Yaşı 16 olduğu için hasta istemedikçe bu bilgiyi hiç kimseye paylaşmam.
- c) Konu hakkında hiçbir bilgim yok

Soru 3 : Eğer hastamız size gebe olmadığını, ancak acil servise gelmeden 4 saat kadar önce yurt personeli tarafından tecavüze uğradığını ifade eder ve yasal işlemler sürerken çocuk sahibi olmamak için kendisine yardım etmenizi isterse nasıl bir yanıt verirsiniz?

- a) Doğum kontrolüne karşıyım, yardımda bulunamayacağımı ifade ederim.
- b) Doğum kontrolü talep etmesine gerek olmadığını gebelik gerçekleşirse tahliye edilebileceğini anlatırım.
- c) Hastaya postkoital kontrasepsiyon yöntemi uygularım.
- d) Benim bildiğim böyle bir doğum kontrol yöntemi yok.
- e) Konu hakkında hiçbir bilgim yok.

SENARYO 2: Acil servise trafik kazası ile getirilen yetişkin bir hasta; aşırı alkollü ve tutarsız davranışları mevcut. Tam teşekküllü bir Hastanede çalışıyorsunuz.

Soru 4 : Polisler hastanın alkollü olup olmadığının belgelenmesini talep ediyor. Siz de hastanenede kan alkol düzeyi bakılabildiği için kan örneği almak istiyorsunuz. Ancak hasta onay vermiyor. Ne yaparsınız?

- a) Hasta onayına gerek yoktur, adli vakadır; mutlaka örnek alır ve çalıştırırım.
- b) Hasta onayı olmaksızın asla kan örneğinde laboratuvar çalıştırmam.
- c) Konu hakkında bir bilgim yok.

Soru 5 : Bu hastaya bakarken telefonla aranılıyorsunuz. Telefonda hastanın yakını olduğunu söyleyen bir vatandaş hastanın durumu hakkında bilgi istiyor. Hastanın kardeşi olduğunu ifade eden kişiye nasıl bir yanıt verirsiniz?

- a) Hastanın genel durumunu anlatır, geçmiş olsun derim.
- b) Hastanın kimlik bilgilerini sorarım ve arayanın hasta yakını olduğuna ikna olduktan sonra genel durumu hakkında bilgi veririm.
- c) Hiçbir şekilde bilgi veremeyeceğimi ifade ederim.
- d) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 6 : Yukarıda sözü geçen hasta için telefon ile arayan şahıs polis ya da üst düzey emniyet görevlisi olduğunu ifade ederse yaklaşımınız nasıl olur?

- a) Hastanın genel durumunu anlatır, geçmiş olsun derim.
- b) Telefondaki kişinin kimliğinden emin olmaya çalışırım ve ikna olduktan sonra genel durumu hakkında bilgi veririm.
- c) Hiçbir şekilde bilgi veremeyeceğimi ifade ederim.
- d) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

SENARYO 3: Acil servisin kalabalık bir saatinde hemşire hanım bir hastanız olduğunu, ateş ve boğaz ağrısı şikâyetiyle geldiğini ifade ediyor.

Siz daha ciddi olan başka bir hastaya baktığınız için hemşireye ense sertliğine bakmasını tarif ediyorsunuz, bir de ralleri olup olmadığını kontrol etmesini öneriyorsunuz.

Hemşire herhangi bir sorun olmadığını ifade ettiği için ateş düşürücü enjeksiyon öneriyor ve reçete düzenleyerek taburcu ediyorsunuz.

Bir ay sonra hasta yakınlarının sizi mahkemeye verdiğini, hastanın menenjit sonucu hayatını kaybettiği bilgisine ulaşıyorsunuz.

Soru 7 : Hekim olarak bu haberi aldığınızda ne düşünür ve ne hissedersiniz?

- a) Haksız olduğumu düşünür, vicdan azabı çekerim.
- b) Gereken muayene ve girişimlerin yapıldığını ve herhangi bir konuda suçlanamayacağımı düşünürüm.
- c) Vicdanen keşke kendim de baksaydım derim ama hukuksal sorun yaşamayacağımı düşünürüm.
- d) Keşke kendim de baksaydım derim; böylece daha az hukuksal sorun yaşardım diye düşünürüm.
- e) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 8 : Bu hasta ile ilgili olarak mahkemeye verilmiş olsanız, size göre mahkemenin sonucunda ne kadar kusurlu bulunursunuz?

- a) Kusursuz bulunurum.
- b) Tali kusurlu bulunurum.
- c) Ağır kusurlu bulunurum.
- d) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

SENARYO 4: Acil servise göğüs ağrısı ile 45 yaşında erkek hasta geliyor. Hastanın ilk muayene ve çekilen EKG'si sonucunda akut kalp krizi olduğu anlaşıyor. Hastaya ilk tedavisi veriliyor ve kendisinin kalp krizi geçirdiği, üzerinden 5 saat geçtiği bu nedenle mutlaka anjiyo olması gerektiği söyleniyor. Hastaya anjiyo gerekliliği ve riskleri anlatılıyor.

Onayı istendiğinde hasta kabul etmiyor. Yakınları hastanın rızasını dinlemeyip sizden anjiyoya almanızı istiyor.

Soru 9 : Yukarıdaki hastayı anjiyoya alır mısınız?

- a) Hasta onay vermedikçe anjiyoya almam.
- b) Hayati tehlike söz konusu olduğu için hasta yakınlarının yazılı onaylarını temin etmek suretiyle anjiyoyu gerçekleştiririm.
- c) Hastaların tıbbi bilgileri olmadığı için bu gibi konularda onay alınmasına gerek yoktur.
- d) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 10 : Hastayı anjiyoya aldınız; anjiyo esnasında stent takılması gerektiği sonucuna vardınız. Hastaya biri daha yüksek, diğeri daha düşük fiyatlı olmak üzere iki ayrı stent önerdiniz. Anjiyo anında hasta yüksek değerli stentin takılmasını istedi ve uygulamayı yaptınız.

Anjiyo sonrasında hastanın sizi mahkemeye verdiğini ve iki stent arasındaki bedel farkını talep ettiğini öğrendiniz. Ne düşünür, ne hissedersiniz?

- a) Hastanın onayı olması sebebiyle davadan hukuken aleyhime bir sonuç çıkmayacağını düşünürüm.
- b) Hastaya anjiyo öncesinde iki farklı stent hakkında yeterli açıklama yapıp, anjiyo öncesinde onayını almış olsa idim hukuken sıkıntı çekmeyeceğimi düşünürdüm.
- c) Hasta için pahalı stentin daha uygun olduğunu ve nihai olarak hasta yararına olduğu için sonradan onay almış olsam bile hukuken bir sıkıntı yaşamayacağımı düşünürdüm.
- d) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

TEŞEKKÜRLER...

4. BULGULAR

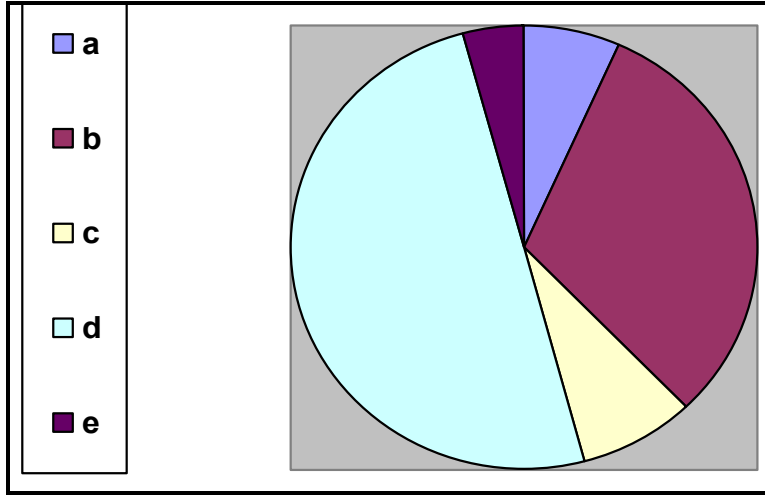
Araştırmamıza bölge hastanelerimizde hizmet veren 164 gönüllü hekim katıldı. Bunların 54 (%32,9)'ü kadın, 110 (%67,1)'u erkek idi. Demografik verileri analiz edildiğinde anketimizi dolduran hekimlerin 67 (% 40,9)'sinin bekâr, 97 (% 59,1)'inin evli olduğu, 109 (% 66,5)'unun üniversite hastanesinde, 27 (%16,5)'sinin devlet hastanesinde, 28 (% 17,1)'inin de özel hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir. Katılımcıların 120 (% 69,4)'si il merkezinde, 44 (%25,4)'ü ilçe hastanesinde çalışmaktaydı. Katılımcıların ortalama hekimlik süresi 8.25±6 yıl olarak hesaplandı. Bunların %70,1'i 10 yıldan daha az süredir hekimlik yapmaktaydı. Katılan hekimlerin 120 (%78)'si taşrada yetişmiş, 36 (%22)'sı kentte yetişmiş olarak sınıflandırıldı. Doktorların 53 (%32,3)'ü pratisyen hekim, 19 (%11,6)'u uzman hekim, 92 (%56,1)'si araştırma görevlisi doktor olarak çalışmaktaydı.

Verilerin toplu listesi Çizelge 4.1'de özetlenmiştir.

Çizelge 4.1. Demografik verilerin oranları.

Cinsiyet	Erkek 110 (%67,1)	Bayan 54 (%32,9)		100 (%100)
Medeni Hali	Bekâr 67(%40,9)	Evli 97(%59,1)		100(%100)
Hastane Türü	Üniversite 109 (%66,5)	Devlet 27(%16,5)	Özel 28(% 17,1)	100(%100)
Hastane Yeri	İl merkezi 120(%69,4)	İlçe 44(%25,4)		100(%100)
Yetiştği Yöre	Taşra 120(%78)	Kent 36(%22)		100(%100)
Unvanı	Pratisyen 53(%32,3)	Uzman 19(%11,6)	Araştırma görevlisi 92(%56,1)	100(%100)
Hekimlik süresi	En Kısa 1 Yıl	En Uzun 32	Ortalama Yıl 8.25±6	

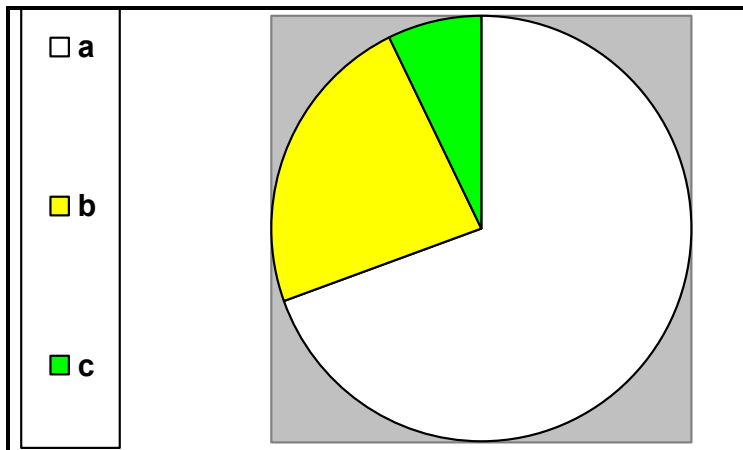
Anket sonuçlarına göre 1. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.1**'de gösterilmiş toplam **51 (%31,1)** anketör doğru yanıt olan **b** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **d** şıkkı (**82** kişi) olup, katılımcıların yarısını oluşturmaktadır.



Şekil 4.1. Birinci sorunun yanıt dağılımı.

Birinci soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,316$), evli-bekâr olmaları ($P=0,529$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,316$), arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sadece taşra ve kentte yaşamaları arasında ($P=0,05$) anlamlı fark bulunmuştur.

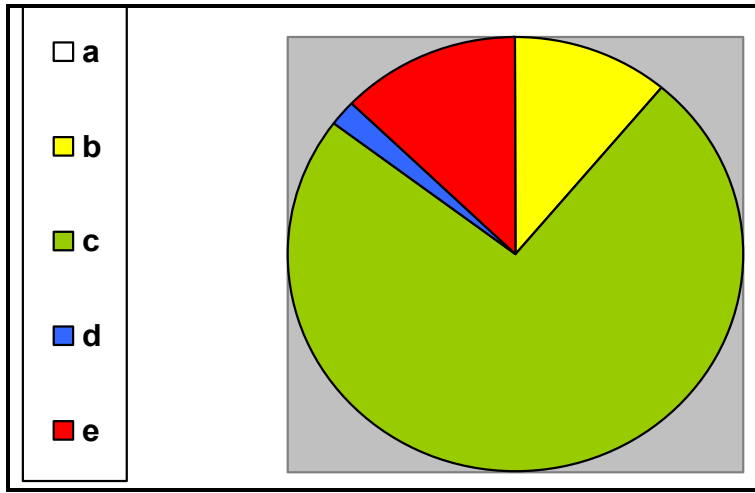
Anket sonuçlarına göre 2. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.2**'de gösterilmiş toplam **38 (%23,2)** anketör doğru yanıt olan **b** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **a** şıkkı (**114** kişi) olup, katılımcıların **%69,5**'ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.2. İkinci sorunun yanıt dağılımı.

İkinci soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,167$), evli-bekâr olmaları ($P=0,843$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,146$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,879$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

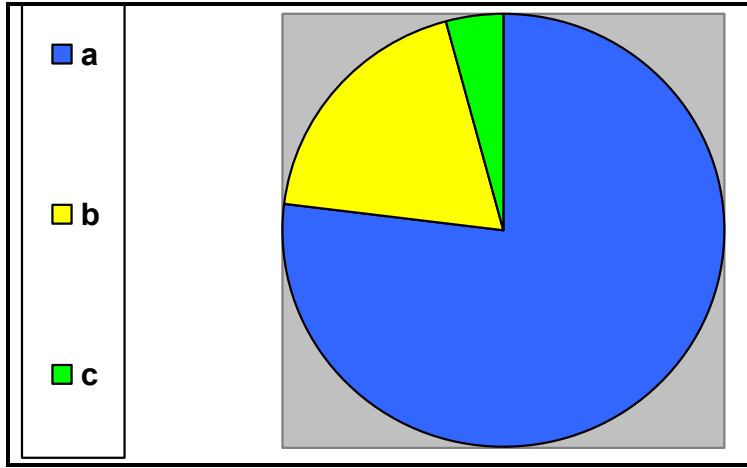
Anket sonuçlarına göre 3. soruya verilen yanıtların diyagramı Şekil 4.3’de gösterilmiş toplam 122 (%74,4) anketör doğru yanıt olan c seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek e şıkkı (21 kişi) olup, katılımcıların %12,8’ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.3. Üçüncü sorunun yanıt dağılımı.

Üçüncü soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,486$), evli-bekâr olmaları ($P=0,673$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,091$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,598$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

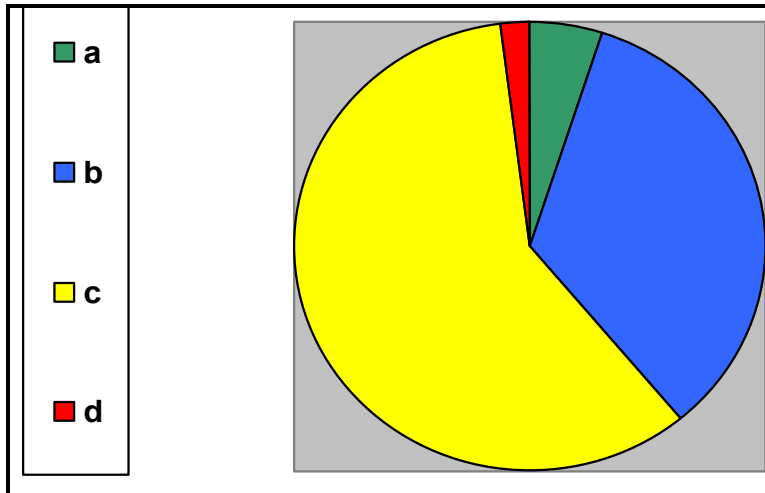
Anket sonuçlarına göre 4. soruya verilen yanıtların diyagramı Şekil 4.4’de gösterilmiş toplam 126 (%76,8) anketör doğru yanıt olan a seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek b şıkkı (31 kişi) olup, katılımcıların %18,9’unu oluşturmaktadır.



Şekil 4.4. Dördüncü sorunun yanıt dağılımı.

Dördüncü soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,076$), evli-bekâr olmaları ($P=0,579$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,146$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,295$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

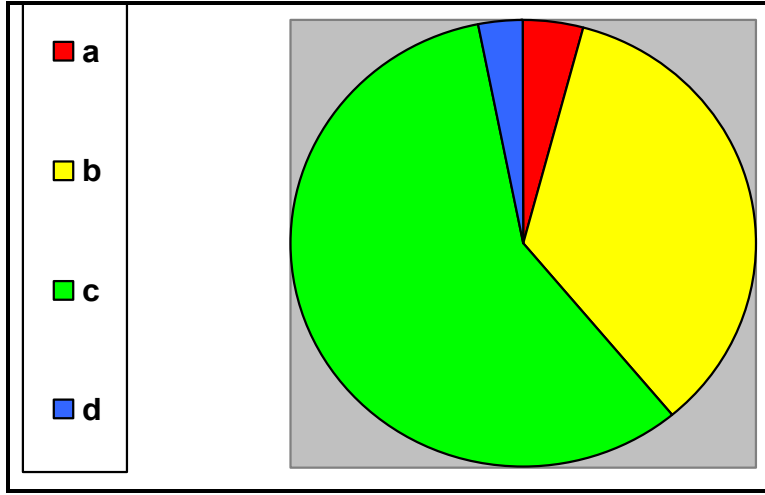
Anket sonuçlarına göre 5. soruya verilen yanıtların diyagramı Şekil 4.5’de gösterilmiş toplam 97 (%59,1) anketör doğru yanıt olan c seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek b şıkkı (56 kişi) olup, katılımcıların %34,1’ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.5. Beşinci sorunun yanıt dağılımı.

Beşinci soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,984$), evli-bekâr olmaları ($P=0,658$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,177$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,620$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

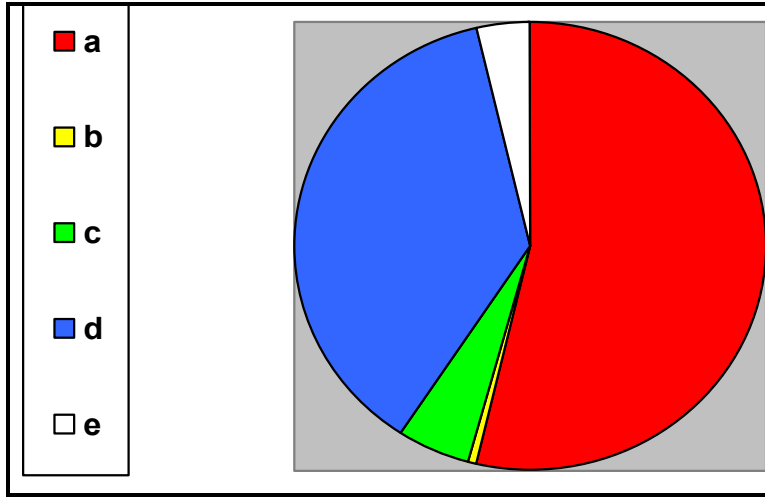
Anket sonuçlarına göre 6. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.6**'da gösterilmiş toplam **95 (%57,9)** anketör doğru yanıt olan **c** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **b** şıkkı (**57** kişi) olup, katılımcıların **%34,8**'ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.6. Altıncı sorunun yanıt dağılımı.

Altıncı soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,112$), evli-bekâr olmaları ($P=0,305$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,110$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,479$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

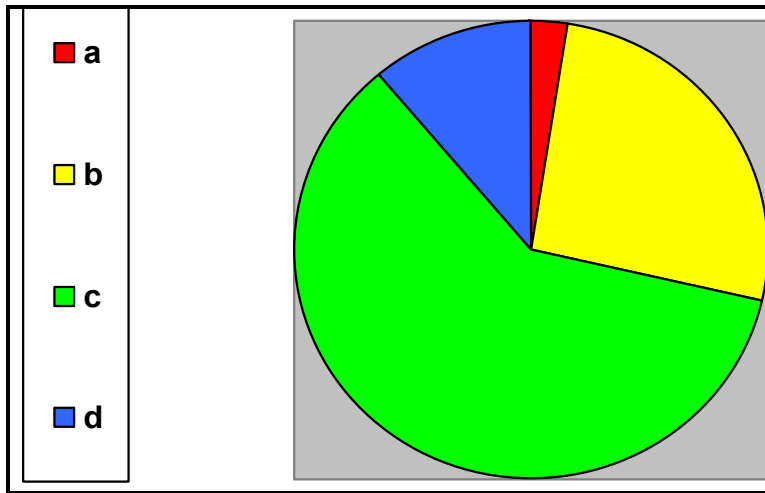
Anket sonuçlarına göre 7. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.7**'de gösterilmiş toplam **88 (%53,7)** anketör doğru yanıt olan **a** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **d** şıkkı (**61** kişi) olup, katılımcıların **%37,2**'sini oluşturmaktadır.



Şekil 4.7. Yedinci sorunun yanıt dağılımı.

Yedinci soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,094$), evli-bekâr olmaları ($P=0,988$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,796$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Acil-acil dışı doktor olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P=0,033$).

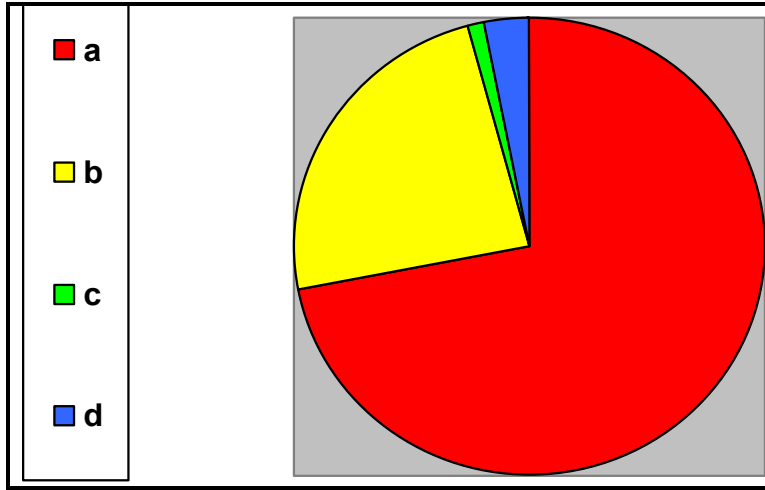
Anket sonuçlarına göre 8. soruya verilen yanıtların diyagramı Şekil 4.8’de gösterilmiş toplam 99 (%60,4) anketör doğru yanıt olan c seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek b şıkkı (43 kişi) olup, katılımcıların %26,2’ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.8. Sekizinci sorunun yanıt dağılımı.

Sekizinci soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,634$), evli-bekâr olmaları ($P=0,427$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,836$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,150$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

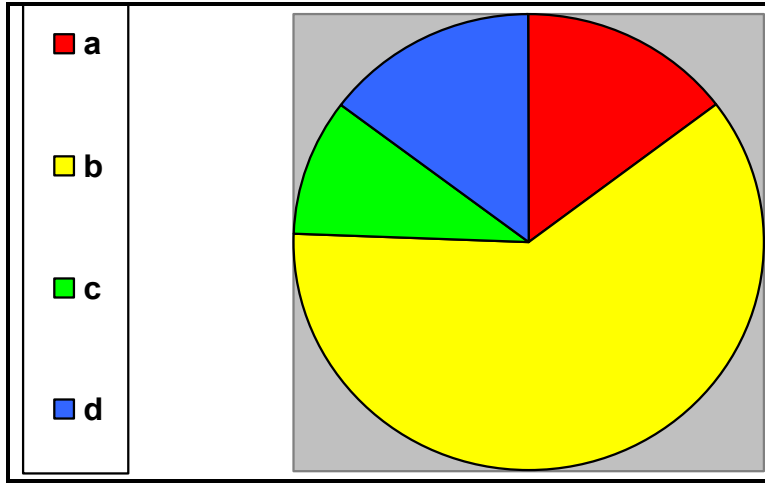
Anket sonuçlarına göre 9. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.9**'da gösterilmiş toplam **118 (%72)** anketör doğru yanıt olan **a** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **b** şıkkı (**39** kişi) olup, katılımcıların **%23,8**'ini oluşturmaktadır.



Şekil 4.9. Dokuzuncu sorunun yanıt dağılımı.

Dokuzuncu soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,957$), evli-bekâr olmaları ($P=0,942$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,293$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,705$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Anket sonuçlarına göre 10. soruya verilen yanıtların diyagramı **Şekil 4.10**'da gösterilmiş toplam **100 (%61)** anketör doğru yanıt olan **b** seçeneğini işaretlemiştir. Doğru yanıt dışında en fazla tercih edilen seçenek **a** ve **d** şıkları (**24**'er kişi) olup, katılımcıların **%14,6**'sını oluşturmaktadır.



Şekil 4.10. Onuncu sorunun yanıt dağılımı.

Onuncu soruya anketörlerin verdiği cevaplar ki-kare testi ile analiz edildiğinde katılımcıların kadın-erkek olmaları ($P=0,980$), evli-bekâr olmaları ($P=0,546$), acil-acil dışı doktor olmaları ($P=0,329$), taşra-kentte yetişmiş olmaları ($P=0,685$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Anket çalışmamız bölgemizde acil serviste çalışan hekimler tarafından ilgi ile karşılanmış ulaşılabilen hekimlerin hemen tamamı anketimizi tamamlamıştır. Aslında bu ilgi sağlık politikalarının ülkemizde ve dünyada gösterdiği değişiklikler ile bu değişikliklerin sağlık çalışanları üzerindeki etkilerine bağlanabilir. Tıbbi hukuki sorunların hekimler tarafından önemsendiği, bu ilginin altında bu konularda kendilerini eksik hissetmenin kaygısının yatabileceği düşünülebilir. Zira çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında anket olguları ile ilgili sorularda en yüksek doğru yanıtlama oranı **%76,8** (126)'i geçmemektedir. Bu oran en temel hukuki konularda bile en iyi olasılıkla üçte bir oranında hatalı uygulama riski taşıdığımızı göstermektedir. Anket sorularının kaynaklandığı olgular seçilirken gereç ve yöntem bölümünde de bahsedildiği gibi en temel hukuki sorunluluklar göz önüne alınmıştır. Bu sorulara verilen yanıtlar tek tek değerlendirildiğinde hekimleri eğitim ve deneyimlerinde konu ile ilgili eksikler tahmin edilip çözüm önerileri üretilebilir.

Birinci olgumuz daha önce değinildiği gibi hekimin hasta hakları ve hastanın kişisel bilgilerinin gizliliği, hekimin sır saklama yükümlülüğü konularındaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla oluşturulmuş bir senaryo olup senaryodan kaynaklanan üç soru ankete katılan doktorların konu hakkındaki deneyimlerini ölçmeye yönelikti. Hasta haklarını ilgilendiren birinci sorumuzda doğru yanıtlama oranı %51 bulunmuş olup bu sonuç beklenenin çok altındadır. Zira hasta haklarının ihlali ile sonuçlanabilecek bir uygunsuz uygulama hekimi telafisi mümkün olmayan hatalara sürükleyebilir. Bu soruda hekimlerin hukuki bilgilerinden ziyade yanlış kanaatlerinden kaynaklanması olası hatalar yapılmıştır.

Bilindiği gibi birçok konuda 18 yaşını doldurmamış kişilerin hukuki hakları ebeveynleri aracılığı ile kullanılmaktadır. Oysa cinsel ilişkiye girme ile ilgili konularda ülkemizde birçok gelişmiş ülkedekinin aksine bir hukuki durum söz konusudur. Zira yasalarımız 16 yaşını doldurmuş bir genç kızın kendi rızası ile cinsel ilişkiye girmesine olanak sağlamaktadır (12/12/2004 tarihli 25611 sayılı resmi gazetede yayınlanan 5237 sayılı CK) (34). Bu durum bu konuyla ilgili olarak insan hakları çerçevesinde 18 yaşında erişkinlerin hukuki konumu söz konusu olmaktadır. Yani bu hastalar kendileri gebelik testi yaptırabilir ve gebelik bildirimi konusunda

izninin alınması gerekir. Birinci soru için hekim grupları karşılaştırmalarında taşra ya da büyük kente yetişmiş hekimler arasında bu soruya verilen yanıtlar açısından fark bulunması soruya verilen yanıtların hukuki bilgilerden ziyade yetişmiş oldukları yerlerdeki değer yargılarının etkisinde kalan yanıt vermiş olabileceklerini düşündürmektedir.

Anketimizin ilk iki sorusuna verilen yanıtların yanlış yüzdelерinin fazla olması iç hukukumuzdaki bu istisnanın hekimler tarafından fazla bilinmiyor olmasından kaynaklanabilir. Bu konudaki yaş sınırının 16 olması da ülkemize has bir durumdur. Üçüncü sorumuza anketörlerin %75'e yakını doğru yanıt vermiştir. Bu oran düşük bir oran olmamakla birlikte her 4 hekimde birinin bu konuda mağdura yardımcı olamadığını görmekteyiz. Doğru yanıt vermeyen hekimler incelendiğinde özellikle "a" ve "e" şıklarının benzer oranda yanlış olarak işaretlendiği görülmektedir. Yani hekimler ya ahlaki değerlendirmeleri nedeniyle ya da konu hakkında bilgileri olmadığı için uygun olmayan tercihte bulunmuşlardır. Oysa günümüz yasalarıyla hasta hakları gereği hastanın bu hizmeti talep hakkı vardır. Verilmemesinden doğan sonuçlarla ilgili olarak hekim hakkında hukuki işlem talep edilebilir (hekimin tedavi yükümlülüğü) (22).

İkinci olgu senaryomuz ve ilgili sorularda hekimlerin "adli sorumlulukları", "sır saklama yükümlülüğü" test edilmiştir. Dördüncü sorumuza verilen yanıtlarda doğruluk oranı %75 civarındadır. Bu rakamın kabul edilebilirliği çok görecelidir. Buradan doğan sorumluluk ve hatanın yaratacağı mağduriyet göz önüne alındığında özellikle adli sorumluluk açısından dikkatli olunması gerektiği açıktır. Ancak bu rakamlar 5. ve 6. sorularda daha da vahim noktada olup %60'ı bulmamaktadır. Aslında en önemli konulardan biri olan hekimin sır saklama yükümlülüğü konusunda hekimlerimizin gerçekten yetersiz bilgilendirmeye sahip oldukları söylenebilir. Özellikle hekimlerin 5. ve 6. sorularda kendisini savcı ve hakim yerine koyarak arayan kişinin güvenilirliğini test etmeye yönelecek şıkları tercih etmesi tartışmaya değer bir konudur. Nitekim her iki soruda da bu oran %34 civarındadır. Hekimin sağlık hizmeti verdiği ortamda tek karar verici niteliğini adli konulara da taşıması eğilimi olarak yorumlanabilecek bu davranışın meslektaşlarımız için ciddi potansiyel hukuki sorun olduğu görünmektedir.

Üçüncü senaryoda hekimin edim yükümlülüğü, teşhis, muayene, tedavi yükümlülüğü konusundaki bilgi düzeyi test edilirken son derece aşikâr bir hata senaryoda işlenmiştir. Buna rağmen anketörlerin sadece %53'ü bu hatayı doğrudan kabul etmiştir. Bunun yerine hukuki sorun yaşamaktan kaçınmasını sağlayan bir davranışı yapmış olmayı dileyerek vicdani sorumluluğu bir tür ikinci plana itmiştir. İlginç olarak hekimler acilde çalışanlar ve çalışmayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldıklarında vicdani sorumluluğu ön plana çıkaran doğru yanıt işaretleme konusundan acil servis doktorları daha hassas olduklarını göstermişlerdir.

Hastayı bilgilendirme ve onam alma ile ilgili bilgi düzeylerini test eden 4. senaryonun sorularına bakıldığında onam ile ilgili hassasiyetlerin %60-%70 oranında doğru cevaplandığı dikkati çekmektedir. Ancak aydınlatılmış onam kavramı gibi en güncel ve önemli konuda dahi %30-40 oranında uygunsuz yanıtlar verilmiş olması hekimlerin ne kadar risk altında olduklarının kanıtı olarak kabul edilebilir. Zira onam konusu davalar göz önüne alındığında çok sorun yaşanan bir konudur. Hekimlerin büyük bir grubu da alınan imza ve ifadelerin onam formu niteliği ile kendilerini hukukten koruyacağına inanmaktadırlar. Bu iki gerçek bir arada değerlendirilirse potansiyel felaketin boyutları artabilir.

Anketimizde anketörler **kadın-erkek olmaları, evli-bekâr olmaları, acil-acil dışı doktor olmaları, taşra-kentte yetişmiş olmaları arasında istatistiksel olarak** gruplara ayrılmış ve grupların doğru yanıt verme oranları karşılaştırılmıştır. Grup karşılaştırmalarının çok büyük kısmında hekim gruplarının farkındalık itibarıyla birbirlerinden bir farkının olmadığını söylemek mümkündür. Zira çalışmamızda yalnızca 1. ve 7. sorulara verilen yanıtlar açısından anlamlı fark tespit edilebilmiştir. Bu fark da yetişme yeri ve ahlaki değerleri açısından yanıtların farklılaşmasını test eden 1. soru, diğeri de edim yükümlülüğü ile ilgili olarak hekimin bireysel sorumluluğunu ön plana çıkaran 7. soruda ortaya çıkmıştır.

6. SONUÇLAR

1. Bölgemizdeki hekimlerin hukuksal sorumlulukları ile ilgili bilgi ve tecrübeleri beklenilenin, olması gerekenin oldukça altındadır
2. Anketlerin doldurulmasına gösterilen ilgi, hekimlerin tıp hukuku ve hukuksal yükümlülükleri konusunda hassas hatta belki de tedirgin oldukları yorumunu doğurabilir
3. Daha riskli olduğu düşünülen acil servis ortamında çalışan hekimler ile diğer hekimler arasında belirgin bir fark dikkati çekmemektedir. Bu risk alanlarında çalışanların bile farkındalık sorunu yaşadığını göstermektedir.
4. Ankette yapılan hataların oranı ve hata konuları mesleki yaşantıyı sıkıntıya sokacak derecede hukuki yaptırımlar ile sonuçlanabilecek konulardır.
5. Bu anket sonuçları bölgemizde tıp hukuku ve hekimin hukuki sorumlulukları konusunda düzenli ve devamlı eğitimlerin gerekliliğini düşündürmektedir.

7. ÖZET

ANTALYA BÖLGESİNDEKİ ACIL SERVİS HEKİMLERİNİN KANUNİ VE HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN FARKINDALIKLARI

Çalışmamızda özellikle hukuki problemlerle sık karşılaşabilecek potansiyel kurumlar olan acil servislerde çalışan hekim grubunun, tıbbi ve hukuki sorumluluklarının farkındalıklarını test ederek konuya objektif bir bakış açısı amaçladık.

Çalışmamızı Antalya il sınırlarındaki il merkezi ve ilçelerdeki özel, devlet, araştırma hastanesi ve üniversite hastanesinde acil serviste çalışan uzman, pratisyen, araştırma görevlisi doktorlarına 4 klinik senaryo ile alakalı olarak 10 adet çoktan seçmeli anket sorusunu cevaplamalarını istedik. Kontrol grubu olarak, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim'i dışındaki anabilim dalları araştırma görevlisi ve uzman doktorlarına da uyguladık. Hekimlere anket formları ya hastanede çalışan bir hekimin formaları iletilmesiyle ya da çalışma saatlerinde acil servisleri ziyaret ederek ulaştırılmıştır.

Çalışmamıza 120 (% 69,4)'si il merkezinde, 44 (%25,4)'ü ilçe hastanesinde olmak üzere 164 hekim katılmıştır. Katılımcıların en az 1 yıllık ve en çok 32 yıllık olmak üzere, ortalama hekimlik süresi 8.25 ± 6 yıl olarak hesaplandı. Bunların 54 (%32,9)'ü kadın, 110 (%67,1)'u erkek idi. Demografik verileri analiz edildiğinde anketimizi dolduran hekimlerin 67 (% 40,9)'sinin bekâr, 97 (% 59,1)'inin evli olduğu, 109 (%66,5)'unun üniversite hastanesinde, 27 (%16,5)'sinin devlet hastanesinde, 28 (% 17,1)'inin de özel hastanelerde çalıştıkları tespit edilmiştir. Katılan hekimlerin 120 (%78)'si taşrada yetişmiş, 36 (%22)'si kentte yetişmiş olarak sınıflandırıldı. Doktorların 53 (%32,3)'ü pratisyen hekim, 19 (%11,6)'u uzman hekim, 92 (%56,1)'si araştırma görevlisi doktor olarak çalışmaktaydı.

Anketörleri sorulara verdiği doğru yanıtlar %75'in üzerine çıkmadığı gibi %30'lara kadar düşmekteydi. Hekim farklı gruplara ayrıldığında grupların doğru yanıt verme oranları karşılaştırıldığında belirgin bir fark tespit edilemedi. Yalnızca bir soruda “**hekimin adli sorumluluğu**” ve diğer bir soruda “**edim yükümlülüğü**”

açısından hekimlerin yetişme koşulları ve çalışma yerleri açısından farklılık tespit edilmiştir.

Anket sonuçları acil serviste çalışsın ya da çalışmasın bölgemiz hekimlerinde hukuki sorumluluklar açısından bilgi yetersizliğini açıkça göstermektedir. Bilgi eksikliklerinin yanı sıra sosyal koşullar hekimin hukuki sorumlulukları açısından davranışını etkileyebilmektedir. Bu tespitler blgede tıp hukuku ve hekim sorumlulukları açısından eğitsel faaliyetlere ihtiya duyulduğunu dşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlık hukuku, hasta hakları, hekim hakları, hekim ykmllğ.

8. ABSTRACT

AWARENESS OF THE STATUTORY AND LEGAL OBLIGATIONS OF EMERGENCY DEPARTMENT PHYSICIANS IN ANTALYA

In our study, in particular, which are institutions of potential legal problems frequently encountered by physicians who work in emergency rooms, medical and legal awareness of their responsibilities was to test the issue in an objective viewpoint.

Our study, the borders of the province of Antalya city center and its special districts, government, research hospitals and university hospitals, specialists working in the emergency department, general practitioner, a research assistant doctors in relation to four clinical scenarios wanted to answer the 10 question multiple choice questionnaire. As a control group, except for Emergency Medicine, Akdeniz University Faculty of Medicine, other departments and applied research fellow and specialist doctors. Questionnaires or a physician working in a hospital emergency service during business hours or by visiting jerseys brought to take.

In our study, 120 (69.4%) of the city center, 44 (25.4%) were district hospital, including 164 physicians participated. Participants at least to 1 year and up to 32 years, the average physician time was calculated as 8.25 ± 6 years. These, 54 (32.9%) were women, 110 (67.1%) males. Demographic data were analyzed, physicians completing our questionnaire, 67 (40.9%) percent single, 97 (59.1%) were married. Scroll, 109 (66.5%) the paint university hospital, 27 (16.5%) percent state hospital, 28 (17.1%) of them proved to work in private hospitals. Participating physicians, 120 (78%) were trained in the countryside, 36 (22%) were classified as the city grew up. Doctors, 53 (32.3%) were general practitioners, 19 (11.6%) of specialist physicians, 92 (56.1%) of the doctor was working as a research assistant.

Over 75% correct answers to questions such as interviewers arise declined to 30%. Doctors separated the different groups, groups compared with correct response rates, a significant difference was determined. Only one question for the physician's legal responsibility and obligation to act in a question other physicians differ in terms of growing conditions have been identified and work spaces.

Results of the survey, working or not working in the emergency department, clearly shows the lack of knowledge in terms of legal responsibilities of physicians in our region. In addition to the lack of information, social conditions, can affect the behavior of the physician in terms of legal responsibilities. These determinations are in the region, in terms of medical law and medical responsibilities, suggests the need for educational activities.

Key words: Health law, patient rights, medical rights, physician liability.

9. KAYNAKLAR

1. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.3.1219&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Tababet%20ve%20%C5%9Euabat%C4%B1%20San%E2%80%99atlar%C4%B1n%C4%B1n%20Tarz%C4%B1%20%C4%B0cras%C4%B1na%20dair>. Sayfa 13.
2. <http://www.hukukrehberi.net/Details.aspx?id=91>
3. http://www.ebilge.com/77378/Hamurabi_yasalari_hangileridir.html
4. <http://www.turkcebilgi.com/sozluk/hukuk>
5. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 21-24
6. <http://www.anayasa.gov.tr/index.php?l=template&id=188&lang=0>, 2.Bölüm.
7. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
8. YM, AC, Altıparmak RM, Aydemir HE, BA, Dobrucalı MA, GE, ÖR, SS, SL, Seymen OH, SÖ, Şİ, Tıbbi Malpraktis, Gürsel ve Coşkun, 2.Baskı, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi Yayın Kurulu, Nisan-2006, sayfa 31-33.
9. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=52&Itemid=31
10. http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=65&Itemid=31
11. <http://www.hukuki.net/kanun/818.13.text.asp#link66>
12. H.H, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 208-209
13. <http://www.hukuki.net/kanun/818.13.text.asp#link99>
14. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.5624&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=kan%20ve%20kan>, sayfa 1.
15. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 209-211
16. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 2011-213
17. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 213
18. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 214-217
19. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 217
20. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 218
21. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 218

22. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 218- 220
23. http://www.tdb.org.tr/tdb/v2/mevzuat_icerik.php?yer_id=3&id=92
24. <http://www.anayasa.gov.tr/index.php?l=template&id=188&lang=0>, 3.Bölüm
25. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 220-222
26. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 222
27. <http://www.hukuki.net/kanun/818.13.text.asp#link309>
28. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 223
29. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 224
30. <http://www.belgenet.com/yasa/medenikanun/8-46.html>
31. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 225
32. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 226-227
33. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 227-230
34. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5013.html>
35. <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-555/hasta-haklari-yonetmeligi.html>
36. <http://www.hukuki.net/kanun/818.13.text.asp#link410>
37. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/20267.html>
38. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 230
39. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 231
40. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 232
41. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 233
42. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 234
43. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 234
44. <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k5237.html>
45. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 237
46. [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3664/ambulans-hizmetleri-
yonetmeligi.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3664/ambulans-hizmetleri-yonetmeligi.html)
47. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 238-240
48. <http://www.belgenet.com/yasa/medenikanun/396-437.html>
49. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 240-248
50. [http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4982&sourceX
mlSearch=&MevzuatIliski=0](http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4982&sourceX
mlSearch=&MevzuatIliski=0)

51. <http://www.hukuki.net/kanun/818.13.text.asp#link391>
52. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 248-253
53. <http://www.ceza-bb.adalet.gov.tr/mevzuat/5271.htm>
54. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/5044.html>
55. http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/ab_thb.html
56. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 253-257
57. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 257
58. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 257-258
59. HH, Tıp Hukuku, 3.Baskı, Ankara, Seçkin Yayıncılık, Nisan-2010, 259

10. EKLER

Ek 1: Anket formu

ANTALYA BÖLGESİNDEKİ ACİL SERVİS HEKİMLERİNİN KANUNİ VE HUKUKİ YÜKÜMLÜLÜKLERİNİN FARKINDALIKLARI ANKET FORMU

Form No:

Form Doldurulma Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet:

Medeni Hali:

Doğduğu İl:

Mezun Olduğu Lise ve Yılı:

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi ve Yılı:

Çalışmakta Olduğu Hastane ve Çalışma süresi:

Unvan ve Görevi:

SENARYO 1: 16 yaşını tamamlamış, yatılı lise öğrencisi bir kız çocuğu, acil servise öğretmeni tarafından getirilir. Öğretmeni öğrencinin genel davranışları ve belirti bulgularından gebe olabileceğini düşündüğünü, bu nedenle gebelik testi yaptırmak için acil servise getirdiğini ifade ediyor.

Soru 1 : Kız öğrenci gebelik testi yapılmasını istemediğini ifade ediyor, hekim olarak bu talebi nasıl karşılırsınız?

- f) Testi yaparım.
- g) Testi hasta istemedikçe yapmam.
- h) Testi yaparım, ama sonucunu yalnızca hastaya söylerim.
- i) Ailenin izni olmadan testi yapamayacağımı söylerim.
- j) Konu hakkında hiçbir bilgim yok.

Soru 2 : Hastanız gebelik testi sonucunun ailesine haber verilmesini istemediğini ifade ediyor. Nasıl bir davranış sergilersiniz?

- d) Yaşı 16 olduğu için bu bilginin ailesi ile paylaşılmasının şart olduğunu söylerim.
- e) Yaşı 16 olduğu için hasta istemedikçe bu bilgiyi hiç kimseye paylaşmam.
- f) Konu hakkında hiçbir bilgim yok

Soru 3 : Eğer hastamız size gebe olmadığını, ancak acil servise gelmeden 4 saat kadar önce yurt personeli tarafından tecavüze uğradığını ifade eder ve yasal işlemler sürerken çocuk sahibi olmamak için kendisine yardım etmenizi isterse nasıl bir yanıt verirsiniz?

- f) Doğum kontrolüne karşıyım, yardımda bulunamayacağımı ifade ederim.
- g) Doğum kontrolü talep etmesine gerek olmadığını gebelik gerçekleşirse tahliye edilebileceğini anlatırım.
- h) Hastaya postkoital kontrasepsiyon yöntemi uygularım.
- i) Benim bildiğim böyle bir doğum kontrol yöntemi yok.
- j) Konu hakkında hiçbir bilgim yok.

SENARYO 2: Acil servise trafik kazası ile getirilen yetişkin bir hasta; aşırı alkollü ve tutarsız davranışları mevcut. Tam teşekküllü bir Hastanede çalışıyorsunuz.

Soru 4 : Polisler hastanın alkollü olup olmadığının belgelenmesini talep ediyor. Siz de hastanenizde kan alkol düzeyi bakılabildiği için kan örneği almak istiyorsunuz. Ancak hasta onay vermiyor. Ne yaparsınız?

- d) Hasta onayına gerek yoktur, adli vakadır; mutlaka örnek alır ve çalıştırırım.
- e) Hasta onayı olmaksızın asla kan örneğinde laboratuvar çalıştırmam.
- f) Konu hakkında bir bilgim yok.

Soru 5 : Bu hastaya bakarken telefonla aranıyorsunuz. Telefonda hastanın yakını olduğunu söyleyen bir vatandaş hastanın durumu hakkında bilgi istiyor. Hastanın kardeşi olduğunu ifade eden kişiye nasıl bir yanıt verirsiniz?

- e) Hastanın genel durumunu anlatır, geçmiş olsun derim.
- f) Hastanın kimlik bilgilerini sorarım ve arayanın hasta yakını olduğuna ikna olduktan sonra genel durumu hakkında bilgi veririm.
- g) Hiçbir şekilde bilgi veremeyeceğimi ifade ederim.
- h) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 6 : Yukarıda sözü geçen hasta için telefon ile arayan şahıs polis ya da üst düzey emniyet görevlisi olduğunu ifade ederse yaklaşımınız nasıl olur?

- e) Hastanın genel durumunu anlatır, geçmiş olsun derim.
- f) Telefondaki kişinin kimliğinden emin olmaya çalışırım ve ikna olduktan sonra genel durumu hakkında bilgi veririm.
- g) Hiçbir şekilde bilgi veremeyeceğimi ifade ederim.
- h) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

SENARYO 3: Acil servisin kalabalık bir saatinde hemşire hanım bir hastanız olduğunu, ateş ve boğaz ağrısı şikâyetiyle geldiğini ifade ediyor.

Siz daha ciddi olan başka bir hastaya baktığınız için hemşireye ense sertliğine bakmasını tarif ediyorsunuz, bir de ralleri olup olmadığını kontrol etmesini öneriyorsunuz.

Hemşire herhangi bir sorun olmadığını ifade ettiği için ateş düşürücü enjeksiyon öneriyor ve reçete düzenleyerek taburcu ediyorsunuz.

Bir ay sonra hasta yakınlarının sizi mahkemeye verdiğini, hastanın menenjit sonucu hayatını kaybettiği bilgisine ulaşıyorsunuz.

Soru 7 : Hekim olarak bu haberi aldığınızda ne düşünür ve ne hissedersiniz?

- f) Haksız olduğumu düşünür, vicdan azabı çekerim.
- g) Gereken muayene ve girişimlerin yapıldığını ve herhangi bir konuda suçlanamayacağımı düşünürüm.
- h) Vicdanen keşke kendim de baksaydım derim ama hukuksal sorun yaşamayacağımı düşünürüm.
- i) Keşke kendim de baksaydım derim; böylece daha az hukuksal sorun yaşardım diye düşünürüm.
- j) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 8 : Bu hasta ile ilgili olarak mahkemeye verilmiş olsanız, size göre mahkemenin sonucunda ne kadar kusurlu bulunursunuz?

- e) Kusursuz bulunurum.
- f) Tali kusurlu bulunurum.
- g) Ağır kusurlu bulunurum.
- h) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

SENARYO 4: Acil servise göğüs ağrısı ile 45 yaşında erkek hasta geliyor. Hastanın ilk muayene ve çekilen EKG'si sonucunda akut kalp krizi olduğu anlaşıyor. Hastaya ilk tedavisi veriliyor ve kendisinin kalp krizi geçirdiği, üzerinden 5 saat geçtiği bu nedenle mutlaka anjiyo olması gerektiği söyleniyor. Hastaya anjiyo gerekliliği ve riskleri anlatılıyor.

Onayı istendiğinde hasta kabul etmiyor. Yakınları hastanın rızasını dinlemeyip sizden anjiyoya almanızı istiyor.

Soru 9 : Yukarıdaki hastayı anjiyoya alır mısınız?

- e) Hasta onay vermedikçe anjiyoya almam.
- f) Hayati tehlike söz konusu olduğu için hasta yakınlarının yazılı onaylarını temin etmek suretiyle anjiyoyu gerçekleştiririm.
- g) Hastaların tıbbi bilgileri olmadığı için bu gibi konularda onay alınmasına gerek yoktur.
- h) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

Soru 10 : Hastayı anjiyoya aldınız; anjiyo esnasında stent takılması gerektiği sonucuna vardınız. Hastaya biri daha yüksek, diğeri daha düşük fiyatlı olmak üzere iki ayrı stent önerdiniz. Anjiyo anında hasta yüksek değerli stentin takılmasını istedi ve uygulamayı yaptınız.

Anjiyo sonrasında hastanın sizi mahkemeye verdiğini ve iki stent arasındaki bedel farkını talep ettiğini öğrendiniz. Ne düşünür, ne hissedersiniz?

- e) Hastanın onayı olması sebebiyle davadan hukuken aleyhime bir sonuç çıkmayacağını düşünürüm.
- f) Hastaya anjiyo öncesinde iki farklı stent hakkında yeterli açıklama yapıp, anjiyo öncesinde onayını almış olsa idim hukuken sıkıntı çekmeyeceğimi düşünürdüm.
- g) Hasta için pahalı stentin daha uygun olduğunu ve nihai olarak hasta yararına olduğu için sonradan onay almış olsam bile hukuken bir sıkıntı yaşamayacağımı düşünürdüm.
- h) Konu hakkında fikrim ve deneyimim yok.

TEŞEKKÜRLER...